

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**LA DESHUMANIZACIÓN DEL MEDICO  
COMO PRODUCTO DE SU ESCALA  
DE VALORES**

Estudio descriptivo – transversal realizado entre jefes de servicio, residentes y estudiantes de medicina del Hospital General de San Juan de Dios, durante los meses de Julio y Agosto del 2000

**Tesis**

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
De la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Mairym Lorena De León Welchez**

En el acto de su investidura de:

**MEDICA Y CIRUJANA**

Guatemala, Octubre del 2000

..."Hubo una época en que un sacerdote era un doctor, mas mañana quizás el doctor sea sacerdote en otro sentido de la palabra. Sin menospreciar la necesaria preparación científica, el médico del futuro debe ser humanista, con el mayor posible conocimiento de la naturaleza humana, y la comprensión más profunda de los motivos humanos. Será un hombre culto de dotes intelectuales, pero no carecerá de la simpatía emotiva, que ama las artes a la par que estudia las ciencias: esto no representa más que la reencarnación de una figura graciosa del pasado, pues todos los grandes médicos fueron también grandes ciudadanos de la humanidad..."

Citado por Meerof, M. 1993; pág 113

**TITULO:**

“LA DESHUMANIZACION DEL MEDICO COMO PRODUCTO DE SU  
ESCALA DE VALORES”

**SUBTITULO:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO – TRANSVERSAL REALIZADO ENTRE JEFES  
DE SERVICIO, RESIDENTES Y ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL  
HOSPITAL GENERAL “SAN JUAN DE DIOS”, DURANTE LOS MESES  
DE JULIO Y AGOSTO DEL 2000

## INDICE:

Capítulos:	Páginas:
I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	3
III. Justificación	6
IV. Objetivos	8
V. Revisión Bibliográfica:	
A. Antecedentes:	9
1. Historia del Hospital General "San Juan de Dios"	9
2. Establecimiento de la Estructura Jerárquica de Trabajo	10
B. Nociones Básicas:	11
1. Etica	11
2. Bioética	11
3. Valor:	12
a) Funciones de los Valores Morales	13
b) Tipos de Valores	13
c) Escala para el Estudio de los Valores	14
4. Actitudes:	15
a) Funciones de las Actitudes	16
b) Medición de las Actitudes	16
C. Etica Médica:	17
1. Historia de la Etica Médica	17
2. Principios de la Bioética	18
3. Códigos de Etica en Otros Países	19
4. Código de Etica Médica en Guatemala	22
D. El Médico:	23
1. Características del Médico	23
2. Perfil del Médico	26
3. Adaptación al Papel de Médico	29
4. Profesionalismo Médico	30
E. El Paciente:	32
1. Características del Paciente	32

F.	La Relación Médico-Paciente:	33
1.	Características de la Relación Médico-Paciente	33
2.	Tipos de Relación Médico-Paciente	35
3.	Relación Médico-Paciente en la Sociedad	37
G.	Deshumanización y Rehumanización de la Medicina:	39
1.	Deshumanización de la Medicina	39
2.	Rehumanización de la Medicina	40
H.	Educación Médica:	41
1.	Situación del Estudiante de Medicina	41
2.	Capacitación del Estudiante de Medicina	42
3.	Influencia de los Modelos en la Educación Médica	42
VI.	Material y Métodos:	45
A.	Metodología:	45
1.	Tipo de Estudio	45
2.	Sujeto de Estudio	45
3.	Población de Estudio	45
4.	Criterios de Inclusión y Exclusión	45
5.	Variables	46
6.	Instrumentos de Recolección de Datos	49
7.	Ejecución de la Investigación	49
8.	Presentación de Resultados	52
B.	Recursos:	52
1.	Materiales Físicos	52
2.	Humanos	52
3.	Económicos	52
VII.	Alcances y Limitaciones	53
VIII.	Presentación de Resultados	54

A.	Escala de Valores	56
B.	Deshumanización de la Atención	66
C.	Relación entre Valores y Actitudes	81
IX.	Análisis y Discusión de Resultados	85
X.	Conclusiones	107
XI.	Recomendaciones	109
XII.	Resumen	111
XIII.	Referencias Bibliográficas	112
XIV.	Anexos	118

## I. INTRODUCCION:

La Medicina ha alcanzado grandes progresos, pero ésto ha provocado una pérdida cada vez mayor de su Humanidad.

Este trabajo busca establecer si las actitudes y valores de los jefes de Servicio, estudiantes de Postgrado (residentes) y estudiantes de Pregrado del departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" contribuyen a la deshumanización de la atención médica y a que se perpetúe dentro de la práctica diaria, así como la influencia de las actitudes y valores proyectados por los jefes y residentes en relación a las que van siendo adoptadas por los estudiantes de Medicina.

Para tal efecto se realizó, durante los meses de julio y agosto del 2000, observación directa de la relación jefe de Servicio-residente-estudiante-personal de enfermería-paciente dentro de los servicios de encamamiento en dicho Departamento, en base a Listas de Cotejo que fueron elaboradas para tal efecto. Luego, se aplicaron a los sujetos del estudio, el Test AVL, y una escala de actitudes de tipo Lickert para evidenciar actitudes relacionadas con deshumanización de la atención. Por tratarse de una población pequeña, los resultados obtenidos se consideran básicamente válidos para la misma.

Se concluyó que los valores predominantes dentro de todos los grupos fueron el teórico y económico; y los menos significativos para los mismos grupos, el estético y social. En cuanto a las actitudes, la más baja que se encontró fue el respeto. En lo referente a las demás actitudes, son distintas las que predominan en cada grupo: La comunicación y humildad para los jefes, la sabiduría y amistad para los residentes, el respeto para los internos, y la responsabilidad para los externos. Se determinó que hay muchas actitudes de deshumanización dentro del ambiente hospitalario, y que los

jefes y residentes ejercen una importante influencia dentro de la adquisición de valores y actitudes por parte de los estudiantes.

Se estableció que si existe relación entre la modificación de los valores de los sujetos, y las actitudes que van adoptando para relacionarse con el paciente.

Se considera importante realizar modificaciones en los currícula para promover cambios dentro de la educación médica que puedan conducir al rescate de la humanización de la medicina desde adentro, a través de la inducción de cambios en la mentalidad de quienes enseñan Medicina.



## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

La deshumanización de la atención médica es consecuencia de que cada vez se pierde más la mística de la profesión, la cual hacía de la Medicina una ciencia y un arte que tenían corazón. Y es preciso rescatar estos "hábitos del corazón" que por siglos han fundamentado la práctica de la profesión médica. (17)

Así, muchos estudiantes ingresan a la Facultad sin tener realmente "vocación de convertirse en médicos", sino que con el objetivo de entrar a esta carrera porque consideran que les dará mucho dinero o prestigio y cierto status de vida. Y el tipo de médicos que lleguen a ser dependerá, básicamente, de la escala de valores personal con la que cada uno haya sido formado, y de las experiencias que le vaya proporcionando el ambiente a todo nivel: Personal, familiar, amigos, maestros, modelos escogidos consciente o inconscientemente por cada individuo, y todas aquellas personas con las que a diario se relaciona; en determinado momento, incluso algunos elementos inherentes al ambiente físico o a las condiciones de trabajo, a la situación social y económica de cada sujeto ejercerá en su persona cierto grado de influencia, distinta para cada uno, según las características peculiares de su personalidad.

Al ingresar al área hospitalaria, los estudiantes de Medicina de cuarto año llegan, además de emocionados por la nueva experiencia a enfrentar, con un inmenso deseo de aprender; y se encuentran con un ambiente en donde no se preocupan por la motivación: Sus superiores rara vez los impulsan con el ejemplo a brindarles a los pacientes un trato ético y humano, y se acostumbran a trabajar con los pacientes simplemente porque es su deber, sin que el ambiente propicie que pongan el corazón en ello. En muchos casos, esta

situación se va agravando conforme el estudiante y el médico que se encuentra en nivel de Post-grado avanzan dentro de su formación, pues se van incrementando, conjuntamente, sus responsabilidades y su stress, lo que de ninguna manera justifica su actitud. Sin embargo, es comprensible que tal fenómeno ocurra, pues todas estas situaciones necesariamente ejercen una importante influencia en sus valores, convirtiéndolo al médico, cada vez más, en un promotor de la deshumanización.

Así, cuando los médicos recién egresados se convierten en estudiantes de Post-grado y se les empieza a llamar "Residentes", la actitud que proyectan ante los pacientes es producto de los patrones o modelos que se han acostumbrado a poner en práctica dentro de ese ambiente, los cuales son réplica de los mismos valores que inculcan con el ejemplo a los estudiantes a su cargo, perpetuando, de esta forma, un círculo vicioso. Esto es alarmante, ya que las enseñanzas que recibe un médico joven cuando aprende Medicina son cruciales en la formación de su carácter y personalidad profesional. (16) Este fenómeno ocurre en todas las áreas de práctica hospitalarias, como el área que se estudió en la presente investigación.

Debido a lo anterior, se continúa perpetuando y fomentando sacrificar la calidad de atención por la cantidad de pacientes atendidos para cubrir la alta demanda de atención, y dedicar menor tiempo al paciente y a su familia.

Este es el mensaje que se transmite a los médicos en formación, y que está haciendo de la Práctica de la Medicina algo cada vez menos humano e impersonal.

Todo lo anterior lleva a plantearse las siguientes preguntas de investigación, mismas que fueron resueltas en el estudio:

¿Qué actitudes y valores proyectan los jefes de Servicio, residentes y estudiantes de Medicina hacia los pacientes?

¿Ejercen alguna influencia las actitudes y valores de los jefes de Servicio y residentes sobre la relación que los estudiantes de Medicina establecen con los pacientes?

¿Existe alguna relación entre la modificación de la escala de valores de los estudiantes de Medicina y su propia deshumanización en sus relaciones con el paciente?

### III. JUSTIFICACION:

La deshumanización de la atención médica se da como producto de que la sociedad de consumo ha ido haciendo que se pierda la visión del ser humano como individuo único e irrepetible y esto ha afectado incluso la cosmovisión y valores del médico. Se ha dejado de ver al paciente como un ser humano que necesita apoyo y atención, para ver en él solo a un cliente que compra un servicio. Los grandes cambios que el mundo está enfrentando propician que se pierda la identidad del individuo, y que se le dé valor únicamente en función de lo que es capaz de producir. Y este es un fenómeno que no tiene fronteras, pues en mayor o menor grado, todas las sociedades lo están experimentando.

El médico, al ser sólo una pieza más en la sociedad de consumo, olvida en ocasiones que su trabajo involucra de su parte el esfuerzo por comprender al paciente, su vida y su entorno. Esto promueve que la práctica médica se continúe deshumanizando, pues el médico corre el riesgo de volverse incapaz de establecer relaciones empáticas con los pacientes y va perdiendo el interés en ellos como personas. Este fenómeno es multifactorial; algunos de los factores que lo pueden estar influenciando son:

- La creciente tecnificación de la práctica médica que relega cada vez más a un segundo plano a la propedéutica tradicional, lo que hace parecer, en muchos casos, innecesario el contacto interpersonal entre médico y paciente (29)
- La alarmante hipertrofia de las especialidades, que ha ido fomentando cada vez más la fragmentación del paciente, provocando que se pierda la visión del mismo como un ser único, y lo ha reducido a un

conjunto de órganos y sistemas que no parecen tener relación entre sí

- La alta demanda de atención, frente a un sistema de salud que es insuficiente para cubrir las necesidades de la población de una forma eficaz
- La falta de empatía entre médico y paciente, la cual hace muy difícil que se pueda establecer una comunicación efectiva entre ambos.

El médico debe comprender al paciente dentro de su entorno, y aceptarlo sin discriminaciones, para que sea posible establecer y mantener una comunicación empática, la cual pueda ser, de por sí, terapéutica para el paciente.

Si este tipo de relación no se logra rescatar dentro de la práctica de la medicina, se habrá perdido el sentido humano de la profesión; y si los médicos olvidan la dimensión humana y personal de su profesión, significa que la misma Medicina también está enferma, y que está siendo distorsionada. (17)

No es posible incidir en muchos de los factores que están propiciando este proceso de deshumanización; sin embargo, se considera que sí es posible combatirla desde adentro. Aunque la deshumanización puede ser, hasta cierto punto, una consecuencia inherente al progreso, se tiene la plena conciencia de que si se analizan los pros y contras de la educación que se está impartiendo a los estudiantes de medicina, y si se intentan rescatar sus valores personales, será posible modificar los aspectos que están propiciando dicha deshumanización, y promover y aprovechar al máximo aquellos que aún abogan por el respeto del paciente como el ser humano especial y trascendente que es.

## IV. OBJETIVOS:

### **General:**

Establecer la relación existente entre la escala de valores de los médicos y estudiantes de Medicina de cuarto, quinto y sexto años de la Carrera, y sus actitudes de deshumanización en la atención de los pacientes.

### **Específicos:**

- Identificar las actitudes y valores que los jefes de Servicio, residentes y estudiantes de Medicina proyectan hacia los pacientes.
- Describir la influencia de las actitudes y valores de los jefes de Servicio y residentes sobre la relación que los estudiantes de Medicina establecen con los pacientes.
- Establecer la relación existente entre la modificación en la escala de valores de los estudiantes de Medicina y su propia deshumanización en sus relaciones con el paciente.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA:

### A. ANTECEDENTES:

Historia del Hospital General “San Juan de Dios”:<sup>1</sup> Los hospitales en Guatemala datan desde la época colonial. El primer hospital se fundó en Tecpán y se llamó “Hospital de la Misericordia”; éste fue destruido con la inundación del Volcán de Agua en 1541.

Más tarde, en la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala aparecieron varios hospitales: El Hospital Real de Santiago (para adultos), el Hospital de San Alejo (para indios), el Hospital de San Lázaro (para leprosos), el Hospital de San Pedro Apóstol (para religiosos), y el del Hermano Pedro (para convalescientes). Entre 1635 y 1636, todos (excepto el del Hermano Pedro), fueron dejados al cuidado de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios.

Con el tiempo, los hospitales de San Alejo y de Santiago se fusionaron, quedando un único hospital general, siendo conocido como “Hospital de los Hermanos de San Juan de Dios”.

Luego de los Terremotos de Santa Marta que lo destruyeron, el Hospital fue trasladado al Valle de la Ermita, siendo inaugurado como Hospital de San Juan de Dios en octubre de 1778.

En 1801, un grupo de personas adineradas decidió formar la Hermandad de la Caridad, la cual se encargó de la administración del Hospital, como Junta Directiva. La filosofía con la que se trabajaba se basaba en la Caridad; el gobierno lo apoyaba muy poco.

---

<sup>1</sup> La información contenida en las secciones 1 y 2 de este capítulo fue proporcionada amablemente por el Doctor Ramiro Rivera, autor del libro “El Hospital de los Hermanos de San Juan de Dios”, el cual fue publicado en 1980, y del que lamentablemente no fue posible obtener ninguna copia, por encontrarse extraviadas todas.

En 1816 apareció el segundo Hospital, en La Antigua; y en 1842, el de Quezaltenango. Hasta este momento, el Hospital General atendía a todo el país.

Por estos años, la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios desapareció. Cerca de 1862 fueron sustituidos por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

La Hermandad de la Caridad administró el Hospital hasta 1873, cuando el Gobierno Liberal nombró un Director, y empezó a hacerse cargo de él por mandato constitucional.

Tanto el Hospital Neuropsiquiátrico, como el Hospital de Las Piedrecitas, el Hospicio, y el Hospital San José, eran sus dependencias; por lo que fue llamado: Hospital General y sus Dependencias.

A principios del siglo XX, se inició la Consulta Externa. Por 1926 se estableció la Emergencia, y en 1945 empezó a trabajar el Banco de Sangre.

Con el Terremoto de 1976, fue necesario el traslado del Hospital al Parque de la Industria. Su reconstrucción fue una tarea difícil; en el sitio que actualmente ocupa la Consulta Externa se habían construido ya unas Clínicas Odontológicas para la atención de todo el país, las cuales fueron readaptadas. Las primeras áreas en volver fueron Pediatría y Gineco-Obstetricia; finalmente, las torres fueron inauguradas el 23 de marzo de 1983. A partir de esta fecha el Hospital funciona como tal donde se encuentra actualmente.

Establecimiento de la Estructura Jerárquica de Trabajo: En sus inicios, y prácticamente hasta mediados del siglo XIX, la atención prestada era hasta cierto punto empírica y desorganizada. Desde cerca de la mitad del siglo XIX, ya había Practicantes Internos y Practicantes Externos; pero no había quién se quedara en el Hospital. A finales del siglo XIX, fue nombrado el Doctor Domingo Armas como primer médico interno. Después de esto, se empezó a contar siempre con un médico interno, pero aún no tenía funciones



realmente definidas. El practicante interno, por su parte, era el que manejaba y se encargaba de los Servicios.

No se sabe a ciencia cierta en qué año empezaron los practicantes internos y externos a trabajar formalmente como lo hacen en la actualidad.

Hasta 1956, año en que fue fundado el Hospital Roosevelt, todos los médicos se formaban en el Hospital General. A consecuencia de la aparición del Hospital Roosevelt, se inició, en la década de los sesentas, la Departamentalización. En esa misma época empezaron a aparecer los Postgrados de las Especialidades, en este orden: Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. El primer residente de Medicina Interna fue el Doctor Carlos Guzmán.

## B. NOCIONES BASICAS:

1. Etica: Es la rama de la Filosofía que trata de determinar la forma de juzgar las acciones humanas como correctas o incorrectas. (20) Viene del griego "ethos", y en el sentido personal puede ser considerada una orientación básica o disposición que tiene determinada persona hacia la vida. Como tal, es la fuente de todos los actos particulares: una parte (pathos) la trae en forma natural el ser humano; la otra (carácter), se forma a lo largo de toda la vida. (17)

Las personas son éticas por naturaleza, a partir de que su existencia es producto de una elección. Sin embargo, sus actos no necesariamente son justos; sólo lo serán si se realizan a la luz de metas, fines e ideales que en sí persigan la justicia. El ser humano justifica sus decisiones en virtud de sus actos. (17)

2. Bioética: Es la ética de la vida. Surgió a consecuencia de los múltiples avances que se han alcanzado en el campo de la ciencia y la tecnología, los cuales se encuentran generando,

constantemente, tanto para el médico clínico como para el médico investigador, situaciones de conflicto moral dentro del ejercicio de su práctica diaria. Es una disciplina específica que busca establecer ciertos principios básicos o universales de ética que sean capaces de reflejar una concepción específica de las personas, y de su naturaleza con la sociedad, y que puedan servir de guía de desempeño para el médico cuando se enfrente a situaciones semejantes a las que han ido originando el establecimiento de los mismos. (11)

3. Valor: Es la síntesis de una realidad objetiva (dada por la cualidad poseída por la persona u objeto) y una subjetiva (conformada por el sujeto que es afectado o que percibe las cualidades en cuestión). (6)

Es una propiedad o cualidad de los bienes, pues éstos son los depositarios en los que descansa. Carece de sustantividad propia; más bien es adjetivo. Su existencia es frágil pues no puede vivir sin apoyarse en objetos reales. (19)

Entre sus características están: Son bipolares, pues los valores siempre se presentan desdoblados en un valor positivo y otro negativo correspondiente; aunque no corresponden a ninguna de las cualidades de sus depositarios, son reales en el sentido de que existen en el mundo real y no pueden reducirse simplemente a las cualidades empíricas de los objetos que los poseen; y están situados en un rango o jerarquía que normalmente sufre variaciones según lo percibido por el sujeto que lo observa. (6,13,18) Su esencia está en su valer. Se perciben por una operación no intelectual: la estimación. Pueden ser realizados, descubiertos e incorporados por el ser humano. (14)

En cuanto a los valores morales, éstos se relacionan con la existencia propia del individuo, ya que son propios de las personas. Afectan su conducta, ideas y sentimientos, pues simultáneamente implican libertad y responsabilidad. Son indispensables y deben ser consecuencia de una elección

libre, cambiante y dinámica del ser humano; van siendo interiorizados a lo largo del proceso de socialización. (6,14) Sin ellos, el hombre no se puede realizar plenamente como ser humano, y son su enlace entre los valores religiosos y el resto de valores. (6)

a) Funciones de los Valores Morales: Entre ellas están:

- Permiten al individuo descubrir que la vida tiene sentido
- Permiten al individuo respetar la dignidad de otros seres humanos
- Son el fundamento de un diálogo que logrará la paz entre los seres humanos
- Permiten al individuo aceptarse tal y como es
- Facilita al individuo el establecimiento de relaciones maduras y equilibradas con las personas y las cosas (14)

b) Tipos de Valores: Según Spranger, existen seis principales tipos de valores, los cuales son poseídos por las personas en distinto grado. Esta tipología de valores está conformada por tipos ideales que cada persona va asumiendo según la organización de su vida. Estos tipos son:

- Teórico: Busca descubrir la verdad. Posee una actitud cognitiva, y siempre trata de observar y razonar. El fin de su vida es ordenar y sistematizar conocimientos, por lo que generalmente se convierte en un intelectual.
- Utilitario: Se interesa por lo útil. Se basa inicialmente en la satisfacción de necesidades corporales; luego, se orienta hacia los asuntos relacionados con el mundo de negocios. Suele entrar en conflicto con el resto de valores, pues antepone a todo lo práctico o útil.
- Estético: Se inclina, ante todo, por la forma y la armonía. Lo juzga todo según su belleza. Sólo lo impresionan los acontecimientos de la vida que

lo afectan a él. Puede entrar en conflicto con otros valores, sobre todo con el Teórico, ya que en cierto sentido son diametralmente opuestos.

- Social: Se basa en el amor a otros. Ama a una o varias personas como fines y es amable, simpático y sin egoísmo. Es altruista, en ocasiones se aproxima a la actitud religiosa. Puede repudiar el poder como algo atentatorio a la integridad de la personalidad.
- Político: Se interesa en el poder. Aunque en cierta forma el deseo de poder es una motivación universal, en esta personalidad ésta es la motivación dominante. Sus actividades no se limitan necesariamente a la política.
- Religioso: Es una persona mística, cuyo valor principal es la unidad. Trata de comprender el cosmos como un todo. Busca crear una experiencia de valor absolutamente satisfactoria.

Aunque estos valores son demasiado homogéneos para ser reales, se prestan a la medición. No abarcan todos los casos individuales, y en ocasiones pueden sobrevalorar la naturaleza humana, pero son de gran utilidad.

La tipología propuesta por Spranger se aplica, especialmente, a personas con un nivel elevado de educación y experiencia. (1)

- c) Escala para el Estudio de los Valores: Allport la propone, basándose en la tipología propuesta por Spranger. Esta consta de 45 ítems, donde los seis valores se combinan entre sí igual número de veces con los cinco restantes. Utiliza el método de elección forzosa. El perfil que se obtiene sólo informa de la importancia relativa que cada uno de estos valores tiene para el individuo examinado. No se obtienen niveles absolutos, pues por el tipo de escala se hace imposible medir magnitudes.

Entre las ventajas que este Test presenta se encuentran: No es transparente, por lo que no es fácil para el individuo dar respuestas engañosas; los ítems tienen opciones de respuesta con igual aceptación, por lo que es difícil que escoja las que considere más socialmente aceptables; su fidelidad para los seis valores que mide oscila entre 0.84 y 0.93, lo cual es bastante aceptable. Constituye un instrumento de mucha utilidad para el autoconocimiento del ser humano. (1)

4. Actitudes: Para Henerson, son constructos, instrumentos que sirven a la necesidad humana de ver el orden y consistencia con que las personas piensan y actúan, los cuales provocan ciertas conductas que, a su vez, permiten predecir conductas futuras. (25)

Según Ander Egg, son tendencias a la acción que se adquieren en el ambiente en que se vive y se derivan de experiencias personales y de otros factores complejos, en las que predomina el componente afectivo sobre el cognoscitivo. (5)

Allport las define como estados de disposición adquiridos que influyen las respuestas del individuo hacia lo que lo rodea, conformadas por tres componentes: Cognoscitivo, afectivo y de comportamiento. Aunque no son causa necesaria, ni suficiente del comportamiento, con frecuencia son modificadas por él, ya que lo justifican y lo respaldan. Son determinadas por las experiencias de cada persona. (38)

Son algo complejo, pues aunque el individuo reacciona en forma simple hacia algunos objetos, no todas sus respuestas guardan coherencia entre pensamiento, sentimiento y acción; en ocasiones, pueden ser muy complejas. Por otra parte, la relación entre comportamiento y actitudes no es muy fuerte, ya que éste es una función de las actitudes, normas, costumbres y expectativas sobre refuerzo. (25,38)

a) Funciones de las Actitudes: Entre ellas están:

- Ayudar al individuo a comprender el mundo circundante
- Proteger la autoestima
- Ayudar al individuo a ajustarse a su medio ambiente
- Permitir al individuo la expresión de sus valores fundamentales. (38)

b) Medición de las Actitudes: Se realiza indirectamente a través de escalas. Se hacen inferencias de las expresiones verbales o de la conducta; sólo se mide la actitud manifiesta a través de ellas. (25,38)

Sin importar el tipo de escala que se utilice para tal efecto, se persigue que la prueba sea válida y confiable. La validez implica que debe medir realmente lo que se desea medir. La confiabilidad, por su parte, que dicha prueba siempre dará los mismos resultados; para ello, se debe reducir al máximo el error humano en su elaboración y aplicación. (25)

Se utilizan varios tipos de escalas:

- De Lickert: Es una escala ordinal; aunque fue elaborada en base a la de Thurstone, es más simple y segura que ésta. Para su elaboración, se recogen proposiciones relevantes que expresen determinado punto de vista sobre lo que se va a estudiar. Un grupo de los estudiados indica su actitud hacia cada una de las proposiciones, con posibilidades de respuesta en abanico. Se establece la desviación estándar sobre el porcentaje de individuos que marcan cada proposición, y las opciones de respuesta se clasifican de 0 a 4. Finalmente, se da al sujeto investigado una nota global, la cual es el resultado de las sumas obtenidas de cada respuesta.
  - De Ordenación, Arbitrarias o de Estimación: Se le solicita al individuo que ordene, de acuerdo a su preferencia, objetos o individuos en relación a determinada característica. Entre ellas están: La de

puntos, de clasificaciones directas y de combinaciones binarias.

- De Intensidad o Apreciación: Sirven para estructurar las opiniones bajo formas de respuesta en abanico.
- De Distancia Social: Ordenan las actitudes según un criterio de preferencia, y establecen relaciones de distancia. Entre ellas: De Bogardus, Dood y de Crespi.
- De Thurstone: Su elaboración es compleja; se usan en la valoración de actitudes individuales y de grupos pequeños.
- Escalograma de Guttman: Presenta los resultados en orden jerárquico, conformando la serie de ítems en una escala unidimensional. (5)

### C. ETICA MEDICA:

1. Historia de la Etica Médica: La ética médica se ha fundamentado, a lo largo de la Historia, en tres principios: Beneficencia, Autonomía y Justicia. Actualmente, se da mucho énfasis al principio de Autonomía en la práctica de la Medicina.

En el desarrollo de este principio de Autonomía se distinguen cuatro fases:

- Mala práctica: Se da en el siglo XIX. Se tipifican ciertos delitos como punibles por la ley, por deberse a mala práctica y negligencia.
- Agresión: Aparece a fines del siglo XIX. Se considera que toda intervención médica sobre el cuerpo de otro sin su permiso es punible; se empieza a respetar el derecho de Autodeterminación, aunque aún no especifica la cantidad de información que se le debe dar al paciente.

- Consentimiento informado: Es usado por primera vez en 1957. Según éste, se debe informar al paciente sobre todo lo que una persona razonable necesita saber para efectuar un juicio con pleno conocimiento de causa.
- Códigos de Derecho de los enfermos: Se iniciaron cerca de 1970, cuando se reconoció el consentimiento informado como un derecho del paciente.  
En 1976, se creó en Europa un documento que persigue proteger la autonomía del paciente, instituyendo como sus derechos: El consentimiento informado, a la dignidad, integridad, información, tratamiento adecuados, y a sufrir lo menos posible.(36)

Actualmente, se aplican dos criterios en ética médica para establecer lo justo:

- Deontológico: Propuesto por Rawls. Propone la distribución igualitaria de los valores sociales, a menos que su desigualdad proporcione beneficios a todos. Esto lo aplica a la protección de los bienes sociales primarios. Cuando éstos entran en conflicto entre sí, Rawls considera que existe entre ellos un orden serial; de esta forma, prevalecen las libertades civiles, en segundo lugar las oportunidades sociales, y en tercer lugar los poderes, prerrogativas, rentas y riquezas.
- Teleológico: Llamado también de Ponderación Racional de las Consecuencias. Apoya la teoría de que los principios no pueden someterse a un orden serial absoluto, sino que más bien se deben priorizar entre sí según las consecuencias. Según éste, generalmente se prioriza el principio de autonomía, luego el de justicia, y por último, el de beneficencia.  
(36)



2. Principios de la Bioética: Según Beauchamp y Childress son los siguientes:

- Respeto a la Autonomía: Comprende el respeto de las decisiones del paciente en cuanto a pensamiento, voluntad, intención y acción. Es necesario mantener al paciente adecuadamente informado para que él pueda decidir lo que considere mejor para sí mismo y para quienes lo rodean.
- Función Benéfica: Se refiere al beneficio que el médico está obligado a prestarle a los demás como parte de su profesión. No se cumple en el caso de investigaciones no terapéuticas.
- Función No Perjudicial: Sostiene que todo médico tiene la responsabilidad de sopesar, antes de tomar cualquier decisión con respecto al paciente, el daño o beneficio potenciales que la misma provocará. El beneficio debe ser mayor que el daño.
- Justicia: Comprende el respeto por el derecho de los otros en las relaciones interpersonales, y la distribución equitativa de los recursos, aún cuando éstos sean insuficientes. (36)

3. Códigos de Ética en Otros Países:

Desde hace algún tiempo se ha empezado a enfatizar en la importancia que tiene el que la práctica médica sea desempeñada dentro de un marco de comportamiento ético, por lo que prácticamente en todos los países se han establecido normativos para el ejercicio de la Medicina.

El Colegio Americano de Médicos, por ejemplo, creó las siguientes normas de conducta, en función de la responsabilidad que el médico tiene respecto a sus pacientes, la sociedad, otros profesionales de la salud, y hacia sí mismo.

Según este normativo, el médico deberá:

- Proveer servicios médicos competentes, con compasión y respeto por la dignidad humana.

- Actuar honestamente con sus pacientes y colegas, y denunciar sus deficiencias en carácter o competencia, o a quien actúe fraudulentamente.
- Respetar la Ley, y reconocer su propia responsabilidad por lograr cambios en todo aquello que esté contenido en ella y sea contrario a los intereses del paciente.
- Respetar los derechos de los pacientes, sus colegas y otros profesionales de la salud; y guardar las confidencias que le hagan los pacientes, sin forzar por ello la Ley.
- Continuar estudiando y aplicando los avances científicos, haciendo la información accesible a sus pacientes, colegas y al público en general; y consultando a otros profesionales de la salud, cuando esté indicado.
- Para brindarle un cuidado adecuado al paciente (excepto en emergencias), elegir libremente a quién servir, con quién asociarse, y el ambiente en el cual trabajar.
- Reconocer que posee la responsabilidad de participar en actividades de mejoramiento de la comunidad. (2)

Se considera que, el anterior código sintetiza bastante bien lo que la sociedad americana espera de los médicos que forma, en todos los ámbitos de desempeño de los mismos. Según este Colegio, el médico debe dar tratamiento y apoyo al paciente en caso de enfermedad, minusvalidez y muerte, respetando al ser humano como individuo único e irrepetible. Debe comprender los sentimientos y necesidades del paciente, ser profesionalmente competente, actuar con responsabilidad, y tratar en forma respetuosa y considerada a los pacientes que atiende.

El paciente, por su parte, debe entender y aceptar su tratamiento, y participar responsablemente en el cuidado de su salud.

Idealmente, se espera que ambos sean capaces de discutir sus expectativas y esperanzas. El médico debe ser flexible ante los aportes del paciente, y cuando las creencias del paciente sean contrarias al tratamiento propuesto, debe tratar de comprenderlo. Si no puede hacerlo, debe referir al paciente a otro colega que sí pueda hacerlo. No se puede obligar a ningún médico a faltar a los valores humanos fundamentales, a los estándares establecidos de práctica ética o científica, o a la Ley. (3)

Por otra parte, la Asociación Médica Americana le presta gran importancia a la relación médico-paciente, considerando que el bienestar del paciente siempre dependerá de la calidad de esta relación. Esta debe permitirle al paciente el presentarle sus problemas al médico oportunamente, proveerlo lo mejor posible de la información que necesite sobre los mismos, y colaborar con él en una alianza respetuosa, a mantener su salud.

Según esta Asociación, los pacientes tienen los siguientes derechos:

- A recibir información del médico y discutir con él todo lo relativo a su tratamiento; a recibir sus sugerencias al respecto, a recibir copia de sus registros (en caso de que así lo solicite), a recibir respuestas claras hacia sus interrogantes, a ser advertido sobre posibles conflictos de intereses con el médico que lo atiende, y a recibir opiniones de otros profesionales.
- Tomar decisiones al respecto del cuidado de su salud, ya sea aceptando o rechazando las recomendaciones sobre su tratamiento.
- A recibir cortesía, respeto, dignidad, responsabilidad y atención oportuna a sus necesidades.
- A la confidencialidad, pudiendo el médico revelar lo que el paciente le haya confiado sólo en caso de que sea necesario para el bienestar e interés de los individuos y público en general, o por mandato legal.
- A recibir atención médica continua.

Básicamente, tiene derecho a recibir una adecuada atención médica, y ningún paciente debe ser privado de ella sólo por no poseer los recursos económicos para costearla. (4)

El Código de Ética, según la Confederación Médica Panamericana debe fundamentarse en las siguientes normas:

- El respeto a la relación médico-paciente
- La trilogía entre ciencia, arte y conciencia, para poder regir la práctica
- El principio de la libre elección del médico (31)

En los países latinoamericanos, la ética médica está orientada de forma similar. En el caso de Colombia, según la Resolución No. 13437 (1 de noviembre de 1991) del Ministerio de Salud, los pacientes tienen varios derechos entre ellos sobresalen: El derecho a mantener una efectiva comunicación con el médico para participar en las decisiones terapéuticas, a ser tratado con dignidad y respeto, a la confidencialidad, a recibir atención médica de calidad, y a que se respeten sus decisiones. (26)

Así pues, la orientación de la ética médica en Estados Unidos, como en Latinoamérica se fundamenta principalmente en el principio de autonomía; luego en el de justicia, y por último en el de beneficencia.

4. Código de Ética Médica en Guatemala: También en Guatemala han cobrado mayor importancia todos los aspectos relacionados con la ética en la práctica médica, y se han establecido leyes y normas para regir dicho ejercicio.

Dentro del Código Penal, reformado por última vez en 1999, se incluyen delitos relacionados con la práctica poco ética de la Medicina, así como contra la salud, las cuales perjudican el bien común. (16)

Por otra parte, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala estableció un Código Deontológico (que fue elaborado durante 1998, y modificado por última vez en el año 2000). Este es el texto donde están definidas las normas morales que deben ser respetadas en el ejercicio de la Profesión, con carácter obligatorio; entre los deberes que dicho Código menciona que los médicos tienen para con los pacientes se encuentran: Brindarles cuidado, proporcionarles la información suficiente y necesaria sobre su caso, respetarlos, y guardar el secreto profesional. (15)

#### D. EL MEDICO:

1. Características del Médico: La Medicina es la ciencia y arte que se encarga de cuidar la salud del ser humano; su principal objetivo es aliviar el sufrimiento. (42)

El médico es un profesional que se dedica al ejercicio de la Medicina. Para que el médico sea un buen profesional debe, ante todo, desear serlo. Es preciso que desarrolle características especiales de carácter y virtud. Debe ser técnicamente competente, y ser capaz de responder a las necesidades específicas del paciente. (17)

Todos los actos que un buen médico realiza buscan, primordialmente, el bien del paciente. (42) Por ello, el médico debe desarrollar algunas características:

- Respeto: El médico debe guardar respeto por sí mismo, por el paciente como persona que merece privacidad y que posee sus propias creencias y valores, y por su profesión. (42)

Dentro de una relación médico-paciente, ambos deben tomar decisiones libres, pues el paciente es un ser autónomo. El respeto es la decisión personal del médico de acatar las decisiones de los pacientes para

defender sus propios intereses; es una elección basada en el reconocimiento de la significación del otro. (17)

- Responsabilidad: El médico, necesita, como ningún otro profesional, tener un sentido de responsabilidad plenamente desarrollado, ya que de sus acciones y de la forma en que desempeñe su trabajo dependerá el bienestar y, en ocasiones, incluso la vida de sus pacientes. Para ello, es preciso que el médico se interese sinceramente por su trabajo y sus pacientes, ya que de este modo el ser responsable no es una obligación o precepto que deba cumplir, sino una elección espontánea de su ser.

El sistema necesita de médicos humanos para brindarle atención adecuada al enfermo y, de este modo, hacerlo sentirse humano. (17)

- Veracidad: La incapacidad del médico para comunicarse con el paciente puede provocarle a éste cierto grado de frustración. Si no se habla lo suficiente con el paciente, éste quedará con nociones erróneas. El tratamiento requiere, para ser completado, de comunicación y participación entre médico y paciente. Hablar con el paciente no es difícil, es simplemente cuestión de desarrollar el hábito.

El paciente comunica la forma en la que vive su enfermedad, y el médico la traduce e interpreta a su propio lenguaje. La veracidad lo predispone a establecer una comunicación real; pero para ello, el médico debe esforzarse en ser veraz consigo mismo antes que nada. (17)

- Amistad: Entre médico y paciente se tienden a desarrollar diversos sentimientos. La mejor medicina es la que es personalizada. La mayoría de pacientes tienden a desarrollar sentimientos positivos

hacia sus médicos; pero si el cuidado del paciente es más bien responsabilidad de un equipo, éstos pueden no desarrollarse. Una de las razones por las cuales el médico se ha vuelto impersonal, es por el contacto de la cultura dentro de la cual vive. Y necesita, para rescatarse a sí mismo, examinar la calidad de su propia vida, y de la Medicina que practica. (17) Debe luchar por lograr que los pacientes tengan acceso al servicio y soporte que necesitan. La defensa del paciente es uno de los principios fundamentales de la relación médico-paciente. (28)

- Humildad: Es esencial para el médico. El sentimiento de su propia limitación es un impulso para buscar mejor información con el objeto de respaldar sus decisiones clínicas, y fundamentarlas adecuadamente. Los mejores médicos se caracterizan por estar más concientes de sus propias limitaciones que el resto. El médico humilde nunca piensa que ya sabe suficiente Medicina; esto lo hace capaz de seguir apreciando los misterios y maravillas de la enfermedad y la curación. Para el buen médico, sus errores son nuevas oportunidades de reevaluar su propio trabajo.

Cuando se confía demasiado en la tecnología, se le resta importancia a la relación médico-paciente, pues se cae en el error de creer que ya no es necesaria. (27)

- Sabiduría: Es el conjunto de conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes que necesita el médico para ejercer eficientemente la Medicina. El médico tiene el compromiso moral de estar estudiando siempre, pues es su responsabilidad mantenerse actualizado para el bienestar de sus pacientes. Si el médico no está conciente de su

preparación, no lo estará tampoco de sus limitaciones. (42)

Sobre todo en esta era en la que los avances tecnológicos están en pleno auge, es imprescindible para el médico estar informándose constantemente de las nuevas alternativas de tratamiento, y de las que están disponibles en el país. En determinado momento, es al mismo médico a quien le toca educar y dar consejo a los pacientes, y es parte de su responsabilidad profesional el proporcionarles la información suficiente y necesaria para tomar las decisiones que ellos consideren más adecuadas. (24)

2. Perfil del Médico: Desde hace ya mucho tiempo, ha sido motivo de preocupación dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, definir exactamente el tipo de profesionales que se espera estar formando, y el papel que esperan sean capaces de desempeñar dentro de la sociedad.

Así, de junio a septiembre de 1978, como parte del proceso de reformas globales que se había iniciado en la Facultad casi diez años antes, se realizó un estudio para definir, en tres etapas, los roles de desempeño del médico egresado de la Facultad dentro de la sociedad. Se le asignaron cuatro roles, de los cuales los principales, y que se adecúan a las funciones del médico recién egresado, según ellos son:

- Médico Docente: De este médico se espera que reúna las siguientes características: Ser previsor, ordenado, capaz de planificar, con iniciativa y creatividad, con disposición a la crítica y autocrítica, con honestidad y responsabilidad, con capacidad para realizar un buen manejo de los recursos a su alcance, interesado en actualizarse constantemente, deseoso de enseñar, con capacidad para establecer una buena comunicación, versátil, flexible, y auténtico.



- Médico para la Formación de Postgrado: Del médico residente se espera que reúna las siguientes características: Tener una convicción profunda de la importancia de la relación médico-paciente, con actitud crítica, conciente de la importancia de la ficha clínica como medio de registro de la información, con capacidad para comprender el malestar del paciente, interesado en establecer una terapéutica efectiva y de bajo costo, con conciencia ética, con necesidad de participar activamente en la educación en salud de los pacientes, que sea capaz de comprender las situaciones del paciente, interesado en la docencia y en mejorar sus condiciones de lectura, que tenga deseos y se sienta satisfecho educándose, y deseoso de aprovechar al máximo todas las fuentes de información de las que disponga.

Los otros dos roles definidos en este Informe, el del Médico de Guardia y del Médico Institucional, no se consideraron adecuados para ser desempeñados por médicos recién egresados, por ser cargos de mayor experiencia y responsabilidad. (39)

Posteriormente, entre junio y agosto de 1991, OPCA realizó un segundo estudio, con el fin de definir las funciones que se esperaba que el médico desempeñara dentro del mercado de trabajo al salir egresado de la Facultad. Se dió la siguiente descripción del médico que ingresa a formación de Postgrado:

- Médico Residente: Es todo aquel médico egresado de la Facultad que ingresa a un Hospital-Escuela para prestar allí sus servicios, y obtener el entrenamiento necesario para trabajar en determinada especialidad. Entre sus funciones están:
  - Impartir docencia
  - Diagnosticar, manejar y tratar pacientes en consulta externa, servicios, turnos y emergencia
  - Ejecutar y supervisar investigaciones
  - Ejecutar y supervisar procedimientos diagnósticos

- Impartir y organizar programas de educación en salud
- Manejar y resolver consultas intrahospitalarias
- Planificar actividades docentes
- Supervisar y evaluar actividades asistenciales
- Analizar y discutir casos clínico-patológicos
- Ejecutar y supervisar procedimientos quirúrgicos
- Llevar el control estadístico de la submortalidad hospitalaria
- Supervisar y evaluar actividades docentes (22)

En su trabajo de Tesis para la Maestría en Docencia presentado en 1997, Estrada Ortiz define las siguientes como características ideales del médico guatemalteco egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos:

- Valores humanos y éticos, deseo de servicio y no ver la profesión como medio de enriquecimiento
- Emocionalmente equilibrado, con una personalidad integrada
- Preparación científica y técnica para resolver la problemática de salud del país
- Ubicado en las necesidades reales de la población guatemalteca
- Interés en el estudio y la lectura para mantenerse actualizado
- Habilidad y destreza desarrolladas, para llevar a cabo procedimientos médico-quirúrgicos (18)

Como parte de la revisión que se ha estado realizando entre el año 1999 y 2000 de los programas de Postgrado de todas las especialidades, la Fase IV propone las siguientes características como perfil de ingreso para el estudiante que va a iniciar su formación en la especialidad de Medicina Interna:

- Dedicarse exclusivamente a los estudios de Postgrado, demostrando una conducta de seguridad en sí mismo,

hábitos que procuren el mantenimiento de una adecuada salud física y mental

- Actitud de respeto a sus semejantes, sobre la base de la calidad de ser humano, independientemente de su condición social, económica o cultural
  - Actitud de responsabilidad ante las tareas que se le asignen, evidenciando deseo de superación personal para servicio de la comunidad y espíritu investigador para profundizar sus conocimientos en la especialidad elegida
  - Poseer una actitud autodidacta para mantenerse constantemente actualizado
  - Estar dispuesto a sacrificar sus necesidades personales, asumiendo responsabilidad en el tratamiento de los pacientes que le sean asignados, así como en las actividades que se realicen
  - Alta calidad profesional, ética, moral y criterio científico, para transformar el proceso de trabajo y superar la calidad de atención, evidenciando cualidades para trabajar en equipo
  - Personalidad equilibrada capaz de trabajar con alta exactitud académica en situaciones de stress máximo.
- (40)

3. Adaptación al Papel de Médico: La mayoría de los médicos enfrentan diversos problemas, pues están sometidos a mayores factores de riesgo que la población en general. Generalmente, los médicos son malos pacientes, tienden a buscar ayuda muy tardíamente cuando se enferman, y constituyen un grupo laboral con altos índices de drogadicción, alcoholismo y suicidios.

Entre los factores que contribuyen a sus múltiples problemas de salud y de desempeño se encuentran:

- Las tensiones en su papel funcional; éstas son resultado de la disparidad existente entre la

expectativa del papel a desempeñar y lo inadecuado de las instituciones y normas sociales para apoyarlo. La sociedad tiende a impulsar a los médicos a ser perfeccionistas, escrupulosos, a interesarse por los demás, a rechazar gratificación, y a ser idealistas y dedicados. Como esto rara vez se asocia al autocuidado de sí mismo, genera frustración en el médico.

- La práctica médica es un trabajo duro.
- Los problemas de los médicos están influenciados también por su adaptación psicológica preadulta.
- Los médicos que presentan problemas más frecuentemente son los que tratan pacientes directamente.
- Fácil acceso que tienen a las drogas.
- Según las características propias de la personalidad de cada individuo, pueden estar predispuestos a considerarse a sí mismos capaces de consumir drogas en forma controlada, sin volverse adictos.
- Dificultad para aceptar el papel de enfermo; ya que aprenden a separarse a sí mismos de los peligros que enfrentan al cuidar pacientes. Tienden a sentirse inmunes a los males que enfrentan, y utilizan con frecuencia mecanismos de adaptación como la autoagresión, el altruismo y la hipocondría. Además, no son del todo objetivos al momento de atender a sus colegas.
- La mujer médico puede tener factores de stress adicionales, pues generalmente debe adaptarse a combinar los requerimientos de su carrera con los de su familia. Aunque, de por sí, se ha observado que el matrimonio actúa como factor protector en la vida de los médicos de ambos sexos. (12)

4. Profesionalismo del Médico: En los últimos tiempos, los médicos tienden a unirse, y a unificar sus estrategias como gremio.

Talcott Parsons pensaba que la cooperación y competencia entre profesionales era beneficiosa para el bien común, y que ellos estaban dispuestos, de por sí, al servicio público, ya que estaban más interesados en recibir reconocimiento de sus colegas por realizar un buen trabajo que en volverse ricos. (44)

El profesionalismo debe definirse, básicamente, de acuerdo a relaciones morales que persiguen el bien de la sociedad; éstas son una fuerza protectora en la estructura de la misma.

Según Wynia et al, el modelo de profesionalismo para el médico debe contener algunos elementos:

- Devoción al Servicio Médico: Los médicos deben estar motivados a trabajar duro a pesar del bajo incentivo económico, a ofrecer servicios de alta calidad, a cuidar de otros aún a riesgo de su propia salud, a cuidar de sus pacientes pobres como lo hace de los ricos, y a luchar en su lugar de trabajo por el establecimiento de políticas justas.
- Profesión Pública de sus Valores: La relación médico-paciente debe estar sustentada en una base moral que legitime las expectativas de ambas partes.
- Negociación de los Valores de la Profesión: Los médicos tienen la responsabilidad de comprometerse con el público a negociar prioridades sociales para lograr el balance de los valores médicos con otros valores sociales. El proceso debe centrarse en el cuidado del paciente.

Para que este modelo ideal funcione como una guía normativa, es preciso que los tres elementos mencionados se encuentren balanceados. (44)

Las acciones del profesional de la Medicina deben ser:

- Pedagógicas: Debe ser capaz de enseñarle al paciente a tomar una actitud frente a la vida, la salud, y la muerte.
- Preventivas: Esta debe ser la principal labor del médico, pues es la más efectiva y menos costosa; además, le ahorra sufrimiento al paciente.
- Curativas y Reparadoras: Se pueden ejercer de varios modos; en principio, a través de la palabra. (42)

## E. EL PACIENTE:

1. Características del Paciente: El paciente es la persona que acude ante el médico en busca de atención y ayuda, ya sea por su propia voluntad, o porque su estado hizo necesario a alguien más llevarlo sin que su voluntad interviniera en el asunto.

En su conducta influyen diversos factores, tales como: Su resistencia a la enfermedad, la necesidad o no de hospitalización, su tendencia a la depresión, su fortaleza espiritual, las experiencias anteriores que haya tenido con otras figuras de autoridad (transferencia), el malestar y temores que lo hicieron requerir la atención médica, sus problemas cotidianos, y otros factores interpersonales que en determinado momento pueden haber motivado la consulta. Se ha observado que factores como la fortaleza espiritual y la ausencia de depresión pueden mejorar el pronóstico de recuperación de los pacientes. (12)

Entre los factores que determinan la respuesta del paciente ante la enfermedad que padece están: Clase socioeconómica, grupo étnico, negación de la enfermedad, necesidad del uso de rituales para enfermedades episódicas,

generadores de stress, mecanismos de defensa (12), y creencias religiosas. (35)

Los pacientes pueden ser de difícil manejo con frecuencia, ya que la enfermedad implica para ellos una pérdida y un ataque a su autoestima, por lo que reaccionan en consecuencia. (12)

El manejo se vuelve más difícil cuando el paciente se enfrenta a una enfermedad mortal, ya que enfrenta diversas emociones y sentimientos. (35) Aunque ésto ocurre con mayor frecuencia en pacientes moribundos, puede sucederle a cualquier paciente, sobre todo si su autoimagen se ve afectada; cada uno vive la enfermedad según su modo de reaccionar ante las diversas situaciones de la vida. (12)

## F. LA RELACION MEDICO-PACIENTE:

1. Características: Ha representado, desde siempre, la más profunda expresión de la integridad social de la humanidad.

Según Rohde, el paciente percibe la hospitalización como una infantilización progresiva, que le supone despersonalización y desarraigo psicosocial.

Una adecuada relación médico-paciente implica que el médico tenga la suficiente capacidad científica, y que aplique la misma a la situación particular del enfermo. Médico y paciente deben respetarse mutuamente como personas adultas, autónomas, responsables y libres que se ayudan.

Debe ser interpersonal, para que el paciente se sienta comprendido por el médico. Su secreto estriba en la Transferencia. La frialdad excesiva puede anular la labor profesional. La relación debe ser fluída, amistosa, realizarse en el ambiente adecuado y con el tiempo suficiente. (31)

Para que el médico pueda comprender al paciente en forma adecuada, debe reunir ciertas condiciones:

- Asumir una actitud empática ante el enfermo
- Conocer las reacciones psicológicas del paciente a las enfermedades más frecuentes
- Tener un objetivo claro a alcanzar con el tratamiento

Dentro de la relación médico-paciente es fundamental el hecho de que la enfermedad causa un desequilibrio en la vida del paciente; el médico, a través de su intervención, lo ayuda a reencontrar el equilibrio.

Ante esta realidad, las justas expectativas de los pacientes dentro de la relación pueden ir dirigidas a:

- Ser tratados como seres humanos
- Ser atendidos por profesionales competentes, capaces de mantenerse en una actualización constante, y de reconocer sus limitaciones
- Recibir la información que necesitan, y no ser abandonados por su médico. La información debe ser clara, y adecuada al estado actual del paciente. No se le debe provocar, en la medida de lo posible, un impacto traumatizante. Se le debe hacer saber, además, lo que se espera de él y de su familia. (26)

La importancia del establecimiento de una buena relación médico-paciente estriba en el hecho de que la buena comunicación aumenta la efectividad clínica. Para los médicos, el tener esto presente les sirve de impulso para mejorar constantemente sus habilidades de comunicación con los pacientes, y a interesarse en ello. Para los pacientes también es beneficioso pues les permite valorar la relación médico-paciente, y expresar sus sentimientos. De hecho, el fomentar una buena comunicación con los pacientes es luchar contra la deshumanización. (10)



Según Engel, el médico desarrolla, dentro de la relación médico-paciente, tres aptitudes que son determinantes para llevar a cabo el proceso diagnóstico:

- Habilidad para lograr que el paciente responda a través de la entrevista, examen físico, y la relación personal
- Capacidad para observar y registrar con exactitud todo lo referente a la conducta del paciente
- Capacidad de trasladar estos datos al marco de referencia correspondiente. (12)

Generalmente, se necesita de la participación y activa colaboración del paciente para que el tratamiento sea llevado a buen término. La motivación que el paciente posea para hacerlo es esencial. Para que el médico pueda mejorar el acatamiento del paciente para participar activamente en el proceso terapéutico debe: Desarrollar la confianza del paciente, construir una alianza con él, y estar conciente de las motivaciones no racionales que puedan afectarle. (12)

Dentro de una relación médico-paciente se pueden presentar cuatro clases de conflictos:

- Si el paciente quiere obtener del médico ganancias deshonestas
- Si los familiares del paciente quieren anteponer sus propios intereses a la salud y bienestar del paciente
- Si en la relación médico-paciente intervienen terceros que quieren anteponer sus propios intereses a los del paciente
- Si los derechos que el paciente quiere que se le respeten perjudican de alguna forma al resto de la sociedad

Ante cualquiera de estas situaciones el médico debe tratar de actuar de la forma más ética y responsable posible, y tratando de establecer prioridades y de provocar el menor daño que se pueda. (42)

2. Tipos de Relación Médico-Paciente: El tipo de relación que se establezca entre médico y paciente puede estar influenciado por el modelo de ética médica adoptado por el médico.

Según Veatch, los modelos son los siguientes:

- Médico-Ingeniero: Según este modelo, el médico es científico y técnico. Se interesa más en los hechos que en los valores. Trata más bien a la enfermedad, no a la persona.
- Médico-Sacerdote: Asume que el médico es un experto de la vida en general. Por su parte, el médico se ve a sí mismo como superior al paciente. Trata al paciente como niño, por lo que no respeta su libertad y dignidad como ser humano.
- Médico-Colega: Postula que médico y paciente son colegas, luchando juntos por el mismo fin. Requiere de fe y confianza de parte de ambos.
- Médico por Contrato: Considera la relación médico-paciente como un contrato de trabajo, elaborado de mutuo acuerdo entre las partes. Ambas partes se comprometen a cumplir con ciertas obligaciones.
- Médico por Convenio: Es similar al anterior, pero reconoce elementos que van más allá del simple contrato. Supone una relación permanente, se exige al personal de salud más de lo acordado, y existe un acuerdo implícito sobre el rol de cada participante.

En los dos últimos modelos, el médico debe ser capaz de descubrir los valores del paciente; y si no los comparte, tiene la libertad de decidir no participar en la relación. (20)

Según Vélez Correa, por otra parte, la relación médico-paciente puede responder únicamente a tres modelos:

- Paternalista: Cuando el médico toma todas las decisiones en nombre del paciente, sin solicitar su consentimiento, no lo deja participar

activamente en el proceso, y no toma en consideración sus valores.

- Autónoma: Se dejan al paciente todas las decisiones, mientras el médico se limita a observar.
- Responsable: Dentro de este modelo, ambas partes asumen su responsabilidad, con pleno conocimiento y libertad de acción. Ambas se comprometen mutuamente a asumir sus deberes y a respetar los derechos del otro. (42)

En cuanto a la estructura misma de la relación, Vélez Correa propone que puede ser directa (si se desarrolla únicamente entre médico y paciente, sin la participación de intermediarios) o indirecta (si el compromiso de atención del paciente fue adquirido por una institución). Según la voluntad de las partes involucradas, puede ser voluntaria (si ambas partes actúan de común acuerdo en iniciarla) o involuntaria (si quien decide por el paciente es un tutor o responsable). (42)

Szasz y Hollender proponen, por su parte, tres modalidades en la relación médico-paciente: Activo-pasiva, de guía-cooperación, y de participación mutua. Idealmente, el médico debe ser capaz de moverse dentro de estos tres modelos de relación, según sea la situación que se le presente. (12)

3. Relación Médico-Paciente en la sociedad: Actualmente, la deshumanización de la atención médica está llevando al deterioro de la relación médico-paciente. Este problema es consecuencia de factores como el trabajo multidisciplinario que cada día es más utilizado para la atención del paciente, la falta de privacidad en los servicios de salud, la alta tecnología, la incorporación de mucho personal administrativo en el equipo de atención hospitalaria, y los altos costos de la atención. (42)

En su trabajo de Tesis, Ligorria Guzmán trató de determinar las opiniones de médicos y pacientes sobre los aspectos éticos que implica la relación médico-paciente. Al finalizar el estudio, concluyó que ambos grupos tenían un escaso conocimiento sobre aspectos éticos. En términos generales, los pacientes no se sienten obligados a mantener actitudes éticas hacia los médicos que los atienden, está muy desvalorizado el trabajo que el médico realiza, y por lo mismo, se le tiende a exigir demasiado. Además, la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio manifestaron tenerle muy escasa confianza a sus médicos como profesionales.

En cuanto a los médicos del estudio, en su mayoría manifestaron considerarse obligados al sacrificio y al servicio extralimitado hacia sus pacientes. Todos los participantes manifestaron haber enfrentado problemas de índole ética en algún momento de su práctica, y consideraron de gran importancia el establecimiento de educación en ética dentro del gremio, como un medio para rescatar la relación médico-paciente. (30)

Por otra parte, Grajeda<sup>2</sup> realizó durante 1999 un estudio entre pacientes atendidos en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y determinó que la mayoría de los pacientes entrevistados (75%) creen que son atendidos casi siempre por estudiantes, y no por médicos graduados. Los pacientes del estudio manifestaron que los estudiantes que acaban de empezar a realizar sus prácticas son amables y cariñosos con ellos, y que conforme aumentan de nivel académico se vuelven groseros y distantes. El 92% manifestó que consideran que al médico no le interesa lo que ellos tengan que decir. Sólo el 30% manifestó que los médicos les hablan de su enfermedad, y les dan indicaciones de lo que deben hacer para curarse, sobre todo en la Consulta Externa. El 87% manifestó que al médico no parece preocuparle la

---

<sup>2</sup> Grajeda, Geraldine. La actitud del médico como apoyo a la satisfacción de necesidades... un problema para la educación médica. Trabajo presentado para el Doctorado de Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca. Proyecto Guatemala. Guatemala. 1999. 90p.

enfermedad de sus pacientes, y que los tratan con agresión y frialdad. El 86% manifestó, incluso, que a los médicos parece molestarles que ellos demuestren sentir dolor o miedo.

Como se puede observar en los datos presentados anteriormente, la situación que médicos y pacientes enfrentan actualmente en la sociedad guatemalteca es alarmante, la relación médico-paciente atraviesa una etapa crítica, para lo cual es preciso buscar soluciones.

#### G. DESHUMANIZACION Y REHUMANIZACION DE LA MEDICINA:

1. Deshumanización de la Medicina: La “deshumanización” o pérdida de la humanidad en la atención médica puede ir dirigida hacia el paciente o hacia el médico, y puede ser personal (por parte del médico) o institucional. (26)

Es indudable que la medicina institucional atraviesa por una crisis de pérdida de la humanidad; entre los problemas mencionados por Jinich se encuentran: Alto costo de atención y medicamentos, abuso de tecnología, mala distribución de los recursos materiales y humanos, comercialización de la salud, médicos deshumanizados que trabajan sin vocación y deterioran su relación con el paciente, desconfianza entre médico y paciente que han incrementado, además, los juicios de mala práctica.

Meerof le agrega, a todo lo anterior, que es cuantitativamente escasa para cubrir las demandas de la población, cualitativamente deficiente, los costos de la atención son muy elevados, y la tecnología es considerada como lo esencial. (31)

Cuando es el mismo médico, por su voluntad, quien los comete, son dentro del mismo acto médico. Pueden presentarse como producto de sus decisiones, acciones o abstenciones. Entre ellos están: Que la atención sea prestada por un médico no escogido por el paciente, irrespeto hacia su perfil cultural, atenderlos en diferente forma según su situación socio-económica, no prestarle atención al paciente cuando se le habla o se le escucha, y el hecho de impedirle al paciente ser tratado por quien elija por no poder pagar sus servicios. (26)

Esto se debe a que los profesionales médicos, actualmente, están enfrentando diversos conflictos que ayudan a promover la deshumanización:

- Priorización de los valores económicos, con utilización del paciente para lograr enriquecimiento personal
- Médicos con poco equilibrio emocional, que por lo mismo son incapaces de tratar al paciente como ser humano, y son un riesgo potencial incluso para ellos mismos
- Preparación científica y técnica inadecuada para resolver la actual problemática de salud
- Poco conocimiento de las necesidades reales de la población
- Poco interés en la lectura y el estudio constante
- Habilidades y destrezas médico-quirúrgicas poco desarrolladas (18)

Aunado a lo anterior está el hecho de que los médicos y estudiantes de Medicina en general tienen un escaso conocimiento sobre ética y moral, así como sobre el Código Deontológico. A pesar de ello, lo consideran importante. Se determinó en algunos estudios que esto dificulta la interrelación personal dentro del ambiente hospitalario en el que trabajan. Este problema se inicia, incluso, desde los primeros años de estudio dentro de la Facultad. (7,9,23,32,33,34,41)

Es preciso rescatar la humanización de la profesión, pues a la larga, la deshumanización de la práctica médica no genera más que insatisfacción: Al paciente, al médico que lo atiende, y al resto del personal de salud que participa en el proceso. (31)

2. Rehumanización de la Medicina: La "humanización" de la Medicina, tan necesaria actualmente, debe ser un camino de dos vías. La educación médica actualmente es contradictoria, pues aunque exige a los médicos humanidad y altruismo, sólo evalúa y promueve a los estudiantes en función del conocimiento científico adquirido.

Humanizar la Medicina implica adecuarla al hombre, considerándolo como la unidad inseparable e indistinguible entre cuerpo y espíritu. El cuerpo humano no debe ser aislado del componente social, comunitario y cósmico, pues en sí mismo no es más que una minúscula porción del Universo.

Humanizar la Medicina es ver al hombre íntegramente, en su totalidad, pues ver solamente una de sus partes es deshumanizante. (26)

El hecho de revitalizar la enseñanza y modificar los currícula de las escuelas de Medicina, como ya se está haciendo en Inglaterra y en otros países, permite vislumbrar un futuro esperanzador para la recuperación de la humanidad que la Medicina ha ido perdiendo en los últimos años. (21)

## H. EDUCACION MEDICA:

1. Situación del Estudiante de Medicina: El estudiante de Medicina es el sujeto que participa directamente, y se beneficia o perjudica de la educación médica que se imparte.

Entre los factores que afectan al estudiante de Medicina se encuentran:

- Inseguridad, ya que pueden sentirse incómodos: Innecesarios para el paciente y como una carga para los médicos de más experiencia. Sin embargo, no se debe olvidar que los estudiantes sirven como enlace y medio de comunicación entre médicos y pacientes, y sirven como un medio de actualización para el médico.
- Las situaciones embarazosas o repugnantes a las que en ocasiones debe enfrentar.
- Conflictos entre la necesidad de acercamiento y/o alejamiento del paciente. (12)

Cuando un estudiante decide ingresar a la Facultad de Medicina para convertirse en médico, se compromete a ser cierto tipo de persona. Frecuentemente, este compromiso es abandonado en algún punto del largo camino; pero no del todo: Algo queda para ser renovado. (17)

Estrada Ortiz determinó, en su trabajo de Tesis, que los valores de un grupo de estudiantes presentaron cambios después de transcurridos cinco años de estudio dentro de la Facultad: Al entrar a la Carrera, todo el grupo del estudio presentó elevado su valor social, pero cinco años después, los resultados mostraron que ya no era significativo. Lo contrario ocurrió con el valor teórico, el cual no fue significativo al inicio de la Carrera, pero sí al finalizarla. Las variaciones en el resto de valores no fueron relevantes. (18)



2. Capacitación del Estudiante de Medicina: La tecnología ha contribuido a transformar la Medicina en algo contradictorio: Se dice que es preciso ver al hombre como unidad biopsicosocial; sin embargo, en la práctica se le fragmenta. El médico debe manejar un nivel científico y otro afectivo. (26)

Se considera necesario, como parte de su capacitación, impulsar al médico a poner en práctica algunas pautas para proteger y promover su propia salud. Estas deben ser concientizadas y practicadas por el estudiante de Medicina, si se espera que como médico las practique también. (12)

3. Influencia de los Modelos en la Educación Médica: Los seres humanos construyen sus vidas de acuerdo a modelos que los atraen e influyen, y al mismo tiempo, contribuyen a formar patrones que luego influyen en otros. (13,17)

Así, los médicos jóvenes aprenden la habilidad ética requerida en su trato con los pacientes observando e imitando a sus profesores; se forman en base al sentido de responsabilidad por el cual eligen los pequeños actos y hábitos que necesitan cultivar para transformarse en el tipo de médicos que desean ser, y por las relaciones interdependientes que establecen con el mundo al cual pertenecen. (17)

Wright, et al realizaron un estudio para identificar los atributos que diferenciaban a los médicos que son considerados como excelentes ejemplos a imitar de otros médicos.

Actualmente, se considera que estos médicos son una parte fundamental de la educación médica, ya que actúan como factor importante para la adquisición de valores, actitudes y comportamientos éticos y humanos por parte del equipo médico. Influyen, incluso, en la elección de especialidad de los estudiantes.

Los resultados del estudio permitieron identificar cinco atributos asociados con el ser considerado un excelente modelo a imitar:

- Invierten más del 25% de su tiempo en la enseñanza
- Invierten como mínimo 25 horas a la semana en pasar visita con los pacientes y personal de sus Servicios
- Enfatizan la importancia de la relación médico-paciente en su enseñanza
- Enseñan aspectos psicosociales de la Medicina
- Han tenido excelencia académica a lo largo de su Carrera, pues han ocupado el puesto de Jefes de Residentes

En conclusión, los médicos considerados como mejores modelos a seguir son los que invierten mayor tiempo en la enseñanza, le dan importancia a la misma, construyen relaciones positivas con sus pacientes, y demuestran a sus estudiantes la importancia de un acercamiento comprensivo al paciente. Todos los atributos mencionados anteriormente son adquiribles o modificables. (43)

Sin embargo, el hacer ésto puede ser, en ocasiones difícil de poner en práctica, pues deben luchar por sobrevivir en un ambiente competitivo. El reclutamiento y retención de los médicos que hayan demostrado su interés y calidad docente es indispensable para contribuir al avance de la ciencia y la práctica de la Medicina. (8)

En contraste, los médicos que demuestran irrespeto o insensibilidad hacia los pacientes que atienden, insatisfacción profesional, o incapacidad para establecer buenas relaciones interpersonales con sus colegas, son considerados como modelos negativos.

El hecho de que los médicos que se dedican a la enseñanza conozcan algunos principios humanísticos y educativos, no implica que necesariamente su conducta refleje estos valores.

Los residentes consideran como buenos modelos a los médicos que tienen relación con pacientes, además de impartir docencia, pues se sienten identificados con ellos.

Se determinó que son varias las acciones que impulsan a los estudiantes a escoger especialidad en función de los médicos que consideran como modelos a imitar:

- Intentan reflejar, con sus actos, los atributos centrales del médico
- Conocen los puntos de vista de los estudiantes, y los ayudan a entender las ventajas de modelos e ideas que puedan no ajustarse a sus expectativas personales (37)

## VI. MATERIAL Y METODOS:

### A. METODOLOGIA:

1. Tipo de Estudio: Descriptivo y transversal.
  
2. Sujeto de Estudio: Jefes de Servicio y estudiantes: Jefe de residentes y residentes de primero, segundo y tercer años, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".
  
3. Población de Estudio: Se decidió utilizar la población completa de jefes de Servicios de encamamiento, residentes y estudiantes, tanto hombres como mujeres, ya que su tamaño hizo innecesario el muestreo. No se tomó en cuenta al personal de la Consulta Externa, ya que las características particulares del trabajo que se realiza en esta área son distintas a las del trabajo que se realiza en el encamamiento.
  
4. Criterios de Inclusión y Exclusión:
  - 4.1 Criterios de Inclusión:
    - Estudiantes externos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en los meses de julio y agosto del año en curso.

- Estudiantes internos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en el mes de julio del año en curso.
- Residentes de primero a tercer año, hombres y mujeres, que se encontraban realizando estudios de Postgrado de Medicina Interna en Hospital General "San Juan de Dios" durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Jefe de residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"
- Especialistas, hombres y mujeres, que estaban ocupando el cargo de jefes de los servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", que se encontraban en funciones durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Se incluyó a todos los especialistas, residentes y estudiantes que se encontraban dentro de las categorías anteriores, independientemente de su edad.

#### 4.2. Criterios de Exclusión:

- Especialistas y estudiantes incluidos en las categorías anteriores que se negaron a participar en el estudio.
- Especialistas y estudiantes de Postgrado, hombres y mujeres, que se encuentren rotando por la Consulta Externa.

#### 5. Variables de Estudio: Se trabajó con las siguientes variables:

5.1 Variable Independiente: La escala de valores

5.2 Variable Dependiente: La deshumanización de la atención médica



Variable	Definición Teórica	Definición Operativa	Indicadores	Escala	Procedimiento	Instrumentos de Medición
Escala de Valores	Jerarquización de creencias o disposiciones cognitivas, motoras y profundas del proprium con las que el hombre trabaja de preferencia (1)	Conjunto de ideas y creencias jerarquizadas que rigen el comportamiento de los estudiantes, residentes y jefes en el departamento de Medicina Interna del Hospital General.	Valor social Valor político Valor teórico Valor religioso Valor utilitario Valor estético	Ordinal	Se aplicó Test de Valores AVL (de Allport) a los sujetos del estudio	Test AVL

6. Instrumentos de Recolección de los Datos: Se utilizaron:

- Listas de cotejo
- Test AVL
- Escala de actitudes tipo Lickert para identificar actitudes de deshumanización en la atención médica

7. Ejecución de la Investigación: El trabajo de campo se realizó de la siguiente forma:

- 7.1 Se realizó validación de los instrumentos a utilizar; para ello éstos fueron aplicados a un grupo de jefes de Servicio, residentes, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.
8. Se realizó observación directa de la forma en la que se interrelacionan los jefes de Servicio y residentes con internos, externos, personal de enfermería y con los pacientes durante el paso de Visita. Para ello se elaboraron Listas de Cotejo para objetivizar las observaciones realizadas, y se recuperaron comentarios escuchados y relatos de situaciones presenciadas. Esta actividad se realizó rotando por los servicios de encamamiento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".
9. Para el manejo de las Listas de Cotejo, se llenó una por cada sujeto observado durante cada día que se realizó la observación. Al finalizar la observación dentro de cada Servicio, se realizó un consolidado de las Listas de cada sujeto.
10. Luego, se tomaron los consolidados correspondientes a cada sujeto, y se compararon con los de los demás sujetos del mismo grupo.
11. En base a la comparación realizada, se determinó si los sujetos presentaban o no distintos comportamientos que evidenciaran humanización o deshumanización en la



atención médica; así como los valores evidenciados por los sujetos en dichos comportamientos.

12. Se aplicó a todos los jefes, estudiantes residentes, internos y externos del departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" el Test AVL.
13. Los resultados obtenidos por cada sujeto en los valores del Test fueron promediados por grupo de estudio.
14. Dichas puntuaciones promedio que fueron obtenidas se emplearon para elaborar un perfil de valores por cada grupo de estudio.
15. Las puntuaciones promedio obtenidas para cada grupo del estudio se compararon con las correspondientes obtenidas de las Listas de Cotejo.
16. Después se les aplicó a los sujetos del estudio una escala de actitudes de tipo Lickert para evidenciar actitudes de deshumanización de la atención médica.
17. Las respuestas escogidas por cada sujeto individualmente se analizaron para evaluar la confiabilidad que había tenido al contestar el instrumento. Dicha confiabilidad se evaluó en base a la cantidad de parejas de respuestas concordantes obtenidas por cada sujeto. Se determinó, como número estadísticamente válido de respuestas concordantes el que los sujetos presentaran trece o más parejas de respuestas concordantes. Se escogió este número por representar una desviación estándar abajo de la media obtenida en conjunto por todos los sujetos en el instrumento.
18. Este procedimiento hizo necesario descartar del estudio a 4 de los estudiantes externos, así como a 3 de los estudiantes internos, ya que se consideró muy baja su confiabilidad al contestar el instrumento.
19. Posteriormente, se procedió a calificar cada uno de los instrumentos de tipo Lickert, según indica la técnica respecto a este instrumento: A cada pareja de ítems se le proporcionó un puntaje, según las respuestas escogidas por el sujeto, el cual podía ir de 0 a 8 puntos, para cada pareja.

20. Se reunieron y luego se sumaron las parejas de puntajes obtenidos, según los valores o actitudes que cada uno de ellos estuviera evaluando. Esto permitió asignarle a cada sujeto del estudio un determinado puntaje neto en cada valor y actitud que los instrumentos estaban evaluando.
21. Se reunieron los resultados de cada sujeto por grupo de estudio, y se sacó una puntuación media por cada valor o actitud para cada grupo.
22. Con los valores promedio obtenidos por cada grupo para cada valor o actitud se elaboraron los perfiles correspondientes por grupo de estudio.
23. Se compararon los resultados con los obtenidos anteriormente a través de las Listas de Cotejo.
24. Se elaboraron gráficas de dispersión para evidenciar la existencia o no de correlación entre los resultados obtenidos del Test AVL (valores) y los de la Escala de Tipo Lickert (actitudes).
25. Las gráficas de dispersión evidenciaron la ausencia de correlación entre los grupos de datos comparados, por lo que no fue necesario aplicarle a dichos datos otro tipo de tratamiento estadístico, como el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

8. Presentación de los Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico: Los resultados se manejaron de la siguiente forma:

- 8.1. Los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Test AVL y las Escalas de Actitudes de tipo Lickert se presentan en gráficas para facilitar su comprensión. Las mediciones estadísticas empleadas fueron: Puntuaciones promedio, y se realizaron también gráficas de dispersión. No fue posible emplear medidas de correlación, ya que se evidenció que los datos no tenían correlación entre sí.
- 8.2. Los resultados cualitativos obtenidos de la observación, así como los comentarios escuchados y las situaciones que fueron presenciadas se presentan de manera descriptiva, para no perder la riqueza de la expresión.

## **B. RECURSOS:**

1. Materiales Físicos: Hojas de papel, lápices, borradores, lapicero, calculadora, Test AVL con hoja de respuestas, plantilla para calificación, listas de cotejo, escalas de actitudes tipo Lickert (fotocopiadas).
2. Humanos: Médicos especialistas y estudiantes externos, internos y residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", pacientes, personal de enfermería, asesor, revisora, grupo piloto para validación de los instrumentos, investigadora.
3. Económicos: Por cuenta de la investigadora.

## **VII. ALCANCES Y LIMITACIONES:**

Se cubrió a toda la población prevista, se llevaron a cabo todos los procedimientos y se aplicaron todos los instrumentos propuestos.

Por la naturaleza de este trabajo de investigación, y por el tamaño de la población utilizada, los resultados obtenidos se consideran básicamente válidos para el grupo incluido dentro de este estudio.

Por ser un estudio de tipo transversal, no es posible determinar con certeza, si existen cambios en las actitudes y valores de los sujetos del estudio en forma individual, sólo es

posible presumir los mismos a través de las diferencias encontradas entre los grupos.

## **VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS:**

Previo a la presentación de los resultados, se consideró importante realizar una breve descripción sobre la estructura actual del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", lugar donde se realizó este estudio.

En lo que al espacio físico se refiere, el Departamento cuenta con un área de Encamamiento (quinto nivel), Cuidado Crítico (segundo nivel), Emergencia (primer nivel) y Consulta Externa (primer nivel). La Jefatura del Departamento se encuentra en el segundo nivel, y tanto las reuniones de Postgrado como las de Departamento se realizan en los salones del séptimo nivel, donde además se encuentran los dormitorios de los residentes.

El área de encamamiento consta de cuatro unidades (XIII, XIV, XV y XVI), cada una de las cuales está dividida en dos servicios: A y B. En cada Unidad hay espacio para cerca de 32 pacientes. Las Unidades XIII y XIV están destinadas al encamamiento de mujeres, y en la XV y XVI se encuentran los hombres.

El área de Cuidado Crítico está dividida en varias unidades: Intensivo, Intermedios, Coronarios y Transplantes.

La emergencia cuenta con un área de emergencia propiamente dicha, otra destinada a la observación de pacientes, y otra para el examen y clasificación de pacientes.

La consulta externa, por su parte, está dividida en clínicas por especialidades, y cuenta además, con otras destinadas a la clasificación de pacientes nuevos.

En cuanto al personal médico se refiere, al ser el Hospital un Hospital-Escuela, cuenta con: Jefe del Departamento, jefes de unidad y jefes de servicio (ocupados por subespecialistas), jefe de residentes, estudiantes de postgrado (residentes de primero, segundo y tercer año) y estudiantes de pregrado, de cuarto y sexto año de la Carrera (externos e internos).

Actualmente, hay veintidós residentes en el Departamento: ocho residentes de tercer año (uno de los cuales se encuentra ausente durante este mes por estar realizando su electivo y otro, por encontrarse de vacaciones), cinco residentes de segundo año, y nueve residentes de primer año. Todos los residentes se encuentran rotando por las áreas mencionadas anteriormente.

En cuanto a los estudiantes de pregrado, actualmente se encuentran rotando por el Departamento quince internos (sexto año) y dieciséis externos (cuarto año).

Tanto los residentes, como los estudiantes internos y externos cumplen con diversas responsabilidades que tienen asignadas en sus respectivas áreas de práctica, y con un rol de turnos cada cuatro días (a excepción de los internos que se encuentran rotando por el área de Cuidado Crítico, que tienen turno cada tres días).

La rotación de los internos tiene una duración de dos meses; la de los externos, de cuatro meses.

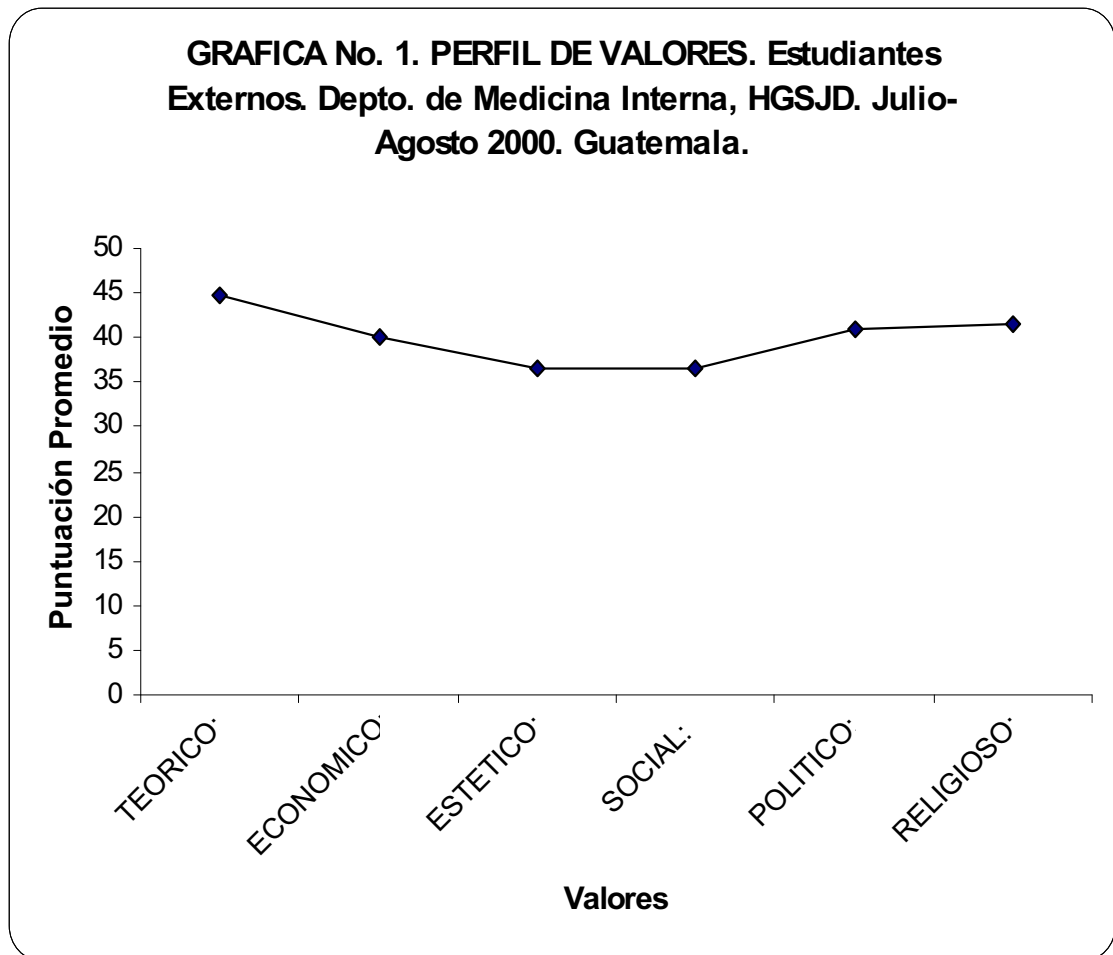
El presente estudio se realizó durante los meses de julio y agosto del 2000 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"<sup>3</sup>. Para obtener los

---

<sup>3</sup> En todas las gráficas del estudio se utilizaron las siglas HGSJD para designar el nombre del Hospital General "San Juan de Dios".

resultados se utilizaron tres instrumentos y para su mejor comprensión, los resultados se presentan en función de las variables que fundamentaron el estudio. Así, se presenta primero una sección sobre valores, otra de actitudes de deshumanización de la atención médica, y luego, otra en la cual se relacionaron.

### A. ESCALA DE VALORES:

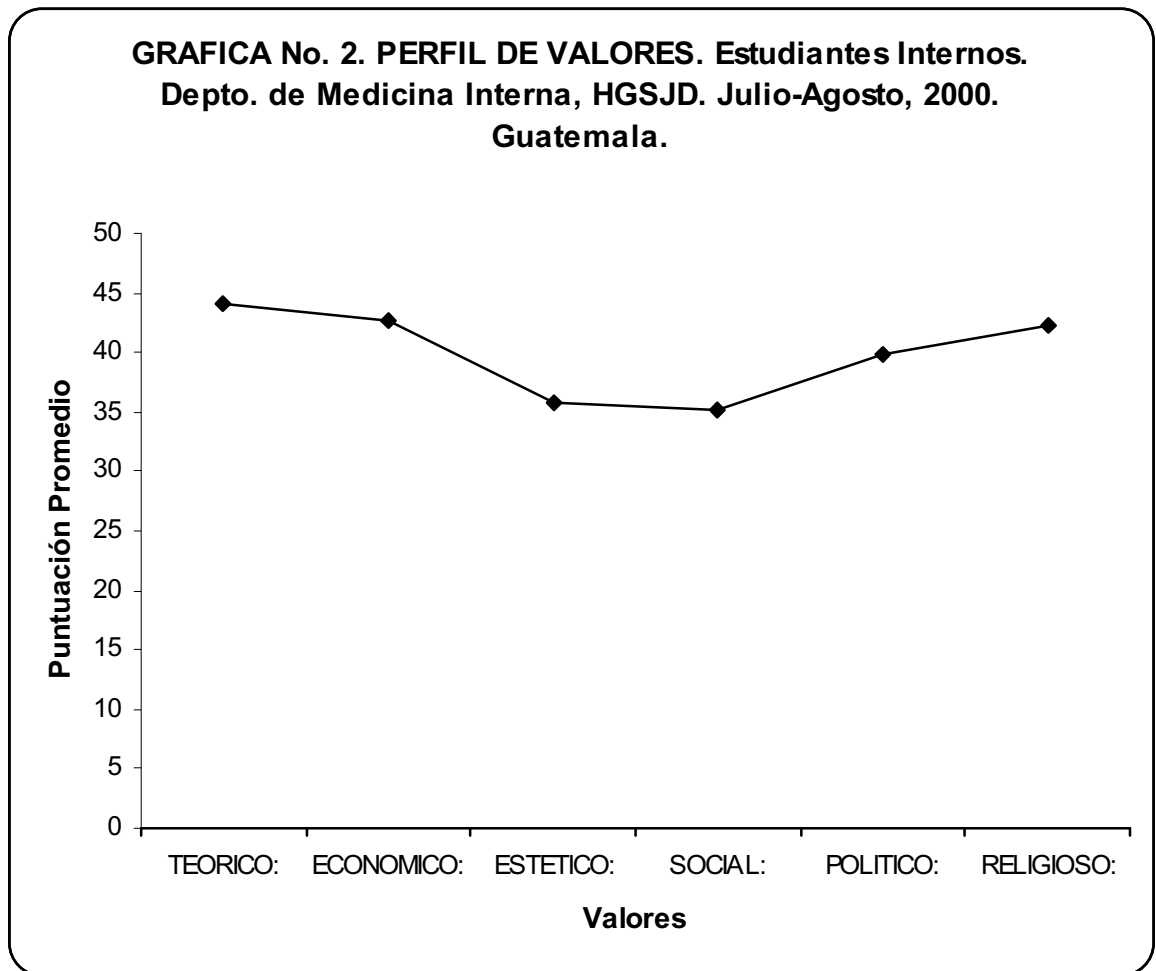


Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

Se puede observar en la Gráfica No. 1 que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de externos para los valores evaluados oscilan entre 36.5 y 44.7, siendo el teórico el que

---

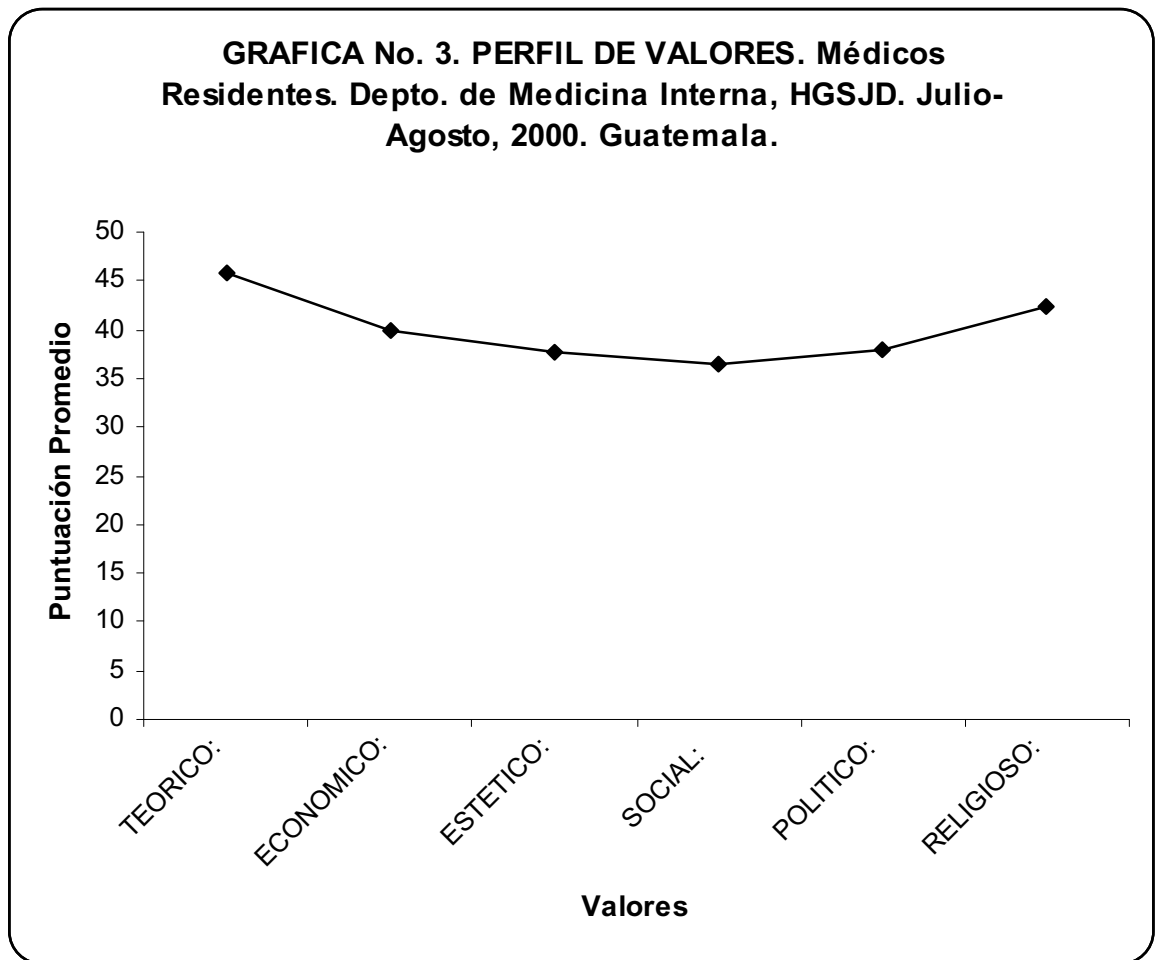
obtuvo la puntuación mayor; luego, le siguen el religioso (41.5), el político (40.9), el económico (40.0), el estético (36.6) y por último, el social. No hay mucha diferencia entre las puntuaciones, pero llama la atención que el valor más bajo sea el social.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 2 presenta las puntuaciones promedio obtenidas en el Test AVL por el grupo de internos que participó en el estudio. La puntuación más alta fue la del valor teórico (44.1). Luego, siguieron el económico con 42.7, el religioso con

42.3, el valor político con 39.9, el estético con 35.7, y por último, el social con 35.2. En este grupo llamó la atención el predominio de los valores teórico y económico, y lo poco que se obtuvo en el valor social.

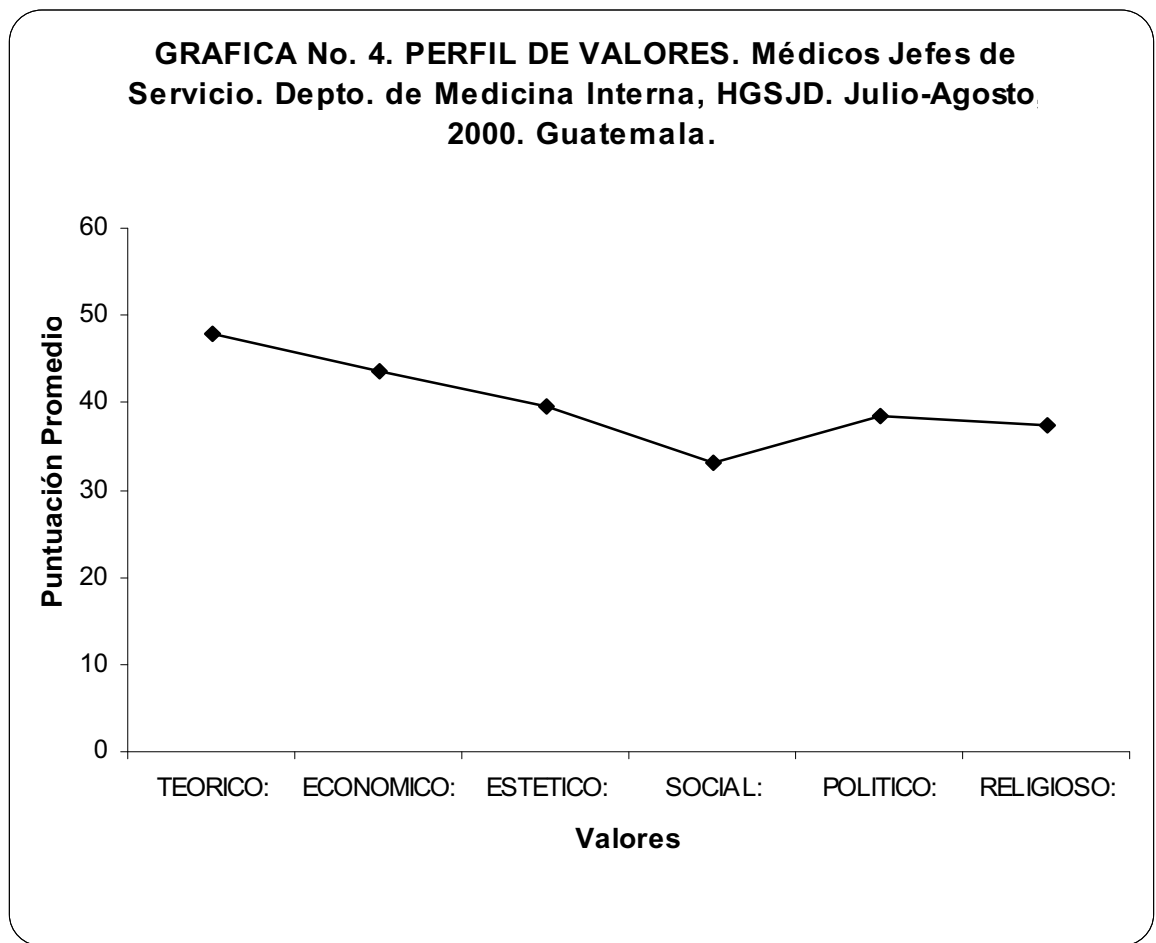


Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 3 presenta los resultados de los médicos residentes: 45.7 en el valor teórico, 42.3 en el religioso, 39.8 en

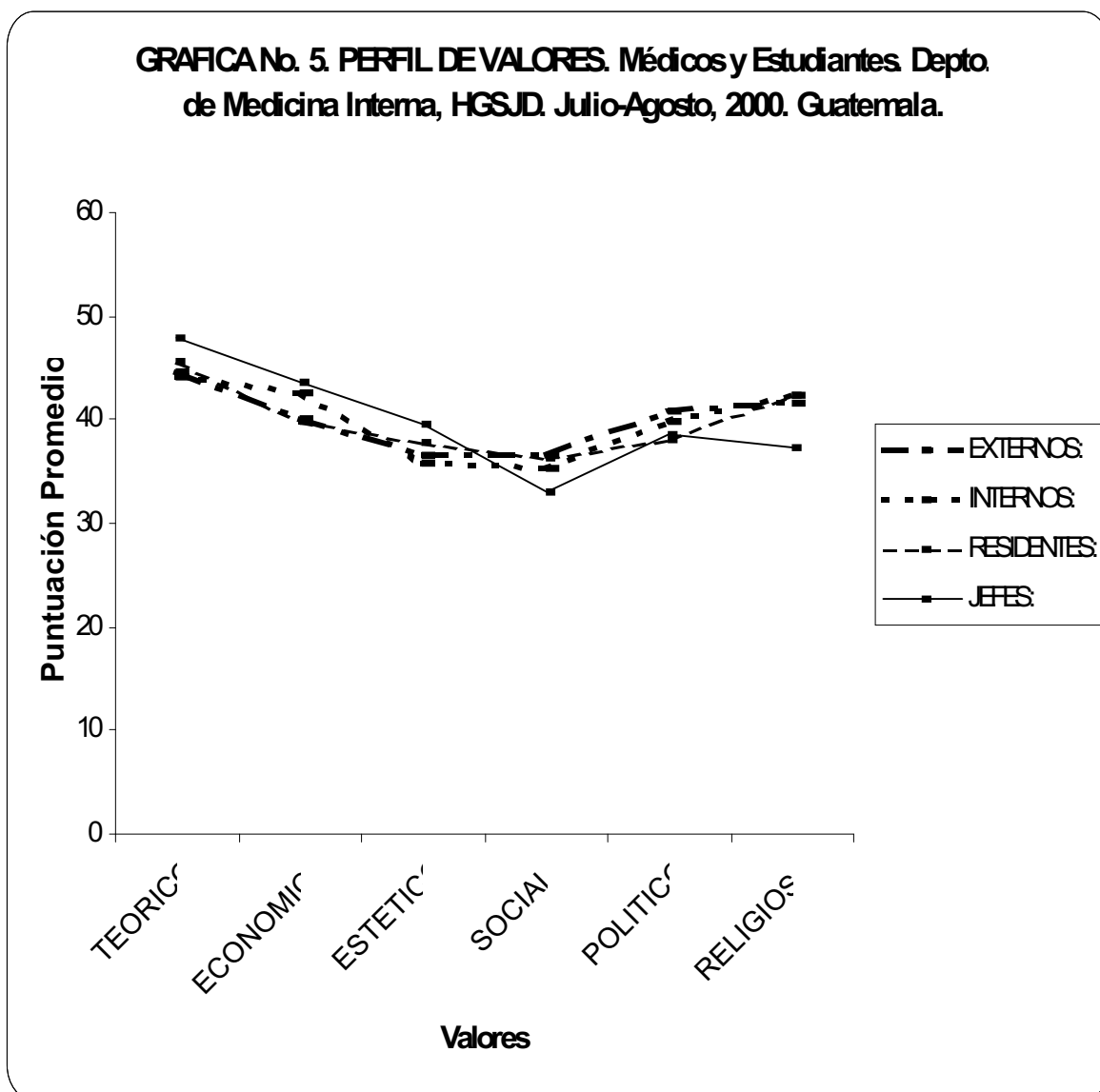


el económico, 38.0 en el político, 37.7 en el estético, y 36.4 en el social. Los valores extremos fueron el teórico y el social.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 4 se observa el perfil de valores de los jefes de servicio. La diferencia entre puntuaciones entre los valores es mayor que la de los otros grupos; pero persiste el valor teórico como puntaje máximo con 47.8, y el valor social como mínimo, con 33.1. El valor económico obtuvo 43.6; el estético, 39.6; el político, 38.5; y el religioso con 37.3.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto 2000.

En la Gráfica No. 5 se presentan las puntuaciones promedio obtenidas por todos los grupos para cada valor evaluado por el Test AVL. Existen pequeñas diferencias entre los puntajes obtenidos, pero en general todos los grupos siguieron un patrón similar: La tendencia fue obtener las mayores puntuaciones en el teórico y el económico, y las menores en el estético y social. Los jefes de servicio obtuvieron los valores extremos: 47.8 (valor teórico), y el más bajo: 33.1 (valor social).

En cuanto a la información obtenida en las Listas de Cotejo, se observaron algunos aspectos importantes con respecto a los valores. Se ilustran las situaciones descritas con breves ejemplos que se presenciaron durante el trabajo de campo, para su mejor comprensión. Se decidió presentar esta información en forma descriptiva por considerar que los datos obtenidos son cualitativos, no cuantitativos. Y en determinado momento, el querer cuantificarlos puede provocar que pierdan su riqueza.

En lo que al valor teórico se refiere se observó lo siguiente:

En los externos, aunque en general no se encontró evidencia de que "estén estudiando mucho", si se encontró evidencia de que el aprendizaje es una de sus fundamentales preocupaciones, de esta forma demuestran que su valor teórico es elevado.

**Comentario realizado por una externa:**

- "Realmente me preocupa que me paso todo el día aquí metida sacando "chance", llego tarde a mi casa, y sólo llego a dormir. ¡No estoy estudiando nada! Y no sé que hacer..."

En los internos, se evidenció que la mayoría de ellos cuentan con un valor teórico alto. En múltiples ocasiones evidenciaron conocer manejo y tratamiento; aún en ausencia del residente se les observó a muchos de ellos tomar decisiones.

En los residentes, se observó que cuentan con un gran interés por aprender. Se considera que, en general, son un grupo muy capaz, que puede lograr bastante. Además, a la mayoría de ellos les gusta la docencia (cada uno a su particular manera). Cabe mencionar el caso de un residente que se pasa discutiendo con el interno y externos (en forma amistosa) durante toda la visita. Otro de los residentes, por su propia voluntad, se dedicó más de una vez a dar docencia a los externos a la hora de la Clínica cuando la suspendían y los externos ya se encontraban allí. Por todo lo anterior, se considera que evidencian tener un valor teórico alto.

En los jefes, los que pasan visita con los externos (que no son muchos), se dedican a discutir algunos aspectos de los casos de los pacientes. Se considera que si no se evidenció de mayor forma el valor teórico no necesariamente obedece esto a que no lo tengan, sino a que otros valores pueden estar predominando en ellos.

En lo que al valor económico se refiere, se evidenció lo siguiente:

Los externos manifiestan un alto valor económico (utilitario), pues en muchas ocasiones se observó que se preocupan por sacar el "chance", aunque en ocasiones no saben por qué es importante que lo hagan. Además, se observó que en su mayoría, no se acercan al paciente a menos que necesiten sacarle algún examen.

En una ocasión, un externo dejó a una paciente sola con su familiar en el lugar donde le iban a hacer un ecocardiograma (enfrente del Hospital). Ante el reclamo de la interna, él contestó que "ya era su hora de clase".

Los internos, por su parte, también manifestaron tener un alto valor utilitario, manifestado éste a través de comportamientos como la poca comunicación que entablan ellos con los pacientes, pues se preocupan más por cumplir

con el trabajo de "secretaria" que muchas veces les toca cumplir dentro de los Servicios: Escribir evoluciones, hacer egresos, hacer recetas, resumen de órdenes y de recetas una vez por semana...

Comentario de un interno, luego del fallecimiento de una paciente del Servicio vecino:

- "Aunque suene bien feo, qué bueno que la señora se murió de una vez. Yo creí que iba a tener que estarla controlando todo el Turno..."

Los residentes, en muchos casos, evidencian también tener un valor económico alto, un ejemplo de esto es cuando dejan de ver a los externos como seres humanos, como individuos, y los consideran, únicamente, como fuerza de trabajo, sin preocuparse del efecto que sobre ellos provoquen sus comentarios:

Comentario de una externa:

- "La residente me regaña cuando falta algo del chance que ella dejó el día anterior. Cuando yo le digo que fue mi compañero quien no cumplió con su parte del trabajo, ella dice que no importa que fuera responsabilidad de él, que yo tengo la sobrada obligación de hacer las cosas que él no hace..."

Una residente a una externa:

- "No te puedo poner más alta la nota del Servicio, aunque sé que te esforzaste. Si lo hago, ¿cómo justifico la nota baja que le puse a tu compañero? Pero no tengás pena, si ganás con lo que te puse..."

En el caso de los jefes, la mejor evidencia de que si es para la mayoría de ellos significativo el valor económico está en el hecho del poco tiempo que permanecen en los servicios.

En lo que al valor social respecta, se puede apreciar lo siguiente:

Algunos de los externos sí evidenciaron tener valor social, aunque no es, por lo general, lo más frecuentemente observado. Sin embargo, son las personas que más se acercan al paciente (por la misma naturaleza de su trabajo), y cuando lo hacen con dedicación, los pacientes lo perciben, y por ello, les toman afecto.

Diálogo entre una externa y una paciente:

- Doctora, ¿otra vez me viene a sacar sangre? Ya no, mucho me ha sacado ya. Mejor váyase.
- Pues, realmente, ganas no me faltan. Ya no aguanto más estar aquí.
- Ay no, niña. No se ponga así. Yo no estaba hablando en serio. Es que otra vez la regañaron, ¿verdad? Pero no esté triste, que usted es muy buena, y no fue su culpa...

En lo que a los internos se refiere, la mayoría han dado muestras de indiferencia ante el dolor humano, y de que lo que más les interesa son las calificaciones que les den otros, han evidenciado tener poco grado de sensibilidad social y aprecio por sus pacientes. Fue interesante observar, en más de una ocasión, que un paciente falleciera en un Servicio, y que el interno pudiera limitarse a dar la información al familiar, como si le estuviera hablando de cualquier cosa intrascendente, y pudiera luego darse la vuelta y continuar realizando su trabajo por donde lo había dejado sin inmutarse ante las muestras de condolencia expresadas por dicho familiar, aunque en pocos casos se plantean detalles sensibles:

Comentario de una interna:

- "Yo comparto la opinión del jefe de Servicio. ¿Para qué vamos a prolongar su sufrimiento si ya no se puede hacer nada por ella? El resultado final no lo podemos cambiar, lamentablemente. Entonces, por lo menos dejémosla tranquila, y al lado de su hija..."

En el caso de los residentes, aunque la mayoría no evidencia que el valor social sea una de sus prioridades, sí hay algunos que lo tienen:

Comentario de un externo:

- "Esta es la segunda vez que el doctor pone dinero de su bolsa para costearle un examen al paciente, en "préstamo provisional", según dice él, mientras la familia aparece..."

Se tuvo la oportunidad de observar a una residente, un sábado en la mañana, después del turno, invertir más de una hora al intentar obtener indicaciones de una paciente sobre cómo localizar a su familia. Estaba preocupada porque no se les había podido localizar aún, y quería ir a buscarlos en persona, ante los infructuosos resultados obtenidos por la Trabajadora Social.

Algunos jefes (aunque no la mayoría), si evidenciaron tener valor social alto en el trato con sus pacientes.

Un jefe de Servicio, indignado por el "chivoleo" sufrido por una paciente delicada en su Servicio, que nadie quería ir a evaluar, llegó a verla fuera del horario que acostumbra, preocupado por el mal estado en el que ella estaba, para ver si llegaban los otros especialistas a evaluarla...

En otros casos, sin embargo, se tuvo también evidencia del bajo valor social que algunos presentan:

Comentario de una externa:

- "... Y hasta el jefe de Servicio sigue insistiendo en que se localice a la familia para que se la lleven a su casa, pues ya no se puede hacer nada por ella, y ¿de qué nos va a servir tener el cadáver allí?..."

En lo que al valor político respecta:

En los externos no se evidenció la presencia de este valor, no se identificó, dentro del grupo, a ninguno que ejerciera cualidades de líder entre sus compañeros.

En la mayoría de los internos si se evidenció el interés en ejercer su autoridad sobre los externos (sus subordinados inmediatos), con comentarios como:

- "Yo le dije a la residente que las castigara. Para que aprendan y no vuelvan a hacer lo mismo..."
- "No tengás pena, vos. El martes me toca turno con ella, y me la voy a clavar..."

expectativa del papel a desempeñar y lo inadecuado de las instituciones y normas sociales para apoyarlo. La sociedad tiende a impulsar a los médicos a ser perfeccionistas, escrupulosos, a interesarse por los demás, a rechazar gratificación, y a ser idealistas y dedicados. Como esto rara vez se asocia al autocuidado de sí mismo, genera frustración en el médico.

- La práctica médica es un trabajo duro.
- Los problemas de los médicos están influenciados también por su adaptación psicológica preadulta.
- Los médicos que presentan problemas más frecuentemente son los que tratan pacientes directamente.
- Fácil acceso que tienen a las drogas.
- Según las características propias de la personalidad de cada individuo, pueden estar predispuestos a considerarse a sí mismos capaces de consumir drogas en forma controlada, sin volverse adictos.
- Dificultad para aceptar el papel de enfermo; ya que aprenden a separarse a sí mismos de los peligros que enfrentan al cuidar pacientes. Tienden a sentirse inmunes a los males que enfrentan, y utilizan con frecuencia mecanismos de adaptación como la autoagresión, el altruismo y la hipocondría. Además, no son del todo objetivos al momento de atender a sus colegas.
- La mujer médico puede tener factores de stress adicionales, pues generalmente debe adaptarse a combinar los requerimientos de su carrera con los de



su familia. Aunque, de por sí, se ha observado que el matrimonio actúa como factor protector en la vida de los médicos de ambos sexos. (12)

5. Profesionalismo del Médico: En los últimos tiempos, los médicos tienden a unirse, y a unificar sus estrategias como gremio.

Talcott Parsons pensaba que la cooperación y competencia entre profesionales era beneficiosa para el bien común, y que ellos estaban dispuestos, de por sí, al servicio público, ya que estaban más interesados en recibir reconocimiento de sus colegas por realizar un buen trabajo que en volverse ricos. (44)

El profesionalismo debe definirse, básicamente, de acuerdo a relaciones morales que persiguen el bien de la sociedad; éstas son una fuerza protectora en la estructura de la misma.

Según Wynia et al, el modelo de profesionalismo para el médico debe contener algunos elementos:

- Devoción al Servicio Médico: Los médicos deben estar motivados a trabajar duro a pesar del bajo incentivo económico, a ofrecer servicios de alta calidad, a cuidar de otros aún a riesgo de su propia salud, a cuidar de sus pacientes pobres como lo hace de los ricos, y a luchar en su lugar de trabajo por el establecimiento de políticas justas.
- Profesión Pública de sus Valores: La relación médico-paciente debe estar sustentada en una base moral que legitime las expectativas de ambas partes.
- Negociación de los Valores de la Profesión: Los médicos tienen la responsabilidad de comprometerse con el público a negociar prioridades sociales para lograr el balance de los valores médicos con otros valores sociales. El proceso debe centrarse en el cuidado del paciente.

Para que este modelo ideal funcione como una guía normativa, es preciso que los tres elementos mencionados se encuentren balanceados. (44)

Las acciones del profesional de la Medicina deben ser:

- Pedagógicas: Debe ser capaz de enseñarle al paciente a tomar una actitud frente a la vida, la salud, y la muerte.
- Preventivas: Esta debe ser la principal labor del médico, pues es la más efectiva y menos costosa; además, le ahorra sufrimiento al paciente.
- Curativas y Reparadoras: Se pueden ejercer de varios modos; en principio, a través de la palabra. (42)

## F. EL PACIENTE:

2. Características del Paciente: El paciente es la persona que acude ante el médico en busca de atención y ayuda, ya sea por su propia voluntad, o porque su estado hizo necesario a alguien más llevarlo sin que su voluntad interviniera en el asunto.

En su conducta influyen diversos factores, tales como: Su resistencia a la enfermedad, la necesidad o no de hospitalización, su tendencia a la depresión, su fortaleza espiritual, las experiencias anteriores que haya tenido con otras figuras de autoridad (transferencia), el malestar y temores que lo hicieron requerir la atención médica, sus problemas cotidianos, y otros factores interpersonales que en determinado momento pueden haber motivado la consulta. Se ha observado que factores como la fortaleza espiritual y la ausencia de depresión pueden mejorar el pronóstico de recuperación de los pacientes. (12)

Entre los factores que determinan la respuesta del paciente ante la enfermedad que padece están: Clase socioeconómica, grupo étnico, negación de la enfermedad, necesidad del uso de rituales para enfermedades episódicas, generadores de stress, mecanismos de defensa (12), y creencias religiosas. (35)

Los pacientes pueden ser de difícil manejo con frecuencia, ya que la enfermedad implica para ellos una pérdida y un ataque a su autoestima, por lo que reaccionan en consecuencia. (12)

El manejo se vuelve más difícil cuando el paciente se enfrenta a una enfermedad mortal, ya que enfrenta diversas emociones y sentimientos. (35) Aunque ésto ocurre con mayor frecuencia en pacientes moribundos, puede sucederle a cualquier paciente, sobre todo si su autoimagen se ve afectada; cada uno vive la enfermedad según su modo de reaccionar ante las diversas situaciones de la vida. (12)

## F. LA RELACION MEDICO-PACIENTE:

1. Características: Ha representado, desde siempre, la más profunda expresión de la integridad social de la humanidad.

Según Rohde, el paciente percibe la hospitalización como una infantilización progresiva, que le supone despersonalización y desarraigo psicosocial.

Una adecuada relación médico-paciente implica que el médico tenga la suficiente capacidad científica, y que aplique la misma a la situación particular del enfermo. Médico y paciente deben respetarse mutuamente como personas adultas, autónomas, responsables y libres que se ayudan.

Debe ser interpersonal, para que el paciente se sienta comprendido por el médico. Su secreto estriba en la

Transferencia. La frialdad excesiva puede anular la labor profesional. La relación debe ser fluída, amistosa, realizarse en el ambiente adecuado y con el tiempo suficiente. (31)

Para que el médico pueda comprender al paciente en forma adecuada, debe reunir ciertas condiciones:

- Asumir una actitud empática ante el enfermo
- Conocer las reacciones psicológicas del paciente a las enfermedades más frecuentes
- Tener un objetivo claro a alcanzar con el tratamiento

Dentro de la relación médico-paciente es fundamental el hecho de que la enfermedad causa un desequilibrio en la vida del paciente; el médico, a través de su intervención, lo ayuda a reencontrar el equilibrio.

Ante esta realidad, las justas expectativas de los pacientes dentro de la relación pueden ir dirigidas a:

- Ser tratados como seres humanos
- Ser atendidos por profesionales competentes, capaces de mantenerse en una actualización constante, y de reconocer sus limitaciones
- Recibir la información que necesitan, y no ser abandonados por su médico. La información debe ser clara, y adecuada al estado actual del paciente. No se le debe provocar, en la medida de lo posible, un impacto traumatizante. Se le debe hacer saber, además, lo que se espera de él y de su familia. (26)

La importancia del establecimiento de una buena relación médico-paciente estriba en el hecho de que la buena comunicación aumenta la efectividad clínica. Para los médicos, el tener esto presente les sirve de impulso para mejorar constantemente sus habilidades de comunicación con los pacientes, y a interesarse en ello. Para los pacientes también es beneficioso pues les permite valorar la relación médico-paciente, y expresar sus sentimientos. De hecho, el

fomentar una buena comunicación con los pacientes es luchar contra la deshumanización. (10)

Según Engel, el médico desarrolla, dentro de la relación médico-paciente, tres aptitudes que son determinantes para llevar a cabo el proceso diagnóstico:

- Habilidad para lograr que el paciente responda a través de la entrevista, examen físico, y la relación personal
- Capacidad para observar y registrar con exactitud todo lo referente a la conducta del paciente
- Capacidad de trasladar estos datos al marco de referencia correspondiente. (12)

Generalmente, se necesita de la participación y activa colaboración del paciente para que el tratamiento sea llevado a buen término. La motivación que el paciente posea para hacerlo es esencial. Para que el médico pueda mejorar el acatamiento del paciente para participar activamente en el proceso terapéutico debe: Desarrollar la confianza del paciente, construir una alianza con él, y estar consciente de las motivaciones no racionales que puedan afectarle. (12)

Dentro de una relación médico-paciente se pueden presentar cuatro clases de conflictos:

- Si el paciente quiere obtener del médico ganancias deshonestas
- Si los familiares del paciente quieren anteponer sus propios intereses a la salud y bienestar del paciente
- Si en la relación médico-paciente intervienen terceros que quieren anteponer sus propios intereses a los del paciente
- Si los derechos que el paciente quiere que se le respeten perjudican de alguna forma al resto de la sociedad

Ante cualquiera de estas situaciones el médico debe tratar de actuar de la forma más ética y responsable posible, y tratando de establecer prioridades y de provocar el menor daño que se pueda. (42)

2. Tipos de Relación Médico-Paciente: El tipo de relación que se establezca entre médico y paciente puede estar influenciado por el modelo de ética médica adoptado por el médico.

Según Veatch, los modelos son los siguientes:

- Médico-Ingeniero: Según este modelo, el médico es científico y técnico. Se interesa más en los hechos que en los valores. Trata más bien a la enfermedad, no a la persona.
- Médico-Sacerdote: Asume que el médico es un experto de la vida en general. Por su parte, el médico se ve a sí mismo como superior al paciente. Trata al paciente como niño, por lo que no respeta su libertad y dignidad como ser humano.
- Médico-Colega: Postula que médico y paciente son colegas, luchando juntos por el mismo fin. Requiere de fe y confianza de parte de ambos.
- Médico por Contrato: Considera la relación médico-paciente como un contrato de trabajo, elaborado de mutuo acuerdo entre las partes. Ambas partes se comprometen a cumplir con ciertas obligaciones.
- Médico por Convenio: Es similar al anterior, pero reconoce elementos que van más allá del simple contrato. Supone una relación permanente, se exige al personal de salud más de lo acordado, y existe un acuerdo implícito sobre el rol de cada participante.

En los dos últimos modelos, el médico debe ser capaz de descubrir los valores del paciente; y si no los comparte, tiene la libertad de decidir no participar en la relación. (20)

Según Vélez Correa, por otra parte, la relación médico-paciente puede responder únicamente a tres modelos:

- Paternalista: Cuando el médico toma todas las decisiones en nombre del paciente, sin solicitar su consentimiento, no lo deja participar activamente en el proceso, y no toma en consideración sus valores.
- Autónoma: Se dejan al paciente todas las decisiones, mientras el médico se limita a observar.
- Responsable: Dentro de este modelo, ambas partes asumen su responsabilidad, con pleno conocimiento y libertad de acción. Ambas se comprometen mutuamente a asumir sus deberes y a respetar los derechos del otro. (42)

En cuanto a la estructura misma de la relación, Vélez Correa propone que puede ser directa (si se desarrolla únicamente entre médico y paciente, sin la participación de intermediarios) o indirecta (si el compromiso de atención del paciente fue adquirido por una institución). Según la voluntad de las partes involucradas, puede ser voluntaria (si ambas partes actúan de común acuerdo en iniciarla) o involuntaria (si quien decide por el paciente es un tutor o responsable). (42)

Szasz y Hollender proponen, por su parte, tres modalidades en la relación médico-paciente: Activo-pasiva, de guía-cooperación, y de participación mutua. Idealmente, el médico debe ser capaz de moverse dentro de estos tres modelos de relación, según sea la situación que se le presente. (12)

3. Relación Médico-Paciente en la sociedad: Actualmente, la deshumanización de la atención médica está llevando al deterioro de la relación médico-paciente. Este problema es consecuencia de factores como el trabajo multidisciplinario que cada día es más utilizado para la atención del paciente, la falta de privacidad en los servicios de salud, la alta

tecnología, la incorporación de mucho personal administrativo en el equipo de atención hospitalaria, y los altos costos de la atención. (42)

En su trabajo de Tesis, Ligorria Guzmán trató de determinar las opiniones de médicos y pacientes sobre los aspectos éticos que implica la relación médico-paciente. Al finalizar el estudio, concluyó que ambos grupos tenían un escaso conocimiento sobre aspectos éticos. En términos generales, los pacientes no se sienten obligados a mantener actitudes éticas hacia los médicos que los atienden, está muy desvalorizado el trabajo que el médico realiza, y por lo mismo, se le tiende a exigir demasiado. Además, la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio manifestaron tenerle muy escasa confianza a sus médicos como profesionales.

En cuanto a los médicos del estudio, en su mayoría manifestaron considerarse obligados al sacrificio y al servicio extralimitado hacia sus pacientes. Todos los participantes manifestaron haber enfrentado problemas de índole ética en algún momento de su práctica, y consideraron de gran importancia el establecimiento de educación en ética dentro del gremio, como un medio para rescatar la relación médico-paciente. (30)

Por otra parte, Grajeda<sup>4</sup> realizó durante 1999 un estudio entre pacientes atendidos en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y determinó que la mayoría de los pacientes entrevistados (75%) creen que son atendidos casi siempre por estudiantes, y no por médicos graduados. Los pacientes del estudio manifestaron que los estudiantes que acaban de empezar a realizar sus prácticas son amables y cariñosos con ellos, y que conforme aumentan de nivel académico se vuelven groseros y distantes. El 92% manifestó que consideran que al médico no le interesa lo que ellos tengan que decir. Sólo el 30% manifestó que los médicos les hablan de su

---

<sup>4</sup> Grajeda, Geraldine. La actitud del médico como apoyo a la satisfacción de necesidades... un problema para la educación médica. Trabajo presentado para el Doctorado de Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca. Proyecto Guatemala. Guatemala.1999. 90p.



enfermedad, y les dan indicaciones de lo que deben hacer para curarse, sobre todo en la Consulta Externa. El 87% manifestó que al médico no parece preocuparle la enfermedad de sus pacientes, y que los tratan con agresión y frialdad. El 86% manifestó, incluso, que a los médicos parece molestarles que ellos demuestren sentir dolor o miedo.

Como se puede observar en los datos presentados anteriormente, la situación que médicos y pacientes enfrentan actualmente en la sociedad guatemalteca es alarmante, la relación médico-paciente atraviesa una etapa crítica, para lo cual es preciso buscar soluciones.

#### G. DESHUMANIZACION Y REHUMANIZACION DE LA MEDICINA:

3. Deshumanización de la Medicina: La “deshumanización” o pérdida de la humanidad en la atención médica puede ir dirigida hacia el paciente o hacia el médico, y puede ser personal (por parte del médico) o institucional. (26)

Es indudable que la medicina institucional atraviesa por una crisis de pérdida de la humanidad; entre los problemas mencionados por Jinich se encuentran: Alto costo de atención y medicamentos, abuso de tecnología, mala distribución de los recursos materiales y humanos, comercialización de la salud, médicos deshumanizados que trabajan sin vocación y deterioran su relación con el paciente, desconfianza entre médico y paciente que han incrementado, además, los juicios de mala práctica.

Meerof le agrega, a todo lo anterior, que es cuantitativamente escasa para cubrir las demandas de la población, cualitativamente deficiente, los costos de la

atención son muy elevados, y la tecnología es considerada como lo esencial. (31)

Cuando es el mismo médico, por su voluntad, quien los comete, son dentro del mismo acto médico. Pueden presentarse como producto de sus decisiones, acciones o abstenciones. Entre ellos están: Que la atención sea prestada por un médico no escogido por el paciente, irrespeto hacia su perfil cultural, atenderlos en diferente forma según su situación socio-económica, no prestarle atención al paciente cuando se le habla o se le escucha, y el hecho de impedirle al paciente ser tratado por quien elija por no poder pagar sus servicios. (26)

Esto se debe a que los profesionales médicos, actualmente, están enfrentando diversos conflictos que ayudan a promover la deshumanización:

- Priorización de los valores económicos, con utilización del paciente para lograr enriquecimiento personal
- Médicos con poco equilibrio emocional, que por lo mismo son incapaces de tratar al paciente como ser humano, y son un riesgo potencial incluso para ellos mismos
- Preparación científica y técnica inadecuada para resolver la actual problemática de salud
- Poco conocimiento de las necesidades reales de la población
- Poco interés en la lectura y el estudio constante
- Habilidades y destrezas médico-quirúrgicas poco desarrolladas (18)

Aunado a lo anterior está el hecho de que los médicos y estudiantes de Medicina en general tienen un escaso conocimiento sobre ética y moral, así como sobre el Código Deontológico. A pesar de ello, lo consideran importante. Se determinó en algunos estudios que esto dificulta la interrelación personal dentro del ambiente hospitalario en el

que trabajan. Este problema se inicia, incluso, desde los primeros años de estudio dentro de la Facultad. (7,9,23,32,33,34,41)

Es preciso rescatar la humanización de la profesión, pues a la larga, la deshumanización de la práctica médica no genera más que insatisfacción: Al paciente, al médico que lo atiende, y al resto del personal de salud que participa en el proceso. (31)

4. Rehumanización de la Medicina: La “humanización” de la Medicina, tan necesaria actualmente, debe ser un camino de dos vías. La educación médica actualmente es contradictoria, pues aunque exige a los médicos humanidad y altruismo, sólo evalúa y promueve a los estudiantes en función del conocimiento científico adquirido.

Humanizar la Medicina implica adecuarla al hombre, considerándolo como la unidad inseparable e indistinguible entre cuerpo y espíritu. El cuerpo humano no debe ser aislado del componente social, comunitario y cósmico, pues en sí mismo no es más que una minúscula porción del Universo.

Humanizar la Medicina es ver al hombre íntegramente, en su totalidad, pues ver solamente una de sus partes es deshumanizante. (26)

El hecho de revitalizar la enseñanza y modificar los currícula de las escuelas de Medicina, como ya se está haciendo en Inglaterra y en otros países, permite vislumbrar un futuro esperanzador para la recuperación de la humanidad que la Medicina ha ido perdiendo en los últimos años. (21)

## H. EDUCACION MEDICA:

2. Situación del Estudiante de Medicina: El estudiante de Medicina es el sujeto que participa directamente, y se beneficia o perjudica de la educación médica que se imparte.

Entre los factores que afectan al estudiante de Medicina se encuentran:

- Inseguridad, ya que pueden sentirse incómodos: Innecesarios para el paciente y como una carga para los médicos de más experiencia. Sin embargo, no se debe olvidar que los estudiantes sirven como enlace y medio de comunicación entre médicos y pacientes, y sirven como un medio de actualización para el médico.
- Las situaciones embarazosas o repugnantes a las que en ocasiones debe enfrentar.
- Conflictos entre la necesidad de acercamiento y/o alejamiento del paciente. (12)

Cuando un estudiante decide ingresar a la Facultad de Medicina para convertirse en médico, se compromete a ser cierto tipo de persona. Frecuentemente, este compromiso es abandonado en algún punto del largo camino; pero no del todo: Algo queda para ser renovado. (17)

Estrada Ortiz determinó, en su trabajo de Tesis, que los valores de un grupo de estudiantes presentaron cambios después de transcurridos cinco años de estudio dentro de la Facultad: Al entrar a la Carrera, todo el grupo del estudio presentó elevado su valor social, pero cinco años después, los resultados mostraron que ya no era significativo. Lo contrario ocurrió con el valor teórico, el cual no fue significativo al inicio de la Carrera, pero sí al finalizarla. Las variaciones en el resto de valores no fueron relevantes. (18)

4. Capacitación del Estudiante de Medicina: La tecnología ha contribuido a transformar la Medicina en algo contradictorio: Se dice que es preciso ver al hombre como unidad biopsicosocial;

sin embargo, en la práctica se le fragmenta. El médico debe manejar un nivel científico y otro afectivo. (26)

Se considera necesario, como parte de su capacitación, impulsar al médico a poner en práctica algunas pautas para proteger y promover su propia salud. Estas deben ser concientizadas y practicadas por el estudiante de Medicina, si se espera que como médico las practique también. (12)

5. Influencia de los Modelos en la Educación Médica: Los seres humanos construyen sus vidas de acuerdo a modelos que los atraen e influyen, y al mismo tiempo, contribuyen a formar patrones que luego influyen en otros. (13,17)

Así, los médicos jóvenes aprenden la habilidad ética requerida en su trato con los pacientes observando e imitando a sus profesores; se forman en base al sentido de responsabilidad por el cual eligen los pequeños actos y hábitos que necesitan cultivar para transformarse en el tipo de médicos que desean ser, y por las relaciones interdependientes que establecen con el mundo al cual pertenecen. (17)

Wright, et al realizaron un estudio para identificar los atributos que diferenciaban a los médicos que son considerados como excelentes ejemplos a imitar de otros médicos.

Actualmente, se considera que estos médicos son una parte fundamental de la educación médica, ya que actúan como factor importante para la adquisición de valores, actitudes y comportamientos éticos y humanos por parte del equipo médico. Influyen, incluso, en la elección de especialidad de los estudiantes.

Los resultados del estudio permitieron identificar cinco atributos asociados con el ser considerado un excelente modelo a imitar:

- Invierten más del 25% de su tiempo en la enseñanza

- Invierten como mínimo 25 horas a la semana en pasar visita con los pacientes y personal de sus Servicios
- Enfatizan la importancia de la relación médico-paciente en su enseñanza
- Enseñan aspectos psicosociales de la Medicina
- Han tenido excelencia académica a lo largo de su Carrera, pues han ocupado el puesto de Jefes de Residentes

En conclusión, los médicos considerados como mejores modelos a seguir son los que invierten mayor tiempo en la enseñanza, le dan importancia a la misma, construyen relaciones positivas con sus pacientes, y demuestran a sus estudiantes la importancia de un acercamiento comprensivo al paciente. Todos los atributos mencionados anteriormente son adquiribles o modificables. (43)

Sin embargo, el hacer ésto puede ser, en ocasiones difícil de poner en práctica, pues deben luchar por sobrevivir en un ambiente competitivo. El reclutamiento y retención de los médicos que hayan demostrado su interés y calidad docente es indispensable para contribuir al avance de la ciencia y la práctica de la Medicina. (8)

En contraste, los médicos que demuestran irrespeto o insensibilidad hacia los pacientes que atienden, insatisfacción profesional, o incapacidad para establecer buenas relaciones interpersonales con sus colegas, son considerados como modelos negativos.

El hecho de que los médicos que se dedican a la enseñanza conozcan algunos principios humanísticos y educativos, no implica que necesariamente su conducta refleje estos valores.

Los residentes consideran como buenos modelos a los médicos que tienen relación con pacientes, además de impartir docencia, pues se sienten identificados con ellos.

Se determinó que son varias las acciones que impulsan a los estudiantes a escoger especialidad en función de los médicos que consideran como modelos a imitar:

- Intentan reflejar, con sus actos, los atributos centrales del médico
- Conocen los puntos de vista de los estudiantes, y los ayudan a entender las ventajas de modelos e ideas que puedan no ajustarse a sus expectativas personales (37)

## IX. MATERIAL Y METODOS:

### B. METODOLOGIA:

5. Tipo de Estudio: Descriptivo y transversal.
  
6. Sujeto de Estudio: Jefes de Servicio y estudiantes: Jefe de residentes y residentes de primero, segundo y tercer años, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".
  
7. Población de Estudio: Se decidió utilizar la población completa de jefes de Servicios de encamamiento, residentes y estudiantes, tanto hombres como mujeres, ya que su tamaño hizo innecesario el muestreo. No se tomó en cuenta al personal de la Consulta Externa, ya que las características particulares del trabajo que se realiza en esta área son distintas a las del trabajo que se realiza en el encamamiento.
  
8. Criterios de Inclusión y Exclusión:
  - 4.2 Criterios de Inclusión:
    - Estudiantes externos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en los meses de julio y agosto del año en curso.
    - Estudiantes internos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de



Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en el mes de julio del año en curso.

- Residentes de primero a tercer año, hombres y mujeres, que se encontraban realizando estudios de Postgrado de Medicina Interna en Hospital General "San Juan de Dios" durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Jefe de residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"
- Especialistas, hombres y mujeres, que estaban ocupando el cargo de jefes de los servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", que se encontraban en funciones durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Se incluyó a todos los especialistas, residentes y estudiantes que se encontraban dentro de las categorías anteriores, independientemente de su edad.

#### 4.3. Criterios de Exclusión:

- Especialistas y estudiantes incluidos en las categorías anteriores que se negaron a participar en el estudio.
- Especialistas y estudiantes de Postgrado, hombres y mujeres, que se encuentren rotando por la Consulta Externa.

#### 5. Variables de Estudio: Se trabajó con las siguientes variables:

6.1 Variable Independiente: La escala de valores

6.2 Variable Dependiente: La deshumanización de la atención médica





6. Instrumentos de Recolección de los Datos: Se utilizaron:

- Listas de cotejo
- Test AVL
- Escala de actitudes tipo Lickert para identificar actitudes de deshumanización en la atención médica

8. Ejecución de la Investigación: El trabajo de campo se realizó de la siguiente forma:

7.1 Se realizó validación de los instrumentos a utilizar; para ello éstos fueron aplicados a un grupo de jefes de Servicio, residentes, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.

9. Se realizó observación directa de la forma en la que se interrelacionan los jefes de Servicio y residentes con internos, externos, personal de enfermería y con los pacientes durante el paso de Visita. Para ello se elaboraron Listas de Cotejo para objetivizar las observaciones realizadas, y se recuperaron comentarios escuchados y relatos de situaciones presenciadas. Esta actividad se realizó rotando por los servicios de encamamiento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".

10. Para el manejo de las Listas de Cotejo, se llenó una por cada sujeto observado durante cada día que se realizó la observación. Al finalizar la observación dentro de cada Servicio, se realizó un consolidado de las Listas de cada sujeto.

11. Luego, se tomaron los consolidados correspondientes a cada sujeto, y se compararon con los de los demás sujetos del mismo grupo.

12. En base a la comparación realizada, se determinó si los sujetos presentaban o no distintos comportamientos que evidenciaran humanización o deshumanización en la

atención médica; así como los valores evidenciados por los sujetos en dichos comportamientos.

13. Se aplicó a todos los jefes, estudiantes residentes, internos y externos del departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" el Test AVL.
14. Los resultados obtenidos por cada sujeto en los valores del Test fueron promediados por grupo de estudio.
15. Dichas puntuaciones promedio que fueron obtenidas se emplearon para elaborar un perfil de valores por cada grupo de estudio.
16. Las puntuaciones promedio obtenidas para cada grupo del estudio se compararon con las correspondientes obtenidas de las Listas de Cotejo.
17. Después se les aplicó a los sujetos del estudio una escala de actitudes de tipo Lickert para evidenciar actitudes de deshumanización de la atención médica.
18. Las respuestas escogidas por cada sujeto individualmente se analizaron para evaluar la confiabilidad que había tenido al contestar el instrumento. Dicha confiabilidad se evaluó en base a la cantidad de parejas de respuestas concordantes obtenidas por cada sujeto. Se determinó, como número estadísticamente válido de respuestas concordantes el que los sujetos presentaran trece o más parejas de respuestas concordantes. Se escogió este número por representar una desviación estándar abajo de la media obtenida en conjunto por todos los sujetos en el instrumento.
19. Este procedimiento hizo necesario descartar del estudio a 4 de los estudiantes externos, así como a 3 de los estudiantes internos, ya que se consideró muy baja su confiabilidad al contestar el instrumento.
20. Posteriormente, se procedió a calificar cada uno de los instrumentos de tipo Lickert, según indica la técnica respecto a este instrumento: A cada pareja de ítems se le proporcionó un puntaje, según las respuestas escogidas por el sujeto, el cual podía ir de 0 a 8 puntos, para cada pareja.

21. Se reunieron y luego se sumaron las parejas de puntajes obtenidos, según los valores o actitudes que cada uno de ellos estuviera evaluando. Esto permitió asignarle a cada sujeto del estudio un determinado puntaje neto en cada valor y actitud que los instrumentos estaban evaluando.
22. Se reunieron los resultados de cada sujeto por grupo de estudio, y se sacó una puntuación media por cada valor o actitud para cada grupo.
23. Con los valores promedio obtenidos por cada grupo para cada valor o actitud se elaboraron los perfiles correspondientes por grupo de estudio.
24. Se compararon los resultados con los obtenidos anteriormente a través de las Listas de Cotejo.
25. Se elaboraron gráficas de dispersión para evidenciar la existencia o no de correlación entre los resultados obtenidos del Test AVL (valores) y los de la Escala de Tipo Lickert (actitudes).
26. Las gráficas de dispersión evidenciaron la ausencia de correlación entre los grupos de datos comparados, por lo que no fue necesario aplicarle a dichos datos otro tipo de tratamiento estadístico, como el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

9. Presentación de los Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico: Los resultados se manejaron de la siguiente forma:

- 8.1. Los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Test AVL y las Escalas de Actitudes de tipo Lickert se presentan en gráficas para facilitar su comprensión. Las mediciones estadísticas empleadas fueron: Puntuaciones promedio, y se realizaron también gráficas de dispersión. No fue posible emplear medidas de correlación, ya que se evidenció que los datos no tenían correlación entre sí.
- 8.2. Los resultados cualitativos obtenidos de la observación, así como los comentarios escuchados y las situaciones que fueron presenciadas se presentan de manera descriptiva, para no perder la riqueza de la expresión.

### **C. RECURSOS:**

4. Materiales Físicos: Hojas de papel, lápices, borradores, lapicero, calculadora, Test AVL con hoja de respuestas, plantilla para calificación, listas de cotejo, escalas de actitudes tipo Lickert (fotocopiadas).
5. Humanos: Médicos especialistas y estudiantes externos, internos y residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", pacientes, personal de enfermería, asesor, revisora, grupo piloto para validación de los instrumentos, investigadora.
6. Económicos: Por cuenta de la investigadora.

## **X. ALCANCES Y LIMITACIONES:**

Se cubrió a toda la población prevista, se llevaron a cabo todos los procedimientos y se aplicaron todos los instrumentos propuestos.

Por la naturaleza de este trabajo de investigación, y por el tamaño de la población utilizada, los resultados obtenidos se consideran básicamente válidos para el grupo incluido dentro de este estudio.

Por ser un estudio de tipo transversal, no es posible determinar con certeza, si existen cambios en las actitudes y valores de los sujetos del estudio en forma individual, sólo es posible presumir los mismos a través de las diferencias encontradas entre los grupos.



## **XI. PRESENTACION DE RESULTADOS:**

Previo a la presentación de los resultados, se consideró importante realizar una breve descripción sobre la estructura actual del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", lugar donde se realizó este estudio.

En lo que al espacio físico se refiere, el Departamento cuenta con un área de Encamamiento (quinto nivel), Cuidado Crítico (segundo nivel), Emergencia (primer nivel) y Consulta Externa (primer nivel). La Jefatura del Departamento se encuentra en el segundo nivel, y tanto las reuniones de Postgrado como las de Departamento se realizan en los salones del séptimo nivel, donde además se encuentran los dormitorios de los residentes.

El área de encamamiento consta de cuatro unidades (XIII, XIV, XV y XVI), cada una de las cuales está dividida en dos servicios: A y B. En cada Unidad hay espacio para cerca de 32 pacientes. Las Unidades XIII y XIV están destinadas al encamamiento de mujeres, y en la XV y XVI se encuentran los hombres.

El área de Cuidado Crítico está dividida en varias unidades: Intensivo, Intermedios, Coronarios y Transplantes.

La emergencia cuenta con un área de emergencia propiamente dicha, otra destinada a la observación de pacientes, y otra para el examen y clasificación de pacientes.

La consulta externa, por su parte, está dividida en clínicas por especialidades, y cuenta además, con otras destinadas a la clasificación de pacientes nuevos.

En cuanto al personal médico se refiere, al ser el Hospital un Hospital-Escuela, cuenta con: Jefe del Departamento, jefes de

unidad y jefes de servicio (ocupados por subespecialistas), jefe de residentes, estudiantes de postgrado (residentes de primero, segundo y tercer año) y estudiantes de pregrado, de cuarto y sexto año de la Carrera (externos e internos).

Actualmente, hay veintidós residentes en el Departamento: ocho residentes de tercer año (uno de los cuales se encuentra ausente durante este mes por estar realizando su electivo y otro, por encontrarse de vacaciones), cinco residentes de segundo año, y nueve residentes de primer año. Todos los residentes se encuentran rotando por las áreas mencionadas anteriormente.

En cuanto a los estudiantes de pregrado, actualmente se encuentran rotando por el Departamento quince internos (sexto año) y dieciséis externos (cuarto año).

Tanto los residentes, como los estudiantes internos y externos cumplen con diversas responsabilidades que tienen asignadas en sus respectivas áreas de práctica, y con un rol de turnos cada cuatro días (a excepción de los internos que se encuentran rotando por el área de Cuidado Crítico, que tienen turno cada tres días).

La rotación de los internos tiene una duración de dos meses; la de los externos, de cuatro meses.

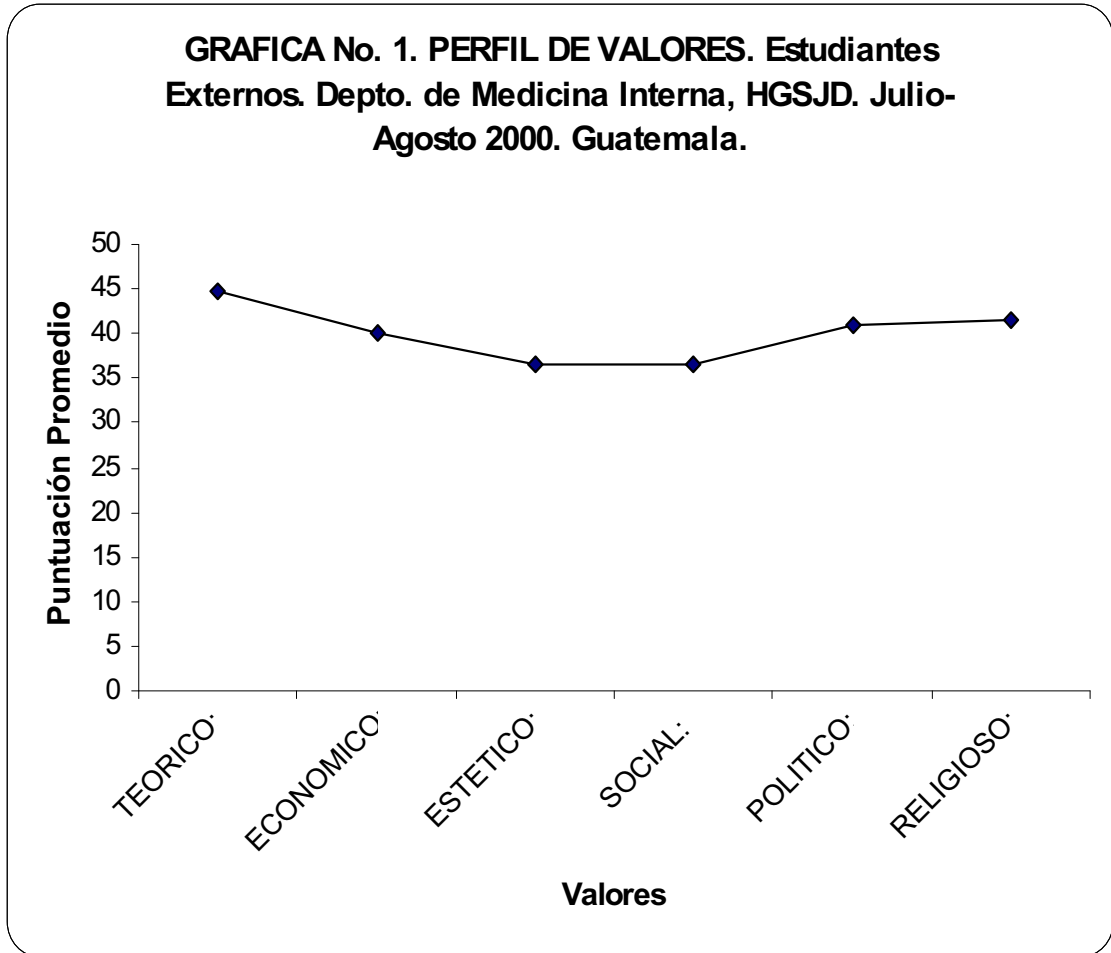
El presente estudio se realizó durante los meses de julio y agosto del 2000 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"<sup>5</sup>. Para obtener los resultados se utilizaron tres instrumentos y para su mejor comprensión, los resultados se presentan en función de las variables que fundamentaron el estudio. Así, se presenta primero una sección sobre valores, otra de actitudes de

---

<sup>5</sup> En todas las gráficas del estudio se utilizaron las siglas HGSJD para designar el nombre del Hospital General "San Juan de Dios".

deshumanización de la atención médica, y luego, otra en la cual se relacionaron.

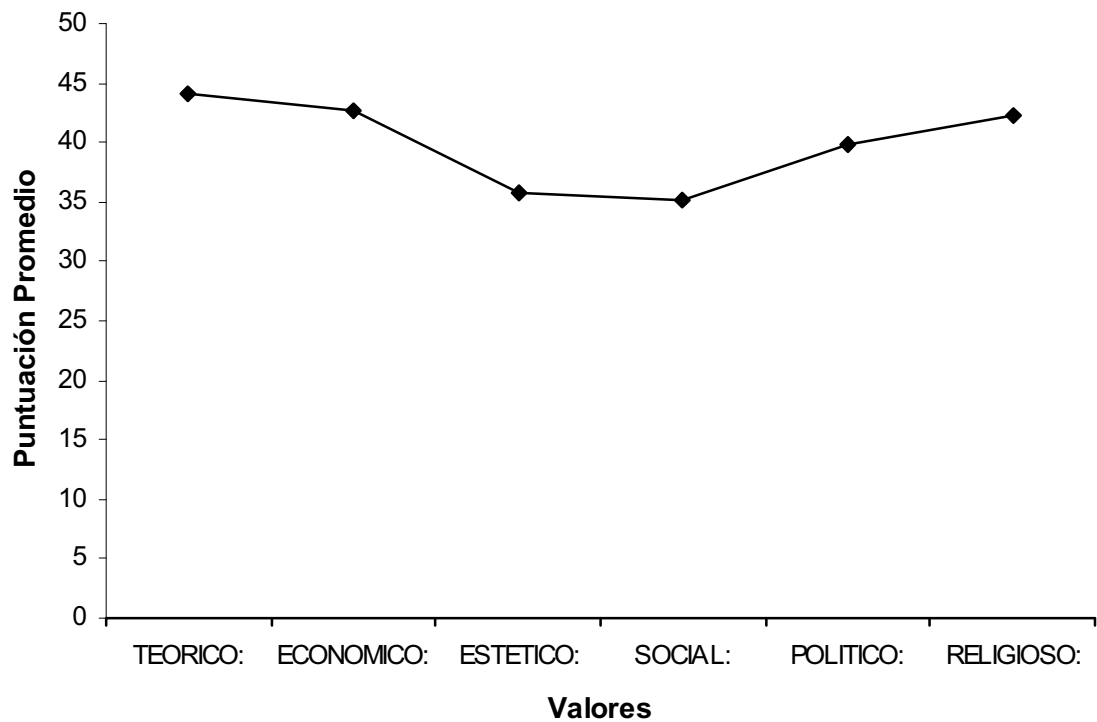
## B. ESCALA DE VALORES:



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

Se puede observar en la Gráfica No. 1 que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de externos para los valores evaluados oscilan entre 36.5 y 44.7, siendo el teórico el que obtuvo la puntuación mayor; luego, le siguen el religioso (41.5), el político (40.9), el económico (40.0), el estético (36.6) y por último, el social. No hay mucha diferencia entre las puntuaciones, pero llama la atención que el valor más bajo sea el social.

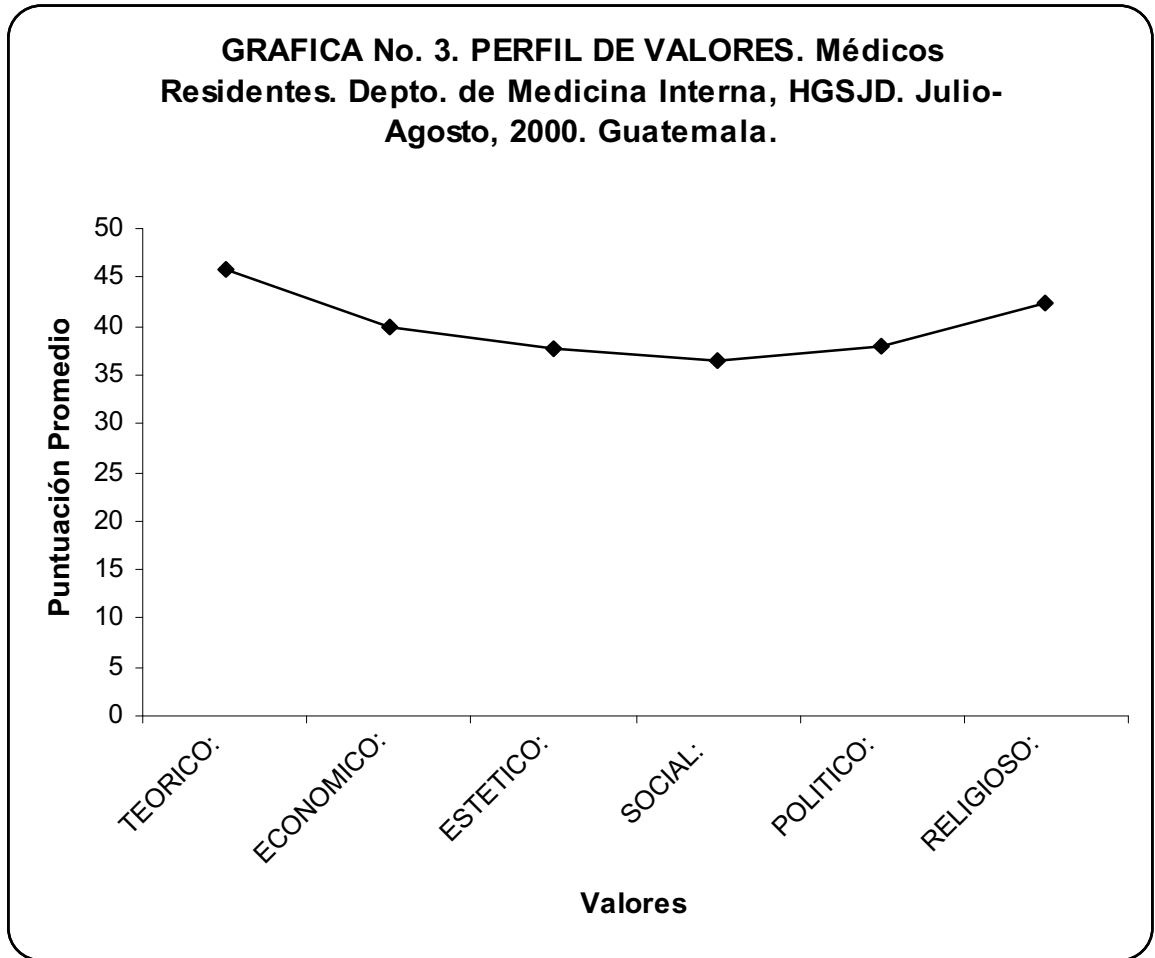
**GRAFICA No. 2. PERFIL DE VALORES. Estudiantes Internos.  
Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000.  
Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 2 presenta las puntuaciones promedio obtenidas en el Test AVL por el grupo de internos que participó en el estudio. La puntuación más alta fue la del valor teórico (44.1). Luego, siguieron el económico con 42.7, el religioso con 42.3, el valor político con 39.9, el estético con 35.7, y por último, el social con 35.2. En este grupo llamó la atención el predominio de los valores teórico y económico, y lo poco que se obtuvo en el valor social.

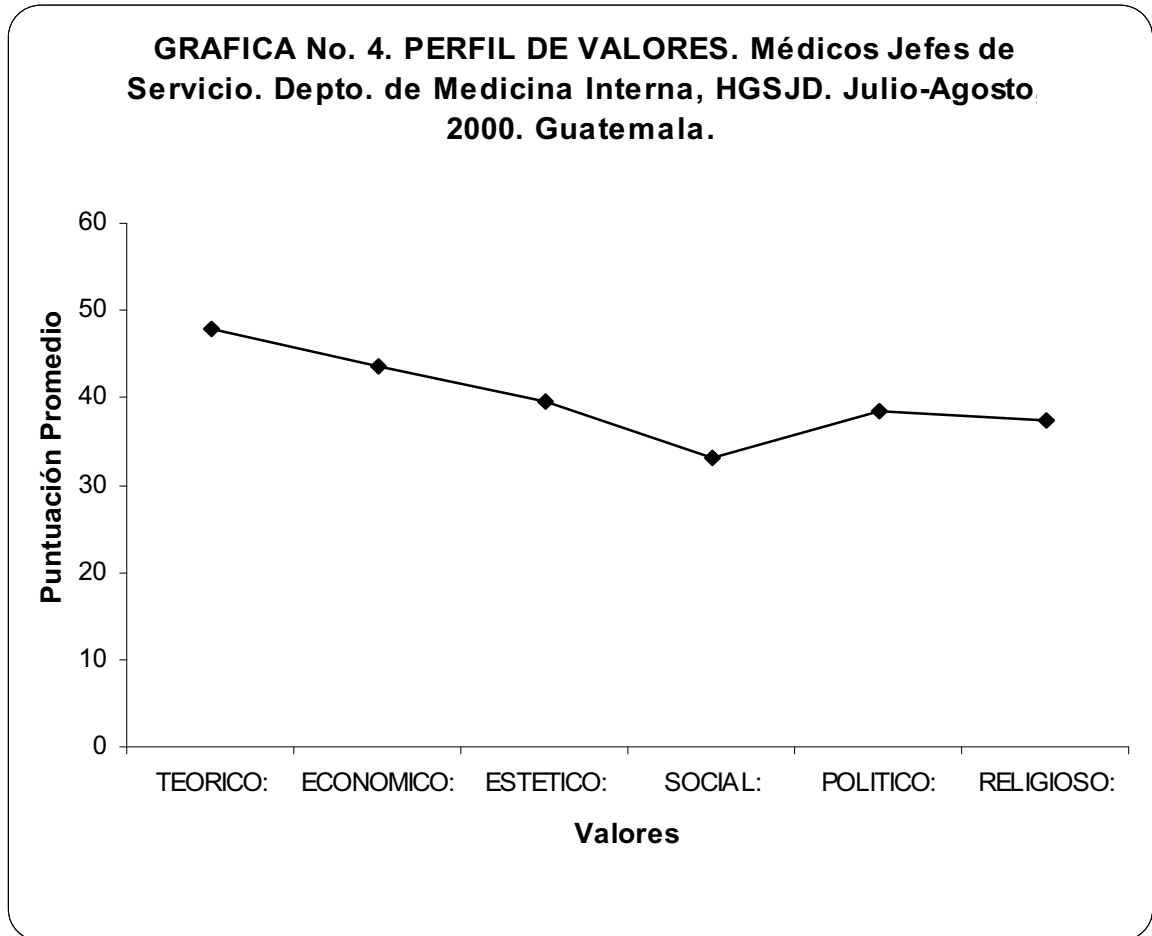
**GRAFICA No. 3. PERFIL DE VALORES. Médicos Residentes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 3 presenta los resultados de los médicos residentes: 45.7 en el valor teórico, 42.3 en el religioso, 39.8 en el económico, 38.0 en el político, 37.7 en el estético, y 36.4 en el social. Los valores extremos fueron el teórico y el social.

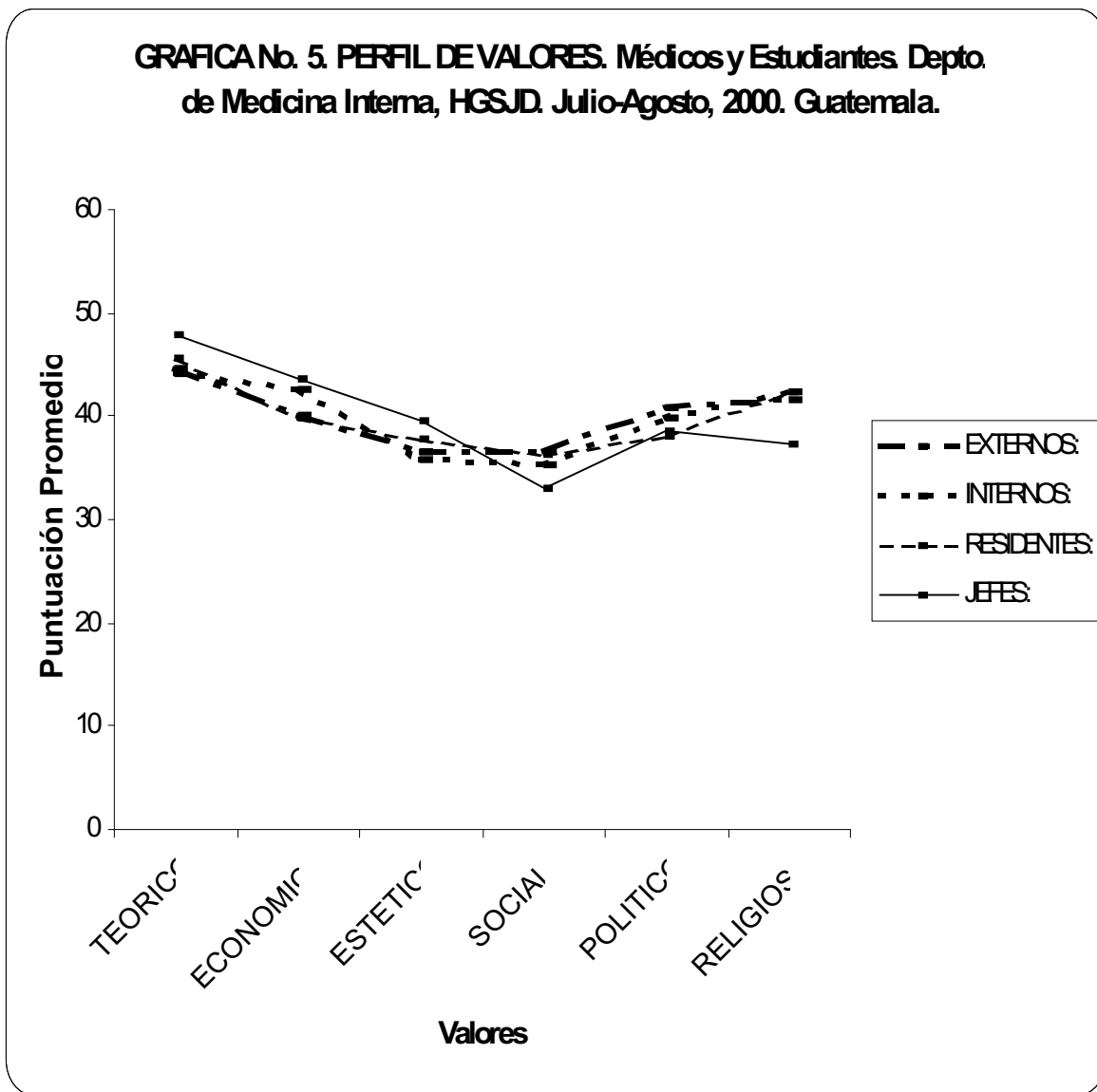
**GRAFICA No. 4. PERFIL DE VALORES. Médicos Jefes de Servicio. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 4 se observa el perfil de valores de los jefes de servicio. La diferencia entre puntuaciones entre los valores es mayor que la de los otros grupos; pero persiste el valor teórico como puntaje máximo con 47.8, y el valor social como mínimo, con 33.1. El valor económico obtuvo 43.6; el estético, 39.6; el político, 38.5; y el religioso con 37.3.

**GRAFICA No. 5. PERFIL DE VALORES. Médicos y Estudiantes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto 2000.

En la Gráfica No. 5 se presentan las puntuaciones promedio obtenidas por todos los grupos para cada valor evaluado por el Test AVL. Existen pequeñas diferencias entre los puntajes

obtenidos, pero en general todos los grupos siguieron un patrón similar: La tendencia fue obtener las mayores puntuaciones en el teórico y el económico, y las menores en el estético y social. Los jefes de servicio obtuvieron los valores extremos: 47.8 (valor teórico), y el más bajo: 33.1 (valor social).

En cuanto a la información obtenida en las Listas de Cotejo, se observaron algunos aspectos importantes con respecto a los valores. Se ilustran las situaciones descritas con breves ejemplos que se presenciaron durante el trabajo de campo, para su mejor comprensión. Se decidió presentar esta información en forma descriptiva por considerar que los datos obtenidos son cualitativos, no cuantitativos. Y en determinado momento, el querer cuantificarlos puede provocar que pierdan su riqueza.

En lo que al valor teórico se refiere se observó lo siguiente:

En los externos, aunque en general no se encontró evidencia de que "estén estudiando mucho", si se encontró evidencia de que el aprendizaje es una de sus fundamentales preocupaciones, de esta forma demuestran que su valor teórico es elevado.

**Comentario realizado por una externa:**

- "Realmente me preocupa que me paso todo el día aquí metida sacando "chance", llego tarde a mi casa, y sólo llego a dormir. ¡No estoy estudiando nada! Y no sé que hacer..."

En los internos, se evidenció que la mayoría de ellos cuentan con un valor teórico alto. En múltiples ocasiones evidenciaron conocer manejo y tratamiento; aún en ausencia del residente se les observó a muchos de ellos tomar decisiones.

En los residentes, se observó que cuentan con un gran interés por aprender. Se considera que, en general, son un grupo muy capaz, que puede lograr bastante. Además, a la mayoría de ellos les gusta la docencia (cada uno a su particular manera). Cabe mencionar el caso de un residente



que se pasa discutiendo con el interno y externos (en forma amistosa) durante toda la visita. Otro de los residentes, por su propia voluntad, se dedicó más de una vez a dar docencia a los externos a la hora de la Clínica cuando la suspendían y los externos ya se encontraban allí. Por todo lo anterior, se considera que evidencian tener un valor teórico alto.

En los jefes, los que pasan visita con los externos (que no son muchos), se dedican a discutir algunos aspectos de los casos de los pacientes. Se considera que si no se evidenció de mayor forma el valor teórico no necesariamente obedece esto a que no lo tengan, sino a que otros valores pueden estar predominando en ellos.

En lo que al valor económico se refiere, se evidenció lo siguiente:

Los externos manifiestan un alto valor económico (utilitario), pues en muchas ocasiones se observó que se preocupan por sacar el "chance", aunque en ocasiones no saben por qué es importante que lo hagan. Además, se observó que en su mayoría, no se acercan al paciente a menos que necesiten sacarle algún examen.

En una ocasión, un externo dejó a una paciente sola con su familiar en el lugar donde le iban a hacer un ecocardiograma (enfrente del Hospital). Ante el reclamo de la interna, él contestó que "ya era su hora de clase".

Los internos, por su parte, también manifestaron tener un alto valor utilitario, manifestado éste a través de comportamientos como la poca comunicación que entablan ellos con los pacientes, pues se preocupan más por cumplir con el trabajo de "secretaria" que muchas veces les toca cumplir dentro de los Servicios: Escribir evoluciones, hacer egresos, hacer recetas, resumen de órdenes y de recetas una vez por semana...

Comentario de un interno, luego del fallecimiento de una paciente del Servicio vecino:

- "Aunque suene bien feo, qué bueno que la señora se murió de una vez. Yo creí que iba a tener que estarla controlando todo el Turno..."

Los residentes, en muchos casos, evidencian también tener un valor económico alto, un ejemplo de esto es cuando dejan de ver a los externos como seres humanos, como individuos, y los consideran, únicamente, como fuerza de trabajo, sin preocuparse del efecto que sobre ellos provoquen sus comentarios:

Comentario de una externa:

- "La residente me regaña cuando falta algo del chance que ella dejó el día anterior. Cuando yo le digo que fue mi compañero quien no cumplió con su parte del trabajo, ella dice que no importa que fuera responsabilidad de él, que yo tengo la sobrada obligación de hacer las cosas que él no hace..."

Una residente a una externa:

- "No te puedo poner más alta la nota del Servicio, aunque sé que te esforzaste. Si lo hago, ¿cómo justifico la nota baja que le puse a tu compañero? Pero no tengas pena, si ganás con lo que te puse..."

En el caso de los jefes, la mejor evidencia de que si es para la mayoría de ellos significativo el valor económico está en el hecho del poco tiempo que permanecen en los servicios.

En lo que al valor social respecta, se puede apreciar lo siguiente:

Algunos de los externos sí evidenciaron tener valor social, aunque no es, por lo general, lo más frecuentemente observado. Sin embargo, son las personas que más se acercan al paciente (por la misma naturaleza de su trabajo), y cuando lo hacen con dedicación, los pacientes lo perciben, y por ello, les toman afecto.

Diálogo entre una externa y una paciente:

- Doctora, ¿otra vez me viene a sacar sangre? Ya no, mucho me ha sacado ya. Mejor váyase.
- Pues, realmente, ganas no me faltan. Ya no aguanto más estar aquí.
- Ay no, niña. No se ponga así. Yo no estaba hablando en serio. Es que otra vez la regañaron, ¿verdad? Pero no esté triste, que usted es muy buena, y no fue su culpa...

En lo que a los internos se refiere, la mayoría han dado muestras de indiferencia ante el dolor humano, y de que lo que más les interesa son las calificaciones que les den otros, han evidenciado tener poco grado de sensibilidad social y aprecio por sus pacientes. Fue interesante observar, en más de una ocasión, que un paciente falleciera en un Servicio, y que el interno pudiera limitarse a dar la información al familiar, como si le estuviera hablando de cualquier cosa intrascendente, y pudiera luego darse la vuelta y continuar realizando su trabajo por donde lo había dejado sin inmutarse ante las muestras de condolencia expresadas por dicho familiar, aunque en pocos casos se plantean detalles sensibles:

Comentario de una interna:

- "Yo comparto la opinión del jefe de Servicio. ¿Para qué vamos a prolongar su sufrimiento si ya no se puede hacer nada por ella? El resultado final no lo podemos cambiar, lamentablemente. Entonces, por lo menos dejémosla tranquila, y al lado de su hija..."

En el caso de los residentes, aunque la mayoría no evidencia que el valor social sea una de sus prioridades, sí hay algunos que lo tienen:

Comentario de un externo:

- "Esta es la segunda vez que el doctor pone dinero de su bolsa para costearle un examen al paciente, en "préstamo provisional", según dice él, mientras la familia aparece..."

Se tuvo la oportunidad de observar a una residente, un sábado en la mañana, después del turno, invertir más de una hora al intentar obtener indicaciones de una paciente sobre cómo localizar a su familia. Estaba preocupada porque no se les había podido localizar aún, y quería ir a buscarlos en persona, ante los infructuosos resultados obtenidos por la Trabajadora Social.

Algunos jefes (aunque no la mayoría), si evidenciaron tener valor social alto en el trato con sus pacientes.

Un jefe de Servicio, indignado por el "chivoleo" sufrido por una paciente delicada en su Servicio, que nadie quería ir a evaluar, llegó a verla fuera del horario que acostumbra, preocupado por el mal estado en el que ella estaba, para ver si llegaban los otros especialistas a evaluarla...

En otros casos, sin embargo, se tuvo también evidencia del bajo valor social que algunos presentan:

Comentario de una externa:

- "... Y hasta el jefe de Servicio sigue insistiendo en que se localice a la familia para que se la lleven a su casa, pues ya no se puede hacer nada por ella, y ¿de qué nos va a servir tener el cadáver allí?..."

En lo que al valor político respecta:

En los externos no se evidenció la presencia de este valor, no se identificó, dentro del grupo, a ninguno que ejerciera cualidades de líder entre sus compañeros.

En la mayoría de los internos si se evidenció el interés en ejercer su autoridad sobre los externos (sus subordinados inmediatos), con comentarios como:

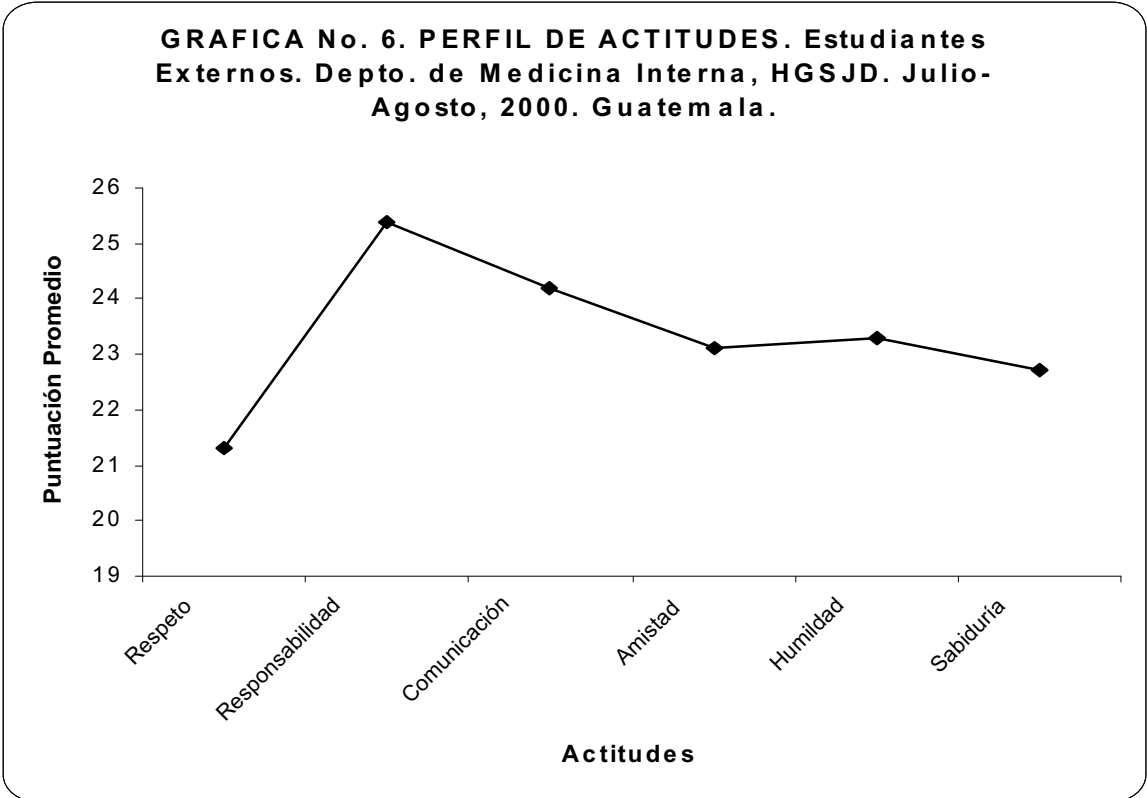
- "Yo le dije a la residente que las castigara. Para que aprendan y no vuelvan a hacer lo mismo..."
- "No tengas pena, vos. El martes me toca turno con ella, y me la voy a clavar..."

En el caso de los residentes, no se evidenció un componente importante de valor político; pero en algunos casos sí se observó éste:

- "Como no hay internos en la Emergencia, voy a pasar trayendo a los que llegaron tarde ayer a la Clínica, y también a aquel que se las ha estado pelando mucho..."

En lo que a los jefes respecta, no se observó tampoco que el valor político fuera importante en este grupo.

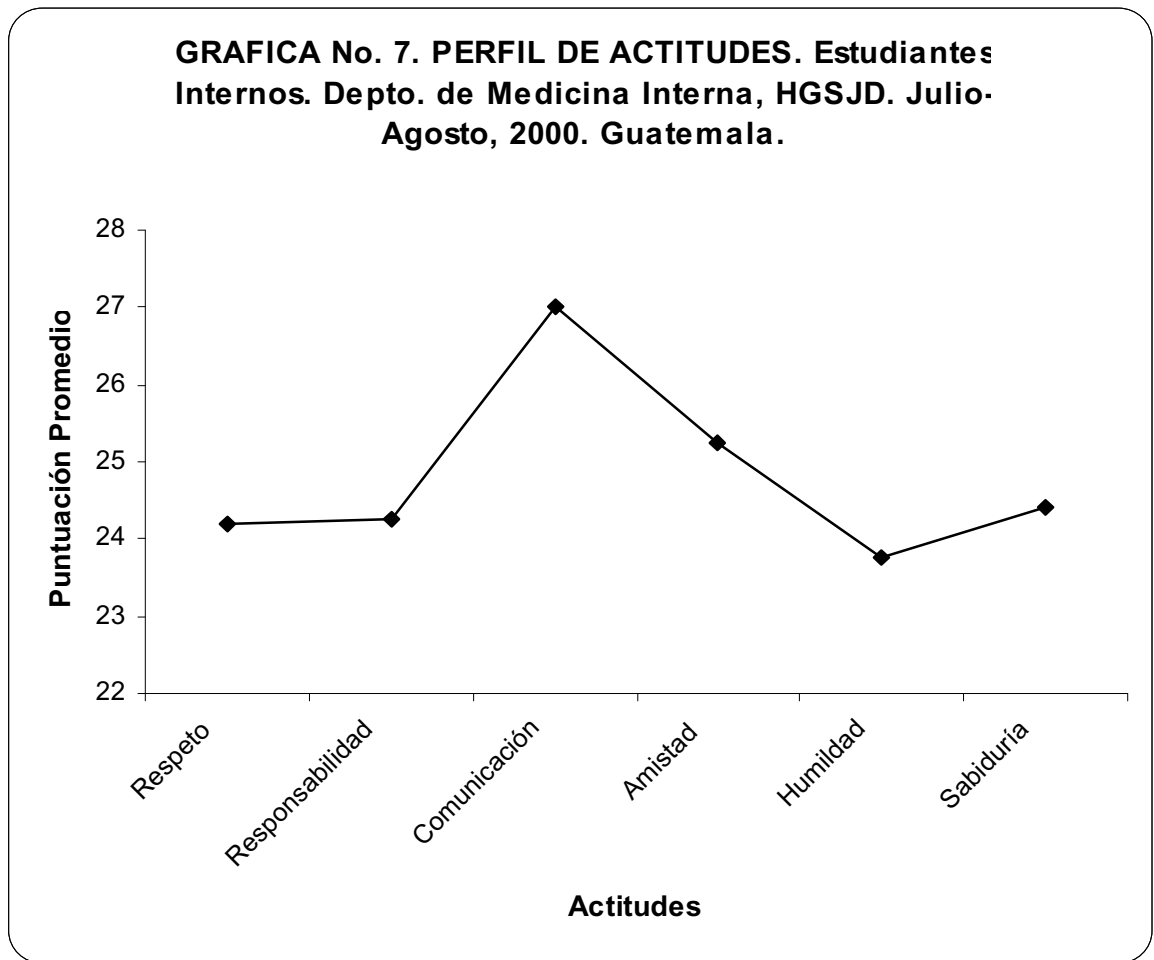
### **C. DESHUMANIZACION DE LA ATENCION MEDICA:**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 6 se presentan las puntuaciones obtenidas para las actitudes evaluadas de los externos; éstas fueron: 25.4 para la responsabilidad; 24.2 para la comunicación; 23.3 para la humildad; 23.1 para la amistad; y para la sabiduría, 22.7. El respeto fue la actitud que obtuvo la puntuación más baja, y fue de 21.3.

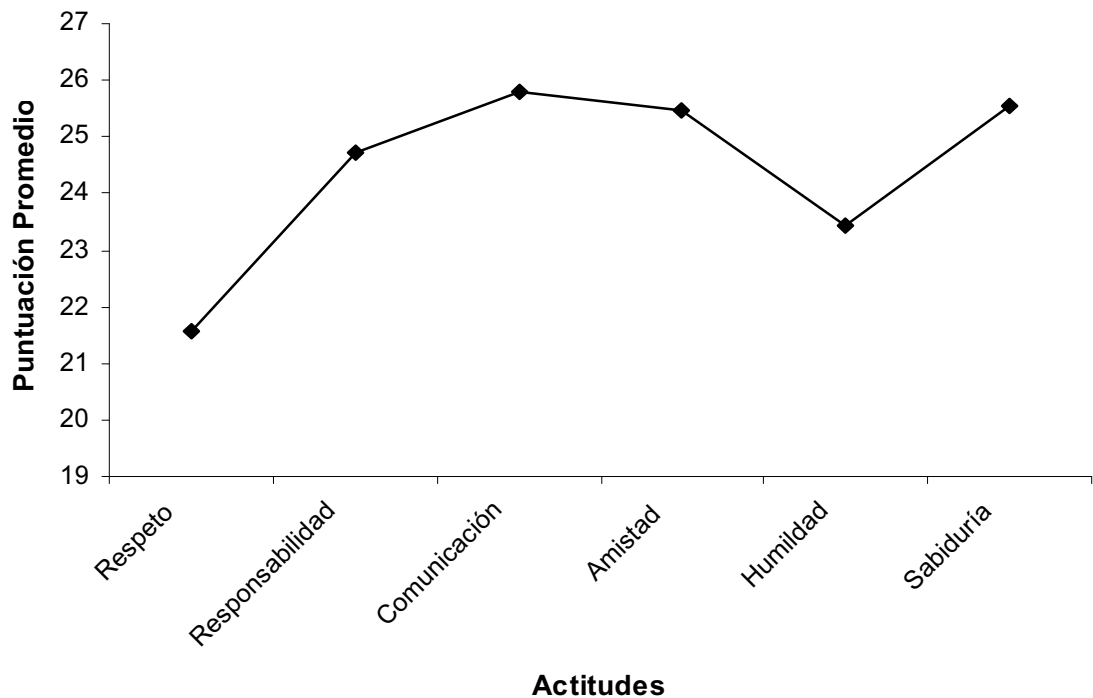
**GRAFICA No. 7. PERFIL DE ACTITUDES. Estudiantes Internos. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 7 se aprecian las puntuaciones de los internos para las actitudes evaluadas: 27 (más alto) para la comunicación; el más bajo fue de 23.7 para la humildad. Los restantes fueron: 25.25 para la amistad, 24.4 para la sabiduría, 24.25 para la responsabilidad, y 24.2 para el respeto.

**GRAFICA No. 8. PERFIL DE ACTITUDES. Médicos Residentes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**

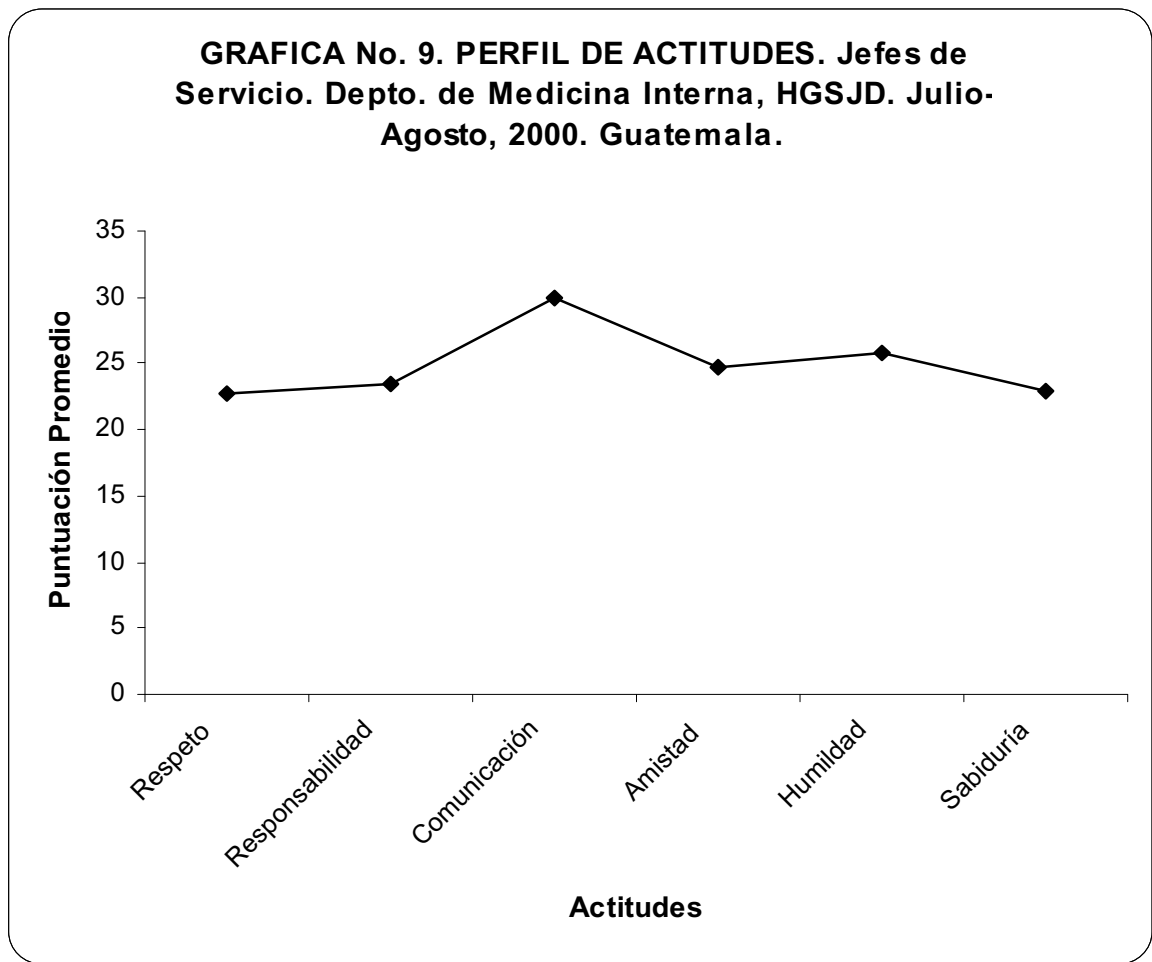


Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 8 se observan los puntajes de los residentes para cada actitud: 25.8 para la comunicación, 25.55 para la sabiduría, 25.45 para la amistad, 24.7 para la responsabilidad, 23.45 para la humildad, y 21.55 para el respeto. Se obtuvo un puntaje alto para la comunicación, y bajo para el respeto.



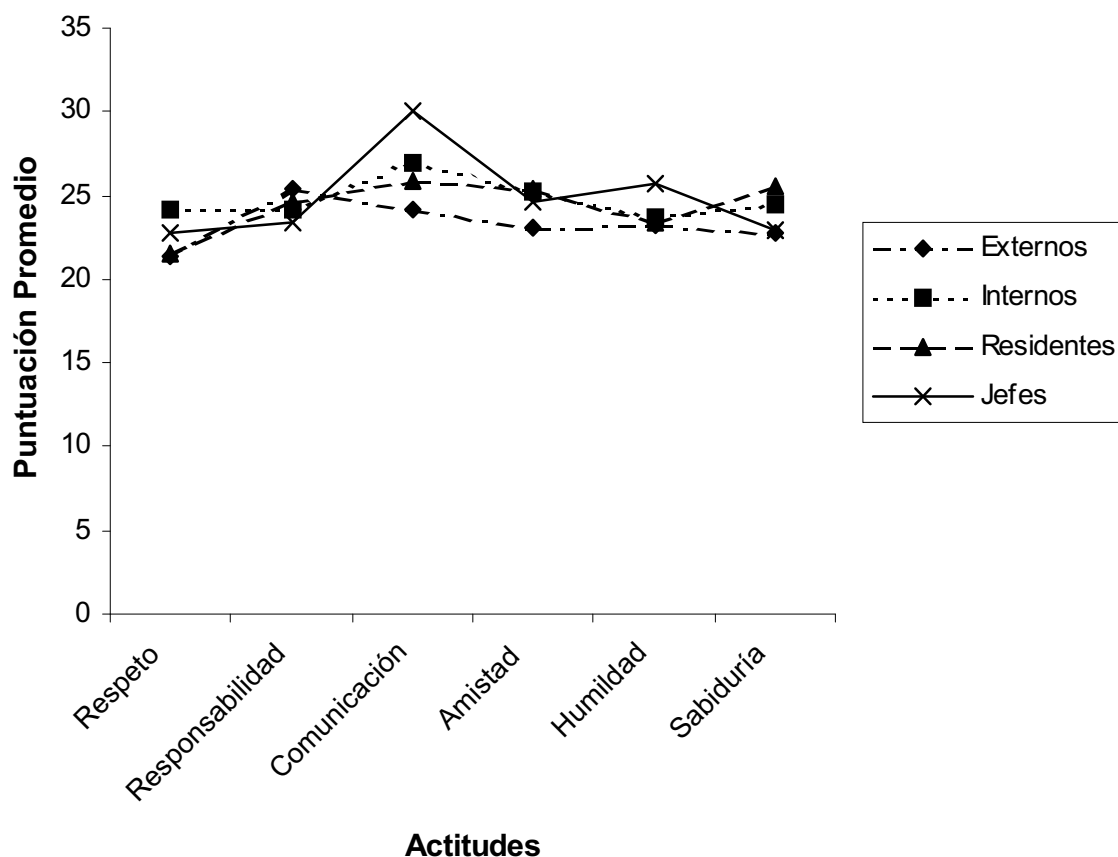
**GRAFICA No. 9. PERFIL DE ACTITUDES. Jefes de Servicio. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 9 presenta los resultados de los jefes de servicio para las actitudes evaluadas. Los puntajes fueron los siguientes: 30 para la comunicación, 25.73 para la humildad, 24.73 para la amistad, 23.45 para la responsabilidad, 22.91 para la sabiduría, y 22.82 para el respeto.

**GRAFICA No. 10. PERFIL DE ACTITUDES. Médicos y Estudiantes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Instrumentos de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 10 se presentan los resultados obtenidos por todos los grupos, los cuales no comparten un patrón de puntuaciones similar. Para el respeto, los internos obtuvieron 24.2, los jefes 22.8, los residentes 21.5 y los externos 21.3. Para la responsabilidad, los externos obtuvieron 25.4, los residentes 24.7, los internos 24.2 y los jefes 23.4. Para la comunicación, los jefes obtuvieron 30, los internos 27, los residentes 25.8 y los externos 24.2. Para la amistad, los residentes obtuvieron 25.4, los internos 25.2, los jefes 24.7 y los externos 23.1. Para la

humildad, los jefes obtuvieron 25.7, los internos 23.7, los residentes 23.4 y los externos 23.3. Para la sabiduría, los residentes obtuvieron 25.5, los internos 24.4, los jefes 22.9 y los externos 22.7.

Estos resultados cuantitativos se explican mejor al compararlos con situaciones vivenciales, por lo que a continuación se presentan, de manera descriptiva, algunas actitudes observadas a través de las Listas de Cotejo, así como comentarios y opiniones, las cuales fueron expresadas por los diferentes actores. Esto tiene por objeto clarificar el tema de la deshumanización de la atención médica. No se presentan de manera gráfica por tratarse de resultados cualitativos. Dentro de ellos se incluyen, de manera textual, algunas frases, las cuales posteriormente servirán para apoyar el análisis del tema.

En lo que al respeto se refiere, se pudo observar lo siguiente:

Los externos generalmente presentan una buena relación con los pacientes, ya que tienden a dirigirse a los pacientes con respeto y amabilidad, rara vez se refieren a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”; y ocasionalmente manifiestan que consideran los procedimientos de los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”. Con respecto a las relaciones interpersonales para con el resto del personal médico, por lo general se dirigen al resto del personal con respeto y amabilidad (a excepción de algunas situaciones en las que se observaron faltas de respeto hacia residentes o internos); en pocas ocasiones se observó que utilizaran adjetivos descalificantes para referirse a algún miembro del personal (residentes).

Comentario de un externo:

- “... Yo mejor me fuí a dormir, total, si de todas formas me van a castigar, que me castiguen por algo...”

Los internos, en su relación con los pacientes, manifestaron generalmente, respeto y amabilidad en su forma de dirigirse al paciente; pero en ocasiones se refirieran a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”, o los consideraron como “oportunidades de hacerse la manita”. En lo que se refiere al resto del personal, generalmente se dirigían a ellos con respeto y amabilidad, a excepción del caso de algunos externos, con los que se manifestaron irrespetuosos. Utilizaron adjetivos descalificantes ocasionalmente para referirse a algunos externos y miembros del personal de enfermería.

Comentario de un interno:

- “Si perdió la receta, no es mi problema. Las enfermeras del Servicio no son más que una bola de haraganas, y yo no tengo por qué pagar por su descuido...”

Los residentes tienden a dirigirse a los pacientes con respeto y amabilidad; y sólo ocasionalmente se refieren a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”. No se observó que se refirieran a los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”. En cuanto al resto del personal, casi siempre se dirigieron a ellos con respeto y amabilidad; aunque en ocasiones se mostraron irrespetuosos con los externos, llamándoles la atención en público, o haciendo comentarios descalificantes de ellos con otras personas, aún enfrente de ellos.

Una residente al Psiquiatra, cuando éste evaluó a una paciente del Servicio:

- ¿Cómo encuentra a la señora, Doctor?
- Bastante bien. Yo diría que hasta se encuentra más orientada que ella... - señalando a la externa.
- Eso sí se lo creo, que esté más orientada que ella.

Durante un turno, el residente le preguntó a la interna por unas radiografías que ella no había podido sacar. Entonces, a las 2:00 de la madrugada le preguntó que si ya había cenado, porque de haberlo hecho,

mejor hubiera sacado el chance en ese tiempo. Como ella contestó que no, él le dijo que pasara al día siguiente a la Jefatura por su reconocimiento...

Los jefes se refieren ocasionalmente a los pacientes como "casos interesantes" o "casos poco interesantes". No se observó que se refirieran a los procedimientos como "oportunidades de hacerse la manita". Aunque en muchas ocasiones, no le dirigen para nada la palabra al paciente, cuando lo hacen es en forma amable y respetuosa. Casi siempre se dirigen a los demás miembros del personal médico con respeto y amabilidad. Sin embargo, en ocasiones realizan comentarios o adjetivos descalificantes para referirse a los externos.

Un docente del Postgrado, al inicio de una Sesión de Departamento comentó:

- "No han venido externos, porque son una especie en extinción..."

Un subespecialista comentando a dos internos durante una Sesión de Departamento:

- "¿Saben en qué se parece el PPD a un externo? En que pudiera pasar desapercibido".

En lo que a la responsabilidad se refiere, se pudo observar lo siguiente:

Los externos muestran, por lo general, responsabilidad en la realización de su trabajo con los pacientes, ya que casi siempre tratan de cumplir con el trabajo que se les ha encomendado a la mayor brevedad posible, y generalmente utilizan medidas adecuadas de asepsia y antisepsia al momento de realizarle procedimientos a los pacientes; sin embargo, nunca verifican que se les estén administrando adecuadamente los medicamentos a sus pacientes. En cuanto a si muestran responsabilidad hacia el resto de su equipo de trabajo, no acostumbran indicar al personal que utilicen algún medio de protección para realizar

procedimientos con los pacientes, aunque ellos vean que no lo están haciendo (a excepción de una ocasión, en la que se observó a una externa llamándole la atención sobre eso a una interna), y no se observó que ayudaran a supervisar el trabajo de alguien que manifestara no estar seguro de cómo realizarlo.

El residente autorizó a la externa ese sábado para ir a su casa a solucionar un asunto familiar que la preocupaba, con la condición que de alguna forma sacara el "chance" antes del lunes, porque los resultados eran importantes, y su compañero estaba de turno. La externa regresó ese mismo día, luego de solucionado su problema (como a las 19:00), y no se fue a su casa hasta terminar con el "chance", porque "era su responsabilidad, y el residente había confiado en ella..."

Los internos generalmente exigen el cumplimiento del chance a la mayor brevedad posible, y a veces, verifican si los medicamentos se les están administrando adecuadamente. En pocas ocasiones se observó que le realizaran procedimientos a los pacientes. En cuanto al resto del personal, no se observó que indicaran a alguien el usar medidas de protección, previo a realizar procedimientos, y rara vez se les vió supervisar procedimientos a los externos.

Un interno solicitó permiso un sábado por la mañana para no pasar visita, e ir a conocer Puestos de Salud. El residente se lo dió, y le dijo que él pasaría visita como a las 7:00, solo. El interno llegó al Servicio pasadas las 8:00, vió que el residente no había llegado y les dijo a los externos que pasaran visita solos porque el tenía permiso de no pasar visita. Y se fue.

Los residentes, por lo general, se muestran exigentes en lo que al cumplimiento del "chance" se refiere. La mayoría se preocupan de supervisar que se estén administrando adecuadamente los medicamentos a los pacientes. En contadas ocasiones realizan procedimientos, pero si usan medidas adecuadas de asepsia al realizarlos. Por lo general, no acostumbran indicar al personal que usen medidas de

protección previo a realizar procedimientos. Además, rara vez supervisan algún procedimiento dentro del Servicio.

Los jefes rara vez exigen el cumplimiento del “chance” dentro de los Servicios, sólo en contadas ocasiones lo hacen. A veces, supervisan si los medicamentos se están administrando adecuadamente a los pacientes. Por lo general, no realizan procedimientos dentro de los Servicios. En contadas ocasiones le indican al personal que utilice medidas de protección, previo a realizarle procedimientos al paciente.

En cuanto a la comunicación, se observó lo siguiente:

Los externos no siempre muestran actitudes de comunicación con sus pacientes, ya que no miran atentamente al paciente siempre que conversan con él, sólo en ocasiones lo hacen, y tienden a preguntar solo a veces a sus pacientes cómo se sienten; por otra parte, no siempre se dirigen al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él. En cuanto a su comunicación con el resto del personal, no siempre miran a las demás personas cuando les hablan, su mejor comunicación la establecen con otros externos.

Los internos, por su parte, rara vez le preguntan al paciente cómo se siente, y sólo a veces lo observan mientras conversan con él (aparte que, de por sí, conversan poco); sin embargo, casi siempre le hablan en un lenguaje claro y comprensible para él. En cuanto al resto del personal, durante la visita no acostumbran ver a las personas cuando hablan con ellas, pues se dedican a escribir órdenes; sin embargo, fuera de la misma, casi siempre lo hacen. Rara vez notifican a los familiares de los pacientes la gravedad en que se encuentran, o las defunciones del Servicio, sólo lo hacen en casos muy necesarios.

Los residentes casi siempre están pendientes de cómo se sienten los pacientes, y generalmente los observan mientras

conversan con ellos. Cuando se dirigen a ellos, lo hacen con claridad, aunque también discuten frente a ellos sus patologías con el resto del equipo, sin preocuparse de qué estarán pensando. Se preocupan de notificar, siempre que pueden, las defunciones o gravedad de sus pacientes a los familiares. Con el resto del personal, casi siempre los observan mientras les dirigen la palabra.

Los jefes en muchas ocasiones se limitan a realizar una visita muy rápida por el Servicio, por lo que es frecuente que no conversen con los pacientes. Sin embargo, en contadas ocasiones, sí se preocupan por pasar visita, interrogar a los pacientes y hablarles con claridad, observándolos mientras dialogan con ellos. Es raro que hablen con los familiares del paciente para notificar defunciones o gravedad de los mismos. En cuanto al resto del personal del Servicio, muchos jefes se relacionan más que todo con el residente, y a lo sumo, con el interno.

*Comentario de una externa:*

- "El jefe de Servicio nunca escucha. Sólo le pregunta a alguno de los dos sobre la enfermedad del paciente, y si no contesta, ya ni le pregunta al otro. Sólo nos regaña y se va, diciendo que nunca estudiamos nada..."

Durante una Sesión de Departamento, un docente del Post-grado hizo énfasis en que la comunicación entre médico y paciente es esencial. Hizo ver que no basta con observar al paciente e interrogarlo, sino que es de suma importancia el saber escucharlo y finalmente, creer lo que él dice.

En lo que se refiere a la amistad, se observó:

Los externos establecen cierta relación de amistad con los pacientes, ya que su saludo a los pacientes tiende a ser cordial, y generalmente realizan lo mejor posible las cosas que les desagradan en bien del paciente; sin embargo, también se observó que frecuentemente no muestran interés en ayudar



al paciente a resolver sus problemas con Trabajo Social, y no siempre se dirigen a ellos por su nombre. En cuanto a su relación con el resto del personal médico, en muchas ocasiones no saludan al resto del equipo, sobre todo a los residentes, al personal de enfermería, y en ocasiones, a los jefes de Servicio. Nunca tratan de estimular al personal para que sean respetuosos con el paciente.

Comentario de una externa:

- "Me aflige profundamente que no haya nada que hacer por ella, y que a nadie parezca importarle eso. Pero trato de ayudarla lo mejor que puedo, para que se sienta bien. No dejo que vea mi tristeza..."

Los internos casi nunca saludan al paciente, y generalmente se muestran indiferentes a los problemas del mismo con Trabajo Social. Sin embargo, casi siempre realizan bien las cosas que les desagrada hacer. En lo que respecta al resto del personal, tienen más tendencia a saludar a los miembros del personal que están a su nivel o arriba de ellos. Por otra parte, no acostumbran estimular a nadie a ser respetuoso con el paciente.

Los residentes saludan a los pacientes la mayoría de las veces, y en ocasiones, incluso por su nombre; y por lo general realizan las cosas aunque les desagraden, sin hacérselo ver al paciente. Sin embargo, también se muestran indiferentes a los problemas que el mismo pueda tener con Trabajo Social (no siempre es así). En lo que respecta a su relación con el personal, generalmente saluda a jefes, internos y externos. No se preocupan por estimular al personal para que sean respetuosos con el paciente.

Los jefes rara vez se involucran con el paciente (como ya se mencionó anteriormente). Por lo mismo, es raro que se preocupen por solucionar los problemas del mismo con Trabajo Social. Sin embargo, se observó un caso en el que la jefe se preocupaba de conseguir, incluso personalmente, la

exoneración de los estudios del paciente. En cuanto al resto del personal del Servicio, tienden a establecer relación, más que todo, con el residente e interno (con algunas excepciones).

Comentario de un residente:

- "... Todos en el Post-grado nos demuestran que se preocupan por nosotros, y cuando es necesario que nos llamen la atención, lo hacen en privado..."

En cuanto a la humildad, se pudo constatar lo siguiente:

Los externos tienden a tomar en consideración los comentarios y sugerencias que les hacen, sobre todo los realizados por sus superiores, y generalmente reconocen sus errores y limitaciones. Sin embargo, casi nunca tratan de que el "chance" se distribuya equitativamente, nunca sugieren realizar interconsultas para beneficio de sus pacientes, y se muestran indiferentes ante la dedicación de otros en el trabajo.

Los internos acostumbran tomar en cuenta las sugerencias y comentarios realizadas por jefes y residentes. Tienden a delegar muchas responsabilidades en los externos. Sólo en ocasiones reconocen sus errores, y a veces sugieren interconsultas. Se muestran indiferentes ante la dedicación de otras personas en su trabajo.

Los residentes toman en cuenta las sugerencias de sus superiores, y en ocasiones, de los internos. Casi siempre realizan las interconsultas que consideran necesarias, dentro y fuera del Departamento. (Igualmente, se preocupan por ver lo antes posible las que les hacen a ellos de otros Servicios del Hospital). Delega responsabilidades, en forma directa, en los internos; indirectamente, en los externos; y ocasionalmente, en la jefe de enfermeras del Servicio. Tienden a depositar la responsabilidad del Servicio en el interno, durante su ausencia.

Y tienden a depositar la responsabilidad del “chance” realizado en los externos. Se muestra indiferente ante los esfuerzos del personal por realizar bien su trabajo, (con contadas excepciones) en todo caso, no hacen más que cumplir con su responsabilidad.

El residente del Servicio a la externa:

- ¡Qué bonitos separadores pusieron en sus papeletas! Se nota que se dedicaron en la elaboración de los rotulitos de las camas de las señoras...

Comentario posterior de la externa:

- ¡El Doctor se dió cuenta de mis separadores! La residente anterior no hacía más que llamarme la atención cuando alguna papeleta aún no estaba ordenada, aunque todas las demás estuvieran bien.

Los jefes acostumbran tomar en cuenta los comentarios y sugerencias de otros especialistas, e incluso de los residentes. Generalmente, delegan toda la responsabilidad en el residente. Se preocupan por realizar interconsultas cuando lo consideran necesario. En muchas ocasiones, no reconocen sus errores. Se muestran indiferentes, generalmente, al esfuerzo del personal por realizar bien su trabajo.

En lo que respecta a la sabiduría, se observó lo siguiente:

Los externos sólo en contadas ocasiones presentan los casos de sus pacientes, a veces explican y aclaran las dudas que les presentan, sólo en ocasiones se observó que evidenciaran sus conocimientos durante la visita, y rara vez dan Plan Educacional al paciente y a su familia. Sin embargo, generalmente tratan de conocer las historias clínicas de sus pacientes.

Los internos casi nunca presentan pacientes en el Servicio, en muy contadas ocasiones si no está el residente, o cuando es paciente nuevo y nadie más lo conoce en el Servicio. Son muy abiertos en lo que a explicar dudas se refiere. Casi

siempre evidencian poseer conocimientos durante la visita. Rara vez dan Plan Educacional al paciente o a su familia (lo que además evidencia que poseen un valor social bajo). En algunos casos, incluso ellos escriben más evoluciones que su residente del Servicio.

Los residentes evidencian poseer bastantes conocimientos durante la visita, y a la mayoría les agrada compartirlos. Además, generalmente resuelven las dudas que les presentan. Casi todos se preocupan, en mayor o menor grado, por evolucionar a sus pacientes. Por lo general, sólo examinan a los pacientes cuando son nuevos en el Servicio. A veces se preocupan de dar Plan Educacional al paciente y/o sus familiares.

Los jefes, por su parte, cuando invierten algún tiempo en pasar visita, lo pueden hacer en forma inactiva (lo más frecuente), o activa. En el primer caso, se limitan casi exclusivamente a escuchar los casos de los pacientes, haciendo ocasionalmente alguna pregunta al respecto, o deteniéndose a observar algún estudio o a examinar a algún paciente en particular, sin dar docencia ni evidenciar sus conocimientos al respecto. En el segundo, completan el interrogatorio a algunos pacientes, hacen observaciones sobre las patologías de los pacientes, hacen preguntas al resto del personal, aclaran dudas, examinan a algunos pacientes, y dan un poco de docencia. Sin embargo, ésto último casi nunca se da: Son pocos los jefes que se detienen en estos detalles.

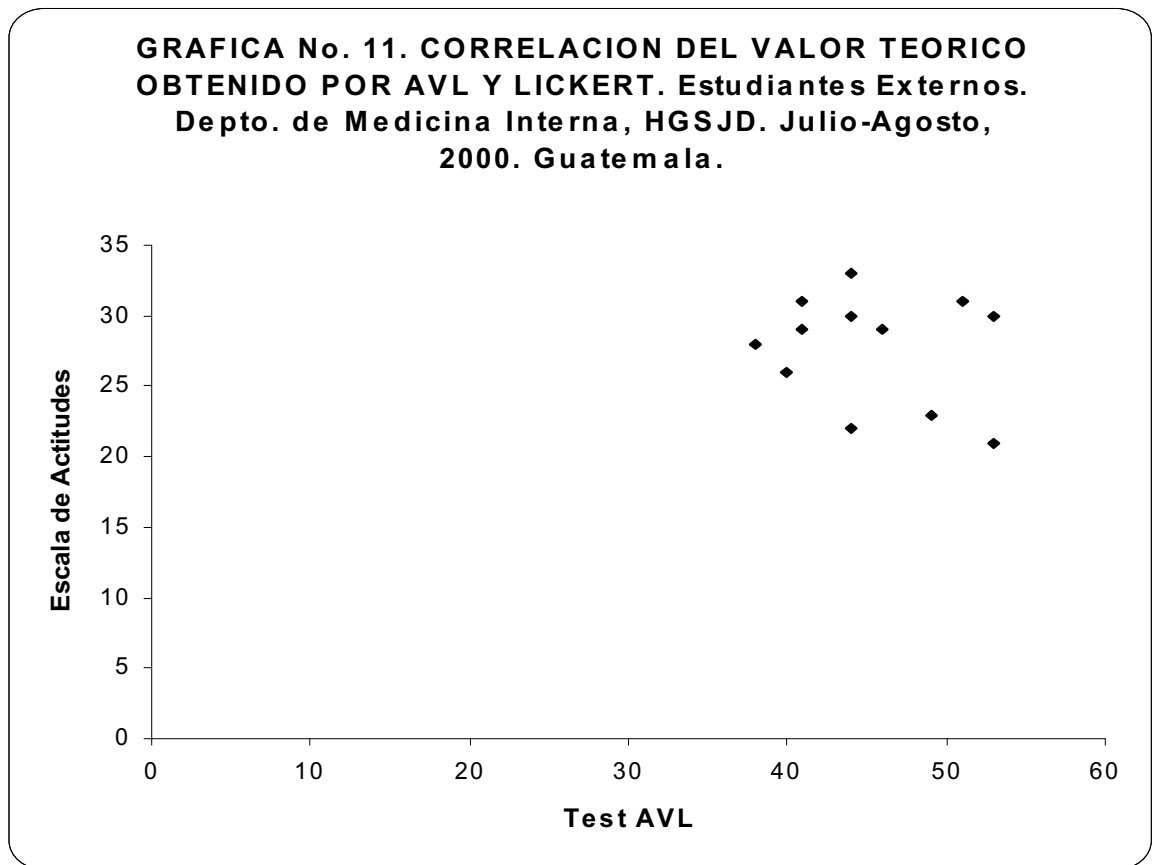
**Comentario de una externa:**

- Admiro al jefe del Servicio porque realmente le importa que nosotros aprendamos. Sabe mucho y trata de enseñarnos algo de lo mucho que sabe...

### C. RELACION ENTRE VALORES Y ACTITUDES:

Se realizaron gráficas de dispersión, para evidenciar si había correlación estadística entre los valores y las actitudes presentadas por los grupos de sujetos. A través de las mismas se pudo evidenciar que no existe correlación estadística entre los valores y actitudes obtenidos para cada grupo de estudio, lo que hace pensar que, en el presente estudio, los sujetos no presentan actitudes que se relacionen coherentemente con sus valores.

Como ejemplo se presenta a continuación la Gráfica No. 11, la cual presenta la relación entre el valor teórico obtenido a través del Test AVL y de la Escala de Actitudes de tipo Lickert para el grupo de externos:



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL y Escalas de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

Estos resultados evidencian un comportamiento grupal en el que no se evidencia ninguna correlación entre valores y actitudes, lo que puede explicarse por los valores extremos que se presentan en cada grupo. Sin embargo, al analizar a los sujetos por separado se evidencia una clara relación entre los valores expresados en el AVL y las actitudes evidenciadas por medio de las Escalas de Actitudes de tipo Lickert y la observación.

A continuación se presentan algunos ejemplos para evidenciar esta relación:

Valor teórico:

Los jefes que han demostrado durante la visita mucha amplitud de conocimientos obtuvieron valores teóricos altos.

Uno de los jefes manifestó, al ver su valor teórico bajo en el AVL que, efectivamente, hace algún tiempo que ya no estudia como antes.

Un residente que se pasa toda la visita discutiendo los casos de los pacientes con sus estudiantes y ha manifestado poseer muchos conocimientos durante las mismas obtuvo un valor teórico alto.

Un residente que no invierten mucho tiempo en pasar visita en su Servicio, obtuvo un valor teórico más bajo que sus compañeros.

Uno de los internos, quien obtuvo un valor teórico muy elevado, manifestó en múltiples ocasiones, durante las visitas, poseer una amplia base teórica.

Uno de los internos, que en más de una ocasión se mostró dubitativo con respecto al manejo de sus pacientes, obtuvo un valor teórico bajo.

Uno de los externos, quien ha demostrado ser muy participativo durante las visitas, obtuvo un valor teórico elevado.

Uno de los externos, quien participa muy rara vez en la discusión de los casos durante las visitas obtuvo un valor teórico bajo.

#### Valor económico:

Uno de los jefes, al observar su valor económico elevado, manifestó que así debía ser necesariamente, pues tenían que luchar por mantenerse.

El jefe que obtuvo el valor económico más bajo siempre es amable con pacientes y estudiantes, e insiste en que los pacientes deben ser tratados con respeto (y no sólo utilizados como objeto para el propio aprendizaje), lo cual, a la vez, evidencia que posee un alto valor social.

El mismo residente que ha colaborado económicamente con sus pacientes, evidenció poseer un valor económico bajo.

Uno de los residentes, quien ha manifestado que le interesa el dinero que pueda obtener de la práctica, obtuvo un valor económico alto.

Uno de los internos, al ver su resultado del valor económico alto afirmó que, efectivamente, a él lo que más le interesaba era adquirir mucho dinero.

Una de las internas manifestó su desacuerdo en que se refirieran otras personas hacia los pacientes como "casos interesantes" o "bonitos casos", sin tomar en cuenta que no son enfermedades, sino personas (esto evidencia, además, su valor social alto).

Una de las externas manifestó su interés en que se le sacaran más seguido gases arteriales a los pacientes, para poder "hacerse la manita".

Una de las externas manifestó su rechazo a que se refirieran a su paciente como "caso interesante, como para documentarlo".

#### Valor político:

Aunque éste, en general, no fue muy representativo dentro de los grupos, cabe mencionar los dos siguientes casos:

Uno de los residentes, quien ha hecho uso de su autoridad con los externos en más de una ocasión, presentó un valor político alto.

El externo que obtuvo el valor político más alto, manifestó que, efectivamente, toda su vida ha participado en organizaciones políticas, y que considera que la política es una de las prioridades dentro de su vida.

Valor social:

Uno de los jefes al observar sus resultados del AVL vió que su valor social se encontraba bajo, y al preguntársele qué opinaba al respecto, manifestó que tal situación no lo preocupaba, pues un médico no necesitaba tener el valor social alto.

El jefe que presentó más alto su valor social dentro del grupo es uno de los que tienen mayor relación con estudiantes y pacientes durante la visita.

Uno de los residentes, quien ocasionalmente ha puesto dinero para realizarle exámenes a sus pacientes, obtuvo el valor social más alto del grupo.

Uno de los residentes, quien ocasionalmente ha manifestado un trato duro hacia los externos obtuvo el valor social más bajo del grupo.

Uno de los internos, quien dejó en una ocasión pasando visita solos a sus externos obtuvo un valor social bajo.

Una de las internas, quien en múltiples ocasiones dió muestras de gran dedicación en el cuidado de sus pacientes, y quien generalmente se iba tarde del Servicio, obtuvo un valor social alto.

Uno de los externos, quien es dedicado en la atención a sus pacientes, e incluso ayuda a su compañero a sacar su parte del "chance" cuando termina con el suyo, obtuvo el valor social más alto.

Una de las externas, que en una ocasión manifestó no tener tiempo para acompañar a un paciente a un estudio radiológico, obtuvo el valor social bajo.



## **IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:**

Debido a diversos factores, la práctica de la Medicina es víctima, cada vez más, de un preocupante proceso de deshumanización, el cual se produce a todo nivel y en ambas direcciones. Hacia el paciente, que acude en busca de atención y de soluciones a sus problemas de salud, y hacia el médico (a nivel de jefes y residentes de todos los años) y estudiante de Medicina (tanto internos como externos) que, aunque son los responsables de proporcionarle al paciente las soluciones a sus problemas de salud, no dejan por eso de ser simplemente una pieza más dentro del ensamblaje del sistema de atención médica (26).

Este fenómeno no es más que el reflejo de la crisis de valores que la misma sociedad moderna enfrenta, la cual en su incesante camino hacia la mayor eficiencia y tecnificación ha ido perdiendo cada vez más la visión del hombre como individuo y ha ido, a la vez, perdiendo la noción de los valores fundamentales que en algún momento sirvieron de base para la construcción de las sociedades.

La relación médico-paciente, como máxima expresión de la integridad social de la Humanidad (31), no podía mantenerse ajena a este problema y se ha ido viendo cada vez más afectada por la crisis de valores actual.

Sin embargo, no es esta la única parte del problema, pues la Medicina, por las características especiales que presenta como profesión, y por los particulares requerimientos que exige de sus profesionales, (12) se encuentra ante un problema de proporciones más serias: El simple hecho de pertenecer a este gremio conlleva cierta cantidad de factores de riesgo, que hacen de alguna forma difícil (y es entonces cuando esto se transforma en un reto), la formación de médicos que, sin dejar de ser individuos con una capacitación técnica y

científica a la altura de los requerimientos que la nueva era de tecnología exige, sean a la vez, médicos humanos y plenamente conscientes del valor e importancia del contacto interpersonal. La conciencia de este hecho no sólo debe ser vista como algo útil, necesario, e inherente a todos los individuos que forman parte de una sociedad, sino también como una más de las muchas medidas terapéuticas a su alcance y que, si no como médico-humanista, al menos como médico-inteligente debe aprovechar.

Es importante, además, considerar que en esta era de deshumanización, del desinterés en los sentimientos y de la inmensa soledad dentro de sociedades hiperpobladas y cada vez más tecnificadas, muchas de las enfermedades tienen un importante componente psico-social, y no sólo biológico (12). Las personas necesitan desesperadamente ser tratadas como tales, que les recuerden que no son solamente un elemento más dentro del espacio, sino que, sin importar que tanto avance la civilización, ese algo inherente a ellas, trascendente, humano y divino seguirá haciéndolas seres valiosos, necesarios y sobre todo irremplazables, aunque sean menos exactas y eficientes que toda la tecnología utilizada actualmente para optimizar su trabajo.

El hombre necesita recordar, desde lo profundo de su ser, esos valores con los que se solía impulsar la educación antiguamente, incluso dentro de las escuelas de Medicina. Muchos médicos que ya llevan años ejerciendo su profesión, aún recuerdan la dedicación y afecto con que sus maestros trataban a los pacientes, así como las lecciones de vida que les dieron con su diario ejemplo; de esta forma, dichos maestros llegaron a ser trascendentes dentro de sus vidas... Sin embargo, actualmente es muy difícil que los médicos recién graduados, o incluso los estudiantes manifiesten verdadera admiración y respeto por los docentes encargados de impartirles enseñanza.

Esta situación es preocupante, si se parte del hecho de que, como mencionara en una ocasión el jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital General “San Juan de Dios”: “Quien dijo Médico, dijo Maestro. Quien dijo Maestro, dijo Educador...”<sup>6</sup> ¿Dónde está el interés por la docencia que impulsa a los Jefes de Servicio a convertirse en maestros y educadores? Pues siendo ellos los sujetos de mayor experiencia y jerarquía, se esperaría que de ellos partiera, en principio, el afán de compartir conocimientos y experiencias, pero a la vez de fomentar en sus estudiantes, en forma conciente e intencional, ciertos valores y actitudes, para colaborar en su proceso de formación.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, son pocos los docentes que tienen, dentro de sus prioridades de vida, el enseñar Medicina a los estudiantes, en medio de lo atareado de su trabajo diario. Muchos se dedican a la enseñanza en una forma superficial, limitándose a tener un contacto breve y ocasional con sus estudiantes. Y en el mejor de los casos, se limitan a tener con sus estudiantes un intercambio de conocimientos científicos, o a reforzar en ellos habilidades para realizar partes del examen físico; es raro que traten de dar concientemente formación integral a sus estudiantes.

No se habla, dentro de los servicios y durante las visitas, del respeto, de la importancia de la relación médico-paciente, ni de los problemas o dudas que los estudiantes puedan tener en su desempeño diario. Y, si bien es cierto que este tipo de enseñanza no se da en forma conciente, a veces tampoco se hace en forma no verbal (con el ejemplo), ya que muchos de los jefes-docentes ni siquiera le dirigen la palabra a los pacientes (y en ocasiones, incluso escasamente la dirigen a sus estudiantes), más bien se limitan a esperar que el residente encargado del Servicio les presente todos los casos, deteniéndose sólo a discutir al respecto de los más interesantes, o con los que el residente pueda haber tenido

---

<sup>6</sup> Comentario realizado durante la Sesión de Departamento del 20 de junio del 2000.

alguna duda. No se está hablando, en este momento, de un mal trato dirigido hacia los pacientes o hacia el personal; pero se considera que en cierta forma, aún la misma “ausencia” de relación interpersonal entre docentes-estudiantes-pacientes puede llegar a ser igualmente perjudicial para todas las partes implicadas en el asunto.

En cuanto a los residentes, aunque mantienen un contacto más estrecho con los estudiantes, se encuentran con grandes responsabilidades dentro del Servicio. Le dedican mayor tiempo a los pacientes durante el paso de visita que el que los jefes de Servicio les dedican, y en muchos casos sí discuten los casos con sus internos y externos. Algunos se limitan a preguntar datos científicos durante la misma, la mayoría de ellos incluso explican en base a las preguntas que ellos mismos realizan. Sin embargo, generalmente la visita es prácticamente el único contacto interpersonal que tienen con sus pacientes y estudiantes. Diversos factores como el stress y la falta de tiempo pueden ser algunas de las causas de ello. En relación a la enseñanza de actitudes o valores para que sean adquiridos por sus estudiantes, no se habla nunca de ello. Es decir, la docencia en este sentido, si es que la hay, es inconsciente e involuntaria (a través del ejemplo), y no de una forma planificada ni tendiente a formar determinado tipo de profesional, sino que en base a los mismos valores y actitudes que ellos han ido adquiriendo a lo largo de su vida. Y en muchas ocasiones, sus acciones no son elegidas en base a sus creencias y valores, sino más bien en base a las necesidades y exigencias que su posición, responsabilidades y cada situación determinada requieran de ellos.

Los internos juegan un importante papel dentro de la dinámica de trabajo de los servicios. Son el medio de enlace entre los residentes y los externos; sin embargo, no se encuentran precisamente en una posición neutral, más bien se encuentran (y se ubican a sí mismos) más cerca del residente que del externo: Generalmente son más aliados del que

manda que del que obedece, y ésto se debe a que ellos mismos, a pesar de haber alcanzado cierto nivel y categoría dentro de la jerarquía hospitalaria, continúan como subordinados de la autoridad del residente y sus mismos privilegios adquiridos les implican paralelamente un grado mayor de responsabilidad en la atención y cuidado, no de un paciente en particular, sino de todo el Servicio. Y cuando el residente no puede asumir personalmente todas sus responsabilidades, las delega al interno. El interno ocupa una posición privilegiada en el contacto con los externos, pues es quien más tiempo comparte con ellos, y quien supervisa directamente los procedimientos que no pueden realizar solos.

Sin embargo, es escaso el contacto interpersonal que el interno mantiene con los externos. Por lo mismo, aunque en ocasiones comparten los conocimientos y experiencias con ellos, no se puede esperar que impartan docencia tutorial, la cual proporcione a los externos, no sólo el reforzamiento de su capacidad científica y técnica, sino que también se preocupe por ellos como personas que enfrentan un ambiente hostil y que necesitan adaptarse, sobrevivir, y aprender a ser cierto tipo de médicos. Es preocupante el hecho de que, por no existir una franca relación con calor humano dentro de dicho ambiente, se provoca que los estudiantes externos continúen perpetuando, posteriormente, el mismo patrón de comportamiento que ellos tuvieron que vivir. En este caso, una vez más, el modelo que se representa para los estudiantes, es un modelo silencioso e inconsciente, no previamente planificado y deshumanizado, el cual tiene gran trascendencia dentro de su vida y formación.

Los externos, por su parte, son el eslabón más bajo de la jerarquía hospitalaria. Cuando se enfrentan al área hospitalaria, deben pasar por una etapa de adaptación, ya que dentro de la misma se maneja un nivel de exigencia de stress y cansancio al que no están acostumbrados. Se ven en la necesidad de organizarse, pues deben conjugar la

realización óptima del trabajo dentro del Servicio con el aprendizaje personal y la atención de los pacientes. Pero, además de que necesitan adaptarse a un tren de vida muy distinto del que llevaban, se enfrentan al hecho de que generalmente no se les da suficiente información sobre lo que realmente se espera de ellos. La información que se les proporciona al ingresar al área hospitalaria, es con suerte, bastante escueta y general, y ellos sobre la marcha y por el método de ensayo-error, deben ir descubriendo el resto de la misma. Aunque este método no es algo del otro mundo, tiene la desventaja de que cada individuo, según sus características personales tarda distinto tiempo en adaptarse y en adquirir todo el conocimiento empírico que necesita dentro del área hospitalaria para optimizar su rendimiento en todo sentido, y entre más lento sea para cada sujeto este proceso, será posiblemente más doloroso, ya que el individuo estará expuesto a cometer más errores, y por lo mismo, a sufrir más frustraciones. De esta forma, dicha situación afecta, en primer término, al propio externo como persona.

Si se toma en cuenta, además, en qué forma afecta el desempeño del equipo médico en general, se puede observar que también a nivel del equipo de atención puede traer consecuencias, si el funcionamiento del externo como parte del equipo no es óptimo y oportuno, el sistema como tal pierde eficiencia, ya que por la misma complejidad requiere, de cada uno de los sujetos que lo conforman, que cada quien en su nivel cumpla con su trabajo, no porque sea el único en poder realizar esa parte del trabajo, sino porque si él no lo realiza, lo estará recargando en alguien más y, de por sí, es suficiente con tener que cumplir con las propias responsabilidades para asumir las responsabilidades de otro. Los pacientes reciben también el impacto de esta situación, pues como se mencionó anteriormente, el jefe de servicio, residente e interno comparten un mínimo porcentaje de su tiempo dentro del Hospital con él, y siendo el externo el que trabaja en forma más cercana al paciente, es preciso que el

externo esté en la capacidad de tratar bien a los pacientes, de escucharlos y de entablar con ellos relaciones empáticas.

Pero, ¿cómo se puede esperar que sea capaz de crear relaciones empáticas con sus pacientes si él mismo no logra encajar dentro del sistema? ¿Cómo puede aprender a establecer adecuadas relaciones médico-paciente si su oportunidad de verlas entre sus modelos a seguir y los pacientes se da prácticamente sólo durante la visita, que por lo general, es un momento de mucho stress para él, durante el cual, lo menos que piensa es en observar la forma como se interrelacionan su jefe, residente e interno con los pacientes? Eso sin contar el hecho de que, muchos jefes pasan visita tarde, sólo con el residente y, a lo sumo, el interno; y de que el interno, por lo general, se limita durante las visitas a tomar nota de las órdenes que se le dictan. Pocos internos tratan de examinar a sus pacientes durante la visita. En todo caso, se preocupan de participar en la discusión de los casos de los pacientes...

En muchas ocasiones, la falta de orientación es producto del escaso tiempo con el que se cuenta. Si el externo tiene una vocación firme y traía alguna idea antes de entrar al Hospital del tipo de presiones a los que se iba a enfrentar, hará el esfuerzo por adaptarse y asumir su papel dentro del esquema; por otra parte, si se enfrenta a diversos conflictos personales por no haber tenido realmente vocación, o una idea clara del largo proceso por el que debía pasar para convertirse en médico, ésto puede ocasionarle un verdadero problema que definitivamente va a retardar más su adaptación al ambiente, o va a hacerlo terminar en deserción, lo que implica para el sistema la pérdida no sólo de un elemento, sino también de los muchos recursos invertidos en este estudiante desde el inicio de su carrera. Aparte, el impacto que puede significar como sinónimo de daño en el externo, como sujeto afectado por la experiencia, es importante.

Se considera que el ingreso al Hospital como estudiante de cuarto año es crucial y determinante para la vida del futuro profesional, y para el tipo de médico en el que se va a convertir. ¿Por qué? Porque, según se analizó anteriormente, se enfrenta a situaciones difíciles y no cuenta con orientación suficiente para superarlas, por lo que reacciona, como todo ser humano ante situaciones difíciles, en base a su propia experiencia personal, a su adaptación psicológica preadulta, y a su propia escala de valores (12). Estos factores van a determinar en su vida, el tipo de médico en que se va a convertir. Pero, ¿se tiene alguna idea clara sobre cuál es la escala personal de valores que tienen estas personas? Definitivamente no. Si se toma en cuenta, como Allport diría, que el moldeamiento del porvenir de una persona está fundamentada en sus valores (1), no se tiene idea del resultado que se va a obtener.

En este momento del proceso en el que el estudiante se enfrenta a situaciones y presiones nuevas es sumamente importante contar con buenos modelos a imitar, y que los mismos sean capaces de volverse significativos dentro de su vida: Se debe concientizar a todo nivel de la jerarquía del papel histórico que tienen dentro de la vida del externo, ya que todas las enseñanzas que recibe en este momento son cruciales para el resto de su vida. (17) Sólo de esta forma se podría orientar, de algún modo, la formación de mejores médicos: Más humanos, más concientes, y más equilibrados que sean capaces de rescatar la humanidad que la práctica médica está perdiendo.

Si bien es cierto que el panorama presentado anteriormente es bastante desolador, también es importante tomar en cuenta que la práctica de la Medicina ha cambiado enormemente en los últimos años, así como la ideologías sobre la dinámica que la relación médico-paciente debe tener. Grandes cambios en esta materia se empezaron a dar a partir de que se instituyera el consentimiento informado como un



derecho irrefutable de los pacientes, en 1957 (36), pero es importante tomar en cuenta que esto no se dió de la noche a la mañana, y que ha sido larga y penosa la transición de una medicina puramente paternalista, a otra donde los principios de autonomía y justicia son considerados también como ejes fundamentales de la práctica médica. (36)

Sin embargo, es alentador que esta misma corriente lleva cada vez más a las sociedades, y a las escuelas de Medicina a que tomen conciencia del grave problema en que la práctica médica se encuentra. Prueba fehaciente de ello son las muchas legislaciones y normativos que se están creando en Guatemala, Latinoamericana, e incluso en países más desarrollados económicamente (y por ello, más utilitaristas) como Estados Unidos (2,3,4,15,16,26,31) para promover la práctica de actitudes y valores dentro del ejercicio de la profesión, para luchar por recuperar la relación médico-paciente, y, por supuesto, para establecer ciertos derechos a favor tanto de médicos como de pacientes.

Actualmente, las sociedades parecen estar más preocupadas, no solo por el progreso de la tecnología médica, sino porque su práctica se desempeñe dentro de un marco bioético y humano. Por otra parte, se está tomando conciencia de que el problema debe resolverse a nivel de la formación de los nuevos médicos, desde que se encuentran en las escuelas de Medicina. En países como Inglaterra y Estados Unidos se está trabajando por modificar los currícula de las mismas (8,10,21). Aunque todas estas medidas no traen consigo resultados inmediatos, es importante que se estén dando, pues de alguna forma rendirán fruto en su debido momento: Aunque la cultura vuelve al médico impersonal, cada vez se toma mayor conciencia de que la mejor medicina es la personalizada (17).

Aunque como se mencionó todos estos esfuerzos son alentadores, se está plenamente conciente de que aún falta

mucho por hacer al respecto aquí en Guatemala. Aunque existe un Código Deontológico, pocos médicos y estudiantes que se encuentran ejerciendo la práctica en variados ambientes lo conocen (7,9,23,32,33,34,41), a pesar de considerarlo importante. Falta introducir dentro del propio currículum de estudios de la Facultad asignaturas que orienten y formen a los estudiantes en estas materias desde los inicios de la carrera, para crearles conciencia, a lo largo de su formación, de que convertirse en profesional implica una gran responsabilidad para con la sociedad (44), y que no es sólo un medio de ganarse la vida, e inculcar en ellos el respeto y amor por la práctica de la Medicina. Pero esta es la parte fácil del asunto. Lo difícil es cambiar la mentalidad de los docentes a todo nivel: Dentro de la Facultad, y más aún dentro del área hospitalaria.

A este respecto, desde hace algunos años se promovió este tipo de esfuerzos de parte de la Facultad. Pero a pesar de que desde 1978 se empezó a proponer a través de OPCA algunos perfiles de desempeño para los médicos egresados de esta Facultad (22), y para lo que se espera de su desenvolvimiento dentro del mercado de trabajo (39). Incluso, la Fase IV está promoviendo la reforma a nivel intrahospitalario, de la reestructuración de los Post-gradados (40). A pesar que todos estos esfuerzos pueden ser valiosos, no se han creado perfiles a alcanzar en los diferentes niveles de desempeño intrahospitalario de los estudiantes de Pregrado, ni a nivel de otros ámbitos de práctica, lo que se considera necesario e importante, como parte de este mismo proceso.

Aunque el trabajo dentro del Hospital requiere de mucho esfuerzo y genera mucho stress, los residentes, internos y externos deben aprender a organizarse y a controlar su stress, de forma que no afecten la salud e integridad de los individuos que prestan la atención médica (a todo nivel), y sin afectar tampoco la calidad de atención del paciente. No bastaría con decirle a los estudiantes externos que "deben" tratar bien

a los pacientes si a ellos se les trata en forma injusta y desconsiderada, pues las personas tienden a tratar a otras personas en la forma en que son tratadas, y el ejemplo es la forma de enseñanza más convincente en la que se le pueden inculcar valores a alguien. Pero, por otra parte, estos estudiantes externos deben llegar al área hospitalaria con suficiente conciencia social, responsabilidad moral y metas claras y definidas que los impulsen a hacer su mejor esfuerzo por desempeñarse lo mejor posible en su trabajo dentro del área hospitalaria. De otro modo, tampoco funcionaría si a ellos se les trata con respeto y consideración si ellos no muestran el más mínimo interés y respeto por los pacientes que atienden y el trabajo que se espera que ellos realicen.

Lo discutido anteriormente evidencia que el problema es de dimensiones complejas, por lo que las soluciones deben ser parte de un esfuerzo conjunto.

A consecuencia de la preocupación que todo este problema genera, se buscaba evidenciar en este trabajo de investigación, la deshumanización de la atención a través de dos vías: Por la presencia o ausencia de ciertos valores entre el personal médico a todo nivel: Jefes, residentes, internos y externos; y a través de la ausencia o presencia de ciertas actitudes de parte del mismo y dirigidas hacia los pacientes.

A este respecto, se contaba ya con algunos datos de una investigación realizada anteriormente por Estrada Ortiz en 1997 (18). La autora aplicó a un grupo de estudiantes que ingresaron a la Facultad de Ciencias Médicas un test psicométrico para la medición de valores: AVL (el cual fue inventado por Allport y está basado en la tipología de valores de Spranger; sirve para medir seis valores en los sujetos: Teórico, económico, político, social, estético y religioso), y seis años después lo volvió a aplicar a los estudiantes de este grupo. Con su estudio, ella pudo determinar que los estudiantes de Medicina si sufrían cambios en su escala de

valores, al comparar ambos resultados. Aunque los estudiantes al ingresar a la Universidad presentaban altas puntuaciones en su valor social, al repetir la prueba seis años después éste se encontraba ya con puntuaciones muy bajas; mientras que el valor teórico que en la primera aplicación de la prueba mostraba puntuaciones bajas, en la segunda ya las presentaba altas. En cuanto a los valores político y económico, se mantenían casi estables en ambas aplicaciones; y el religioso y estético no fueron muy significativos.

Para los efectos del presente estudio, las pruebas se le aplicaron a un grupo de 10 jefes de Servicio, 21 residentes (de todos los años), 12 internos y 12 externos.

El Test AVL permitió evidenciar en todos los grupos de sujetos un patrón más o menos similar: Los valores teórico y económico tendieron a ser los más altos, y el estético y social, los más bajos. Llamó la atención de que, contra todo lo esperado en base a los resultados obtenidos anteriormente por Estrada Ortiz, se encontraron puntuaciones significativas para el valor religioso, en todos los grupos. En lo que al valor político se refiere, se encontraron puntuaciones bajas para los jefes y residentes, y altas para los internos y externos. ¿Qué información aportan estos resultados sobre los médicos y estudiantes que participaron en la investigación? Indica que, en general, son un grupo que tiende a priorizar la adquisición de conocimientos sobre todos los demás intereses en su vida, que son personas bastante prácticas, y que tienden a buscar la mayor utilidad de las cosas. Sin importar la idea que tengan de Dios, El ocupa, si no un lugar preponderante en su vida, por lo menos no es tan insignificante dentro de la misma. No aprecian ni se interesan en la belleza de las cosas, ni el arte. No les interesa el servicio social y altruista a la Humanidad en forma particular.

Este perfil es preocupante en varios aspectos: Aunque es bueno (y de hecho, necesario) que a un médico y estudiante de Medicina le importe su aprendizaje, se esperaría que también se interesara en el servicio social y desinteresado a la Humanidad, porque a lo largo de toda su Carrera, tiene la necesidad de mantener una estrecha relación con la gente (a menos que desee dedicar su vida a la investigación, en cuyo caso no sería un médico, sino más bien un científico). Por otra parte, dentro del área hospitalaria donde no está en la posibilidad de obtener ningún beneficio personal de su desempeño humano con los pacientes, ¿qué interés puede tener en establecer relaciones empáticas y terapéuticas si no le interesa el servicio a la Humanidad por el solo gusto y satisfacción de servir? Y teniendo en el Hospital que realizar tantas tareas que, en determinado momento son sumamente desagradables, ¿cómo se puede esperar que las realice por su propia iniciativa y de buen grado, sabiendo que son por el bien del paciente, si no le interesa en absoluto la gente?

Se podría entender (aunque no justificar) el encontrar este valor social bajo en los médicos y estudiantes que llevan cierto tiempo inmersos en el área hospitalaria, porque por la misma estructura defectuosa del sistema de educación médica, los pocos incentivos personales, y el alto nivel de exigencia y desgaste al que se encuentran sometidos pueden llegar a caer en la frustración (12), pero, es aún más preocupante el encontrar resultados similares dentro del grupo de externos, pues ellos aún están ingresando al ambiente hospitalario, y si así se encuentran a este nivel de su formación, ¿cómo se encontrarán sus valores e intereses dentro de algunos años, luego de estar sometidos a todos estos factores de riesgo?

Es preocupante también el hecho de que las puntuaciones en el valor estético sean tan bajas. De sobra se podría argumentar que un buen médico no necesita, para serlo, interesarse en apreciar el arte y la belleza. Sin embargo, el arte sensibiliza al ser humano. Y es preciso formar individuos

sensibles en todos los niveles de la sociedad, para poder rescatar su Humanidad. Por otra parte, la misma apreciación del arte y la belleza pueden servir a médicos y estudiantes de Medicina como un importante factor protector para combatir el stress y las presiones a los que diariamente se encuentran sometidos.

En cuanto a los resultados obtenidos en el valor político, fue curioso observar que los dos grupos que tienen mayor peso en la escala jerárquica (jefes de servicio y residentes), fueron los que obtuvieron las puntuaciones menores, en contraste con las obtenidas por los otros dos grupos (internos y externos), que fueron más altas. Esto podría representar algún problema en el sentido de que a jefes y residentes no les interesa particularmente ejercer autoridad, o podría interpretarse como falta de credibilidad en los procesos y personas. Por otra parte, a internos y externos si les interesa, lo que podría ser, en determinado momento, causa de algún tipo de insubordinación dentro del equipo de trabajo, y ésto restar algo su eficiencia.

En lo que al valor religioso se refiere, es esperanzador el hecho de haberlo encontrado en niveles significativos, pues independientemente de la idea que tengan de Dios, o de la religión que profesen, si ésta es algo importante dentro de sus vidas, tratarán de ejercer su profesión en base a ciertos valores fundamentales que la mayoría de religiones promueven: El respeto, la tolerancia, la responsabilidad.

Con este perfil de valores de parte de los sujetos del estudio, se puede esperar que se esté fomentando, dentro de su ambiente de trabajo, la creación de relaciones médico-paciente en las cuales los médicos son más bien Médicos-Ingenieros y Médicos por Contrato, que Médicos-Sacerdotes o Médicos-Colegas (20), a pesar de ser éstos dos últimos modelos más importantes en el sentido de tratar de rescatar la Humanidad de la atención médica.

Los resultados obtenidos dentro de los grupos de estudio a través de la observación con las Listas de Cotejo elaboradas para tal efecto fueron sumamente interesantes, ya que vienen a respaldar la información anteriormente descrita que fue obtenida a través del Test AVL. La observación permitió detectar comportamientos que son significativos para comprender mejor la dinámica a la que los estudiantes se ven expuestos a lo largo de su formación intrahospitalaria. Ellos pasan a ser, a la vez, actores y receptores de toda esta serie de mensajes (verbales y no verbales) que se comunican constantemente dentro de este ambiente. Por las características del estado de conciencia y anímico que se vive dentro de esta área, los sujetos se vuelven más receptivos a cualquier tipo de actitudes que observen hacia ellos o hacia sus pacientes. De esta forma, los estudiantes, sin darse cuenta se van creando un esquema mental de cómo creen que son los médicos, y por ende, aunque sea a nivel inconsciente, en qué creen que se deben convertir. Un ejemplo de la idea que los estudiantes se van haciendo sobre cómo creen que son los médicos puede ilustrarse con el comentario que un externo le hizo a una interna:

- *"Usted no parece médico. Siempre saluda a todo mundo, y es amable con todos. Los médicos no son así..."*

Aunque durante la observación no se evidenció el valor teórico en forma tan marcada como en los Test, esto se puede explicar por el hecho de que, aunque a todos les interesa particularmente la adquisición de conocimientos, dentro de su realidad personal no todos los grupos se encuentran actualmente en la capacidad de adquirirlos o de mostrar su interés en ellos, debido a las mismas presiones a las que se encuentran sometidos. En el caso de los jefes, el tiempo que permanecen en el Servicio es algo limitado, pues rara vez cumplen con el horario de contratación al que están obligados, y cuentan con suficiente trabajo como para no detenerse mucho en la docencia; en lo que se refiere a los residentes, dentro de las responsabilidades que se les exigen

con mayor insistencia está su aprendizaje, tanto a nivel de la adquisición de conocimientos científicos, como del dominio de ciertas habilidades y técnicas.

En el caso de los internos y externos, en este momento debe ser de mayor interés el cumplir con las responsabilidades que cada uno tiene dentro del Servicio. Los internos están a cargo de muchas otras responsabilidades, incluso el desgaste físico a este nivel de la práctica es mayor que a otros niveles; y en lo que respecta a los externos, bastante esfuerzo realizan tratando de adaptarse al medio hospitalario y a las exigencias que el mismo les impone, como para poder estudiar en la medida que se esperaría lo hicieran. Así, el conocimiento que los externos evidencian durante el paso de visita es, hasta cierto punto, reflejo de su formación académica en años anteriores, ya que es sobre la misma que van tratando de estudiar (aunque sea poco), dependiendo del grado de adaptación al ambiente que van logrando. Y como, en general, la formación académica no siempre está bien cimentada, esto puede explicar que en determinado momento no participen durante las visitas como se esperaría que lo hicieran. Por otra parte, durante el paso de visita, sus prioridades no están necesariamente orientadas a su propio aprendizaje, sino más bien a su realización del trabajo que les ha sido asignado.

El valor económico está bien representado a través de las actitudes expuestas anteriormente en la presentación de resultados, pues a consecuencia de diversos factores como la cantidad de trabajo, el tiempo con el que se cuenta y lo difícil que se vuelve en determinado momento cumplir con todo lo que se exige a los sujetos, se va enfatizando más bien en cumplir con el "chance", y no en atender al paciente. El mismo hecho de que la mayoría de jefes de Servicio casi no pasen tiempo dentro del mismo es un reflejo del mismo fenómeno.



El valor político obtenido en todos los grupos fue bajo, lo que puede reflejar el hecho de que, por la estructura jerárquica con la cual se trabaja, los grupos que pueden presentar acciones correspondientes a este valor son principalmente los jefes, residentes e internos, que son los que habían, de todas formas presentado puntuaciones bajas en este valor en el AVL. Los externos tienen poco o ningún poder político dentro de los servicios.

En cuanto a la segunda parte del estudio que consistió en la evaluación de actitudes de humanización a través de una Escala de Tipo Lickert que fue elaborada para tal efecto, los resultados obtenidos también fueron muy interesantes. Para la elaboración de tal instrumento, se decidió hacerlo en base a seis actitudes que fueron encontradas dentro de la bibliografía consultada como las que se espera que un médico desarrolle y practique dentro de su desempeño profesional. Estas actitudes son: Respeto, responsabilidad, comunicación, amistad, humildad y sabiduría (17,24,27,28,42).

Fue interesante notar que, en la aplicación de las Escalas de tipo Lickert, los externos obtuvieron los puntajes más bajos en la mayoría de actitudes, a excepción de la responsabilidad. En las demás actitudes, obtuvieron los valores más altos otros grupos: La comunicación y humildad, para los jefes; la sabiduría y amistad, para los residentes; y el respeto, para los internos.

Esto puede explicarse en función de los requerimientos que se le hacen a cada sujeto cuando forma parte de cada uno de estos grupos, según el nivel que cada uno ocupa en la escala jerárquica, y las responsabilidades que se tienen en ese nivel de desempeño.

En el caso de los jefes de Servicio, siendo el grupo con mayor experiencia y tiempo en ejercicio de la profesión, han llegado a comprender la importancia de la comunicación y la

humildad como actitudes útiles y necesarias de desarrollar para el buen ejercicio de la profesión. También puede estar influyendo en ellos que dichas actitudes formaban parte de la escuela con la que muchos de ellos fueron formados en su debido momento. Reconocen en la comunicación una importante herramienta para obtener información importante de los pacientes, la cual los conduce a encontrar el diagnóstico en forma más inmediata, exacta y segura.

A los residentes, se les exige mucho en función del conocimiento adquirido, y en función de que deben crear una relación médico-paciente donde el mismo se sienta en una situación que le genere confianza. Por otra parte, están siendo bombardeados constantemente en base a la adecuada o inadecuada elaboración que realizan de sus fichas clínicas, las cuales son rigurosamente valoradas. Y se les enfatiza constantemente el hecho de que, para elaborar una buena ficha clínica, es necesario establecer una buena relación médico-paciente, pues la empatía que se logre determinará la calidad de la información que se obtenga. Además, dentro del Departamento se tratan de mantener buenas relaciones interpersonales entre los residentes, y entre ellos y sus docentes de Post-grado.

En el caso de los internos, al nivel en el que se desarrollan, su desempeño aún gira en gran medida en torno al respeto: El que se han ganado por el nivel jerárquico en el que se encuentran, y el que le deben a los que se encuentran arriba. Así, los mensajes verbales que se les transmiten constantemente son ideas como: "...Que se hagan respetar de los externos... Que ellos tienen más credibilidad que los externos..." Además, el trato que se les da, comparado al que se les daba siendo externos es notablemente diferente. Sus opiniones se toman en cuenta, y se confía en ellos, por lo que se respetan sus decisiones. Todos estos factores influyen para que los internos valoren más el respeto que otras actitudes.

Los externos, por su parte, son nuevos dentro del ensamblaje de la jerarquía y la escuela no verbal intrahospitalaria, por lo que en forma consciente no han aún interiorizado estas actitudes, a excepción de la responsabilidad. Esta les es reforzada constantemente, de parte de los residentes, de sus docentes de Fase, y ocasionalmente de los jefes de Servicio. La responsabilidad de tener todo el trabajo que les ha sido asignado listo a tiempo es la actitud más valorada por el personal que los rodea. No porque verbalmente los feliciten por hacerlo, sino porque se van dando a conocer como “buenos externos”, ya que son responsables. También se les exige en función del conocimiento adquirido, pero esto pasa a ser secundario dentro de su escala, pues lo prioritario que se espera de ellos, aunque no se verbalice siempre de esta forma, es que cumplan con su trabajo. Y el faltar a ello los hace merecederos de castigo, desaprobación y reprensión. Además, se hacen a sí mismos fama de irresponsables, por lo que se les considera “malos externos”.

En términos generales, se observó que de todas las actitudes involucradas en el estudio, todos los grupos (a excepción de los internos) presentaron puntuaciones bajas para el respeto, la cual parece ser una actitud que de por sí no se promueve mucho dentro del ambiente hospitalario.

En cuanto a la observación realizada con Listas de Cotejo del desempeño de cada grupo, la información obtenida fue muy interesante, ya que confirma la información anteriormente descrita. La actitud que se observó como más ignorada dentro de todos los grupos fue el respeto, pues se observaron faltas de respeto a todo nivel. Sin embargo, no es solo esto lo preocupante, ya que se observaron actitudes de irresponsabilidad, mala comunicación, desinterés en el paciente y en sus sentimientos como persona, y en los demás miembros del equipo. Se promueve la desensibilización a todo nivel, lo cual es preocupante porque entonces los estudiantes

ya no se consideran obligados a sentir o preocuparse por el paciente. Incluso se les enseña, en ocasiones, a ignorar sus propios sentimientos y a continuar con el trabajo, porque el mensaje es que, sin importar cómo me sienta, el chance tiene que estar en orden. No se puede esperar que los residentes sean sensibles si sus modelos de atención transmiten como mensaje que no es importante que lo sean...

Al principio, tal vez estas actitudes que racionalmente van percibiendo del ambiente, y que son necesarias para su adecuado desempeño dentro del área hospitalaria, no se han interiorizado e integrado en igual forma a su propia escala de valores, creencias y actitudes; y no habiendo sido interiorizadas, no forman parte de su esquema conductual ante la vida. Pero llega un momento en el que por la continua exposición a este ambiente, terminan siendo interiorizadas, y quedan plasmadas en ellos como un rasgo de su personalidad que permanece por el resto de su vida.

En algunos casos, como se pudo observar, los externos aún conservan cierta sensibilidad hacia el paciente y su sufrimiento, la cual, posiblemente, también tuvieron en algún momento sus propios superiores. Esto es lo que se debe rescatar.

En el caso de los jefes, cuentan con muchas más responsabilidades y stress que en cualquiera de los niveles anteriores, así como con muchos años de trabajo intrahospitalario, que les han permitido adquirir cierta madurez y experiencia. Esto los hace reaccionar en una forma más práctica, (aunque a veces menos humana) ante los pacientes y situaciones que a diario el Hospital les presenta. Otro factor que puede afectar su desempeño real es que el mismo stress y responsabilidades a los que se enfrentan no van dirigidas hacia su trabajo dentro del Hospital, sino más bien hacia la compleja maraña de actividades y responsabilidades extrahospitalarias con las que deben cumplir; esto hace que su sentido de priorización no gire en torno al trabajo intrahospitalario que

realizan, ni hacia la docencia que debieran impartir, sino hacia otras diversas responsabilidades. Aunque se menciona (43) que los buenos modelos a seguir dentro de la educación médica deberían permanecer cerca de 25 horas por semana pasando visita, durante el estudio se pudo observar que los jefes de Servicio no llegan a cubrir ni siquiera el 50% de este tiempo dentro de los mismos, por todos los factores anteriormente mencionados.

Por las características de la información obtenida, se considera que, aunque no se encontró correlación estadística entre los valores y las actitudes de los grupos, sí existe relación en cada uno de los individuos, entre el deterioro de algunas actitudes observadas y el hecho de que los valores que se encontraron como predominantes sean el teórico y el económico.

No se puede, sin embargo, generalizar al respecto de lo anteriormente descrito, ya que a la par de la deshumanización que se percibió en la observación del propio ambiente hospitalario, también se observó que algunos sujetos del estudio aún conservan actitudes de humanización hacia el paciente, y hacia el personal con el que laboran, como por ejemplo:

**Comentario de una externa:**

- "Me preocupa que mis pacientes tengan problemas si yo no realizo mi trabajo, cada día, de la mejor forma posible. Por eso me esfuerzo cada día,, Por eso, y porque quiero ser un buen médico, para ser capaz de ayudar realmente a mis pacientes... Cuando pienso en esto, todo adquiere sentido..."

En cuanto a la determinación del grado de influencia ejercido por jefes y residentes (docentes) sobre las actitudes y valores que van siendo adoptados por los externos, se concluye que esta sí existe, y que afecta no solo a los externos, sino que, por tratarse de un ambiente complejo, todos los sujetos del mismo ejercen cierta influencia en los otros.

Sin embargo, por el hecho de que los jefes y residentes son vistos por los estudiantes como modelos a seguir, aunque sea a nivel inconsciente, se puede presumir que la influencia ejercida es mayor en este sentido. Además de ejercer influencia en el sentido de la adquisición de nuevas actitudes y valores, se considera que ejercen también influencia en la imagen que los estudiantes forman de sí mismos, y en su capacidad de aprendizaje, ya que si la influencia ejercida es muy negativa, el individuo acaba por volverse inseguro, por limitarse a sobrevivir dentro del ambiente, y se le vuelve más difícil cualquier tipo de aprendizaje.

## X. CONCLUSIONES:

Luego de finalizado el presente trabajo de investigación se concluye lo siguiente:

1. En todos los grupos estudiados, la tendencia fue obtener puntuaciones altas en los valores teórico y económico, y bajas en el estético y social, lo que denota que lo más importante para los sujetos es la tecnología y el utilitarismo, en contraste con una falta de sensibilidad y de interés por ayudar a la Humanidad; sin embargo, es esperanzador el hecho de que todos los grupos hayan presentado un valor religioso significativo.
2. Los grupos estudiados presentaron las puntuaciones de las actitudes que el ambiente les impulsa a asimilar más elevadas que el resto de actitudes: Para los jefes de servicio, la comunicación y humildad; para los residentes, la sabiduría y comunicación; en el caso de los internos, el respeto; y para los externos, la responsabilidad.
3. A excepción del grupo de internos, todos los grupos tendieron a presentar bajas puntuaciones para el respeto, el cual no parece ser muy promovido dentro del ambiente hospitalario.
4. Se concluye que existe influencia de los jefes y residentes hacia las actitudes y valores que van asimilando internos y externos a lo largo de su proceso de aprendizaje, y que determinan la relación que éstos establecen con los pacientes.

5. Si existe relación entre la escala de valores de los estudiantes de Medicina, y las actitudes de deshumanización hacia los pacientes y el resto del personal médico, pues las actitudes observadas en los individuos de cada grupo demostraron ser congruentes con los valores identificados para los mismos.



## **XI. RECOMENDACIONES:**

Finalizada la presente investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Elaborar un perfil de actitudes y valores a alcanzar para jefes, residentes y estudiantes de Medicina, y en base a ellos, orientar la educación médica que se da dentro de los Hospitales, con el objeto de que la adquisición de valores y actitudes por los mismos sea controlada, y se encamine a la rehumanización de la atención médica.
2. Promover, dentro de los Hospitales, una especie de tutoría, entre los médicos y estudiantes de los niveles más altos hacia los niveles más bajos de la escala jerárquica, con el objeto de proporcionar información y apoyo a los estudiantes que ingresan al ambiente hospitalario.
3. Enfatizar, dentro de los currícula de la Carrera, desde los primeros años, la importancia de la relación médico-paciente, así como la trascendencia que tiene el no perder el contacto humano de la profesión.
4. Proponer, a través de Fase IV, la aplicación del Test AVL como un procedimiento rutinario para todos los médicos, previo a su aceptación dentro del Programa de Postgrado de los Hospitales; pues, se considera que éste puede servir como un buen predictor del comportamiento de los sujetos, por lo que puede servir como una herramienta importante para lograr una mejor selección de los médicos residentes.
5. Proponer, dentro de las reformas que Fase IV se encuentra actualmente realizando de los Programas de los distintos

Postgrados, implementar en una forma sistematizada, la formación ética para los médicos residentes del Postgrado, pues se considera que de esta forma se puede romper el círculo vicioso de la deshumanización que existe dentro del ambiente hospitalario.

## **XII. RESUMEN:**

Estudio Descriptivo-Transversal para evidenciar la deshumanización de la atención médica y su relación con los valores presentados por médicos y estudiantes de Medicina del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios". Guatemala.

Se realizó observación directa en los servicios de encamamiento de dicho Departamento durante los meses de julio y agosto del 2000, para identificar actitudes y valores proyectados por médicos y estudiantes en su interrelación diaria, y en la atención de los pacientes. Se aplicó a los sujetos un Test de Valores (AVL) y una Escala de tipo Lickert para la medición de Actitudes.

De los 10 jefes, 21 residentes, 12 internos y 12 externos incluídos, se identificó que las puntuaciones más altas fueron para los valores teórico y económico, y las más bajas para el estético y social. En cuanto a las actitudes, se obtuvieron las puntuaciones más altas entre los externos, y las más bajas entre los jefes, siendo el respeto la más baja en casi todos los grupos. Los valores y actitudes observados en los grupos son reflejo de los requerimientos que su trabajo exige de cada sujeto, y del ambiente dentro del que se desenvuelven.

Por las características del ambiente hospitalario, se considera que sí existe influencia entre las actitudes y valores de jefes y residentes sobre internos y externos. Se encontró relación entre los valores y las actitudes de deshumanización presentados por los individuos de cada grupo.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Allport, GW. La personalidad; su configuración y desarrollo. Barcelona. Herder. 1966. 691p.
2. American College of Physicians. Principles of Medical Ethics. [Http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/principle.htm](http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/principle.htm)
3. American College of Physicians. The physician and the patient. [Http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/dípatrel.htm](http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/dípatrel.htm)
4. American Medical Association. Fundamental elements of the patient-physician relationship; report of the Council on ethical and judicial affairs of the American Medical Association. [Http://www.wramc.amedd.amy.mil/patientinfo/element.htm](http://www.wramc.amedd.amy.mil/patientinfo/element.htm)
5. Ander Egg, E. Técnicas de Investigación Social. 21 ed. México DF. El Ateneo. 1987. 500p.
6. Aragón Mitjans, JM. Etica y valores. 2 ed. Guatemala. PROFASRL, Universidad Rafael Landívar. 1996. 169p.
7. Argueta Barbero, Miriam. Etica en la formación y práctica del médico en Guatemala: estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en centros y puestos de salud, área Guatemala Sur. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 54p.

8. Aron, DC etal. Attending – physician role models. (Letter) N Engl J Med 1999 May 20: 340(20): 1598-1599
9. Baldelomar Rivera, José Luis. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala: estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “San Juan de Dios”. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 44p.
10. Batstone, G. Audit of doctors and patients views may help. (Letter) BMJ 1995 Feb 25: 310: 528
11. Bioética Web. Presentación de bioética web. <http://www.geocities.com:0080/Athens/Acropolis/9830/bioetica.htm>
12. Bowden, CL y AG Burstein. Bases psicosociales de la de la atención médica. México DF. Limusa. 1990. 369p.
13. Burón Orejas, J. El efecto pigmalión, o la influencia de las expectativas de los profesores en los alumnos. Educadores. 1990 abr-jun: 154: 271–289
14. Carreras, LI et al. Cómo educar en valores. 2 ed. Madrid. Narcea. 1996. 302p.
15. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Comisión para la revisión del código deontológico. Código deontológico. Guatemala. 1998. 15p.
16. Congreso de la República. Decreto No. 17-73; Código penal incluyendo sus reformas. Guatemala. 1999. 188p.

17. Drane, JF. Cómo ser un buen médico. 2 ed. Bogotá. San Pablo. 1998. 220p.
18. Estrada Ortiz, Hilda. Los valores humanos en los estudiantes después de cinco años de estudio en las facultades de Medicina y Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis (Maestría en Docencia Universitaria) Universidad de San Carlos. Facultad de Humanidades. Guatemala. 1997. 57p.
19. Frondizi, Risieri. ¿Qué son los valores?; introducción a la Axiología. 3 ed. México DF. Fondo de Cultura Económica. 1972. 236p.
20. Garret, TM et al. Health care ethics; principles and problems. 2 ed. New Jersey. Prentice-Hall. 1993. 307p.
21. Gauntlett, R. Medical students are positive about the future. (Letter) BMJ 1995 Feb 25: 310: 528
22. González de Ochaeta, B y R García Manzo. Perfil profesional del médico en el mercado de trabajo; estudio realizado durante junio-agosto de 1991. OPCA. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala. 1991 Sept. 15p.
23. González Valdéz, Eduardo. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en Guatemala, área Norte. Período de julio de 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1993. 56p.

24. Gordillo-Paniagua, G. La muerte, el donador cadavérico y obtención de órganos para transplantes. Gaceta Médica de México 1992 en-feb 128(1): 83-85
25. Henerson, ME et al. How to measure attitudes. 2 ed. California. SAGE. 1987. 185p.
26. Leal Quevedo, F et al. Plata Rueda. Hacia una medicina más humana. Bogotá. Médica Panamericana. 1997. 302p.
27. Li, JTC. Humility and the practice of medicine (Commentary) Mayo Clin Proc 1999: 74: 529-530
28. Li, JTC. The physician as advocate (Commentary) Mayo Clin Proc 1998: 73: 1022-1024
29. Lifshitz, A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México DF. Universidad Nacional Autónoma de México. 1997. 15p.
30. Ligoria Guzmán, JE. Aspectos éticos de la relación médico-paciente. Tesis (Maestría de Ciencias Sociales) Universidad Francisco Marroquín. Escuela Superior de Ciencias Sociales. Guatemala. 1998. 131p.
31. Meerof, M. Etica Médica. 2 ed. Buenos Aires. Akadia. 1993. 222p.
32. Morales Reinoso, Sergio. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios". Julio 1991-Julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 48p.

33. Porras Zuleta, Miriam. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas-morales que determinan la formación y práctica del estudiante de 1o, 2o y 3er año de la carrera de Médico y Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1993. 58p.
34. Rivera Rivera, Albina. Ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico, en los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 46p.
35. Sherr, L. Agonía, muerte y duelo. México DF. El Manual Moderno. 1992. 273p.
36. Simposio de la fundación valenciana de estudios avanzados, 2do: 1987: Valencia, España. Ética y Medicina, 23-24 de marzo de 1987. Madrid: Espasa-Calpe. 1988. 207p.
37. Skeff, KM. Role models; guiding the future of Medicine N Engl J Med 1998 Dec 31: 339(27): 2015-2017
38. Triandis, HC. Actitudes y cambios de actitudes. Barcelona. Toray. 1974. 236p.



39. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA. Informe de la descripción del desempeño profesional del médico general recién egresado. Guatemala: 1979. 46p.
40. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Especialidades. Programa de Medicina Interna. Guatemala: 2000. 50p.
41. Velásquez Tepaz, Gilberto. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Roosevelt. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 55p.
42. Vélez Correa, LA. Ética médica; interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 2 ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 1996. 294p.
43. Wright, SM et al. Attributes of excellent attending-physician role models N Engl J Med 1998 Dec 31; 339(27): 1986-1993
44. Wynia, MK et al. Medical professionalism in society N Engl J Med 1999 Nov 18; 341(21): 1612-1615

#### **XIV. ANEXOS:**

## ENTREVISTA

DOCTOR RAMIRO RIVERA

1. ¿En qué año y en qué lugar fue fundado el Hospital General "San Juan de Dios"?
2. ¿Quién o quiénes fueron los fundadores?
3. ¿Con qué propósito fue fundado?
4. ¿Qué se esperaba lograr con este Hospital?
5. ¿Qué infraestructura tenía inicialmente?
6. ¿Fue ampliado, reconstruido o cambiado de lugar?
7. ¿Con qué personal se contaba?
8. ¿Cuántos Servicios había dentro del Hospital?
9. ¿Cuántos pacientes había aproximadamente en cada Servicio?
10. ¿Cuántos médicos trabajaban en cada Servicio?
11. ¿Qué cobertura de atención tenía el Hospital?
12. ¿En qué año empezó a funcionar como Hospital Escuela?
13. ¿Con qué objetivo empezó a trabajar como tal?
14. ¿En qué forma se trabajaba?
15. ¿Cuál fue el primer Postgrado que se inició?
16. ¿Conoce Usted algo de la filosofía con la que se trabajaba antes en el Hospital con respecto a la atención y manejo de los pacientes, y a la relación entre docentes y estudiantes?
17. ¿Recuerda Usted algún maestro que le haya inspirado especial admiración y respeto? ¿Por qué?

A continuación se presentan los instrumentos que fueron elaborados para ser utilizados en el estudio, luego de su validación.

Para la validación de los mismos, se solicitó la ayuda del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, quienes amablemente aceptaron colaborar con el estudio.

Los instrumentos fueron contestados por Jefes de Servicio, médicos residentes, internos y externos que se encontraban rotando en dicho Departamento.

Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Sujeto: \_\_\_\_\_

CLAVE: Jef: Jefes - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Jefe con el Personal del Hospital:

1. Su saludo por las mañanas es:  
a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
2. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":  
a) Siempre               b) Casi siempre               c) A veces               d) Nunca
3. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:  
a) Sí                      b) Casi siempre              c) A veces                      d) No  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
4. Explica y aclara las dudas que le presentan:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
5. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
6. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
7. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
8. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:  
a) Sí                      b) No  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
9. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:  
a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
10. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:  
a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
12. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:  
a) Lo felicita                      b) Lo agrade                      c) Le es indiferente  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:

a) Jefe  b) Residente  b) Interno  c) Externo  d) Enfermería  e) Otros  f) No hubo

Relación del Jefe con el Paciente y sus Familiares:

14. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
15. Su saludo al paciente es:  
a) Cordial  b) Frío  c) Lo llama por su nombre  d) No saluda
16. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
17. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca  e) No conversan
18. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
19. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
20. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca   
Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam
21. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
a) Bien  b) Por salir del paso  c) No las hace  d) Se lo hace ver al paciente
22. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
23. Exige el cumplimiento de los procedimientos del paciente a la mayor brevedad posible, como parte del chance:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
24. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
a) Ayuda directamente  b) Ayuda indirectamente  c) Se muestra indiferente
25. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
26. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
27. Reconoce sus errores y limitaciones:  
a) Sí  b) No  c) No sé
28. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
29. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
a) Sí  b) No  c) A veces  d) No realiza procedimientos
30. Da docencia a los residentes, internos y externos del Servicio:  
a) Sí  b) No

Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Residente con el Personal del Hospital:

1. Su saludo por las mañanas es:  
a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
2. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":  
a) Siempre       b) Casi siempre       c) A veces       d) Nunca
3. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:  
a) Sí                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) No  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
4. Explica y aclara las dudas que le presentan:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
5. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
6. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
7. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
8. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:  
a) Sí                      b) No  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
9. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:  
a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
10. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:  
a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf
12. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:  
a) Lo felicita                      b) Lo agradece                      c) Le es indiferente  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
a) Residente  b) Interno  c) Externo  d) Enfermería  e) Otros  f) No hubo

Relación del Residente con el Paciente y sus Familiares:

14. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

15. Su saludo al paciente es:  
a) Cordial  b) Frío  c) Lo llama por su nombre  d) No saluda

16. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

17. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca  e) No conversan

18. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

19. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

20. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca   
Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam

21. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
a) Bien  b) Por salir del paso  c) No las hace  d) Se lo hace ver al paciente

22. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

23. Exige el cumplimiento de los procedimientos del paciente a la mayor brevedad posible, como parte del chance:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

24. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
a) Ayuda directamente  b) Ayuda indirectamente  c) Se muestra indiferente

25. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

26. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

27. Reconoce sus errores y limitaciones:  
a) Sí  b) No  c) No sé

28. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario:  
a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

29. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
a) Sí  b) No  c) A veces  d) No realiza procedimientos

30. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes:  
a) Sí  b) No   
Graves  Estables  Graves  Estables



Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Interno con el Personal del Hospital:

1. Su salud por las mañanas es:  
a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf
2. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":  
a) Siempre       b) Casi siempre       c) A veces       d) Nunca
3. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:  
a) Sí                      b) Casi siempre              c) A veces              d) No  
Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf
4. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia:  
a) Siempre       b) Casi siempre       c) A veces       d) Nunca
5. Explica y aclara las dudas que le presentan:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Ext  Enf               Ext  Enf               Ext  Enf
6. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
7. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
8. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf
9. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:  
a) Sí                      b) No  
Ext  Enf               Ext  Enf
10. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:  
a) Siempre              b) Casi siempre              c) A veces              d) Nunca  
Ext  Enf               Ext  Enf               Ext  Enf               Ext  Enf
11. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Ext  Enf               Ext  Enf               Ext  Enf
12. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:  
a) Directamente              b) Indirectamente              c) No los supervisa  
Ext  Enf               Ext  Enf               Ext  Enf
13. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:

- a) Lo felicita                      b) Lo agrade                      c) Le es indiferente  
 Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
14. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
 a) Residente  b) Interno  c) Externo  c) Enfermería  d) Otros  e) No hubo

Relación del Interno con el Paciente y sus Familiares:

15. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
16. Su saludo al paciente es:  
 a) Cordial                       b) Frío                       c) Lo llama por su nombre                       d) No saluda
17. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
18. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca                       e) No conversan
19. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
20. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
21. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
 a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
 Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam
22. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
 a) Bien                       b) Por salir del paso                       c) No las hace                       d) Se lo hace ver al paciente
23. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
24. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
 a) Ayuda directamente                       b) Ayuda indirectamente                       c) Se muestra indiferente
25. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
26. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
27. Reconoce sus errores y limitaciones:  
 a) Sí                       b) No                       c) No sé
28. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
29. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
 a) Sí                       b) No                       c) A veces                       d) No realiza procedimientos
30. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes:  
 c) Sí                      b) No  
 Graves                       Estables                       Graves                       Estables

Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Externo con el Personal del Hospital:

1. Su saludo por las mañanas es:  
a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Int  Ext  Enf     Res  Int  Ext  Enf     Res  Int  Ext  Enf
2. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":  
a) Siempre               b) Casi siempre               c) A veces               d) Nunca
3. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:  
a) Sí                              b) Casi siempre              c) A veces                      d) No  
Int  Ext  Enf               Int  Ext  Enf               Int  Ext  Enf               Int  Ext  Enf
4. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia:  
a) Siempre               b) Casi siempre               c) A veces               d) Nunca
5. Explica y aclara las dudas que le presentan:  
a) Sí                              b) No                              c) No sé  
Ext  Enf                               Ext  Enf                               Ext  Enf
6. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:  
a) Sí                              b) No                              c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf
7. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:  
a) Sí                              b) No                              c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf
8. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:  
a) Sí                              b) No                              c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf     Sup  Res  Int  Ext  Enf
9. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente:  
a) Sí                              b) No  
Res  Int  Ext  Enf               Res  Int  Ext  Enf
10. Trata de que el chance se distribuya equitativamente:  
a) Siempre                      b) Casi siempre              c) A veces                      d) Nunca  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
11. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:  
a) Sí                              b) No                              c) No sé  
Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf
12. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:  
a) Directamente              b) Indirectamente              c) No los supervisa  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
13. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo:

- a) Lo felicita                      b) Lo agrade                      c) Le es indiferente  
 Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
14. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
 a) Residente  b) Interno  c) Externo  c) Enfermería  d) Otros  e) No hubo

Relación del Externo con el Paciente y sus Familiares:

15. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
16. Su saludo al paciente es:  
 a) Cordial                       b) Frío                       c) Lo llama por su nombre                       d) No saluda
17. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
18. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca                       e) No conversan
19. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
20. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
21. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
 a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
 Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam
22. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
 a) Bien                       b) Por salir del paso                       c) No las hace                       d) Se lo hace ver al paciente
23. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
24. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
 a) Ayuda directamente                       b) Ayuda indirectamente                       c) Se muestra indiferente
25. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
26. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
27. Reconoce sus errores y limitaciones:  
 a) Sí                       b) No                       c) No sé
28. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
29. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
 a) Sí                       b) No                       c) A veces                       d) No realiza procedimientos
30. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos:  
 a) Sí                       b) No                       c) No tiene pacientes nuevos

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.  
Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero .Ola práctica como un requisito que debo cumplir.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
2. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
3. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
4. Considero importantes los aportes que los residentes e internos hacen para el cuidado del paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
5. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
6. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
7. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
8. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
9. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
10. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
11. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
12. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
13. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
14. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
15. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.

- a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
16. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
18. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
19. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
20. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
21. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
22. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
23. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
24. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
25. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
26. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
27. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
28. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
29. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
30. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque éste es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
31. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
32. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

33. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
34. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
35. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
36. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
37. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
38. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
39. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
40. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
41. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
42. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
43. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
44. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
45. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
46. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
47. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
48. No estudié Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
49. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
50. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.  
Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
2. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
3. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
4. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacen para el cuidado del paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
5. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
6. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
7. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
8. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
9. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
10. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
11. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
12. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
13. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
14. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
15. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo



16. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
18. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
19. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
20. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
21. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
22. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
23. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
24. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
25. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
26. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
27. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
28. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
29. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
30. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
31. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
32. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
33. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.

- a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
34. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
35. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
36. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
37. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
38. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
39. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
40. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
41. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
42. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
43. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
44. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
45. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
46. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
47. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
48. No estudio Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
49. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
50. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.  
Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
2. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
3. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
4. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
5. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
6. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
7. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
8. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
9. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
10. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
11. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
12. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
13. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
14. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
15. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.

- a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
16. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
18. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
19. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
20. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
21. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
22. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
23. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
24. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
25. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
26. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
27. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
28. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
29. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
30. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
31. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
32. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
33. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

34. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
35. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
36. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
37. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
38. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
39. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
40. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
41. Aún en ausencia del residente no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares,  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
42. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
43. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
44. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
45. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
46. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
47. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
48. No estudio Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
49. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
50. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.

Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
2. Casi siempre, considero mi responsabilidad estar pendiente de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
3. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
4. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacemos para el cuidado del paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
5. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
6. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
7. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
8. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
9. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
10. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
11. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
12. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
13. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
14. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
15. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

16. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
18. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
19. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues si lo hago pueden dudar de mi capacidad, y ya no me tendrán confianza.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
20. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
21. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
22. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
23. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
24. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
25. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
26. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
27. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
28. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
29. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
30. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
31. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
32. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
33. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

34. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
35. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
36. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
37. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
38. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
39. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
40. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
41. Generalmente, no es mi responsabilidad estar al tanto de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
42. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
43. Evalué la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
44. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
45. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
46. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
47. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
48. No estudio Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
49. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
50. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo



ACTITUDES Y VALORES

Lista de Cotejo No. 1

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
3. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (6)
4. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (14)
5. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

▪ Responsabilidad:

1. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
2. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
3. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
4. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
5. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
2. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
3. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
4. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
5. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)

▪ Amistad:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
3. Su saludo al paciente es: (15)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
5. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

1. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (7)
2. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
3. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
4. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
5. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

1. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (4)
2. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
3. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
4. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
5. Da docencia a residentes, internos y externos: (30)

### C. VALORES AVL:

#### ▪ Teórico:

1. Explica y aclara las dudas que le presentan: (4)
2. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)
3. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
4. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
5. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
6. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
7. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
8. Da docencia a residentes, internos y externos: (30)

#### ▪ Social:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
3. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
4. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (7)
5. Su saludo al paciente es: (15)
6. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
7. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
8. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

#### ▪ Político:

1. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (6)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
3. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
4. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
5. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
6. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
7. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

#### ▪ Utilitario:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
3. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (14)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
5. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
6. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
7. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 2

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
3. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (6)
4. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (14)
5. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

▪ Responsabilidad:

1. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
2. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
3. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
4. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
5. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
2. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
3. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
4. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
5. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)

▪ Amistad:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
3. Su saludo al paciente es: (15)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
5. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

1. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (7)
2. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
3. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
4. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
5. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

1. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (4)
2. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
3. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
4. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
5. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

#### D. VALORES AVL:

##### ▪ Teórico:

1. Explica y aclara las dudas que le presentan: (4)
2. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)
3. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
4. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
5. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
6. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
7. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
8. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

##### ▪ Social:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
3. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
4. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (7)
5. Su saludo al paciente es: (15)
6. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
7. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
8. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

##### ▪ Político:

1. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (6)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
3. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
4. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
5. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
6. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
7. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

##### ▪ Utilitario:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
3. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (14)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
5. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
6. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
7. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 3

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
3. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (7)
4. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (15)
5. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

▪ Responsabilidad:

1. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
2. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
3. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
4. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
5. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
2. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
3. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
4. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
5. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)

▪ Amistad:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (9)
3. Su saludo al paciente es: (16)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
5. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

1. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (8)
2. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (10)
3. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (13)
4. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
5. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

1. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia: (4)
2. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (5)
3. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
4. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
5. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

## B.VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

1. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia: (4)
2. Explica y aclara las dudas que le presentan: (5)
3. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)
4. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
5. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
6. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
7. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
8. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

### ▪ Social:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
3. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
4. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (8)
5. Su saludo al paciente es: (16)
6. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
7. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
8. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

### ▪ Político:

1. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (7)
2. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (9)
3. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (10)
4. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
5. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (13)
6. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
7. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
3. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (15)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
5. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
6. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
7. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 4

A. VALORES LICKERT:

- Respeto:
  1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
  2. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
  3. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (7)
  4. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (15)
  5. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)
  
- Responsabilidad:
  1. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
  2. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
  3. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible: (23)
  4. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
  5. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)
  
- Comunicación/Veracidad:
  1. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
  2. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
  3. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
  4. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
  5. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)
  
- Amistad:
  1. Su saludo por las mañanas es: (1)
  2. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente: (9)
  3. Su saludo al paciente es: (16)
  4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
  5. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
  
- Humildad:
  1. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (8)
  2. Trata de que el chance se distribuya equitativamente: (10)
  3. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo: (13)
  4. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
  5. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
  
- Sabiduría:
  1. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia. (4)
  2. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (5)
  3. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
  4. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
  5. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos: (30)

## B.VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

1. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia. (4)
2. Explica y aclara las dudas que le presentan: (5)
3. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)
4. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
5. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
6. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
7. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
8. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos: (30)

### ▪ Social:

1. Su saludo por las mañanas es: (1)
2. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
3. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
4. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (8)
5. Su saludo al paciente es: (16)
6. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
7. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
8. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

### ▪ Político:

1. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (7)
2. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente: (9)
3. Trata de que el chance se distribuya equitativamente: (10)
4. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
5. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo: (13)
6. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
7. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

1. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
2. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
3. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (15)
4. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
5. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible: (23)
6. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
7. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)



A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
5. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
6. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
7. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

1. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
2. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
3. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
4. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
5. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
6. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes. (38)
7. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (21)
8. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
2. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
3. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
4. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
7. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio. (26)
8. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio. (39)

▪ Amistad:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)

3. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
4. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
5. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
6. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
7. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
8. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

1. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
2. No estudié Medicina para volverme rico. (48)
3. Considero importantes los aportes que residentes e internos hacen para el cuidado del paciente. (4)
4. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
5. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
6. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
7. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
8. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
3. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
4. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
5. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
6. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
7. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
8. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)

3. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
4. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
7. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
8. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
9. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
10. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
11. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
12. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
3. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
4. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
5. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
6. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
7. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
8. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
9. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque esto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
10. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
11. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

1. Considero importantes los aportes que los residentes e internos hacen para el cuidado del paciente. (4)
2. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
5. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (21)
6. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
7. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio. (26)
8. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
9. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
10. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio. (39)
11. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
12. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
3. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
4. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
5. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)

6. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
  7. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
  8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
  9. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes. (38)
  10. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
  11. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
  12. No estudié Medicina para volverme rico. (48)
- Controles:
1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
  2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
5. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
6. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
7. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

1. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
2. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
3. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
4. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
5. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
6. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
7. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (21)
8. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
2. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
3. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
4. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)

3. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
4. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
5. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
6. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
7. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
8. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

1. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
2. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
3. Considero importantes los aportes que internos y externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
4. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
5. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
6. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
7. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
8. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
3. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
4. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
5. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
6. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
7. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
8. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)

2. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
3. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
4. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
7. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
8. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
9. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
10. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
11. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
12. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
3. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
4. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
5. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
6. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
7. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
8. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
9. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
10. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
11. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

1. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
2. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
5. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (21)
6. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
9. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
10. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
11. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
12. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
3. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
4. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
5. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
6. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)

7. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
9. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
10. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
11. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
12. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)



A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
5. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
6. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
7. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

1. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
2. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
3. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
4. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
5. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
6. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
7. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (21)
8. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
2. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
3. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
4. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente. (2)
2. Aún en ausencia del residente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)

3. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
4. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
5. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
6. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
7. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
8. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

1. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
2. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
3. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
4. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
5. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
6. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
7. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
8. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
3. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
4. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
5. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
6. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
7. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
8. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)

3. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
4. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
7. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
8. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
9. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
10. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
11. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
12. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente. (2)
2. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
3. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
4. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
5. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
6. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
7. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
8. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
9. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
10. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
11. Aún en ausencia del residente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

1. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
2. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
5. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (21)
6. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
9. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
10. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
11. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
12. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
3. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
4. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
5. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
6. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)

7. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
9. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
10. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
11. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
12. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
5. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
6. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
7. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

1. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
2. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
3. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
4. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
5. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
6. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
7. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes. (21)
8. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

1. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
2. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
3. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
4. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)

3. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
4. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
5. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
6. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
7. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
8. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque éste es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

1. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
2. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
3. Considero importantes los aportes que internos y externos hacemos para el cuidado del paciente. (4)
4. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes. (9)
5. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
6. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
7. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
8. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
3. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
4. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
5. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
6. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
7. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
8. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

1. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
2. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)

3. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
4. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
5. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
6. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
7. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
8. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
9. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
10. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
11. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
12. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

1. Casi siempre, considero mi responsabilidad estar pendiente de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
2. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
3. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
4. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
5. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
6. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
7. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
8. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
9. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
10. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
11. Generalmente, no es mi responsabilidad estar al tanto de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

1. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacemos para el cuidado del paciente. (4)
2. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes. (9)
3. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
4. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues si lo hago pueden dudar de mi capacidad, y ya no me tendrán confianza. (19)
5. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes. (21)
6. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
7. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
8. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
9. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
10. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
11. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
12. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

1. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
2. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
3. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
4. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
5. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
6. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)

7. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
8. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
9. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
10. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
11. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
12. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

1. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
2. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)



Valores Escala:

1. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
2. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
3. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
4. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
5. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
6. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
7. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
8. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
9. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
10. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
11. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
12. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
13. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
14. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
15. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
16. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
17. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
18. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
19. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
20. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
21. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
22. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
23. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
24. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
25. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
26. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
27. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
28. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
29. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
30. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
31. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
32. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
33. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
34. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
35. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
36. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
37. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
38. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
39. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
40. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
41. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
42. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
43. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
44. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
45. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
46. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
47. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
48. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
49. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
50. 4 - 3 - 2 - 1 - 0

Valores AVL:

1. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
2. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
3. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
4. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
5. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
6. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
7. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
8. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
9. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
10. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
11. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
12. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
13. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
14. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
15. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
16. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
17. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
18. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
19. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
20. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
21. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
22. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
23. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
24. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
25. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
26. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
27. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
28. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
29. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
30. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
31. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
32. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
33. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
34. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
35. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
36. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
37. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
38. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
39. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
40. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
41. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
42. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
43. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
44. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
45. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
46. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
47. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
48. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
49. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
50. 4 - 3 - 2 - 1 - 0

No.: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Instrumento: \_\_\_\_\_

▪ Respeto:

1 _____	12 _____	1 _____	12 _____
8 _____	37 _____	8 _____	37 _____
10 _____	40 _____	10 _____	40 _____
25 _____	35 _____	25 _____	35 _____

▪ Responsabilidad:

6 _____	29 _____	6 _____	29 _____
11 _____	44 _____	11 _____	44 _____
13 _____	38 _____	13 _____	38 _____
21 _____	47 _____	21 _____	47 _____

▪ Comunicación / Veracidad:

5 _____	28 _____	5 _____	28 _____
23 _____	32 _____	23 _____	32 _____
24 _____	45 _____	24 _____	45 _____
26 _____	39 _____	26 _____	39 _____

▪ Amistad:

2 _____	41 _____	2 _____	41 _____
7 _____	46 _____	7 _____	46 _____
14 _____	42 _____	14 _____	42 _____
17 _____	30 _____	17 _____	30 _____

▪ Humildad:

3 _____	48 _____	3 _____	48 _____
4 _____	9 _____	4 _____	9 _____
19 _____	27 _____	19 _____	27 _____
22 _____	36 _____	22 _____	36 _____

▪ Sabiduría:

15 _____	31 _____	15 _____	31 _____
18 _____	33 _____	18 _____	33 _____
20 _____	43 _____	20 _____	43 _____
34 _____	49 _____	34 _____	49 _____

▪ Controles:

16 _____	50 _____	16 _____	50 _____
----------	----------	----------	----------



6. Instrumentos de Recolección de los Datos: Se utilizaron:

- Listas de cotejo
- Test AVL
- Escala de actitudes tipo Lickert para identificar actitudes de deshumanización en la atención médica

27. Ejecución de la Investigación: El trabajo de campo se realizó de la siguiente forma:

7.1 Se realizó validación de los instrumentos a utilizar; para ello éstos fueron aplicados a un grupo de jefes de Servicio, residentes, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.

28. Se realizó observación directa de la forma en la que se interrelacionan los jefes de Servicio y residentes con internos, externos, personal de enfermería y con los pacientes durante el paso de Visita. Para ello se elaboraron Listas de Cotejo para objetivizar las observaciones realizadas, y se recuperaron comentarios escuchados y relatos de situaciones presenciadas. Esta actividad se realizó rotando por los servicios de encamamiento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".

29. Para el manejo de las Listas de Cotejo, se llenó una por cada sujeto observado durante cada día que se realizó la observación. Al finalizar la observación dentro de cada Servicio, se realizó un consolidado de las Listas de cada sujeto.

30. Luego, se tomaron los consolidados correspondientes a cada sujeto, y se compararon con los de los demás sujetos del mismo grupo.

31. En base a la comparación realizada, se determinó si los sujetos presentaban o no distintos comportamientos que evidenciaran humanización o deshumanización en la

atención médica; así como los valores evidenciados por los sujetos en dichos comportamientos.

32. Se aplicó a todos los jefes, estudiantes residentes, internos y externos del departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" el Test AVL.
33. Los resultados obtenidos por cada sujeto en los valores del Test fueron promediados por grupo de estudio.
34. Dichas puntuaciones promedio que fueron obtenidas se emplearon para elaborar un perfil de valores por cada grupo de estudio.
35. Las puntuaciones promedio obtenidas para cada grupo del estudio se compararon con las correspondientes obtenidas de las Listas de Cotejo.
36. Después se les aplicó a los sujetos del estudio una escala de actitudes de tipo Lickert para evidenciar actitudes de deshumanización de la atención médica.
37. Las respuestas escogidas por cada sujeto individualmente se analizaron para evaluar la confiabilidad que había tenido al contestar el instrumento. Dicha confiabilidad se evaluó en base a la cantidad de parejas de respuestas concordantes obtenidas por cada sujeto. Se determinó, como número estadísticamente válido de respuestas concordantes el que los sujetos presentaran trece o más parejas de respuestas concordantes. Se escogió este número por representar una desviación estándar abajo de la media obtenida en conjunto por todos los sujetos en el instrumento.
38. Este procedimiento hizo necesario descartar del estudio a 4 de los estudiantes externos, así como a 3 de los estudiantes internos, ya que se consideró muy baja su confiabilidad al contestar el instrumento.
39. Posteriormente, se procedió a calificar cada uno de los instrumentos de tipo Lickert, según indica la técnica respecto a este instrumento: A cada pareja de ítems se le proporcionó un puntaje, según las respuestas escogidas por el sujeto, el cual podía ir de 0 a 8 puntos, para cada pareja.

40. Se reunieron y luego se sumaron las parejas de puntajes obtenidos, según los valores o actitudes que cada uno de ellos estuviera evaluando. Esto permitió asignarle a cada sujeto del estudio un determinado puntaje neto en cada valor y actitud que los instrumentos estaban evaluando.
41. Se reunieron los resultados de cada sujeto por grupo de estudio, y se sacó una puntuación media por cada valor o actitud para cada grupo.
42. Con los valores promedio obtenidos por cada grupo para cada valor o actitud se elaboraron los perfiles correspondientes por grupo de estudio.
43. Se compararon los resultados con los obtenidos anteriormente a través de las Listas de Cotejo.
44. Se elaboraron gráficas de dispersión para evidenciar la existencia o no de correlación entre los resultados obtenidos del Test AVL (valores) y los de la Escala de Tipo Lickert (actitudes).
45. Las gráficas de dispersión evidenciaron la ausencia de correlación entre los grupos de datos comparados, por lo que no fue necesario aplicarle a dichos datos otro tipo de tratamiento estadístico, como el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

10. Presentación de los Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico: Los resultados se manejaron de la siguiente forma:

- 8.1. Los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Test AVL y las Escalas de Actitudes de tipo Lickert se presentan en gráficas para facilitar su comprensión. Las mediciones estadísticas empleadas fueron: Puntuaciones promedio, y se realizaron también gráficas de dispersión. No fue posible emplear medidas de correlación, ya que se evidenció que los datos no tenían correlación entre sí.
- 8.2. Los resultados cualitativos obtenidos de la observación, así como los comentarios escuchados y las situaciones que fueron presenciadas se presentan de manera descriptiva, para no perder la riqueza de la expresión.

#### **D. RECURSOS:**

7. Materiales Físicos: Hojas de papel, lápices, borradores, lapicero, calculadora, Test AVL con hoja de respuestas, plantilla para calificación, listas de cotejo, escalas de actitudes tipo Lickert (fotocopiadas).
8. Humanos: Médicos especialistas y estudiantes externos, internos y residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", pacientes, personal de enfermería, asesor, revisora, grupo piloto para validación de los instrumentos, investigadora.
9. Económicos: Por cuenta de la investigadora.

#### **XII. ALCANCES Y LIMITACIONES:**

Se cubrió a toda la población prevista, se llevaron a cabo todos los procedimientos y se aplicaron todos los instrumentos propuestos.

Por la naturaleza de este trabajo de investigación, y por el tamaño de la población utilizada, los resultados obtenidos se consideran básicamente válidos para el grupo incluido dentro de este estudio.

Por ser un estudio de tipo transversal, no es posible determinar con certeza, si existen cambios en las actitudes y valores de los sujetos del estudio en forma individual, sólo es posible presumir los mismos a través de las diferencias encontradas entre los grupos.

### **XIII. PRESENTACION DE RESULTADOS:**



Previo a la presentación de los resultados, se consideró importante realizar una breve descripción sobre la estructura actual del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", lugar donde se realizó este estudio.

En lo que al espacio físico se refiere, el Departamento cuenta con un área de Encamamiento (quinto nivel), Cuidado Crítico (segundo nivel), Emergencia (primer nivel) y Consulta Externa (primer nivel). La Jefatura del Departamento se encuentra en el segundo nivel, y tanto las reuniones de Postgrado como las de Departamento se realizan en los salones del séptimo nivel, donde además se encuentran los dormitorios de los residentes.

El área de encamamiento consta de cuatro unidades (XIII, XIV, XV y XVI), cada una de las cuales está dividida en dos servicios: A y B. En cada Unidad hay espacio para cerca de 32 pacientes. Las Unidades XIII y XIV están destinadas al encamamiento de mujeres, y en la XV y XVI se encuentran los hombres.

El área de Cuidado Crítico está dividida en varias unidades: Intensivo, Intermedios, Coronarios y Transplantes.

La emergencia cuenta con un área de emergencia propiamente dicha, otra destinada a la observación de pacientes, y otra para el examen y clasificación de pacientes.

La consulta externa, por su parte, está dividida en clínicas por especialidades, y cuenta además, con otras destinadas a la clasificación de pacientes nuevos.

En cuanto al personal médico se refiere, al ser el Hospital un Hospital-Escuela, cuenta con: Jefe del Departamento, jefes de unidad y jefes de servicio (ocupados por subespecialistas), jefe de residentes, estudiantes de postgrado (residentes de

primero, segundo y tercer año) y estudiantes de pregrado, de cuarto y sexto año de la Carrera (externos e internos).

Actualmente, hay veintidós residentes en el Departamento: ocho residentes de tercer año (uno de los cuales se encuentra ausente durante este mes por estar realizando su electivo y otro, por encontrarse de vacaciones), cinco residentes de segundo año, y nueve residentes de primer año. Todos los residentes se encuentran rotando por las áreas mencionadas anteriormente.

En cuanto a los estudiantes de pregrado, actualmente se encuentran rotando por el Departamento quince internos (sexto año) y dieciséis externos (cuarto año).

Tanto los residentes, como los estudiantes internos y externos cumplen con diversas responsabilidades que tienen asignadas en sus respectivas áreas de práctica, y con un rol de turnos cada cuatro días (a excepción de los internos que se encuentran rotando por el área de Cuidado Crítico, que tienen turno cada tres días).

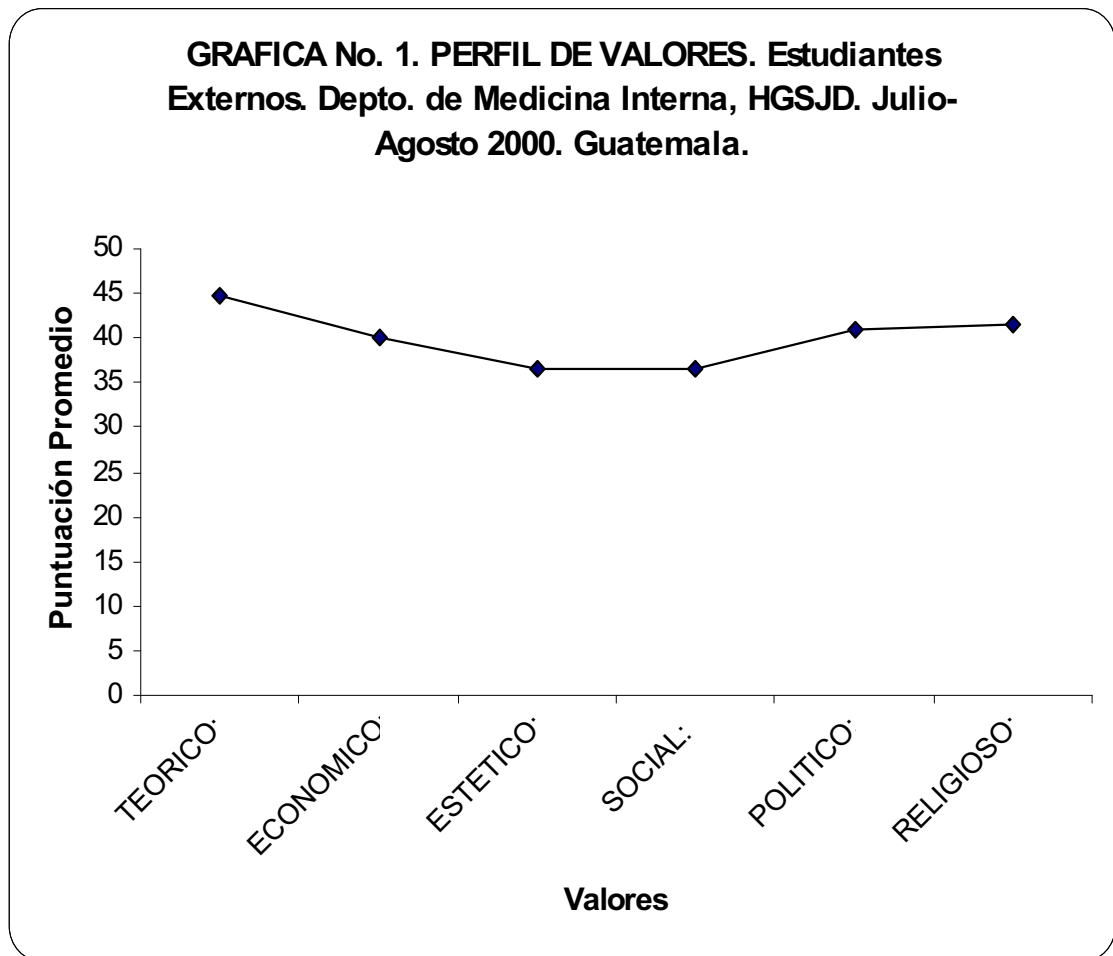
La rotación de los internos tiene una duración de dos meses; la de los externos, de cuatro meses.

El presente estudio se realizó durante los meses de julio y agosto del 2000 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"<sup>7</sup>. Para obtener los resultados se utilizaron tres instrumentos y para su mejor comprensión, los resultados se presentan en función de las variables que fundamentaron el estudio. Así, se presenta primero una sección sobre valores, otra de actitudes de deshumanización de la atención médica, y luego, otra en la cual se relacionaron.

---

<sup>7</sup> En todas las gráficas del estudio se utilizaron las siglas HGSJD para designar el nombre del Hospital General "San Juan de Dios".

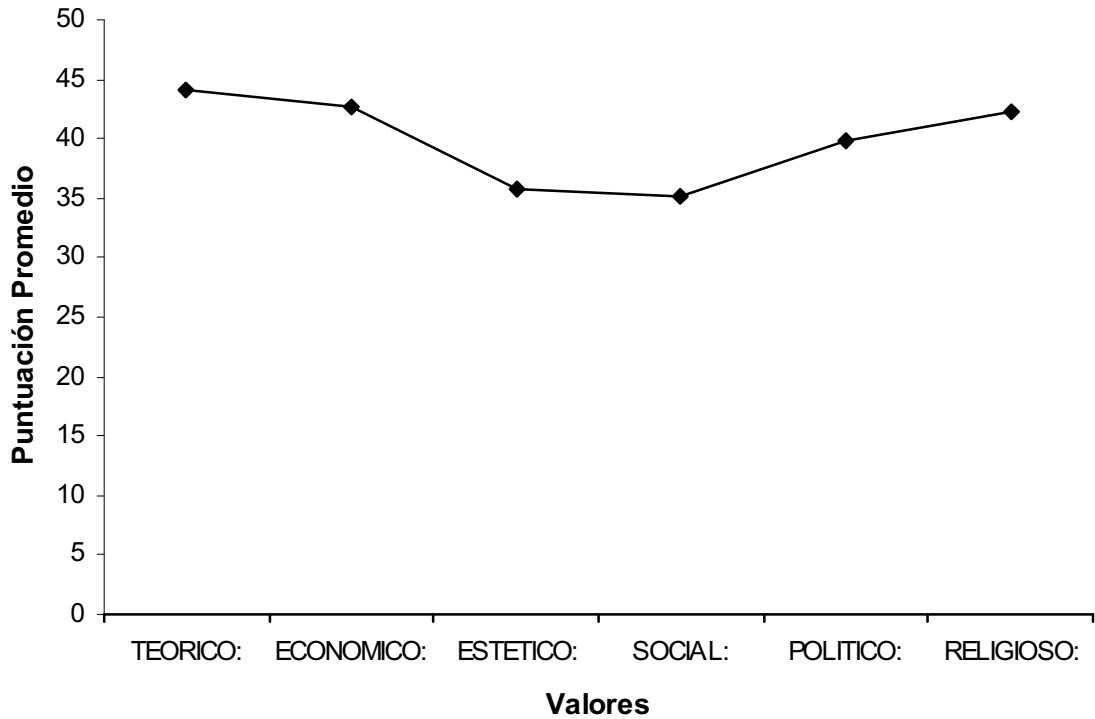
#### D. ESCALA DE VALORES:



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

Se puede observar en la Gráfica No. 1 que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de externos para los valores evaluados oscilan entre 36.5 y 44.7, siendo el teórico el que obtuvo la puntuación mayor; luego, le siguen el religioso (41.5), el político (40.9), el económico (40.0), el estético (36.6) y por último, el social. No hay mucha diferencia entre las puntuaciones, pero llama la atención que el valor más bajo sea el social.

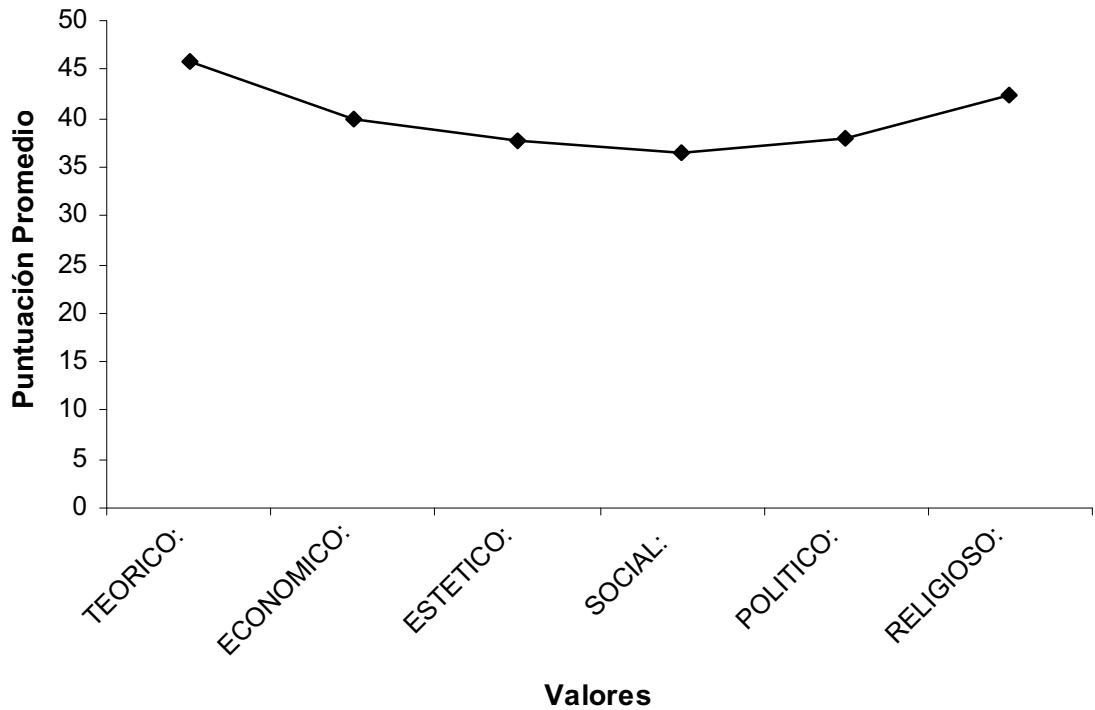
**GRAFICA No. 2. PERFIL DE VALORES. Estudiantes Internos.  
Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000.  
Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 2 presenta las puntuaciones promedio obtenidas en el Test AVL por el grupo de internos que participó en el estudio. La puntuación más alta fue la del valor teórico (44.1). Luego, siguieron el económico con 42.7, el religioso con 42.3, el valor político con 39.9, el estético con 35.7, y por último, el social con 35.2. En este grupo llamó la atención el predominio de los valores teórico y económico, y lo poco que se obtuvo en el valor social.

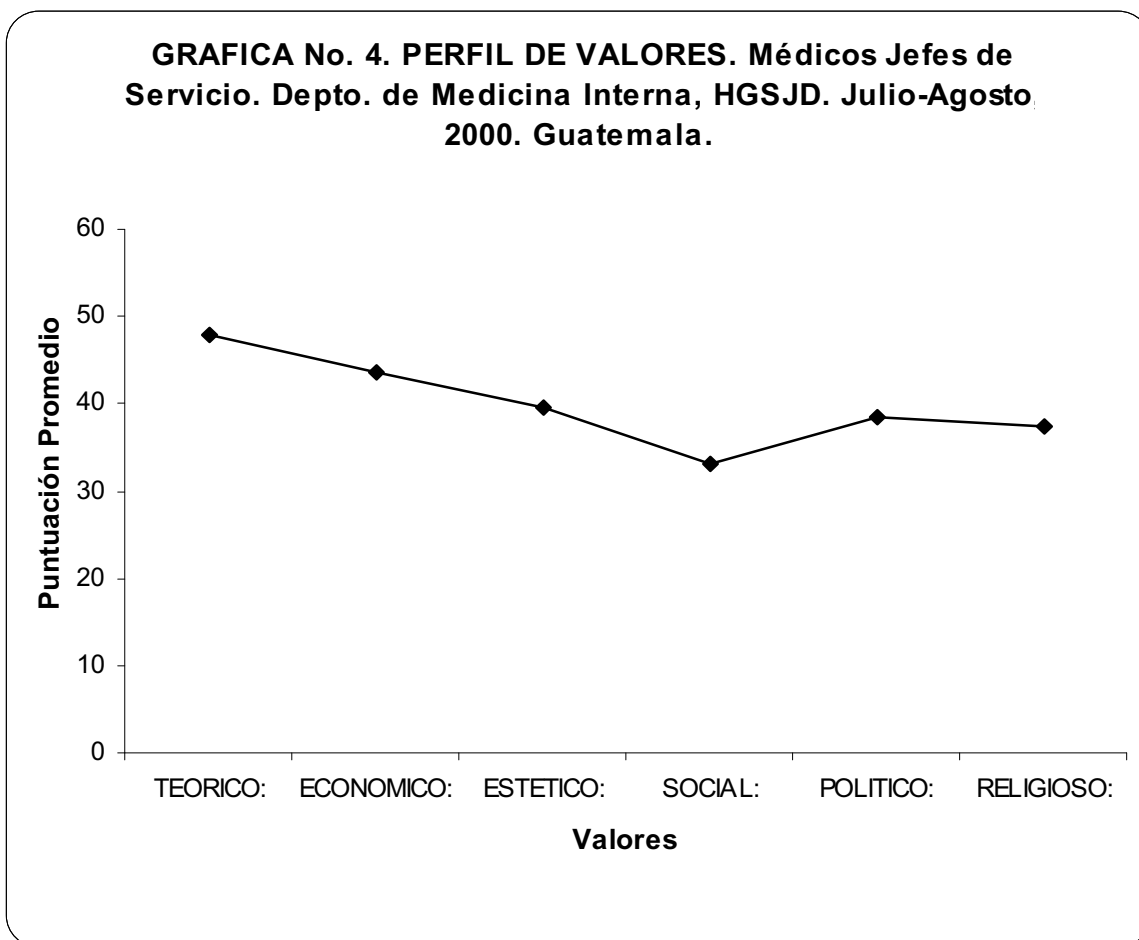
**GRAFICA No. 3. PERFIL DE VALORES. Médicos Residentes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 3 presenta los resultados de los médicos residentes: 45.7 en el valor teórico, 42.3 en el religioso, 39.8 en el económico, 38.0 en el político, 37.7 en el estético, y 36.4 en el social. Los valores extremos fueron el teórico y el social.

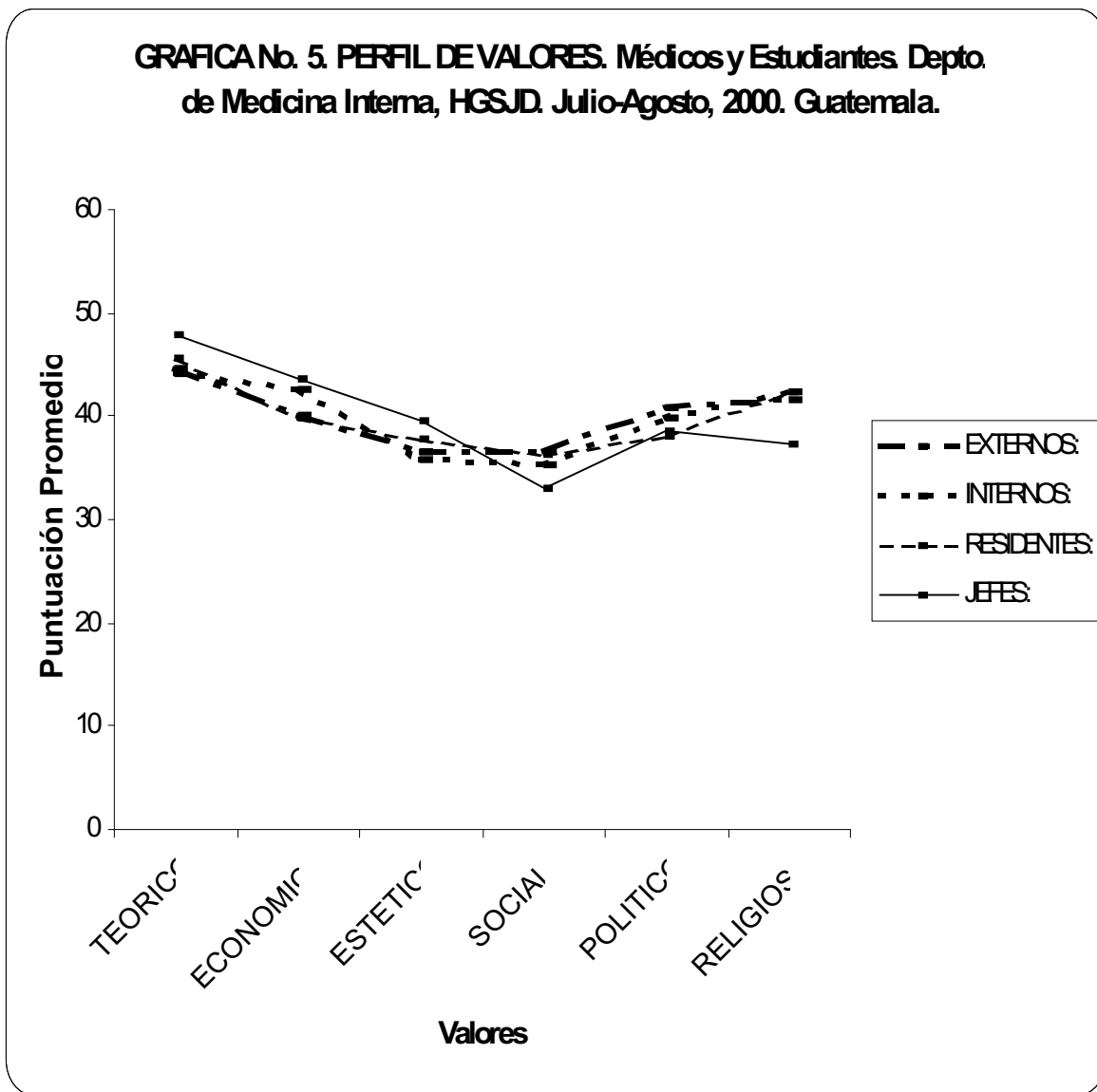
**GRAFICA No. 4. PERFIL DE VALORES. Médicos Jefes de Servicio. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 4 se observa el perfil de valores de los jefes de servicio. La diferencia entre puntuaciones entre los valores es mayor que la de los otros grupos; pero persiste el valor teórico como puntaje máximo con 47.8, y el valor social como mínimo, con 33.1. El valor económico obtuvo 43.6; el estético, 39.6; el político, 38.5; y el religioso con 37.3.

**GRAFICA No. 5. PERFIL DE VALORES. Médicos y Estudiantes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto 2000.

En la Gráfica No. 5 se presentan las puntuaciones promedio obtenidas por todos los grupos para cada valor evaluado por el Test AVL. Existen pequeñas diferencias entre los puntajes

obtenidos, pero en general todos los grupos siguieron un patrón similar: La tendencia fue obtener las mayores puntuaciones en el teórico y el económico, y las menores en el estético y social. Los jefes de servicio obtuvieron los valores extremos: 47.8 (valor teórico), y el más bajo: 33.1 (valor social).

En cuanto a la información obtenida en las Listas de Cotejo, se observaron algunos aspectos importantes con respecto a los valores. Se ilustran las situaciones descritas con breves ejemplos que se presenciaron durante el trabajo de campo, para su mejor comprensión. Se decidió presentar esta información en forma descriptiva por considerar que los datos obtenidos son cualitativos, no cuantitativos. Y en determinado momento, el querer cuantificarlos puede provocar que pierdan su riqueza.

En lo que al valor teórico se refiere se observó lo siguiente:

En los externos, aunque en general no se encontró evidencia de que “estén estudiando mucho”, si se encontró evidencia de que el aprendizaje es una de sus fundamentales preocupaciones, de esta forma demuestran que su valor teórico es elevado.

*Comentario realizado por una externa:*

- “Realmente me preocupa que me paso todo el día aquí metida sacando “chance”, llego tarde a mi casa, y sólo llego a dormir. ¡No estoy estudiando nada! Y no sé que hacer...”

En los internos, se evidenció que la mayoría de ellos cuentan con un valor teórico alto. En múltiples ocasiones evidenciaron conocer manejo y tratamiento; aún en ausencia del residente se les observó a muchos de ellos tomar decisiones.

En los residentes, se observó que cuentan con un gran interés por aprender. Se considera que, en general, son un grupo muy capaz, que puede lograr bastante. Además, a la mayoría de ellos les gusta la docencia (cada uno a su particular manera). Cabe mencionar el caso de un residente



que se pasa discutiendo con el interno y externos (en forma amistosa) durante toda la visita. Otro de los residentes, por su propia voluntad, se dedicó más de una vez a dar docencia a los externos a la hora de la Clínica cuando la suspendían y los externos ya se encontraban allí. Por todo lo anterior, se considera que evidencian tener un valor teórico alto.

En los jefes, los que pasan visita con los externos (que no son muchos), se dedican a discutir algunos aspectos de los casos de los pacientes. Se considera que si no se evidenció de mayor forma el valor teórico no necesariamente obedece esto a que no lo tengan, sino a que otros valores pueden estar predominando en ellos.

En lo que al valor económico se refiere, se evidenció lo siguiente:

Los externos manifiestan un alto valor económico (utilitario), pues en muchas ocasiones se observó que se preocupan por sacar el "chance", aunque en ocasiones no saben por qué es importante que lo hagan. Además, se observó que en su mayoría, no se acercan al paciente a menos que necesiten sacarle algún examen.

En una ocasión, un externo dejó a una paciente sola con su familiar en el lugar donde le iban a hacer un ecocardiograma (enfrente del Hospital). Ante el reclamo de la interna, él contestó que "ya era su hora de clase".

Los internos, por su parte, también manifestaron tener un alto valor utilitario, manifestado éste a través de comportamientos como la poca comunicación que entablan ellos con los pacientes, pues se preocupan más por cumplir con el trabajo de "secretaria" que muchas veces les toca cumplir dentro de los Servicios: Escribir evoluciones, hacer egresos, hacer recetas, resumen de órdenes y de recetas una vez por semana...

Comentario de un interno, luego del fallecimiento de una paciente del Servicio vecino:

- "Aunque suene bien feo, qué bueno que la señora se murió de una vez. Yo creí que iba a tener que estarla controlando todo el Turno..."

Los residentes, en muchos casos, evidencian también tener un valor económico alto, un ejemplo de esto es cuando dejan de ver a los externos como seres humanos, como individuos, y los consideran, únicamente, como fuerza de trabajo, sin preocuparse del efecto que sobre ellos provoquen sus comentarios:

Comentario de una externa:

- "La residente me regaña cuando falta algo del chance que ella dejó el día anterior. Cuando yo le digo que fue mi compañero quien no cumplió con su parte del trabajo, ella dice que no importa que fuera responsabilidad de él, que yo tengo la sobrada obligación de hacer las cosas que él no hace..."

Una residente a una externa:

- "No te puedo poner más alta la nota del Servicio, aunque sé que te esforzaste. Si lo hago, ¿cómo justifico la nota baja que le puse a tu compañero? Pero no tengás pena, si ganás con lo que te puse..."

En el caso de los jefes, la mejor evidencia de que si es para la mayoría de ellos significativo el valor económico está en el hecho del poco tiempo que permanecen en los servicios.

En lo que al valor social respecta, se puede apreciar lo siguiente:

Algunos de los externos sí evidenciaron tener valor social, aunque no es, por lo general, lo más frecuentemente observado. Sin embargo, son las personas que más se acercan al paciente (por la misma naturaleza de su trabajo), y cuando lo hacen con dedicación, los pacientes lo perciben, y por ello, les toman afecto.

Diálogo entre una externa y una paciente:

- Doctora, ¿otra vez me viene a sacar sangre? Ya no, mucho me ha sacado ya. Mejor váyase.
- Pues, realmente, ganas no me faltan. Ya no aguanto más estar aquí.
- Ay no, niña. No se ponga así. Yo no estaba hablando en serio. Es que otra vez la regañaron, ¿verdad? Pero no esté triste, que usted es muy buena, y no fue su culpa...

En lo que a los internos se refiere, la mayoría han dado muestras de indiferencia ante el dolor humano, y de que lo que más les interesa son las calificaciones que les den otros, han evidenciado tener poco grado de sensibilidad social y aprecio por sus pacientes. Fue interesante observar, en más de una ocasión, que un paciente falleciera en un Servicio, y que el interno pudiera limitarse a dar la información al familiar, como si le estuviera hablando de cualquier cosa intrascendente, y pudiera luego darse la vuelta y continuar realizando su trabajo por donde lo había dejado sin inmutarse ante las muestras de condolencia expresadas por dicho familiar, aunque en pocos casos se plantean detalles sensibles:

Comentario de una interna:

- "Yo comparto la opinión del jefe de Servicio. ¿Para qué vamos a prolongar su sufrimiento si ya no se puede hacer nada por ella? El resultado final no lo podemos cambiar, lamentablemente. Entonces, por lo menos dejémosla tranquila, y al lado de su hija..."

En el caso de los residentes, aunque la mayoría no evidencia que el valor social sea una de sus prioridades, sí hay algunos que lo tienen:

Comentario de un externo:

- "Esta es la segunda vez que el doctor pone dinero de su bolsa para costearle un examen al paciente, en "préstamo provisional", según dice él, mientras la familia aparece..."

Se tuvo la oportunidad de observar a una residente, un sábado en la mañana, después del turno, invertir más de una hora al intentar obtener indicaciones de una paciente sobre cómo localizar a su familia. Estaba preocupada porque no se les había podido localizar aún, y quería ir a buscarlos en persona, ante los infructuosos resultados obtenidos por la Trabajadora Social.

Algunos jefes (aunque no la mayoría), si evidenciaron tener valor social alto en el trato con sus pacientes.

Un jefe de Servicio, indignado por el "chivoleo" sufrido por una paciente delicada en su Servicio, que nadie quería ir a evaluar, llegó a verla fuera del horario que acostumbra, preocupado por el mal estado en el que ella estaba, para ver si llegaban los otros especialistas a evaluarla...

En otros casos, sin embargo, se tuvo también evidencia del bajo valor social que algunos presentan:

Comentario de una externa:

- "... Y hasta el jefe de Servicio sigue insistiendo en que se localice a la familia para que se la lleven a su casa, pues ya no se puede hacer nada por ella, y ¿de qué nos va a servir tener el cadáver allí?..."

En lo que al valor político respecta:

En los externos no se evidenció la presencia de este valor, no se identificó, dentro del grupo, a ninguno que ejerciera cualidades de líder entre sus compañeros.

En la mayoría de los internos si se evidenció el interés en ejercer su autoridad sobre los externos (sus subordinados inmediatos), con comentarios como:

- "Yo le dije a la residente que las castigara. Para que aprendan y no vuelvan a hacer lo mismo..."

- "No tengas pena, vos. El martes me toca turno con ella, y me la voy a clavar..."

expectativa del papel a desempeñar y lo inadecuado de las instituciones y normas sociales para apoyarlo. La sociedad tiende a impulsar a los médicos a ser perfeccionistas, escrupulosos, a interesarse por los demás, a rechazar gratificación, y a ser idealistas y dedicados. Como esto rara vez se asocia al autocuidado de sí mismo, genera frustración en el médico.

- La práctica médica es un trabajo duro.
- Los problemas de los médicos están influenciados también por su adaptación psicológica preadulta.
- Los médicos que presentan problemas más frecuentemente son los que tratan pacientes directamente.
- Fácil acceso que tienen a las drogas.
- Según las características propias de la personalidad de cada individuo, pueden estar predispuestos a considerarse a sí mismos capaces de consumir drogas en forma controlada, sin volverse adictos.
- Dificultad para aceptar el papel de enfermo; ya que aprenden a separarse a sí mismos de los peligros que enfrentan al cuidar pacientes. Tienden a sentirse inmunes a los males que enfrentan, y utilizan con frecuencia mecanismos de adaptación como la autoagresión, el altruismo y la hipocondría. Además, no son del todo objetivos al momento de atender a sus colegas.
- La mujer médico puede tener factores de stress adicionales, pues generalmente debe adaptarse a combinar los requerimientos de su carrera con los de su familia. Aunque, de por sí, se ha observado que el matrimonio actúa como factor protector en la vida de los médicos de ambos sexos. (12)

6. Profesionalismo del Médico: En los últimos tiempos, los médicos tienden a unirse, y a unificar sus estrategias como gremio.

Talcott Parsons pensaba que la cooperación y competencia entre profesionales era beneficiosa para el bien común, y que ellos estaban dispuestos, de por sí, al servicio público, ya que estaban más interesados en recibir reconocimiento de sus colegas por realizar un buen trabajo que en volverse ricos. (44)

El profesionalismo debe definirse, básicamente, de acuerdo a relaciones morales que persiguen el bien de la sociedad; éstas son una fuerza protectora en la estructura de la misma.

Según Wynia et al, el modelo de profesionalismo para el médico debe contener algunos elementos:

- Devoción al Servicio Médico: Los médicos deben estar motivados a trabajar duro a pesar del bajo incentivo económico, a ofrecer servicios de alta calidad, a cuidar de otros aún a riesgo de su propia salud, a cuidar de sus pacientes pobres como lo hace de los ricos, y a luchar en su lugar de trabajo por el establecimiento de políticas justas.
- Profesión Pública de sus Valores: La relación médico-paciente debe estar sustentada en una base moral que legitime las expectativas de ambas partes.
- Negociación de los Valores de la Profesión: Los médicos tienen la responsabilidad de comprometerse con el público a negociar prioridades sociales para lograr el balance de los valores médicos con otros valores sociales. El proceso debe centrarse en el cuidado del paciente.

Para que este modelo ideal funcione como una guía normativa, es preciso que los tres elementos mencionados se encuentren balanceados. (44)

Las acciones del profesional de la Medicina deben ser:

- Pedagógicas: Debe ser capaz de enseñarle al paciente a tomar una actitud frente a la vida, la salud, y la muerte.
- Preventivas: Esta debe ser la principal labor del médico, pues es la más efectiva y menos costosa; además, le ahorra sufrimiento al paciente.
- Curativas y Reparadoras: Se pueden ejercer de varios modos; en principio, a través de la palabra. (42)

### G. EL PACIENTE:

3. Características del Paciente: El paciente es la persona que acude ante el médico en busca de atención y ayuda, ya sea por su propia voluntad, o porque su estado hizo necesario a alguien más llevarlo sin que su voluntad interviniera en el asunto.

En su conducta influyen diversos factores, tales como: Su resistencia a la enfermedad, la necesidad o no de hospitalización, su tendencia a la depresión, su fortaleza espiritual, las experiencias anteriores que haya tenido con otras figuras de autoridad (transferencia), el malestar y temores que lo hicieron requerir la atención médica, sus problemas cotidianos, y otros factores interpersonales que en determinado momento pueden haber motivado la consulta. Se ha observado que factores como la fortaleza espiritual y la ausencia de depresión pueden mejorar el pronóstico de recuperación de los pacientes. (12)

Entre los factores que determinan la respuesta del paciente ante la enfermedad que padece están: Clase socioeconómica, grupo étnico, negación de la enfermedad, necesidad del uso de rituales para enfermedades episódicas,

generadores de stress, mecanismos de defensa (12), y creencias religiosas. (35)

Los pacientes pueden ser de difícil manejo con frecuencia, ya que la enfermedad implica para ellos una pérdida y un ataque a su autoestima, por lo que reaccionan en consecuencia. (12)

El manejo se vuelve más difícil cuando el paciente se enfrenta a una enfermedad mortal, ya que enfrenta diversas emociones y sentimientos. (35) Aunque ésto ocurre con mayor frecuencia en pacientes moribundos, puede sucederle a cualquier paciente, sobre todo si su autoimagen se ve afectada; cada uno vive la enfermedad según su modo de reaccionar ante las diversas situaciones de la vida. (12)

## F. LA RELACION MEDICO-PACIENTE:

1. Características: Ha representado, desde siempre, la más profunda expresión de la integridad social de la humanidad.

Según Rohde, el paciente percibe la hospitalización como una infantilización progresiva, que le supone despersonalización y desarraigo psicosocial.

Una adecuada relación médico-paciente implica que el médico tenga la suficiente capacidad científica, y que aplique la misma a la situación particular del enfermo. Médico y paciente deben respetarse mutuamente como personas adultas, autónomas, responsables y libres que se ayudan.

Debe ser interpersonal, para que el paciente se sienta comprendido por el médico. Su secreto estriba en la Transferencia. La frialdad excesiva puede anular la labor profesional. La relación debe ser fluída, amistosa, realizarse en el ambiente adecuado y con el tiempo suficiente. (31)



Para que el médico pueda comprender al paciente en forma adecuada, debe reunir ciertas condiciones:

- Asumir una actitud empática ante el enfermo
- Conocer las reacciones psicológicas del paciente a las enfermedades más frecuentes
- Tener un objetivo claro a alcanzar con el tratamiento

Dentro de la relación médico-paciente es fundamental el hecho de que la enfermedad causa un desequilibrio en la vida del paciente; el médico, a través de su intervención, lo ayuda a reencontrar el equilibrio.

Ante esta realidad, las justas expectativas de los pacientes dentro de la relación pueden ir dirigidas a:

- Ser tratados como seres humanos
- Ser atendidos por profesionales competentes, capaces de mantenerse en una actualización constante, y de reconocer sus limitaciones
- Recibir la información que necesitan, y no ser abandonados por su médico. La información debe ser clara, y adecuada al estado actual del paciente. No se le debe provocar, en la medida de lo posible, un impacto traumatizante. Se le debe hacer saber, además, lo que se espera de él y de su familia. (26)

La importancia del establecimiento de una buena relación médico-paciente estriba en el hecho de que la buena comunicación aumenta la efectividad clínica. Para los médicos, el tener esto presente les sirve de impulso para mejorar constantemente sus habilidades de comunicación con los pacientes, y a interesarse en ello. Para los pacientes también es beneficioso pues les permite valorar la relación médico-paciente, y expresar sus sentimientos. De hecho, el fomentar una buena comunicación con los pacientes es luchar contra la deshumanización. (10)

Según Engel, el médico desarrolla, dentro de la relación médico-paciente, tres aptitudes que son determinantes para llevar a cabo el proceso diagnóstico:

- Habilidad para lograr que el paciente responda a través de la entrevista, examen físico, y la relación personal
- Capacidad para observar y registrar con exactitud todo lo referente a la conducta del paciente
- Capacidad de trasladar estos datos al marco de referencia correspondiente. (12)

Generalmente, se necesita de la participación y activa colaboración del paciente para que el tratamiento sea llevado a buen término. La motivación que el paciente posea para hacerlo es esencial. Para que el médico pueda mejorar el acatamiento del paciente para participar activamente en el proceso terapéutico debe: Desarrollar la confianza del paciente, construir una alianza con él, y estar conciente de las motivaciones no racionales que puedan afectarle. (12)

Dentro de una relación médico-paciente se pueden presentar cuatro clases de conflictos:

- Si el paciente quiere obtener del médico ganancias deshonestas
- Si los familiares del paciente quieren anteponer sus propios intereses a la salud y bienestar del paciente
- Si en la relación médico-paciente intervienen terceros que quieren anteponer sus propios intereses a los del paciente
- Si los derechos que el paciente quiere que se le respeten perjudican de alguna forma al resto de la sociedad

Ante cualquiera de estas situaciones el médico debe tratar de actuar de la forma más ética y responsable posible, y tratando de establecer prioridades y de provocar el menor daño que se pueda. (42)

2. Tipos de Relación Médico-Paciente: El tipo de relación que se establezca entre médico y paciente puede estar influenciado por el modelo de ética médica adoptado por el médico.

Según Veatch, los modelos son los siguientes:

- Médico-Ingeniero: Según este modelo, el médico es científico y técnico. Se interesa más en los hechos que en los valores. Trata más bien a la enfermedad, no a la persona.
- Médico-Sacerdote: Asume que el médico es un experto de la vida en general. Por su parte, el médico se ve a sí mismo como superior al paciente. Trata al paciente como niño, por lo que no respeta su libertad y dignidad como ser humano.
- Médico-Colega: Postula que médico y paciente son colegas, luchando juntos por el mismo fin. Requiere de fe y confianza de parte de ambos.
- Médico por Contrato: Considera la relación médico-paciente como un contrato de trabajo, elaborado de mutuo acuerdo entre las partes. Ambas partes se comprometen a cumplir con ciertas obligaciones.
- Médico por Convenio: Es similar al anterior, pero reconoce elementos que van más allá del simple contrato. Supone una relación permanente, se exige al personal de salud más de lo acordado, y existe un acuerdo implícito sobre el rol de cada participante.

En los dos últimos modelos, el médico debe ser capaz de descubrir los valores del paciente; y si no los comparte, tiene la libertad de decidir no participar en la relación. (20)

Según Vélez Correa, por otra parte, la relación médico-paciente puede responder únicamente a tres modelos:

- Paternalista: Cuando el médico toma todas las decisiones en nombre del paciente, sin solicitar su consentimiento, no lo deja participar

activamente en el proceso, y no toma en consideración sus valores.

- Autónoma: Se dejan al paciente todas las decisiones, mientras el médico se limita a observar.
- Responsable: Dentro de este modelo, ambas partes asumen su responsabilidad, con pleno conocimiento y libertad de acción. Ambas se comprometen mutuamente a asumir sus deberes y a respetar los derechos del otro. (42)

En cuanto a la estructura misma de la relación, Vélez Correa propone que puede ser directa (si se desarrolla únicamente entre médico y paciente, sin la participación de intermediarios) o indirecta (si el compromiso de atención del paciente fue adquirido por una institución). Según la voluntad de las partes involucradas, puede ser voluntaria (si ambas partes actúan de común acuerdo en iniciarla) o involuntaria (si quien decide por el paciente es un tutor o responsable). (42)

Szasz y Hollender proponen, por su parte, tres modalidades en la relación médico-paciente: Activo-pasiva, de guía-cooperación, y de participación mutua. Idealmente, el médico debe ser capaz de moverse dentro de estos tres modelos de relación, según sea la situación que se le presente. (12)

3. Relación Médico-Paciente en la sociedad: Actualmente, la deshumanización de la atención médica está llevando al deterioro de la relación médico-paciente. Este problema es consecuencia de factores como el trabajo multidisciplinario que cada día es más utilizado para la atención del paciente, la falta de privacidad en los servicios de salud, la alta tecnología, la incorporación de mucho personal administrativo en el equipo de atención hospitalaria, y los altos costos de la atención. (42)

En su trabajo de Tesis, Ligorria Guzmán trató de determinar las opiniones de médicos y pacientes sobre los aspectos éticos que implica la relación médico-paciente. Al finalizar el estudio, concluyó que ambos grupos tenían un escaso conocimiento sobre aspectos éticos. En términos generales, los pacientes no se sienten obligados a mantener actitudes éticas hacia los médicos que los atienden, está muy desvalorizado el trabajo que el médico realiza, y por lo mismo, se le tiende a exigir demasiado. Además, la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio manifestaron tenerle muy escasa confianza a sus médicos como profesionales.

En cuanto a los médicos del estudio, en su mayoría manifestaron considerarse obligados al sacrificio y al servicio extralimitado hacia sus pacientes. Todos los participantes manifestaron haber enfrentado problemas de índole ética en algún momento de su práctica, y consideraron de gran importancia el establecimiento de educación en ética dentro del gremio, como un medio para rescatar la relación médico-paciente. (30)

Por otra parte, Grajeda<sup>8</sup> realizó durante 1999 un estudio entre pacientes atendidos en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y determinó que la mayoría de los pacientes entrevistados (75%) creen que son atendidos casi siempre por estudiantes, y no por médicos graduados. Los pacientes del estudio manifestaron que los estudiantes que acaban de empezar a realizar sus prácticas son amables y cariñosos con ellos, y que conforme aumentan de nivel académico se vuelven groseros y distantes. El 92% manifestó que consideran que al médico no le interesa lo que ellos tengan que decir. Sólo el 30% manifestó que los médicos les hablan de su enfermedad, y les dan indicaciones de lo que deben hacer para curarse, sobre todo en la Consulta Externa. El 87% manifestó que al médico no parece preocuparle la

---

<sup>8</sup> Grajeda, Geraldine. La actitud del médico como apoyo a la satisfacción de necesidades... un problema para la educación médica. Trabajo presentado para el Doctorado de Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca. Proyecto Guatemala. Guatemala.1999. 90p.

enfermedad de sus pacientes, y que los tratan con agresión y frialdad. El 86% manifestó, incluso, que a los médicos parece molestarles que ellos demuestren sentir dolor o miedo.

Como se puede observar en los datos presentados anteriormente, la situación que médicos y pacientes enfrentan actualmente en la sociedad guatemalteca es alarmante, la relación médico-paciente atraviesa una etapa crítica, para lo cual es preciso buscar soluciones.

#### G. DESHUMANIZACION Y REHUMANIZACION DE LA MEDICINA:

5. Deshumanización de la Medicina: La “deshumanización” o pérdida de la humanidad en la atención médica puede ir dirigida hacia el paciente o hacia el médico, y puede ser personal (por parte del médico) o institucional. (26)

Es indudable que la medicina institucional atraviesa por una crisis de pérdida de la humanidad; entre los problemas mencionados por Jinich se encuentran: Alto costo de atención y medicamentos, abuso de tecnología, mala distribución de los recursos materiales y humanos, comercialización de la salud, médicos deshumanizados que trabajan sin vocación y deterioran su relación con el paciente, desconfianza entre médico y paciente que han incrementado, además, los juicios de mala práctica.

Meerof le agrega, a todo lo anterior, que es cuantitativamente escasa para cubrir las demandas de la población, cualitativamente deficiente, los costos de la atención son muy elevados, y la tecnología es considerada como lo esencial. (31)

Cuando es el mismo médico, por su voluntad, quien los comete, son dentro del mismo acto médico. Pueden presentarse como producto de sus decisiones, acciones o abstenciones. Entre ellos están: Que la atención sea prestada por un médico no escogido por el paciente, irrespeto hacia su perfil cultural, atenderlos en diferente forma según su situación socio-económica, no prestarle atención al paciente cuando se le habla o se le escucha, y el hecho de impedirle al paciente ser tratado por quien elija por no poder pagar sus servicios. (26)

Esto se debe a que los profesionales médicos, actualmente, están enfrentando diversos conflictos que ayudan a promover la deshumanización:

- Priorización de los valores económicos, con utilización del paciente para lograr enriquecimiento personal
- Médicos con poco equilibrio emocional, que por lo mismo son incapaces de tratar al paciente como ser humano, y son un riesgo potencial incluso para ellos mismos
- Preparación científica y técnica inadecuada para resolver la actual problemática de salud
- Poco conocimiento de las necesidades reales de la población
- Poco interés en la lectura y el estudio constante
- Habilidades y destrezas médico-quirúrgicas poco desarrolladas (18)

Aunado a lo anterior está el hecho de que los médicos y estudiantes de Medicina en general tienen un escaso conocimiento sobre ética y moral, así como sobre el Código Deontológico. A pesar de ello, lo consideran importante. Se determinó en algunos estudios que esto dificulta la interrelación personal dentro del ambiente hospitalario en el que trabajan. Este problema se inicia, incluso, desde los primeros años de estudio dentro de la Facultad. (7,9,23,32,33,34,41)

Es preciso rescatar la humanización de la profesión, pues a la larga, la deshumanización de la práctica médica no genera más que insatisfacción: Al paciente, al médico que lo atiende, y al resto del personal de salud que participa en el proceso. (31)

6. Rehumanización de la Medicina: La "humanización" de la Medicina, tan necesaria actualmente, debe ser un camino de dos vías. La educación médica actualmente es contradictoria, pues aunque exige a los médicos humanidad y altruismo, sólo evalúa y promueve a los estudiantes en función del conocimiento científico adquirido.

Humanizar la Medicina implica adecuarla al hombre, considerándolo como la unidad inseparable e indistinguible entre cuerpo y espíritu. El cuerpo humano no debe ser aislado del componente social, comunitario y cósmico, pues en sí mismo no es más que una minúscula porción del Universo.

Humanizar la Medicina es ver al hombre íntegramente, en su totalidad, pues ver solamente una de sus partes es deshumanizante. (26)

El hecho de revitalizar la enseñanza y modificar los currícula de las escuelas de Medicina, como ya se está haciendo en Inglaterra y en otros países, permite vislumbrar un futuro esperanzador para la recuperación de la humanidad que la Medicina ha ido perdiendo en los últimos años. (21)

## H. EDUCACION MEDICA:

3. Situación del Estudiante de Medicina: El estudiante de Medicina es el sujeto que participa directamente, y se



beneficia o perjudica de la educación médica que se imparte.

Entre los factores que afectan al estudiante de Medicina se encuentran:

- Inseguridad, ya que pueden sentirse incómodos: Innecesarios para el paciente y como una carga para los médicos de más experiencia. Sin embargo, no se debe olvidar que los estudiantes sirven como enlace y medio de comunicación entre médicos y pacientes, y sirven como un medio de actualización para el médico.
- Las situaciones embarazosas o repugnantes a las que en ocasiones debe enfrentar.
- Conflictos entre la necesidad de acercamiento y/o alejamiento del paciente. (12)

Cuando un estudiante decide ingresar a la Facultad de Medicina para convertirse en médico, se compromete a ser cierto tipo de persona. Frecuentemente, este compromiso es abandonado en algún punto del largo camino; pero no del todo: Algo queda para ser renovado. (17)

Estrada Ortiz determinó, en su trabajo de Tesis, que los valores de un grupo de estudiantes presentaron cambios después de transcurridos cinco años de estudio dentro de la Facultad: Al entrar a la Carrera, todo el grupo del estudio presentó elevado su valor social, pero cinco años después, los resultados mostraron que ya no era significativo. Lo contrario ocurrió con el valor teórico, el cual no fue significativo al inicio de la Carrera, pero sí al finalizarla. Las variaciones en el resto de valores no fueron relevantes. (18)

6. Capacitación del Estudiante de Medicina: La tecnología ha contribuido a transformar la Medicina en algo contradictorio: Se dice que es preciso ver al hombre como unidad biopsicosocial; sin embargo, en la práctica se le fragmenta. El médico debe manejar un nivel científico y otro afectivo. (26)

Se considera necesario, como parte de su capacitación, impulsar al médico a poner en práctica algunas pautas para proteger y promover su propia salud. Estas deben ser concientizadas y practicadas por el estudiante de Medicina, si se espera que como médico las practique también. (12)

7. Influencia de los Modelos en la Educación Médica: Los seres humanos construyen sus vidas de acuerdo a modelos que los atraen e influyen, y al mismo tiempo, contribuyen a formar patrones que luego influyen en otros. (13,17)

Así, los médicos jóvenes aprenden la habilidad ética requerida en su trato con los pacientes observando e imitando a sus profesores; se forman en base al sentido de responsabilidad por el cual eligen los pequeños actos y hábitos que necesitan cultivar para transformarse en el tipo de médicos que desean ser, y por las relaciones interdependientes que establecen con el mundo al cual pertenecen. (17)

Wright, et al realizaron un estudio para identificar los atributos que diferenciaban a los médicos que son considerados como excelentes ejemplos a imitar de otros médicos.

Actualmente, se considera que estos médicos son una parte fundamental de la educación médica, ya que actúan como factor importante para la adquisición de valores, actitudes y comportamientos éticos y humanos por parte del equipo médico. Influyen, incluso, en la elección de especialidad de los estudiantes.

Los resultados del estudio permitieron identificar cinco atributos asociados con el ser considerado un excelente modelo a imitar:

- Invierten más del 25% de su tiempo en la enseñanza
- Invierten como mínimo 25 horas a la semana en pasar visita con los pacientes y personal de sus Servicios

- Enfatizan la importancia de la relación médico-paciente en su enseñanza
- Enseñan aspectos psicosociales de la Medicina
- Han tenido excelencia académica a lo largo de su Carrera, pues han ocupado el puesto de Jefes de Residentes

En conclusión, los médicos considerados como mejores modelos a seguir son los que invierten mayor tiempo en la enseñanza, le dan importancia a la misma, construyen relaciones positivas con sus pacientes, y demuestran a sus estudiantes la importancia de un acercamiento comprensivo al paciente. Todos los atributos mencionados anteriormente son adquiribles o modificables. (43)

Sin embargo, el hacer ésto puede ser, en ocasiones difícil de poner en práctica, pues deben luchar por sobrevivir en un ambiente competitivo. El reclutamiento y retención de los médicos que hayan demostrado su interés y calidad docente es indispensable para contribuir al avance de la ciencia y la práctica de la Medicina. (8)

En contraste, los médicos que demuestran irrespeto o insensibilidad hacia los pacientes que atienden, insatisfacción profesional, o incapacidad para establecer buenas relaciones interpersonales con sus colegas, son considerados como modelos negativos.

El hecho de que los médicos que se dedican a la enseñanza conozcan algunos principios humanísticos y educativos, no implica que necesariamente su conducta refleje estos valores.

Los residentes consideran como buenos modelos a los médicos que tienen relación con pacientes, además de impartir docencia, pues se sienten identificados con ellos.

Se determinó que son varias las acciones que impulsan a los estudiantes a escoger especialidad en función de los médicos que consideran como modelos a imitar:

- Intentan reflejar, con sus actos, los atributos centrales del médico

- Conocen los puntos de vista de los estudiantes, y los ayudan a entender las ventajas de modelos e ideas que puedan no ajustarse a sus expectativas personales (37)

#### **XIV. MATERIAL Y METODOS:**

##### **E. METODOLOGIA:**

9. Tipo de Estudio: Descriptivo y transversal.
10. Sujeto de Estudio: Jefes de Servicio y estudiantes: Jefe de residentes y residentes de primero, segundo y tercer años, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".
11. Población de Estudio: Se decidió utilizar la población completa de jefes de Servicios de encamamiento, residentes y estudiantes, tanto hombres como mujeres, ya que su tamaño hizo innecesario el muestreo. No se tomó en cuenta al personal de la Consulta Externa, ya que las características particulares del trabajo que se realiza en esta área son distintas a las del trabajo que se realiza en el encamamiento.

## 12. Criterios de Inclusión y Exclusión:

### 4.3 Criterios de Inclusión:

- Estudiantes externos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en los meses de julio y agosto del año en curso.
- Estudiantes internos, hombres y mujeres, que se encontraban rotando en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" en el mes de julio del año en curso.
- Residentes de primero a tercer año, hombres y mujeres, que se encontraban realizando estudios de Postgrado de Medicina Interna en Hospital General "San Juan de Dios" durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Jefe de residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios"
- Especialistas, hombres y mujeres, que estaban ocupando el cargo de jefes de los servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", que se encontraban en funciones durante los meses de julio y agosto del año en curso.
- Se incluyó a todos los especialistas, residentes y estudiantes que se encontraban dentro de las categorías anteriores, independientemente de su edad.

### 5.2. Criterios de Exclusión:

- Especialistas y estudiantes incluidos en las categorías anteriores que se negaron a participar en el estudio.

- Especialistas y estudiantes de Postgrado, hombres y mujeres, que se encuentren rotando por la Consulta Externa.

5. Variables de Estudio: Se trabajó con las siguientes variables:

8.1 Variable Independiente: La escala de valores

8.2 Variable Dependiente: La deshumanización de la atención médica



6. Instrumentos de Recolección de los Datos: Se utilizaron:

- Listas de cotejo
- Test AVL
- Escala de actitudes tipo Lickert para identificar actitudes de deshumanización en la atención médica

46. Ejecución de la Investigación: El trabajo de campo se realizó de la siguiente forma:

7.1 Se realizó validación de los instrumentos a utilizar; para ello éstos fueron aplicados a un grupo de jefes de Servicio, residentes, internos y externos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.

47. Se realizó observación directa de la forma en la que se interrelacionan los jefes de Servicio y residentes con internos, externos, personal de enfermería y con los pacientes durante el paso de Visita. Para ello se elaboraron Listas de Cotejo para objetivizar las observaciones realizadas, y se recuperaron comentarios escuchados y relatos de situaciones presenciadas. Esta actividad se realizó rotando



por los servicios de encamamiento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios".

48. Para el manejo de las Listas de Cotejo, se llenó una por cada sujeto observado durante cada día que se realizó la observación. Al finalizar la observación dentro de cada Servicio, se realizó un consolidado de las Listas de cada sujeto.
49. Luego, se tomaron los consolidados correspondientes a cada sujeto, y se compararon con los de los demás sujetos del mismo grupo.
50. En base a la comparación realizada, se determinó si los sujetos presentaban o no distintos comportamientos que evidenciaran humanización o deshumanización en la atención médica; así como los valores evidenciados por los sujetos en dichos comportamientos.
51. Se aplicó a todos los jefes, estudiantes residentes, internos y externos del departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios" el Test AVL.
52. Los resultados obtenidos por cada sujeto en los valores del Test fueron promediados por grupo de estudio.
53. Dichas puntuaciones promedio que fueron obtenidas se emplearon para elaborar un perfil de valores por cada grupo de estudio.
54. Las puntuaciones promedio obtenidas para cada grupo del estudio se compararon con las correspondientes obtenidas de las Listas de Cotejo.
55. Después se les aplicó a los sujetos del estudio una escala de actitudes de tipo Lickert para evidenciar actitudes de deshumanización de la atención médica.
56. Las respuestas escogidas por cada sujeto individualmente se analizaron para evaluar la confiabilidad que había tenido al contestar el instrumento. Dicha confiabilidad se evaluó en base a la cantidad de parejas de respuestas concordantes obtenidas por cada sujeto. Se determinó, como número estadísticamente válido de respuestas concordantes el que los sujetos presentaran trece o más parejas de respuestas concordantes. Se escogió este

número por representar una desviación estándar abajo de la media obtenida en conjunto por todos los sujetos en el instrumento.

57. Este procedimiento hizo necesario descartar del estudio a 4 de los estudiantes externos, así como a 3 de los estudiantes internos, ya que se consideró muy baja su confiabilidad al contestar el instrumento.
58. Posteriormente, se procedió a calificar cada uno de los instrumentos de tipo Lickert, según indica la técnica respecto a este instrumento: A cada pareja de ítems se le proporcionó un puntaje, según las respuestas escogidas por el sujeto, el cual podía ir de 0 a 8 puntos, para cada pareja.
59. Se reunieron y luego se sumaron las parejas de puntajes obtenidos, según los valores o actitudes que cada uno de ellos estuviera evaluando. Esto permitió asignarle a cada sujeto del estudio un determinado puntaje neto en cada valor y actitud que los instrumentos estaban evaluando.
60. Se reunieron los resultados de cada sujeto por grupo de estudio, y se sacó una puntuación media por cada valor o actitud para cada grupo.
61. Con los valores promedio obtenidos por cada grupo para cada valor o actitud se elaboraron los perfiles correspondientes por grupo de estudio.
62. Se compararon los resultados con los obtenidos anteriormente a través de las Listas de Cotejo.
63. Se elaboraron gráficas de dispersión para evidenciar la existencia o no de correlación entre los resultados obtenidos del Test AVL (valores) y los de la Escala de Tipo Lickert (actitudes).
64. Las gráficas de dispersión evidenciaron la ausencia de correlación entre los grupos de datos comparados, por lo que no fue necesario aplicarle a dichos datos otro tipo de tratamiento estadístico, como el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

11. Presentación de los Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico: Los resultados se manejaron de la siguiente forma:
  - 8.1. Los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Test AVL y las Escalas de Actitudes de tipo Lickert se presentan en gráficas para facilitar su comprensión. Las mediciones estadísticas empleadas fueron: Puntuaciones promedio, y se realizaron también gráficas de dispersión. No fue posible emplear medidas de correlación, ya que se evidenció que los datos no tenían correlación entre sí.
  - 8.2. Los resultados cualitativos obtenidos de la observación, así como los comentarios escuchados y las situaciones que fueron presenciadas se presentan de manera descriptiva, para no perder la riqueza de la expresión.

## **E. RECURSOS:**

10. Materiales Físicos: Hojas de papel, lápices, borradores, lapicero, calculadora, Test AVL con hoja de respuestas, plantilla para calificación, listas de cotejo, escalas de actitudes tipo Lickert (fotocopiadas).
11. Humanos: Médicos especialistas y estudiantes externos, internos y residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios",

pacientes, personal de enfermería, asesor, revisora, grupo piloto para validación de los instrumentos, investigadora.

12. Económicos: Por cuenta de la investigadora.

## **XV. ALCANCES Y LIMITACIONES:**

Se cubrió a toda la población prevista, se llevaron a cabo todos los procedimientos y se aplicaron todos los instrumentos propuestos.

Por la naturaleza de este trabajo de investigación, y por el tamaño de la población utilizada, los resultados obtenidos se consideran básicamente válidos para el grupo incluido dentro de este estudio.

Por ser un estudio de tipo transversal, no es posible determinar con certeza, si existen cambios en las actitudes y valores de los sujetos del estudio en forma individual, sólo es posible presumir los mismos a través de las diferencias encontradas entre los grupos.

## **XVI. PRESENTACION DE RESULTADOS:**

Previo a la presentación de los resultados, se consideró importante realizar una breve descripción sobre la estructura actual del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios", lugar donde se realizó este estudio.

En lo que al espacio físico se refiere, el Departamento cuenta con un área de Encamamiento (quinto nivel), Cuidado Crítico (segundo nivel), Emergencia (primer nivel) y Consulta Externa (primer nivel). La Jefatura del Departamento se encuentra en el segundo nivel, y tanto las reuniones de Postgrado como las de Departamento se realizan en los salones del séptimo nivel, donde además se encuentran los dormitorios de los residentes.

El área de encamamiento consta de cuatro unidades (XIII, XIV, XV y XVI), cada una de las cuales está dividida en dos servicios: A y B. En cada Unidad hay espacio para cerca de 32 pacientes. Las Unidades XIII y XIV están destinadas al encamamiento de mujeres, y en la XV y XVI se encuentran los hombres.

El área de Cuidado Crítico está dividida en varias unidades: Intensivo, Intermedios, Coronarios y Transplantes.

La emergencia cuenta con un área de emergencia propiamente dicha, otra destinada a la observación de pacientes, y otra para el examen y clasificación de pacientes.

La consulta externa, por su parte, está dividida en clínicas por especialidades, y cuenta además, con otras destinadas a la clasificación de pacientes nuevos.

En cuanto al personal médico se refiere, al ser el Hospital un Hospital-Escuela, cuenta con: Jefe del Departamento, jefes de unidad y jefes de servicio (ocupados por subespecialistas), jefe de residentes, estudiantes de postgrado (residentes de primero, segundo y tercer año) y estudiantes de pregrado, de cuarto y sexto año de la Carrera (externos e internos).

Actualmente, hay veintidós residentes en el Departamento: ocho residentes de tercer año (uno de los cuales se encuentra ausente durante este mes por estar realizando su electivo y otro, por encontrarse de vacaciones), cinco residentes de segundo año, y nueve residentes de primer año. Todos los residentes se encuentran rotando por las áreas mencionadas anteriormente.

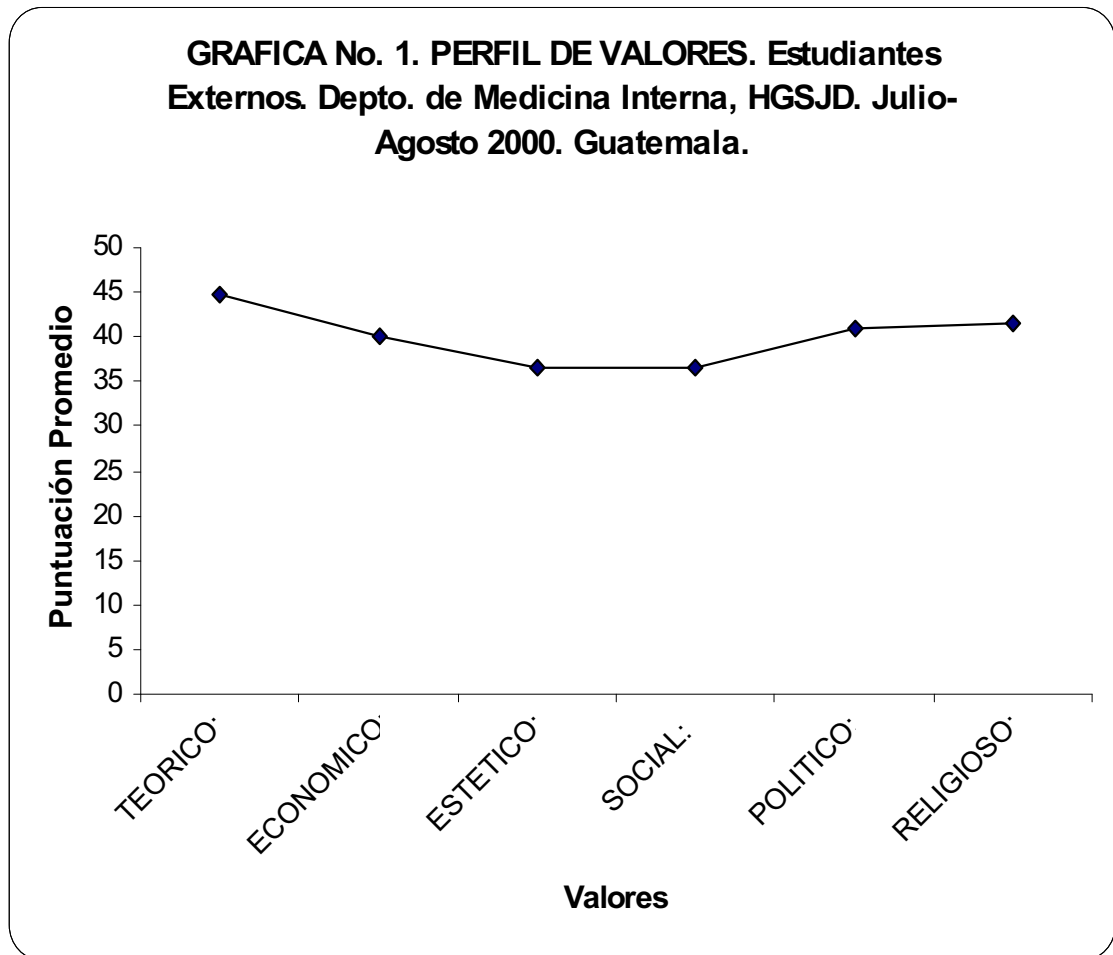
En cuanto a los estudiantes de pregrado, actualmente se encuentran rotando por el Departamento quince internos (sexto año) y dieciséis externos (cuarto año).

Tanto los residentes, como los estudiantes internos y externos cumplen con diversas responsabilidades que tienen asignadas en sus respectivas áreas de práctica, y con un rol de turnos cada cuatro días (a excepción de los internos que se encuentran rotando por el área de Cuidado Crítico, que tienen turno cada tres días).

La rotación de los internos tiene una duración de dos meses; la de los externos, de cuatro meses.

El presente estudio se realizó durante los meses de julio y agosto del 2000 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General “San Juan de Dios”<sup>9</sup>. Para obtener los resultados se utilizaron tres instrumentos y para su mejor comprensión, los resultados se presentan en función de las variables que fundamentaron el estudio. Así, se presenta primero una sección sobre valores, otra de actitudes de deshumanización de la atención médica, y luego, otra en la cual se relacionaron.

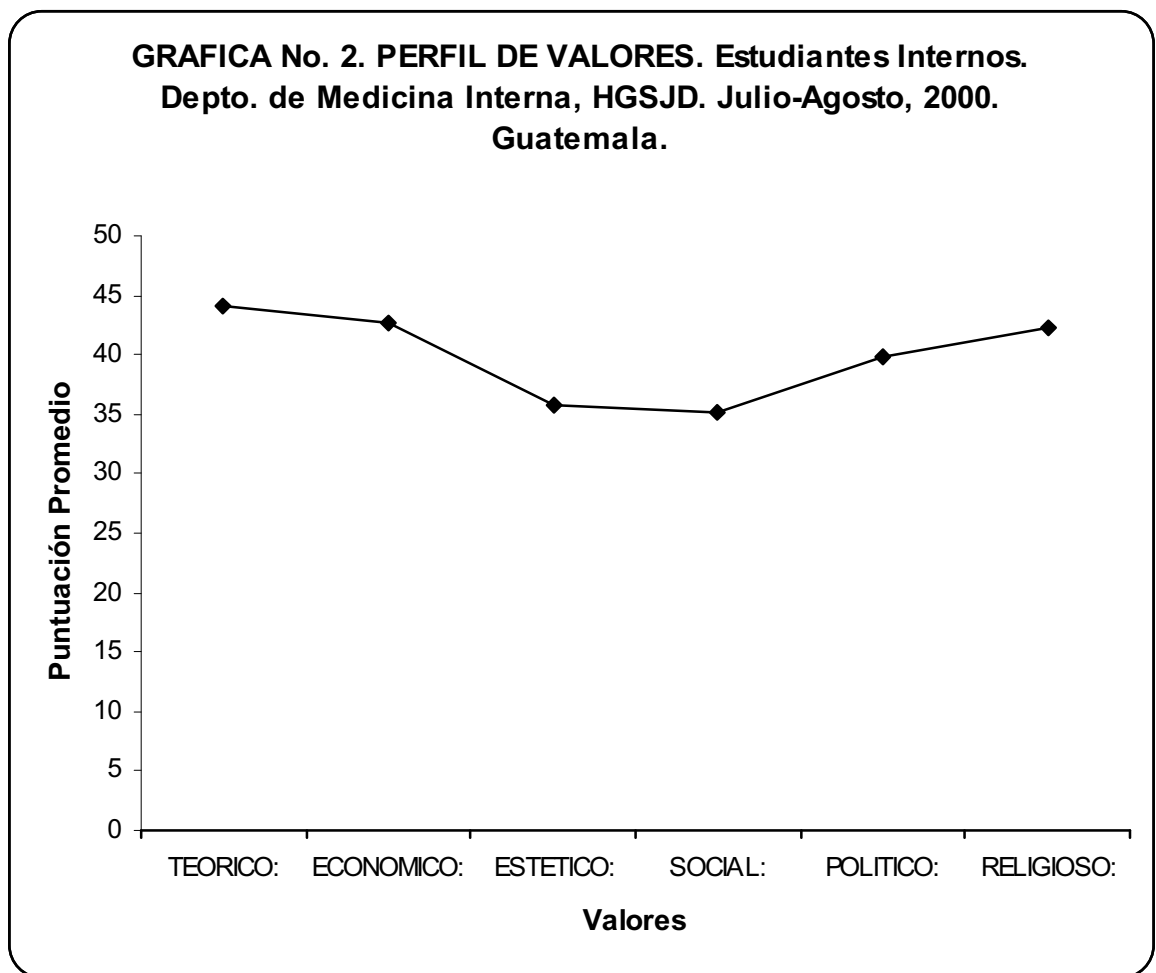
### E. ESCALA DE VALORES:



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

<sup>9</sup> En todas las gráficas del estudio se utilizaron las siglas HGSJD para designar el nombre del Hospital General “San Juan de Dios”.

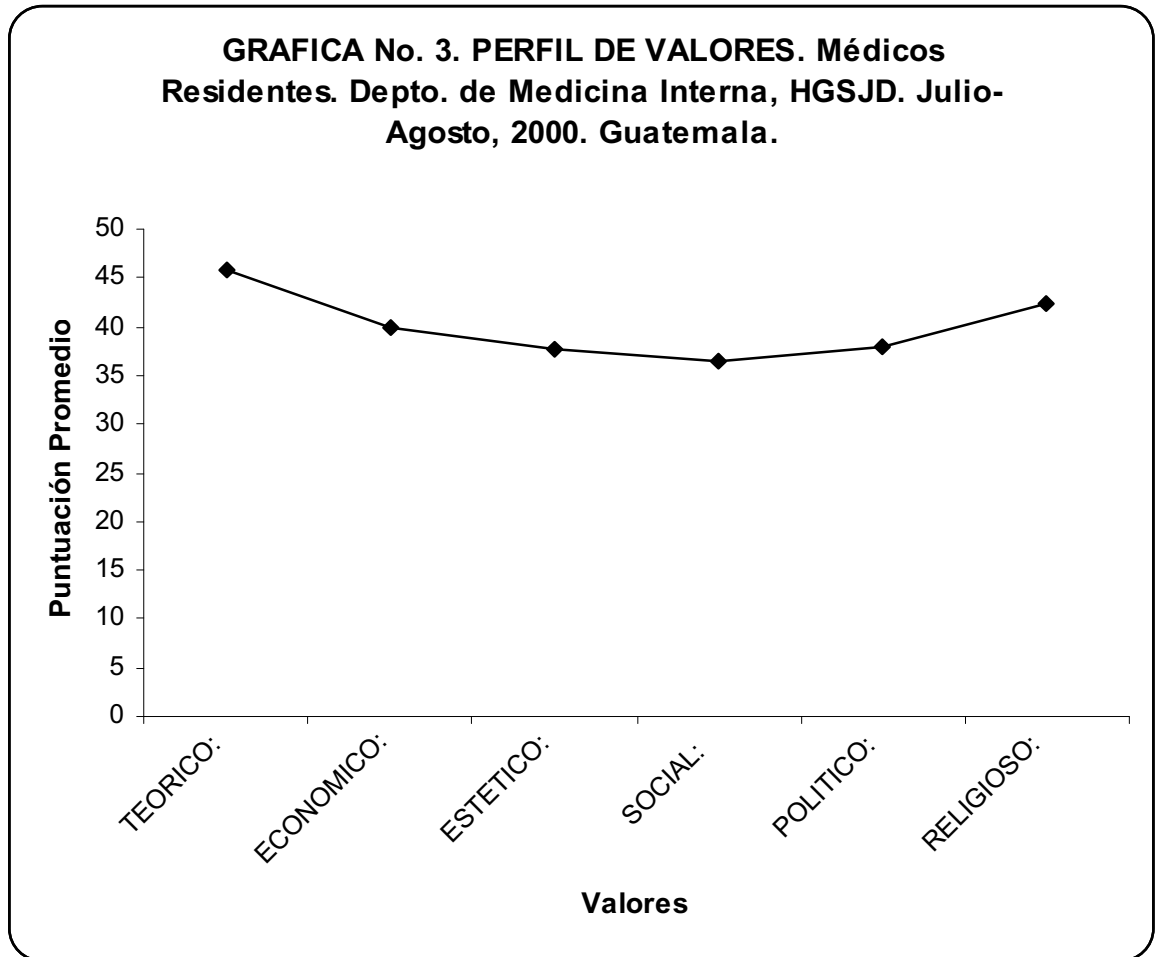
Se puede observar en la Gráfica No. 1 que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de externos para los valores evaluados oscilan entre 36.5 y 44.7, siendo el teórico el que obtuvo la puntuación mayor; luego, le siguen el religioso (41.5), el político (40.9), el económico (40.0), el estético (36.6) y por último, el social. No hay mucha diferencia entre las puntuaciones, pero llama la atención que el valor más bajo sea el social.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

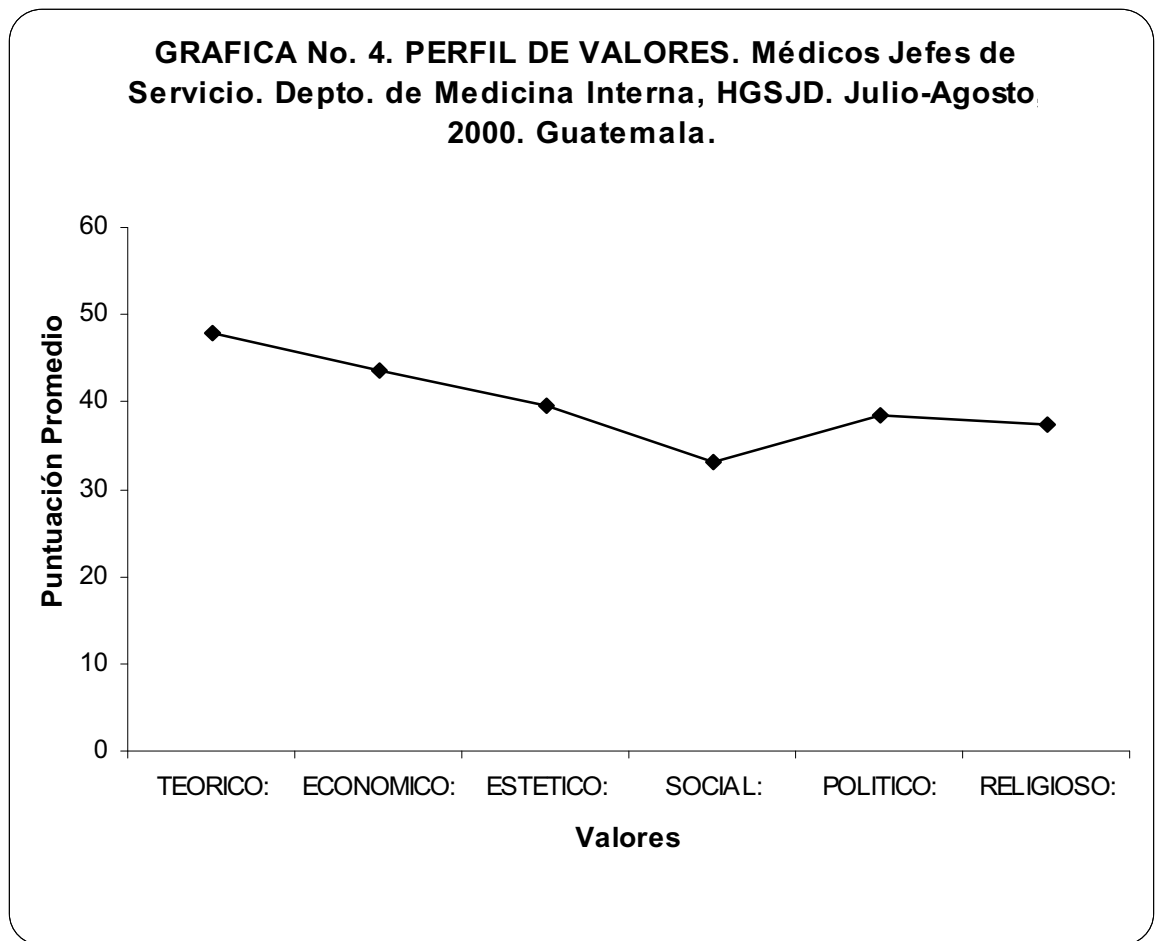


La Gráfica No. 2 presenta las puntuaciones promedio obtenidas en el Test AVL por el grupo de internos que participó en el estudio. La puntuación más alta fue la del valor teórico (44.1). Luego, siguieron el económico con 42.7, el religioso con 42.3, el valor político con 39.9, el estético con 35.7, y por último, el social con 35.2. En este grupo llamó la atención el predominio de los valores teórico y económico, y lo poco que se obtuvo en el valor social.



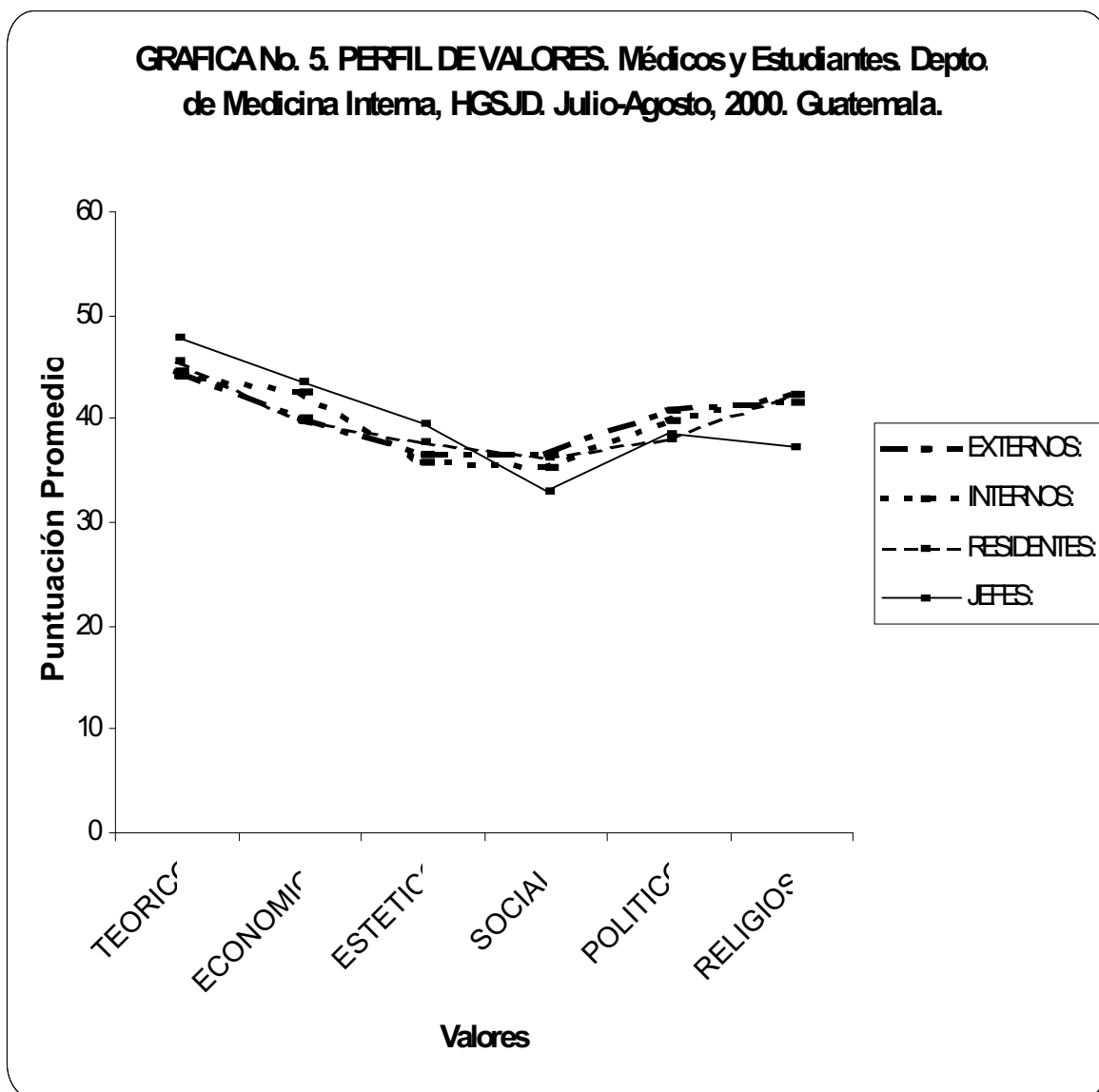
Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 3 presenta los resultados de los médicos residentes: 45.7 en el valor teórico, 42.3 en el religioso, 39.8 en el económico, 38.0 en el político, 37.7 en el estético, y 36.4 en el social. Los valores extremos fueron el teórico y el social.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 4 se observa el perfil de valores de los jefes de servicio. La diferencia entre puntuaciones entre los valores es mayor que la de los otros grupos; pero persiste el valor teórico como puntaje máximo con 47.8, y el valor social como mínimo, con 33.1. El valor económico obtuvo 43.6; el estético, 39.6; el político, 38.5; y el religioso con 37.3.



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL. Guatemala. Agosto 2000.

En la Gráfica No. 5 se presentan las puntuaciones promedio obtenidas por todos los grupos para cada valor evaluado por el Test AVL. Existen pequeñas diferencias entre los puntajes obtenidos, pero en general todos los grupos siguieron un patrón similar: La tendencia fue obtener las mayores puntuaciones en el teórico y el económico, y las menores en el estético y social. Los jefes de servicio obtuvieron los valores extremos: 47.8 (valor teórico), y el más bajo: 33.1 (valor social).

En cuanto a la información obtenida en las Listas de Cotejo, se observaron algunos aspectos importantes con respecto a los valores. Se ilustran las situaciones descritas con breves ejemplos que se presenciaron durante el trabajo de campo, para su mejor comprensión. Se decidió presentar esta información en forma descriptiva por considerar que los datos obtenidos son cualitativos, no cuantitativos. Y en determinado momento, el querer cuantificarlos puede provocar que pierdan su riqueza.

En lo que al valor teórico se refiere se observó lo siguiente:

En los externos, aunque en general no se encontró evidencia de que "estén estudiando mucho", si se encontró evidencia de que el aprendizaje es una de sus fundamentales preocupaciones, de esta forma demuestran que su valor teórico es elevado.

**Comentario realizado por una externa:**

- "Realmente me preocupa que me paso todo el día aquí metida sacando "chance", llego tarde a mi casa, y sólo llego a dormir. ¡No estoy estudiando nada! Y no sé que hacer..."

En los internos, se evidenció que la mayoría de ellos cuentan con un valor teórico alto. En múltiples ocasiones evidenciaron conocer manejo y tratamiento; aún en ausencia del residente se les observó a muchos de ellos tomar decisiones.

En los residentes, se observó que cuentan con un gran interés por aprender. Se considera que, en general, son un grupo muy capaz, que puede lograr bastante. Además, a la mayoría de ellos les gusta la docencia (cada uno a su particular manera). Cabe mencionar el caso de un residente que se pasa discutiendo con el interno y externos (en forma amistosa) durante toda la visita. Otro de los residentes, por su propia voluntad, se dedicó más de una vez a dar docencia a los externos a la hora de la Clínica cuando la suspendían y los externos ya se encontraban allí. Por todo lo anterior, se considera que evidencian tener un valor teórico alto.

En los jefes, los que pasan visita con los externos (que no son muchos), se dedican a discutir algunos aspectos de los casos de los pacientes. Se considera que si no se evidenció de mayor forma el valor teórico no necesariamente obedece esto a que no lo tengan, sino a que otros valores pueden estar predominando en ellos.

En lo que al valor económico se refiere, se evidenció lo siguiente:

Los externos manifiestan un alto valor económico (utilitario), pues en muchas ocasiones se observó que se preocupan por sacar el "chance", aunque en ocasiones no saben por qué es importante que lo hagan. Además, se observó que en su mayoría, no se acercan al paciente a menos que necesiten sacarle algún examen.

En una ocasión, un externo dejó a una paciente sola con su familiar en el lugar donde le iban a hacer un ecocardiograma (enfrente del Hospital). Ante el reclamo de la interna, él contestó que "ya era su hora de clase".

Los internos, por su parte, también manifestaron tener un alto valor utilitario, manifestado éste a través de comportamientos como la poca comunicación que entablan ellos con los pacientes, pues se preocupan más por cumplir

con el trabajo de "secretaria" que muchas veces les toca cumplir dentro de los Servicios: Escribir evoluciones, hacer egresos, hacer recetas, resumen de órdenes y de recetas una vez por semana...

Comentario de un interno, luego del fallecimiento de una paciente del Servicio vecino:

- "Aunque suene bien feo, qué bueno que la señora se murió de una vez. Yo creí que iba a tener que estarla controlando todo el Turno..."

Los residentes, en muchos casos, evidencian también tener un valor económico alto, un ejemplo de esto es cuando dejan de ver a los externos como seres humanos, como individuos, y los consideran, únicamente, como fuerza de trabajo, sin preocuparse del efecto que sobre ellos provoquen sus comentarios:

Comentario de una externa:

- "La residente me regaña cuando falta algo del chance que ella dejó el día anterior. Cuando yo le digo que fue mi compañero quien no cumplió con su parte del trabajo, ella dice que no importa que fuera responsabilidad de él, que yo tengo la sobrada obligación de hacer las cosas que él no hace..."

Una residente a una externa:

- "No te puedo poner más alta la nota del Servicio, aunque sé que te esforzaste. Si lo hago, ¿cómo justifico la nota baja que le puse a tu compañero? Pero no tengas pena, si ganás con lo que te puse..."

En el caso de los jefes, la mejor evidencia de que si es para la mayoría de ellos significativo el valor económico está en el hecho del poco tiempo que permanecen en los servicios.

En lo que al valor social respecta, se puede apreciar lo siguiente:

Algunos de los externos sí evidenciaron tener valor social, aunque no es, por lo general, lo más frecuentemente observado. Sin embargo, son las personas que más se acercan al paciente (por la misma naturaleza de su trabajo), y cuando lo hacen con dedicación, los pacientes lo perciben, y por ello, les toman afecto.

Diálogo entre una externa y una paciente:

- Doctora, ¿otra vez me viene a sacar sangre? Ya no, mucho me ha sacado ya. Mejor váyase.
- Pues, realmente, ganas no me faltan. Ya no aguanto más estar aquí.
- Ay no, niña. No se ponga así. Yo no estaba hablando en serio. Es que otra vez la regañaron, ¿verdad? Pero no esté triste, que usted es muy buena, y no fue su culpa...

En lo que a los internos se refiere, la mayoría han dado muestras de indiferencia ante el dolor humano, y de que lo que más les interesa son las calificaciones que les den otros, han evidenciado tener poco grado de sensibilidad social y aprecio por sus pacientes. Fue interesante observar, en más de una ocasión, que un paciente falleciera en un Servicio, y que el interno pudiera limitarse a dar la información al familiar, como si le estuviera hablando de cualquier cosa intrascendente, y pudiera luego darse la vuelta y continuar realizando su trabajo por donde lo había dejado sin inmutarse ante las muestras de condolencia expresadas por dicho familiar, aunque en pocos casos se plantean detalles sensibles:

Comentario de una interna:

- "Yo comparto la opinión del jefe de Servicio. ¿Para qué vamos a prolongar su sufrimiento si ya no se puede hacer nada por ella? El resultado final no lo podemos cambiar, lamentablemente. Entonces, por lo menos dejémosla tranquila, y al lado de su hija..."

En el caso de los residentes, aunque la mayoría no evidencia que el valor social sea una de sus prioridades, sí hay algunos que lo tienen:

Comentario de un externo:

- "Esta es la segunda vez que el doctor pone dinero de su bolsa para costearle un examen al paciente, en "préstamo provisional", según dice él, mientras la familia aparece..."

Se tuvo la oportunidad de observar a una residente, un sábado en la mañana, después del turno, invertir más de una hora al intentar obtener indicaciones de una paciente sobre cómo localizar a su familia. Estaba preocupada porque no se les había podido localizar aún, y quería ir a buscarlos en persona, ante los infructuosos resultados obtenidos por la Trabajadora Social.

Algunos jefes (aunque no la mayoría), si evidenciaron tener valor social alto en el trato con sus pacientes.

Un jefe de Servicio, indignado por el "chivoleo" sufrido por una paciente delicada en su Servicio, que nadie quería ir a evaluar, llegó a verla fuera del horario que acostumbra, preocupado por el mal estado en el que ella estaba, para ver si llegaban los otros especialistas a evaluarla...

En otros casos, sin embargo, se tuvo también evidencia del bajo valor social que algunos presentan:

Comentario de una externa:

- "... Y hasta el jefe de Servicio sigue insistiendo en que se localice a la familia para que se la lleven a su casa, pues ya no se puede hacer nada por ella, y ¿de qué nos va a servir tener el cadáver allí?..."

En lo que al valor político respecta:

En los externos no se evidenció la presencia de este valor, no se identificó, dentro del grupo, a ninguno que ejerciera cualidades de líder entre sus compañeros.



En la mayoría de los internos si se evidenció el interés en ejercer su autoridad sobre los externos (sus subordinados inmediatos), con comentarios como:

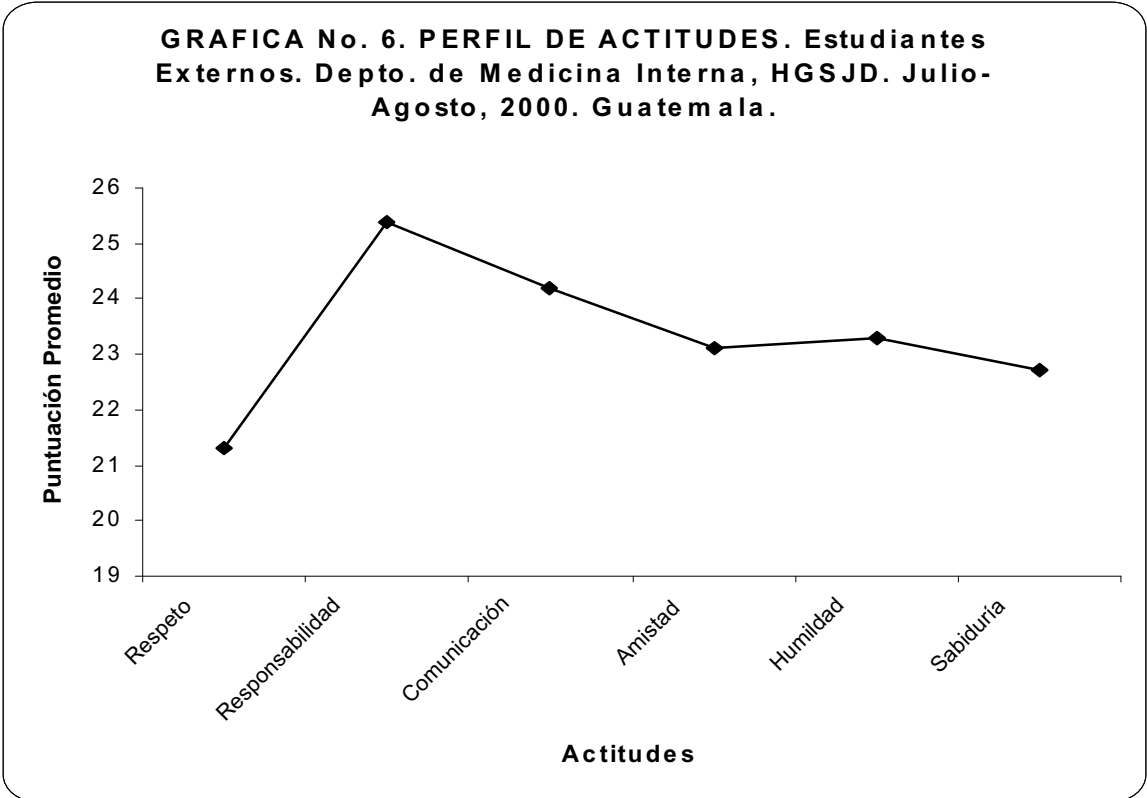
- "Yo le dije a la residente que las castigara. Para que aprendan y no vuelvan a hacer lo mismo..."
- "No tengás pena, vos. El martes me toca turno con ella, y me la voy a clavar..."

En el caso de los residentes, no se evidenció un componente importante de valor político; pero en algunos casos sí se observó éste:

- "Como no hay internos en la Emergencia, voy a pasar trayendo a los que llegaron tarde ayer a la Clínica, y también a aquel que se las ha estado pelando mucho...."

En lo que a los jefes respecta, no se observó tampoco que el valor político fuera importante en este grupo.

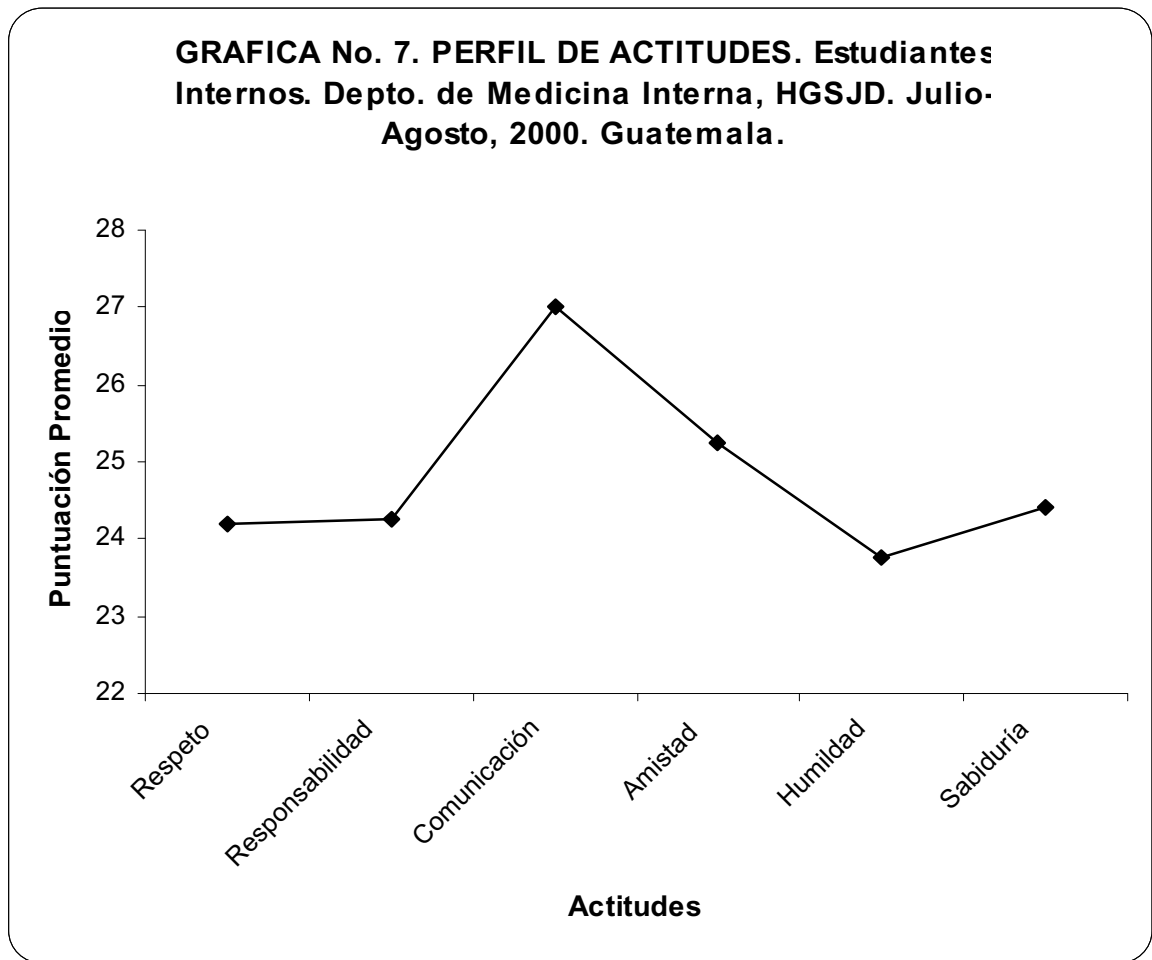
## **F. DESHUMANIZACION DE LA ATENCION MEDICA:**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 6 se presentan las puntuaciones obtenidas para las actitudes evaluadas de los externos; éstas fueron: 25.4 para la responsabilidad; 24.2 para la comunicación; 23.3 para la humildad; 23.1 para la amistad; y para la sabiduría, 22.7. El respeto fue la actitud que obtuvo la puntuación más baja, y fue de 21.3.

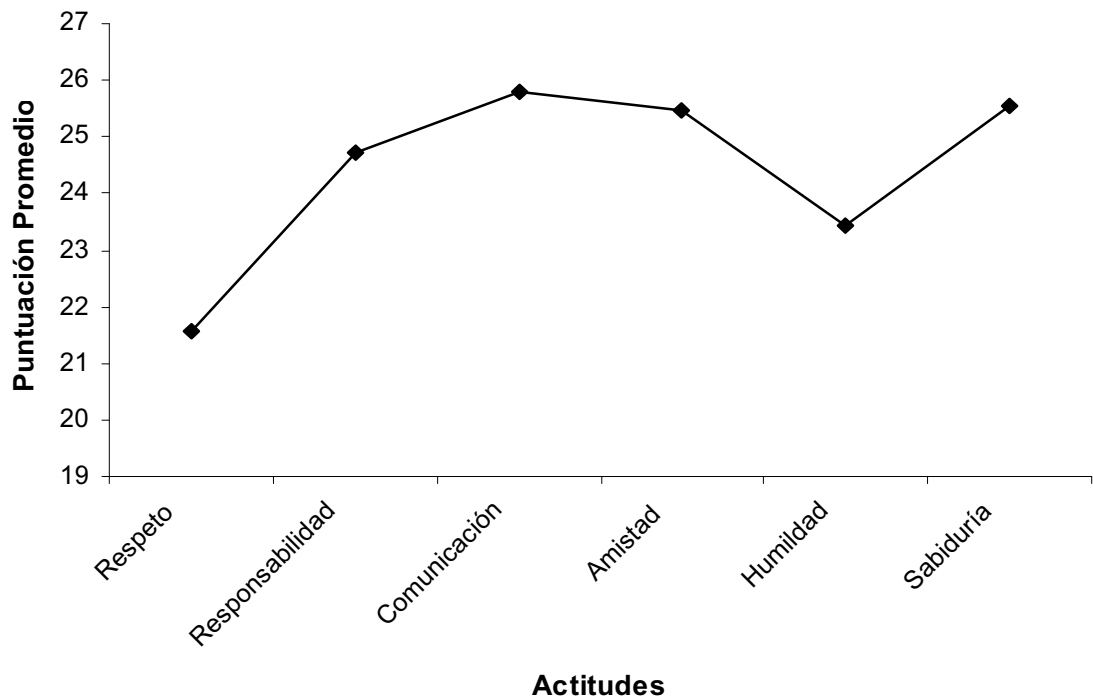
**GRAFICA No. 7. PERFIL DE ACTITUDES. Estudiantes Internos. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 7 se aprecian las puntuaciones de los internos para las actitudes evaluadas: 27 (más alto) para la comunicación; el más bajo fue de 23.7 para la humildad. Los restantes fueron: 25.25 para la amistad, 24.4 para la sabiduría, 24.25 para la responsabilidad, y 24.2 para el respeto.

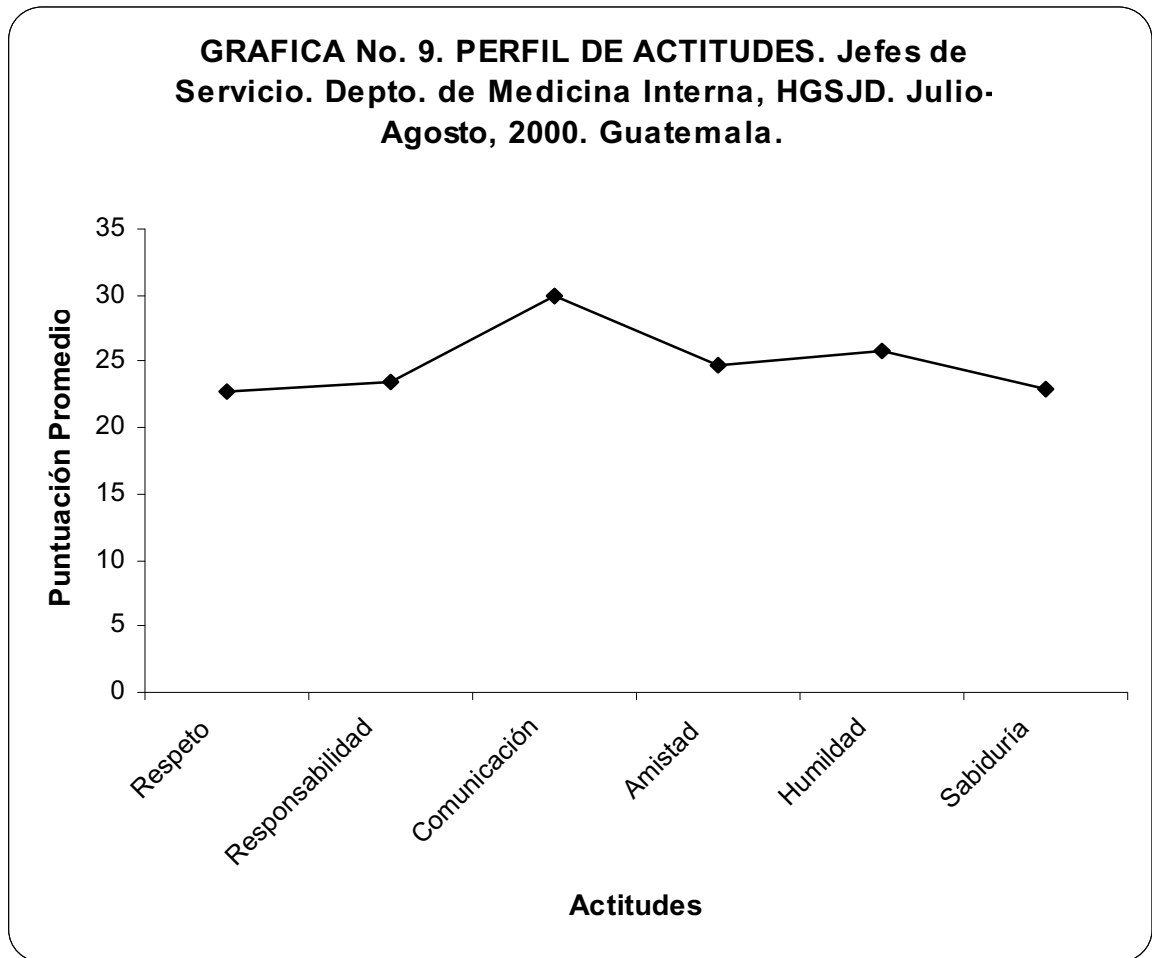
**GRAFICA No. 8. PERFIL DE ACTITUDES. Médicos Residentes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 8 se observan los puntajes de los residentes para cada actitud: 25.8 para la comunicación, 25.55 para la sabiduría, 25.45 para la amistad, 24.7 para la responsabilidad, 23.45 para la humildad, y 21.55 para el respeto. Se obtuvo un puntaje alto para la comunicación, y bajo para el respeto.

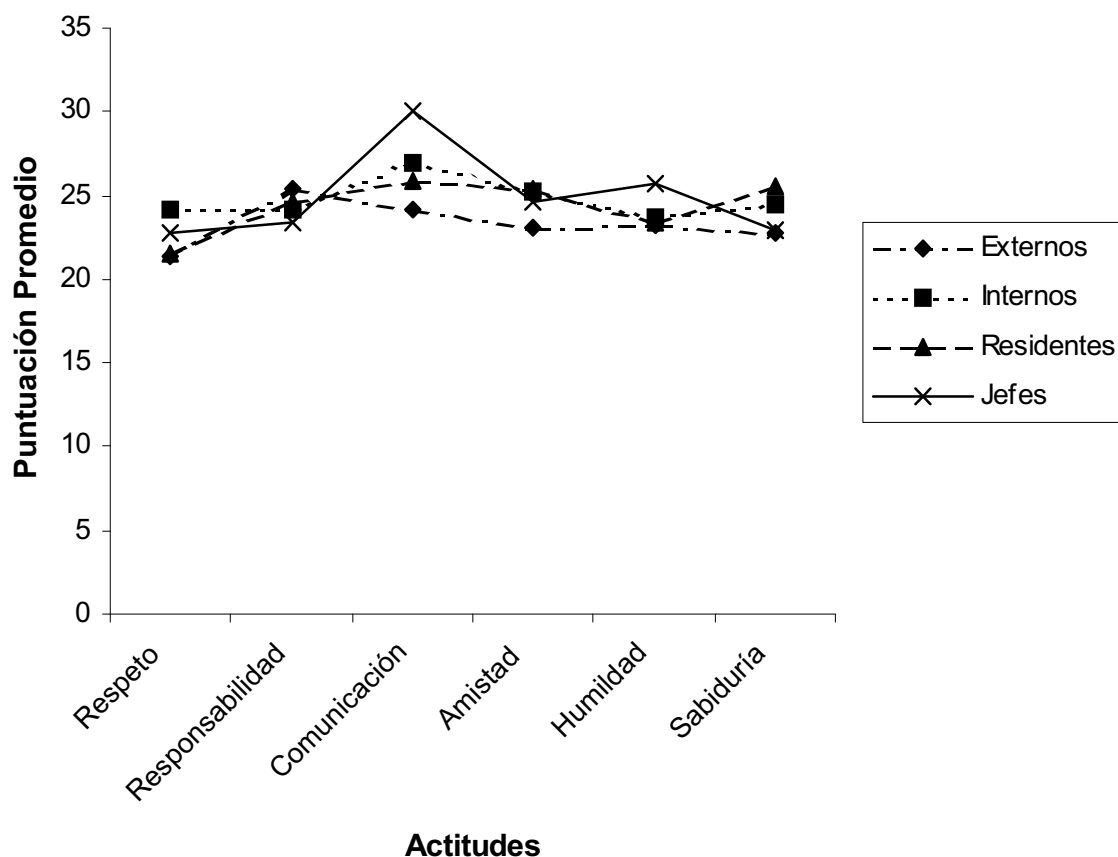
**GRAFICA No. 9. PERFIL DE ACTITUDES. Jefes de Servicio. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Escalas de Actitudes de Tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

La Gráfica No. 9 presenta los resultados de los jefes de servicio para las actitudes evaluadas. Los puntajes fueron los siguientes: 30 para la comunicación, 25.73 para la humildad, 24.73 para la amistad, 23.45 para la responsabilidad, 22.91 para la sabiduría, y 22.82 para el respeto.

**GRAFICA No. 10. PERFIL DE ACTITUDES. Médicos y Estudiantes. Depto. de Medicina Interna, HGSJD. Julio-Agosto, 2000. Guatemala.**



Fuente: Boletas de Calificación Instrumentos de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

En la Gráfica No. 10 se presentan los resultados obtenidos por todos los grupos, los cuales no comparten un patrón de puntuaciones similar. Para el respeto, los internos obtuvieron 24.2, los jefes 22.8, los residentes 21.5 y los externos 21.3. Para la responsabilidad, los externos obtuvieron 25.4, los residentes 24.7, los internos 24.2 y los jefes 23.4. Para la comunicación, los jefes obtuvieron 30, los internos 27, los residentes 25.8 y los externos 24.2. Para la amistad, los residentes obtuvieron 25.4, los internos 25.2, los jefes 24.7 y los externos 23.1. Para la

humildad, los jefes obtuvieron 25.7, los internos 23.7, los residentes 23.4 y los externos 23.3. Para la sabiduría, los residentes obtuvieron 25.5, los internos 24.4, los jefes 22.9 y los externos 22.7.

Estos resultados cuantitativos se explican mejor al compararlos con situaciones vivenciales, por lo que a continuación se presentan, de manera descriptiva, algunas actitudes observadas a través de las Listas de Cotejo, así como comentarios y opiniones, las cuales fueron expresadas por los diferentes actores. Esto tiene por objeto clarificar el tema de la deshumanización de la atención médica. No se presentan de manera gráfica por tratarse de resultados cualitativos. Dentro de ellos se incluyen, de manera textual, algunas frases, las cuales posteriormente servirán para apoyar el análisis del tema.

En lo que al respeto se refiere, se pudo observar lo siguiente:

Los externos generalmente presentan una buena relación con los pacientes, ya que tienden a dirigirse a los pacientes con respeto y amabilidad, rara vez se refieren a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”; y ocasionalmente manifiestan que consideran los procedimientos de los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”. Con respecto a las relaciones interpersonales para con el resto del personal médico, por lo general se dirigen al resto del personal con respeto y amabilidad (a excepción de algunas situaciones en las que se observaron faltas de respeto hacia residentes o internos); en pocas ocasiones se observó que utilizaran adjetivos descalificantes para referirse a algún miembro del personal (residentes).

Comentario de un externo:

- “... Yo mejor me fuí a dormir, total, si de todas formas me van a castigar, que me castiguen por algo...”

Los internos, en su relación con los pacientes, manifestaron generalmente, respeto y amabilidad en su forma de dirigirse al paciente; pero en ocasiones se refirieran a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”, o los consideraron como “oportunidades de hacerse la manita”. En lo que se refiere al resto del personal, generalmente se dirigían a ellos con respeto y amabilidad, a excepción del caso de algunos externos, con los que se manifestaron irrespetuosos. Utilizaron adjetivos descalificantes ocasionalmente para referirse a algunos externos y miembros del personal de enfermería.

Comentario de un interno:

- “Si perdió la receta, no es mi problema. Las enfermeras del Servicio no son más que una bola de haraganas, y yo no tengo por qué pagar por su descuido...”

Los residentes tienden a dirigirse a los pacientes con respeto y amabilidad; y sólo ocasionalmente se refieren a ellos como “caso interesante” o “caso poco interesante”. No se observó que se refirieran a los pacientes como “oportunidades de hacerse la manita”. En cuanto al resto del personal, casi siempre se dirigieron a ellos con respeto y amabilidad; aunque en ocasiones se mostraron irrespetuosos con los externos, llamándoles la atención en público, o haciendo comentarios descalificantes de ellos con otras personas, aún enfrente de ellos.

Una residente al Psiquiatra, cuando éste evaluó a una paciente del Servicio:

- ¿Cómo encuentra a la señora, Doctor?
- Bastante bien. Yo diría que hasta se encuentra más orientada que ella... - señalando a la externa.
- Eso sí se lo creo, que esté más orientada que ella.

Durante un turno, el residente le preguntó a la interna por unas radiografías que ella no había podido sacar. Entonces, a las 2:00 de la madrugada le preguntó que si ya había cenado, porque de haberlo hecho,



mejor hubiera sacado el chance en ese tiempo. Como ella contestó que no, él le dijo que pasara al día siguiente a la Jefatura por su reconocimiento...

Los jefes se refieren ocasionalmente a los pacientes como "casos interesantes" o "casos poco interesantes". No se observó que se refirieran a los procedimientos como "oportunidades de hacerse la manita". Aunque en muchas ocasiones, no le dirigen para nada la palabra al paciente, cuando lo hacen es en forma amable y respetuosa. Casi siempre se dirigen a los demás miembros del personal médico con respeto y amabilidad. Sin embargo, en ocasiones realizan comentarios o adjetivos descalificantes para referirse a los externos.

Un docente del Postgrado, al inicio de una Sesión de Departamento comentó:

- "No han venido externos, porque son una especie en extinción..."

Un subespecialista comentando a dos internos durante una Sesión de Departamento:

- "¿Saben en qué se parece el PPD a un externo? En que pudiera pasar desapercibido".

En lo que a la responsabilidad se refiere, se pudo observar lo siguiente:

Los externos muestran, por lo general, responsabilidad en la realización de su trabajo con los pacientes, ya que casi siempre tratan de cumplir con el trabajo que se les ha encomendado a la mayor brevedad posible, y generalmente utilizan medidas adecuadas de asepsia y antisepsia al momento de realizarle procedimientos a los pacientes; sin embargo, nunca verifican que se les estén administrando adecuadamente los medicamentos a sus pacientes. En cuanto a si muestran responsabilidad hacia el resto de su equipo de trabajo, no acostumbran indicar al personal que utilicen algún medio de protección para realizar

procedimientos con los pacientes, aunque ellos vean que no lo están haciendo (a excepción de una ocasión, en la que se observó a una externa llamándole la atención sobre eso a una interna), y no se observó que ayudaran a supervisar el trabajo de alguien que manifestara no estar seguro de cómo realizarlo.

El residente autorizó a la externa ese sábado para ir a su casa a solucionar un asunto familiar que la preocupaba, con la condición que de alguna forma sacara el "chance" antes del lunes, porque los resultados eran importantes, y su compañero estaba de turno. La externa regresó ese mismo día, luego de solucionado su problema (como a las 19:00), y no se fue a su casa hasta terminar con el "chance", porque "era su responsabilidad, y el residente había confiado en ella..."

Los internos generalmente exigen el cumplimiento del chance a la mayor brevedad posible, y a veces, verifican si los medicamentos se les están administrando adecuadamente. En pocas ocasiones se observó que le realizaran procedimientos a los pacientes. En cuanto al resto del personal, no se observó que indicaran a alguien el usar medidas de protección, previo a realizar procedimientos, y rara vez se les vió supervisar procedimientos a los externos.

Un interno solicitó permiso un sábado por la mañana para no pasar visita, e ir a conocer Puestos de Salud. El residente se lo dió, y le dijo que él pasaría visita como a las 7:00, solo. El interno llegó al Servicio pasadas las 8:00, vió que el residente no había llegado y les dijo a los externos que pasaran visita solos porque el tenía permiso de no pasar visita. Y se fue.

Los residentes, por lo general, se muestran exigentes en lo que al cumplimiento del "chance" se refiere. La mayoría se preocupan de supervisar que se estén administrando adecuadamente los medicamentos a los pacientes. En contadas ocasiones realizan procedimientos, pero si usan medidas adecuadas de asepsia al realizarlos. Por lo general, no acostumbran indicar al personal que usen medidas de

protección previo a realizar procedimientos. Además, rara vez supervisan algún procedimiento dentro del Servicio.

Los jefes rara vez exigen el cumplimiento del “chance” dentro de los Servicios, sólo en contadas ocasiones lo hacen. A veces, supervisan si los medicamentos se están administrando adecuadamente a los pacientes. Por lo general, no realizan procedimientos dentro de los Servicios. En contadas ocasiones le indican al personal que utilice medidas de protección, previo a realizarle procedimientos al paciente.

En cuanto a la comunicación, se observó lo siguiente:

Los externos no siempre muestran actitudes de comunicación con sus pacientes, ya que no miran atentamente al paciente siempre que conversan con él, sólo en ocasiones lo hacen, y tienden a preguntar solo a veces a sus pacientes cómo se sienten; por otra parte, no siempre se dirigen al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él. En cuanto a su comunicación con el resto del personal, no siempre miran a las demás personas cuando les hablan, su mejor comunicación la establecen con otros externos.

Los internos, por su parte, rara vez le preguntan al paciente cómo se siente, y sólo a veces lo observan mientras conversan con él (aparte que, de por sí, conversan poco); sin embargo, casi siempre le hablan en un lenguaje claro y comprensible para él. En cuanto al resto del personal, durante la visita no acostumbran ver a las personas cuando hablan con ellas, pues se dedican a escribir órdenes; sin embargo, fuera de la misma, casi siempre lo hacen. Rara vez notifican a los familiares de los pacientes la gravedad en que se encuentran, o las defunciones del Servicio, sólo lo hacen en casos muy necesarios.

Los residentes casi siempre están pendientes de cómo se sienten los pacientes, y generalmente los observan mientras

conversan con ellos. Cuando se dirigen a ellos, lo hacen con claridad, aunque también discuten frente a ellos sus patologías con el resto del equipo, sin preocuparse de qué estarán pensando. Se preocupan de notificar, siempre que pueden, las defunciones o gravedad de sus pacientes a los familiares. Con el resto del personal, casi siempre los observan mientras les dirigen la palabra.

Los jefes en muchas ocasiones se limitan a realizar una visita muy rápida por el Servicio, por lo que es frecuente que no conversen con los pacientes. Sin embargo, en contadas ocasiones, sí se preocupan por pasar visita, interrogar a los pacientes y hablarles con claridad, observándolos mientras dialogan con ellos. Es raro que hablen con los familiares del paciente para notificar defunciones o gravedad de los mismos. En cuanto al resto del personal del Servicio, muchos jefes se relacionan más que todo con el residente, y a lo sumo, con el interno.

Comentario de una externa:

- "El jefe de Servicio nunca escucha. Sólo le pregunta a alguno de los dos sobre la enfermedad del paciente, y si no contesta, ya ni le pregunta al otro. Sólo nos regaña y se va, diciendo que nunca estudiamos nada..."

Durante una Sesión de Departamento, un docente del Post-grado hizo énfasis en que la comunicación entre médico y paciente es esencial. Hizo ver que no basta con observar al paciente e interrogarlo, sino que es de suma importancia el saber escucharlo y finalmente, creer lo que él dice.

En lo que se refiere a la amistad, se observó:

Los externos establecen cierta relación de amistad con los pacientes, ya que su saludo a los pacientes tiende a ser cordial, y generalmente realizan lo mejor posible las cosas que les desagradan en bien del paciente; sin embargo, también se observó que frecuentemente no muestran interés en ayudar

al paciente a resolver sus problemas con Trabajo Social, y no siempre se dirigen a ellos por su nombre. En cuanto a su relación con el resto del personal médico, en muchas ocasiones no saludan al resto del equipo, sobre todo a los residentes, al personal de enfermería, y en ocasiones, a los jefes de Servicio. Nunca tratan de estimular al personal para que sean respetuosos con el paciente.

Comentario de una externa:

- "Me aflige profundamente que no haya nada que hacer por ella, y que a nadie parezca importarle eso. Pero trato de ayudarla lo mejor que puedo, para que se sienta bien. No dejo que vea mi tristeza..."

Los internos casi nunca saludan al paciente, y generalmente se muestran indiferentes a los problemas del mismo con Trabajo Social. Sin embargo, casi siempre realizan bien las cosas que les desagrada hacer. En lo que respecta al resto del personal, tienen más tendencia a saludar a los miembros del personal que están a su nivel o arriba de ellos. Por otra parte, no acostumbran estimular a nadie a ser respetuoso con el paciente.

Los residentes saludan a los pacientes la mayoría de las veces, y en ocasiones, incluso por su nombre; y por lo general realizan las cosas aunque les desagraden, sin hacérselo ver al paciente. Sin embargo, también se muestran indiferentes a los problemas que el mismo pueda tener con Trabajo Social (no siempre es así). En lo que respecta a su relación con el personal, generalmente saluda a jefes, internos y externos. No se preocupan por estimular al personal para que sean respetuosos con el paciente.

Los jefes rara vez se involucran con el paciente (como ya se mencionó anteriormente). Por lo mismo, es raro que se preocupen por solucionar los problemas del mismo con Trabajo Social. Sin embargo, se observó un caso en el que la jefe se preocupaba de conseguir, incluso personalmente, la

exoneración de los estudios del paciente. En cuanto al resto del personal del Servicio, tienden a establecer relación, más que todo, con el residente e interno (con algunas excepciones).

Comentario de un residente:

- "... Todos en el Post-grado nos demuestran que se preocupan por nosotros, y cuando es necesario que nos llamen la atención, lo hacen en privado..."

En cuanto a la humildad, se pudo constatar lo siguiente:

Los externos tienden a tomar en consideración los comentarios y sugerencias que les hacen, sobre todo los realizados por sus superiores, y generalmente reconocen sus errores y limitaciones. Sin embargo, casi nunca tratan de que el "chance" se distribuya equitativamente, nunca sugieren realizar interconsultas para beneficio de sus pacientes, y se muestran indiferentes ante la dedicación de otros en el trabajo.

Los internos acostumbran tomar en cuenta las sugerencias y comentarios realizadas por jefes y residentes. Tienden a delegar muchas responsabilidades en los externos. Sólo en ocasiones reconocen sus errores, y a veces sugieren interconsultas. Se muestran indiferentes ante la dedicación de otras personas en su trabajo.

Los residentes toman en cuenta las sugerencias de sus superiores, y en ocasiones, de los internos. Casi siempre realizan las interconsultas que consideran necesarias, dentro y fuera del Departamento. (Igualmente, se preocupan por ver lo antes posible las que les hacen a ellos de otros Servicios del Hospital). Delega responsabilidades, en forma directa, en los internos; indirectamente, en los externos; y ocasionalmente, en la jefe de enfermeras del Servicio. Tienden a depositar la responsabilidad del Servicio en el interno, durante su ausencia.

Y tienden a depositar la responsabilidad del “chance” realizado en los externos. Se muestra indiferente ante los esfuerzos del personal por realizar bien su trabajo, (con contadas excepciones) en todo caso, no hacen más que cumplir con su responsabilidad.

El residente del Servicio a la externa:

- ¡Qué bonitos separadores pusieron en sus papeletas! Se nota que se dedicaron en la elaboración de los rotulitos de las camas de las señoras...

Comentario posterior de la externa:

- ¡El Doctor se dió cuenta de mis separadores! La residente anterior no hacía más que llamarme la atención cuando alguna papeleta aún no estaba ordenada, aunque todas las demás estuvieran bien.

Los jefes acostumbran tomar en cuenta los comentarios y sugerencias de otros especialistas, e incluso de los residentes. Generalmente, delegan toda la responsabilidad en el residente. Se preocupan por realizar interconsultas cuando lo consideran necesario. En muchas ocasiones, no reconocen sus errores. Se muestran indiferentes, generalmente, al esfuerzo del personal por realizar bien su trabajo.

En lo que respecta a la sabiduría, se observó lo siguiente:

Los externos sólo en contadas ocasiones presentan los casos de sus pacientes, a veces explican y aclaran las dudas que les presentan, sólo en ocasiones se observó que evidenciaran sus conocimientos durante la visita, y rara vez dan Plan Educacional al paciente y a su familia. Sin embargo, generalmente tratan de conocer las historias clínicas de sus pacientes.

Los internos casi nunca presentan pacientes en el Servicio, en muy contadas ocasiones si no está el residente, o cuando es paciente nuevo y nadie más lo conoce en el Servicio. Son muy abiertos en lo que a explicar dudas se refiere. Casi

siempre evidencian poseer conocimientos durante la visita. Rara vez dan Plan Educacional al paciente o a su familia (lo que además evidencia que poseen un valor social bajo). En algunos casos, incluso ellos escriben más evoluciones que su residente del Servicio.

Los residentes evidencian poseer bastantes conocimientos durante la visita, y a la mayoría les agrada compartirlos. Además, generalmente resuelven las dudas que les presentan. Casi todos se preocupan, en mayor o menor grado, por evolucionar a sus pacientes. Por lo general, sólo examinan a los pacientes cuando son nuevos en el Servicio. A veces se preocupan de dar Plan Educacional al paciente y/o sus familiares.

Los jefes, por su parte, cuando invierten algún tiempo en pasar visita, lo pueden hacer en forma inactiva (lo más frecuente), o activa. En el primer caso, se limitan casi exclusivamente a escuchar los casos de los pacientes, haciendo ocasionalmente alguna pregunta al respecto, o deteniéndose a observar algún estudio o a examinar a algún paciente en particular, sin dar docencia ni evidenciar sus conocimientos al respecto. En el segundo, completan el interrogatorio a algunos pacientes, hacen observaciones sobre las patologías de los pacientes, hacen preguntas al resto del personal, aclaran dudas, examinan a algunos pacientes, y dan un poco de docencia. Sin embargo, ésto último casi nunca se da: Son pocos los jefes que se detienen en estos detalles.

**Comentario de una externa:**

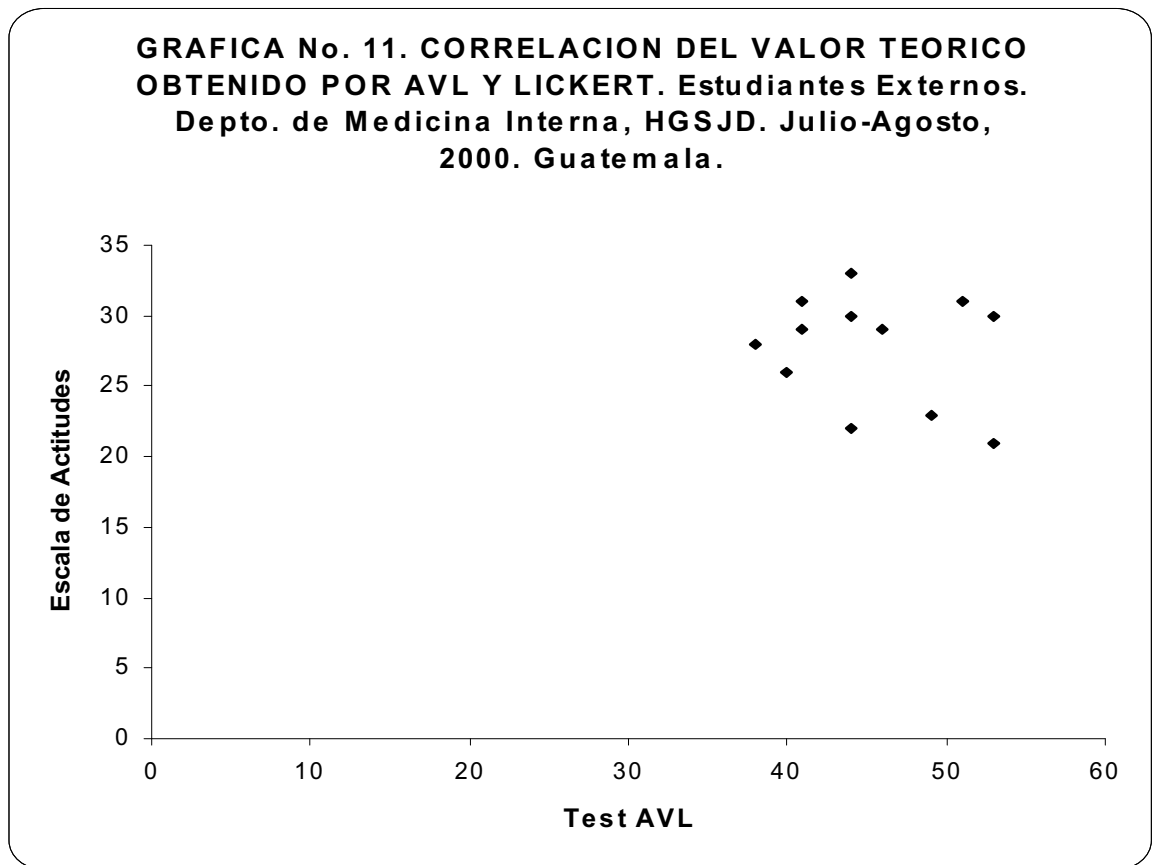
- Admiro al jefe del Servicio porque realmente le importa que nosotros aprendamos. Sabe mucho y trata de enseñarnos algo de lo mucho que sabe...



### C. RELACION ENTRE VALORES Y ACTITUDES:

Se realizaron gráficas de dispersión, para evidenciar si había correlación estadística entre los valores y las actitudes presentadas por los grupos de sujetos. A través de las mismas se pudo evidenciar que no existe correlación estadística entre los valores y actitudes obtenidos para cada grupo de estudio, lo que hace pensar que, en el presente estudio, los sujetos no presentan actitudes que se relacionen coherentemente con sus valores.

Como ejemplo se presenta a continuación la Gráfica No. 11, la cual presenta la relación entre el valor teórico obtenido a través del Test AVL y de la Escala de Actitudes de tipo Lickert para el grupo de externos:



Fuente: Boletas de Calificación Test AVL y Escalas de tipo Lickert. Guatemala. Agosto, 2000.

Estos resultados evidencian un comportamiento grupal en el que no se evidencia ninguna correlación entre valores y actitudes, lo que puede explicarse por los valores extremos que se presentan en cada grupo. Sin embargo, al analizar a los sujetos por separado se evidencia una clara relación entre los valores expresados en el AVL y las actitudes evidenciadas por medio de las Escalas de Actitudes de tipo Lickert y la observación.

A continuación se presentan algunos ejemplos para evidenciar esta relación:

Valor teórico:

Los jefes que han demostrado durante la visita mucha amplitud de conocimientos obtuvieron valores teóricos altos.

Uno de los jefes manifestó, al ver su valor teórico bajo en el AVL que, efectivamente, hace algún tiempo que ya no estudia como antes.

Un residente que se pasa toda la visita discutiendo los casos de los pacientes con sus estudiantes y ha manifestado poseer muchos conocimientos durante las mismas obtuvo un valor teórico alto.

Un residente que no invierten mucho tiempo en pasar visita en su Servicio, obtuvo un valor teórico más bajo que sus compañeros.

Uno de los internos, quien obtuvo un valor teórico muy elevado, manifestó en múltiples ocasiones, durante las visitas, poseer una amplia base teórica.

Uno de los internos, que en más de una ocasión se mostró dubitativo con respecto al manejo de sus pacientes, obtuvo un valor teórico bajo.

Uno de los externos, quien ha demostrado ser muy participativo durante las visitas, obtuvo un valor teórico elevado.

Uno de los externos, quien participa muy rara vez en la discusión de los casos durante las visitas obtuvo un valor teórico bajo.

#### Valor económico:

Uno de los jefes, al observar su valor económico elevado, manifestó que así debía ser necesariamente, pues tenían que luchar por mantenerse.

El jefe que obtuvo el valor económico más bajo siempre es amable con pacientes y estudiantes, e insiste en que los pacientes deben ser tratados con respeto (y no sólo utilizados como objeto para el propio aprendizaje), lo cual, a la vez, evidencia que posee un alto valor social.

El mismo residente que ha colaborado económicamente con sus pacientes, evidenció poseer un valor económico bajo.

Uno de los residentes, quien ha manifestado que le interesa el dinero que pueda obtener de la práctica, obtuvo un valor económico alto.

Uno de los internos, al ver su resultado del valor económico alto afirmó que, efectivamente, a él lo que más le interesaba era adquirir mucho dinero.

Una de las internas manifestó su desacuerdo en que se refirieran otras personas hacia los pacientes como "casos interesantes" o "bonitos casos", sin tomar en cuenta que no son enfermedades, sino personas (esto evidencia, además, su valor social alto).

Una de las externas manifestó su interés en que se le sacaran más seguido gases arteriales a los pacientes, para poder "hacerse la manita".

Una de las externas manifestó su rechazo a que se refirieran a su paciente como "caso interesante, como para documentarlo".

#### Valor político:

Aunque éste, en general, no fue muy representativo dentro de los grupos, cabe mencionar los dos siguientes casos:

Uno de los residentes, quien ha hecho uso de su autoridad con los externos en más de una ocasión, presentó un valor político alto.

El externo que obtuvo el valor político más alto, manifestó que, efectivamente, toda su vida ha participado en organizaciones políticas, y que considera que la política es una de las prioridades dentro de su vida.

Valor social:

Uno de los jefes al observar sus resultados del AVL vió que su valor social se encontraba bajo, y al preguntársele qué opinaba al respecto, manifestó que tal situación no lo preocupaba, pues un médico no necesitaba tener el valor social alto.

El jefe que presentó más alto su valor social dentro del grupo es uno de los que tienen mayor relación con estudiantes y pacientes durante la visita.

Uno de los residentes, quien ocasionalmente ha puesto dinero para realizarle exámenes a sus pacientes, obtuvo el valor social más alto del grupo.

Uno de los residentes, quien ocasionalmente ha manifestado un trato duro hacia los externos obtuvo el valor social más bajo del grupo.

Uno de los internos, quien dejó en una ocasión pasando visita solos a sus externos obtuvo un valor social bajo.

Una de las internas, quien en múltiples ocasiones dió muestras de gran dedicación en el cuidado de sus pacientes, y quien generalmente se iba tarde del Servicio, obtuvo un valor social alto.

Uno de los externos, quien es dedicado en la atención a sus pacientes, e incluso ayuda a su compañero a sacar su parte del "chance" cuando termina con el suyo, obtuvo el valor social más alto.

Una de las externas, que en una ocasión manifestó no tener tiempo para acompañar a un paciente a un estudio radiológico, obtuvo el valor social bajo.

## **IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:**

Debido a diversos factores, la práctica de la Medicina es víctima, cada vez más, de un preocupante proceso de deshumanización, el cual se produce a todo nivel y en ambas direcciones. Hacia el paciente, que acude en busca de atención y de soluciones a sus problemas de salud, y hacia el médico (a nivel de jefes y residentes de todos los años) y estudiante de Medicina (tanto internos como externos) que, aunque son los responsables de proporcionarle al paciente las soluciones a sus problemas de salud, no dejan por eso de ser simplemente una pieza más dentro del ensamblaje del sistema de atención médica (26).

Este fenómeno no es más que el reflejo de la crisis de valores que la misma sociedad moderna enfrenta, la cual en su incesante camino hacia la mayor eficiencia y tecnificación ha ido perdiendo cada vez más la visión del hombre como individuo y ha ido, a la vez, perdiendo la noción de los valores fundamentales que en algún momento sirvieron de base para la construcción de las sociedades.

La relación médico-paciente, como máxima expresión de la integridad social de la Humanidad (31), no podía mantenerse ajena a este problema y se ha ido viendo cada vez más afectada por la crisis de valores actual.

Sin embargo, no es esta la única parte del problema, pues la Medicina, por las características especiales que presenta como profesión, y por los particulares requerimientos que exige de sus profesionales, (12) se encuentra ante un problema de proporciones más serias: El simple hecho de pertenecer a este gremio conlleva cierta cantidad de factores de riesgo, que hacen de alguna forma difícil (y es entonces cuando esto se transforma en un reto), la formación de médicos que, sin dejar de ser individuos con una capacitación técnica y

científica a la altura de los requerimientos que la nueva era de tecnología exige, sean a la vez, médicos humanos y plenamente conscientes del valor e importancia del contacto interpersonal. La conciencia de este hecho no sólo debe ser vista como algo útil, necesario, e inherente a todos los individuos que forman parte de una sociedad, sino también como una más de las muchas medidas terapéuticas a su alcance y que, si no como médico-humanista, al menos como médico-inteligente debe aprovechar.

Es importante, además, considerar que en esta era de deshumanización, del desinterés en los sentimientos y de la inmensa soledad dentro de sociedades hiperpobladas y cada vez más tecnificadas, muchas de las enfermedades tienen un importante componente psico-social, y no sólo biológico (12). Las personas necesitan desesperadamente ser tratadas como tales, que les recuerden que no son solamente un elemento más dentro del espacio, sino que, sin importar que tanto avance la civilización, ese algo inherente a ellas, trascendente, humano y divino seguirá haciéndolas seres valiosos, necesarios y sobre todo irremplazables, aunque sean menos exactas y eficientes que toda la tecnología utilizada actualmente para optimizar su trabajo.

El hombre necesita recordar, desde lo profundo de su ser, esos valores con los que se solía impulsar la educación antiguamente, incluso dentro de las escuelas de Medicina. Muchos médicos que ya llevan años ejerciendo su profesión, aún recuerdan la dedicación y afecto con que sus maestros trataban a los pacientes, así como las lecciones de vida que les dieron con su diario ejemplo; de esta forma, dichos maestros llegaron a ser trascendentes dentro de sus vidas... Sin embargo, actualmente es muy difícil que los médicos recién graduados, o incluso los estudiantes manifiesten verdadera admiración y respeto por los docentes encargados de impartirles enseñanza.

Esta situación es preocupante, si se parte del hecho de que, como mencionara en una ocasión el jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital General “San Juan de Dios”: “Quien dijo Médico, dijo Maestro. Quien dijo Maestro, dijo Educador...”<sup>10</sup> ¿Dónde está el interés por la docencia que impulsa a los Jefes de Servicio a convertirse en maestros y educadores? Pues siendo ellos los sujetos de mayor experiencia y jerarquía, se esperaría que de ellos partiera, en principio, el afán de compartir conocimientos y experiencias, pero a la vez de fomentar en sus estudiantes, en forma conciente e intencional, ciertos valores y actitudes, para colaborar en su proceso de formación.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, son pocos los docentes que tienen, dentro de sus prioridades de vida, el enseñar Medicina a los estudiantes, en medio de lo atareado de su trabajo diario. Muchos se dedican a la enseñanza en una forma superficial, limitándose a tener un contacto breve y ocasional con sus estudiantes. Y en el mejor de los casos, se limitan a tener con sus estudiantes un intercambio de conocimientos científicos, o a reforzar en ellos habilidades para realizar partes del examen físico; es raro que traten de dar concientemente formación integral a sus estudiantes.

No se habla, dentro de los servicios y durante las visitas, del respeto, de la importancia de la relación médico-paciente, ni de los problemas o dudas que los estudiantes puedan tener en su desempeño diario. Y, si bien es cierto que este tipo de enseñanza no se da en forma conciente, a veces tampoco se hace en forma no verbal (con el ejemplo), ya que muchos de los jefes-docentes ni siquiera le dirigen la palabra a los pacientes (y en ocasiones, incluso escasamente la dirigen a sus estudiantes), más bien se limitan a esperar que el residente encargado del Servicio les presente todos los casos, deteniéndose sólo a discutir al respecto de los más interesantes, o con los que el residente pueda haber tenido

---

<sup>10</sup> Comentario realizado durante la Sesión de Departamento del 20 de junio del 2000.

alguna duda. No se está hablando, en este momento, de un mal trato dirigido hacia los pacientes o hacia el personal; pero se considera que en cierta forma, aún la misma “ausencia” de relación interpersonal entre docentes-estudiantes-pacientes puede llegar a ser igualmente perjudicial para todas las partes implicadas en el asunto.

En cuanto a los residentes, aunque mantienen un contacto más estrecho con los estudiantes, se encuentran con grandes responsabilidades dentro del Servicio. Le dedican mayor tiempo a los pacientes durante el paso de visita que el que los jefes de Servicio les dedican, y en muchos casos sí discuten los casos con sus internos y externos. Algunos se limitan a preguntar datos científicos durante la misma, la mayoría de ellos incluso explican en base a las preguntas que ellos mismos realizan. Sin embargo, generalmente la visita es prácticamente el único contacto interpersonal que tienen con sus pacientes y estudiantes. Diversos factores como el stress y la falta de tiempo pueden ser algunas de las causas de ello. En relación a la enseñanza de actitudes o valores para que sean adquiridos por sus estudiantes, no se habla nunca de ello. Es decir, la docencia en este sentido, si es que la hay, es inconsciente e involuntaria (a través del ejemplo), y no de una forma planificada ni tendiente a formar determinado tipo de profesional, sino que en base a los mismos valores y actitudes que ellos han ido adquiriendo a lo largo de su vida. Y en muchas ocasiones, sus acciones no son elegidas en base a sus creencias y valores, sino más bien en base a las necesidades y exigencias que su posición, responsabilidades y cada situación determinada requieran de ellos.

Los internos juegan un importante papel dentro de la dinámica de trabajo de los servicios. Son el medio de enlace entre los residentes y los externos; sin embargo, no se encuentran precisamente en una posición neutral, más bien se encuentran (y se ubican a sí mismos) más cerca del residente que del externo: Generalmente son más aliados del que



manda que del que obedece, y ésto se debe a que ellos mismos, a pesar de haber alcanzado cierto nivel y categoría dentro de la jerarquía hospitalaria, continúan como subordinados de la autoridad del residente y sus mismos privilegios adquiridos les implican paralelamente un grado mayor de responsabilidad en la atención y cuidado, no de un paciente en particular, sino de todo el Servicio. Y cuando el residente no puede asumir personalmente todas sus responsabilidades, las delega al interno. El interno ocupa una posición privilegiada en el contacto con los externos, pues es quien más tiempo comparte con ellos, y quien supervisa directamente los procedimientos que no pueden realizar solos.

Sin embargo, es escaso el contacto interpersonal que el interno mantiene con los externos. Por lo mismo, aunque en ocasiones comparten los conocimientos y experiencias con ellos, no se puede esperar que impartan docencia tutorial, la cual proporcione a los externos, no sólo el reforzamiento de su capacidad científica y técnica, sino que también se preocupe por ellos como personas que enfrentan un ambiente hostil y que necesitan adaptarse, sobrevivir, y aprender a ser cierto tipo de médicos. Es preocupante el hecho de que, por no existir una franca relación con calor humano dentro de dicho ambiente, se provoca que los estudiantes externos continúen perpetuando, posteriormente, el mismo patrón de comportamiento que ellos tuvieron que vivir. En este caso, una vez más, el modelo que se representa para los estudiantes, es un modelo silencioso e inconsciente, no previamente planificado y deshumanizado, el cual tiene gran trascendencia dentro de su vida y formación.

Los externos, por su parte, son el eslabón más bajo de la jerarquía hospitalaria. Cuando se enfrentan al área hospitalaria, deben pasar por una etapa de adaptación, ya que dentro de la misma se maneja un nivel de exigencia de stress y cansancio al que no están acostumbrados. Se ven en la necesidad de organizarse, pues deben conjugar la

realización óptima del trabajo dentro del Servicio con el aprendizaje personal y la atención de los pacientes. Pero, además de que necesitan adaptarse a un tren de vida muy distinto del que llevaban, se enfrentan al hecho de que generalmente no se les da suficiente información sobre lo que realmente se espera de ellos. La información que se les proporciona al ingresar al área hospitalaria, es con suerte, bastante escueta y general, y ellos sobre la marcha y por el método de ensayo-error, deben ir descubriendo el resto de la misma. Aunque este método no es algo del otro mundo, tiene la desventaja de que cada individuo, según sus características personales tarda distinto tiempo en adaptarse y en adquirir todo el conocimiento empírico que necesita dentro del área hospitalaria para optimizar su rendimiento en todo sentido, y entre más lento sea para cada sujeto este proceso, será posiblemente más doloroso, ya que el individuo estará expuesto a cometer más errores, y por lo mismo, a sufrir más frustraciones. De esta forma, dicha situación afecta, en primer término, al propio externo como persona.

Si se toma en cuenta, además, en qué forma afecta el desempeño del equipo médico en general, se puede observar que también a nivel del equipo de atención puede traer consecuencias, si el funcionamiento del externo como parte del equipo no es óptimo y oportuno, el sistema como tal pierde eficiencia, ya que por la misma complejidad requiere, de cada uno de los sujetos que lo conforman, que cada quien en su nivel cumpla con su trabajo, no porque sea el único en poder realizar esa parte del trabajo, sino porque si él no lo realiza, lo estará recargando en alguien más y, de por sí, es suficiente con tener que cumplir con las propias responsabilidades para asumir las responsabilidades de otro. Los pacientes reciben también el impacto de esta situación, pues como se mencionó anteriormente, el jefe de servicio, residente e interno comparten un mínimo porcentaje de su tiempo dentro del Hospital con él, y siendo el externo el que trabaja en forma más cercana al paciente, es preciso que el

externo esté en la capacidad de tratar bien a los pacientes, de escucharlos y de entablar con ellos relaciones empáticas.

Pero, ¿cómo se puede esperar que sea capaz de crear relaciones empáticas con sus pacientes si él mismo no logra encajar dentro del sistema? ¿Cómo puede aprender a establecer adecuadas relaciones médico-paciente si su oportunidad de verlas entre sus modelos a seguir y los pacientes se da prácticamente sólo durante la visita, que por lo general, es un momento de mucho stress para él, durante el cual, lo menos que piensa es en observar la forma como se interrelacionan su jefe, residente e interno con los pacientes? Eso sin contar el hecho de que, muchos jefes pasan visita tarde, sólo con el residente y, a lo sumo, el interno; y de que el interno, por lo general, se limita durante las visitas a tomar nota de las órdenes que se le dictan. Pocos internos tratan de examinar a sus pacientes durante la visita. En todo caso, se preocupan de participar en la discusión de los casos de los pacientes...

En muchas ocasiones, la falta de orientación es producto del escaso tiempo con el que se cuenta. Si el externo tiene una vocación firme y traía alguna idea antes de entrar al Hospital del tipo de presiones a los que se iba a enfrentar, hará el esfuerzo por adaptarse y asumir su papel dentro del esquema; por otra parte, si se enfrenta a diversos conflictos personales por no haber tenido realmente vocación, o una idea clara del largo proceso por el que debía pasar para convertirse en médico, ésto puede ocasionarle un verdadero problema que definitivamente va a retardar más su adaptación al ambiente, o va a hacerlo terminar en deserción, lo que implica para el sistema la pérdida no sólo de un elemento, sino también de los muchos recursos invertidos en este estudiante desde el inicio de su carrera. Aparte, el impacto que puede significar como sinónimo de daño en el externo, como sujeto afectado por la experiencia, es importante.

Se considera que el ingreso al Hospital como estudiante de cuarto año es crucial y determinante para la vida del futuro profesional, y para el tipo de médico en el que se va a convertir. ¿Por qué? Porque, según se analizó anteriormente, se enfrenta a situaciones difíciles y no cuenta con orientación suficiente para superarlas, por lo que reacciona, como todo ser humano ante situaciones difíciles, en base a su propia experiencia personal, a su adaptación psicológica preadulta, y a su propia escala de valores (12). Estos factores van a determinar en su vida, el tipo de médico en que se va a convertir. Pero, ¿se tiene alguna idea clara sobre cuál es la escala personal de valores que tienen estas personas? Definitivamente no. Si se toma en cuenta, como Allport diría, que el moldeamiento del porvenir de una persona está fundamentada en sus valores (1), no se tiene idea del resultado que se va a obtener.

En este momento del proceso en el que el estudiante se enfrenta a situaciones y presiones nuevas es sumamente importante contar con buenos modelos a imitar, y que los mismos sean capaces de volverse significativos dentro de su vida: Se debe concientizar a todo nivel de la jerarquía del papel histórico que tienen dentro de la vida del externo, ya que todas las enseñanzas que recibe en este momento son cruciales para el resto de su vida. (17) Sólo de esta forma se podría orientar, de algún modo, la formación de mejores médicos: Más humanos, más concientes, y más equilibrados que sean capaces de rescatar la humanidad que la práctica médica está perdiendo.

Si bien es cierto que el panorama presentado anteriormente es bastante desolador, también es importante tomar en cuenta que la práctica de la Medicina ha cambiado enormemente en los últimos años, así como la ideologías sobre la dinámica que la relación médico-paciente debe tener. Grandes cambios en esta materia se empezaron a dar a partir de que se instituyera el consentimiento informado como un

derecho irrefutable de los pacientes, en 1957 (36), pero es importante tomar en cuenta que esto no se dió de la noche a la mañana, y que ha sido larga y penosa la transición de una medicina puramente paternalista, a otra donde los principios de autonomía y justicia son considerados también como ejes fundamentales de la práctica médica. (36)

Sin embargo, es alentador que esta misma corriente lleva cada vez más a las sociedades, y a las escuelas de Medicina a que tomen conciencia del grave problema en que la práctica médica se encuentra. Prueba fehaciente de ello son las muchas legislaciones y normativos que se están creando en Guatemala, Latinoamericana, e incluso en países más desarrollados económicamente (y por ello, más utilitaristas) como Estados Unidos (2,3,4,15,16,26,31) para promover la práctica de actitudes y valores dentro del ejercicio de la profesión, para luchar por recuperar la relación médico-paciente, y, por supuesto, para establecer ciertos derechos a favor tanto de médicos como de pacientes.

Actualmente, las sociedades parecen estar más preocupadas, no solo por el progreso de la tecnología médica, sino porque su práctica se desempeñe dentro de un marco bioético y humano. Por otra parte, se está tomando conciencia de que el problema debe resolverse a nivel de la formación de los nuevos médicos, desde que se encuentran en las escuelas de Medicina. En países como Inglaterra y Estados Unidos se está trabajando por modificar los currícula de las mismas (8,10,21). Aunque todas estas medidas no traen consigo resultados inmediatos, es importante que se estén dando, pues de alguna forma rendirán fruto en su debido momento: Aunque la cultura vuelve al médico impersonal, cada vez se toma mayor conciencia de que la mejor medicina es la personalizada (17).

Aunque como se mencionó todos estos esfuerzos son alentadores, se está plenamente conciente de que aún falta

mucho por hacer al respecto aquí en Guatemala. Aunque existe un Código Deontológico, pocos médicos y estudiantes que se encuentran ejerciendo la práctica en variados ambientes lo conocen (7,9,23,32,33,34,41), a pesar de considerarlo importante. Falta introducir dentro del propio currículum de estudios de la Facultad asignaturas que orienten y formen a los estudiantes en estas materias desde los inicios de la carrera, para crearles conciencia, a lo largo de su formación, de que convertirse en profesional implica una gran responsabilidad para con la sociedad (44), y que no es sólo un medio de ganarse la vida, e inculcar en ellos el respeto y amor por la práctica de la Medicina. Pero esta es la parte fácil del asunto. Lo difícil es cambiar la mentalidad de los docentes a todo nivel: Dentro de la Facultad, y más aún dentro del área hospitalaria.

A este respecto, desde hace algunos años se promovió este tipo de esfuerzos de parte de la Facultad. Pero a pesar de que desde 1978 se empezó a proponer a través de OPCA algunos perfiles de desempeño para los médicos egresados de esta Facultad (22), y para lo que se espera de su desenvolvimiento dentro del mercado de trabajo (39). Incluso, la Fase IV está promoviendo la reforma a nivel intrahospitalario, de la reestructuración de los Post-gradados (40). A pesar que todos estos esfuerzos pueden ser valiosos, no se han creado perfiles a alcanzar en los diferentes niveles de desempeño intrahospitalario de los estudiantes de Pregrado, ni a nivel de otros ámbitos de práctica, lo que se considera necesario e importante, como parte de este mismo proceso.

Aunque el trabajo dentro del Hospital requiere de mucho esfuerzo y genera mucho stress, los residentes, internos y externos deben aprender a organizarse y a controlar su stress, de forma que no afecten la salud e integridad de los individuos que prestan la atención médica (a todo nivel), y sin afectar tampoco la calidad de atención del paciente. No bastaría con decirle a los estudiantes externos que "deben" tratar bien

a los pacientes si a ellos se les trata en forma injusta y desconsiderada, pues las personas tienden a tratar a otras personas en la forma en que son tratadas, y el ejemplo es la forma de enseñanza más convincente en la que se le pueden inculcar valores a alguien. Pero, por otra parte, estos estudiantes externos deben llegar al área hospitalaria con suficiente conciencia social, responsabilidad moral y metas claras y definidas que los impulsen a hacer su mejor esfuerzo por desempeñarse lo mejor posible en su trabajo dentro del área hospitalaria. De otro modo, tampoco funcionaría si a ellos se les trata con respeto y consideración si ellos no muestran el más mínimo interés y respeto por los pacientes que atienden y el trabajo que se espera que ellos realicen.

Lo discutido anteriormente evidencia que el problema es de dimensiones complejas, por lo que las soluciones deben ser parte de un esfuerzo conjunto.

A consecuencia de la preocupación que todo este problema genera, se buscaba evidenciar en este trabajo de investigación, la deshumanización de la atención a través de dos vías: Por la presencia o ausencia de ciertos valores entre el personal médico a todo nivel: Jefes, residentes, internos y externos; y a través de la ausencia o presencia de ciertas actitudes de parte del mismo y dirigidas hacia los pacientes.

A este respecto, se contaba ya con algunos datos de una investigación realizada anteriormente por Estrada Ortiz en 1997 (18). La autora aplicó a un grupo de estudiantes que ingresaron a la Facultad de Ciencias Médicas un test psicométrico para la medición de valores: AVL (el cual fue inventado por Allport y está basado en la tipología de valores de Spranger; sirve para medir seis valores en los sujetos: Teórico, económico, político, social, estético y religioso), y seis años después lo volvió a aplicar a los estudiantes de este grupo. Con su estudio, ella pudo determinar que los estudiantes de Medicina si sufrían cambios en su escala de

valores, al comparar ambos resultados. Aunque los estudiantes al ingresar a la Universidad presentaban altas puntuaciones en su valor social, al repetir la prueba seis años después éste se encontraba ya con puntuaciones muy bajas; mientras que el valor teórico que en la primera aplicación de la prueba mostraba puntuaciones bajas, en la segunda ya las presentaba altas. En cuanto a los valores político y económico, se mantenían casi estables en ambas aplicaciones; y el religioso y estético no fueron muy significativos.

Para los efectos del presente estudio, las pruebas se le aplicaron a un grupo de 10 jefes de Servicio, 21 residentes (de todos los años), 12 internos y 12 externos.

El Test AVL permitió evidenciar en todos los grupos de sujetos un patrón más o menos similar: Los valores teórico y económico tendieron a ser los más altos, y el estético y social, los más bajos. Llamó la atención de que, contra todo lo esperado en base a los resultados obtenidos anteriormente por Estrada Ortiz, se encontraron puntuaciones significativas para el valor religioso, en todos los grupos. En lo que al valor político se refiere, se encontraron puntuaciones bajas para los jefes y residentes, y altas para los internos y externos. ¿Qué información aportan estos resultados sobre los médicos y estudiantes que participaron en la investigación? Indica que, en general, son un grupo que tiende a priorizar la adquisición de conocimientos sobre todos los demás intereses en su vida, que son personas bastante prácticas, y que tienden a buscar la mayor utilidad de las cosas. Sin importar la idea que tengan de Dios, El ocupa, si no un lugar preponderante en su vida, por lo menos no es tan insignificante dentro de la misma. No aprecian ni se interesan en la belleza de las cosas, ni el arte. No les interesa el servicio social y altruista a la Humanidad en forma particular.



Este perfil es preocupante en varios aspectos: Aunque es bueno (y de hecho, necesario) que a un médico y estudiante de Medicina le importe su aprendizaje, se esperaría que también se interesara en el servicio social y desinteresado a la Humanidad, porque a lo largo de toda su Carrera, tiene la necesidad de mantener una estrecha relación con la gente (a menos que desee dedicar su vida a la investigación, en cuyo caso no sería un médico, sino más bien un científico). Por otra parte, dentro del área hospitalaria donde no está en la posibilidad de obtener ningún beneficio personal de su desempeño humano con los pacientes, ¿qué interés puede tener en establecer relaciones empáticas y terapéuticas si no le interesa el servicio a la Humanidad por el solo gusto y satisfacción de servir? Y teniendo en el Hospital que realizar tantas tareas que, en determinado momento son sumamente desagradables, ¿cómo se puede esperar que las realice por su propia iniciativa y de buen grado, sabiendo que son por el bien del paciente, si no le interesa en absoluto la gente?

Se podría entender (aunque no justificar) el encontrar este valor social bajo en los médicos y estudiantes que llevan cierto tiempo inmersos en el área hospitalaria, porque por la misma estructura defectuosa del sistema de educación médica, los pocos incentivos personales, y el alto nivel de exigencia y desgaste al que se encuentran sometidos pueden llegar a caer en la frustración (12), pero, es aún más preocupante el encontrar resultados similares dentro del grupo de externos, pues ellos aún están ingresando al ambiente hospitalario, y si así se encuentran a este nivel de su formación, ¿cómo se encontrarán sus valores e intereses dentro de algunos años, luego de estar sometidos a todos estos factores de riesgo?

Es preocupante también el hecho de que las puntuaciones en el valor estético sean tan bajas. De sobra se podría argumentar que un buen médico no necesita, para serlo, interesarse en apreciar el arte y la belleza. Sin embargo, el arte sensibiliza al ser humano. Y es preciso formar individuos

sensibles en todos los niveles de la sociedad, para poder rescatar su Humanidad. Por otra parte, la misma apreciación del arte y la belleza pueden servir a médicos y estudiantes de Medicina como un importante factor protector para combatir el stress y las presiones a los que diariamente se encuentran sometidos.

En cuanto a los resultados obtenidos en el valor político, fue curioso observar que los dos grupos que tienen mayor peso en la escala jerárquica (jefes de servicio y residentes), fueron los que obtuvieron las puntuaciones menores, en contraste con las obtenidas por los otros dos grupos (internos y externos), que fueron más altas. Esto podría representar algún problema en el sentido de que a jefes y residentes no les interesa particularmente ejercer autoridad, o podría interpretarse como falta de credibilidad en los procesos y personas. Por otra parte, a internos y externos si les interesa, lo que podría ser, en determinado momento, causa de algún tipo de insubordinación dentro del equipo de trabajo, y ésto restar algo su eficiencia.

En lo que al valor religioso se refiere, es esperanzador el hecho de haberlo encontrado en niveles significativos, pues independientemente de la idea que tengan de Dios, o de la religión que profesen, si ésta es algo importante dentro de sus vidas, tratarán de ejercer su profesión en base a ciertos valores fundamentales que la mayoría de religiones promueven: El respeto, la tolerancia, la responsabilidad.

Con este perfil de valores de parte de los sujetos del estudio, se puede esperar que se esté fomentando, dentro de su ambiente de trabajo, la creación de relaciones médico-paciente en las cuales los médicos son más bien Médicos-Ingenieros y Médicos por Contrato, que Médicos-Sacerdotes o Médicos-Colegas (20), a pesar de ser éstos dos últimos modelos más importantes en el sentido de tratar de rescatar la Humanidad de la atención médica.

Los resultados obtenidos dentro de los grupos de estudio a través de la observación con las Listas de Cotejo elaboradas para tal efecto fueron sumamente interesantes, ya que vienen a respaldar la información anteriormente descrita que fue obtenida a través del Test AVL. La observación permitió detectar comportamientos que son significativos para comprender mejor la dinámica a la que los estudiantes se ven expuestos a lo largo de su formación intrahospitalaria. Ellos pasan a ser, a la vez, actores y receptores de toda esta serie de mensajes (verbales y no verbales) que se comunican constantemente dentro de este ambiente. Por las características del estado de conciencia y anímico que se vive dentro de esta área, los sujetos se vuelven más receptivos a cualquier tipo de actitudes que observen hacia ellos o hacia sus pacientes. De esta forma, los estudiantes, sin darse cuenta se van creando un esquema mental de cómo creen que son los médicos, y por ende, aunque sea a nivel inconsciente, en qué creen que se deben convertir. Un ejemplo de la idea que los estudiantes se van haciendo sobre cómo creen que son los médicos puede ilustrarse con el comentario que un externo le hizo a una interna:

- *"Usted no parece médico. Siempre saluda a todo mundo, y es amable con todos. Los médicos no son así..."*

Aunque durante la observación no se evidenció el valor teórico en forma tan marcada como en los Test, esto se puede explicar por el hecho de que, aunque a todos les interesa particularmente la adquisición de conocimientos, dentro de su realidad personal no todos los grupos se encuentran actualmente en la capacidad de adquirirlos o de mostrar su interés en ellos, debido a las mismas presiones a las que se encuentran sometidos. En el caso de los jefes, el tiempo que permanecen en el Servicio es algo limitado, pues rara vez cumplen con el horario de contratación al que están obligados, y cuentan con suficiente trabajo como para no detenerse mucho en la docencia; en lo que se refiere a los residentes, dentro de las responsabilidades que se les exigen

con mayor insistencia está su aprendizaje, tanto a nivel de la adquisición de conocimientos científicos, como del dominio de ciertas habilidades y técnicas.

En el caso de los internos y externos, en este momento debe ser de mayor interés el cumplir con las responsabilidades que cada uno tiene dentro del Servicio. Los internos están a cargo de muchas otras responsabilidades, incluso el desgaste físico a este nivel de la práctica es mayor que a otros niveles; y en lo que respecta a los externos, bastante esfuerzo realizan tratando de adaptarse al medio hospitalario y a las exigencias que el mismo les impone, como para poder estudiar en la medida que se esperaría lo hicieran. Así, el conocimiento que los externos evidencian durante el paso de visita es, hasta cierto punto, reflejo de su formación académica en años anteriores, ya que es sobre la misma que van tratando de estudiar (aunque sea poco), dependiendo del grado de adaptación al ambiente que van logrando. Y como, en general, la formación académica no siempre está bien cimentada, esto puede explicar que en determinado momento no participen durante las visitas como se esperaría que lo hicieran. Por otra parte, durante el paso de visita, sus prioridades no están necesariamente orientadas a su propio aprendizaje, sino más bien a su realización del trabajo que les ha sido asignado.

El valor económico está bien representado a través de las actitudes expuestas anteriormente en la presentación de resultados, pues a consecuencia de diversos factores como la cantidad de trabajo, el tiempo con el que se cuenta y lo difícil que se vuelve en determinado momento cumplir con todo lo que se exige a los sujetos, se va enfatizando más bien en cumplir con el "chance", y no en atender al paciente. El mismo hecho de que la mayoría de jefes de Servicio casi no pasen tiempo dentro del mismo es un reflejo del mismo fenómeno.

El valor político obtenido en todos los grupos fue bajo, lo que puede reflejar el hecho de que, por la estructura jerárquica con la cual se trabaja, los grupos que pueden presentar acciones correspondientes a este valor son principalmente los jefes, residentes e internos, que son los que habían, de todas formas presentado puntuaciones bajas en este valor en el AVL. Los externos tienen poco o ningún poder político dentro de los servicios.

En cuanto a la segunda parte del estudio que consistió en la evaluación de actitudes de humanización a través de una Escala de Tipo Lickert que fue elaborada para tal efecto, los resultados obtenidos también fueron muy interesantes. Para la elaboración de tal instrumento, se decidió hacerlo en base a seis actitudes que fueron encontradas dentro de la bibliografía consultada como las que se espera que un médico desarrolle y practique dentro de su desempeño profesional. Estas actitudes son: Respeto, responsabilidad, comunicación, amistad, humildad y sabiduría (17,24,27,28,42).

Fue interesante notar que, en la aplicación de las Escalas de tipo Lickert, los externos obtuvieron los puntajes más bajos en la mayoría de actitudes, a excepción de la responsabilidad. En las demás actitudes, obtuvieron los valores más altos otros grupos: La comunicación y humildad, para los jefes; la sabiduría y amistad, para los residentes; y el respeto, para los internos.

Esto puede explicarse en función de los requerimientos que se le hacen a cada sujeto cuando forma parte de cada uno de estos grupos, según el nivel que cada uno ocupa en la escala jerárquica, y las responsabilidades que se tienen en ese nivel de desempeño.

En el caso de los jefes de Servicio, siendo el grupo con mayor experiencia y tiempo en ejercicio de la profesión, han llegado a comprender la importancia de la comunicación y la

humildad como actitudes útiles y necesarias de desarrollar para el buen ejercicio de la profesión. También puede estar influyendo en ellos que dichas actitudes formaban parte de la escuela con la que muchos de ellos fueron formados en su debido momento. Reconocen en la comunicación una importante herramienta para obtener información importante de los pacientes, la cual los conduce a encontrar el diagnóstico en forma más inmediata, exacta y segura.

A los residentes, se les exige mucho en función del conocimiento adquirido, y en función de que deben crear una relación médico-paciente donde el mismo se sienta en una situación que le genere confianza. Por otra parte, están siendo bombardeados constantemente en base a la adecuada o inadecuada elaboración que realizan de sus fichas clínicas, las cuales son rigurosamente valoradas. Y se les enfatiza constantemente el hecho de que, para elaborar una buena ficha clínica, es necesario establecer una buena relación médico-paciente, pues la empatía que se logre determinará la calidad de la información que se obtenga. Además, dentro del Departamento se tratan de mantener buenas relaciones interpersonales entre los residentes, y entre ellos y sus docentes de Post-grado.

En el caso de los internos, al nivel en el que se desarrollan, su desempeño aún gira en gran medida en torno al respeto: El que se han ganado por el nivel jerárquico en el que se encuentran, y el que le deben a los que se encuentran arriba. Así, los mensajes verbales que se les transmiten constantemente son ideas como: "...Que se hagan respetar de los externos... Que ellos tienen más credibilidad que los externos..." Además, el trato que se les da, comparado al que se les daba siendo externos es notablemente diferente. Sus opiniones se toman en cuenta, y se confía en ellos, por lo que se respetan sus decisiones. Todos estos factores influyen para que los internos valoren más el respeto que otras actitudes.

Los externos, por su parte, son nuevos dentro del ensamblaje de la jerarquía y la escuela no verbal intrahospitalaria, por lo que en forma consciente no han aún interiorizado estas actitudes, a excepción de la responsabilidad. Esta les es reforzada constantemente, de parte de los residentes, de sus docentes de Fase, y ocasionalmente de los jefes de Servicio. La responsabilidad de tener todo el trabajo que les ha sido asignado listo a tiempo es la actitud más valorada por el personal que los rodea. No porque verbalmente los feliciten por hacerlo, sino porque se van dando a conocer como “buenos externos”, ya que son responsables. También se les exige en función del conocimiento adquirido, pero esto pasa a ser secundario dentro de su escala, pues lo prioritario que se espera de ellos, aunque no se verbalice siempre de esta forma, es que cumplan con su trabajo. Y el faltar a ello los hace merecederos de castigo, desaprobación y reprensión. Además, se hacen a sí mismos fama de irresponsables, por lo que se les considera “malos externos”.

En términos generales, se observó que de todas las actitudes involucradas en el estudio, todos los grupos (a excepción de los internos) presentaron puntuaciones bajas para el respeto, la cual parece ser una actitud que de por sí no se promueve mucho dentro del ambiente hospitalario.

En cuanto a la observación realizada con Listas de Cotejo del desempeño de cada grupo, la información obtenida fue muy interesante, ya que confirma la información anteriormente descrita. La actitud que se observó como más ignorada dentro de todos los grupos fue el respeto, pues se observaron faltas de respeto a todo nivel. Sin embargo, no es solo esto lo preocupante, ya que se observaron actitudes de irresponsabilidad, mala comunicación, desinterés en el paciente y en sus sentimientos como persona, y en los demás miembros del equipo. Se promueve la desensibilización a todo nivel, lo cual es preocupante porque entonces los estudiantes

ya no se consideran obligados a sentir o preocuparse por el paciente. Incluso se les enseña, en ocasiones, a ignorar sus propios sentimientos y a continuar con el trabajo, porque el mensaje es que, sin importar cómo me sienta, el chance tiene que estar en orden. No se puede esperar que los residentes sean sensibles si sus modelos de atención transmiten como mensaje que no es importante que lo sean...

Al principio, tal vez estas actitudes que racionalmente van percibiendo del ambiente, y que son necesarias para su adecuado desempeño dentro del área hospitalaria, no se han interiorizado e integrado en igual forma a su propia escala de valores, creencias y actitudes; y no habiendo sido interiorizadas, no forman parte de su esquema conductual ante la vida. Pero llega un momento en el que por la continua exposición a este ambiente, terminan siendo interiorizadas, y quedan plasmadas en ellos como un rasgo de su personalidad que permanece por el resto de su vida.

En algunos casos, como se pudo observar, los externos aún conservan cierta sensibilidad hacia el paciente y su sufrimiento, la cual, posiblemente, también tuvieron en algún momento sus propios superiores. Esto es lo que se debe rescatar.

En el caso de los jefes, cuentan con muchas más responsabilidades y stress que en cualquiera de los niveles anteriores, así como con muchos años de trabajo intrahospitalario, que les han permitido adquirir cierta madurez y experiencia. Esto los hace reaccionar en una forma más práctica, (aunque a veces menos humana) ante los pacientes y situaciones que a diario el Hospital les presenta. Otro factor que puede afectar su desempeño real es que el mismo stress y responsabilidades a los que se enfrentan no van dirigidas hacia su trabajo dentro del Hospital, sino más bien hacia la compleja maraña de actividades y responsabilidades extrahospitalarias con las que deben cumplir; esto hace que su sentido de priorización no gire en torno al trabajo intrahospitalario que



realizan, ni hacia la docencia que debieran impartir, sino hacia otras diversas responsabilidades. Aunque se menciona (43) que los buenos modelos a seguir dentro de la educación médica deberían permanecer cerca de 25 horas por semana pasando visita, durante el estudio se pudo observar que los jefes de Servicio no llegan a cubrir ni siquiera el 50% de este tiempo dentro de los mismos, por todos los factores anteriormente mencionados.

Por las características de la información obtenida, se considera que, aunque no se encontró correlación estadística entre los valores y las actitudes de los grupos, sí existe relación en cada uno de los individuos, entre el deterioro de algunas actitudes observadas y el hecho de que los valores que se encontraron como predominantes sean el teórico y el económico.

No se puede, sin embargo, generalizar al respecto de lo anteriormente descrito, ya que a la par de la deshumanización que se percibió en la observación del propio ambiente hospitalario, también se observó que algunos sujetos del estudio aún conservan actitudes de humanización hacia el paciente, y hacia el personal con el que laboran, como por ejemplo:

**Comentario de una externa:**

- "Me preocupa que mis pacientes tengan problemas si yo no realizo mi trabajo, cada día, de la mejor forma posible. Por eso me esfuerzo cada día,, Por eso, y porque quiero ser un buen médico, para ser capaz de ayudar realmente a mis pacientes... Cuando pienso en esto, todo adquiere sentido..."

En cuanto a la determinación del grado de influencia ejercido por jefes y residentes (docentes) sobre las actitudes y valores que van siendo adoptados por los externos, se concluye que esta sí existe, y que afecta no solo a los externos, sino que, por tratarse de un ambiente complejo, todos los sujetos del mismo ejercen cierta influencia en los otros.

Sin embargo, por el hecho de que los jefes y residentes son vistos por los estudiantes como modelos a seguir, aunque sea a nivel inconsciente, se puede presumir que la influencia ejercida es mayor en este sentido. Además de ejercer influencia en el sentido de la adquisición de nuevas actitudes y valores, se considera que ejercen también influencia en la imagen que los estudiantes forman de sí mismos, y en su capacidad de aprendizaje, ya que si la influencia ejercida es muy negativa, el individuo acaba por volverse inseguro, por limitarse a sobrevivir dentro del ambiente, y se le vuelve más difícil cualquier tipo de aprendizaje.

## **XV. CONCLUSIONES:**

Luego de finalizado el presente trabajo de investigación se concluye lo siguiente:

6. En todos los grupos estudiados, la tendencia fue obtener puntuaciones altas en los valores teórico y económico, y bajas en el estético y social, lo que denota que lo más importante para los sujetos es la tecnología y el utilitarismo, en contraste con una falta de sensibilidad y de interés por ayudar a la Humanidad; sin embargo, es esperanzador el hecho de que todos los grupos hayan presentado un valor religioso significativo.
7. Los grupos estudiados presentaron las puntuaciones de las actitudes que el ambiente les impulsa a asimilar más elevadas que el resto de actitudes: Para los jefes de servicio, la comunicación y humildad; para los residentes, la sabiduría y comunicación; en el caso de los internos, el respeto; y para los externos, la responsabilidad.
8. A excepción del grupo de internos, todos los grupos tendieron a presentar bajas puntuaciones para el respeto, el cual no parece ser muy promovido dentro del ambiente hospitalario.
9. Se concluye que existe influencia de los jefes y residentes hacia las actitudes y valores que van asimilando internos y externos a lo largo de su proceso de aprendizaje, y que determinan la relación que éstos establecen con los pacientes.

10. Si existe relación entre la escala de valores de los estudiantes de Medicina, y las actitudes de deshumanización hacia los pacientes y el resto del personal médico, pues las actitudes observadas en los individuos de cada grupo demostraron ser congruentes con los valores identificados para los mismos.

## **XVI. RECOMENDACIONES:**

Finalizada la presente investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

6. Elaborar un perfil de actitudes y valores a alcanzar para jefes, residentes y estudiantes de Medicina, y en base a ellos, orientar la educación médica que se da dentro de los Hospitales, con el objeto de que la adquisición de valores y actitudes por los mismos sea controlada, y se encamine a la rehumanización de la atención médica.
7. Promover, dentro de los Hospitales, una especie de tutoría, entre los médicos y estudiantes de los niveles más altos hacia los niveles más bajos de la escala jerárquica, con el objeto de proporcionar información y apoyo a los estudiantes que ingresan al ambiente hospitalario.
8. Enfatizar, dentro de los currícula de la Carrera, desde los primeros años, la importancia de la relación médico-paciente, así como la trascendencia que tiene el no perder el contacto humano de la profesión.
9. Proponer, a través de Fase IV, la aplicación del Test AVL como un procedimiento rutinario para todos los médicos, previo a su aceptación dentro del Programa de Postgrado de los Hospitales; pues, se considera que éste puede servir como un buen predictor del comportamiento de los sujetos, por lo que puede servir como una herramienta importante para lograr una mejor selección de los médicos residentes.
10. Proponer, dentro de las reformas que Fase IV se encuentra actualmente realizando de los Programas de los distintos

Postgrados, implementar en una forma sistematizada, la formación ética para los médicos residentes del Postgrado, pues se considera que de esta forma se puede romper el círculo vicioso de la deshumanización que existe dentro del ambiente hospitalario.

## **XVII. RESUMEN:**

Estudio Descriptivo-Transversal para evidenciar la deshumanización de la atención médica y su relación con los valores presentados por médicos y estudiantes de Medicina del Departamento de Medicina Interna del Hospital General "San Juan de Dios". Guatemala.

Se realizó observación directa en los servicios de encamamiento de dicho Departamento durante los meses de julio y agosto del 2000, para identificar actitudes y valores proyectados por médicos y estudiantes en su interrelación diaria, y en la atención de los pacientes. Se aplicó a los sujetos un Test de Valores (AVL) y una Escala de tipo Lickert para la medición de Actitudes.

De los 10 jefes, 21 residentes, 12 internos y 12 externos incluídos, se identificó que las puntuaciones más altas fueron para los valores teórico y económico, y las más bajas para el estético y social. En cuanto a las actitudes, se obtuvieron las puntuaciones más altas entre los externos, y las más bajas entre los jefes, siendo el respeto la más baja en casi todos los grupos. Los valores y actitudes observados en los grupos son reflejo de los requerimientos que su trabajo exige de cada sujeto, y del ambiente dentro del que se desenvuelven.

Por las características del ambiente hospitalario, se considera que sí existe influencia entre las actitudes y valores de jefes y residentes sobre internos y externos. Se encontró relación entre los valores y las actitudes de deshumanización presentados por los individuos de cada grupo.

## XVIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

3. Allport, GW. La personalidad; su configuración y desarrollo. Barcelona. Herder. 1966. 691p.
4. American College of Physicians. Principles of Medical Ethics. [Http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/principle.htm](http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/principle.htm)
3. American College of Physicians. The physician and the patient. [Http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/dípatrel.htm](http://www.ddonline.gsm.com/demo/consult/dípatrel.htm)
4. American Medical Association. Fundamental elements of the patient-physician relationship; report of the Council on ethical and judicial affairs of the American Medical Association. [Http://www.wramc.amedd.amy.mil/patientinfo/element.htm](http://www.wramc.amedd.amy.mil/patientinfo/element.htm)
6. Ander Egg, E. Técnicas de Investigación Social. 21 ed. México DF. El Ateneo. 1987. 500p.
7. Aragón Mitjans, JM. Etica y valores. 2 ed. Guatemala. PROFASRL, Universidad Rafael Landívar. 1996. 169p.
7. Argueta Barbero, Miriam. Etica en la formación y práctica del médico en Guatemala: estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en centros y puestos de salud, área Guatemala Sur. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 54p.



8. Aron, DC etal. Attending – physician role models. (Letter) N Engl J Med 1999 May 20: 340(20): 1598-1599
9. Baldelomar Rivera, José Luis. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala: estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “San Juan de Dios”. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 44p.
10. Batstone, G. Audit of doctors and patients views may help. (Letter) BMJ 1995 Feb 25: 310: 528
11. Bioética Web. Presentación de bioética web. <http://www.geocities.com:0080/Athens/Acropolis/9830/bioetica htm>
12. Bowden, CL y AG Burstein. Bases psicosociales de la de la atención médica. México DF. Limusa. 1990. 369p.
13. Burón Orejas, J. El efecto pigmalión, o la influencia de las expectativas de los profesores en los alumnos. Educadores. 1990 abr-jun: 154: 271–289
14. Carreras, LI et al. Cómo educar en valores. 2 ed. Madrid. Narcea. 1996. 302p.
15. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Comisión para la revisión del código deontológico. Código deontológico. Guatemala. 1998. 15p.
16. Congreso de la República. Decreto No. 17-73; Código penal incluyendo sus reformas. Guatemala. 1999. 188p.

17. Drane, JF. Cómo ser un buen médico. 2 ed. Bogotá. San Pablo. 1998. 220p.
18. Estrada Ortiz, Hilda. Los valores humanos en los estudiantes después de cinco años de estudio en las facultades de Medicina y Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis (Maestría en Docencia Universitaria) Universidad de San Carlos. Facultad de Humanidades. Guatemala. 1997. 57p.
19. Frondizi, Risieri. ¿Qué son los valores?; introducción a la Axiología. 3 ed. México DF. Fondo de Cultura Económica. 1972. 236p.
20. Garret, TM et al. Health care ethics; principles and problems. 2 ed. New Jersey. Prentice-Hall. 1993. 307p.
21. Gauntlett, R. Medical students are positive about the future. (Letter) BMJ 1995 Feb 25: 310: 528
22. González de Ochaeta, B y R García Manzo. Perfil profesional del médico en el mercado de trabajo; estudio realizado durante junio-agosto de 1991. OPCA. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala. 1991 Sept. 15p.
23. González Valdéz, Eduardo. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en Guatemala, área Norte. Período de julio de 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1993. 56p.

24. Gordillo-Paniagua, G. La muerte, el donador cadavérico y obtención de órganos para transplantes. Gaceta Médica de México 1992 en-feb 128(1): 83-85
25. Henerson, ME et al. How to measure attitudes. 2 ed. California. SAGE. 1987. 185p.
26. Leal Quevedo, F et al. Plata Rueda. Hacia una medicina más humana. Bogotá. Médica Panamericana. 1997. 302p.
27. Li, JTC. Humility and the practice of medicine (Commentary) Mayo Clin Proc 1999: 74: 529-530
28. Li, JTC. The physician as advocate (Commentary) Mayo Clin Proc 1998: 73: 1022-1024
29. Lifshitz, A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México DF. Universidad Nacional Autónoma de México. 1997. 15p.
30. Ligoria Guzmán, JE. Aspectos éticos de la relación médico-paciente. Tesis (Maestría de Ciencias Sociales) Universidad Francisco Marroquín. Escuela Superior de Ciencias Sociales. Guatemala. 1998. 131p.
31. Meerof, M. Etica Médica. 2 ed. Buenos Aires. Akadia. 1993. 222p.
32. Morales Reinoso, Sergio. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios". Julio 1991-Julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 48p.

33. Porras Zuleta, Miriam. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas-morales que determinan la formación y práctica del estudiante de 1o, 2o y 3er año de la carrera de Médico y Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1993. 58p.
34. Rivera Rivera, Albina. Ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico, en los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 46p.
35. Sherr, L. Agonía, muerte y duelo. México DF. El Manual Moderno. 1992. 273p.
36. Simposio de la fundación valenciana de estudios avanzados, 2do: 1987: Valencia, España. Ética y Medicina, 23-24 de marzo de 1987. Madrid: Espasa-Calpe. 1988. 207p.
37. Skeff, KM. Role models; guiding the future of Medicine N Engl J Med 1998 Dec 31: 339(27): 2015-2017
38. Triandis, HC. Actitudes y cambios de actitudes. Barcelona. Toray. 1974. 236p.

39. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA. Informe de la descripción del desempeño profesional del médico general recién egresado. Guatemala: 1979. 46p.
40. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Especialidades. Programa de Medicina Interna. Guatemala: 2000. 50p.
41. Velásquez Tepaz, Gilberto. La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala; estudio prospectivo de las normas éticas que determinan la formación y práctica del médico en los departamentos de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Roosevelt. Período de julio 1991 a julio 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. 55p.
42. Vélez Correa, LA. Ética médica; interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 2 ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 1996. 294p.
43. Wright, SM et al. Attributes of excellent attending-physician role models N Engl J Med 1998 Dec 31; 339(27): 1986-1993
44. Wynia, MK et al. Medical professionalism in society N Engl J Med 1999 Nov 18; 341(21): 1612-1615

## **XIX. ANEXOS:**

## ENTREVISTA

DOCTOR RAMIRO RIVERA

18. ¿En qué año y en qué lugar fue fundado el Hospital General "San Juan de Dios"?
19. ¿Quién o quiénes fueron los fundadores?
20. ¿Con qué propósito fue fundado?
21. ¿Qué se esperaba lograr con este Hospital?
22. ¿Qué infraestructura tenía inicialmente?
23. ¿Fue ampliado, reconstruido o cambiado de lugar?
24. ¿Con qué personal se contaba?
25. ¿Cuántos Servicios había dentro del Hospital?
26. ¿Cuántos pacientes había aproximadamente en cada Servicio?
27. ¿Cuántos médicos trabajaban en cada Servicio?
28. ¿Qué cobertura de atención tenía el Hospital?
29. ¿En qué año empezó a funcionar como Hospital Escuela?
30. ¿Con qué objetivo empezó a trabajar como tal?
31. ¿En qué forma se trabajaba?
32. ¿Cuál fue el primer Postgrado que se inició?
33. ¿Conoce Usted algo de la filosofía con la que se trabajaba antes en el Hospital con respecto a la atención y manejo de los pacientes, y a la relación entre docentes y estudiantes?
34. ¿Recuerda Usted algún maestro que le haya inspirado especial admiración y respeto? ¿Por qué?

A continuación se presentan los instrumentos que fueron elaborados para ser utilizados en el estudio, luego de su validación.

Para la validación de los mismos, se solicitó la ayuda del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, quienes amablemente aceptaron colaborar con el estudio.

Los instrumentos fueron contestados por Jefes de Servicio, médicos residentes, internos y externos que se encontraban rotando en dicho Departamento.



Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Sujeto: \_\_\_\_\_

CLAVE: Jef: Jefes - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Jefe con el Personal del Hospital:

31. Su saludo por las mañanas es:  
a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
32. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":  
a) Siempre               b) Casi siempre               c) A veces               d) Nunca
33. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:  
a) Sí                      b) Casi siempre              c) A veces                      d) No  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
34. Explica y aclara las dudas que le presentan:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
35. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
36. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
37. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf       Jef  Res  Int  Ext  Enf
38. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:  
a) Sí                      b) No  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
39. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:  
a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
40. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:  
a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
41. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:  
a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
42. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:  
a) Lo felicita                      b) Lo agrade                      c) Le es indiferente  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf
43. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:

a) Jefe  b) Residente  b) Interno  c) Externo  d) Enfermería  e) Otros  f) No hubo   
Relación del Jefe con el Paciente y sus Familiares:

44. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

45. Su saludo al paciente es:

- a) Cordial  b) Frío  c) Lo llama por su nombre  d) No saluda

46. Le pregunta al paciente cómo se siente:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

47. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca  e) No conversan

48. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

49. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

50. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca   
Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam

51. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:

- a) Bien  b) Por salir del paso  c) No las hace  d) Se lo hace ver al paciente

52. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

53. Exige el cumplimiento de los procedimientos del paciente a la mayor brevedad posible, como parte del chance:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

54. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:

- a) Ayuda directamente  b) Ayuda indirectamente  c) Se muestra indiferente

55. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

56. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

57. Reconoce sus errores y limitaciones:

- a) Sí  b) No  c) No sé

58. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario:

- a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca

59. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:

- a) Sí  b) No  c) A veces  d) No realiza procedimientos

60. Da docencia a los residentes, internos y externos del Servicio:

- a) Sí  b) No

Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Residente con el Personal del Hospital:

31. Su saludo por las mañanas es:

- a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

32. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":

- a) Siempre               b) Casi siempre               c) A veces               d) Nunca

33. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:

- a) Sí                      b) Casi siempre              c) A veces              d) No  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

34. Explica y aclara las dudas que le presentan:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

35. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

36. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

37. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

38. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:

- a) Sí                      b) No  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

39. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:

- a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

40. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

41. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:

- a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

42. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:

- a) Lo felicita                      b) Lo agradece                      c) Le es indiferente  
Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf       Int  Ext  Enf

43. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
 a) Residente  b) Interno  c) Externo  d) Enfermería  e) Otros  f) No hubo
- Relación del Residente con el Paciente y sus Familiares:
44. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
45. Su saludo al paciente es:  
 a) Cordial  b) Frío  c) Lo llama por su nombre  d) No saluda
46. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
47. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca  e) No conversan
48. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
49. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
50. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca   
 Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam  Pac  Fam
51. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
 a) Bien  b) Por salir del paso  c) No las hace  d) Se lo hace ver al paciente
52. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
53. Exige el cumplimiento de los procedimientos del paciente a la mayor brevedad posible, como parte del chance:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
54. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
 a) Ayuda directamente  b) Ayuda indirectamente  c) Se muestra indiferente
55. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
56. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
57. Reconoce sus errores y limitaciones:  
 a) Sí  b) No  c) No sé
58. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario:  
 a) Siempre  b) Casi siempre  c) A veces  d) Nunca
59. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
 a) Sí  b) No  c) A veces  d) No realiza procedimientos
60. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes:  
 e) Sí  b) No   
 Graves  Estables  Graves  Estables

Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Interno con el Personal del Hospital:

31. Su salud por las mañanas es:

- a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf

32. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":

- a) Siempre       b) Casi siempre       c) A veces       d) Nunca

33. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:

- a) Sí                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) No  
Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf       Res  Ext  Enf

34. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia:

- a) Siempre       b) Casi siempre       c) A veces       d) Nunca

35. Explica y aclara las dudas que le presentan:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Ext  Enf       Ext  Enf       Ext  Enf

36. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

37. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

38. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

39. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente:

- a) Sí                      b) No  
Ext  Enf       Ext  Enf

40. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas:

- a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Ext  Enf       Ext  Enf       Ext  Enf       Ext  Enf

41. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Ext  Enf       Ext  Enf       Ext  Enf

42. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:

- a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Ext  Enf       Ext  Enf       Ext  Enf

43. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización del trabajo:

- a) Lo felicita                      b) Lo agrade                      c) Le es indiferente  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
44. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
a) Residente  b) Interno  c) Externo  c) Enfermería  d) Otros  e) No hubo

Relación del Interno con el Paciente y sus Familiares:

45. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
46. Su saludo al paciente es:  
a) Cordial                       b) Frío                       c) Lo llama por su nombre                       d) No saluda
47. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
48. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca                       e) No conversan
49. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
50. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
51. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam
52. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
a) Bien                       b) Por salir del paso                       c) No las hace                       d) Se lo hace ver al paciente
53. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
54. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
a) Ayuda directamente                       b) Ayuda indirectamente                       c) Se muestra indiferente
55. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
56. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
57. Reconoce sus errores y limitaciones:  
a) Sí                       b) No                       c) No sé
58. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario:  
a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
59. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
a) Sí                       b) No                       c) A veces                       d) No realiza procedimientos
60. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes:  
f) Sí                      b) No  
Graves                       Estables                       Graves                       Estables

Servicio:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Horario:\_\_\_\_\_ Sujeto:\_\_\_\_\_

CLAVE: Sup: Superiores - Res: Residentes - Int: Internos - Ext: Externos - Enf: Enfermería  
Pac: Pacientes - Fam: Familiares

Relación del Externo con el Personal del Hospital:

31. Su salud por las mañanas es:

- a) Cordial                      b) Frío                      c) No saluda  
Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf       Res  Int  Ext  Enf

32. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante":

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca

33. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas:

- a) Sí                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) No  
Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf

34. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia:

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca

35. Explica y aclara las dudas que le presentan:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf

36. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

37. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

38. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf       Sup  Res  Int  Ext  Enf

39. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente:

- a) Sí                      b) No  
Res  Int  Ext  Enf                       Res  Int  Ext  Enf

40. Trata de que el chance se distribuya equitativamente:

- a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf

41. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente:

- a) Sí                      b) No                      c) No sé  
Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf                       Int  Ext  Enf

42. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio:

- a) Directamente                      b) Indirectamente                      c) No los supervisa  
Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf

43. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo:

- a) Lo felicita                      b) Lo agradece                      c) Le es indiferente  
 Ext  Enf                       Ext  Enf                       Ext  Enf
44. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio:  
 a) Residente  b) Interno  c) Externo  c) Enfermería  d) Otros  e) No hubo

Relación del Externo con el Paciente y sus Familiares:

45. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita":  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
46. Su saludo al paciente es:  
 a) Cordial                       b) Frío                       c) Lo llama por su nombre                       d) No saluda
47. Le pregunta al paciente cómo se siente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
48. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca                       e) No conversan
49. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
50. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
51. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz:  
 a) Siempre                      b) Casi siempre                      c) A veces                      d) Nunca  
 Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam                       Pac  Fam
52. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace:  
 a) Bien                       b) Por salir del paso                       c) No las hace                       d) Se lo hace ver al paciente
53. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
54. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social:  
 a) Ayuda directamente                       b) Ayuda indirectamente                       c) Se muestra indiferente
55. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
56. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
57. Reconoce sus errores y limitaciones:  
 a) Sí                       b) No                       c) No sé
58. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario:  
 a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) A veces                       d) Nunca
59. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente:  
 a) Sí                       b) No                       c) A veces                       d) No realiza procedimientos
60. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos:  
 a) Sí                       b) No                       c) No tiene pacientes nuevos



A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.  
Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

51. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero .Ola práctica como un requisito que debo cumplir.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
52. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
53. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
54. Considero importantes los aportes que los residentes e internos hacen para el cuidado del paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
55. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
56. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
57. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
58. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
59. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
60. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
61. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
62. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
63. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
64. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
65. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.

- a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
66. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
67. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
68. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
69. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
70. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
71. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
72. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
73. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
74. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
75. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
76. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
77. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
78. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
79. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
80. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
81. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
82. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

83. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
84. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
85. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
86. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
87. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
88. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
89. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
90. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
91. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
92. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
93. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
94. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
95. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
96. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
97. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
98. No estudié Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
99. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

100. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo  
Hospital General "San Juan de Dios" Instrumento 2  
Departamento de Medicina Interna

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.  
Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

51. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

52. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

53. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

54. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacen para el cuidado del paciente.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

55. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

56. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

57. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

58. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

59. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

60. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

61. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

62. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

63. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente.

a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

64. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.

a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

65. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
66. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
67. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
68. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
69. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
70. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
71. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
72. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
73. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
74. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
75. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
76. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
77. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
78. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
79. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
80. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque éste es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
81. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
82. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

83. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
84. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
85. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
86. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
87. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
88. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
89. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
90. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
91. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
92. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
93. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
94. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
95. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
96. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
97. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
98. No estudio Medicina para volverme rico.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
99. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
100. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.

Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

51. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
52. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
53. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
54. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
55. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
56. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
57. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
58. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
59. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
60. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
61. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
62. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
63. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
64. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.

- a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
65. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
66. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
67. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
68. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
69. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
70. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
71. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
72. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
73. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
74. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
75. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
76. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
77. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
78. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
79. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
80. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque éste es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
81. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
82. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo



83. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
84. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
85. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
86. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
87. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
88. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
89. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
90. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
91. Aún en ausencia del residente no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares,  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
92. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
93. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
94. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
95. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
96. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
97. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
98. No estudio Medicina para volverme rico.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
99. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
100. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para las cuales debe escoger la opción de respuesta que se asemeje más a lo que usted piensa. No es necesario que escriba su nombre, sólo los datos que se le solicitan. Ninguna de las opciones de respuesta es buena o mala; se le suplica responder de acuerdo a lo que usted piensa, ya que su opinión será de gran valor para el presente estudio. Gracias por su colaboración.

Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

51. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
52. Casi siempre, considero mi responsabilidad estar pendiente de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
53. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
54. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacemos para el cuidado del paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
55. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
56. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
57. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
58. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
59. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
60. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
61. Sacar el chance es importante aunque no siempre implique bienestar para el paciente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
62. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
63. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
64. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo

65. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
66. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
67. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
68. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
69. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues si lo hago pueden dudar de mi capacidad, y ya no me tendrán confianza.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
70. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
71. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
72. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues permiten, de alguna forma, el avance del conocimiento.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
73. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
74. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
75. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
76. El Jefe de Servicio es una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
77. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
78. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
79. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo
80. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque éste es un poco difícil cuando el Servicio está lleno.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
81. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita.  
a)Total desacuerdo b)Desacuerdo parcial c)Indeciso d)Acuerdo parcial e)Total acuerdo
82. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos.  
a)Total acuerdo b)Acuerdo parcial c)Indeciso d)Desacuerdo parcial e)Total desacuerdo

83. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
84. La recuperación de mis pacientes depende exclusivamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
85. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
86. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
87. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
88. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
89. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
90. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
91. Generalmente, no es mi responsabilidad estar al tanto de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
92. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
93. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
94. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
95. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
96. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
97. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
98. No estudio Medicina para volverme rico.  
a) Total desacuerdo b) Desacuerdo parcial c) Indeciso d) Acuerdo parcial e) Total acuerdo
99. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo
100. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar.  
a) Total acuerdo b) Acuerdo parcial c) Indeciso d) Desacuerdo parcial e) Total desacuerdo

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 1

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

6. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
7. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (6)
9. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (14)
10. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

▪ Responsabilidad:

6. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
7. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
8. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
9. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
10. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

6. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
7. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
8. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
9. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)

▪ Amistad:

6. Su saludo por las mañanas es: (1)
7. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
8. Su saludo al paciente es: (15)
9. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
10. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

6. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (7)
7. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
8. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
9. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
10. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

6. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (4)
7. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
8. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
9. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
10. Da docencia a residentes, internos y externos: (30)

## F. VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

9. Explica y aclara las dudas que le presentan: (4)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)
11. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
12. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
13. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
14. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
15. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
16. Da docencia a residentes, internos y externos: (30)

### ▪ Social:

9. Su saludo por las mañanas es: (1)
10. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
11. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
12. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (7)
13. Su saludo al paciente es: (15)
14. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
15. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
16. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

### ▪ Político:

8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (6)
9. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
10. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
12. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
14. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

8. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
9. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
10. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (14)
11. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
12. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
13. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
14. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 2

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

6. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
7. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (6)
9. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (14)
10. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

▪ Responsabilidad:

6. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
7. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
8. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
9. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
10. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

6. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
7. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
8. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
9. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)

▪ Amistad:

6. Su saludo por las mañanas es: (1)
7. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
8. Su saludo al paciente es: (15)
9. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
10. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

6. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (7)
7. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
8. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
9. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
10. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

6. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (4)
7. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
8. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
9. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
10. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

## G. VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

9. Explica y aclara las dudas que le presentan: (4)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (19)
11. Da Plan Educacional sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (20)
12. Se toma el tiempo suficiente para examinar al paciente durante la visita: (22)
13. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
14. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
15. Realiza interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
16. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

### ▪ Social:

9. Su saludo por las mañanas es: (1)
10. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
11. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (5)
12. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (7)
13. Su saludo al paciente es: (15)
14. Le pregunta al paciente cómo se siente: (16)
15. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (17)
16. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (18)

### ▪ Político:

8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (6)
9. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (8)
10. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (9)
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (11)
12. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (12)
13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (13)
14. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

8. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
9. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (10)
10. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (14)
11. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (21)
12. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
13. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
14. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)



ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 3

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

6. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
7. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (7)
9. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (15)
10. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

▪ Responsabilidad:

6. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
7. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
8. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
9. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
10. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

6. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
7. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
8. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
9. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)

▪ Amistad:

6. Su saludo por las mañanas es: (1)
7. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (9)
8. Su saludo al paciente es: (16)
9. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
10. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

6. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (8)
7. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (10)
8. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (13)
9. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
10. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

6. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia: (4)
7. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (5)
8. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
9. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
10. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

## B.VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

9. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia: (4)
10. Explica y aclara las dudas que le presentan: (5)
11. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)
12. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
13. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
14. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
15. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
16. Escribe evoluciones en las papeletas de los pacientes: (30)

### ▪ Social:

9. Su saludo por las mañanas es: (1)
10. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
11. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
12. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (8)
13. Su saludo al paciente es: (16)
14. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
15. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
16. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

### ▪ Político:

8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (7)
9. Estimula al personal a su cargo para que sean respetuosos con el paciente: (9)
10. Delega responsabilidades dentro del Servicio a otras personas: (10)
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
12. Cuando el personal a su cargo se dedica en la realización de su trabajo: (13)
13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
14. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

8. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
9. Indica al personal a su cargo que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
10. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (15)
11. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
12. Exige el cumplimiento de los procedimientos a la mayor brevedad posible, como parte del chance: (23)
13. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
14. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

ACTITUDES Y VALORES  
Lista de Cotejo No. 4

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

6. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
7. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio, o cuando habla de él: (7)
9. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita": (15)
10. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

▪ Responsabilidad:

6. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
7. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
8. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible: (23)
9. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente (26)
10. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

▪ Comunicación/Veracidad:

6. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
7. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
8. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
9. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
10. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)

▪ Amistad:

6. Su saludo por las mañanas es: (1)
7. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente: (9)
8. Su saludo al paciente es: (16)
9. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
10. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)

▪ Humildad:

6. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas: (8)
7. Trata de que el chance se distribuya equitativamente: (10)
8. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo: (13)
9. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)
10. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)

▪ Sabiduría:

6. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia. (4)
7. Explica y aclara las dudas que se le presentan: (5)
8. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
9. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
10. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos: (30)

## B.VALORES AVL:

### ▪ Teórico:

9. Presenta los pacientes al residente o al Jefe de Servicio en su ausencia. (4)
10. Explica y aclara las dudas que le presentan: (5)
11. Se dirige al paciente en un lenguaje claro y comprensible para él: (20)
12. Da Plan Educativo sobre la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento en forma veraz: (21)
13. Evidencia poseer conocimientos sobre las patologías de los pacientes y conocer sus casos durante la visita: (25)
14. Verifica que los medicamentos se estén administrando adecuadamente: (26)
15. Sugiere interconsultas cuando lo considera necesario: (28)
16. Realiza las historias clínicas de sus pacientes nuevos: (30)

### ▪ Social:

9. Su saludo por las mañanas es: (1)
10. Mira atentamente a las personas cuando conversa con ellas: (3)
11. Se dirige a las personas con respeto y amabilidad: (6)
12. Toma en cuenta los comentarios y sugerencias que le hacen otras personas (8)
13. Su saludo al paciente es: (16)
14. Le pregunta al paciente cómo se siente: (17)
15. Mira atentamente al paciente cuando conversa con él: (18)
16. Se dirige al paciente con respeto y amabilidad: (19)

### ▪ Político:

8. Utiliza adjetivos descalificantes cuando se dirige a algún miembro de su Servicio o cuando habla de él: (7)
9. Estimula al personal para que sean respetuosos con el paciente: (9)
10. Trata de que el chance se distribuya equitativamente: (10)
11. Supervisa los procedimientos que se realizan en el Servicio: (12)
12. Cuando alguien se dedica en la realización de su trabajo: (13)
13. Las defunciones o gravedad de los pacientes las notifican en el Servicio: (14)
14. Reconoce sus errores y limitaciones: (27)

### ▪ Utilitario:

8. Cuando habla del paciente se refiere a él como "Caso interesante" o "Caso poco interesante": (2)
9. Indica al personal que utilicen algún medio de protección previo a realizarle algún tipo de procedimiento al paciente: (11)
10. Se refiere a los procedimientos de los pacientes como "oportunidades de hacerse la manita" (15)
11. Cuando realiza cosas por las cuales manifiesta desagrado, las hace: (22)
12. Trata de cumplir con el chance a la mayor brevedad posible: (23)
13. Cuando el paciente tiene problemas en sus trámites con Trabajo Social: (24)
14. Utiliza algún medio de protección, así como medidas adecuadas de asepsia y antisepsia previo a realizarle procedimientos al paciente: (29)

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

9. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
10. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
11. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
12. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
13. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
14. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

9. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
10. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
11. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
12. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
13. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
14. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes. (38)
15. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (21)
16. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

9. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
10. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
11. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
12. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
13. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
14. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
15. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio. (26)
16. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio. (39)

▪ Amistad:

9. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
10. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
11. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
13. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
14. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
15. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
16. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

9. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
10. No estudié Medicina para volverme rico. (48)
11. Considero importantes los aportes que residentes e internos hacen para el cuidado del paciente. (4)
12. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
13. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
14. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
15. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
16. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

9. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
10. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
11. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
12. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
13. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
14. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
15. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
16. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

13. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
14. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
15. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
16. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
17. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
18. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
19. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
20. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
21. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
22. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
23. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
24. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

13. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
14. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
15. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
16. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
18. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
19. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
20. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
21. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
22. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
23. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
24. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

13. Considero importantes los aportes que los residentes e internos hacen para el cuidado del paciente. (4)
14. Las sugerencias de los residentes e internos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
15. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
16. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
17. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (21)
18. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
19. Trato de ser bastante accesible con mis estudiantes, ya que su aprendizaje es también parte de mi trabajo dentro del Servicio. (26)
20. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
21. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
22. No soy muy accesible con mis estudiantes, pues no considero que su aprendizaje sea parte de mi trabajo dentro del Servicio. (39)
23. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
24. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los residentes realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

13. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
14. Estudié Medicina para adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)

15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
17. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
18. No es necesario que utilice guantes siempre que le realizo algún procedimiento al paciente, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
19. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
20. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
21. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para realizarle procedimientos a los pacientes. (38)
22. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
23. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
24. No estudié Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)



A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

9. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
10. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
11. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
12. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
13. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
14. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

9. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
10. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
11. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
12. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
13. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
14. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
15. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (21)
16. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

9. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
10. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
11. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
12. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
13. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
14. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
15. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
16. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

9. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
10. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
11. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
13. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
14. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
15. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
16. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

9. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
10. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
11. Considero importantes los aportes que internos y externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
12. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
13. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
14. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
15. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
16. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

9. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
10. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
11. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
12. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
13. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
14. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
15. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
16. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

13. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
14. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
15. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
16. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
17. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
18. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
19. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
20. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
21. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
22. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
23. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
24. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

13. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
14. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
15. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
16. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
18. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
19. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
20. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
21. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
22. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
23. Generalmente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
24. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

13. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
14. Las sugerencias de los internos y externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
15. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
16. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
17. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (21)
18. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
19. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
20. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
21. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
22. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
23. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
24. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los internos realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

13. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
14. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)

16. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
17. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
18. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
19. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
20. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
21. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
22. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
23. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
24. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

9. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
10. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
11. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
12. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
13. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
14. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

9. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
10. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
11. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
12. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
13. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
14. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
15. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (21)
16. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

9. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
10. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
11. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
12. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
13. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
14. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
15. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
16. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

9. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente. (2)

10. Aún en ausencia del residente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
11. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
13. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
14. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
15. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
16. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

9. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
10. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
11. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
12. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
13. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
14. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
15. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
16. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

9. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
10. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
11. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
12. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
13. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
14. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
15. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
16. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

13. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
14. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
15. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
16. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
17. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
18. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
19. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el externo a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
20. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
21. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
22. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
23. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
24. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

13. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares, en ausencia del residente. (2)
14. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
15. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
16. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
18. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
19. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
20. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
21. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
22. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
23. Aún en ausencia del residente, no es mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
24. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

13. Considero importantes los aportes que los externos hacen para el cuidado del paciente. (4)
14. Las sugerencias de los externos pocas veces son de utilidad para el cuidado de los pacientes. (9)
15. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
16. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
17. Generalmente, no considero necesario supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (21)
18. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
19. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
20. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
21. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
22. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
23. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
24. Por lo general, prefiero supervisar los procedimientos que los externos realizan a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

13. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
14. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
17. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)

18. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
19. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
20. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
21. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
22. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
23. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
24. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)



A. VALORES LICKERT:

▪ Respeto:

9. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
10. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
11. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
12. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
13. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
14. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)

▪ Responsabilidad:

9. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
10. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
11. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
12. Si no le implica bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
13. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)
14. Aunque me tarde más, es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
15. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes. (21)
16. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes. (47)

▪ Comunicación/Veracidad:

9. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
10. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
11. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
12. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
13. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
14. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
15. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
16. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)

▪ Amistad:

9. Casi siempre, considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
10. Generalmente, no considero mi responsabilidad notificar personalmente la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)

11. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
12. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)
13. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
14. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites que los pacientes realizan dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
15. No considero importante conocer el nombre de todos mis pacientes. (17)
16. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)

▪ Humildad:

9. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
10. No estudio Medicina para volverme rico. (48)
11. Considero importantes los aportes que internos y externos hacemos para el cuidado del paciente. (4)
12. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes. (9)
13. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues hacerlo le restaría solidez a la relación que mantengo con ellos. (19)
14. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
15. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
16. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)

▪ Sabiduría:

9. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)
10. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
11. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
12. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
13. Mi principal respaldo para evaluar la evolución que han tenido mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
14. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
15. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
16. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

B.VALORES AVL:

▪ Teórico:

13. Es importante discutir en la visita sobre las patologías de los pacientes, pues nos enriquece a todos. (15)

14. Es mi responsabilidad conocer, mejor que nadie, el caso de mis pacientes dentro del Servicio. (18)
15. Mi principal respaldo para evaluar la evolución de mis pacientes es el examen físico que les realizo. (20)
16. Todas las especialidades de la Medicina son importantes, pues de alguna forma permiten el avance del conocimiento. (22)
17. Es mi responsabilidad dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo. (24)
18. No considero útil la discusión de los casos de los pacientes durante la visita. (31)
19. La persona que debe saber más sobre el caso de cada paciente es el residente a cargo, pues tiene la responsabilidad de mantenernos informados al respecto. (33)
20. La recuperación de mis pacientes depende únicamente de la cantidad de conocimientos que se tengan sobre su patología. (34)
21. Sólo la Medicina Interna es importante, pues es la única especialidad realmente científica que existe. (36)
22. Evalúo la evolución que mis pacientes han tenido principalmente a través de sus resultados de laboratorio. (43)
23. No tengo que dar educación en salud a todos los pacientes que atiendo, no me daría tiempo de atenderlos. (45)
24. En la recuperación de los pacientes intervienen no sólo los conocimientos que se tengan sobre su enfermedad, sino también la forma en que éstos se aplican. (49)

▪ Social:

13. Casi siempre, considero mi responsabilidad estar pendiente de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares. (2)
14. No considero necesario ver a las personas para establecer una buena comunicación con ellas. (5)
15. Mis pacientes reciben una mejor atención cuando asisto puntualmente al Servicio. (6)
16. Es importante hablarle pronto al paciente sobre su mal pronóstico, para permitirle mejorar su calidad de vida y la de su familia. (7)
17. No considero importante conocer el nombre de todos mis paciente.s. (17)
18. Generalmente, el escuchar al paciente me ayuda a comprender mejor su enfermedad. (23)
19. El contacto visual es de vital importancia para establecer una buena comunicación con las personas. (28)
20. Mi puntualidad no necesariamente determina el bienestar de los pacientes, ya que hay más personal disponible para atenderlos dentro del Servicio. (29)
21. Trato de saber el nombre de mis pacientes, aunque ésto es un poco difícil cuando el Servicio está lleno. (30)
22. Los pacientes se quejan demasiado, y por razones injustificadas, por lo que no vale la pena escucharlos. (32)
23. Generalmente, no es mi responsabilidad estar al tanto de que el residente notifique la gravedad de los pacientes a sus familiares. (41)
24. Decir demasiado pronto al paciente que su pronóstico es malo le resta calidad de vida. (46)

▪ Político:

13. Considero importantes los aportes que los internos y externos hacemos para el cuidado del paciente. (4)
14. Las sugerencias que internos y externos damos pocas veces son útiles para el cuidado de los pacientes. (9)
15. La elección del tratamiento debe depender exclusivamente del médico, sin contar con el paciente. (10)
16. No expreso mis dudas o errores delante del paciente y personal del Servicio, pues si lo hago pueden dudar de mi capacidad, y ya no me tendrán confianza. (19)
17. Generalmente, no considero necesario que alguien supervise los procedimientos que le realizo a los pacientes. (21)
18. La enseñanza de la Medicina dentro de los hospitales necesita de la jerarquía para ser eficiente. (25)
19. Considero al Jefe de Servicio una persona bastante accesible que se preocupa por el aprendizaje de todos. (26)
20. No me preocupa que las personas con las que trabajo se den cuenta de los errores que cometo. (27)
21. La jerarquía no debería ser uno de los pilares fundamentales de la enseñanza de la Medicina. (35)
22. Es muy difícil establecer comunicación con el Jefe de Servicio; no parece importarle nuestro aprendizaje. (39)
23. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. (40)
24. Por lo general, prefiero que me supervisen los procedimientos que le realizo a los pacientes. (47)

▪ Utilitario:

13. No me agrada el tipo de pacientes que me veo obligado a atender en este Hospital; por lo que considero la práctica como un requisito que debo cumplir. (1)
14. Estudio Medicina porque me interesa adquirir cierto status y nivel socioeconómico. (3)
15. Mi mayor interés en la práctica de la Medicina son los pacientes, no lo lucrativa que puede ser. (8)
16. Sacar el chance es importante, aunque no siempre implique mayor bienestar para el paciente. (11)
17. Lo que más me agrada del trabajo que realizo diariamente es la oportunidad de atender pacientes. (12)
18. No es necesario que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes, ya que pierdo tiempo innecesariamente. (13)

19. Aunque tengo que invertir más tiempo cuando lo hago, por lo general trato de intervenir por el paciente con Trabajo Social, para agilizar los trámites que sus familiares están realizando. (14)
20. Mi propio enriquecimiento personal es lo que más me importa dentro de la práctica de la Medicina. (37)
21. Aunque me tarde más, es importante que utilice guantes para extraerle sangre a los pacientes. (38)
22. No pierdo tiempo con Trabajo Social, pues los trámites dependen exclusivamente del interés que demuestran los familiares del paciente en realizarlos. (42)
23. Si no le implica mayor bienestar al paciente, sacar el chance pierde sentido. (44)
24. No estudio Medicina para volverme rico. (48)

▪ Controles:

3. Generalmente, la amistad es importante para el ser humano. (16)
4. Generalmente, el deseo de superación es importante para triunfar. (50)

Valores Escala:

51. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
52. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
53. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
54. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
55. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
56. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
57. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
58. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
59. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
60. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
61. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
62. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
63. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
64. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
65. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
66. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
67. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
68. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
69. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
70. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
71. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
72. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
73. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
74. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
75. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
76. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
77. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
78. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
79. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
80. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
81. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
82. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
83. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
84. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
85. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
86. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
87. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
88. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
89. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
90. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
91. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
92. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
93. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
94. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
95. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
96. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
97. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
98. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
99. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
100. 4 - 3 - 2 - 1 - 0

Valores AVL:

1. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
2. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
3. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
4. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
5. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
6. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
7. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
8. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
9. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
10. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
11. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
12. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
13. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
14. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
15. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
16. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
17. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
18. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
19. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
20. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
21. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
22. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
23. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
24. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
25. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
26. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
27. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
28. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
29. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
30. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
31. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
32. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
33. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
34. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
35. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
36. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
37. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
38. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
39. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
40. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
41. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
42. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
43. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
44. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
45. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
46. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
47. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
48. 4 - 3 - 2 - 1 - 0
49. 0 - 1 - 2 - 3 - 4
50. 4 - 3 - 2 - 1 - 0

No.: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Instrumento: \_\_\_\_\_

▪ Respeto:

1 _____	12 _____	1 _____	12 _____
8 _____	37 _____	8 _____	37 _____
10 _____	40 _____	10 _____	40 _____
25 _____	35 _____	25 _____	35 _____

▪ Responsabilidad:

6 _____	29 _____	6 _____	29 _____
11 _____	44 _____	11 _____	44 _____
13 _____	38 _____	13 _____	38 _____
21 _____	47 _____	21 _____	47 _____

▪ Comunicación / Veracidad:

5 _____	28 _____	5 _____	28 _____
23 _____	32 _____	23 _____	32 _____
24 _____	45 _____	24 _____	45 _____
26 _____	39 _____	26 _____	39 _____

▪ Amistad:

2 _____	41 _____	2 _____	41 _____
7 _____	46 _____	7 _____	46 _____
14 _____	42 _____	14 _____	42 _____
17 _____	30 _____	17 _____	30 _____

▪ Humildad:

3 _____	48 _____	3 _____	48 _____
4 _____	9 _____	4 _____	9 _____
19 _____	27 _____	19 _____	27 _____
22 _____	36 _____	22 _____	36 _____

▪ Sabiduría:

15 _____	31 _____	15 _____	31 _____
18 _____	33 _____	18 _____	33 _____
20 _____	43 _____	20 _____	43 _____
34 _____	49 _____	34 _____	49 _____

▪ Controles:

16 _____	50 _____	16 _____	50 _____
----------	----------	----------	----------

