

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PERCEPCIÓN DE RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE DE LOS
USUARIOS EN LA MICRORED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA
EN EL 2019”**

TESIS

Presentado por:

Gian Víctor RIVERA VILLAR

ASESOR: Juan Luis Ayala Olazabal

Para optar por el título profesional de Médico Cirujano

TACNA-PERÚ

2020

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Fundamentación del Problema	12
1.2 Formulación del problema:	16
1.3 Objetivos de la investigación:.....	16
1.3.1. Objetivo general:.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos:.....	16
1.4 Justificación:.....	17
1.5 Definición de términos:.....	19
CAPÍTULO II	21
REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
2.1. Antecedentes de la investigación:.....	21
2.2. Marco teórico:.....	28
2.2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ASISTENCIA SANITARIA	28
2.2.2 CARACTERISTICAS ASOCIADOS A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:.....	37
CAPÍTULO III	50
HIPÓTESIS VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	50
3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	50
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50

CAPÍTULO IV	52
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
4.1. DISEÑO	52
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	52
4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:	52
Criterios de inclusión:.....	53
4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexos).....	54
CAPÍTULO V	55
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	55
5.1. Procedimiento	55
5.2. Consideraciones éticas	56
5.3. Consideraciones estadísticas	57
RESULTADOS	59
DISCUSION	71
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES.....	77

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Mi más cordial reconocimiento y agradecimiento a todos y cada uno de los profesores de la Facultad, porque de alguna manera supieron brindarme su amplia experiencia.

Mi agradecimiento al asesor de tesis por su colaboración y orientación en la realización del presente trabajo de tesis.

De igual modo mi sincero agradecimiento a los jurados examinadores de la presente tesis.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción del Usuario respecto a la relación médico paciente de los médicos que atienden en los establecimientos de la Micro Red Cono Sur del 2019

Material y Método: Mediante un estudio observacional, prospectivo y analítico se logró encuestar a 378 pacientes atendidos en la Microred Cono Sur.

Resultados: La edad de los pacientes que acuden a los establecimientos de salud de la Microred Cono Sur está entre 20 a 39 años (45.1%), el 55.6% son mujeres y el 78.6% procede de Tacna. No existió una diferencia en la percepción de la relación médico paciente según la edad y sexo, en el nivel de instrucción se halló que tienen una diferente percepción de la relación médico-paciente los que no tienen instrucción con el grupo que tuvieron algún tipo de instrucción. Se halló indicadores negativos como el tiempo dedicado para la atención, seguido de la percepción que el médico no es accesible y los indicadores positivos como el sentirse contentos con el tratamiento médico, seguido del hecho de percibir que el médico sí les ayuda, y en tercer lugar sí creen en su médico.

Conclusiones: Se encontró que se percibía una excelente relación médico paciente en el 13.2% de la población estudiada, el 16.9% la percibía como muy buena y un 12.2% como buena, pero hubo además un 23% que percibía como muy mala y el 34,7% como mala relación médico paciente.

Palabras clave: relación, médico, paciente, comunicación, satisfacción.

ABSTRACT

Objective: To know the User's perception regarding the patient-doctor relationship of the doctors who attend the establishment of the Southern Cone Micro Network of 2019

Material and Methods: Through an observational, prospective and analytical study, 378 patients attended in the Southern Cone Microred were surveyed.

Results: The age of the patients who attend the health centers of the Southern Cone Microred is between 20 and 39 years old (45.1%), 55.6% are women and 78.6% come from Tacna. There was no difference in the perception of the patient medical relationship according to age and sex, at the level of education it was found that those who have no instruction with the group that had some type of instruction have a different perception of the doctor-patient relationship. Negative indicators were found such as the time spent for care, followed by the perception that the doctor was not accessible and positive indicators such as feeling happy with the medical treatment, followed by the perception that the doctor does help them, and thirdly they do believe in their doctor.

Conclusions: It was found that an excellent patient medical relationship was perceived in 13.2% of the studied population, 16.9% perceived it as very good and 12.2% as good, but there was also 23% that it perceived as very bad and 34, 7% as a bad patient medical relationship

Keywords: relationship, doctor, patient, communication, satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la relación Médico-Paciente, un aspecto importante en el acto médico, donde los profesionales de salud deben priorizar su trato con el paciente, siempre con el respeto mutuo al cual están sujeto cada paciente a ser tratado integralmente(1).

La relación médico- paciente es muy compleja ya que plantea no solo las preocupaciones e incertidumbre del paciente, sino en cómo tiene repercusión en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento

En la actualidad uno de los problemas más preocupantes y que muchas veces pasa desapercibido por los mismos profesionales de la salud, es acerca de la relación que tienen para ejercer su profesión, este problema se va anidando desde la misma formación del médico y se va arraigando con el tiempo(2). Ya sea como un problema del profesional de salud va más allá de este, empezando por el trato a la persona, que al fin de todos modos los médicos también son personas.

Hoy en día, donde la palabra del paciente tiene un gran peso y su importancia nos brinda información de primera mano, de cómo es el trato

que tienen los profesionales de salud que es directamente relacionado con su nivel de empatía, y es aquí mediante el cuestionario PDRQ9 se quiere conocer la percepción del paciente sobre el trato que recibieron durante su atención de salud.

La relación entre el profesional asistencial y el paciente es bastante complejo, ya que lo que se busca es evidencia que muestran un grado de emoción en dicha relación.(3)

¿Qué puede entenderse como bueno y positivo para unos y puede no serlo para otros? En el campo médico éste tema se organiza en torno a la salvaguarda de los derechos del paciente y los valores morales. A pesar de la importancia de la relación médico-paciente, es recurrente escuchar acerca del mal trato del personal médico en general, al momento de la atención. Para la población atendida, el mal trato se percibe a través de problemas, por ejemplo, largas colas; la crueldad del personal al manejar la angustia de los pacientes; trato descortés; el desprendimiento forzado a los pacientes de sus familias, etc.(4)

Por estas cuestiones, y pensando en la interpretación e importancia de la relación médico-paciente se propone el presente estudio y conocer cómo son percibidas la relación médico-paciente desde la perspectiva de los pacientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Las relaciones entre el profesional de la salud y el paciente implican cultivar en las personas valores. A pesar de la existencia de una gran cantidad de trabajo sobre estos temas, se sabe poco sobre cómo mejorar la relación o trato en los médicos y personal sanitario.(5)

La problemática de la investigación se centra en el trato que recibe el usuario de los servicios de salud. Los usuarios constantemente se vienen quejando que existe mal trato. Sienten que, para ser atendidos, deben hacer colas y el tiempo de espera es cruel, así como la falta de personal al momento de la atención, que son atendidos por personal no calificado o por personal médico inexperto. Pero el problema no está allí, el usuario se queja además de un mal trato física y mentalmente. En otras palabras, hay una violación de su estatus como persona. Desde el primer punto de partida de la historia, la enfermedad es un mal que

nunca se ha pasado por alto. Se debe considerar de manera confiable que, en una base de bienestar, el paciente es el enfoque principal. (6)

El derecho del paciente a un trato digno desde la perspectiva bioética, requiere que el médico no solo se aboque a las dolencias de sus pacientes, sino que lo recupere integralmente. Ese bienestar integral implicaría los derechos que tiene las personas, a una confidencialidad, a su autogobierno, derecho a la intimidad y que sus creencias o convicciones, a que su forma de vida y cultura sea respetada.(7)

Desde el punto de vista sanitario, la relación profesional nos da a entender el modo necesario que debe existir para la atención adecuada del paciente, donde las características orgánicas, mentales, sociales y de conducta están conectadas. Cuando decimos que debemos “Mejorar” se pretende hacer que atención sea merecedora de lo bueno y coherente.(8)

La relación que tenemos los profesionales de salud con nuestros pacientes, además de nuestro deber de ayudarlos con su enfermedad, es tratar de llegar a una mutua comprensión, que promueve no solo a uno como al otro para un bien, sino además para respetar la dignidad y sentir empatía. (9)

Debemos comprender que el profesional de la salud como el paciente son personas con sus valores y virtudes. “El ser persona

pertenece al orden ontológico, por tanto, la persona es o no es. En función de lo anterior todos los hombres tienen la misma dignidad ya que la persona tiene un valor y una dignidad absolutos". (6)

En la actualidad, encontramos que las organizaciones o instituciones de salud o bienestar construyen una muestra mercantilista, obligando al personal médico y asistencial a aceptar convenciones exhaustivas sobre la viabilidad monetaria, dando más incentivo a la ventaja de ingreso de dinero, renunciando al sentimiento personal de la relación entre el paciente y el profesional de la salud, el paciente espera ser escuchado antes de ser relevado de su enfermedad.(9)

La carencia de un buen trato es la dificultad que muestran algunas personas para reconocer a los pacientes como personas, cuando comienzan a ser contrastadas como objetos y criaturas. Pueden verse como no importantes para sentir o interpretar algo más que no sea el caso médico a tratar, no teniendo la perspectiva de la persona que es, pues algunas veces pueden considerarse como sólo el resultado de una demostración científica, que no se mueve desde la sensibilidad personal (10,11).

La salud entra a una encrucijada de la mala atención, en el ámbito de la consideración de la calidad de ser persona, se viene perdiendo lugar, decayendo así la calidad de la práctica médica. El personal de salud en aras de la productividad financiera, han pasado por alto el buen

trato al momento de la atención en sus establecimientos, llevándolos a una práctica automatizada, donde nunca más observan al paciente, sin embargo, solo su enfermedad. presionados por el modelo imperante, en nombre de la eficacia económica, han olvidado sus fundamentos, llevándolos a una práctica mecanizada, donde ya no ven al paciente sino solo su enfermedad. (10)

Los tiempos cambian, así como las relaciones son dinámicas y esto hace la relación médico- paciente conlleve modificaciones de acuerdo a la cultura y el tiempo. Lo que nunca debe alterarse es la dignidad intrínseca que existe en el paciente, y muchas veces un saludo, una sonrisa, una mirada del médico hacia su persona puede generar una atención completamente diferente, aunque sea de 15 minutos. (12) Se le ha dado mayor importancia a solo la adquisición de conocimientos que tratar con el paciente, aspectos tan básicos pueden cambiar la forma en que el paciente comunica su malestar al médico.

Así, del mismo modo cuando se hace evidente la falta de consideración por parte de los usuarios debido a su edad, deficiencia orgánica, raza, altura, color de piel, religión, origen geográfico o apariencia física, a todo eso se le denomina falta de empatía. En otras palabras, es una tormenta de situaciones de mal trato que los usuarios experimentan en contra de su buena fe.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es la percepción de la relación médico-paciente en los pacientes que acuden a los establecimientos de salud de la Microred Cono Sur de Tacna del 2019?

1.3 Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general:

Conocer la percepción del Usuario respecto a la relación médico paciente de los médicos que atienden en los establecimientos de la Micro Red Cono Sur de Tacna en el año 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- 1) Caracterizar a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud de la Microred Cono sur de Tacna del 2019.

- 2) Describir la relación médico paciente desde la perspectiva del usuario que son atendidos en los establecimientos de salud de la Microred Cono sur de Tacna del 2019. Según el cuestionario PDRQ 9, validado para el idioma español.

- 3) Relacionar las características demográficas de los pacientes con la relación médico-paciente a los usuarios que son atendidos en los establecimientos de salud de la Microred Cono sur de Tacna del 2019.

1.4 Justificación:

La capacitación del personal médico presta demasiada atención al estudio y la acumulación de conocimientos médicos, ignorando el cultivo de la calidad de la relación médico paciente. Un trabajador médico “calificado” debe tener un sólido conocimiento profesional y tecnología médica, y el poseer conocimiento de valores y filosofía.

Uno de los aspectos más importantes en los servicio de Salud, es la relación médico-paciente, a la vez un determinante para lograr una atención de calidad, debido a las circunstancias de tiempo dedicado a la atención y por ende la relación médico-paciente han ido cambiando y

hasta evolucionando donde ya no es solo el paciente que viene solo para curar su enfermedad (13), sino a ser escuchado y entendido, pero por diversas situaciones no solo la falta de tiempo, falta de recursos económicos, situaciones personales o de la institución, esta relación médico-paciente se ve cada vez más deteriorada, por diversos aspectos, como es la relación médico paciente, la empatía, el trato y la disposición a ayudarlo a recuperar la salud. Pues el médico no solo debe avocarse sobre la medicina que va investigar, sino brindarle atención, consejo sobre cómo mejorar su calidad de vida.

El científico médico griego antiguo, Hipócrates, dijo “la cirugía médica es la más hermosa y noble de todas las técnicas”. Los médicos deben tener las mejores cualidades expuestas y respaldadas por los filósofos. La Organización Mundial de la Salud propuso en la década de 1990 que los médicos modernos deberían ser “cinco estrellas”: Médicos proveedores de servicios de salud, tomadores de decisiones médicas, educadores de salud, comunicadores psicológicos, líderes comunitarios y gerentes de organizaciones.

Ante esto, se debe evaluar la relación médico paciente según la percepción del usuario, así como la satisfacción del paciente cuando ha sido atendido, ambos son factores muy importantes en el tratamiento del paciente, así como en su mejoría.

1.5 Definición de términos:

Relación positiva en la asistencia sanitaria: Es la calidad psicológica específica necesaria para la práctica mediante la internalización del conocimiento médico. Un trabajador médico calificado debe tener una base de conocimientos completa, una excelente calidad de pensamiento, métodos de trabajo eficaces, relaciones mutuas armoniosas y un estado físico y mental saludable. Es decir, el conocimiento y las habilidades profesionales, el cultivo de valores morales y las ideas filosóficas son indispensables (14).

Deshumanización: El proceso por el cual una persona o grupo de personas llega a ser considerado o tratado como carente de cualidades humanas. la ciencia y la tecnología médicas están avanzando a grandes pasos, pero al mismo tiempo, la medicina ha comenzado a separarse de la calidad humana (15).

Relación médico-paciente: definimos Relación Médico-Paciente (RPM) como la interacción que se produce entre un agente de salud y una o varias personas con una necesidad de asistencia [enfermedad o situación que requiere orientación] con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad (16).

Percepción: Conocimiento de algo por medio de los sentidos o la inteligencia. Proceso de recogida y tratamiento de la información sensorial.(17)

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación:

Fernández et al (18) estudiaron la satisfacción del paciente en relación con el médico de familia, este estudio realizado en España con una población de 451 pacientes procedentes tanto del área urbana como rural se midió usando el PDQR-9, los resultados mostraron que los usuarios percibían que sí estaban satisfechos con su relación con su médico familiar en el primer nivel de atención; y que la edad y el ámbito de estudio se asociaron significativamente con la satisfacción percibida en la relación. médico paciente.

Casanova Saldarriaga JF.(19) realizó su trabajo de investigación: ***“Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente en el Hospital Nacional Edgardo Rebaglioni Martins”*** Perú 2015 de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico con el total del personal médico del área de Cabeza y Cuello, inclusive el área de otorrinolaringología y oftalmología . La muestra con que se trabajó fue de 29 médicos que lograron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. Para el recojo de la información se usó de instrumento una encuesta acerca de tres temas: influencia de la tecnología en las relaciones sociales; influencia de la formalización de la medicina; respeto y confianza del paciente. En este estudio se recogió la información agregando además algunas preguntas para conocer sus características sociodemográficas, culturales y formativas. Las conclusiones a la cual llegó el trabajo de investigación fue: que el primer tema no está relacionado con el trato mostrado por el personal médico, que el estudio de pacientes por órganos específicos a veces no deja ver el panorama completo del paciente, si bien es cierto que hoy los prestadores de servicios de salud se rigen por la medicina basada en evidencia no se debe dejar de lado pero solo como complemento las experiencias del médico, una gran importancia tienen los trámites burocráticos en el deterioro de la relación médico-paciente, los plazos de espera prolongados para una nueva consulta para un promoción de cirugía desaniman a los pacientes. Asimismo, también llegaron a la

conclusión que los mismos medios no están acorde a su lugar de trabajo y también se quejaron por falta de insumos y de infraestructura adecuada según la demanda. Por otro lado, la percepción de la relación médico-paciente se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico.

Por otra parte Donoso Sabando CA.(20) en su trabajo “***La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein***” Colombia 2014, En el caso de los servicios de salud el profesional tiene el compromiso integral con los pacientes para lograr los fines propios que ejercen. El artículo nos da un punto de vista sobre la empatía en la relación médico-paciente, el punto de vista de la filósofa Edith Stein sobre los conceptos de empatía, que la define como actos que se aprende de la vivencia ajena. El artículo nos da una revisión de cómo se pensó desde la antigüedad respecto a la enfermedad de una persona, que no solo afecta al cuerpo mismo, sino al alma, la voluntad y el sentido moral. Hace referencia que la sociedad se ha vuelto en una sociedad altamente eficiente, que por lo cual esta exige resultados y productividad. Nos da a entender como se ha dejado de lado el lado subjetivo de la enfermedad, que la medicina no son verdades absolutas, que la sociedad actual clasifica al sujeto desestructurándolo como un objeto medible y cuantificable. También define la diferencia de dos términos

que comúnmente se hablan como sinónimos, que son la simpatía y la empatía, la simpatía al tratar de comprender a otra persona, experimenta sus emociones, no es el objetivo de la empatía experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos de la manera más justa posible. Por consiguiente, la empatía además de elementos afectivos, tiene elementos cognitivos y conductuales, puede ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito. La conclusión que se llega en el artículo es que la importancia terapéutica de la empatía entre médico y paciente debe ser comprendida como un punto de vital importancia no solo como acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento sino como contribución a la recuperación o curación del paciente y a tener en cuenta en la formación en el pregrado, o futuros profesionales.

Por otra parte, **Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R. et al.** (21) España 2014, en su trabajo de para comprender el comportamiento del médico de familia durante la atención, describe la “teoría en la acción” según la teoría de Argirys y Schon, tratándolo de aplicar al campo de la medicina en la relación médico-paciente. Esta investigación observó 12 centros de salud, los centros eran de características demográficas diferentes, el nivel socioeconómico de la población, el tamaño y la localización, todos los médicos tenían una experiencia mínima de 10 años y diferentes estilos de práctica. La recolección de datos se realizó mediante audio

grabaciones de tres sesiones de cada médico en días diferentes. Estas grabaciones fueron transcritas. Cada sesión duro entre 120 a 150 minutos e incluyen de 9 a 16 pacientes de diferentes características (edad, sexo, frecuencia de visitas, problemas agudos, crónicos, físicos y psicoemocionales). Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y siete declinaron en participar. Los resultados son 84 proposiciones de los entrevistados que se dividen en nueve categorías: Medicalización y dependencia, confianza del paciente, comunicación clínica. Negociación, exploración de dimensión subjetiva y personal, dirección de la entrevista y toma de decisiones, distancia en la relación, atención clínica de calidad, información y educación. Los investigadores concluyen que es factible formular el comportamiento del médico en términos de “la teoría en acción” de Argyris y Schon, los resultados apuntan que efectivamente esto puede hacerse, la construcción de la teoría sol tiene valor si estos proporcionan resultados válidos y estos reflejan en la consulta. Para ese trabajo se tomaron en cuenta proposiciones del médico a fin de evitar la dependencia a la medicalización y resultó que un descontento era la actitud consumista de los pacientes y sus expectativas eran irreales.

En Lima con el fin de graduarse en Médico Cirujanos; **Agurto, Altamirano y Sánchez** (22) realizan un trabajo de tesis para determinar la existencia de modelos de relación entre el médico y el paciente pero

desde tres perspectivas, por lo buscan retratar la impresión de los tipos de relaciones de entendimiento especializado desde la perspectiva del paciente, el residente y alumnos de medicina de un hospital de Lima, Perú. Por lo que, mediante un estudio transversal descriptivo, se entrevistó a pacientes y personal de la sala de hospitalización. El cuestionario se tomó del estudio "Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile" se trata de una escala de estimación de 28 ítems, con escala tipo Likert. Fueron encuestados 100 pacientes, 100 residentes y 100 universitario de la carrera de medicina solo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Encontraron distinción en la impresión de los grupos estudiados en dos de las dimensiones y tres modelos. La medición del origen antropológico y el modelo de Alianza, prevalecieron en las tres agrupaciones estudiadas, según el puntaje encontrado. El trabajo termina en que hay contrastes en la visión de los miembros de la relación del médico y paciente, con la excepción del modelo de Alianza, ya que sería idóneo para lograrlo, lo que depende en todo caso del voto de confianza que el paciente proporciona al profesional de la salud.

En el Ecuador **Velasco y Vicuña** (23) estudiaron la percepción de la calidad acerca del a relación médico paciente de diversas especializaciones clínicas de un hospital de Quito y en la zona de medicina, uno de los ángulos centrales que se ha mantenido después

de algún tiempo, es la relación terapéutica del paciente, que es la conexión entre dos personas con deseos sostenidos en lograr el bienestar; por un lado brindar al paciente toda la asistencia vital para mejorar sus condiciones de vida y restablecer su estado de bienestar. Para que exista una relación ideal entre el paciente y el profesional de la medicina, estas son perspectivas significativas: empatizar, confiar, respetar, humanidad e interés, que le permiten al paciente conocer su dolencia, y de la mano con el médico decidir, en relación con su autonomía, eso hace que el paciente sienta que su médico de atención primaria piensa en él y vuelve incluso por diferentes consejos para continuar con su tratamiento. El objetivo de ese examen fue decidir la impresión de la calidad y el tipo de relación terapéutica del paciente en individuos de entre 18 y 64 años que acudieron a al área de emergencia clínica de Vozandes Quito. Se aplicó la encuesta sobre la Vista de la relación terapéutica del paciente. La investigación de la información se identificaron los factores cuantitativos; frecuencias y tasas de factores subjetivos, por ejemplo, cualidades sociodemográficas y fortalezas clínicas. Con respecto al examen bivariado e inferencial, se utilizaron contrastes en estimaciones implícitas y no paramétricas, como, Kruskal Wallis, U de Mann Whitney. Sus resultados mostraron a un grupo etario entre los 50 a 64 años, donde el 67.8% fueron varones, y de instrucción superior el 92%. Se halló que las médicos mujeres tuvieron una mejor relación con el paciente, (puntaje promedio de 27,33). No se halló

significatividad entre la calidad de la relación médico paciente y especialidades clínicas, sexo del paciente. Según las escalas usadas la percepción de la calidad sobre la relación médico paciente fue adecuada (99.6%) y el tipo Dominante (83.7%) fue lo más frecuente. La percepción de la calidad de la relación médico paciente fue adecuada en pacientes con alto grado de instrucción (puntaje promedio de 27,29 puntos) (valor de p 0,01)

2.2. Marco teórico:

2.2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

A que llamamos buen trato, un simple término que engloba un gran significado, entonces como podemos definirla como un conjunto de valores, conductas, asociadas a las relaciones interpersonales con la dignidad de toda persona, en el momento de la atención de personas enfermas o con alguna dolencia (24)

En el ámbito de la Salud, la relación médico paciente implica una confrontación de ideales y políticas; “No hay incertidumbre de que, cuando una persona se acerca por una atención sanitaria es porque

necesita ayuda para el bienestar, y por ende le gustaría obtener una consideración especial por su condición. Relación médico paciente, es lo que usamos normalmente para expresar el deseo de que un servicio, se ajuste a la condición de persona, y reaccione con respeto del individuo. No es el equivalente a cómo vivir y seguir acomodadamente (24)

Al hablar de las relaciones médico-paciente, es importante los valores que esta implica, el Sector Salud tienen el compromiso no solo de proveer los recursos sociales, sino también los mecanismos, el ambiente de trabajo, para que los trabajadores de salud se logren desempeñar en sus máximas capacidades. (24)

Cualquier persona que se sienta dolido por la enfermedad de sus compañeros es una persona que expresa sus sentimientos. El médico tiene el deber de ser un individuo empático. En el momento en que el paciente acude al profesional, está cargado de sentimientos, tensiones, temores y expectativas. Comúnmente para el médico, es tan imperativo estrechar la mano del paciente, como mirarla, ya que no solo la información tiene consecuencias positivas para la fortaleza del paciente, sino el buen trato, un trato humano, la amistad, la confianza, la preocupación, también. Numerosos pacientes no están lo suficientemente de acuerdo con su tratamiento o directamente no reconocen la medicina o el consejo del especialista cuando no están contentos con el tratamiento recibido.

Las principales quejas de los pacientes con respecto a los médicos se basan en que no dedican el tiempo suficiente, ya que son muy fríos, dado que no responden a cada una de sus preguntas, ya que no comprenden el argumento dado por el profesional. Lo que, es más, es que puedes ser un experto y extraordinario profesional y humanamente quedarte corto. El trabajo del médico posiblemente gana en estima cuando se ajusta a objetivos que van más allá de su propio esfuerzo. (25)

El médico que no tiene calidad de persona y vocación de servicio, en general tratará al paciente con indiferencia, descartará el aspecto de ser una persona, con sentimientos y opiniones; tendrá un trato indiferente y una relación silenciosa y despersonalizada. El especialista o profesional debe poseer bondad como una cualidad esencial para buscar el beneficio del paciente en cada demostración terapéutica.

La información es de importancia crucial, sin embargo, también debe tener la perspicacia de aplicar los conocimientos junto con el afecto y, en consecuencia, la práctica del tratamiento se abordará con eficacia. El profesional que cada día trata a las personas que están entre el bienestar y la enfermedad, entre la vida y el fallecimiento, debe reconocer la disposición que tienen y tener la capacidad de percibir sus limitaciones y sufrimientos. Por otra parte, los expertos en otras ciencias han pensado en formas de mejorar instalaciones

médicas, disposición de hardware y materiales, cada quien, contribuyendo de manera importante en la labor del médico, pero sin embargo para el paciente eso no tiene ningún significado, si en el trato o relación médico paciente no percibe su mínima cordialidad y comprensión. Aunado a esto, las ocupaciones a personal sin talento, ha llevado a los especialistas a trabajar en confinamientos que hacen que sea poco viable un trato con calidad. La dotación de la calidad de persona es un recurso de palabras y trato. Si bien consideramos que el paciente es un ser como uno, cambia la disposición a considerarlo como él quisiera que lo trataran. Por fin, el paciente siempre recuerda a todos los médicos según su calidad, la delicadeza recibida. Los médicos brindan consuelo y apoyo a los pacientes en instantes de agonía, y eso crea un antecedente imborrable en la mente de los pacientes y sus familias (25).

Características de la relación médico-paciente:

Para que los profesionales de la salud puedan dar un buen trato a los pacientes: se necesita conocer el entorno del paciente y sus necesidades. Cómo se le puede ayudar, cuáles son sus limitaciones, sus preocupaciones. Por ende, es preciso saber cómo responder a sus necesidades, y más aún cuáles son las limitaciones del prestador de servicios de salud.

- **El trato en la atención médica:**

Una buena atención viene de la actitud que nace de lo más profundo de una persona que interactúa con otra. El profesional de la salud como son los médicos, deben ir más allá de solo el enfoque biológico, y ver a la persona en un todo, sus miedos; alegrías y las frustraciones de las personas enfermas (20).

El trato del paciente debe ir acompañada de confianza mutua y de respeto, se trata de aportar con un trato cordial y de calor, transmitir afecto, respetar ante todo la dignidad, y darle valor a la libertad, individualidad y autonomía del paciente. Son estos los componentes principales de las necesidades de una paciente. De hecho, la relación médico-paciente es un amalgama de estos sentimientos y deberes, que si se cumplen pueden hasta ayudar en mejorar la condición del paciente(19).

Hoy en día el vínculo que caracteriza la relación médico paciente, ha evolucionado y no siempre es para bien, por los cambios que ha tenido, se ha vuelto a ejercer la medicina como un acto tecnificado y repetitivo, de lo que debería ser, un acto de personalización del paciente que sufre y espera(26)

- **Confianza en el médico**

Se sabe hoy en día que la empatía y la confianza entre el médico y sus pacientes pueden hasta aumentar la tolerancia del paciente al dolor, los expertos sostienen que una buena relación médico-paciente hace que cambie la respuesta del cerebro del enfermo ante el estrés y el dolor. Esto desde el punto de vista neurobiológico, es de gran importancia que se tiene al tratar la relación médico-paciente en confianza mutua, siempre respetándose uno al otro, dándole la libertad a cada uno.(27)

La importancia que tiene la confianza es que hace posible la cooperación entre médico y el paciente, se ve que los pacientes que confían en el médico se adhieren más a las recomendaciones que el médico les da (28).

Hay casos en que la desconfianza está más allá de las manos del médico, los pacientes a veces vienen con una idea preconcebida, sobre el prestigio de los médicos, o la confianza a la misma institución que ha caído en las últimas décadas, que afectan la relación del paciente con el médico. Hasta los medios de comunicación influyen mucho, marcan al médico como un ser ante todo destructivo, contaminante y violento, merecedor de poca confianza (26).

Actualmente para los profesionales asistenciales en salud, es la desconfianza a priori del paciente, ya sea por algún error en la concepción moderna de los médicos, del sistema de salud, quizá del la persona en su totalidad (26).

- **Interés del Médico sobre el paciente:**

Para enriquecer la relación médico-paciente el interés cumple un rol importante, cuando el médico se interesa por su paciente, entra en juego los cinco sentidos para tratar de resolver los problemas y preocupaciones del paciente, uno de los problemas es “saber escuchar”. El médico es el medicamento más utilizado en la práctica y esto inicia cuando el médico ha aprendido a escuchar al enfermo (29).

Hoy en día debido al avance de la medicina se conoce más acerca de la biología del cuerpo humano, pero se conoce menos acerca del sufrimiento y la subjetividad del enfermo. Los médicos debieran procurar en primer lugar al enfermo y luego la enfermedad, para evitar una mala relación y la despersonalización que amenazan cada vez más a las instituciones públicas de salud, pero para tratar este problema se debe iniciar estos conceptos desde la misma formación del médico o personal de salud (21).

Así la mayoría de problemas empiezan por el desinterés del médico por los problemas coadyuvantes del paciente, por no ver la raíz del problema, y no tratar de modificar de forma integral al paciente para ayudar a mejorar su calidad de vida.

- **Entendimiento mutuo de médico y paciente:**

Para hablar de la relación de entendimiento mutua, se debe hablar de los problemas que surgen entre los médicos y pacientes, en el paciente actual son de diferentes causas: "...sociales, políticas, morales, psicológicas, y técnicas. La relación médico paciente puede mejorar por diversas técnicas, entre ellas, destacamos dos, la adecuada formación del médico en los aspectos generales y específicos de esta relación ya que este está fundado en una auténtica comunicación, en una auténtica comunicación interpersonal" (21).

El éxito para cualquier entrevista clínica depende de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y, por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas para la mayoría de las universidades. Cuando se logra un vínculo de entendimiento mutuo, se incrementa la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento y construir un

apoyo al paciente. Una comunicación efectiva promueve a mejorar la atención de los médicos al paciente (30).

- **Capacidad de expresión del Médico:**

el lenguaje oral y gestual son importantes en el contacto primario, entre el paciente y el especialista; con el objetivo que el paciente, se sienta relajado y predispuesto a la colaboración, totalmente diferente cuando se lo trata como un número que debe tratarse. La manera correcta de hablar y una sonrisa decente deben expresar calidez, confianza tranquilidad y certeza con el objetivo de que el paciente comprenda y se una al equipo. El paciente siempre regresará a los lugares donde le hayan tratado con amabilidad y deferencia.

La posibilidad de la expresión emocional, con palabra gestos o silencios que demuestran interés, preocupación y atención por el otro, son herramientas que el personal de salud como son los médicos deben practicar en la consulta diaria, para dar un trato acorde a la situación o condición de salud del paciente (31).

- **Capacidad del médico de ser accesible para el paciente:**

Los hechos demuestran que el médico no puede carecer de conocimientos y las habilidades técnicas necesarias y seguir siendo un buen médico esto implica que un médico deberá tener aptitudes

especializadas fundamentales de su profesión. No está claro si un especialista étnicamente eficaz puede quedarse corto en las aptitudes relacionales esenciales para relacionarse bien con el paciente. El punto de vista de los pacientes sobre las prácticas del médico ideal son las: (32)

- Confianza: es sólida y mueve certeza.
- Empático: el especialista se esfuerza por comprender lo que siento físicamente y sinceramente así también como en lo emocional
- Comunicativo: el médico es comprensivo, simpático y amable.
- Directo y respetuoso: el médico habla con la verdad
- Metódico: es diligente determinado y comprometido con el problema. (33)

2.2.2 CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

Características internas

a) Tiempo de duración de la consulta:

Podríamos afirmar que cuando todo está dicho en términos generales, según la bibliografía mundial se basa

la asignación de pacientes en un rango de 10 a 15 minutos, como ocurre en nuestra condición. En cualquier caso, esto plantea dos problemas centrales, ¿es esto suficiente? ¿Asegura una naturaleza decente de consideración terapéutica? Regularmente, el contacto principal con el especialista incluye mostrar al paciente, establecer compasión, hacer una historia clínica decente donde se registra la edad, infecciones sin fin, ascendencia familiar, coherencia con el plan de inoculación y numerosas cosas diferentes, sin duda la mitad de la consulta externa. A nivel general una consulta menor de 10 minutos es inaceptable, porque supone riesgos para el paciente, por ejemplo: no se detecten condiciones patológicas del paciente, como para el médico: por ejemplo, aumento de incidencia de síndrome de "burnout". Asimismo, el tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales. Como regla general, una reunión de menos de 10 minutos es inadecuada, dado que presenta peligros para el paciente, por ejemplo: no se distinguen estados neuróticos del paciente con respecto al especialista: por ejemplo, una expansión en la frecuencia del desorden de "desgaste". Del mismo

modo, el tiempo de los abogados es uno de los puntos de vista que marcan el nivel de cumplimiento de los dos pacientes y expertos. Una disminución en el tiempo disminuye el cumplimiento de los clientes, reduce el alcance de la acción restaurativa contra la acción, condiciona una solución remediadora terrible y expande el peligro de la mala conducta. Razones de tipo terapéutico y, en un sentido general, bioética, proponen la asignación de un tiempo de discusión que supere los 15 minutos, un tiempo moralmente adecuado de 20 minutos que complementarían la demostración de una buena relación (34).

b) Tiempo de espera para la consulta:

La percepción del tiempo de espera es uno de los factores determinantes de la satisfacción global de los pacientes, tanto en la atención de enfermería como en la visita médica. Se debe comprender que el tiempo de espera que un paciente percibe no concuerda con el tiempo real medido, se denota que un tiempo percibido como corto o aceptable se relaciona positivamente con la satisfacción. Los pacientes que refieren haber esperado menos tiempo estuvieron más satisfechos que los que esperaron más (35).

c) *Explicación de las indicaciones:*

En la actualidad el deber facultativo de entregar información a su paciente, con miras a que este lo autorice a efectuar intromisiones en su integridad física, ha dejado de ser un mero formalismo, puesto que, a través de la información suministrada por el médico, dicho paciente puede escoger con amplia libertad algunas de las opciones que la ciencia médica le ofrece, incluso optar no someterse a tratamiento alguno. Si bien es cierto que los pacientes tienen derecho a saber, la mayor cantidad de información relevante sobre su condición de paciente, actualmente persiste vacilaciones respecto al alcance y entidad de información que debe ser proporcionada al paciente. En otras palabras la exigencia de la información deberá apuntar no solo al diagnóstico, a sus posibles complicaciones, e incluso a las alternativas del tratamiento, el carácter adecuado o no de los medios con que se cuenta para realizar la respectiva intervención médica (36).

Desde la perspectiva jurídica se ha plantado en tono al alcance que debe tener la información proporcionada al paciente, alude a la dificultad de que este, desde su ignorancia técnico-científica, pueda comprender las

explicaciones del médico. No se trata de conseguir que el paciente deba realizar un verdadero curso de medicina, sino más bien se trata de conseguir de forma racional, que entienda lo que se puede o no hacer. En este sentido, debe advertirse que solo cargar al paciente con información equivale a abandonarlo. El médico debe explicar las ventajas e inconvenientes de una y otra posibilidad diagnóstica y terapéutica, pero manifestando su opinión sobre las razones por las cuales se inclinaría hacia una y otra opción, lo contrario supone abandonar al paciente en su desconocimiento (26).

d) *Respeto de creencias y cultura de la persona:*

El respeto a la gran diversidad cultural, un valor inherente al respeto de la dignidad de la persona y a libre desarrollo de la personalidad. Este valor es fundamental no solo porque hay que entender que las perspectivas sobre las causas de los trastornos, los conceptos de salud y enfermedad, la noción sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento o la forma de expresar los síntomas varían según el contexto cultural y no son universales, sino porque este aspecto favorece una adherencia mejor al tratamiento y por tanto, un resultado de salud mejor, tanto objetivo como subjetivamente (37).

Características Externas para la relación médico-paciente

Existe variadas causas que han provocado la mala relación en el personal médico con respecto al paciente, así podemos referirnos a los siguientes:

a) *La tecnología.*

La innovación es un instrumento, una implicación que puede ser aculturada, dependiendo de cómo se utiliza. De esta manera, quien no brinde una buena atención o no tenga un buen trato es simplemente la persona, no el procedimiento.

Por lo tanto, suele perderse valores importantes como la confianza, la simpatía, el contacto, el tratamiento individualizado. En el momento en que un individuo se encuentra en una circunstancia de enfermedad, la respuesta apropiada no puede disminuirse con el uso insignificante de la innovación, de todas formas, podría ser adecuada.

b) *El estudio de la especialización*

El hecho de estudiar una especialización suele por lo general atribuirse a una falta de integración y de observar al individuo como un todo y no solo como una parte, en tanto se acusa a la especialización como un factor asociado que no supondría un problema desde el principio, siempre que no implique una visión fraccionada y dividida del paciente. En el caso, se considere una gran cantidad de patologías desconectadas entre sí, se convierta en una “progresión de las piezas”, en una conexión bastante amplia de efectos secundarios y signos clínicos, donde cada profesional está orquestando su parte, sin una visión integral. Para esta situación, nos vemos con un factor de malas relaciones. Expresiones o articulaciones, por ejemplo, “este no es mi tema”, “ese no es mi deber”, “no me pagan por esto”, también se conocen en el campo del bienestar y reflejan una metodología prevaleciente que alude únicamente a los ángulos lógicos - especialistas, pasando por alto el sentimiento personal de la medicación y los servicios medicinales.

Por otra parte, no siempre es posible garantizar el seguimiento de un paciente por un profesional, regularmente, el individuo enfermo no se identifica con un

experto específico, sino con un grupo bastante amplio de individuos. Esto ocasionalmente mantiene la relación, que puede y debe terminar una correspondencia relacional cercana y líquida, mientras que debilita la dedicación con su consideración y el deber con los resultados.

c) *La complejidad del sistema.*

A partir de ello se determina la masificación, la despersonalización, la administración superior, los retrasos y diferentes impactos.

Una y otra vez, el marco es complejo hasta el punto de que su metodología puede considerarse en sí mismos más esenciales que la elección en sí o el último resultado. Como Marchesi llama la atención a: “el individuo se convierte en una cuestión de experimentación y la instalación de curación en una línea de producción, en la que los pacientes son tratados en cadena”.

d) *Problemas Profesionales*

Cuando se ha sobrevivido a la metodología paternalista acostumbrada, surge otra prueba: los profesionales se

enfrentan a los pacientes indefensos, y solicitan personas con estándares elevados para que puedan tratarlos. Sea como sea, igualmente, de nuevo, existe un peligro increíble de agotamiento laboral (desgaste) en el personal de salud y, en general, en un producto natural en un grado más prominente del estado anormal de auto-solicitud sobre el trabajo actual. Esta circunstancia, junto con el temor de un dominio socavador, expuesto a protestas y casos, como el posible enjuiciamiento por negligencia, choques de habilidad, etc., puede provocar el acto de medicación como una tarea meticulosa y de considerar. En este sentido, es importante buscar una paridad donde las aptitudes, la comprensión entusiasta y la compasión permitan cooperar con éxito.

e) *Negación de sufrir*

Hay una propensión segura a distinguir el tormento con angustia. En cualquier caso, a pesar del hecho de que el tormento y la resistencia a menudo aparecen en un individuo aniquilado, no son realmente algo similar. La agonía alude a un intenso sufrimiento físico y se manifiesta desde numerosos puntos de vista: el tormento puede ser

agudo, cortante, infiltrante, etc. Estar así alude a una condición de preocupación.

2.2.4 EL PDRQ9, CUESTIONARIO DE RELACIÓN MEDICO-PACIENTE (PATIENT DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE)

El PDRQ-9 se desarrolló a partir del Cuestionario de la Alianza de Ayuda de Luborsky. El análisis de componentes principales demuestra una estructura de dos factores, uno relacionado con el médico y otro relacionado con los síntomas médicos del paciente. Ambos muestran una alta confiabilidad. El PDRQ-9 proporciona a los investigadores una breve medida de los aspectos terapéuticos de la relación médico-paciente en el entorno de atención primaria. Es una herramienta valiosa para fines científicos y prácticos que involucra el monitoreo de la relación médico-paciente.(38)

La relación médico-paciente es un concepto importante en la atención médica. Una buena relación médico-paciente se asocia con una mejor adherencia al tratamiento, una mayor satisfacción del paciente y un mejor pronóstico(39)

Se deben considerar las perspectivas tanto del paciente como del médico para comprender la relación médico paciente. (40) Se han

realizado esfuerzos sustanciales para desarrollar instrumentos para evaluar esta relación desde el punto de vista del paciente.

El Cuestionario de relación paciente-médico (PRDQ-9) se desarrolló originalmente en los Países Bajos como una breve evaluación de la relación entre el médico de atención primaria (PCP) y el paciente desde la perspectiva del paciente. Adaptó un instrumento existente de la investigación psicoterapéutica sobre la alianza terapéutica, el Cuestionario de Alianza de Ayuda (HAQ).(41)

Las propiedades psicométricas del PDRQ se probaron inicialmente en una muestra bastante pequeña de 110 pacientes de práctica general y 55 pacientes en una clínica de epilepsia(41). En ese estudio de validación, un análisis factorial de componente principal con una rotación varimax de los 15 ítems dio como resultado 2 factores. El primer factor se centró en el estilo empático y la disponibilidad del médico y representó el 58% de la varianza total explicada. El segundo factor se centró en los síntomas médicos de los pacientes y representó el 9% de la varianza total explicada. La consistencia interna del primer factor fue alta y la del segundo factor fue moderada. Con el objetivo de evaluar claramente la relación médico-paciente con un enfoque en el estilo empático y la disponibilidad del médico, se eliminó el segundo factor. Esto resultó en la versión final, unidimensional de 9 ítems del PRDQ-9, con los 9 ítems cargando en 1 factor común(41). Se puede calcular un índice

de satisfacción medio de los 9 ítems. Los estudios de validación de una versión en español comprendieron 188 pacientes de 6 médicos de medicina interna de un hospital universitario(42) y 405 pacientes de 6 centros de atención primaria de salud.(43) Se realizó un estudio de validación de una versión turca con 405 pacientes de un centro ambulatorio de medicina familiar.(44)

Esta escala está compuesta por 9 declaraciones solicitadas al paciente. Cada ítem de la escala se puntúa de acuerdo a un método Likert de 5 puntos; el puntaje posible puede van desde el mínimo de 9 hasta un máximo de 45, con mayores puntuaciones que indican una percepción más favorable por parte del paciente de la relación médico-paciente. (45)

Las evaluaciones cuantitativas que utilizan escalas validadas son los procedimientos más comunes para medir los procesos de interacción médico-paciente en función de sus ventajas en términos de validez externa y comparabilidad de los resultados. La disponibilidad de las escalas en relación con la aplicación y el análisis de los resultados también favorece su uso en estudios clínicos o de población y en la evaluación de profesionales y servicios de salud.(46)

No encontramos instrumentos que evalúen la relación médico-paciente en Perú adaptados al escenario de la práctica médica

ambulatoria, especialmente con un nivel de instrucción, en considerada como baja en la mayoría de la población. Por lo tanto, necesitamos un recurso que pueda incluir a estas personas. El Cuestionario de relación paciente-médico (PDRQ-9) se ha traducido y validado en los Estados Unidos(47), Alemania(48), España(18), Turquía, Bangladesh, Chile y Brasil(46). Se considera adecuado para el escenario nuestro, porque es conciso y fácil de aplicar, y tiene una excelente confiabilidad y consistencia interna(10).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional, no se consideró hipótesis

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Años cumplidos	1. 18 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 a más	Nominal
Sexo	Fenotipo. Apreciación de características sexuales externas	1. Hombre 2. Mujer	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar de donde estuvo radicando habitualmente los últimos 6 meses	1. Tacna 2. Puno 3. Arequipa 4. Lima 5. Norte peruano 6. Oriente peruano 7. Extranjero	Nominal

Nivel de instrucción	Estudios alcanzados	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior técnica 1. Superior universitaria	Nominal
Percepción de la relación Médico-paciente según cuestionario PDRQ9	Relación médico-paciente	1. Muy mala 2. Mala 3. Buena 5. Muy buena 6. Excelente	Nominal
Características asociados a la relación médico-paciente	Confianza en el medico	1. Alto 2. Moderado 4. Bajo	Nominal
	Interés del médico sobre los problemas del paciente	1. Alto 2. Moderado 3. Bajo	Nominal
	Entendimiento mutuo de médico y paciente	1. Alto 2. Moderado 3. Bajo	Nominal
	Capacidad de expresión del médico para el entendimiento del paciente	1. Alto 2. Moderado 3. Bajo	Nominal
	Capacidad del médico de ser accesible para el paciente	1. Alto 2. Moderado 3. Bajo	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Estudio no experimental, observacional de corte transversal prospectivo y analítico

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Se realizó el trabajo de investigación en la Microred Cono Sur, que cuenta con el Centro de Salud San Francisco, el puesto de Salud Vista Alegre, Puesto de Salud Las Begonias, Puesto de Salud Viñani y Puesto de Salud 5 de noviembre.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- **Población**

La población fueron los pacientes de consultorio externo de medicina en el periodo del año 2019 de la Microred Cono Sur.

Centro de salud	Población asignada (<1 año a >65)	Población pediátrica
C.S. San Francisco	79059	29404
C.S. Viñani		
P.S. Vista Alegre		
P.S. Las Begonias		
P.S. 5 de noviembre		
Población total a estudiar	N= 49655 ; n=378	

Fuente: Censo 2017 INEI (Perú) (49)

- **Muestra:**

El tamaño de la muestra se determinó usando la fórmula de cálculo de porcentajes para investigación descriptiva.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

N: población objeto	= 49655
z: nivel de significación	= 1.96
p: probabilidad de éxito	= 0.95
q: probabilidad de fracaso	= 0.05
e: error	= 0.066
n:	= 378

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes de ambos sexos
- b) Pacientes atendidos en consultorios externos de medicina
- c) Pacientes que sean mayores de 18 años
- d) Pacientes que deseen participar voluntariamente

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes pediátricos
- b) Pacientes en condiciones de emergencia/urgencia

- c) Pacientes que no estén en sus facultades mentales
- d) Pacientes que no deseen ser parte del estudio

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexos)

- a) Técnica. La encuesta
- b) Instrumento:

Se utilizó un cuestionario estructurado para levantar la información sociodemográfica de los usuarios atendidos del servicio de medicina de los diferentes establecimientos de la Microred Cono Sur de Tacna. Para la medición de la percepción de la relación médico- paciente se utilizó el cuestionario validado internacionalmente PDRQ9 (PATIENT DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE) traducido al español por Mingote et al.

Se validó el cuestionario PDRQ9 para uso local con un alfa de Cronbach de 0.913.

El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, desde 1: nada totalmente en desacuerdo, a 5: totalmente de acuerdo. Consta de un total de 9 preguntas.

CAPÍTULO V

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

1.1. Procedimiento

En primer lugar, se aplicó el cuestionario, tarea que estará a cargo de 03 encuestadoras o personal de campo, debidamente supervisadas por el investigador, quienes previamente fueron capacitadas para el correcto llenado del cuestionario se buscó a personal con experiencia en la tarea de encuestador con experiencia en la recolección de información de carácter investigativo. Las personas fueron capacitadas durante tres días. Y en segundo lugar se desarrollará un mini programa de orientación para las encuestadoras y contemplando los siguientes aspectos:

- Aclaración de la finalidad del estudio a través de sus objetivos
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Práctica de campo en Instituto Piloto.

- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales.

1.2. Consideraciones éticas

El presente estudio tomo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identifico los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explico las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

1.3. Consideraciones estadísticas

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

El total de 9 ítems evaluados fueron sumados (P1+P2+...P9) para obtener un puntaje total de la variable relación médico-paciente. Para crear los puntos de corte se hizo el cálculo por el método percentilar.

Estadísticos

Relación medico paciente

N	Válido	378
	Perdidos	0
Mínimo		15,00
Máximo		45,00
Percentiles (4 puntos de corte para 5 grupos)	20	30,8000
	40	34,0000
	60	35,0000
	80	36,0000

Escala de medición para la relación médico-paciente quedó de la siguiente manera según la interpretación de la presente investigación:

Muy mala	(9 - 30,8)	Del percentil 0-20
Mala	(30,8 - 34)	Del percentil 20-40
Buena	(34,1 - 35)	Del percentil 40-60
Muy buena	(35,1 - 36)	Del percentil 60-80

Excelente (36,1 - 45) Del percentil 80-100

Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos. Se utilizó el programa SPSS versión 21 para las pruebas estadísticas seleccionadas. Las variables cualitativas fueron contrastadas mediante el cálculo de Chi cuadrada con un valor significativo de p menor a 0.05, también se aplicó la prueba anova para poder identificar varios factores.

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS USUARIOS EN LA MICRORRED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019

		n	%
Edad	18 a 20 años	32	8.5%
	20 a 29 años	94	24.9%
	30 a 39 años	80	21.2%
	40 a 49 años	69	18.3%
	50 a 59, años	59	15.6%
	60 a mas	44	11.6%
	Total	378	100.0%
Sexo	masculino	168	44.4%
	Femenino	210	55.6%
	Total	378	100.0%
Procedencia	Tacna	297	78.6%
	Puno	45	11.9%
	Arequipa	19	5.0%
	Lima	12	3.2%
	Norte peruano	4	1.1%
	Extranjero	1	0.3%
	Total	378	100.0%
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	5	1.3%
	Primaria	70	18.5%
	Secundaria	158	41.8%
	Superior técnica	82	21.7%
	superior universitaria	63	16.7%
	Total	378	100.0%

En la tabla 1 podemos observar que el 24.9% de las unidades de la muestra tenían entre 20 y 29 años seguido de un 21.2% entre 30 a 39 años y un 18.3% entre 40 y 49 años.

La distribución por sexo fue muy similar en el grupo siendo de un 55.6% de sexo femenino y un 44.4% del sexo masculino.

Respecto a la procedencia, el 78.6% procedía de Tacna seguido de un 11.9% de la región Puno y un 5% de Arequipa.

Según el nivel de instrucción, el 41.8% tenía un nivel o grado de educación secundaria seguido de un 21.7% con superior técnica y un 18.5% con instrucción primaria. Sólo el 16.7% tenía superior Universitaria y se logró observar sólo un 1.3% en la condición de “sin instrucción”.

Tabla 2

RESULTADOS DEL TEST DE MEDICIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019

		n	%
Relación médico paciente	Muy mala	87	23.0%
	Mala	131	34.7%
	Buena	46	12.2%
	Muy buena	64	16.9%
	Excelente	50	13.2%
	Total	378	100.0%

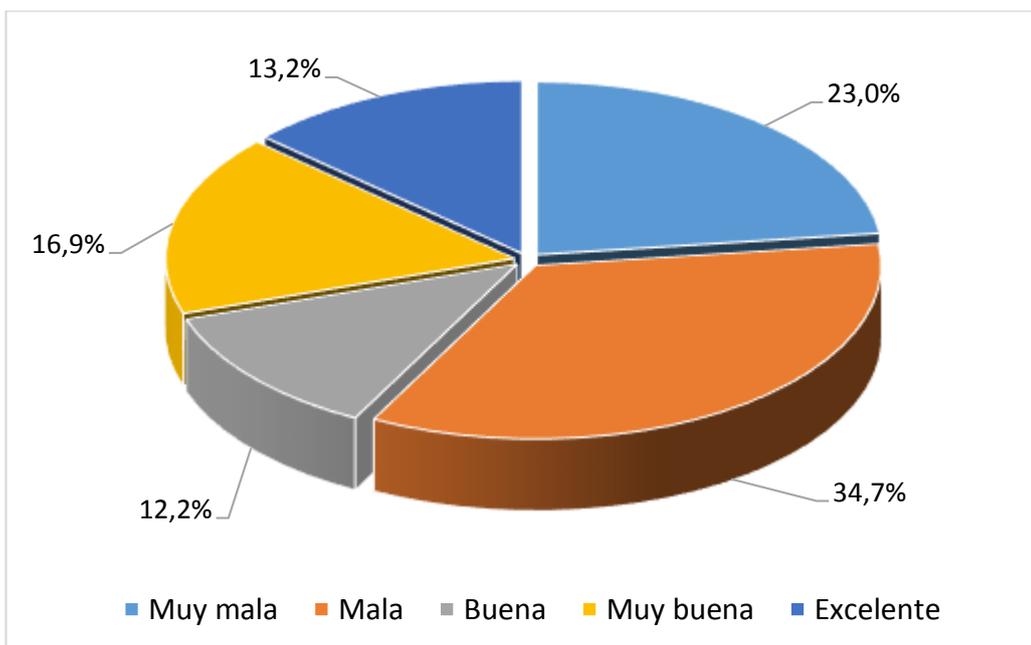


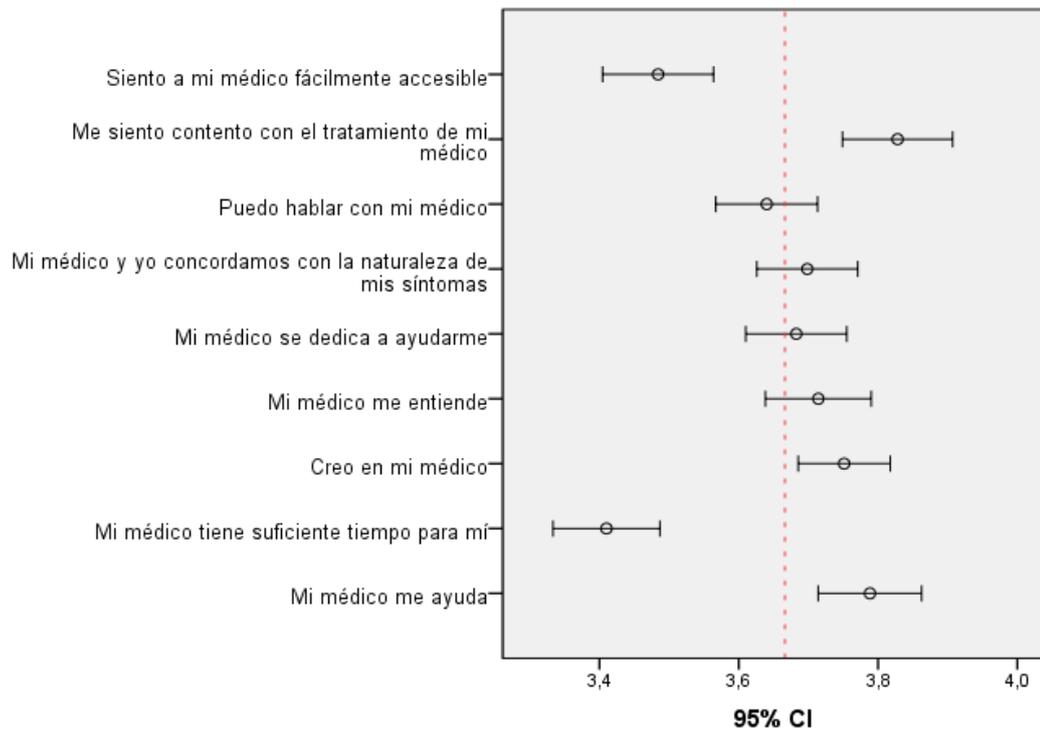
Gráfico 1. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019

En la tabla 2 y gráfica 1 se puede apreciar el resultado final de la medición de la relación médico paciente mediante el test considerado en la presente investigación.

Según los resultados se encuentra que un 13.2% de la muestra encuestada se encuentra en el percentil 80-100, el 16,9% se encuentra en el percentil 60-80, el 12,2% se encuentra en el percentil 40-60, el 34.7% se encuentra en el percentil 20-40 y el 23% se encuentra en el percentil 0-20.

Con fines prácticos para la presente investigación se consideró la designación de excelente, muy buena, buena, mala, muy mala relación médico paciente según los percentiles de mayor a menor correspondientemente.

Gráfico 2. INDICADORES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED COMO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019



En el gráfico 2 se observa que los indicadores más negativos o que no aportan a la buena relación médico paciente son en primer lugar el tiempo dedicado para la atención, seguido de la percepción de que el médico no es fácilmente accesible y en tercer lugar el no poder hablar con el médico. Mientras que los indicadores que se percibieron positivos o en favor de la buena relación médico paciente fueron en primer lugar el sentirse contentos con el tratamiento médico, seguido del hecho de percibir que el médico sí les ayuda, y en tercer lugar sí creen en su médico.

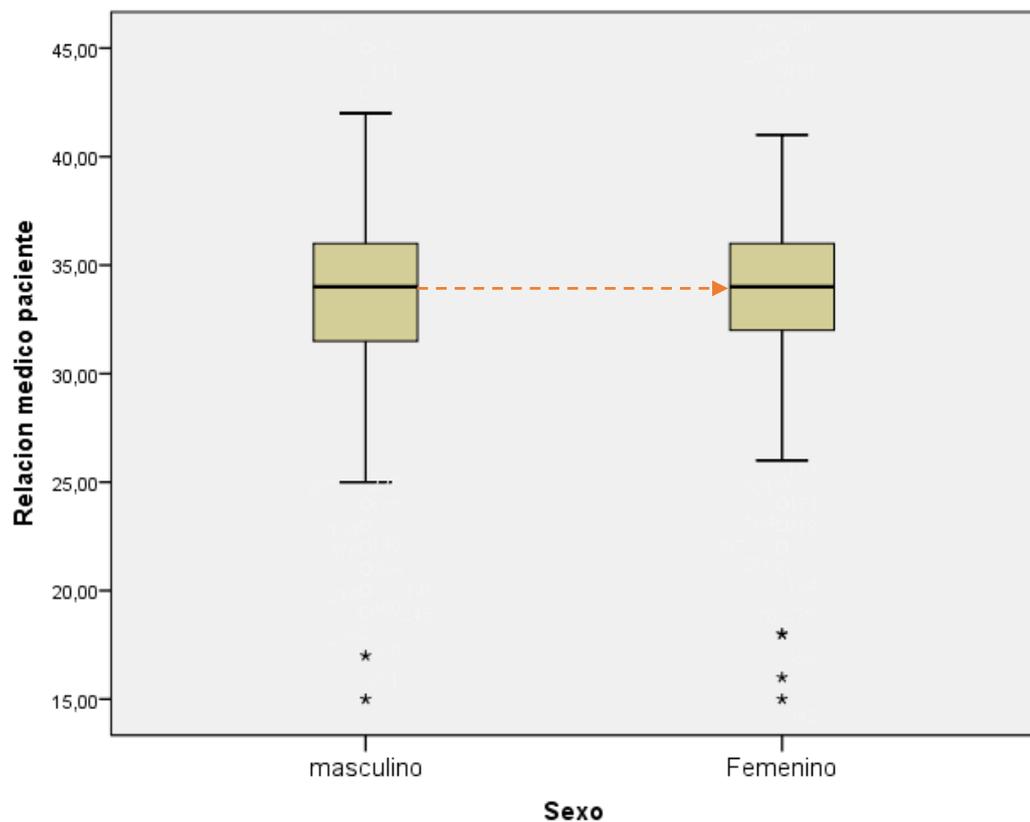
Tabla 3. RELACIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EL RESULTADO DEL TEST DE MEDICIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED COMO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019

		Relación médico paciente												p
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena		Excelente		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	<20 años	11	12.6%	7	5.3%	3	6.5%	8	12.5%	3	6.0%	32	8.5%	0.068
	20 a 29 años	18	20.7%	31	23.7%	8	17.4%	20	31.3%	17	34.0%	94	24.9%	
	30 a 39 años	19	21.8%	28	21.4%	7	15.2%	12	18.8%	14	28.0%	80	21.2%	
	40 a 49 años	18	20.7%	18	13.7%	12	26.1%	12	18.8%	9	18.0%	69	18.3%	
	50 a 59, años	15	17.2%	28	21.4%	10	21.7%	5	7.8%	1	2.0%	59	15.6%	
	60 a mas	6	6.9%	19	14.5%	6	13.0%	7	10.9%	6	12.0%	44	11.6%	
	Total	87	100.0%	131	100.0%	46	100.0%	64	100.0%	50	100.0%	378	100.0%	
Sexo	masculino	42	48.3%	55	42.0%	17	37.0%	32	50.0%	22	44.0%	168	44.4%	0.612
	Femenino	45	51.7%	76	58.0%	29	63.0%	32	50.0%	28	56.0%	210	55.6%	
	Total	87	100.0%	131	100.0%	46	100.0%	64	100.0%	50	100.0%	378	100.0%	
Procedencia	Tacna	65	74,7%	107	81,7%	37	80,4%	54	84,4%	34	68,0%	297	78,6%	0.415
	Puno	13	14,9%	15	11,5%	5	10,9%	5	7,8%	7	14,0%	45	11,9%	
	Otros	9	10,3%	9	6,9%	4	8,7%	5	7,8%	9	18,0%	36	9,5%	
	Total	87	100.0%	131	100.0%	46	100.0%	64	100.0%	50	100.0%	378	100.0%	
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	4	4.6%	1	.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.3%	0.073
	Primaria	13	14.9%	30	22.9%	12	26.1%	10	15.6%	5	10.0%	70	18.5%	
	Secundaria	35	40.2%	54	41.2%	22	47.8%	27	42.2%	20	40.0%	158	41.8%	
	Superior técnica	20	23.0%	30	22.9%	7	15.2%	15	23.4%	10	20.0%	82	21.7%	
	superior universitaria	15	17.2%	16	12.2%	5	10.9%	12	18.8%	15	30.0%	63	16.7%	
	Total	87	100.0%	131	100.0%	46	100.0%	64	100.0%	50	100.0%	378	100.0%	

En la tabla 3, podemos observar que ninguna de las variables estudiadas sociodemográficas tuvo un nivel de influencia en la relación médico paciente. En las diversas categorías se evidenciaron que no hubo una diferencia significativa ya sea por edad, sexo, procedencia ($p > 0.05$).

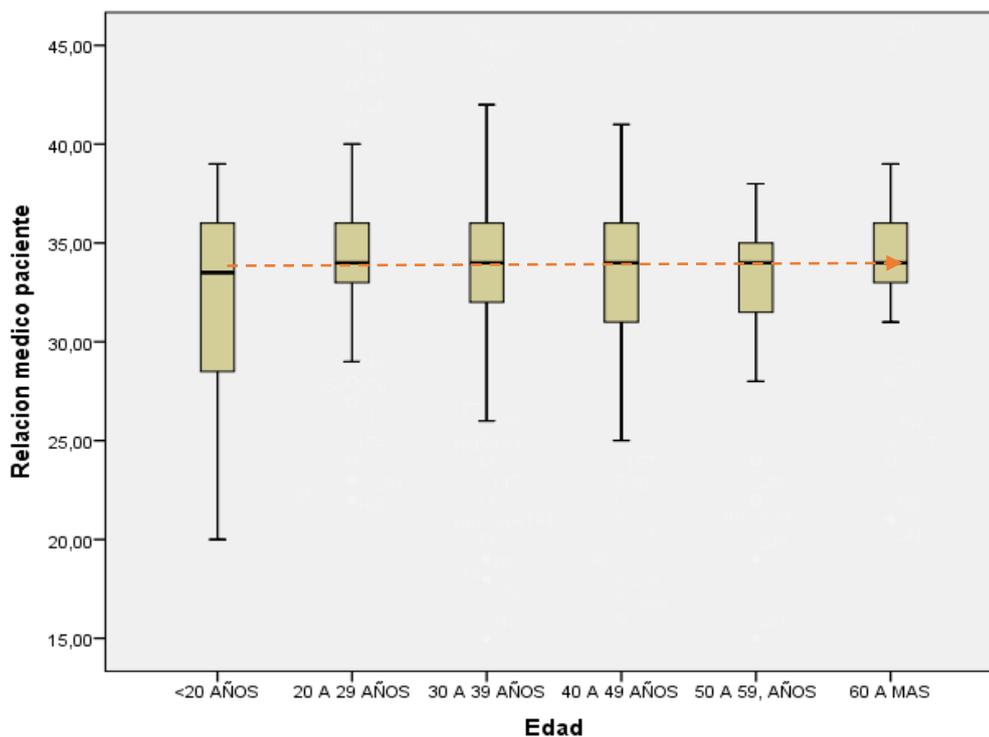
En el nivel de instrucción se encuentra una diferencia significativa entre grupo de “sin instrucción” con el grupo de los que tienen primaria, secundaria, superior técnica y superior universitaria.

Gráfico 3. COMPARACIÓN DE TENDENCIA SEGÚN SEXO LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019



En el gráfico 3 se puede observar que según sexo no existió una diferencia en la percepción de la relación médico paciente. Ambos grupos de género tiene similares percepciones, no existiendo una diferencia significativa. Si repetiremos el muestreo en 100 oportunidades, en el 95 de ellas encontraríamos el mismo resultado

Gráfico 4. COMPARACIÓN DE TENDENCIA SEGÚN EDAD Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED COMO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019



Prueba de homogeneidad de varianzas

Relación médico paciente

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2,575	5	372	0,026

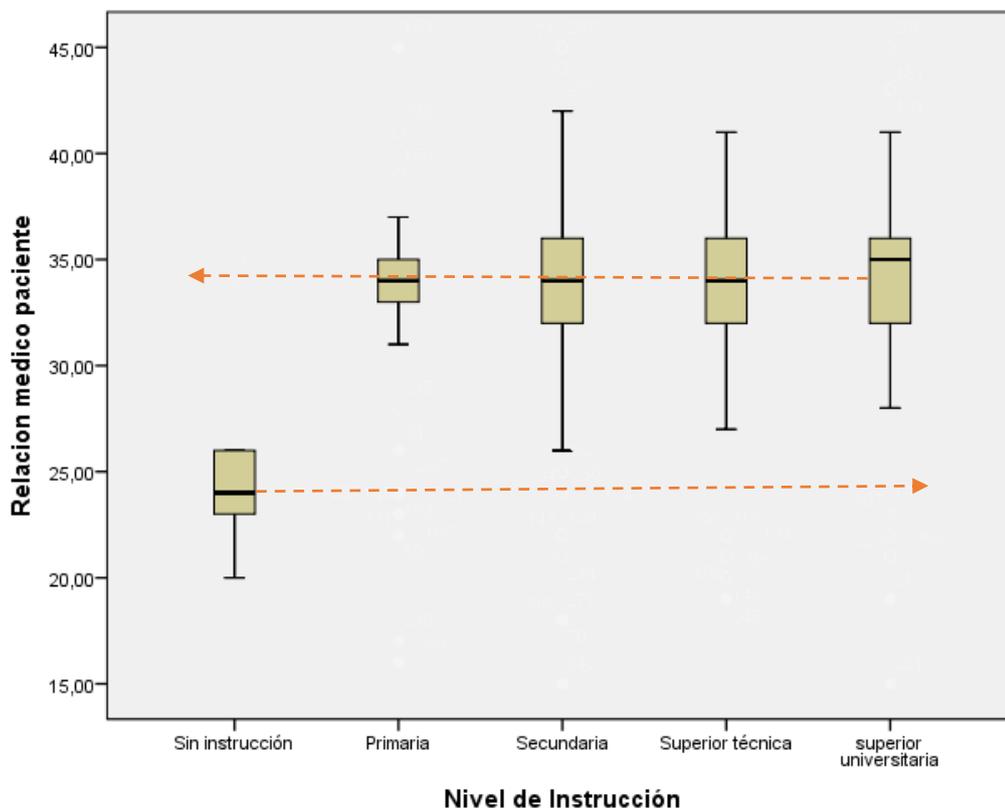
ANOVA

Relación médico paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	287,647	5	57,529	2,251	0,049
Dentro de grupos	9507,350	372	25,557		
Total	9794,997	377			

En el gráfico 4 podemos observar que los diferentes grupos de edad la tendencia es muy similar respecto a la relación médico paciente. No hubo una diferencia significativa según edad, La prueba de Levene (0,026) muestra que no es necesario realizar prueba de comparación entre estas variables.

Gráfico 5. COMPARACIÓN DE TENDENCIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED COMO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019



ANOVA

Relacion medico paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	335,685	4	83,921	3,309	,011
Dentro de grupos	9459,312	373	25,360		
Total	9794,997	377			

En la Gráfica 5 podemos observar que hubo una diferencia significativa según el nivel de instrucción con un intervalo de confianza del 95%. Sólo se pudo apreciar una variabilidad en el mercado de las respuestas en las personas sin instrucción, pero en los demás niveles la percepción de la relación médico-paciente es muy similar.

DISCUSIÓN

La relación médico-paciente ha sido y sigue siendo una piedra angular de la atención. La importancia también reside en la comprensión de cómo se gerencia las instituciones y su influencia en esta relación. La relación médico-paciente es un factor crítico en las decisiones de las personas de adherirse y permanecer en una organización. En este estudio se encontró de acuerdo a la percepción de los pacientes que la relación médico paciente es excelente para el 13.2% y muy buena para el 16.9%, Eso representa un 30.1% lo percibían como buena relación médico paciente, el cuestionario PDQR-9 interpreta la relación médico paciente como percepción de satisfacción, eso significaría, que el 42,3%, se encuentra satisfecho con el servicio brindado por su médico, pero el 53,7% no. Estos resultados difieren de lo encontrado por Fernández et al (18) quien al igual que este estudio aplicó el PDQR-9, pero sus resultados mostraron que los usuarios percibían que sí estaban satisfechos con su relación con su médico familiar en el primer nivel de atención; y que la edad y el ámbito de estudio se asociaron significativamente con la satisfacción percibida en la relación. médico paciente. En cambio, en nuestro estudio las variables demográficas no mostraron diferencias en la percepción.

Casanova Saldarriaga JF.(19) el estudio de pacientes por especialidad médica a veces no deja ver el panorama completo del paciente, si bien es cierto que hoy los prestadores de servicios de salud se rigen por la medicina basada en evidencia no se debe dejar de lado, como solo un de complemento las experiencias del médico. La entrevista médica es el principal medio de atención médica. La mayor parte del grupo de médicos se dedica a la discusión entre el profesional y el paciente. La rápida penetración de la administración en el mercado de la atención médica genera preocupación para muchos pacientes, profesionales y académicos sobre los efectos que las diferentes características financieras y organizativas podrían tener en la relación médico-paciente. Casanova Saldarriaga JF.(19) da gran importancia que tienen los trámites burocráticos en el deterioro de la relación médico-paciente, Donoso Sabando CA.(20) Hace referencia que la sociedad se ha vuelto en una sociedad altamente eficiente, que por lo cual esta exige resultados y productividad. Nos da a entender cómo se ha dejado de lado el lado subjetivo de la enfermedad. En nuestro estudio se halló que una relación mala en el 34,7%, de acuerdo con la percepción del paciente, seguido del 23% que opina que la relación es muy mala.

Donoso Sabando CA.(20), resalta la importancia terapéutica de la empatía entre médico y paciente debe ser comprendida como un punto de vital importancia no solo como acción que favorece positivamente la anamnesis,

el diagnóstico y el tratamiento sino como contribución a la recuperación o curación del paciente.

Casanova Saldarriaga JF.(19) refiere que los plazos de espera prolongados para una nueva consulta desaniman a los pacientes. En nuestro estudio los ítems mayormente comprometidos negativamente en la relación del paciente con su médico es la “poca accesibilidad hacia el médico” y “el poco tiempo que éste invierte en su atención”. Asimismo, se evidencia que la característica de “poder hablar con su médico” y “percibir que realmente es ayudado”

Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R. et al. (21) concluyen que es factible formular el comportamiento del médico a fin de evitar la dependencia a la medicalización y la actitud consumista de los pacientes. Futuros estudios al respecto deberán evaluar esta tendencia de capacidad de cambio, independientemente de los factores económicos o sociales, sino desde el perfil ético y moral.

Del análisis realizado se observa que los ítems mayormente comprometidos negativamente en la relación del paciente con su médico es la “poca accesibilidad hacia el médico” y “el poco tiempo que éste invierte en su atención”. Asimismo, se evidencia que la característica de “poder hablar con su médico” y “percibir que realmente es ayudado” se encuentran en los niveles de positividad. En las dos primeras características accesibilidad y tiempo dedicado por el médico es donde mayormente se

debe incidir al iniciar una intervención para posteriormente fortalecer la comunicación del profesional con el paciente.

En el trabajo realizado por Agurto et al en Lima fue en base a tres perspectivas, conocer como percibían la relación médico paciente desde la opinión de los pacientes, de los residentes y desde los estudiantes de medicina, enfoque que pensamos sería bueno abordar en un futuro, dado que nuestros resultados solo cuentan con la opinión de los pacientes.

En el caso del estudio realizado por Velasco y Vicuña en el Ecuador, mostraron sus resultados: La percepción de la calidad sobre la relación médico paciente fue adecuada (99.6%) y eso se diferencia de gran manera con nuestros resultados donde solo el 42,3% se encontraba satisfecho en la relación médico-paciente.

Si bien no se halló en nuestro estudio diferencias significativas de acuerdo a las características demográficas, sí se pudo observar que de aquellos que tenían buena relación médico paciente fue más frecuente en el grupo de 40 a 49 años de edad, y más de los tres cuartos de los que no tenían instrucción escolar percibían una muy mala relación médico paciente y para el resto de los analfabetos la relación era mala. Pero para aquellos que tenían una excelente relación médico paciente el 30% tenía instrucción superior, 20% instrucción técnica y el 40% formación secundaria.

Aunque las diferencias no se hayan establecido con las pruebas estadísticas, la tendencia nos lleva a pensar en que se debe tener mayor cuidado y paciencia al momento de relacionarse con los pacientes con menor nivel de instrucción.

CONCLUSIONES

- 1) Los pacientes atendidos en los establecimientos de salud de la Microred Cono sur de Tacna en el 2019, se encuentran en un intervalo de edad entre 20 a 39 años 45.1%, el 55.6% son mujeres, el 78.6% proceden de Tacna y el 41.8% tienen instrucción secundaria.
- 2) No hubo una diferencia significativa de la percepción de relación médico-paciente según edad y género. Se encuentra una diferencia significativa según el nivel de instrucción en comparación “sin instrucción” y “con instrucción”
- 3) Se encontró que se percibía una excelente relación médico paciente en el 13.2% de la población estudiada, el 16.9% la percibía como muy buena y un 12.2% como buena, pero hubo además un 23% que percibió como muy mala y el 34,7% como mala relación médico paciente. Según la interpretación del presente estudio.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal médico en el primer nivel de atención promover en los pacientes la expresión de sus opiniones en forma oportuna, de modo tal que participe adecuadamente en las decisiones de su salud.
2. Se recomienda a los médicos en general desarrollar habilidades necesarias para, de forma positiva, comunicarse con los pacientes y establecer una buena relación, reconociendo el rol que desempeñan frente al paciente, generando un ambiente de confianza, de respeto, y expresando de manera clara la situación del paciente, aclarando las dudas del paciente e incluso retroalimentando la información con paciencia.
3. Tomando en consideración que los resultados de este estudio se realizan desde la perspectiva de satisfacción de los usuarios o pacientes se recomienda socializar los resultados de esta investigación en todos los establecimientos de salud con el fin de mejorar la variable relación médico paciente por ende en la calidad de atención.
4. Se recomienda para futuros estudios de esta temática, identificar a los profesionales de la salud en los cuales los usuarios atendidos perciban mala relación Médico-paciente. Además se debe tener en cuenta que la “dolencia” del paciente afecta significativamente la percepción del paciente sobre la relación Médico-paciente en el momento inmediato del acto médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2020];39(1):832-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Sánchez Arrastía D, Contreras Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Rev Cuba Med Mil [Internet]. diciembre de 2014 [citado 12 de febrero de 2020];43(4):528-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572014000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Calegari R de C, Massarollo MCKB, Santos MJ dos, Calegari R de C, Massarollo MCKB, Santos MJ dos. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital*. Rev Esc Enferm USP [Internet]. diciembre de 2015 [citado 20 de diciembre de 2018];49(SPE2):42-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342015000800042&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam [Internet]. febrero de 2017 [citado 20 de diciembre de 2018];10(1):29-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Davies T, Yogeewaran K, Verkuyten M, Loughnan S. From humanitarian aid to humanization: When outgroup, but not ingroup, helping increases humanization. PLoS ONE [Internet]. 27 de noviembre de 2018;13(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6258522/>
6. Andino Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Rev Colomb Bioét [Internet]. 22 de octubre de 2015 [citado 20 de diciembre de 2018];10(1):38. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/684>
7. La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-no-45/653-la-humanizacion-en-el-cuidado-de-pacientes-para-lograr-una-atencion-de-alta-calidad>

8. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Rev Calid Asist [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 20 de diciembre de 2018];32(5):245-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>

9. Justich PR. ¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente? Arch Argent Pediatría [Internet]. abril de 2015 [citado 20 de diciembre de 2018];113(2):146-53. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752015000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017 [citado 20 de diciembre de 2018];30(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180550477011>

11. La persona Humana es más que sí misma [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://concepciongenetica.files.wordpress.com/2014/06/libro-la-persona-humanas-es-que-si-mismapdf.pdf>

12. Elío-Calvo D. La deshumanización de la medicina: Ponencia presentada al «1er congreso internacional de facultades de humanidades, ciencias de la educación, derecho y ciencias políticas», Umsa, La Paz, 12-14 septiembre 2016. Cuad Hosp Clínicas [Internet]. / [citado 20 de diciembre de 2018];82. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=&lng=es&nrm=iso&tlng=

13. Hernández A del CM, Mendoza BVC. Empatía y satisfacción de la “Relación médico-paciente” en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz. [citado 21 de junio de 2017]; Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Aracely.pdf>

14. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

15. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med [Internet]. septiembre de 2009 [citado 20 de diciembre de 2018];70(3):217-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Médica P. Psicología Médica: Relación médico-paciente [Internet]. Psicología Médica. 2011 [citado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://medicinapsicologica.blogspot.com/2011/05/relacion-medico-paciente.html>
17. Monserrat D. The science module of percepnet provides papers on perception and sensory science by researchers working on these disciplines [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.percepnet.com/cien03_05.htm
18. Martín-Fernández J, Cura-González MI del, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Aten Primaria [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 22 de diciembre de 2018];42(4):196-203. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709006349>
19. Saldarriaga C, Francisco J. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. Horiz Méd [Internet]. julio de 2017 [citado 20 de diciembre de 2018];17(3):43-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2017000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. Pers Biot. 1 de noviembre de 2014;18(2):184-93.
21. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, González García F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. Aten Primaria. 1 de mayo de 2015;47(5):279-86.
22. Agurto García CS, Altamirano Quiroz AA, Sánchez Velasco AS. Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del Servicio de Medicina Interna de un hospital general de Lima, Perú [Internet] [Tesis]. [Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Lima - Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6384>
23. Velasco Guzman ES, Vicuña Luna MJ. Percepción de la calidad sobre la relación médico paciente en las personas entre los 18-64 años que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades clínicas en el Hospital Vozandes Quito en el período comprendido abril-junio 2018 [Internet] [Tesis de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria]. [Ecuador]: Pontificia Univ. Católica del Ecuador; 2019 [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16115>

24. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano, y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
25. Peña M de la. Humanización de la medicina | Instituto Europeo - Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social – educación médica, satisfacción de los pacientes y cooperación para el desarrollo [Internet]. [citado 26 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.institutoeuropeo.es/humanizacion-de-la-medicina/>
26. Acosta CAA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Dr Maest Espec [Internet]. 2015 [citado 21 de junio de 2017]; Disponible en: http://www.academia.edu/download/42522830/REVISTA_COLOMBIANA_DE_BIOETICA_VOLUMEN_10_NUMERO_1.pdf#page=38
27. Abc.es(Internet). La empatía y la confianza entre el médico y el paciente pueden aumentar la tolerancia de éste al dolor 2013 [citado 26 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20121205/abci-empatia-confianza-entre-medico-201309041456.html>
28. Ayerbe García-Monzón L, Pérez-Piñar López M, Pereira Sanz S. Su médico le recomienda un poco más de confianza. Aten Primaria. :63-4.
29. Garzón FR. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. 2011 [citado 26 de junio de 2017]; Disponible en: <http://www.uv.es/gibuv/Roger/MedicoenfRoger.pdf>
30. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Médica Chile [Internet]. agosto de 2010 [citado 23 de diciembre de 2018];138(8):1047-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872010000800016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Trato Humanizado en Salud [Internet]. [citado 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.redoriente.net/new/noticias/179-trato-humanizado-en-salud>
32. EP. La empatía y la confianza entre el médico y el paciente pueden aumentar la tolerancia de éste al dolor [Internet]. ABC.es. 2013 [citado 23 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20121205/abci-empatia-confianza-entre-medico-201309041456.html>

33. La conducta médica ideal según los pacientes [Internet]. [citado 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.condignidad.org/la-conducta-mca-ideal-segos-pacientes.html>
34. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Médica Chile. marzo de 2013;141(3):361-6.
35. Fontova-Almató A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. Rev Calid Asist. :10-6.
36. Parra S D. La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev Médica Chile. diciembre de 2013;141(12):1578-83.
37. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Catalunya, Departament de Salut. Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2007.
38. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. Gen Hosp Psychiatry. abril de 2004;26(2):115-20.
39. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. J Behav Med [Internet]. junio de 2013;36(3):246-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22476813/>
40. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract [Internet]. abril de 2009;59(561):e116-133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341547/>
41. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. abril de 2004;26(2):115-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15038928/>
42. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. [Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9)]. Aten Primaria [Internet]. abril de 2010;42(4):196-203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116893/>

43. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. abril de 2009;37(2):94-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19401857>
44. Mergen H, van der Feltz-Cornelis CM, Karoglu N, Mergen BE, Ongel K (2012) Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in comparison with the Europe instrument in a family medicine center. *HealthMed* 6: 1763–1770.
45. Aloba O, Esan O, Alimi T. Psychometric qualities of the 9 item Patient Doctor Relationship Questionnaire in stable Nigerian patients with schizophrenia. *J Behav Health* [Internet]. 2015 [citado 22 de diciembre de 2018];4(4):112. Disponible en: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=188856>
46. Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Feltz-Cornelis CMVD, et al. Cross-cultural adaptation of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 22 de diciembre de 2018];52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102018000100262&lng=en&nrm=iso&tlng=en
47. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient–Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 22 de diciembre de 2018];21(3):291-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9407-2>
48. Zenger M, Schaefer R, Feltz-Cornelis C van der, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a Representative Cross-Sectional German Population Survey. *PLOS ONE* [Internet]. 17 de marzo de 2014 [citado 22 de diciembre de 2018];9(3):e91964. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091964>
49. INEI-Perú. Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017. Tacna. XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. INEI. 2017 [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1564/

ENCUESTA DE DATOS GENERALES

A. EDAD: _____

B. SEXO:

1. Hombre
2. Mujer

C. LUGAR DE PROCEDENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES

1. Tacna
2. Puno
3. Arequipa
4. Lima
5. Norte peruano
6. Oriente peruano
7. Extranjero

D. NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior técnica
5. Superior universitaria

CUESTIONARIO PDRQ versión de 9 (PATIENT DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE) VERSION AL CASTELLANO TRADUCIDO POR Mingote et al.

A continuación, le presentamos un cuestionario sobre su percepción del trato que recibió en la consulta, sobre el nivel de humanización que tiene el médico que lo atiende a Ud. En cada afirmación marque con una x la forma en que usted percibió el comportamiento del médico.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Mi médico me ayuda					
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
3.Creo en mi médico					
4. mi médico me entiende					
5. Mi médico se dedica a ayudarme					
6.Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
7.Puedo hablar con mi médico					
8.Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
9.Siento a mi médico fácilmente accesible					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es explicar de manera clara la naturaleza de la investigación y el rol de los participantes en el estudio: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2019”

La participación es absolutamente voluntaria. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un registro y una encuesta. Esto le tomará aproximadamente 10 minutos. La participación en este estudio es voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradezco su participación.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____ .

Otras tablas:

		n	%
Mi médico me ayuda	Totalmente en desacuerdo	2	.5%
	En desacuerdo	28	7.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	54	14.3%
	De acuerdo	258	68.3%
	Totalmente de acuerdo	36	9.5%
	Total	378	100.0%
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	Totalmente en desacuerdo	3	.8%
	En desacuerdo	41	10.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	145	38.4%
	De acuerdo	176	46.6%
	Totalmente de acuerdo	13	3.4%
	Total	378	100.0%
Creo en mi médico	Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	20	5.3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	79	20.9%
	De acuerdo	254	67.2%
	Totalmente de acuerdo	25	6.6%
	Total	378	100.0%
Mi médico me entiende	Totalmente en desacuerdo	2	.5%
	En desacuerdo	30	7.9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	74	19.6%
	De acuerdo	240	63.5%
	Totalmente de acuerdo	32	8.5%
	Total	378	100.0%
Mi médico se dedica a ayudarme	Totalmente en desacuerdo	2	.5%
	En desacuerdo	30	7.9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	74	19.6%
	De acuerdo	252	66.7%
	Totalmente de acuerdo	20	5.3%
	Total	378	100.0%
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	Totalmente en desacuerdo	4	1.1%
	En desacuerdo	22	5.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	81	21.4%
	De acuerdo	248	65.6%
	Totalmente de acuerdo	23	6.1%
	Total	378	100.0%
Puedo hablar con mi médico	Totalmente en desacuerdo	3	.8%
	En desacuerdo	24	6.3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	101	26.7%
	De acuerdo	228	60.3%

	Totalmente de acuerdo	22	5.8%
	Total	378	100.0%
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	Totalmente en desacuerdo	3	.8%
	En desacuerdo	25	6.6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	15.9%
	De acuerdo	236	62.4%
	Totalmente de acuerdo	54	14.3%
	Total	378	100.0%
Siento a mi médico fácilmente accesible	Totalmente en desacuerdo	5	1.3%
	En desacuerdo	28	7.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	151	39.9%
	De acuerdo	167	44.2%
	Totalmente de acuerdo	27	7.1%
	Total	378	100.0%

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Puntaje total:		Relación medico paciente
N		378
Parámetros normales ^{a,b}	Media	32,9974
	Desviación estándar	5,09720
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,214
	Positivo	0,146
	Negativo	-0,214
Estadístico de prueba		0,214
Sig. asintótica (bilateral)		0,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Descriptivos

Relación medico paciente

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
<20 años	32	31,781	5,30815	,93836	29,8675	33,6950	20,00	39,00
20 A 29 AÑOS	94	34,128	4,11458	,42439	33,2849	34,9704	22,00	45,00
30 A 39 AÑOS	80	32,750	6,01791	,67282	31,4108	34,0892	15,00	45,00
40 A 49 AÑOS	69	32,855	5,50474	,66269	31,5327	34,1775	16,00	45,00
50 A 59, AÑOS	59	31,780	4,76723	,62064	30,5373	33,0220	15,00	38,00
60 a más	44	33,773	4,36617	,65822	32,4453	35,1002	21,00	45,00
Total	378	32,997	5,09720	,26217	32,4819	33,5129	15,00	45,00

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Relacion medico paciente

HSD Tukey

(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<20 AÑOS	20 a 29 años	-2,34641	1,03468	,210	-5,3104	,6176
	30 a 39 años	-,96875	1,05742	,942	-3,9979	2,0604
	40 a 49 años	-1,07382	1,08123	,920	-4,1712	2,0235
	50 a 59, años	,00159	1,10989	1,000	-3,1778	3,1810
	60 a mas	-1,99148	1,17453	,536	-5,3561	1,3731
20 A 29 AÑOS	<20 años	2,34641	1,03468	,210	-,6176	5,3104
	30 a 39 años	1,37766	,76900	,472	-,8252	3,5806
	40 a 49 años	1,27259	,80143	,607	-1,0232	3,5684
	50 a 59, años	2,34800	,83968	,060	-,0574	4,7534
	60 a mas	,35493	,92344	,999	-2,2904	3,0002
30 A 39 AÑOS	<20 años	,96875	1,05742	,942	-2,0604	3,9979
	20 a 29 años	-1,37766	,76900	,472	-3,5806	,8252
	40 a 49 años	-,10507	,83058	1,000	-2,4844	2,2742
	50 a 59, años	,97034	,86755	,874	-1,5149	3,4556
	60 a mas	-1,02273	,94885	,890	-3,7408	1,6954
40 A 49 AÑOS	<20 años	1,07382	1,08123	,920	-2,0235	4,1712
	20 a 29 años	-1,27259	,80143	,607	-3,5684	1,0232
	30 a 39 años	,10507	,83058	1,000	-2,2742	2,4844
	50 a 59, años	1,07541	,89642	,837	-1,4925	3,6433
	60 a mas	-,91765	,97532	,936	-3,7116	1,8763
50 A 59, AÑOS	<20 años	-,00159	1,10989	1,000	-3,1810	3,1778
	20 a 29 años	-2,34800	,83968	,060	-4,7534	,0574
	30 a 39 años	-,97034	,86755	,874	-3,4556	1,5149
	40 a 49 años	-1,07541	,89642	,837	-3,6433	1,4925
	60 a mas	-1,99307	1,00699	,356	-4,8777	,8916
60 A MAS	<20 años	1,99148	1,17453	,536	-1,3731	5,3561
	20 a 29 años	-,35493	,92344	,999	-3,0002	2,2904
	30 a 39 años	1,02273	,94885	,890	-1,6954	3,7408
	40 a 49 años	,91765	,97532	,936	-1,8763	3,7116
	50 a 59, años	1,99307	1,00699	,356	-,8916	4,8777

Descriptivos

Relacion medico paciente

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Sin instrucción	5	25,4000	5,27257	2,35797	18,8532	31,9468	20,00	34,00
Primaria	70	32,7000	5,13118	,61329	31,4765	33,9235	16,00	45,00
Secundaria	158	33,1835	4,89487	,38941	32,4144	33,9527	15,00	45,00
Superior técnica	82	32,8049	4,69157	,51810	31,7740	33,8357	19,00	41,00
superior universitaria	63	33,7143	5,66093	,71321	32,2886	35,1400	15,00	45,00
Total	378	32,9974	5,09720	,26217	32,4819	33,5129	15,00	45,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Relacion medico paciente

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,306	4	373	,874

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Relacion medico paciente

HSD Tukey

(I) Nivel de Instrucción	(J) Nivel de Instrucción	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Sin instrucción	Primaria	-7,30000*	2,33116	,016	-13,6901	-,9099
	Secundaria	-7,78354*	2,28747	,007	-14,0539	-1,5132
	Superior técnica	-7,40488*	2,31976	,013	-13,7637	-1,0460
	superior universitaria	-8,31429*	2,33978	,004	-14,7280	-1,9006
Primaria	Sin instrucción	7,30000*	2,33116	,016	,9099	13,6901
	Secundaria	-,48354	,72304	,963	-2,4655	1,4984
	Superior técnica	-,10488	,81949	1,000	-2,3512	2,1415
	superior universitaria	-1,01429	,87454	,774	-3,4116	1,3830
Secundaria	Sin instrucción	7,78354*	2,28747	,007	1,5132	14,0539
	Primaria	,48354	,72304	,963	-1,4984	2,4655
	Superior técnica	,37867	,68540	,982	-1,5001	2,2575
	superior universitaria	-,53074	,75037	,955	-2,5876	1,5261
Superior técnica	Sin instrucción	7,40488*	2,31976	,013	1,0460	13,7637
	Primaria	,10488	,81949	1,000	-2,1415	2,3512
	Secundaria	-,37867	,68540	,982	-2,2575	1,5001
	superior universitaria	-,90941	,84369	,818	-3,2221	1,4033
superior universitaria	Sin instrucción	8,31429*	2,33978	,004	1,9006	14,7280
	Primaria	1,01429	,87454	,774	-1,3830	3,4116
	Secundaria	,53074	,75037	,955	-1,5261	2,5876
	Superior técnica	,90941	,84369	,818	-1,4033	3,2221

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Tabla 5.

RELACIÓN DE LA EXPLICACIÓN DE LAS INDICACIONES RESPETO DE CREENCIAS Y SATISFACCIÓN GENERAL SEGÚN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PERCIBIDA DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED CONO SUR DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL 2019

		Relación médico paciente (agrupado)												p
		Muy mala		Mala		Buena		Muy buena		Excelente		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Explicación clara de indicaciones	Satisfecho	51	15.1%	127	37.7%	46	13.6%	63	18.7%	50	14.8%	337	100.0%	0,000
	No satisfecho	36	87.8%	4	9.8%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	41	100.0%	
	Total	87	23.0%	131	34.7%	46	12.2%	64	16.9%	50	13.2%	378	100.0%	
Se respetaron sus creencias en relación a la enfermedad y su curación	Sí	55	16.3%	126	37.3%	46	13.6%	64	18.9%	47	13.9%	338	100.0%	0,000
	No	32	80.0%	5	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.5%	40	100.0%	
	Total	87	23.0%	131	34.7%	46	12.2%	64	16.9%	50	13.2%	378	100.0%	
Satisfacción General de la atención recibida	No satisfecho	43	72.9%	14	23.7%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	59	100.0%	0,000
	Satisfecho	42	14.2%	112	37.8%	43	14.5%	61	20.6%	38	12.8%	296	100.0%	
	Muy Satisfecho	2	8.7%	5	21.7%	2	8.7%	3	13.0%	11	47.8%	23	100.0%	
	Total	87	23.0%	131	34.7%	46	12.2%	64	16.9%	50	13.2%	378	100.0%	

En la tabla 5 podemos observar que las percepciones generales estudiadas influyen en la relación médico paciente. Tal es así que en el grupo que no estuvo satisfecho con las explicaciones de las indicaciones médicas, el 87.8% de tiene una muy mala percepción de la relación médico paciente y el 9.8% como mala. La distribución en el grupo satisfecho fue muy similar entre sí (p:0.000).

En el grupo de pacientes que percibe que no fue respetada sus creencias en relación a su enfermedad y curación, el 80% también percibió una muy mala relación médico-paciente seguido de un 12.5% como mala. (p:0.00)

Respecto a la satisfacción general de la atención recibida aquellos que se consideraron como no satisfechos, el 72.9% de este grupo también tuvo una percepción de muy mala relación médico-paciente seguido de un 23.7% como mala. (p:0.95)

Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,913	9

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Mi médico me ayuda	29,21	20,452	,752	,900
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	29,59	21,256	,592	,911
Creo en mi médico	29,25	21,019	,758	,900
Mi médico me entiende	29,28	20,373	,743	,900
Mi médico se dedica a ayudarme	29,31	20,789	,715	,902
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	29,30	20,889	,699	,903
Puedo hablar con mi médico	29,36	20,941	,683	,905
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	29,17	20,125	,749	,900
Siento a mi médico fácilmente accesible	29,51	20,914	,616	,910