

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

“DIAGNÓSTICO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES  
ENTRE EL PERSONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE VIVIENDO  
CON VIH/SIDA, QUE ASISTE A LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS, ÁREA DE ADULTOS, HOSPITAL ROOSEVELT”

Trabajo de tesis presentado por:

**KAREN ISABEL CHO ZUMETA**

Previo a optar El Título de:

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Asesor de Tesis:

Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro

Guatemala, Febrero de 2010



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Consejo Directivo

M.A. Gustavo Bracamonte

Director

Representantes Docentes

M.A. Fredy Morales

Lic. Julio Moreno

Representantes Estudiantiles

Adriana Castañeda Morataya

Milton Lobo Barrera

Representantes Egresados

M.A. Ramiro Macdonald Blanco

Secretario

M.A. Axel A. Santizo

Tribunal Examinador

Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro, Presidente

Lic. Marco Julio Ochoa, Revisor

Dr. Rudy Cabrera, Revisor

Licda. Miriam Yucuté, Examinadora

M.A. Donaldo Vásquez, Examinador

M.A. César Urizar, Suplente





**Escuela de Ciencias de la Comunicación**  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 30 de mayo de 2008  
Dictamen aprobación 47-08  
Comisión de Tesis

Estudiante  
Karen Isabel Cho Zumeta  
Escuela de Ciencias de la Comunicación  
Ciudad de Guatemala

Estimada estudiante Cho:

Para su conocimiento y efectos, me permito transcribir lo que acordó la comisión de tesis en el inciso 1.14 del punto 1 del acta 02-2008 de sesión celebrada el 30 de mayo de 2008.

**1.14.** Comisión de Tesis acuerda: A) Aprobar a la estudiante Karen Isabel Cho Zumeta, carné 200016978, el proyecto de tesis *DIAGNÓSTICO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE EL PERSONAL DE LA SALUD, Y EL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA QUE ASISTE A LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ÁREA DE ADULTOS, HOSPITAL ROOSEVELT.* B) Nombrar como asesor: Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro.

Atentamente,

**ID Y ENSEÑAN A TODOS**

  
M.A. Aracelly Mérida  
Coordinadora Comisión de Tesis



Copia: Comisión de Tesis  
AM/Eunice S.





**Escuela de Ciencias de la Comunicación**  
Universidad de San Carlos de Guatemala

169-09

Guatemala, 5 de agosto de 2009  
Comité Revisor  
Ref. CT-Akmg 26-2009

Estudiante  
**Karen Isabel Cho Zumeta**  
Carné **200016978**  
Escuela de Ciencias de la Comunicación  
Ciudad Universitaria, zona 12

Estimado(a) estudiante Cho:

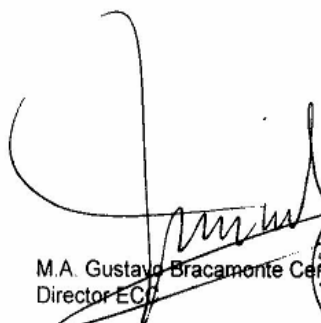

De manera atenta nos dirigimos a usted para informarle que esta Comisión nombró al COMITÉ REVISOR DE TESIS para revisar y dictaminar sobre su trabajo: *"Diagnóstico de las relaciones interpersonales ente el personal de la salud y el paciente viviendo con VIH/SIDA, que asiste a la clínica de Enfermedades Infecciosas, área de adultos, Hospital Roosevelt"*, previo a optar al GRADO DE LICENCIADO(A) EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.



Dicho comité debe rendir su dictamen en un plazo no mayor de 15 días calendario a partir de la fecha de recepción y está integrado por los siguientes profesionales:

Dr. Carlos Mejía, presidente.  
Dr. Rudy Cabrera, revisor.  
Lic. Marco Julio Ochoa, revisor.

Atentamente,

**ID Y ENSEÑAD A TODOS**

  
M.A. Gustavo Bracamonte Cejón  
Director E.C.C.  


  
M.A. Aracelly Mérida  
Coordinadora Comisión de Tesis  


Adjunto: fotocopia del informe final de tesis  
Copia: archivo.  
AM/GB/Ingrid c.

Edificio M2,  
Ciudad Universitaria, zona 12.  
Teléfonos: (502) 2476-9926  
(502) 2443-9500 extensión 1478  
Fax: (502) 2476-9938  
[www.comunicacionusac.com.gt](http://www.comunicacionusac.com.gt)







### Autorización informe final de tesis por Terna Revisora

M.A.  
Aracelly Mérida,  
Coordinadora  
Comisión de Tesis  
Escuela de Ciencias de la Comunicación,  
Edificio Bienestar Estudiantil, 2do. Nivel.  
Ciudad Universitaria, zona 12

Distinguida M.A. Mérida

Atentamente informamos a ustedes que el (la) estudiante \_\_\_\_\_

Karen Isabel Cho Zumeta


Carné 200016978. Ha realizado las correcciones y recomendaciones a su TESIS, cuyo título final es:

"DIAGNÓSTICO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE EL PERSONAL DE LA SALUD, Y EL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA QUE ASISTE A LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ÁREA DE ADULTOS, HOSPITAL ROOSEVELT"

En virtud de lo anterior, se emite DICTAMEN FAVORABLE a efecto de que pueda continuar con el trámite correspondiente.

"ID Y ENSEÑAD ATODOS"

  
~~Lic. Marco Julio Ochoa~~  
Nombre y Firma  
Miembro Comisión Revisora

  
Dr. Ruby Cagpera  
Nombre y Firma  
Miembro Comisión Revisora

  
Dr. CARLOS MEJIA  
Medicina Interna-Infectología  
Colegiado 4113  
Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro  
Presidente Comisión Revisora  
Nombre y Firma





## Escuela de Ciencias de la Comunicación

Universidad de San Carlos de Guatemala, 04 de febrero de 2010

Tribunal examinador de tesis/  
orden de impresión  
Ref. CT-Akmg- No. 04-2010

21-10

Estudiante

**Karen Isabel Cho Zumeta**

Carné **200016978**

Escuela de Ciencias de la Comunicación

Ciudad Universitaria, zona 12

Estimado(a) estudiante **Cho**:

Por este medio nos dirigimos a usted para informarle que se autorizó la impresión de su trabajo de investigación con el título *DIAGNÓSTICO DE LA RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE EL PERSONAL DE LA SALUD, Y EL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA QUE ASISTE A LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ÁREA DE ADULTOS HOSPITAL ROOSEVELT*, previo a optar al GRADO DE LICENCIADO(A) EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

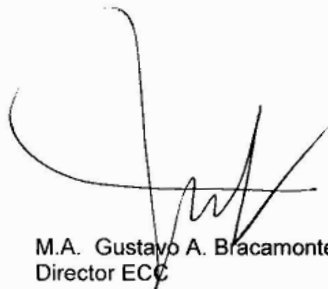
El tribunal examinador esta integrado por:

Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro, presidente.  
Lic. Marco Julio Ochoa, revisor.  
Dr. Rudy Cabrera, revisor.  
Licda. Miriam Yucuté, examinadora.  
M.A. Donaldo Vásquez, examinador.  
M.A. César Urizar, suplente.


Diez tesis impresas deberá entregarlas en la Secretaría de la Escuela para que se fije la fecha del examen privado de graduación; seis tesis y dos cds en formato PDF en la Biblioteca Flavio Herrera; dos tesis y un cd en formato PDF en la biblioteca central de esta casa de estudios.

Atentamente,

**ID Y ENSEÑAD A TODOS**



M.A. Gustavo A. Bracamonte C.  
Director ECC



M.A. Aracelly Mérida  
Coordinadora Comisión de tesis



Copia: archivo  
AM/Eunice S.

Edificio M2.  
Ciudad Universitaria, zona 12.  
Teléfonos: (502) 2476-9926  
(502) 2443-9500 extensión 1478  
Fax: (502) 2476-9938  
[www.comunicacionusac.com.gt](http://www.comunicacionusac.com.gt)



Para efectos legales, únicamente la autora es la responsable del contenido de este trabajo.



## AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por su amor, sabiduría y fortaleza. Por guiarme con su luz divina, en los momentos difíciles y mostrarme el camino a seguir. Gracias padre celestial.

A MIS PADRES

Rodolfo, por siempre apoyarme y alentarme a conseguir mis objetivos. Dominga, de quien nunca ha faltado una palabra de amor y aliento, sin importar las circunstancias.

A MI ABUELITA

Isabel, por su amor, consejos y apoyo en todo momento.

A MIS HERMANOS

Zaida, Dina, Julio, por su apoyo incondicional.

A MIS AMIGOS

Sandra, Celia, Waleska, Luis, Hamilton, por estar siempre conmigo, de una u otra forma.

A MIS COMPAÑERAS  
DE TRABAJO Y AMIGAS

Mercedes, Claudia, Linda, Sheny, por alentarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A MI ASESOR

Dr. Carlos Mejía Villatoro, por su paciencia, sus consejos, por todo su apoyo y motivación para el logro de esta meta.

A LICDA. FLOR DE MARÍA DIAZ  
Y DR. GUILLERMO VILLATORO

Por toda su colaboración, y su buena disposición sin escatimar.





A M.A. ARACELLY MÉRIDA

Por su apoyo incondicional y sus consejos en todo momento, no solo a nivel académico, sino también a nivel personal.

A MI LUGAR DE TRABAJO

Clínica de Enfermedades Infecciosas, y a todo su personal, por la colaboración y ayuda recibida.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS  
DE LA COMUNICACIÓN

Por ser parte fundamental en el camino recorrido, de mi formación profesional.

Y A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA SE INVOLUCRARON Y ME APOYARON, PARA LA OBTENCIÓN DE ESTE LOGRO.



## INDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>i</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>v</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>Marco Conceptual</b>	
1.1 Título del Tema.....	07
1.2 Antecedentes.....	07
1.3 Justificación.....	09
1.4 Planteamiento del Problema.....	10
1.5 Alcances y límites del tema.....	10
1.5.1 Objeto de estudio.....	10
1.5.2 Ámbito geográfico.....	10
1.5.3 Ámbito institucional.....	10
1.5.4 Ámbito poblacional.....	10
1.5.5 Ámbito temporal.....	10
1.5.6 Límites.....	10
<b>Capítulo II</b>	
<b>Marco Teórico</b>	
2.1 ¿Qué es el VIH?.....	13
2.2 Cuando llega el VIH.....	14
2.3 Estigma y discriminación.....	15
2.4 Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt....	15
2.5 Comunicación.....	17
2.6 Proceso de comunicación.....	18
2.7 Elementos del proceso de comunicación.....	18
2.7.1 Emisor.....	18
2.7.2 Código.....	19

2.7.3 Mensaje.....	19
2.7.4 Canal.....	19
2.7.5 Receptor.....	19
2.7.6 Contexto.....	19
2.7.7 Retroalimentación.....	20
2.8 Barreras de comunicación.....	20
2.8.1 Barreras físicas.....	20
2.8.2 Barreras fisiológicas.....	20
2.8.3 Barreras psicológicas.....	20
2.8.4 Barreras semánticas.....	20
2.9 Comunicación no verbal.....	22
2.10 El significado y contexto.....	23
2.10.1 Contexto semántico.....	23
2.10.2 Contexto situacional.....	23
2.10.3 Contexto físico.....	24
2.10.4 Contexto cultural.....	24
2.11 Relaciones interpersonales.....	24
2.12 Información.....	25
2.13 Diagnóstico.....	25
2.14 Acceso a la salud.....	26
2.14.1 Pobreza.....	27
2.14.2 Desempleo.....	27
2.15 Acceso a la educación.....	27
2.16 Personal de la salud.....	27
2.16.1 Médicos.....	27
2.16.2 Enfermería.....	28
2.17 Paciente.....	28
2.17.1 Personalidad del paciente.....	28
2.17.2 Atención al paciente.....	29
2.18 Calidad de los servicios.....	29
2.19 Atención integral.....	30

2.19.1 Manejo clínico.....	30
2.19.2 Consejo y apoyo emocional.....	30
2.20 Relación personal de la salud-paciente.....	31
2.21 Relación médico-paciente.....	32
2.21.1 Métodos negativos.....	33
2.21.2 Saber escuchar.....	34

### **Capítulo III**

#### **Marco Metodológico**

3.1 Método o tipo de investigación.....	37
3.2 Objetivos.....	37
3.3 Técnica.....	37
3.4 Instrumento.....	38
3.5 Universo.....	38
3.6 Muestra.....	38
3.7 Procedimiento.....	40

### **Capítulo IV**

#### **Análisis y descripción de resultados**

<b>Conclusiones.....</b>	<b>67</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>69</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>77</b>



## Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), gana más terreno cada día que pasa, es una pandemia que se extiende rápidamente, por lo que es necesario tener toda la información necesaria para poder entender, aceptar y convivir con él, si fuere el caso. En la Clínica de Enfermedades Infecciosas por parte del personal que allí labora, cumplen con la primera y la última acepción antes mencionadas, y los pacientes que acuden a esta clínica cumplen con las tres acepciones.

La comunicación es un instrumento de vital importancia que se utiliza a diario en todas sus formas, en este caso que nos compete, la comunicación juega el papel principal dentro del proceso de la atención integral.

El personal que labora en la clínica, esta conciente de la situación en particular, por la que cruza cada paciente que acude, en busca de atención para su salud. Todos y cada uno, están intrínsecamente relacionados a la atención directa o indirecta del paciente, por lo que el conocimiento actualizado y la capacitación periódica, son necesarios.

El trabajo del personal que conforma el equipo de una clínica especializada, como el de la Clínica donde se realizó el presente estudio, es arduo, ya que deben trabajar en el cambio de actitudes y costumbres de diversas índoles. En la educación del paciente para el bien de su salud, pero sobre todo, enseñarle a quererse él mismo, para que pueda tener una buena adherencia (que es la acción y efecto de permanecer en íntima cercanía, Diccionario Dorland (1988)) a su medicamento, el cual va a acompañarlo por el resto de su vida; por lo anterior el personal de la salud ya no es solo un extraño que conoce un día cualquiera, se convierte en un amigo cercano, a quien debe frecuentar cada cierto tiempo, para lo cual también se mencionan algunos consejos de profesionales en la materia, para cuidar que esta relación sea lo más sincera, respetuosa y duradera posible.

Y de aquí es donde proviene el tema del presente estudio, de la relación que se establece entre el paciente y el personal de la salud, la cual empieza de una forma bastante crítica, (cuando el paciente es diagnosticado en la Clínica) ya que el paciente recibe una noticia bastante fuerte y el personal es el encargado de realizar el papel de un amigo, de un consejero, por lo que desde un inicio se debe contar con toda la capacitación necesaria para poder saber manejar la situación e iniciar el recorrido de un largo camino.

La relación que se establece entre el personal de la salud y el paciente, puede verse afectada por varios factores, de diversas índoles, que no son el tema del presente estudio, pero que son las barreras con las que se encuentran ambas

partes. El paciente puede contar con muy buena salud, tener un 99% de adherencia, en este caso es el apego a su tratamiento, contar con el apoyo de su familia, tener un trabajo estable, etc., y por el otro lado, un paciente carente de todo lo mencionado con anterioridad, por lo que el estado anímico de ambos pacientes será totalmente diferente. Similar situación sucede con el personal de la salud, el trabajador que esta a gusto con su trabajo, con el área de trabajo, con sus compañeros y posiblemente con su salario, será diferente al que no lo está, y ello repercute al momento de llevar a cabo la atención al paciente.

El presente diagnóstico da la certeza de cuales son las fortalezas y cuales son las debilidades que posee este centro de atención integral, en relación a la atención al paciente, las cuales existen tanto del lado del paciente, así como del personal de la salud.

Sin ánimos de calificar si está bien o está mal, únicamente de establecer un diagnóstico de la relación que se desarrolla entre el personal de la salud y el paciente que acude a esta Clínica, se realizó una encuesta a los pacientes, se llevaron a cabo observaciones tanto al personal como al paciente, y por último una entrevista, para contar con el punto de vista del personal de la clínica.

De los resultados se desprende que existen barreras por parte del personal, tales como factores laborales, factores de tiempo y espacio, factores de organización a nivel grupal y por parte del paciente, factores psicológicos, factores laborales, factores sociales, factores educacionales, por mencionar algunos; lo anterior desencadena en que la comunicación se hace difícil, por lo que el mensaje se debe estructurar de mejor manera, con más contenido, cuidando el lenguaje a utilizar, ya que a la clínica asisten personas de todo nivel; predominando en un 44% con nivel de educación primaria, seguido por el 22% de pacientes que no tuvieron ningún acceso a la educación, de los pacientes que fueron abordados.

De la encuesta realizada a los pacientes, se deduce que el paciente cuenta con toda la disposición de aprender más acerca del tema del VIH/SIDA, la clínica es difusora de gran cantidad de información, pero a pesar de ello los pacientes reportan buscar información en otras fuentes, por lo que es necesario indagar que información les esta haciendo falta y aprovechar el medio y el tiempo durante el cual los pacientes esperan a ser atendidos, para proyectar videos educativos alternados con entretenimiento, para enriquecer y aclarar las dudas que quedan cuando el tiempo de consulta o de atención, no es suficiente por causa de la creciente demanda.

En el marco conceptual se encuentran los antecedentes que dan pie al presente estudio; la importancia de la investigación se establece por medio de la justificación, el planteamiento del problema; además se establecen los alcances y límites, que fueron los parámetros a respetar. En el marco teórico se describen los temas que apoyan el trabajo de la presente tesis. En el marco metodológico se especifica el tipo de investigación, los objetivos que se alcanzaron, las técnicas e instrumentos utilizados, y el universo y muestra que se determinó para obtener los



datos del estudio. Finalmente, se presentan los resultados obtenidos, las conclusiones a las que se llegó, las recomendaciones, referencias bibliográficas que fueron utilizadas y los anexos en los que encontrarán los instrumentos utilizados en el campo para la obtención de los datos.



## Resumen

**Título:** “Diagnóstico de las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y el paciente con VIH/SIDA, que asiste a la Clínica de Enfermedades Infecciosas, área de adultos, Hospital Roosevelt”

**Autora:** Karen Isabel Cho Zumeta

**Universidad:** San Carlos de Guatemala.

**Unidad Académica:** Escuela de Ciencias de la Comunicación.

**Problema investigado:** ¿Cómo se da el proceso de comunicación y cómo éste afecta la relación entre el personal de la salud y la persona viviendo con VIH?

**Instrumentos utilizados:** Guía de observación, cuestionario de 13 preguntas y entrevista semi estructurada.

**Procedimiento para obtener datos e información:** Para desarrollar este trabajo se realizó una investigación bibliográfica y documental, así como por Internet. Además se realizó trabajo de campo al realizar observaciones directas, durante la atención al paciente, en diferentes áreas de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se realizó una encuesta a pacientes de la clínica y se realizó entrevista al personal de la salud de cada una de las áreas seleccionadas.

**Resultados y conclusiones:** Con base en los resultados obtenidos, mediante este trabajo de tesis, se determinó que:

- Por lo anterior, en las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y el paciente de este centro de atención a la salud, el diagnóstico es bastante satisfactorio, de manera general; existe el

respeto, atención en tiempo prudente, aunque hace falta motivación de manera verbal por parte del personal, además se debe tomar en cuenta que los pacientes son bastantes susceptibles, por lo que hace falta un poco más de expresión.

- Existe el respeto, atención amable, atenta, pero aún se da la falta de confianza e indiferencia por parte del personal de la salud.
- Si el personal no insta al paciente, el paciente no responderá de manera favorable no solo a su medicamento sino también a no faltar a sus citas, lo que significa que es muy poca participación del personal en cuanto a la motivación del paciente.
- Se identificaron las siguiente barreras: A) Si existe inconformidad del personal en su área de trabajo, ello repercutirá en la atención al paciente. B) La creciente demanda de pacientes en la clínica, puede provocar altos niveles de estrés en el personal. C) El personal indica que debido al bajo nivel de escolaridad del paciente, olvida con facilidad y no aplica la información que se le trasmite. D) Según los resultados obtenidos en las entrevistas al personal, se identifica que no se da el trabajo en equipo, por lo que se necesita más comunicación entre las diferentes áreas de la clínica.
- Además debido a las barreras identificadas, el mensaje que se transmite al paciente puede no estar llegando de la forma más adecuada.

# Capítulo I

## Marco Conceptual

### 1.1 Título del Tema

“Diagnóstico de las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y el paciente con VIH/SIDA, que asiste a la Clínica de Enfermedades Infecciosas, área de adultos, Hospital Roosevelt”

### 1.2 Antecedentes

Las relaciones interpersonales han existido siempre, y son las que permiten conocer a otras personas, en cualquier ámbito de la vida. Es la acción de interactuar con otras personas, utilizando cualquiera de los medios de comunicación. En este caso, las relaciones que se dan en la atención de la salud.

La enfermedad del VIH/SIDA fue identificada por primera vez según Nájera, (1997) en 1981 con unos casos de Neumonía, producida por un parásito o un hongo de nombre *Pneumocistis carinii*, en adultos jóvenes, aparentemente sanos, los rasgos en común, que eran personas debilitadas y además también que eran homosexuales, luego otra enfermedad, también extraña llamada sarcoma de Kaposi, que aparece en la piel, y también coincidía en hombres homosexuales.

Una característica importante, es el periodo largo de incubación, el cual es “el tiempo que transcurre desde el contagio y el desarrollo de la enfermedad”, la media es de 8 a 10 años, por lo que cuando fue descubierto realmente el Sida, ya habían cientos de personas infectadas.

La definición del nombre de esta enfermedad según Nájera, (1997:p.12) “se caracterizó por la aparición de un conjunto de infecciones, denominadas infecciones oportunistas, y tumores en personas aparentemente sanas pero que mostraban una alteración importante, adquirida del sistema de defensas. De ahí derivó el nombre de síndrome (conjunto de síntomas) de inmunodeficiencia (alteración y destrucción del sistema inmunitario) adquirida (para diferenciarlo de las inmunodeficiencias de nacimiento)”.

Y luego indica que, “Entre 1983 y 1984 se demostró que la causa de la enfermedad era la infección por un virus, denominado a partir de 1987 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.

Con respecto a tesis realizadas en la Universidad de San Carlos de Guatemala, se pudo encontrar las siguientes en la Escuela de Ciencias Psicológicas:

Paola Ivonne Olavarrueth Cano y Alejandro Mendizábal Tomas,(2002) “Como afecta la inteligencia emocional del personal medico, paramédico y psicológico del Sanatorio Antituberculoso San Vicente en el tratamiento del paciente infectado con VIH/SIDA”.

Sara Noemí Chinchilla Melgar, (1993) “Relaciones interpersonales que se establecen entre un grupo de auxiliares de enfermería y los pacientes”.

Así mismo, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se encontraron las siguientes tesis relacionadas con el tema objeto de estudio.

Epifanio Mejía Ramírez, (1991) “Estudio descriptivo con médicos y pacientes del Hospital Nacional de San Pedro Necta, Huehuetenango, durante los meses de agosto y septiembre de 1991.

Francisco Medrano López, (1978) “Relaciones humanas del Médico privado y su paciente (un estudio de la opinión del médico privado con alta demanda de pacientes en 7 cabeceras departamentales de Guatemala)”.

En la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se localizaron las siguientes tesis relacionadas con el tema objeto de estudio.

María Verónica Toj Pérez, (2008) “Diagnóstico de la Comunicación interpersonal en el departamento de ventas en una empresa privada en la ciudad capital de Guatemala”.

Erick Rolando Sagastume Álvarez, (2007) “Problemas de comunicación interpersonal entre integrantes de grupos juveniles cristianos católicos”.

Dina Maritza Aguilar Calvillo, (2005) “Comunicación Interpersonal en la atención prenatal en el Centro de Salud de Amatitlán, municipio del departamento de Guatemala”.

César Augusto Hernández Camo, (2004) “Comunicación interpersonal entre integrantes de grupos Alcohólicos Anónimos.”

Mynor Obdulio Palacios Álvarez, (1998) “La comunicación interpersonal entre los profesores y alumnos y su efecto en el rendimiento académico de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Comunicación”.

La relación entre el paciente y el personal de la salud ha sido investigada con anterioridad, tal como lo demuestran algunas de las Tesis mencionadas, pero en esta oportunidad se exponen diversos puntos acerca de la relación interpersonal, pero con la diferencia que el análisis es con pacientes viviendo con VIH/SIDA.

### 1.3 Justificación

En Guatemala la palabra VIH/SIDA tiene un gran impacto a nivel de la sociedad. Si alguien es diagnosticado como VIH positivo sufre las consecuencias del estigma y discriminación de una y varias formas, no sabiendo cuales han sido las causas de su contagio, la clase de vida de la persona, etc. En fin vienen un sin número de pensamientos por lo regular negativos de la persona diagnosticada positiva.

Aunque todo puede ser por causas sociales, la misma sociedad se ha encargado de expandir las definiciones erróneas, las opiniones negativas. La persona viviendo con VIH/SIDA (PVVS) es marcada para siempre con un estigma.

La comunicación en este caso juega un papel muy importante, dado que la sociedad para su funcionamiento necesita de la comunicación. Ya sea para bien o para mal es el medio por el cual nos podemos relacionar unos con otros, estamos en contacto con la sociedad y enterados a la vez de todo lo que sucede a nuestro alrededor.

En este caso la comunicación dentro de un centro de atención en particular del cuidado de la salud es vital, si no existe una buena comunicación entre el personal que atiende y el paciente, ello repercute en el estado de salud del mismo.

En esta investigación se pretende definir si el paciente capta el mensaje correctamente y lo aplica de la misma manera. Si el paciente se siente cómodo en el centro de salud, regresará; aunque esto es aplicable a cualquier situación donde se ponga en juego la calidad de la atención que se brinde al público, además que es lo que cualquier centro de atención busca que el visitante siempre regrese complacido.

Cuando la salud del paciente mejora a medida que pasan los días, cuando toma su medicamento, atiende sugerencias y pone en aplicación los consejos recibidos, así tendrá la confianza y sinceridad para exponer las dudas que pudiesen surgir con el paso de su tratamiento. El paciente que se siente bien atendido, tiene la confianza y la iniciativa de expandir la información recibida en la Clínica y además surja el deseo de ayudar a las personas a su alrededor que pudiesen necesitarlo, ya sea directa o indirectamente.

Como objetivo primordial se necesita que la persona viviendo con VIH/SIDA, sea capaz de entender y aceptar su diagnóstico, logrando además que su pareja también pueda ser atendida para así evitar mayor expansión del virus.

Una de las principales razones para la realización de la investigación fue identificar las fortalezas y las debilidades de la calidad de la Atención Integral que se ofrece en la Clínica.

Los resultados que se obtuvieron darán la pauta para corregir, cambiar, mejorar aspectos en el proceso de la comunicación entre el personal de la salud y las PVVS, que acuden a la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Dentro de la Escuela de Ciencias de la Comunicación se han realizado ya varios trabajos de tesis en el tema de VIH, aunque ninguno ha sido investigado desde el punto de vista de esta tesis, por lo cual enriquece el conocimiento y la información valiosa que con el mismo se obtuvo

Y a nivel personal, el objetivo fue obtener información que ayudara a mejorar la calidad de atención que se les brinda a las PVVS, en un inicio en la Clínica, pero con la visión de hacerse extensivo a otros centros del cuidado de la salud.

#### **1.4 Planteamiento del Problema**

El paciente acude a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, referido o no de algún hospital, centro de salud, medico particular, etc.; de cualquier zona de la ciudad o bien de cualquier departamento del país.

El hecho es que el paciente llega ya habiendo sido diagnosticado o para ser diagnosticado, en cualquiera de las dos situaciones éste pasa por un proceso de atención durante el cual la comunicación juega un papel muy importante, dicho proceso inicia desde el momento que él entra en la Clínica.

El paciente se relaciona directamente con cada persona que conforma el personal de atención de la salud dentro de la Clínica, por eso el objetivo primordial debe ser crear un ambiente de cordialidad, empatía, confianza.

La relación del personal de la salud con el paciente, es la base para que su tratamiento o control de la enfermedad sea exitoso, es aquí donde se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cómo se da el proceso de comunicación y cómo éste afecta la relación entre el personal de la salud y la persona viviendo con VIH?

¿Cómo se están transmitiendo los mensajes al paciente?

¿Existen barreras que dificulten la comunicación?

¿Están los pacientes recibiendo el mensaje de una forma adecuada?

#### **1.5 Alcances y límites del tema**

##### **1.5.1 Objeto de estudio**



“Diagnóstico de las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y el paciente con VIH/sida, que asiste a la clínica de enfermedades infecciosas, área de adultos, Hospital Roosevelt”

#### 1.5.2 Ámbito geográfico

La Clínica de Enfermedades Infecciosas ubicada dentro de las instalaciones del Hospital Roosevelt, en la Calzada Roosevelt zona 11 de la ciudad de Guatemala.

#### 1.5.3 Ámbito institucional

La Clínica de Enfermedades Infecciosas ubicada dentro de las instalaciones del Hospital Roosevelt, en la Calzada Roosevelt zona 11 de la ciudad de Guatemala.

#### 1.5.4 Ámbito poblacional

Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que acuden a la Clínica en la jornada matutina, en el área de adultos, con diagnóstico VIH positivo, que se encuentran en las diferentes etapas de la enfermedad, tomando antirretrovirales (ARV, son los medicamentos utilizados para detener o suspender la multiplicación del VIH

Personal médico, personal profesional y técnico de Enfermería, personal profesional y técnico de farmacia, personal profesional y técnico de laboratorio (Toma de muestra) de la Clínica, que atienden en la jornada matutina, en el área de adultos.

#### 1.5.5 Ámbito temporal

El estudio se efectuó durante los meses de junio, julio del año 2008.

#### 1.5.6 Límites

En este trabajo no se consideró a pacientes recluidos en centros hospitalarios o en centros penitenciarios, referidos a la Clínica, ni pacientes hospitalizados en el propio hospital; a mujeres embarazadas, a niños; a pacientes que asisten a la Clínica únicamente por sospecha de abuso sexual, por infecciones de transmisión sexual, por tuberculosis.

Por razones del reglamento interno de la Clínica, no fue posible acceder al protocolo que cada área utiliza para la atención integral de las personas viviendo con VIH.



## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1 ¿Qué es el VIH?

Virus de Inmunodeficiencia Humana, este virus ataca el sistema inmunológico del cuerpo, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T). El sistema inmunológico es el que combate las infecciones, los glóbulos blancos son los encargados de proteger al cuerpo de dichas infecciones, por consiguiente cuando éstos no existen el cuerpo corre un alto riesgo de contraer muchas enfermedades, esto es lo que ocurre cuando el cuerpo es atacado por el virus del VIH.

En sus comienzos la infección por el virus VIH a menudo no provoca ningún síntoma y se detecta examinando la sangre de la persona para comprobar la presencia de anticuerpos para el virus VIH. Estos anticuerpos VIH generalmente no alcanzan niveles suficientemente altos como para que se puedan detectar por los exámenes de sangre estándares, sino hasta uno o tres meses después de la infección, y podría tomar hasta seis meses.

En el folleto publicado por la OMS, (1988:p.08) menciona, que “El lapso de tiempo comprendido entre la infección por el VIH y la aparición de los síntomas del SIDA puede variar entre seis meses y siete años o más. Este largo y a menudo inadvertido periodo de infección asintomática, durante el cual la persona infectada puede infectar a otras, hace difícil controlar la propagación del virus”.

Los síntomas persistentes o severos podrían aparecer hasta después 10 años o más, tras la primera entrada del virus en el cuerpo de los adultos, aunque esto no es ley. Este período "asintomático" de la infección es altamente variable de una persona a otra. Pero, durante el cual, el virus VIH está infectando y matando a las células del sistema inmunológico. Ello se refleja en la disminución de los niveles de células T CD4+ en la sangre (también llamadas células T4), que son los principales defensores contra la infección en el sistema inmunológico del cuerpo humano. El virus inicialmente desactiva o destruye estas células sin causar síntomas.

A medida que el sistema inmunológico se deteriora, empiezan a aparecer las complicaciones, que es ya iniciando la siguiente etapa llamada SIDA. Sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente. Algunos de los síntomas pueden ser:

- Nódulos linfáticos que permanecen aumentados de tamaño durante más de tres meses.
- Falta de energía.

- Pérdida de peso.
- Frecuentes fiebres y sudores.
- Infecciones por hongos frecuentes o persistentes (orales o vaginales).
- Erupciones de la piel persistentes o piel escamosa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica que no responde a tratamiento.
- Pérdida de la memoria a corto plazo, ([http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_travel\\_sp/aids.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_travel_sp/aids.cfm)).

## 2.2 Cuando llega el VIH

García, (1993:p.42) “La aparición del VIH en la vida de una persona supone un desequilibrio al menos inicialmente. Es importante adaptarse a la nueva situación para conseguir una adecuada calidad de vida y en muchas ocasiones supone plantearse cambios en el presente y con vistas al futuro”.

Cuando la persona recibe los resultados, si son negativos, será un gran alivio, no solo para ella sino también para la persona que da el resultado; cuando la prueba ha sido realizada por algún riesgo, entonces aquí se enfatiza en las medidas preventivas.

En cambio si el resultado fuese positivo, si los resultados confirmaran la presencia de anticuerpos del VIH, la reacción del paciente cambia. Según García, (1993) ello va a depender de la información que el paciente tenga a cerca de la enfermedad, el cual va a ir desde aceptar el diagnóstico sin mayor reacción hasta llegar a un shock emocional.

Menciona nuevamente García, (1993:p.55) “la intervención tendrá como objetivo reducir en lo posible la alteración aparecida en el momento; es adecuado para este fin estar presente delante de la persona, dar tiempo, utilizar el contacto físico, empatizar, esto es «ponerse en el lugar del otro», comprender su situación y dar mensajes sobre alternativas de actuación de aquí en adelante.”

Cuando se comunica con otras personas se utiliza varios elementos del cuerpo: la voz, las manos, gestos, expresiones, la mirada, la postura del cuerpo, etc., todo esto estimula de alguna manera el mundo interno, los pensamientos, las sensaciones y estas respuestas internas a su vez, generan significados, sentimientos, conductas.

Según Leuro, (2001:p.145) “Para comunicarnos los seres humanos han demostrado que aproximadamente un 55% del impacto de la comunicación, está determinado por el lenguaje corporal –postura, gestos, contacto visual-, un 38% por la voz y sus modulaciones y únicamente un 7% por el contenido de las palabras.”

El significado de los mensajes, por lo menos los verbales, van a variar según el objetivo de los mismos así como del público receptor, Leuro (2001) indica que

para lograr una comunicación eficaz es necesario tomar en cuenta los siguientes presupuestos:

- El significado de la comunicación viene dado por la respuesta que provoca y no por la intención que el emisor tiene al comunicar.
- El mapa no es el territorio.
- Descubrir cual es el modelo del mundo del otro.
- Cuanto más rico sea el mapa de la realidad, así tendremos más opciones y flexibilidad para comunicarnos.
- Hay una redundancia entre los procesos internos y las experiencias de conductas externas.

Lo anterior quiere decir que mientras más se conozca al público objetivo, mejor se podrá estructurar el mensaje que se desea transmitir, sabiendo que el significado no se lo da el emisor sino el receptor.

### **2.3 Estigma y Discriminación**

Las personas que viven con el virus, son marcadas por la sociedad con un estigma, que según el Folleto Campaña Mundial contra el SIDA (2002:p.09) indica que “Estigma: Se describe como “una característica que desprestigia considerablemente a un individuo ante los ojos de los otros”. “Dentro de una cultura o un ambiente particular, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonorosos o indignos. Por lo tanto, la estigmación describe un proceso de subvaloración mas que un rasgo.” “...a menudo la familia y las comunidades perpetúan el estigma y la discriminación, en parte por miedo, en parte por ignorancia y en parte porque resulta cómodo culpar a quienes se han visto afectados primero.”

Y luego el estigma conlleva a la discriminación: “Se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o porque se perciba que pertenece a un grupo particular”, Folleto Campaña Mundial contra el SIDA (2002:p.11).

### **2.4 Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt**

La Clínica de Enfermedades Infecciosas, presta una atención integral, y según el Folleto de Salud en las Américas, (p.369) indica que el Servicio Integrado de salud: Es una “red de atención de salud interorganizacionales que articulan las dimensiones clínica, funcional, normativa y sistémica, y coordinan los servicios de salud en el espacio (desde el hogar hasta los distintos tipos de establecimientos de salud) y el tiempo (para un episodio de enfermedad y a lo largo del ciclo de la vida). Un sistema de prestación integrado tiene las facultades y recursos necesarios para abordar la mayoría de los problemas de salud toda operación en varias etapas del ciclo vital. La integración de los servicios a veces se describe

como de característica horizontal y otras veces como de característica vertical, pero los servicios verdaderamente integrados requieren ambos componentes”.

La Clínica nace en los años 70 dando consulta una vez por semana hasta finales de la década de los 80. En agosto de 1989, sin una sede fija, se inicia el diagnóstico y seguimiento de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana que se empezaban a detectar esporádicamente en los servicios de encamamiento general del Departamento de Medicina, del Hospital Roosevelt.

Funciona así hasta finales del año 1992, cuando dado el crecimiento de la epidemia y de la demanda de atención, se inició un proyecto de Atención y tamizaje (toma de muestra de sangre, que una vez analizada permite diagnosticar la presencia una enfermedad) voluntario como un Programa conjunto de varias instituciones no gubernamentales, el cual se desarrollaba simultáneamente en el Hospital General San Juan de Dios hasta 1995; pero a partir de 1996, la Clínica de Enfermedades Infecciosas con ayuda del Patronato de Asistencia Social del Hospital Roosevelt y el Programa Nacional de SIDA, inicio su actividad de manera independiente.

A partir de Agosto del año 2006 se ha desarrollado el mismo tamizaje en la Sala de Emergencias de la Maternidad de Hospital Roosevelt, de igual manera se extendió a niños en la Emergencia de Pediatría a partir del año 2007.

La Clínica de Enfermedades Infecciosas está ubicada dentro de las instalaciones del Hospital Roosevelt, atiende a un promedio de 1,200 pacientes de los cuales 65 son pacientes nuevos mensualmente, según las estadísticas mensuales de la Clínica.

Según Mejía, (2008:p.16) la Misión de la Clínica es “Prestar la atención integral debida a las personas que sospechan que tienen o que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana y a los que padecen del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, de forma oportuna y científica contando para ello con el personal capacitado y especializado, para mejorar la salud de las mismas, brindando una mayor esperanza de vida y optimizar los recursos disponibles para mejorar la calidad de atención”.

Además “Realizar las gestiones necesarias para la adquisición de donantes de medicamentos para los pacientes que viven con el VIH y/o que padecen de SIDA. Desarrollar un sistema de registro de datos que identifique adecuadamente el comportamiento de los casos y de respuesta a las necesidades de información sobre el avance de la epidemia brindando oportunidad de identificar adecuadamente formas de prevención y que conduzca a una administración de la clínica de forma moderna y ágil”.

Dentro de los servicios que la clínica ofrece están los siguientes:

- Consejería y Tamizaje Voluntario para VIH.

- Diagnostico de la Infección VIH.
- Seguimiento de la Infección VIH de manera ambulatoria.
- Diagnostico y Tratamiento de Infecciones oportunistas tanto ambulatorio como hospitalario.
- Manejo de muestras de laboratorio de rutina, cargas virales y CD4.
- Servicio de Atención Psicológica
- Visitas Domiciliarias (En coordinación con entidades de autoapoyo).
- Manejo de Farmacia de ARV: Con Programa Nacional de SIDA y el Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, Sífilis y Hepatitis B.
- Participación en el desarrollo de Protocolos Nacionales de atención a personas viviendo con VIH-SIDA.
- Coordinación con Organizaciones no gubernamentales y de personas viviendo con VIH para el manejo de la Infección.
- Confirmación de diagnostico y seguimiento de donadores de sangre del Hospital que presentan pruebas de tamizaje positivas, tales como sífilis, hepatitis virales, enfermedad de Chagas y VIH.
- Consultas y orientaciones de Enfermera graduada a PVVS y otras situaciones de urgencia, cuando el personal médico no esta disponible: violaciones, consultas de familiares, entrega de resultados y orientación de lugares de apoyo psicosocial a PVVS, etc.
- Brindar docencia tanto dentro como fuera de la institución tanto en el área medica como de enfermería, según demanda de la actividad y disponibilidad de tiempo del personal de la clínica.
- Participación en las labores de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social a través del reporte de casos

## **2.5 Comunicación**

Según Interiano, (1999:p.09) “La comunicación es un fenómeno de interacción social. Toda sociedad necesita, para su desarrollo, establecer relaciones entre los hombres y éstos con sus instituciones”.

“Es el elemento a través del cual el hombre ha hecho posible el avance científico, tecnológico y en todos los órdenes de la vida”.

“El acto de la comunicación es la unidad más pequeña susceptible de formar parte en un intercambio comunicativo y que una persona puede emitir con una única y precisa intención”, según Ricci (1990:p.25).

Y luego dice Interiano, (1999:p.10) “Es todo proceso en el que ocurre una transferencia de información”.

Además es la transmisión y recepción, dinámicas de mensajes, contenidos de ideas. Es el medio principal para llevar a cabo la interacción entre dos individuos, ya sea través del lenguaje o por otros medios. Es un comportamiento mediante el

cual el emisor busca despertar una reacción a través de un mensaje dirigido a un receptor.

## **2.6 Proceso de comunicación**

El concepto de proceso de la comunicación es el análisis de una serie de elementos, que componen, conforman a la comunicación misma. Por lo tanto, debemos prestar atención a las siguientes preguntas: ¿qué? ¿quién? ¿cómo? y ¿por qué se está comunicando?

Considerando los mensajes que se producen y el objetivo que estamos tratando de conseguir, además de observar cuidadosamente la reacción que la persona tiene al recibir o al transmitir los mensajes.

## **2.7 Elementos del proceso de la comunicación**

Se deben considerar tres componentes en la comunicación que son los que van a dar la pauta para llevar a cabo un proceso: el emisor, el mensaje, el receptor. Cada uno de estos componentes cuenta con elementos necesarios para estructurar un mensaje:

- a) La persona que habla.
- b) El discurso que se pronuncia.
- c) La persona que escucha.

Para poder llevar a cabo un modelo de comunicación con estas tres variantes es necesario tomar en cuenta y no olvidar siete elementos ya conocidos, sin embargo, llevan un orden con principio y fin, aunque en algunos momentos este principio y fin no se distinguen:

- a) La fuente de comunicación o emisor
- b) El código
- c) El mensaje
- d) El canal
- e) El receptor
- f) El Contexto
- g) La Retroalimentación

### **2.7.1 Emisor**

Es quien emite o envía un mensaje.

Williams, (1982:p.23) “puede comunicarse a través de la palabra hablada. A menos que el intercambio se produzca por teléfono, cada persona también transmite señales no verbales de comunicación que pueden ser movimientos de los ojos, posiciones del cuerpo o impresiones táctiles, entre otras”.



Llamado también por Interiano, (1999:p.11) Comunicador, “De él depende en gran medida que los mensajes que envía sean correctamente descodificados por quienes lo reciben. Si un mensaje está hecho desordenadamente o utilizando información vaga e imprecisa, seguramente no será correctamente descifrado”.

### 2.7.2 Código

Interiano, (1999) dice que es un conjunto estructurado de signos, porque debe cumplir con ciertas leyes de selección y combinación, las cuales han sido sugeridas o establecidas socialmente, o sea que un código es producto de un acuerdo social. Por lo que el mensaje debe estar elaborado de una manera adecuada, para que el receptor pueda captarlo y de codificarlo.

### 2.7.3 Mensaje

Indica Cantú/Flores/Roque, (1999:p.06) “es una selección ordenada de símbolos que persigue comunicar información”. Un mensaje menciona Interiano, (1999) estará destinado en un momento dado, a un público específico, pero, si el público cambia, también tendría que cambiar el mensaje y adecuarlo al nuevo receptor.

### 2.7.4 Canal

Es el medio a través del cual, según dice Interiano, (1999) se transmiten los mensajes, son diversos y dependen de las circunstancias y necesidades de las personas, es el que establece una conexión entre el emisor y el receptor.

### 2.7.5 Receptor

Según Interiano, (1999) es quien recibe el mensaje enviado por el emisor, puede ser individual o grupal; el mismo capta, almacena, analiza, sintetiza y da una respuesta a los mensajes que recibe.

Es quien, según Williams, (1982:p.23) “...recibe dos juegos de señales: uno, de señales intencionadas, y otro, de señales enviadas inconscientemente. Como el emisor, el receptor puede tener o no conciencia de estar recibiendo las señales, y del efecto que en él provocan. El receptor tiene conciencia, probablemente, del contenido hablado, y talvez también de otros aspectos de la comunicación, tales como el acento o el tono emocional. El receptor puede tener o no conciencia de los movimientos corporales del emisor: las posturas y las impresiones táctiles suelen ser rápidamente detectadas”.

### 2.7.6 Contexto

Interiano, (1999) indica que es el marco socio-económico y cultural donde se difunden los mensajes en un determinado periodo de tiempo.

### 2.7.7 Retroalimentación

Interiano, (1999;p.21) menciona “No es únicamente la respuesta verbal a un mensaje, es también la respuesta a nivel de conducta, actitud o simplemente la incomunicación. Todas ellas son respuestas medibles unas, observables otras y algunas de ellas difícilmente comprobables a corto plazo, pero que sin embargo, condicionan la vida social del hombre en el proceso de intercambio de mensajes”.

## 2.8 Barreras de comunicación

A lo largo del proceso de comunicación se puede producir una serie de problemas que dificultara en mayor o menor grado , el hecho de que el emisor alcance sus objetivos y transmita los mensajes que inicialmente tiene la intención de compartir, estas son las barreras de comunicación, las cuales impiden que el mensaje no llegue con claridad a los receptores.

Según Javier, (<http://www.mitecnologico.com/Main/BarrerasComunicacion>) se puede clasificar las barreras comunicacionales en las siguientes:

2.8.1 Barreras físicas. Se producen cuando falla alguno de los medios físicos que se han utilizado para transmitir o recibir el mensaje, lo que va a impedir que el mensaje llegue con claridad, como por ejemplo ruidos, iluminación, distancia, falla o deficiencia de los medios que se utilizan para transmitir un mensaje: teléfono, micrófono, grabadora, televisión, etc.

2.8.2 Barreras fisiológicas. Estas se atribuyen a las deficiencias orgánicas del emisor o receptor. Como por ejemplo, alteración de los órganos que constituyen los sentidos, también puede ser la deficiencia en la escritura, lectura, escuchar a través de sonidos fuertes.

2.8.3 Barreras psicológicas. Constituye el resultado de la diferencia de personalidades entre el emisor y el receptor, puesto que cada persona emite e interpreta los mensajes según su conveniencia, valores, juicios, hábito, costumbres, etc. En este inciso cabe el estado emocional del paciente.

2.8.4 Barreras Semánticas. Se refiere al significado de las palabras, desde el punto de vista lingüístico, por lo que pueden producirse no solamente por la mala interpretación de las palabras u oraciones, sino por problemas de interpretación de hechos sociales; como por ejemplo las costumbres, tradiciones, signos visuales, ademanes, etc., esto según Interiano, (1999;p.32).

Al analizar los aspectos psicológicos del paciente que actúan como mecanismos de barrera, se pueden descubrir dos etapas:

La primera se produce cuando a la persona se le confirma el diagnóstico. Esto con frecuencia inicia una etapa de descompensación emocional que generalmente se caracteriza por depresión y sentimiento de culpabilidad, transición necesaria de ajuste de los mecanismos psicológicos de defensa hasta la aceptación de la enfermedad y de la atención especializada.

Durante la segunda, los problemas fundamentales se deben a inadecuadas actitudes de los trabajadores de la Salud hacia el paciente y /o viceversa frente a las complicaciones del tratamiento.

Estas barreras hacen muy difícil el manejo inicial y sólo una buena capacidad de empatía y adecuada información, brindada de forma sincera y optimista logran vencerlas.

Dice Mejía, (1991:p.27), “La comunicación medico-paciente debe llenar plenamente las siguientes características: respeto, tolerancia, conocimiento de si mismos y del comportamiento humano, generosidad, honestidad, fe, confianza y disciplina. Al brindarlos, ambos alcanzan no solo la empatía sino algo más, la simpatía que podríamos considerar como la empatía más el afecto personal.”

Pero, no se limita a la esfera del pensamiento, sino que muchas veces estos sentimientos se transmiten oralmente o con actitud indiferente, distante y a veces hostil.

Existen otros factores que obstaculizan la comunicación, entre los cuáles destacan el hecho de adoptar una posición sarcástica, déspota, por ejemplo. No poder dominar las pasiones, hacer caso omiso del punto de vista de los demás, valorar a la gente por sus conocimientos y el uso del lenguaje.

Una frase muy verdadera que se encontró en la revisión de Tesis, es que “Usualmente nos preocupamos en demasía por las enfermedades para poder ocuparnos de los enfermos.” Indica Mejía, (1991:p.26).

Y luego menciona, “El médico debe conocer los patrones culturales de la comunidad en que ejerce y los de sus distintos estratos sociales, para poder adaptar su conducta y lenguaje al enfermo que atiende, sin dejar de preservar los valores de la relación médico-paciente, cualquiera sea el modo social de ejercer su profesión”, (1991:p.28). Esta frase encierra muy bien los aspectos que debe tomar en cuenta todo el personal que presta atención en el área de la salud, no solamente el personal médico.

En estas relaciones es muy importante la confianza que el personal debe transmitirle al paciente, en el caso de las PVVS como pacientes de cualquier centro de salud, las relaciones se hacen estrechas y duraderas, por lo que hay que tomar en cuenta dos factores que mencionan Bowden y Burstein (1990:p.130-131): “Dos factores están involucrados básicamente para formar la confianza del paciente. El primero es la disponibilidad del medico; el segundo es la capacidad

de médico para actuar en una forma que podría llamarse confidencial. Un recurso confiable es aquel que está disponible.” Y luego dicen: “Un médico digno de confianza no atenderá a sus necesidades o a las del hospital o clínica cuando trate a sus pacientes, por el contrario, enfocará su atención a cumplir con las necesidades del paciente...” “En las relaciones de confianza no se trata de que los intereses del cliente o paciente estén primero, sino que son lo únicos.”.

También mencionan tres tipos de relación médico-paciente, que se transcriben a continuación:

- A. Activo-pasiva “...el médico hace uso de toda la autoridad inherente a su papel y el paciente no participa activamente en su tratamiento.
- B. Guía-cooperación “...el médico ejerce considerable autoridad, pero se espera que el paciente coopere, siendo la eficacia de su cooperación activa un factor determinante en el resultado.”
- C. Participación mutua “...se espera que el paciente sea activamente responsable de su tratamiento. El médico colabora con el paciente y debe usar la persuasión no su autoridad, para obtener los fines que él y el paciente persiguen.” Ídem (1990:p.136).

Desde mi punto de vista personal, no dudo que se desarrollen cualquiera de los anteriores tipos de relación, pero en este caso en especial, el ideal es el “C”, ya que por tratar con pacientes que manejan una carga emocional, lo más indicado es el uso de la persuasión por encima de la autoridad.

## **2.9 Comunicación no verbal**

Es el conjunto de gestos, el lenguaje no verbal es el que busca expresar de modo congruente el mensaje verbal en armonía con la voz. La congruencia da a la comunicación la credibilidad, la multiplica, la eleva. Si no existe la congruencia en el lenguaje, ello produce desconfianza en el receptor.

La postura del cuerpo, por ejemplo dice mucho: la columna vertebral debe alinear la espalda, debe mantener una posición erguida.

Sebastián, (2000:p.55) menciona que “el rostro, la mirada y la sonrisa, transmiten mensajes.

- La frente, el ceño, las cejas, los ojos, los labios y sus comisuras, el mentón, la mandíbula, el color de la piel, cada microgesto del rostro transmite mensajes.
- La mirada, se debe mantener durante una conversación, si se retira del interlocutor, éste puede interpretar que se desea dar por finalizada la conversación. La mirada no solo transmite parte del mensaje, sino que además permite conocer al interlocutor, sus reacciones a lo que se dice.

- La sonrisa, crea un gran contacto con el interlocutor, las emociones se contagian, si se sonrío lo mismo se recibirá, la propia emoción marcará la pauta en la relación con el interlocutor. Se transmite lo que se siente.
- En cuanto al uso de las manos, no tener nada, deben estar libres. Si se está de pie, las manos ayudarán a marcar pautas, ritmos y enfatizar el mensaje verbal. Las mismas permiten, junto con los brazos, mantener un movimiento general en el cuerpo que genera equilibrio y además libera energía. “

Lo anterior se aplica cuando existe una comunicación verbal, una conversación casual o causal, pero además hay que tomar en cuenta que no siempre las conversaciones son de un tema agradable. En palabras de Bowden y Burstein (1990:p.150), “A menudo el paciente necesita y merece el apoyo de su médico. Especialmente después de que él o el médico han descubierto algo de fuerte contenido emocional”, como el diagnóstico de ser portador del VIH, a lo que lleva al paciente la “...expresión de sentimientos intensos, como el llanto o hablar de su temor o desesperación. Por lo general, es útil la comunicación no verbal como quedarse callado, tomar la mano del paciente, colocar un brazo sobre su hombro, como diciendo: “sí, sé lo duro que esto debe ser para usted”, o el comentario puede ser breve: “lo sé, lo siento” “...estas respuestas consolidan la solidaridad de la relación. Aumentan la sensación de confianza y le dice al paciente: “Estaré con usted, a sus órdenes, no importa lo que suceda.”.

## **2. 10 El significado y contexto**

Una palabra puede tener muchos significados, pero necesita ubicarse en un contexto. El contexto es el marco de referencia con respecto al cual los signos adquieren un significado determinado.

Avila (1991) refiere cuatro clases de contexto:

### **2.10.1 Contexto semántico**

Dice que un signo adquiere su significado dependiendo del significado de los otros signos que lo acompañan. Por ej. La palabra Colón: Personaje de la historia, descubrió el continente americano, pero también puede significar: la moneda que se utilizaba en El Salvador. No tiende a confusión dado a que se utiliza con más palabras que forman el contexto y que ayudan a precisar su significado.

El contexto ayuda para atribuir una acepción precisa a la palabra. De Esta manera, una misma palabra sirve para decir muchas cosas unas totalmente diferentes de las otras.

### **2.10.2 Contexto Situacional**

Se refiere a la situación de los hablantes en el espacio, en el tiempo y en el diálogo.

- ✓ Espacio  
Por ejemplo el significado de la palabra Aquí: pueden ser lugares diferentes, pero va depender de quien sea el hablante y en donde se ubique, *yo estoy aquí, tu estás allí, él está allá.*
- ✓ Tiempo  
El momento en que habla una persona, hoy es el día en que estoy hablando, se toma como referencia el momento que vive el hablante. Por ejemplo: El lunes te invito a un café... no se sabe qué lunes, no está refiriendo una fecha precisa. Lo correcto sería, el lunes 15 de este mes, te invito a un café.
- ✓ En el Dialogo  
El que habla es Yo y la persona con quien habla, el oyente, Tu. El que no es hablante ni oyente, es El. Una misma persona puede ser Yo, Tu o El, según su función en el diálogo.

### 2.10.3 Contexto Físico

Según Avila, (1991:p.27) “Vemos las palabras Damas y Caballeros en dos puertas distintas, sabemos muy bien de qué se trata. El contexto físico nos ayuda a interpretar el sentido de las palabras. Vemos en el letrero “No Fumar” en algún lugar, no es precisamente una advertencia por lo dañino para la salud, sino como una orden de abstenerse de fumar en el lugar preciso donde se encuentra el letrero”.

### 2.10.4 Contexto Cultural

La cultura es toda la gama de conocimientos que tiene la persona o el hablante por el simple hecho de vivir en cierta comunidad. En Guatemala a los niños se les dice: niños, patojos. En El Salvador les dicen, bichos, por ejemplo. De un lugar a otro, hay una infinidad de diferencias en cuanto a costumbres, formas de comunicación, hábitos de vida, etc.

## 2.11 Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales se derivan de que el hombre es un ser social, no actúa solo, pertenece a un grupo, por muy reducido que éste sea. Desde que el hombre nace se debe adaptar a ciertas estructuras ya existentes, como: la lengua, la religión, las costumbres, etc., por lo que se hace imprescindible, si desea relacionarse con los demás, según Fingermann (1990).

La comunicación interpersonal prepara caminos seguros para tratar con todos, busca el modo como la persona expone al exterior sus pensamientos a otros hombres, cuáles son los medios y estrategias empleados para llegar a los demás.

Indica Coronado (1992:p.31), “Pero poder hablar al hombre es estar dispuesto a hablar con quien se trata. Esta disposición pide que las gentes se interesen y acomoden su modo de hablar a otros y hablar no para sacar estadísticas o noticias reporteriles o aprovecharse de los datos con el fin de incrementar el acervo de los propios conocimientos. Es hablar con él no en calidad de lingüista, que lo oye para clasificar las impropiedades de su lenguaje. O en calidad de psiquiatra que indaga extravagancias psíquicas o rarezas. Poder hablar al hombre es esforzarse por comprenderlo tal como es”.

Luego Coronado (1992), menciona a Charles M. Nelly, que en cuanto a dos modos de oír: en forma deliberativa o en forma empática. La primera es oír a las personas para sacar conclusiones de lo oído. Y la segunda, es una actitud benévola para entender y comprender al otro. De la primera se deduce que no interesa la persona sino algo de ella, y de la segunda, es que el interés se centra en la persona que habla y no en su hablar o hacer.

Fingermann, (1990:p.5) menciona, que “cada ser humano actúa en forma diferente, de acuerdo con sus tendencias, con sus deseos y preferencias. Cada individuo, en efecto, tiende y dirige su actividad hacia aquello que le resulta mas valioso, es decir, hacia aquellos objetos que considera mas importantes, o sea, que estima más y a los cuales otorga mayor preferencia.” “Estos pueden referirse a cosas, seres, actos, fenómenos morales, estéticos, religiosos o sociales, etc.”

## **2.12 Información**

Es un conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno.

“La información es de orden cuantitativa, en tanto que la comunicación es un proceso cualitativo; la primera es el flujo de mensajes en una sola vía, no espera respuesta; y la comunicación por su parte, necesita de la retroalimentación para completar el proceso.”, esto según Interiano, (1999:p.25).

En la información, el emisor-hombre únicamente programa y el receptor solamente es usuario de los mensajes. Los mensajes se estructuran en función del espacio y tiempo del canal, además se debe trabajar con conocimiento exacto del código a utilizar.

“La información y la forma de comunicarla, es una herramienta fundamental en la lucha contra el Sida.” ([www.plan-españa.org/PDF/DossierSIDA](http://www.plan-españa.org/PDF/DossierSIDA)).

## **2.13 Diagnóstico**

Esta palabra normalmente la conocemos en el campo de la medicina, la cual Prieto, (1985:p.55) describe así, “un médico, a partir de sus conocimientos y de sus experiencias, estudia a su paciente y llega a determinadas conclusiones sobre

su dolencia”. A todo este proceso, el cual inicia con la observación de los síntomas hasta terminar en las conclusiones, es lo que se denomina diagnóstico.

Siempre siguiendo con el ejemplo de la medicina, Prieto (1985) menciona que cuando una persona se siente bien, no siente la necesidad de acudir al médico hasta que sucede algo irregular, un malestar, etc. Aunque, la persona se sienta bien, puede necesitar un diagnóstico, o por el contrario puede sentirse mal y aún así no acudir al médico, aludiendo que es algo temporal.

Prieto, (1985:p.54) menciona, “todo ser humano, pues, tiene conocimientos válidos para enfrentar la situación que le toca vivir. En ese sentido nadie es totalmente ignorante, siempre hay algo valioso en la información que se maneja. Pero ésta puede ser insuficiente y en algunos casos hasta errónea,”

- “1. La gente nada sabe y hay que conducirla, darle todo hecho.
2. La gente todo lo sabe, nada tiene que aprender”.

Lo cierto es que se tiene determinada información, experiencia, que permite llevar de una forma u otra la vida cotidiana. Y continua Prieto, (1985:p.55) “nadie es totalmente ignorante, pero el saber acumulado por experiencia a veces no es suficiente, sobre todo para enfrentar situaciones nuevas.”

Un diagnóstico no se realiza por el simple hecho de obtener información, el objetivo primordial es el aprendizaje de una situación en sí y el conocimiento o profundización de las causas de algún problema y de allí lograr la planificación de las acciones más acertadas a seguir.

En relación a esto Prieto, (1985:p.64) menciona, “En el diagnóstico se avanza de a poco y muchas veces lo importante no es la cantidad de resultados sino el camino recorrido, porque es precisamente durante el camino cuando la gente comparte actividades, aprende, se comunica, discute, crea alternativas de solución a problemas presentados sobre la marcha.”

## **2.14 Acceso a la salud**

En el Folleto Salud en las Américas (2007) indica que en muchos países, se está ampliando la brecha entre quienes pueden y quienes no pueden acceder a la atención de salud. Las razones de esa desigualdad y las consecuencias adversas para la salud de la población son numerosas: los aspectos negativos de la globalización, la pobreza, la pérdida de empleos, la disminución de los ingresos y las diferencias en su distribución, pueden llevar a condiciones de vida más pobre. La existencia de la división social y una elevada vulnerabilidad. Si bien muchos de los países han emprendido intervenciones relacionadas con la salud, a favor de los pobres, esas intervenciones no siempre llegan a quienes más las necesitan; al contrario, a menudo favorecen y agrandan la brecha de salud entre los ricos y los pobres.



### 2.14.1 Pobreza

La pobreza es un determinante de la salud de la población, pero además la mala salud es una de las causas y consecuencias de la pobreza. La enfermedad puede afectar las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que se crea o se perpetúa la pobreza. Además, las personas pobres carecen de una adecuada nutrición y están más expuestas a riesgos a su salud, tanto personales, como ambientales, y cuentan con menos posibilidades de acceder a información pertinente y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto el riesgo de morbilidad y de discapacidad en las personas pobres es mayor que en otros grupos de la población, se menciona en el Folleto Salud en las Américas (2007:p.44).

### 2.14.2 Desempleo

El empleo es otro determinante fundamental de la salud desde distintos puntos de vista. Los ingresos son determinantes estructurales de la salud y las condiciones laborales son determinantes intermedios. Según el Folleto de Salud en las Américas (2007:p.45) “entre 1995 y 2005, la tasa de desempleo en América Latina y el Caribe se mantuvo cercana a 10%, mientras que la tasa de ocupación mantuvo una tendencia decreciente hasta 2002, año a partir del cual volvió a crecer nuevamente. (Según los estándares internacionales de la OIT).”

## 2.15 Acceso a la educación

E indican en el Folleto, que se ha comprobado el vínculo entre la educación y problemas y condiciones de salud, con la mortalidad materna, el VIH/SIDA, la obesidad y una serie de otros problemas relacionados a los estilos de vida.

En Guatemala, la educación es primordial en el acceso a la salud, según los resultados obtenidos en el presente estudio, el 21.8% de los pacientes que acudieron a la Clínica en busca de atención, no tuvo ningún acceso a la educación y el 44.4% tuvo acceso a la educación primaria, aunque no finalizada. Según el Folleto Salud en las Américas, (2007:p.321) “se estima que en América Latina y el Caribe, entre el 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carecen de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud”.

## 2.16 Personal de salud

### 2.16.1 Médicos

“Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina”, según el Diccionario terminológico de ciencias médicas (1980:p.609), quien tiene un papel muy importante, ya que es el profesional encargado de obtener la mayor información por parte del paciente, en cuanto a su estado de salud.

### 2.16.2 Enfermeras

“Persona entrenada en las bases científicas de la enfermería bajo estándares definidos de educación, a quien le incumbe el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud reales o potenciales”, según el Diccionario de ciencias medicas (1993:p.472).

Existe más personal de la salud que estuvo involucrado en este estudio, como es el Profesional o Técnico de Laboratorio, quien es el encargado de tomar la muestra de sangre al paciente para poder realizarle los exámenes necesarios. El Profesional o Técnico de Farmacia, quien es el encargado de despachar el medicamento al paciente, de dar indicaciones, de la forma y los tiempos de administración, etc.

## 2.17 Paciente

### 2.17.1 Personalidad del Paciente

Profundizando un poco más en el contacto con el paciente, se debe tener en cuenta que el paciente diagnosticado ser portador del virus, es afectado tanto física como psicológicamente, Medina, (1996:p.48) indica que “El paciente infectado con el VIH/SIDA está constituido por el aspecto físico y psíquico los que no pueden ser dependientes uno del otro, además la parte psíquica también se ve afectada por los efectos traumáticos de la parte física, esto dentro del marco de un ambiente social (trabajo, escuela, amigos, etc.). Debemos saber que la estructura psíquica de cada individuo esta conformada por rasgos, siendo este conjunto de rasgos los que determinan la personalidad”.

Dentro de los rasgos de personalidad que pueden presentarse y que tienen un valor clínico en individuos normales, se encuentran los siguientes:

“Depresión: Rasgo de personalidad de tipo afectivo, es un estado en el cual el individuo se siente abatido por tristeza, sufrimiento e incluso se ve acosado por sentimientos de culpabilidad, en fin se ven presentes en él elementos de tipo físico, somáticos y afectivo”, Medina, (1996:p.50)

“Esquizofrenia: Termino que describe al tipo de personalidad caracterizada regularmente por personas que tienen una vida social deficiente, con una afectividad, no muy convincente, aún para ellos mismos”, Medina, (1996:p.51)

“Paranoia: Las personas cuya personalidad, es predominantemente paranoica, presentan las siguientes características: sarcasmo, temor, exigencia, inflexibilidad, obstinación, impaciencia, buscan el éxito más allá de sus capacidades, no toleran ser criticados, son celosos, presentan

actitudes agresivas, critican a otros, son inseguros de sí mismos y pelean con medio mundo”, Medina, (1996:p.53). Ahora bien estos rasgos en el paciente portador del virus, pueden variar.

### 2.17.2 Atención al paciente

En una institución dedicada a la salud, lo más importante es la atención al paciente, para dar una buena atención es imprescindible tener una buena actitud, la que según Chinchilla, (1993:p.13) es el “Término que usa para referirse sin distinción al sustrato psicológico de una acción social de cualquier complejidad. Es decir, el conocimiento que tenemos de algún fenómeno, persona o cosa, el sentimiento que esto causa y la reacción que se tiene ante dicho evento.”

El paciente es el cliente externo de la institución de salud. Acude a ella en búsqueda de la satisfacción de sus necesidades en atención de su salud

Abello (2008: p.31) identifica ocho pasos para mejorar la calidad en el servicio, los cuales se transcriben a continuación:

- 1°. Escuchar con todo: adoptar posición de atención, con sentido de alerta, ejercido y liderado por el cerebro.
- 2°. Establecer contacto visual: La mirada transmite.
- 3°. Ponerse en el lugar del otro: Interpretar las formas de posición, los sentidos, las reacciones de la u otras personas.
- 4°. Plantear alternativa: Cuando se construyen y ofrecen alternativas, el cliente entiende que se está haciendo lo mejor para el.
- 5°. Ayudar a elegir la mejor opción: Orientar al cliente, en este caso paciente, hacia la toma de una decisión que satisfaga sus necesidades y expectativas.
- 6°. Comunicarse al nivel del paciente: Lenguaje claro, sencillo.
- 7°. Verificar el nivel de satisfacción: Asegurarse que la labor realizada permite satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.
- 8°. Seguir escuchando siempre.

### 2.18 Calidad de los servicios

Del folleto de Salud en las Américas, (2007:p.367-368), se extraen las siguientes definiciones:

- Atención segura: Se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos.
- Atención eficaz: Se refiere, a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que pueden beneficiarse de

ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se beneficiarían.

- **Atención Centrada al paciente:** Establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respondan los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Esta estrecha asociación ha de asegurar también que los pacientes y sus familias reciban la información y el apoyo necesario para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado. En lugar de ocuparse principalmente de la enfermedad y los sistemas orgánicos, la atención centrada en el paciente tienen en cuenta tanto las dimensiones psicosocial y cultural de la enfermedad, como el contexto familiar y de la comunidad.
- **Atención oportuna:** Se entiende no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino también proveer atención coordinada entre los diferentes prestadores y establecimientos, y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.

## **2.19 Atención integral**

“La atención integral contribuye a mejorar la calidad de vida, su productividad y aporte al desarrollo de su comunidad” ([www.acciónensida.org.pe/ediciones.htm](http://www.acciónensida.org.pe/ediciones.htm)). Esta atención incluye los siguientes servicios:

### **2.19.1 Manejo Clínico**

Encierra todo los tipos de pruebas que se le realizan a los pacientes en dado momento, el diagnóstico no sólo de su positividad del virus, sino también de las infecciones oportunistas a las que por su diagnóstico queda expuesto; tratamiento de cada una de sus infecciones y por supuesto un seguimiento, en este proceso se involucran el paciente, el técnico de laboratorio, personal de enfermería y el médico.

### **2.19.2 Consejo y apoyo emocional**

Apoyo psicosocial del profesional de psicología, de antemano se sabe que el recibir el diagnóstico de ser VIH positivo, aunque el paciente tenga conocimiento y esté muy consciente de lo que se trata, no deja de afectar de alguna manera su situación emocional.

También otro rol clave dentro de la atención integral es el área de Farmacia, es aquí donde se le indica al paciente la forma de administrarse cada uno de los medicamentos, dado a que cada medicamento es muy específico, algunos tienen tiempos muy estrictos.

La otra área que apoya al paciente es el área de educación, la cual es la encargada de dar mayor información acerca de lo que es el VIH y sus consecuencias, así como de los cuidados necesarios que el paciente debe llevar. Se resuelven toda la clase de dudas que el paciente pueda tener en relación al virus, en cuanto a su aseo personal, cuidados en sus relaciones sexuales, etc., si vemos con detenimiento en todas las áreas es vital el proceso de la comunicación

## **2.20 Relación personal de la salud – paciente**

Desde el punto de vista personal, cuando un paciente llega a una clínica o a cualquier centro de atención, espera recibir una atención de calidad, sin prejuicios por su diagnóstico, en este caso, (cuando ya ha sido diagnosticado) que el profesional que lo aborde tenga el suficiente conocimiento del tema. El paciente llega con dudas o bien no saber nada al respecto, entonces es allí cuando el personal entra a aumentar o bien a darle esa información que el paciente necesita tener.

Pero hay implicaciones, como por ejemplo:

- la forma en que se expresa
- la información correcta
- el espacio, la situación
- si se está lo suficientemente capacitado para la realización de la acción

Esto por parte del personal, ahora veamos del otro lado, el paciente:

- grado académico
- estado emocional
- la edad
- status socio-económico

García, (1993:p.66) “La Organización Mundial de la Salud ha diseñado programas de entrenamientos específicos en cuanto a conocimientos técnicos sobre la enfermedad y sus cuidados; además habrá que transmitir habilidades esenciales de control personal, para enfrentarse eficazmente a la problemática del paciente”.

Mejía, (1991:p.25) menciona que “La comunicación en medicina requiere de sensibilidad, creatividad y dominio de ciencias técnicas. Para ello hay que saber escuchar e interpretar al paciente, que sufre de disonancia cognoscitiva, es decir tiene la inquietud provocada por la inseguridad de su situación.”

Además, algo fundamental que maneja el personal de la salud, es el manejo de cambio de hábitos, por lo que será necesario transmitir toda la información con que se cuente y además poner en práctica las mejores técnicas para lograr dichos cambios.

García, (1993:p.66) menciona tres aspectos fundamentales en los cuales el personal de salud debe intervenir:

- “a) influir sobre los comportamientos de riesgo;
- b) influir sobre las alteraciones emocionales; e
- c) influir sobre los autocuidados en salud y el mantenimiento de las prescripciones médicas”.

La OMS, (1988:p.13) añade, “En materia de prevención y lucha contra el SIDA, el objetivo de la educación sanitaria debe ser siempre modificar los comportamientos arriesgados, reducir el riesgo de exposición y transmisión, disminuir el estrés psicosocial y ayudar a los individuos a desarrollar su capacidad para hacer frente a la situación. Con este fin, habrá que educar a los directamente afectados, pero también a las personas con las que aquellos mantienen contactos regulares y frecuentes (especialmente de carácter sexual). La familia, los amigos y los empleadores, por ejemplo, necesitan tanta educación como los propios afectados, si bien en toda referencia al paciente se deben respetar los deseos que éste pueda haber expresado en relación con la confidencialidad”.

Lo anterior es indispensable tomarlo en cuenta a la hora de iniciar un proceso de comunicación. Ello para evitar que a la hora del diálogo no se interponga barreras comunicacionales consciente o inconscientemente de ambas partes.

## **2.21 Relación Médico - Paciente**

La relación y atención medico – pacientes es bilateral, Medrano (1978:p.19) menciona acerca de la atención del médico, “Un médico es como un sacerdote, es alguien dedicado a lo sagrado, porque la practica de la medicina es una vocación, pero doloroso es mencionar que algunos médicos por más capacitados que sean, no toman en cuenta que tratan con personas, sino solamente con “un órgano enfermo”, “un ingreso económico más”, etc.”.

A menudo cuando se ingresa a un centro de salud cualquiera que sea, se llega en búsqueda de información del padecer, cualquiera que sea, además de una atención basada en la sinceridad, el respeto, la ética, etc., sobre todo salir satisfecho con la atención recibida.

Lo anterior puede aplicarse no solo al personal médico, sino a todo el personal que presta atención en relación a la salud, y en este estudio se tomó en cuenta a: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, técnicos de farmacia, técnicos de laboratorio y químicos biólogos, quienes en este caso son una muestra de los que están en mayor contacto con el paciente, porque tampoco se pudo abarcar a todos.

Según Ávila, (1991:p.42) “se podría predecir que en casos de personas crónicamente ansiosas o que poseen elevados sentimientos de vulnerabilidad física, los niveles más bajos de provocación de temores resultarían más eficaces en términos relativos, en tanto en quienes se sienten más o menos invulnerables y

no son propensos a las preocupaciones, la preocupación a gran temor será más eficaz”.

#### 2.21.1 Métodos negativos

La utilización del miedo no figura en todos los mensajes de persuasión. El uso de los métodos negativos, como el de despertar temores, resulta impuesto a veces por la naturaleza de la conducta o de la actitud que el mensaje está destinado a modificar. El persuasor que utiliza el miedo esta entrando en un juego peligroso, aunque quizá sea una poderosa motivación humana, la teoría psicológica sugiere que es algo más que un motivador.

Añade Ávila, (2001:p.53) “Aparte de ser un estado motivacional, que dinamiza e impulsa al organismo, el miedo tiene también una cualidad directiva que enreda respuestas habituales y canaliza la conducta de ciertas maneras. Así, aunque como motivador multiplica la conducta corriente –tal que la tendencia a aceptar la comunicación-, como incitante el temor tiene propiedades directivas y conduce a respuestas semejantes a la huida o de lucha, que pueden obstaculizar la recepción del mensaje persuasivo”.

El resultado de ello sería por un lado, aumentar el temor de la persona en cuanto a la posibilidad de contraer la enfermedad o respecto de su peligrosidad, si la contrae, con lo cual aumenta el impacto persuasivo, al acrecentar su motivación para actuar en forma preventiva.

Por otra parte, el temor también provoca ciertas respuestas características, en general llamadas de huida y de lucha, en el caso de la comunicación persuasiva pueden adoptar la forma de una hostilidad hacia el comunicador o de negarse, hasta donde ello sea posible, a pensar en la enfermedad. Con lo cual no ayudaría en nada a que el paciente inicie o continúe su tratamiento de una forma adecuada.

En forma de conclusión del uso del miedo, se puede decir que ello puede afectar la recepción y aceptación del mensaje. En su efecto sobre la recepción, el temor despertado tiende a obstaculizar la persuasión: cuanto mayor el miedo, la perturbación de la atención, la comprensión y la retención, menor, por ende, el impacto persuasivo. Por otro lado, al motivar la concesión, el miedo tiende a acentuar el impacto persuasivo.

Dicho en otras palabras el miedo puede ayudar a motivar al paciente a hacer lo correcto, a recibir el tratamiento, a escuchar al personal de la salud y sobre todo a aceptar y poner en practica lo que se le sugiere para mejoría de su propia salud. Y lo contrario sería, que tan fuerte es el impacto del temor a lo peligroso de la enfermedad, que su reacción sería de no aceptar su diagnóstico, de cegarse ante el peligro, por lo tanto hasta de no volver a acudir a la Clínica, lo que desencadena en la extensión de la epidemia o que es lo peor, en el fin de una vida; que es precisamente lo contrario al objetivo de cualquier centro de salud.

Aquí el cumplimiento del objetivo de la comunicación, si el mensaje es estructurado de una manera adecuada, el paciente recibe la información necesaria y correcta, lo recibe, lo traduce y por lo tanto, lo acepta y pone en practica; pero también mucho va a depender de la personalidad del paciente, quien si posee un nivel muy bajo de autoestima, la aceptación del nivel de temor provocado por la comunicación tiende a reducir la probabilidad de la aceptación del mensaje, como lo menciona Ávila anteriormente.

#### 2.21.2 Saber escuchar

Algo importante que se da diariamente en un centro de atención de la salud, es el saber escuchar, un paciente llega con la necesidad de expresar todos sus padeceres y la necesidad de ser escuchado por quien lo atiende. En el libro titulado Como escuchar bien y como entender mejor, indican Steil/Summerfield/de Mare, (1999:p.19) que “El aprendizaje del lenguaje tiene su origen no en la capacidad de hablar, sino en la capacidad de escuchar.”

Mencionan además que para analizar el proceso de escuchar el profesor Steil (uno de los autores) ha creado el modelo SIER: Sensación o percepción, Interpretación, Evaluación y Respuesta, el cual explican a continuación:

- Sentir  
“...el hábito de creer que sabemos lo que van a decir o que les conocemos tan bien -lo que piensan, lo que dicen, cuales son sus ideas- que no necesitamos oírles, y, literalmente, no lo hacemos.” Ídem (1999:p.23)
- Interpretar  
“Aunque entendemos el idioma, no siempre nos comprendemos los unos a los otros.” Ídem (1999:p.25) En este punto es importante señalar, que cada persona tiene ideas propias, razonamientos, opiniones diferentes, por lo que no siempre van a coincidir nuestras ideas con las de otras personas.
- Evaluar  
“...la importancia que para nosotros tiene lo que oímos; si queremos seguir escuchándolo, si estamos de acuerdo con ello, si lo aceptamos o no, para, en consecuencia, decidir cual ha de ser nuestra respuesta.” y para llegar a esa respuesta, influye “...todos los pensamientos, sentimientos, emociones y experiencias que un individuo tiene en el curso de su vida.” Ídem (1999:p.29)



➤ Responder

“Con frecuencia, al escuchar, omitimos algunos de los primeros pasos y vamos directamente a la acción que creemos que se nos pide”. Ídem (1999:p.33) Si no se entienden las instrucciones, no se va a llegar al objetivo esperado.

En cuanto al saber escuchar, indican los autores que, “Las personas que tienen un papel importante en la sociedad deberían considerar la gestión con mas cuidado, pues su influencia es mayor y afecta a la vida de los demás”. Ídem (1999:p.40) Esta puede considerarse una barrera comunicacional altamente importante, dado en un centro de atención a la salud.

Los autores indican que para escuchar mejor es vital tomar en cuenta las siguientes actitudes: **a)** no ser el único que habla, **b)** consideración y amabilidad hacia el interlocutor, **c)** que la escucha sea parte activa del proceso de comunicación. Ídem (1999:p.100)

Steil, (1999:101) indica nuevamente que “Para llegar a escuchar activamente, se debe hallar motivos de interés en cualquier tema que inicie la persona que habla, juzgar el contenido del mensaje, no su expresión, escuchar las ideas, no los hechos, poner empeño en atender, evitar distracciones, mantener abierta y flexible la mente durante todo el tiempo y dar al que habla la sensación de que se está interesado y disfrutando con lo que él dice.”

Menciona las siguientes técnicas para escuchar mejor:

- Establecer un clima agradable
- Estar dispuesto a oír a la otra persona en sus propios términos
- Estar preparado acerca del tema en cuestión
- Ser comprensivo ante las circunstancias del interlocutor
- Evitar distracciones
- Escuchar y resumir las ideas básicas
- Repetir en esencia lo que ha dicho el interlocutor
- Comprender la estructura interna del discurso del interlocutor
- Escuchar como si se fuera a redactar un informe
- Preguntar, tomar notas (cuando es conveniente)

Leuro (2001) indica que si realmente se quiere tener éxito en la comunicación no hay que olvidar que, además de saber escuchar, también lo es saber hablar. Recomienda tomar en cuenta las siguientes acepciones:

- Tener siempre claras las ideas antes de exponerlas, sea de forma escrita, oral, visual o gráfica.
- Utilizar todas las herramientas que faciliten la comprensión del mensaje, sin caer en excesos, es decir: no subestimar al interlocutor.

- Cuando se utilice lenguaje técnico, preparar un vocabulario que se ajuste adecuadamente al contexto que corresponde y lo más claro posible.
- Cuando se dirige a un grupo de personas procurar hablar pausadamente, pues así se logrará llegar con más claridad a todos.
- Evitar utilizar jerga o modismos, pues normalmente el mensaje solo llegaría a algunas personas y sería todo lo contrario al objetivo, que es llegar al mayor número de pacientes posibles en este caso.

## Capítulo III

### Marco Metodológico

Para el desarrollo del presente tema de investigación, se utilizó:

#### 3.1 Método y tipo de investigación:

Método Deductivo, es el que se parte de un principio o regla general, para poder llegar a una conclusión específica.

Tipo de investigación Cualitativa, porque se explica y obtiene conocimiento de un fenómeno a través de la obtención de datos, y Cuantitativa porque también se buscó la obtención de datos numéricos, además por el tipo de técnica e instrumentos utilizados. De campo, porque se realizó observación directa a la muestra y se utilizó el instrumento de la encuesta.

#### 3.2 Objetivos

##### ○ General

Establecer un diagnóstico de la relación entre el personal de la salud y la persona viviendo con VIH de la población guatemalteca, exclusivamente a los pacientes que asisten a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

##### ○ Específicos

- Establecer un diagnóstico del mensaje que se está transmitiendo al paciente, a través del personal de la salud en las especialidades seleccionadas, de la Clínica.
- Detectar si existen barreras que pudieran estar dificultando la comunicación con el paciente.
- Establecer si el paciente está recibiendo el mensaje de una forma adecuada.
- Recomendar cambios o modificaciones para mejorar el proceso de comunicación entre el personal de la salud y el paciente.

#### 3.3 Técnicas

- ✓ Técnica de observación no participativa, es el uso sistemático del sentido en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de

investigación, se realizaron a pacientes que acuden a la Clínica y al personal de la salud de la Clínica.

- ✓ Encuesta, es la recopilación de opiniones por medio de cuestionarios en un universo o muestra específico, con el propósito de aclarar un asunto de interés para el encuestador, se realizó a 225 pacientes que acuden a consulta a la Clínica.
- ✓ Entrevista, es la recopilación verbal sobre algún tópico de interés para el entrevistador, la cual se realizó al personal de la salud seleccionado que labora en la Clínica.

### **3.4 Instrumentos**

a) Una guía de observación, la cual fue realizada durante 100 consultas distribuidas en cada una de las áreas seleccionadas para realizar el diagnóstico.

b) cuestionario para la realización de las encuestas a los pacientes.

c) entrevistas semi estructuradas realizadas al personal de cada una de las áreas seleccionadas de la Clínica. Los instrumentos fueron basados en los utilizados por Aguilar, (2005).

### **3.5 El universo**

Pacientes de la Clínica de Infecciosas del Hospital Roosevelt.

### **3.6 La muestra**

225 pacientes que acudieron a cita a la Clínica, durante los meses de junio y julio del año 2008.

El procedimiento para determinar la muestra fue el siguiente:

Del 100% de las PVVS se tomó como muestra representativa el 40% del cual se extrajo que el 34% accedería a contestar la encuesta con un 95% de confiabilidad. El porcentaje de confiabilidad se basa en que por la misma situación en que se encuentran los pacientes, a veces afectados por el medicamento mismo, situación familiar, situación económica, si cuenta con un empleo o no, todo ello afecta a su balance emocional, por lo que no se puede contar con un 100% de confiabilidad.

La población de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) con antirretrovirales (ARV), de la Clínica hasta el mes de Abril/2008, era de un total de 1,042, las cuales se dividen en grupos que van de 10 a 22 pacientes por grupo aproximadamente. Los grupos están divididos por el tiempo que llevan de ser pacientes en la Clínica así como de la adherencia a su medicamento; cada día acuden a la Clínica en cita normal, alrededor de 4 a 6 grupos si son de un número pequeño de pacientes y de 2 a 3 grupos de un número mayor de integrantes.

Los grupos se conforman de la siguiente manera:

Cuando el médico evalúa a un paciente e indica que inicia un tratamiento ARV, éste debe de ser incluido en un grupo. Los pacientes que asisten a la Clínica en el lapso de un mes y son indicados para iniciar tratamiento, se toman para conformar tres grupos y éstos tres grupos se determinan así:

- Los pacientes que asistieron del 01 al 10      GRUPO 001
- Los pacientes que asistieron del 11 al 20      GRUPO 002
- Los pacientes que asistieron del 21 al 30      GRUPO 003

Cuando cada uno de ellos se le indica el tratamiento se le cita a los siguientes 15 días de haber iniciado el tratamiento.

Por ejemplo el paciente que se le indicó el tratamiento el 05 del mes, regresa a cita el 20 del mismo mes, pero el paciente que inició tratamiento el 21, regresa a cita el 05 del próximo mes. Pero todos los pacientes que iniciaron tratamiento en este lapso de 01 mes y que van a conformar los grupos, después de la cita de los quince días se reservan hasta que todos acudan a la Clínica a su cita de los 15 días, cuando el último acude a al cita ya se les vuelve a citar para un lapso de 01 mes.

- Luego la próxima cita es en 02 meses
- Luego la próxima cita es en 04 meses
- Luego la próxima cita es en 06 meses

Pero siempre tomando como base el día en que se le inició el tratamiento y no la última cita.

En la cita de los 06 meses se les toma muestra de sangre para realizarles los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma  
El hemograma es un análisis de sangre en el que se mide en global y en porcentajes los tres tipos básicos de células que contiene la sangre, las denominadas tres series celulares sanguíneas:
  - Serie eritrocitaria o serie roja
  - Serie leucocitaria o serie blanca
  - Serie plaquetaria
- Química Sanguínea
  - Glucosa
  - Colesterol total
  - Triglicéridos
  - Creatinina
  - Urea
  - Ácido úrico

- Carga Viral  
Sirve para monitorear el estado de su sistema inmunológico.
- CD4  
Es una medida del estado del sistema inmunitario, el mecanismo natural del cuerpo humano para protegerse frente a las enfermedades.
  - La próxima cita es a los 09 meses
  - La próxima cita es a los 12 meses, aquí se analizan los resultados de las pruebas de laboratorio de la cita de los 06 meses.

Todas las citas anteriores se hacen por la mañana.

A partir de la cita de los 15 meses ya es por la tarde y de ésta en adelante las citas serán cada 03 meses, las cuales se alternan por la mañana y tarde; aunque de igual manera cuidando que las citas donde les corresponde sacarse muestras de sangre para control, sean por la mañana.

### **3.7 Procedimiento**

Se realizaron 100 observaciones, durante la atención en las áreas de Enfermería (Toma de Signos Vitales y Consejería), Laboratorio (Toma de muestra), Clínicas Médicas y Farmacia (Despacho), a razón de 25 observaciones en cada área. Las mismas fueron seleccionadas debido a que en estas áreas fue un poco más flexible que estuviera presente una persona ajena al área.

Se realizó la encuesta a través del cuestionario, a un total de 225 pacientes de la Clínica, de forma aleatoria, respetando los límites definidos.

Y las entrevistas fueron realizadas a 4 integrantes del personal de cada área, que fueron objeto de las observaciones.

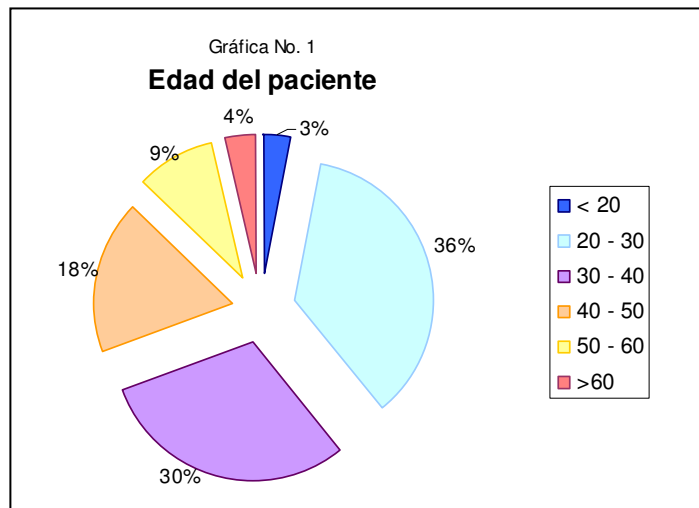
El procesamiento de los resultados se efectuó cualitativamente y cuantitativamente, se emplearon cuadros y gráficas estadísticas.

## Capítulo IV

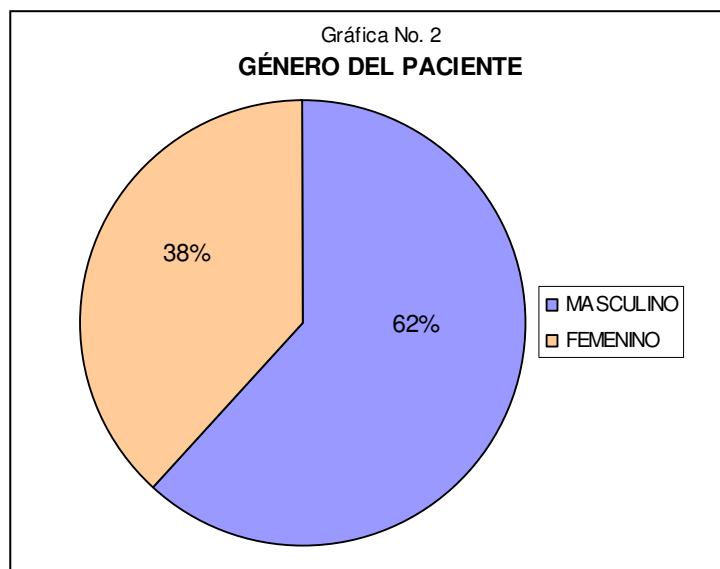
### Análisis y Descripción de Resultados

#### 4.1 Cuestionario a Pacientes

1. En relación a la edad del paciente, el 36% tiene de 20 a 30 años, el 30% de 30 a 40 años, el 18% de 40 a 50 años, el 9% de 50 a 60 años, el 3% de < 20 años y el 4% de > 60 años.

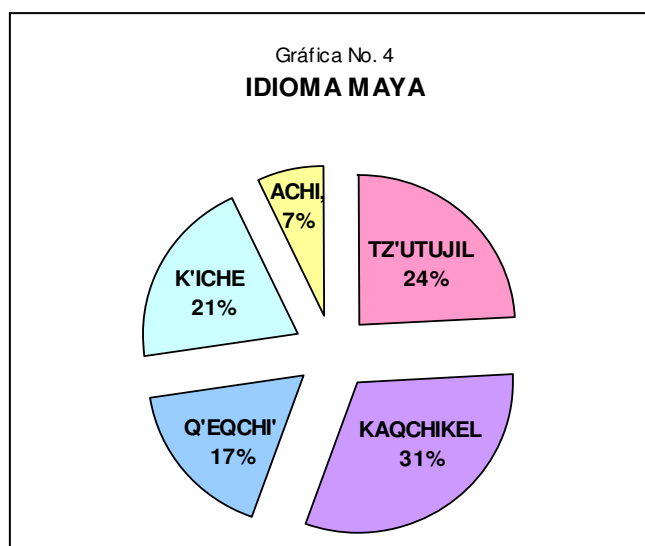
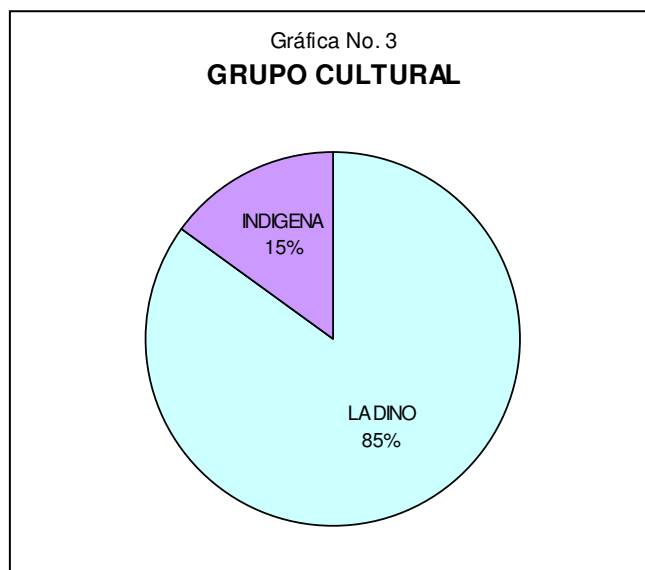


2. En cuanto al género del paciente, predomina el masculino con un 62%, mientras que el 38% es femenino.

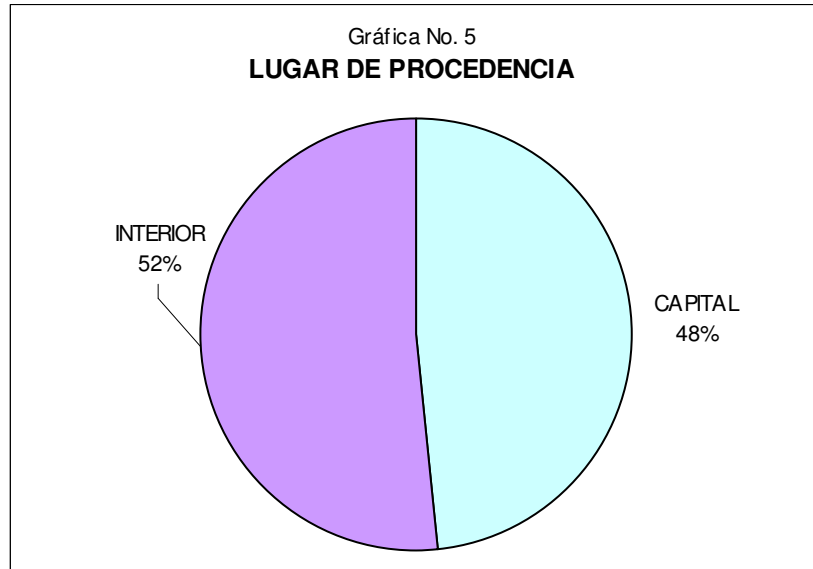


Los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes refleja que los hombres predominan en forma mayoritaria, además el resultado de las edades indican que de los pacientes encuestados, los que han sido más vulnerables, son los de entre 20 a 40 años.

3. Del grupo cultural se establece que un 85% es ladino y habla el idioma castellano y el 15% es de origen indígena y habla uno o varios idiomas mayas, (en los porcentajes se tomó como base el idioma maya que más domina o utiliza).
  - Del total de pacientes que reporta hablar un idioma maya, el 31% habla Kaqchikel, el 24% Tz'utujil, el 21% K'iche, el 17% habla Q'eqchi', y el restante 7% Achi.

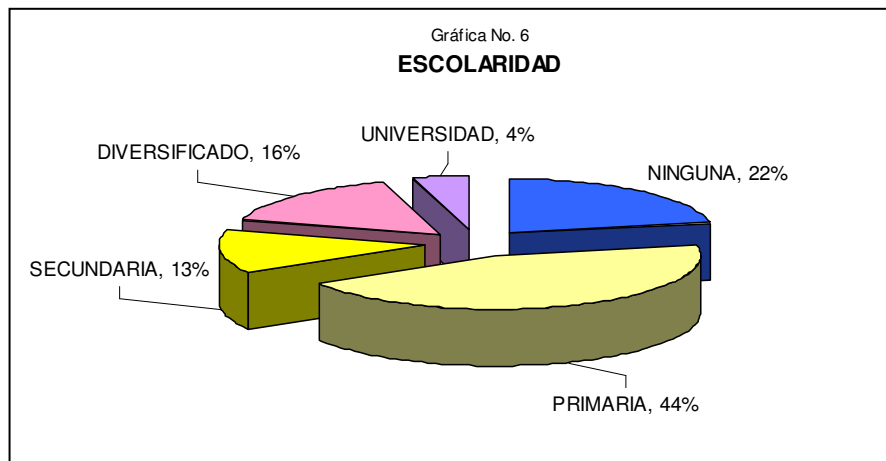






Del 15% de los pacientes que reportan hablar un idioma maya, predominan los que hablan el Kaqchikel, Tz'utujil y K'iche, además de los pacientes encuestados, más de la mitad provienen del interior del país.

- En cuanto a la escolaridad del paciente el 44% posee el nivel primario, el 13% nivel secundario, el 16% nivel diversificado, el 4% cuenta con nivel universitario y el 22% no cuenta con estudios.

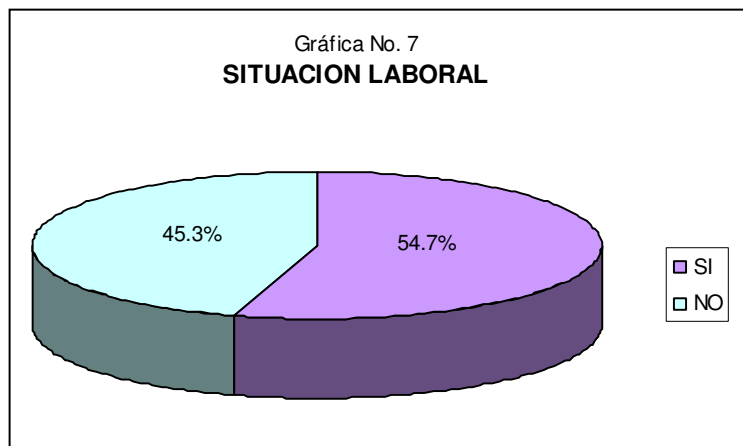


Tiene relevancia la situación laboral, así como el grado de escolaridad del paciente de la Clínica ya que la falta de educación, repercute en las oportunidades a obtener una estabilidad laboral aunada a ello la discriminación de la que pueden ser objeto los pacientes VIH positivos, ya que solo un poco más del 50% de los pacientes encuestados se encontraba laborando en ese momento.

5. De los 225 pacientes encuestados, el 52% se desplaza desde el interior del país y el 48% llega de la ciudad capital.
- Del total de pacientes que llegan del interior de la república, se destaca que el 28% vienen del departamento de Escuintla, el 10% de Sta. Rosa, el 8% de Sacatepéquez, el 7% de Sololá, el 5% de Petén, el resto de porcentajes provienen de otros departamentos.

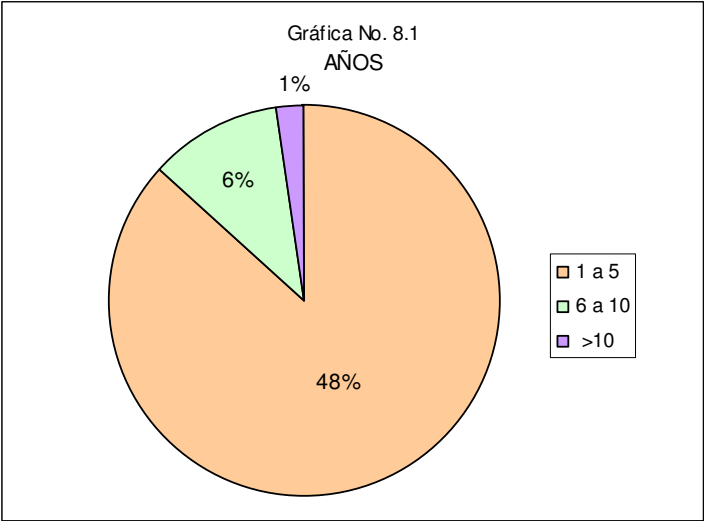
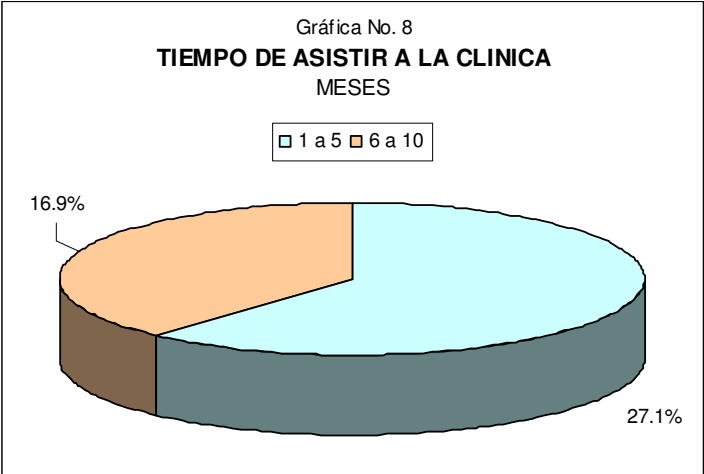
DEPARTAMENTO	%
<b>PETEN</b>	<b>5.5%</b>
<b>SOLOLA</b>	<b>7.3%</b>
JUTIAPA	4.6%
RETALHULEU	4.6%
<b>ESCUINTLA</b>	<b>28.4%</b>
CHIMALTENANGO	1.8%
ZACAPA	2.8%
EL PROGRESO	0.9%
<b>STA. ROSA</b>	<b>10.1%</b>
<b>SACATEPEQUEZ</b>	<b>8.3%</b>
COBAN	3.7%
SUCHITEPEQUEZ	1.8%
JALAPA	4.6%
HUEHUETENANGO	1.8%
ALTA VERAPAZ	1.8%
COATEPEQUE	1.8%
QUICHE	2.8%
SAN MARCOS	2.8%
BAJA VERAPAZ	1.8%
PTO. BARRIOS	0.9%
QUETZALTENANGO	0.9%
CHIQUIMULA	0.9%

6. En cuanto a la ocupación del paciente, un 55% reporta tener un trabajo, mientras que el 45% no se encuentra laborando en el momento de la encuesta.



Del porcentaje que labora, un 57% labora en una empresa privada, el 24% se dedica al comercio informal, el 11% se dedica a la agricultura, el 4% reporta dedicarse a oficios domésticos, el porcentaje restante a otros.

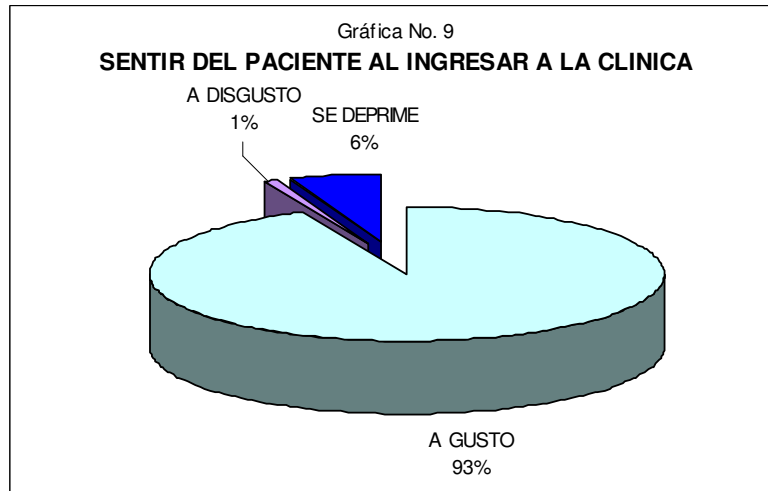
7. En relación al tiempo de acudir a la clínica: Un 44% tiene menos de un año de acudir a la clínica y el 56% tiene más del año.
- De las personas que tienen menos de un año, un 62% tiene de 1 a 5 meses y el 38% de 6 a 10 meses. Las personas que tienen más del año, el 87% tiene de 1 a 5 años, el 11% tiene de 6 a 10 años y el restante 2% tiene más de 10 años de acudir a la clínica.



La adherencia de los pacientes puede también reflejarse en el tiempo de asistir a la Clínica, la mayoría de los pacientes se encuentra entre 1 a 5 años de asistir a la Clínica, es bajo el porcentaje de pacientes que pasen de los 6 años de asistir a la clínica, con un 6% de los pacientes abordados, aunque existe un sesgo ya que

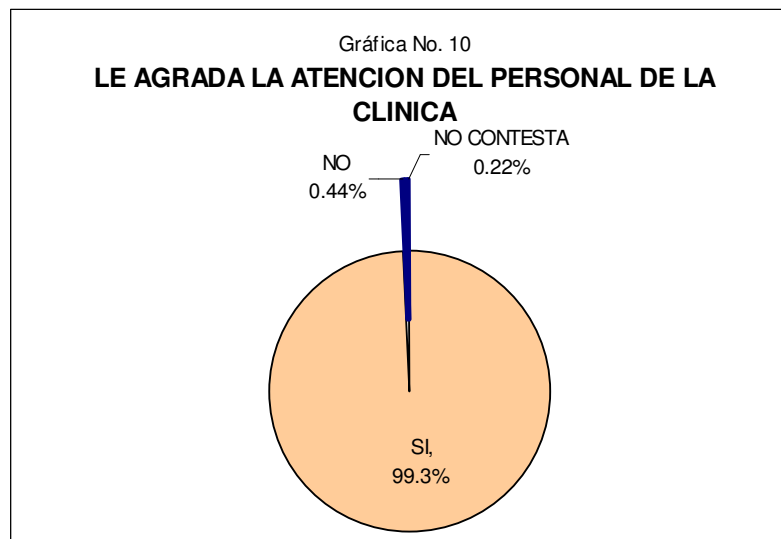
también la encuesta puede haber coincidido con grupos de pacientes de reciente ingreso a la Clínica, ya que la muestra fue tomada de manera aleatoria.

8. En cuanto al sentir del paciente cuando ingresa a la Clínica, el 93% de los pacientes dicen sentirse a gusto, el 1% a disgusto y el restante 6% reporta deprimirse.



La mayoría de los pacientes reportan sentirse a gusto al momento de entrar a la Clínica, aunque existe un significativo porcentaje que se ve afectado con la idea de acudir a la Clínica, aunque las razones pueden variar.

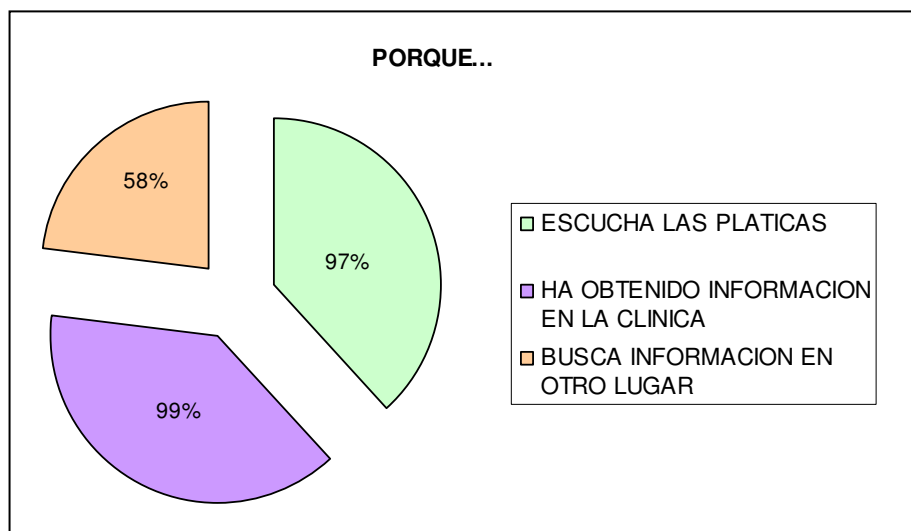
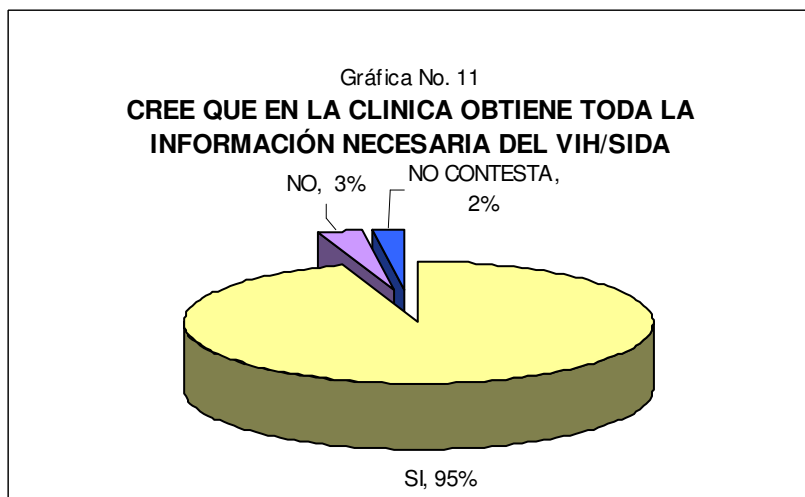
9. El 99.3% de pacientes, reporta agradecerle la forma en que le atiende el médico, el personal de farmacia, de laboratorio y de enfermería, el 0.44% respondió que No le agradaba y el 0.22% no respondió.



Casi el total de los pacientes encuestados reporta sentirse satisfecho con la atención que recibe en cada una de las áreas objeto del presente estudio, con el 99.3%.

10. Al preguntarle al paciente si entiende porqué y para qué le sacan las muestras de sangre, el 95% respondió afirmativamente, el 5% respondió de forma negativa.

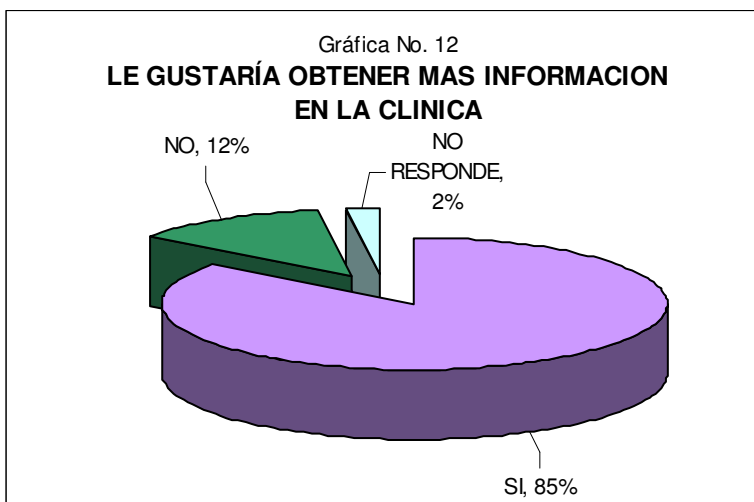
11. Considera que cuenta con toda la información para iniciar o continuar con su tratamiento, el 95% respondió de forma afirmativa, el 3%, lo contrario y el 2% no respondió.



La clínica provee de buena cantidad de información, pero existe un porcentaje que busca información en otro lugar, da la pauta a concluir que hace falta todavía

información hacia el paciente, por lo que un buen porcentaje reporta tener interés en obtener más información en la Clínica.

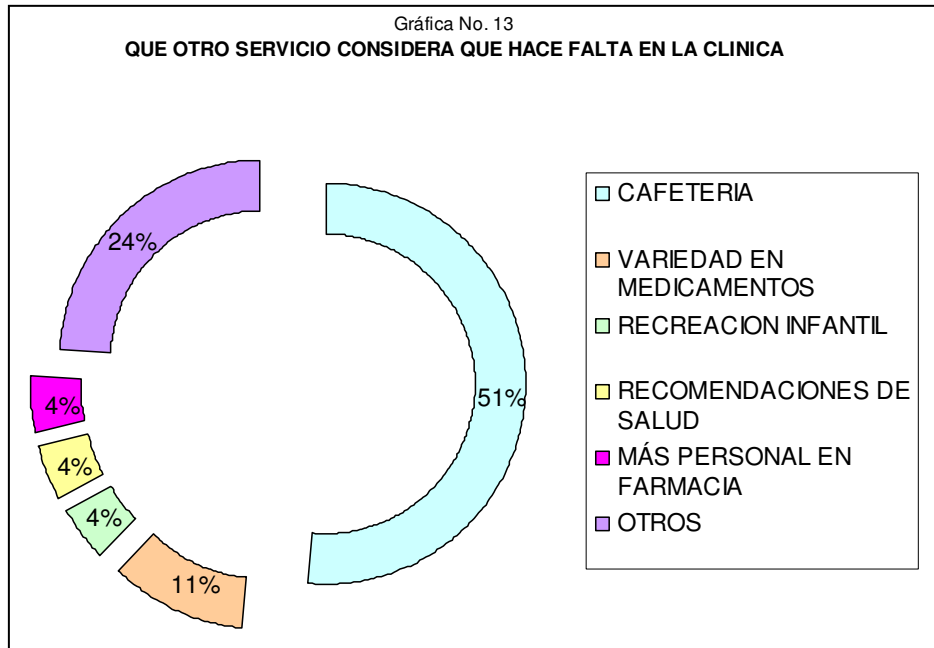
12. Se le preguntó al paciente si le gustaría aprender más en la Clínica, el 85% demostró interés, el 12% no demostró interés y el restante 2% no contesta.



Además se le sugirió las siguientes formas de hacerlo:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
• Ver videos acerca del cuidado de su salud	90%	10%
• Ver videos acerca del VIH/SIDA	89%	11%
• Ver videos acerca de los diferentes medicamentos y para qué sirven	90%	10%
• Ver videos acerca del proceso de sus muestras de sangre	90%	10%

13. Se cuestionó al paciente, en relación a la falta de algún servicio en la Clínica, de lo que destaca que un 51% de los pacientes, considera que hace falta una cafetería, un 11% considera que hace falta más variedad de medicamentos y un 4% coinciden en un lugar para recreación de los niños, que se necesita más personal de atención en farmacia y que les brinden más recomendaciones en cuanto al cuidado de su salud.



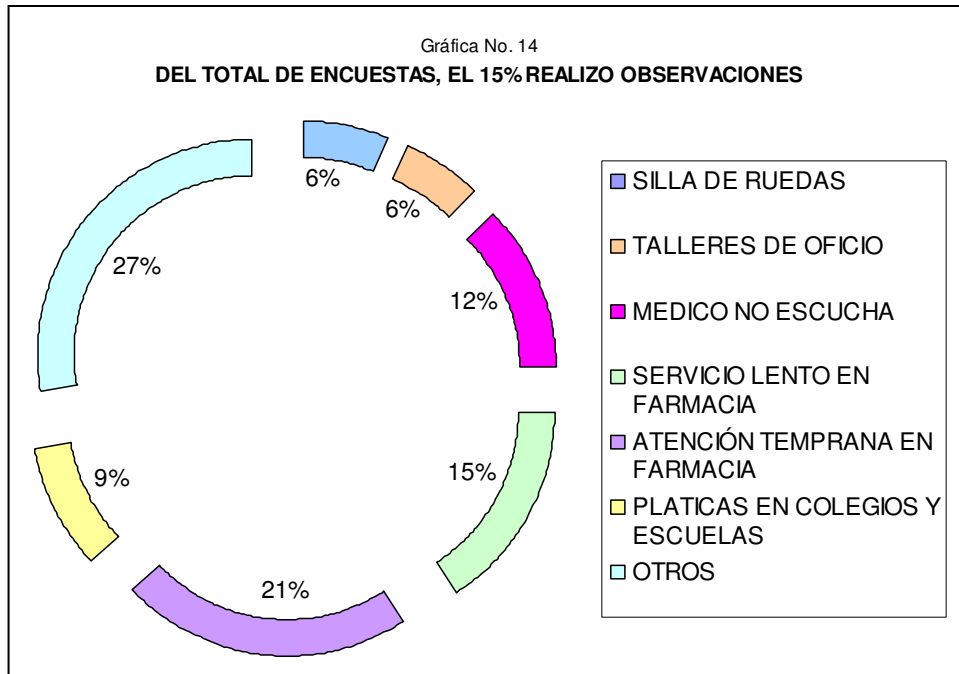
La atención de la Clínica, se desarrolla en un ambiente agradable al paciente, lo único que reportan necesitar es un lugar donde tomar sus alimentos.

14. Se dieron algunas opciones de las razones por las que el paciente asistía a la consulta en la Clínica, a las que contestó en un 98% de forma afirmativa:

- Quiero vivir más y mejor
- Sé que es por mi bien
- No me quiero morir
- Quiero a mi familia
- Quiero evitar que más personas se enfermen

15. Al final se vuelve a confirmar con el paciente si está satisfecho con la atención que recibe en la Clínica, a lo que el total del porcentaje respondió de forma positiva.

16. De los pacientes que nos brindó algunas observaciones, se destaca que un 21% solicita por una atención más temprana en el área de Farmacia, el 15% reporta que de cierta forma la atención en el área de Farmacia se desarrolla de forma lenta, en un 12% coinciden, que existen médicos que no permiten al paciente expresarse libremente (no escuchan) y un 9% solicita que se brinden pláticas en escuelas y colegios, para que se sensibilice los niños desde temprana edad en cuanto al tema.



El tiempo de espera de los pacientes puede ser variado, debido al tipo de paciente y al proceso de la atención, pero reportan que el tiempo de espera a ser llamados en el área de Farmacia, es bastante largo, además reportan observar que el servicio se desarrolla de forma lenta.

Otra observación es que indican que existen médicos que en la consulta no se toman el tiempo de escuchar al paciente, lo que puede perjudicar a que el paciente no comparta toda la información necesaria con respecto a su salud. Podría existir un sesgo, ya que según los resultados obtenidos en la entrevista al personal, coinciden que todos los pacientes tienen los mismos derechos, y en las observaciones realizadas de igual manera un buen porcentaje de pacientes, salió satisfecho con la atención recibida, pero ello no se refleja en este resultado.



## 4.2 Observaciones realizadas en las Áreas de Laboratorio, Farmacia, Médicos y Enfermería

Durante la observación no participativa, que se realizó al personal de las siguientes áreas de servicio: médicos, laboratorio, farmacia y enfermería, se obtuvieron los siguientes resultados.

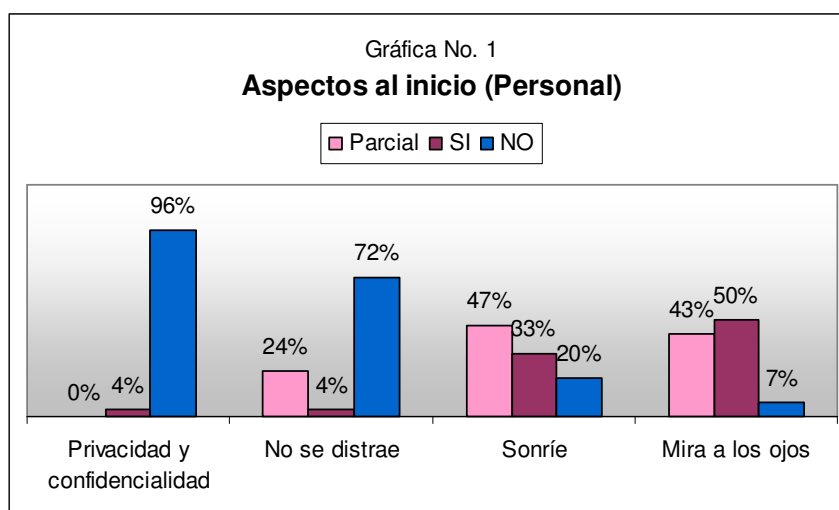
### 4.2.1 Aspectos al inicio de la consulta (Personal de la Salud)

El 96% no asegura la privacidad y confidencialidad de los pacientes, el 4% asegura la privacidad y confidencialidad del paciente. (Lo cual consiste en que el personal no aclaró al paciente la presencia de mi persona, para realizar las observaciones, durante la atención).

El 72% no se distrae durante la atención al paciente, el 4% se distrae y el 24% de manera parcial, se distrae en la atención.

El 33% sonríe en la atención, el 20% no sonríe y el 47% sonríe de manera parcial.

El 50% mira a los ojos al paciente, el 7% no mira al paciente a los ojos y el 43% interrumpe la acción.



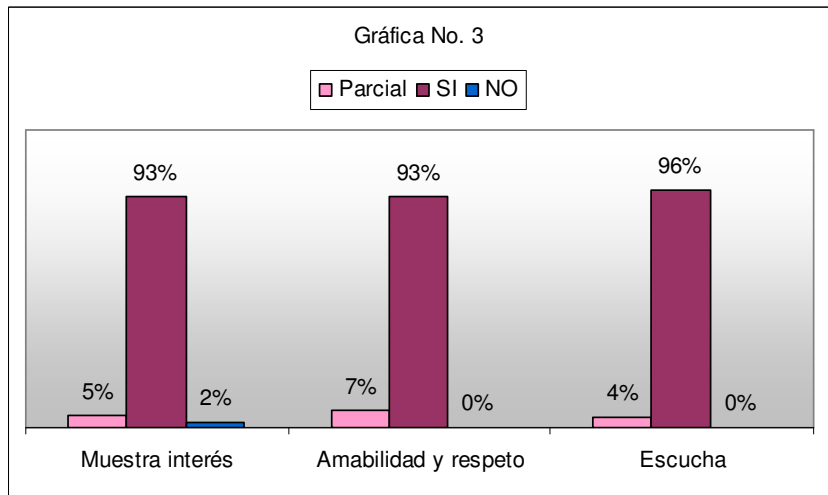
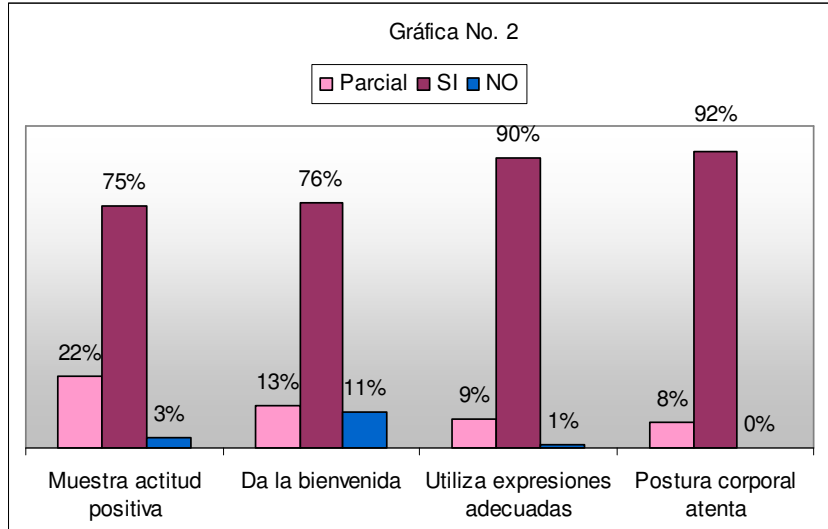
El 75% muestra actitud positiva hacia el paciente, el 3% no muestra actitud positiva hacia el paciente y 22% la actitud al paciente es incompleta.

El 76% da la bienvenida al paciente, el 11% no da la bienvenida al paciente y 13% no termina la acción de dar la bienvenida al paciente.

El 93% muestra interés en el paciente, el 2% no muestra interés en el paciente y 5% su interés es ambiguo.

El 93% es amable y respetuoso con el paciente y el 7% es parcial su amabilidad y respeto.

El 96% escucha al paciente, el 4% es ambigua la escucha hacia el paciente.

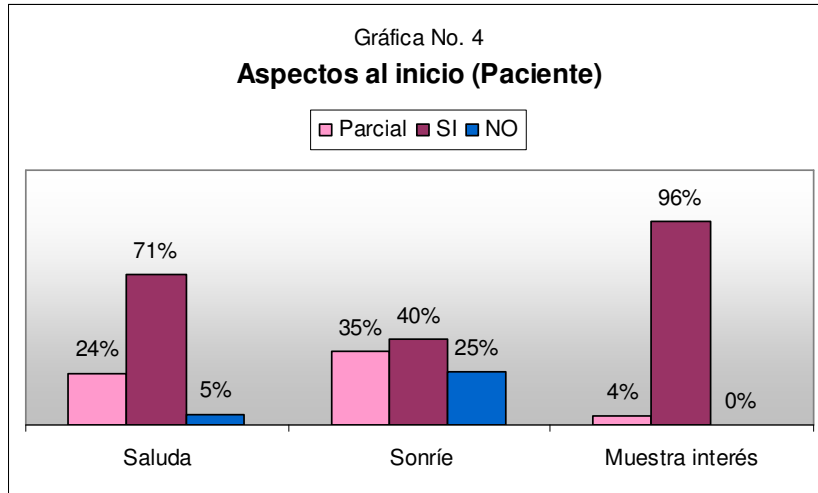


**Análisis**

Existe un porcentaje elevado en no asegurar la privacidad y confidencialidad del paciente durante la atención, ya que el paciente no dio su aprobación para que mi persona estuviera presente observando. El resto de enunciados, incluidos en la observación reflejan un porcentaje adecuado del 50% hasta el 96% de aceptación de la observación. Sin embargo la observación objetiva identifica un sesgo en estos resultados porque el personal sabía que lo observaban y que el entrevistador es también un miembro del equipo de trabajo.

**4.2.2 Aspectos al inicio de la consulta (Paciente)**

- El 71% de los pacientes saluda, el 5% no saluda y el 24% es parcial el saludo.
- El 40% de los pacientes sonríe el 25% no sonríe y el 35% sonríe de manera parcial
- El 96% de los pacientes muestran interés, el 4% su interés es parcial



**Análisis**

Se observa la identificación y confianza que el paciente tiene con el personal de salud, en la manera que saluda y muestra interés en su salud, aunque existe un sesgo cuando se observa si el paciente sonríe, ya que por temor a un nuevo resultado en su salud utilice un mecanismo de defensa y el otro factor sería que por su estado actual de de salud no posea el ánimo de sonreír.

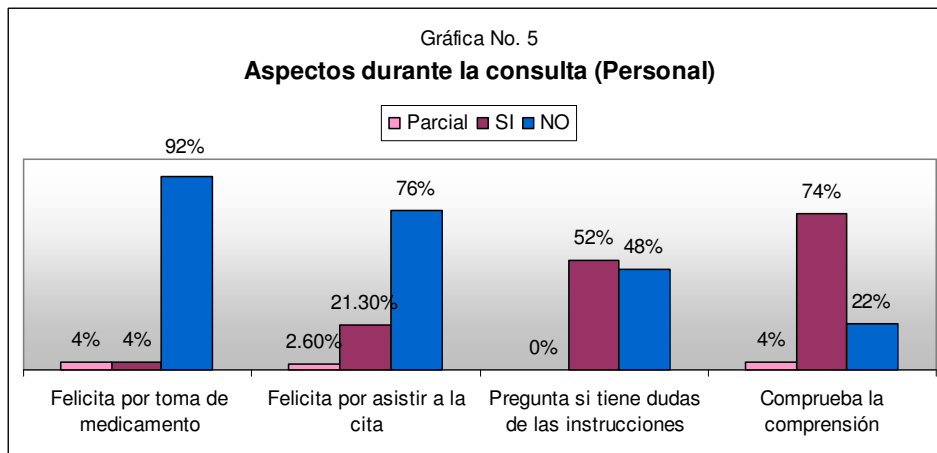
**4.2.3 Aspectos durante la consulta (Personal de la Salud)**

El 4% felicita al paciente por la toma de su medicamento, el 92% no realiza la acción y el 4% felicita al paciente de forma incompleta.

El 21% felicita al paciente por asistir a su cita, 76% no felicita al paciente por asistir a su cita y el 3% la felicitación al paciente es parcial.

El 52% le pregunta al paciente, el 48% no le pregunta al paciente.

El 74% comprueba la comprensión del paciente, el 22% no comprueba la comprensión y el 4% lo hace de forma parcial.



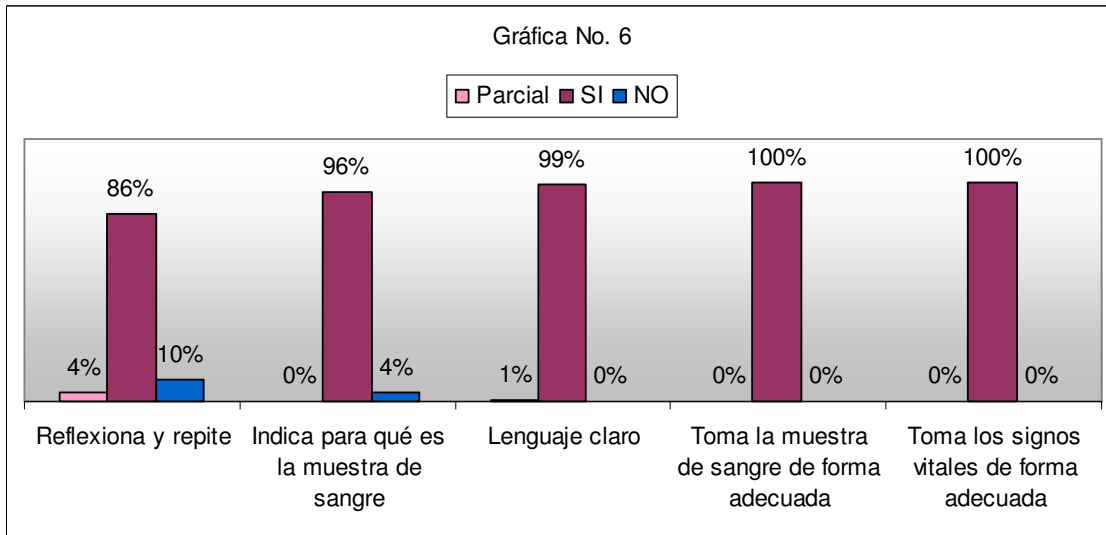
El 86% reflexiona y repite la información el 10% no reflexiona ni repite la información y el 4% reflexiona y repite la información de forma ambigua.

El 96% indica para que sirve la muestra de sangre y el 4% no indica para que sirve la muestra de sangre.

El 99% utiliza un lenguaje claro, el 1% utiliza un lenguaje ambiguo.

El 100% toma la muestra de sangre de forma adecuada

El 100% toma los signos vitales de forma adecuada



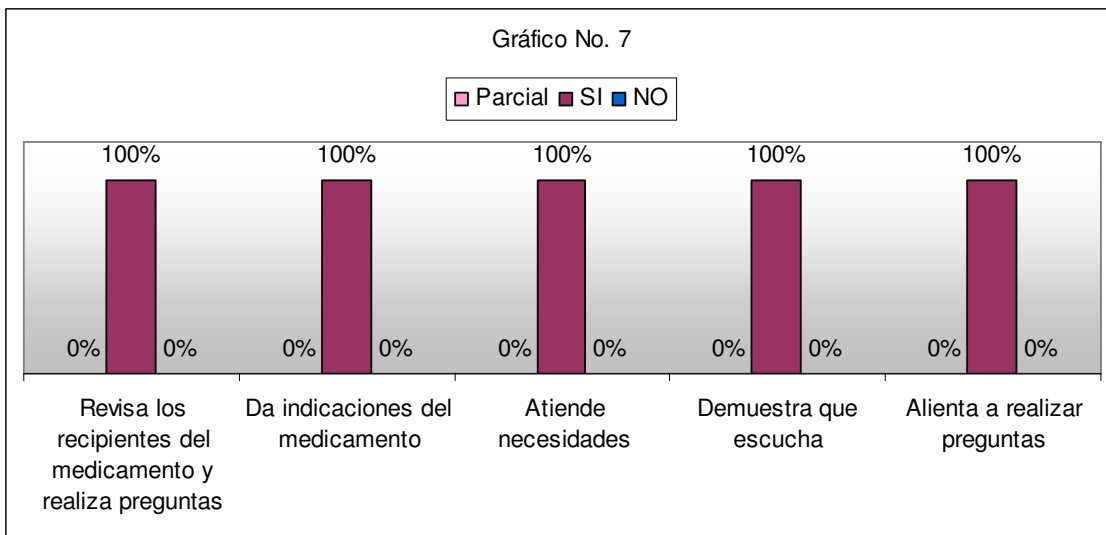
El 100% revisa los recipientes del medicamento y realiza preguntas

El 100% Da indicaciones del medicamento

El 100% atiende necesidades

El 100% escucha al paciente

El 100% alienta a realizar preguntas



### Análisis

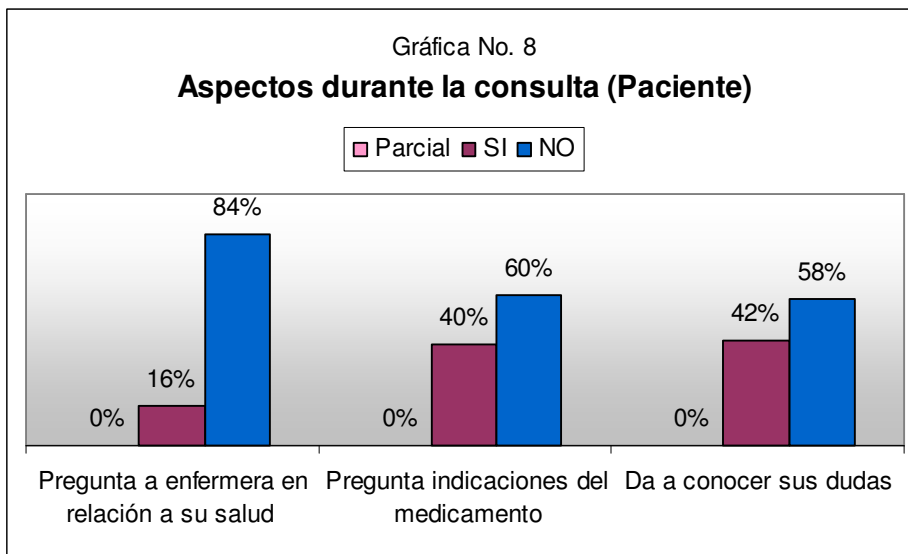
En los dos primeros enunciados, el porcentaje refleja la poca participación del personal en cuanto a la motivación del paciente para la toma de su medicamento y la asistencia a sus citas. En el tercer enunciado hasta el sexto se observa que el personal refuerza de cierta forma, la transmisión del mensaje, con un porcentaje del 52% hasta el 86%. Las áreas observadas cumplen de manera acertada, la atención e interés por el paciente con un 96% a 100%.

#### 4.2.4 Aspectos durante la consulta (Paciente)

El 16% pregunta a enfermera en relación a su salud, el 84% no pregunta.

El 40% pregunta indicaciones del medicamento, 60% no pregunta

El 42% da a conocer sus dudas, el 58% no da a conocer sus dudas.

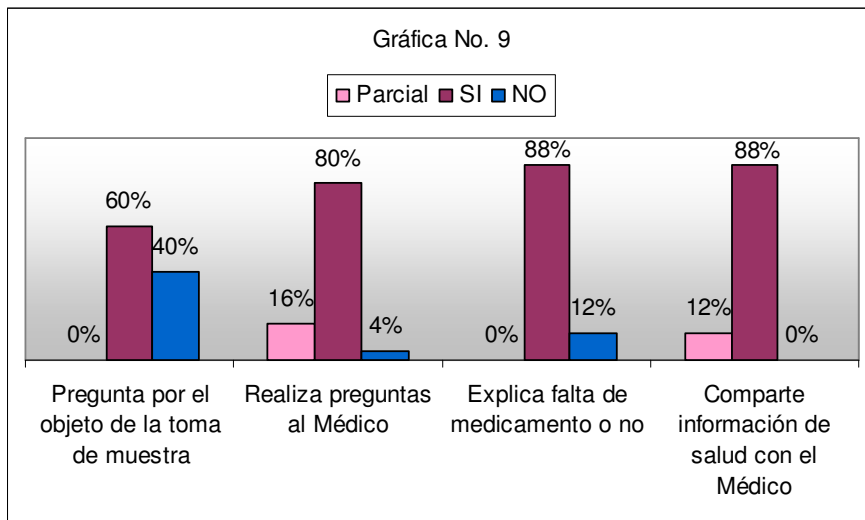


El 60% pregunta por el objetivo de la muestra, el 40% no pregunta.

El 80% realiza preguntas al médico, el 4% no pregunta y el 16% pregunta de forma ambigua.

El 88% explica la falta de medicamento o no, el 12% no explica

El 88% comparte información de salud con el médico y el 12% de forma ambigua, comparte la información.



### Análisis

Se observa que el paciente pregunta en un porcentaje diferente en cada área, lo que refleja el grado de confianza, que cada área le proporciona. En el 42% de las observaciones, el paciente da a conocer sus dudas, nuevamente sale a relucir la confianza que el personal de la salud debe transmitirle al paciente para que pueda expresarse libremente.

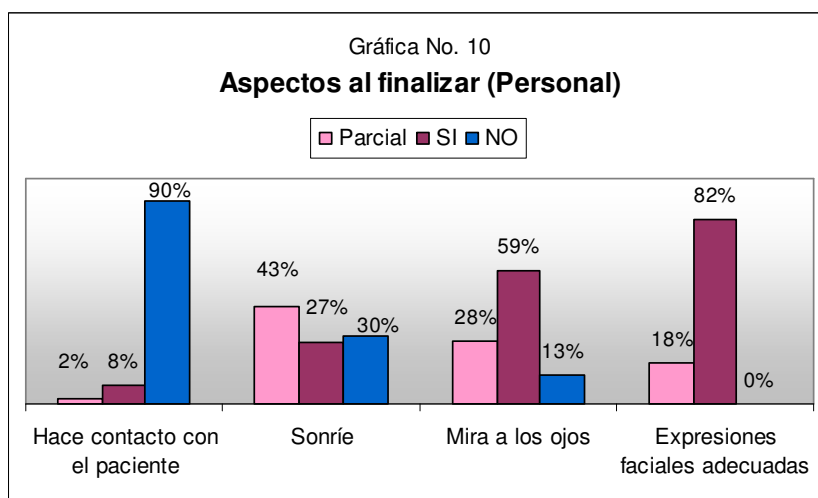
#### 4.2.5 Aspectos al finalizar la consulta (Personal de la Salud)

El 8% hace contacto con el paciente, el 90% no hace contacto con el paciente y el 2% de forma parcial hace contacto con el paciente

El 27% sonríe, el 30% no sonríe y el 43% sonríe de forma parcial.

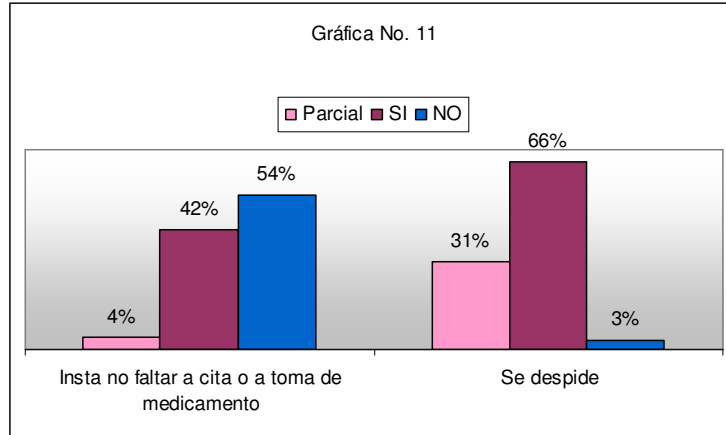
El 59% mira a los ojos, el 13% no mira a los ojos y el 28% mira a los ojos de forma parcial.

El 82% utiliza expresiones faciales adecuadas, el 18% de forma parcial utiliza expresiones faciales.



El 42% insta a no faltar a su cita y a la toma de su medicamento, 54% no insta a no faltar a su cita y a la toma de su medicamento y el 4% realiza la acción de manera parcial.

El 66% se despide el 3% no se despide y el 31% de manera parcial se despide.



### Análisis

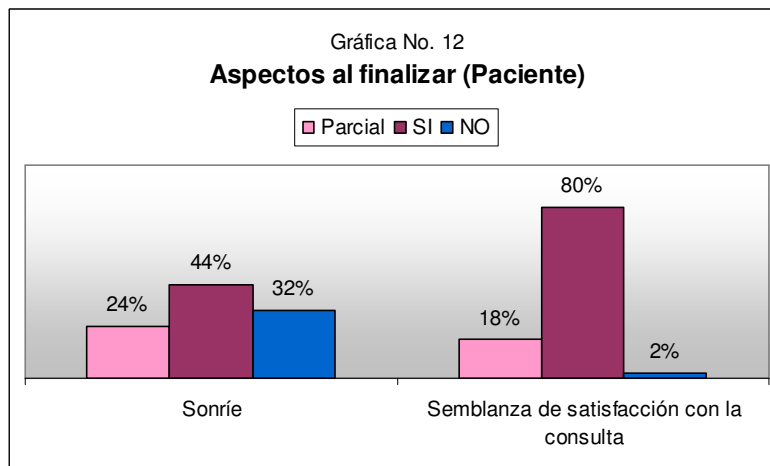
Existe un alto porcentaje de indiferencia del personal hacia el paciente, ello lo refleja el primer enunciado, el regalar una sonrisa al paciente cuenta con muy bajo porcentaje, aunque se utilicen expresiones faciales adecuadas, el tipo de paciente de la Clínica, necesita un poco más de expresividad por parte del personal de la salud.

Además, más de la mitad del personal observado no insta de forma positiva, lo que no es de ayuda en la adherencia del paciente y solo un poco más del 60% se despide del paciente, lo que refleja nuevamente la empatía hacia el paciente.

### 4.2.6 Aspectos al finalizar la consulta (Paciente)

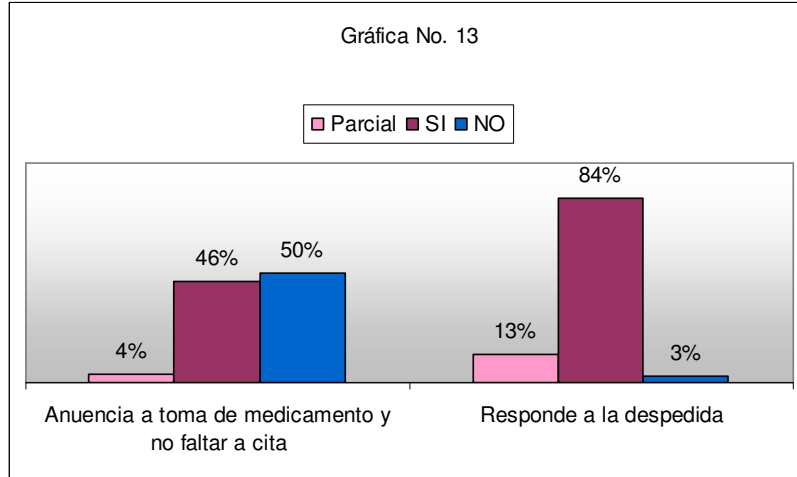
El 44% sonríe, el 32% no sonríe y el 24% de manera parcial sonríe.

El 80% satisfacción con la consulta, el 2% no satisfecho con la consulta y el 18% satisfacción parcial con la consulta.



El 46% muestra anuencia a la toma de su medicamento y no faltar a su cita, 50% no y el 4% de manera parcial.

El 84% responde a la despedida, el 3% no responde a la despedida y el 13% responde de manera parcial.



### *Análisis*

El área de laboratorio, farmacia, enfermería y médicos se observa que su atención e interés por el paciente cubre las expectativas de forma aceptable, con un porcentaje del 82%.

Pero, menos de la mitad de los pacientes observados demuestran anuencia a tomar su medicamento y a no faltar a las citas y el 84% responde a la despedida del personal de manera positiva.



### 4.3 Entrevista realizada al personal de la salud que labora en las Áreas de Laboratorio, Farmacia, Médicos y Enfermería

- ✓ **En relación a la pregunta de qué es lo que no le gusta de su trabajo, el personal respondió lo siguiente:**

ENFERMERIA	Nada, que los compañeros se aprovechan de la cooperación, en el trabajo.
MEDICOS	El salario debería de ser proporcional y mayor.
LABORATORIO	Proceso de muestras, desorden, atribuciones incompletas y que supervisen para ver si trabajo bien o no.
FARMACIA	Mala organización, frecuentemente se ven errores, creo que se necesitan una o dos ventanas más para despacho, para agilizar el mismo y el espacio físico aún es muy pequeño.

#### **ANALISIS**

*Según las respuestas de los trabajadores, se puede observar que existe inconformidad en la actividad laboral, ya que consideran que no hay trabajo en equipo, además consideran que el salario no es proporcional, se consideran inconformes que existan supervisiones a quienes si cumplen con sus labores, atribuciones incompletas, que frecuentemente se observan errores, lo que puede ser por mala organización.*

- ✓ **En cuanto a la pregunta si cree que el ambiente físico de la (clínica, laboratorio, farmacia y enfermería) es adecuado, respondieron lo siguiente:**

ENFERMERIA      SI    2            NO    2

¿Por qué?

- Hay privacidad para los pacientes
- Se atiende adecuadamente a los pacientes
- Se necesita mobiliario adecuado para tomar los signos vitales
- Mobiliario adecuado para mejorar el espacio

MEDICOS            SI    4            NO    0

¿Por qué?

- Instalaciones adecuadas

LABORATORIO      SI    4            NO    0

¿Por qué?

- Aunque faltan ciertos parámetros y equipo para alcanzar el nivel de bioseguridad necesario
- Existe bastante comunicación
- Existe cordialidad, respeto entre pacientes y compañeros

FARMACIA            SI    4            NO    0

¿Por qué?

- Trabajamos en equipo y todos cumplen con sus responsabilidades en pro de cumplir con el objetivo de dar atención de calidad a los pacientes
- Es muy fresco, es alegre, pero aún es muy estrecho

**ANALISIS**

*Según la respuesta de las diferentes áreas de servicio con relación al ambiente, enfermería y médicos informan que es adecuado el ambiente físico y laboratorio y farmacia, también se dirigen a un ambiente agradable, en cuanto a trabajo en equipo y colaboración*

- ✓ **Se les preguntó cuántos pacientes atienden al día, éstos son los resultados:**

ENFERMERIA	Signos Vitales	Consejería
	65	20
	45	08

En las diferentes áreas donde atiende el personal de enfermería, se ven diferencias en la cantidad de pacientes, en la primer área es donde se toman los signos vitales y allí es donde se encuentran dos personas de tiempo completo. En la segunda área es donde llegan personas por iniciativa propia, referida de hospitales o alguna área del mismo hospital, a realizarse la prueba de VIH. O bien las personas que han sido diagnosticadas en la clínica o referidas de algún otro centro de salud a continuar su tratamiento en la clínica.

MEDICOS            20, 15, 20, 15

LABORATORIO      50, 30, 60, 12

La diferencia de cantidad de pacientes de debe a que dos técnicos realizan la atención de tiempo completo, un técnico lo realiza de forma temporal en esta área y la otra persona es la encargada del área, por que por diversas razones lo hace de forma interrumpida.

FARMACIA            20 – 40, 20, variable y 20 pacientes al día.

**ANALISIS**

*En las respuestas de las diferentes áreas según la cantidad de pacientes, se puede observar que existe demanda en la atención aunque varía debido a la atención específica de cada área, lo que en ocasiones puede llevar a ocasionar estrés en el personal.*

- ✓ **Actualmente a cada paciente le dedican el siguiente tiempo durante la atención:**

MEDICOS De 10 a 15 minutos, 10 minutos, de 25 a 30 minutos, 15 minutos.

FARMACIA De 15 a 20 minutos, de 5 a 10 minutos (algunas veces de 15 hasta 20 minutos), depende del paciente y su tratamiento, pero aproximadamente de 5 a 10 minutos, de 3 a 5 minutos.

<En las áreas de Enfermería y Laboratorio se omitió esta pregunta por ser muy específica la atención que se da y en tiempo bastante corto.>

**ANALISIS**

*En la respuesta que indica el tiempo que el personal dedica al paciente es un indicador que varía y puede estar dependiendo del número de pacientes que estén programados para el servicio y del tipo de paciente, específicamente si el paciente es nuevo o no.*

- ✓ **Se le preguntó al personal de la salud, ¿cuánto tiempo cree que es lo ideal para dedicarle a cada paciente?**

MEDICOS	10 minutos	20 minutos	30 minutos	
		3	1	45 minutos a paciente nuevo
FARMACIA	3	1		Aunque algunos necesitan de 15 a 20 min.

**ANALISIS**

*De igual manera que en la pregunta anterior, no existe un tiempo definido, ya que todo va a depender del tipo de paciente, si es nuevo o no, va a depender de su escolaridad, si es un paciente indígena (si habla español), de su estado de salud, etc.*

- ✓ **Se le preguntó al personal si ¿cree que la última persona que atiende, merece el mismo trato que la primera, cuando inicia el día sin cansancio ni estrés? Las respuestas fueron las siguientes:**

ENFERMERIA SI 4 NO 0

¿Por qué?

- Todos merecen una buena atención
- Es una persona que merece nuestra atención y respeto

MEDICOS SI 4 NO 0

¿Por qué?

- Tienen los mismos derechos

LABORATORIO SI 4 NO 0

¿Por qué?

- No hay diferencia entre pacientes
- Todos merecen ser bien tratados
- Todos merecen el mismo trato y respeto, no importa el cansancio
- La mayoría vienen preocupados por su salud

FARMACIA SI 4 NO 0

¿Por qué?

- También es un paciente
- Es un ser humano, tiene sentimientos
- El último paciente está también cansado y ha pasado viajando y esperando tanto tiempo que merece ser atendido cordialmente

### **ANALISIS**

*Según la respuesta del personal existe conciencia que todas las personas merecen un trato digno y de respeto, aunque este puede verse afectado por el estrés que se maneja en la Clínica.*

- ✓ **El personal de la salud dio las siguientes respuestas al preguntarles si ¿cree que las PVVS tienen el derecho de recibir la misma calidad de atención que cualquiera de nosotros?**

ENFERMERIA SI 4 NO 0

¿Por qué?

- Su diagnostico no tiene que ver con su individualidad como persona
- Ellos necesitan mas atención y cariño
- Todos somos seres humanos

MEDICOS SI 4 NO 0

¿Por qué?

- Misma condición humana

LABORATORIO SI 4 NO 0

¿Por qué?

- Todos deben tener la misma atención
- Todos somos iguales, la diferencia es el virus entre las PVVS
- Son personas como nosotros y merecen afecto

- Tener VIH no significa discriminación, tenemos el mismo derecho a la salud

FARMACIA            SI   4            NO   0  
¿Por qué?

- Creo que sí, para que no se sientan tan solos, aunque hay veces que abusan
- Ser PVVS no los hace diferentes y merecen la misma atención que cualquier otra enfermedad

**ANALISIS**

*Según la información del personal, los pacientes tienen derecho a tener igualdad de atención que nosotros, aunque algunas personas por su condición de ser PVVS se aprovechan de la situación.*

- ✓ **Se le preguntó al personal qué busca cuando llega a un centro de salud en busca de atención, se obtuvieron las siguientes respuestas:**

	ENFERMERIA	MEDICOS	LABORATORIO	FARMACIA
Cordialidad	1			
Amabilidad y Respeto	1		1	
Interés en su salud	1		1	
Tiempo adecuado (en consulta)	1			
Sinceridad				
Lenguaje e instrucciones claras				
TODAS LAS ANTERIORES	3	4	2	4

**ANALISIS**

*En las respuestas se refleja que el grupo de trabajadores están concientes de lo que se busca al momento de ingresar a un centro de salud.*

- ✓ **Se le preguntó qué le gustaría cambiar en cuanto a la atención en la Clínica, estas fueron las respuestas:**

ENFERMERIA

- Nada
- Organizarse mejor en laboratorio para horario de recibo de muestras
- Pocos médicos para tantos pacientes (4)
- Mas personal por demanda de pacientes

## MEDICOS

- Muchos pacientes para un solo medico, se necesitan mas médicos para atender la misma cantidad de pacientes
- Pacientes nuevos esperan mucho tiempo los resultados de laboratorio
- No sacrificar calidad por cantidad
- Cantidad de pacientes por medico por día

## LABORATORIO

- Nada
- Tratar a los pacientes por igual, no preferencia por pacientes de estudio
- No extracción de sangre por la tarde, por resultados poco confiables

## FARMACIA

- Ampliar más, para que sea mas rápida la atención
- Pasarles videos educativos a los pacientes a través de las pantallas
- Educar a los pacientes en todos los aspectos, pues debido al nivel de escolaridad tan bajo, olvidan con facilidad y no aplican la información que se les da
- Más entretención a los pacientes para que no se desesperen al momento de esperar por sus medicamentos
- Que exista una mayor comunicación entre médicos, farmacia, psicología, etc. de la Clínica.

### **ANALISIS**

*Los trabajadores indican que consideran que debido a la alta demanda de pacientes, la cantidad de médicos ya no es suficiente, indican que en ocasiones se les da preferencia a algunos pacientes, cuando el trato debe ser igual; también consideran que el área física de farmacia debiera ampliarse para dar una atención mas rápida, dar mas educación a los pacientes debido a su bajo nivel de estudios de la mayoría y por ultimo pero no menos importante, recomiendan que exista mas comunicación entre las diferentes áreas de la clínica.*

- ✓ **El personal cree que para mejorar la relación con las PVVS, sería bueno recibir los siguientes cursos:**

	ENFERMERIA	MEDICOS	LABORATORIO	FARMACIA
Relaciones humanas	4	1	2	3
Habilidades para entrevistar y escuchar mejor al paciente	3	1	2	2
Trabajo en equipo y motivación	3	1		4
Resolución de conflictos	2	1		2

Servicio al cliente	2		1	2
TODAS LAS ANTERIORES		2		
OTROS		*1		
* Gerencia y administración hospitalaria				

### **ANALISIS**

*Según las respuestas, se observa que el personal está consciente de el servicio y atención que le tiene que brindar al paciente, pero en relación a lo laboral, indican que no hay trabajo en equipo, que no existe supervisión para observar si trabajan todos de la misma manera, mencionan además que los salarios no son proporcionales, que existe mala organización y con frecuencia se observan errores, que las atribuciones son incompletas y existe desorden. Esta situación puede identificar algunas inconformidades que presenta el personal a nivel de grupo.*





## Conclusiones

- Por lo anterior, en las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y el paciente de este centro de atención a la salud, el diagnóstico es bastante satisfactorio, de manera general; existe el respeto, atención en tiempo prudente, aunque hace falta motivación de manera verbal por parte del personal, además se debe tomar en cuenta que los pacientes son bastantes susceptibles, por lo que hace falta un poco más de expresividad.
- Existe el respeto, atención amable, atenta, pero aún se da la falta de confianza e indiferencia por parte del personal de la salud. Si el personal no insta al paciente, el paciente no responderá de manera favorable no solo a su medicamento sino también a no faltar a sus citas, lo que significa que es muy poca participación del personal en cuanto a la motivación del paciente.
- Se detectaron las siguientes barreras:
  - De las observaciones realizadas, el personal no asegura la privacidad y confidencialidad de los pacientes, aclarando que no se trata de fuga de información premeditada, sino que de no solicitar aprobación o por lo menos de aclarar, al paciente, la presencia de otra persona observando durante la atención.
  - Si existe inconformidad del personal en su área de trabajo, ello repercutirá en la atención al paciente.
  - La creciente demanda de pacientes en la clínica, puede provocar altos niveles de estrés en el personal.
  - El personal indica que debido al bajo nivel de escolaridad del paciente, olvida con facilidad y no aplica la información que se le trasmite.
  - Según los resultados obtenidos en las entrevistas al personal, se identifica que no se da el trabajo en equipo, por lo que se necesita más comunicación entre las diferentes áreas de la clínica.
- Es muy importante la confianza que se le transmite al paciente a la hora de estar en su presencia, para que él pueda comunicar todo lo que desea, que pueda realizar preguntas, y que salga con mucha más información que con la que entró a la clínica o área. Además debido a las barreras identificadas, el mensaje que se transmite al paciente puede no estar llegando de la forma más adecuada.



## Recomendaciones

- Desarrollar un taller haciendo énfasis en la identificación con el paciente, lo que significa para ellos el contacto físico, el recibir una sonrisa sincera, no forzada, no por obligación, facilitado siempre por un profesional ajeno a la Clínica.
- Desarrollar un taller de cómo entrevistar y escuchar mejor al paciente, fue una de las opciones que se les dio al momento de la entrevista al personal de la salud, y fue reflejado en los resultados de los pacientes, que hace falta trabajar un poco más en el tema.
- Todas las áreas deben trabajar en dar confianza al paciente para derribar barreras comunicacionales que están afectando esta relación, para lo cual puede iniciarse por saludar al paciente, darle una sonrisa sincera, el contacto físico es importante, (dar la mano, una suave palmada en el hombro, por ejemplo), al momento de atender al paciente la postura corporal también debe inspirar confianza, tomando en cuenta el bajo nivel de educación de los pacientes de la Clínica, por lo que se debe hacer énfasis en el lenguaje a utilizar.
- Conversar con el personal, recordando el respeto hacia el paciente, lo que implica asegurar su privacidad, lo que puede realizarse por áreas y por personas altamente capacitadas ajenas a la Clínica, lo que evitaría que el personal se sienta presionado o forzado, y no utilice los mecanismos de defensa que lo hagan actuar de forma contraria.
- El personal puede motivar más al paciente a asistir a sus citas y a tomar su medicamento, al transmitirle frases simples pero bien cargadas con el mensaje correcto, (como por ejemplo: Gusto de saludarlo, Qué bueno verlo nuevamente, Espero verlo el..., Qué bien se ve, Ha mejorado bastante, Sigamos así, Estamos juntos en esta lucha..., etc., Haga lo posible por asistir, lo esperamos...; cuidando que la adherencia no solo significa que tome su medicamento sino también que asista, en lo posible, puntual a sus citas, y reforzarlo en las distintas áreas donde el paciente asiste.
- El Coordinador de cada área de la Clínica puede convocar a su personal, para conversar e indagar sobre las razones por las cuales no existe el trabajo en equipo, si fuere el caso, para escuchar sugerencias, si el personal tiene la suficiente confianza a su coordinador o bien puede ser a nivel individual, para mayor oportunidad de expresión por parte del integrante; por lo que se pudo observar, es necesario en primer instancia, a nivel de área, para llegar a nivel clínica.

- La motivación al personal, no necesariamente debe ser de tipo financiero, se pueden evaluar otras opciones que pueden dar buen resultado. Por ejemplo organizar actividades fuera del área laboral, de tipo recreativo, lo que ayudaría en las relaciones interpersonales alternando con información teórica, para que surta un efecto de larga duración y además ayudaría al manejo y control del estrés laboral.
- Reforzar los mensajes a los pacientes, a través de videos educacionales proyectados en las pantallas de la sala de espera, alternando con videos de entretenimiento.

## Bibliografía

1. Abello Gómez, René Francisco  
8 Pasos hacia la calidad en el servicio. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación –ICONTEC- Bogotá, D.C. Colombia, 2008.
2. Aguilar Calvillo, Dina Maritza  
Comunicación Interpersonal en la atención prenatal en el Centro de Salud de Amatitlán, municipio del departamento de Guatemala. Tesis USAC, Escuela de Ciencias de la Comunicación. Guatemala, 2005.
3. Atención integral  
[www.acciónensida.org.pe/ediciones.htm](http://www.acciónensida.org.pe/ediciones.htm)  
Consulta realizada el 21 de febrero de 2008.
4. Avila, Raúl  
La lengua y los hablantes. Editorial Trillas, S.A. de C.V. 1ª. Reimpresión. México, 1991.
5. Barreras de la comunicación. Minerva Javier Domínguez, M.C.  
<http://www.mitecnologico.com/Main/BarrerasComunicacion>  
Consulta realizada el 30 de diciembre de 2009.
6. Bowden, Charles L., M.D.  
Burststein, Alvin G., Ph.D.  
Bases psicosociales de la atención médica. Editorial Limusa. 1ª. Edición en español. México, D.F. 1990.
7. Campaña Mundial Contra el SIDA 2002-2003 Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. ONUSIDA/02.43S (Versión española) Junio, 2002.
8. Cantú Ortiz, Ludivina  
Flores Michel, Julieta  
Roque Segovia, María del Carmen  
La comunicación oral y escrita. 1ª. Edición, Compañía editorial Continental, S.A. de C.V.. México, 1999.
9. Chinchilla Melgar, Sara Noemí  
Relaciones interpersonales que se establecen entre un grupo de auxiliares de enfermería y los pacientes. Tesis. USAC, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1993.

10. Coronado, Juan José  
La comunicación interpersonal más allá de la apariencia. 1era. Edición. Universidad Iteso. México, 1992.
11. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina Dorland. 26ª. Edición. Nueva Editorial interamericana. Volumen I. México, D.F. 1988.
12. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Organización Mundial de la Salud. Serie OMS sobre el SIDA, No. 3. 1988.
13. Fingermann, Gregorio  
Relaciones Humanas. Fundamentos psicológicos y sociales. 9ª. Edición. 7ª. Reimpresión. Editorial El Ateneo. México, 1990.
14. García Huete, Enrique  
SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. 1ª. Edición Eudema, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense, S.A.) Madrid, España 1993.
15. Información  
[www.plan-espana.org/PDF/DossierSIDA](http://www.plan-espana.org/PDF/DossierSIDA)  
Consulta realizada el 20 de febrero de 2008.
16. Interiano, Carlos  
Semiología y Comunicación. Editorial Estudiantil Fénix, USAC, Guatemala, C.A. 6ª. Edición, febrero 1999.
17. Leuro, Aida Esperanza  
Comunicación Eficaz y Positiva. Equipo Editorial de Libro-Hobby-Club, S.A. 1ª. Reimpresión. España, 2000.
18. Medina Patzán, Ada Lucrecia  
Juárez Mayen, José Luis  
Rasgos de personalidad más frecuentes del paciente infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tesis USAC, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1996.
19. Medrano López, Francisco  
Relaciones humanas del Médico privado y su paciente (un estudio de la opinión del médico privado con alta demanda de pacientes en 7 cabeceras departamentales de Guatemala). Tesis USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978.

20. Mejía Ramírez, Epifanio  
La comunicación en la relación medico-paciente “Estudio descriptivo con medicos y pacientes del Hospital Nacional de San Pedro Necta, Huehuetenango, durante los meses de agosto y septiembre de 1991. Tesis USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991.
21. Mejía Villatoro, Carlos Rodolfo  
Revista de Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt. 1ª. Edición. Guatemala, 2008.
22. Nájera, Rafael  
Sida respuestas y orientaciones. Santillana, S.A. Madrid, España. Edición 1997.
23. Prieto, Daniel  
Diagnóstico de Comunicación. 1ª. Edición, CIESPAL. Quito, Ecuador 1985.
24. Ricci Bitti, Pio E.  
Zani, Bruna  
La comunicación como proceso social. 1ª. Edición en la colección Los Noventa. Editorial Grijalbo. México D.F., 1990.
25. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2007. Volumen 1 Regional.
26. Sebastián, Carmen  
La Comunicación emocional. Editorial Prentice-Hall. España, 2000.
27. Steil, Lyman K.  
Summerfield, Joanes  
De Mare, George  
Como escuchar bien y entender mejor. Editorial Deusto. Madrid, España 1999.
28. Virus de inmunodeficiencia humana  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_travel\\_sp/aids.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_travel_sp/aids.cfm)  
Consulta realizada el 08 de abril de 2008.
29. Williams, Bery L.  
La comunicación efectiva. Ediciones Lidium. Buenos Aires 1,982.





# **ANEXOS**



## **Anexos**

Anexo 1	Cuestionario a pacientes
Anexo 2	Guía de observación en el área de Enfermería
Anexo 3	Guía de observación en el área de Farmacia
Anexo 4	Guía de observación en el área de Médicos
Anexo 5	Guía de observación en el área de Laboratorio
Anexo 6	Entrevista



# 1. CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
 TRABAJO DE TESIS

CUESTIONARIO	PACIENTES									
	1		2		3		4		5	
Edad										
Sexo										
Grupo cultural										
Idioma										
Escolaridad										
1. ¿De dónde viene?										
La capital										
Interior del país										
Departamento										
Municipio										
2. ¿Actualmente trabaja?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿En qué actividad económica?										
3. ¿Hace cuanto viene a la Clínica?										
Años										
Meses										
4. ¿Como se siente cuando entra a la Clínica?										
A gusto										
Disgusto										
Se deprime										
5. ¿Le agrada la forma en que le atiende el médico?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque:										
Entiende lo que le dice										
Lo escucha										
Muestra interés a lo que le dice										
Lo trata como a un amigo										
Le da confianza										
6. ¿Le agrada la forma en que le atienden en farmacia?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque:										
Entiende lo que le dice										
Lo escucha										
Muestra interés a lo que le dice										
Lo trata como a un amigo										
Le da confianza										
Le entiende como debe tomar su medicamento										
7. ¿Le agrada la forma en que le atiende el personal de laboratorio?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque:										
Entiende lo que le dice										
Lo escucha										
Muestra interés a lo que le dice										
Lo trata como a un amigo										
Le da confianza										
8. ¿Comprende porqué y para qué le sacan las muestras de sangre?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
9. ¿Le agrada la forma en que le atiende el personal de enfermería?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque:										
Entiende lo que le dice										
Lo escucha										
Muestra interés a lo que le dice										
Lo trata como a un amigo										
Le da confianza										

10. ¿Cree que tiene toda la información necesaria para continuar con su tratamiento?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque:										
Escucha las platicas, que dan en las mañanas										
Le han dado información en la clínica										
Busca información en otro lugar										
11. ¿Le gustaría informarse más en la Clínica?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Le gustaría:										
Ver videos acerca del cuidado de su salud										
Ver videos acerca del VIH/SIDA										
Ver videos acerca de los diferentes medicamentos y para qué sirven										
Ver videos acerca del proceso de sus muestras de sangre										
Algún servicio adicional ¿Cuál?										
12. ¿Por qué asiste usted a consulta a la Clínica de Enfermedades Infecciosas?										
Porque:										
Quiero vivir más y mejor										
Sé que es por mi bien										
No me quiero morir										
Quiero a mi familia										
Quiero evitar que más personas se enfermen										
13. ¿A nivel general, le gusta el trato que se le da en la Clínica?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Por qué?										
Observaciones										
Gracias										

## 2. GUIA DE OBSERVACION (ENFERMERÍA)

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Enfermera o auxiliar de enfermería)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Da la bienvenida al paciente</li> <li>2. Muestra una actitud positiva y alentadora</li> <li>3. Mira al paciente a los ojos</li> <li>4. Muestra interés por la salud del paciente</li> <li>5. Sonríe</li> <li>6. Utiliza expresiones faciales adecuadas y tono de voz agradable</li> <li>7. Postura corporal atenta que transmite cordialidad, interés y confianza</li> <li>8. Es amable, respetuoso y cortés</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saluda al sentarse</li> <li>2. Sonríe</li> <li>3. Muestra interés ante las explicaciones de la enfermera</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Enfermera o auxiliar de enfermería)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le da la bienvenida y le invita a tomar asiento</li> <li>2. Felicita al paciente por asistir a su cita</li> <li>3. Le toma los signos vitales al paciente de forma adecuada</li> <li>4. Utiliza un lenguaje claro que el paciente pueda entender</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza preguntas a la enfermera en relación a como se ha sentido</li> <li>2. Si no comprende vuelve a preguntar</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Enfermera o auxiliar de enfermería)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se despide del paciente</li> <li>2. Mira al paciente a los ojos</li> <li>3. Sonríe</li> <li>4. Utiliza expresiones faciales adecuadas</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonríe</li> <li>2. Corresponde a la despedida</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Enfermera o auxiliar de enfermería)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se despide del paciente y lo hace amablemente</li> <li>2. Insta al paciente a no faltar a su próxima cita y a cuidar de su salud</li> </ol>			

Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
1. Responde a la despedida de la enfermera			
2. Se muestra anuente a cuidar de su salud y a no faltar a su próxima cita			
Subtotales			



### 3. GUIA DE OBSERVACION (FARMACIA)

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Técnico o profesional de farmacia)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Da la bienvenida al paciente</li> <li>2. Muestra una actitud positiva y alentadora</li> <li>3. Mira al paciente a los ojos</li> <li>4. Muestra interés por la salud del paciente</li> <li>5. Sonríe</li> <li>6. Escucha y observa lo que dice el paciente</li> <li>7. Utiliza expresiones faciales adecuadas y tono de voz agradable</li> <li>8. Postura corporal atenta que transmite cordialidad, interés, respeto y confianza</li> <li>9. Es amable, respetuoso y cortés</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saluda al sentarse</li> <li>2. Sonríe</li> <li>3. Muestra interés ante las explicaciones del técnico</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le da la bienvenida y le invita a tomar asiento</li> <li>2. Felicita al paciente por tomar su medicamento</li> <li>3. Revisa los recipientes del medicamento y pregunta al paciente sobre ello</li> <li>4. Utiliza un lenguaje claro que el paciente pueda entender</li> <li>5. Indica que medicamento va a tomar y da indicaciones</li> <li>6. Reflexiona y repite las indicaciones con el paciente</li> <li>7. Pregunta si tiene dudas de las indicaciones</li> <li>8. Comprueba la comprensión del paciente</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explica si le hizo falta medicamento o no</li> <li>2. Realiza preguntas al Técnico en relación a la forma de tomar el medicamento</li> <li>3. Si no comprende vuelve a preguntar</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hace contacto con el paciente para despedirse (le da la mano, etc.)</li> <li>2. Mira al paciente a los ojos</li> <li>3. Sonríe</li> <li>4. Utiliza expresiones faciales adecuadas</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonríe</li> <li>2. La semblanza del paciente es de satisfacción con la consulta</li> <li>3. Corresponde a la despedida</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
1. Se despide del paciente y lo hace amablemente			
2. Insta al paciente a no faltar a su próxima cita y a tomarse todo su medicamento sin falta			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
1. Responde a la despedida del Técnico			
2. Se muestra anuente a tomar todo su medicamento y a no faltar a su próxima cita			
Subtotales			

#### 4. GUIA DE OBSERVACION (MEDICOS)

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Médico)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Da la bienvenida al paciente</li> <li>2. Asegura la privacidad y confidencialidad</li> <li>3. Muestra una actitud positiva y alentadora</li> <li>4. Mira al paciente a los ojos</li> <li>5. Muestra interés por la salud del paciente</li> <li>6. Sonríe</li> <li>7. Escucha y observa lo que dice el paciente</li> <li>8. Utiliza expresiones faciales adecuadas y tono de voz agradable</li> <li>9. Postura corporal atenta que transmite cordialidad, interés, respeto y confianza</li> <li>10. No se distrae con papeles, ruidos, teléfono u otra cosa</li> <li>11. Es amable, respetuoso y cortés</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saluda al entrar</li> <li>2. Sonríe</li> <li>3. Muestra interés ante las explicaciones del médico</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Médico)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le da la bienvenida y le invita a tomar asiento</li> <li>2. Felicita al paciente por acudir a su consulta</li> <li>3. Utiliza un lenguaje claro que el paciente pueda entender</li> <li>4. Atiende las necesidades del paciente</li> <li>5. Reflexiona y repite con el paciente</li> <li>6. Menciona palabras cortas, para hacer saber al paciente que lo está escuchando</li> <li>7. Alienta al paciente a realizar preguntas</li> <li>8. Comprueba la comprensión del paciente</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explica como se siente, comparte información con el Médico</li> <li>2. Realiza preguntas al Médico en relación a su salud</li> <li>3. Si no comprende vuelve a preguntar</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Médico)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hace contacto con el paciente para despedirse (le da la mano, palmada en la espalda, etc.)</li> <li>2. Mira al paciente a los ojos</li> <li>3. Sonríe</li> <li>4. Utiliza expresiones faciales adecuadas</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonríe</li> <li>2. La semblanza del paciente es de satisfacción con la consulta</li> </ol>			

3. Se despide del Médico			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Médico)	Parcialmente	Si	No
1. Se despide del paciente y lo hace amablemente			
2. Insta al paciente a no faltar a su próxima cita			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
1. Responde a la despedida del Médico			
2. Se muestra anuente a no faltar a su próxima cita			
Subtotales			

## 5. GUIA DE OBSERVACION LABORATORIO (Toma de muestra)

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Técnico o profesional de Laboratorio)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Da la bienvenida al paciente</li> <li>2. Muestra una actitud positiva y alentadora</li> <li>3. Mira al paciente a los ojos</li> <li>4. Muestra interés por la salud del paciente</li> <li>5. Sonríe</li> <li>6. Utiliza expresiones faciales adecuadas y tono de voz agradable</li> <li>7. Postura corporal atenta que transmite cordialidad, interés, respeto y confianza</li> <li>8. Es amable, respetuoso y cortés</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al inicio de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saluda al sentarse</li> <li>2. Sonríe</li> <li>3. Muestra interés ante las explicaciones del técnico</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le da la bienvenida y le invita a tomar asiento</li> <li>2. Felicita al paciente asistir a su cita</li> <li>3. Le toma la muestra de sangre al paciente de forma adecuada</li> <li>4. Utiliza un lenguaje claro que el paciente pueda entender</li> <li>5. Indica al paciente para qué se le va a tomar la muestra de sangre</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales de la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza preguntas al Técnico en relación al objeto de sacarle la muestra de sangre</li> <li>2. Si no comprende vuelve a preguntar</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mira al paciente a los ojos</li> <li>2. Sonríe</li> <li>3. Utiliza expresiones faciales adecuadas</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos no verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonríe</li> <li>2. Corresponde a la despedida</li> </ol>			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Técnico o profesional)	Parcialmente	Si	No
1. Se despide del paciente y lo hace amablemente 2. Insta al paciente a no faltar a su próxima cita y a cuidar de su salud			
Subtotales			

Aspectos verbales al finalizar la consulta (Paciente)	Parcialmente	Si	No
1. Responde a la despedida del Técnico 2. Se muestra anuente a cuidar de su salud y a no faltar a su próxima cita			
Subtotales			

## 6. ENTREVISTA

Médico  Farmacia  Laboratorio  Enfermería

1. ¿Qué es lo que no le gusta de su trabajo en la Clínica?

---

---

2. ¿Cree que el ambiente de la (clínica, laboratorio, farmacia, enfermería) es adecuado?

SI  NO  Por qué? \_\_\_\_\_

---

3. ¿Cuántos pacientes atiende en el día? \_\_\_\_\_

**<SI ES PERSONAL DE ENFERMERIA O LABORATORIO, PASE A PREGUNTA No. 6.>**

4. ¿Cuanto tiempo le dedica actualmente a cada paciente? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo piensa que sería lo ideal para dedicarle a cada paciente?

10 minutos  20 minutos  30 minutos

6. ¿Cree que la última persona que atiende merece el trato que la primera, cuando inicia el día, sin cansancio ni estrés?

SI  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

7. ¿Cree que las PVVS tienen el derecho de recibir la misma calidad de atención que cualquiera de nosotros?

SI  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

8. ¿Cuando usted entra a un centro de salud entiéndase (hospital, clínica privada, sanatorio, etc.) en busca de atención para su salud qué espera encontrar?

Cordialidad	<input type="checkbox"/>	Tiempo adecuado (en consulta)	<input type="checkbox"/>
Amabilidad y Respeto	<input type="checkbox"/>	Sinceridad	<input type="checkbox"/>
Interés en su salud	<input type="checkbox"/>	Lenguaje e instrucciones claras	<input type="checkbox"/>

9. ¿Desde su punto de vista, qué le gustaría cambiar en cuanto a la atención en la Clínica?

---

---

10. ¿Para mejorar la relación con las PVVS, dígame cuál de los siguientes cursos cree que sería bueno recibir?

- Relaciones humanas
- Habilidades para entrevistar y escuchar mejor al paciente
- Trabajo en equipo y motivación
- Resolución de conflictos
- Servicio al cliente
