

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA
DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:
Villalobos Vela, Katherine Yrma
para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Mendoza del Solar, Gonzalo

Arequipa- Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

136

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 091 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHE, 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

VILLALOBOS VELA, KATHERINE YRMA

Nuestro dictamen es:

favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, ... *05/03/2020*

[Signature]
.....
DR. ALEJANDRO MIRANDA PINTO

[Signature]
.....
DRA. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

[Signature]
.....
DR. MIGUEL FERNANDO FARFÁN
DELGADO

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

A mis padres Miguel y Roxana que, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional, con su amor y anhelo soy capaz de lograr hasta lo incapaz.

A mi hermano Luis Alonso, gracias por tus enseñanzas y por tu amor incondicional en todo momento.

A mi esposo Rolf , gracias por apoyarme de manera incondicional, por tu infinito amor, cariño y paciencia.

Al Dr. Gonzalo Mendoza del Solar, mi asesor de tesis y maestro, él fue el primero en creer en este proyecto, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación.

Sobre todo, a ese ser de luz que hace que mis días sean maravillosos. Con su amplia sonrisa, con esos ojos llenos de amor y felicidad. Gracias por ayudarme a crecer, por amarme, por estar conmigo siempre, sí te lo dedico a ti, mi pequeña Sophia. Porque mi corazón te pertenece. Te amo

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme y tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día .

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y, hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

EPÍGRAFE

Si es bueno vivir, todavía es mejor soñar, y lo mejor de todo, despertar.

(Antonio Machado)



RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020

Material y Métodos: Este fue un estudio, observacional, transversal y analítico. Para ello se evaluaron pacientes del Hospital Goyeneche que se encontraban con citas para ser atendida en consultorios externos. Se utilizó una ficha de recolección de datos para obtener información sobre sus características sociodemográficas y se empleó un cuestionario sobre deshumanización de la salud.

Resultados: Las características sociodemográficas de los pacientes evaluados fueron las siguientes: Tuvieron una edad promedio de 41.85 años sexo femenino (73.6%), solteros (53.6%), con secundaria (38%), procedentes de Arequipa. (76.2%), 57.3% no laboraba. El trato humano brindado por los médicos fue considerado según las categorías del instrumento como “*bastante*” en 40.2%, “*regular*” en 41%, “*mucho*” en 9.4% y “*poco*” en 9.4%. El mismo trato, pero brindado por el resto del personal de salud fue “*regular*” en 50.4%, “*bastante*” en 25.2%, “*poco*” en 22.4% y “*mucho*” en 4.2%. La asociación entre las características de la percepción de la deshumanización de la medicina y las sociodemográficas de los pacientes se dio fundamentalmente relacionada a la situación laboral. Así mismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de la actitud humanista entre médicos y el resto de personal de salud, teniendo estos últimos mayores deficiencias.

Conclusiones: Más de la mitad no percibe que exista una deshumanización de la medicina, sin embargo, existen características que pueden y tienen que mejorarse para cerrar la brecha hacia una mejora atención en salud

Palabras clave: Deshumanización de la medicina, atención en salud, personal de salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the factors associated with the perception of dehumanization of health care in patients of the Goyeneche Hospital, 2020

Material and methods: This was a study, observational, transversal and analytical. To do this, patients from the Goyeneche Hospital who meet with appointments to be treated in outpatient offices are evaluated. A data collection form was obtained to obtain information on its sociodemographic characteristics and a questionnaire on health dehumanization was used.

Results: The sociodemographic characteristics of the patients evaluated were the following: They had an average age of 41.85 years female sex (73.6%), single (53.6%), with secondary (38%), from Arequipa (76.2%), 57.3% without work. The humane treatment provided by doctors was considered, based on instrument categories as “quite” 40.2%, “regular” 41%, “much” 9.4% and “little” 9.4%. The same treatment, but provided by the rest of the health personnel, was “regular” in 50.4%, “quite” in 25.2%, “little” in 22.4% and “much” in 4.2%. The association between the characteristics of the perception of the dehumanization of medicine and the sociodemographic of the patients was mainly related to the employment situation. Likewise, statistically significant differences were observed between the perception of the humanistic attitude between doctors and the rest of health personnel, the latter having major deficiencies.

Conclusions: More than half do not perceive that there is a dehumanization of medicine, however, there are characteristics that can and must improve to close the gap towards improved health care

Keywords: Dehumanization of medicine, health care, health personnel.

INTRODUCCIÓN

En los tiempos actuales, una de las características o factores más importantes de la atención de alto calidad es la vinculada a la relación profesional de la salud – paciente. Con el avance de la tecnología, aspectos imperativos económicos, deficiencia en la gestión de los servicios de atención en salud, entre otros, han hecho que la calidad de la atención se vea sometida a mayor presión alimentando temas de debate orientados a la mejora de las interacciones entre los pacientes y trabajadores de salud. Las discusiones y debates que involucran este tema se centran en modelos centrados en el paciente, buscando entender a este agente como un ser humano completo, donde no solo fijándose en los aspectos fisiológicos, sino involucrando los valores, sus emociones, objetivos y preferencias individuales vinculadas al proceso de curación. Además, ha quedado demostrado que tratar a pacientes bajo este enfoque está asociado a una mejora en los resultados positivos en ambos lados, es decir para los pacientes y para los trabajadores del sector de la salud.

La deshumanización es endémica en la práctica médica y se viene acrecentando cada vez más, esto tiene un trasfondo psicológico que afecta la relación médico-paciente y el despliegue de prácticas clínicas de rutina. Ganándose cada vez una peor percepción del paciente, por ello es importante identificar las causas principales de deshumanización en entornos médicos, parte de ello forma la reducción de la empatía así como la desconexión moral.

Es necesario indagar estos problemas para plantear soluciones ya se nivel individualizado u organizacional, es por ello que este tipo de trabajos son de suma importancia, y también debido a que existe un déficit de estudios es esta temática, no existen trabajos locales ni nacionales que traten de abordar el tema. Se debe discutir sobre cuándo la deshumanización en la práctica médica es potencialmente funcional y cuándo no. Aprender las múltiples causas psicológicas de la deshumanización en los hospitales permite una comprensión más profunda de cómo disminuir los casos perjudiciales de deshumanización en el entorno médico.

Por ello, el objetivo de la presente tesis ha sido determinar los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020.



INDICE GENERAL

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: Material y métodos	1
CAPITULO II: Resultados.....	7
CAPITULO III: Discusión y comentarios.....	29
CAPITULO IV: Conclusiones y sugerencias.....	37
REFERENCIAS.....	40
ANEXO 1: Proyecto de tesis	
ANEXO 2:: Ficha de recolección y encuestas	
ANEXO 3 : Consentimiento informado	
ANEXO 4: Dictamen Comité de Etica	
ANEXO 5 : Matriz de datos	



**CAPITULO I
MATERIAL Y MÉTODOS**

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Entrevista personal
- **Instrumentos**
 - Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
 - Cuestionario sobre deshumanización de la atención de la salud.
- **Materiales de Verificación**
 - Cuestionarios impresos.
 - Material de escritorio.
 - Laptop.

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

Este trabajo de investigación se realizó en los consultorios externos del Hospital Goyeneche. Está ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

Los datos fueron tomados durante los meses de enero y febrero del 2020.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio fueron los pacientes que se encontraron en los consultorios externos.

2.3.1. Población

Los pacientes que tuvieron cita en los consultorios externos durante el periodo de estudio.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia en los servicios seleccionados, se consideró la evaluación de los pacientes hasta llegar al tamaño muestral deseado.

Se ha empleado la fórmula de tamaño muestral infinito para calcular el número de pacientes mínimo a encuestar, este número será dividido equitativamente entre los cuatro servicios a evaluar.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Z= Nivel de confianza (1.96)

p= Porcentaje de la población con el atributo deseado (50%, se ha considerado el máximo valor atribuible)

q= 1-p (50%)

e= Error de estimación del máximo aceptado (10%)

Se ha calculado un tamaño muestral de 96 pacientes.

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. De pacientes

- Criterios de Inclusión

- Pacientes que tengan una cita regular en el servicio a evaluar.
- Pacientes que den su consentimiento para la obtención de su información.
- Padres de pacientes a ser atendidos (en el caso del Servicio de Pediatría).

- Criterios de Exclusión

- Pacientes que tengan una cita adicional.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.

2. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

- Se presentó el Proyecto de Tesis a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UCSM, para la evaluación por el dictaminador.
- Una vez aprobado, se presentó a los dos jurados otorgados.
- Se solicitó permiso a la Dirección del Hospital Goyeneche.
- Se coordinó con los jefes o encargados de cada uno de los servicios a evaluar para en base a los tiempos y al número de pacientes por día.
- Se recolectó la información de los pacientes hasta llegar al número necesario del tamaño muestral.
- Los datos fueron tabulados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, en donde se analizaron descriptivamente; así mismo se empleó el programa SPSS para la estadística analítica.
- Se desarrolló el borrador de tesis y presentó a la Facultad de Medicina.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Katherine Yrma Villalobos Vela

Asesor: Dr. Gonzalo Mendoza del Solar Chávez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos impresas
- Cuestionarios impresos
- Laptop con programas específicos (Paquete Office 2018: Microsoft Word y Microsoft Excel, SPSS v24)
- Material de escritorio (lapiceros, corrector)
- Tabla de madera para encuestas

3.2.3. Recursos Financieros

- Propios del autor de la tesis

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha que recolectó información sociodemográfica no requiere de validación previa (Anexo 1).
- Cuestionario sobre deshumanización de la atención de la salud (Anexo 2). Este cuestionario consta de 21 preguntas, y se versa en las siguientes áreas: 1) percepción sobre actitud humanista, 2) amabilidad y cortesía en la atención, 3) disponibilidad a la escucha y dedicación del clínico, 4) empatía y sensibilidad, 5) profesionalismo, 6) políticas de atención del establecimiento. Este cuestionario fue desarrollado por el Grupo de Trabajo sobre Humanismo y Medicina de la Academia Nacional de Medicina; el grupo en mención realizó pruebas piloto para validar y evaluar los tiempos de aplicación, comprensión de las preguntas, así como la exploración de la consistencia interna e información psicométrica.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

A cada una de las fichas de recolección de datos se le asignó un código, el mismo que permaneció hasta el final del manejo de los resultados en los documentos virtuales. Guardando la identificación de los pacientes. A cada una de las personas que nos brinde información se le pidió el consentimiento para el uso de sus datos en la tesis. Así mismo, cabe mencionar que se cuenta con la autorización del Dr. Perales (instrumento) para la utilización del instrumento.

3.4.2. A nivel de la sistematización

Cada uno de los valores de las variables se sistematizó en valores cuantitativos considerados desde 1 en el correlativo de adelante, 0 será considerado ausente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentó en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones de variables categóricas se utilizó la prueba del Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideren variables cuantitativas.

Las pruebas estadísticas se consideraron significativas al tener un $p < 0,05$.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Enero 2020				Febrero 2020				Marzo 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
Proyecto: Presentación y aprobación	■	■										
Hospital: Permisos y aprobación		■										
Pacientes: Recolección de información			■	■								
Datos: Tabulación, análisis e interpretación de datos.						■						
Redacción de la tesis							■	■				
Sustentación de la tesis									■	■		



**CAPITULO II
RESULTADOS**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 1. Características Sociodemográficas: Edad

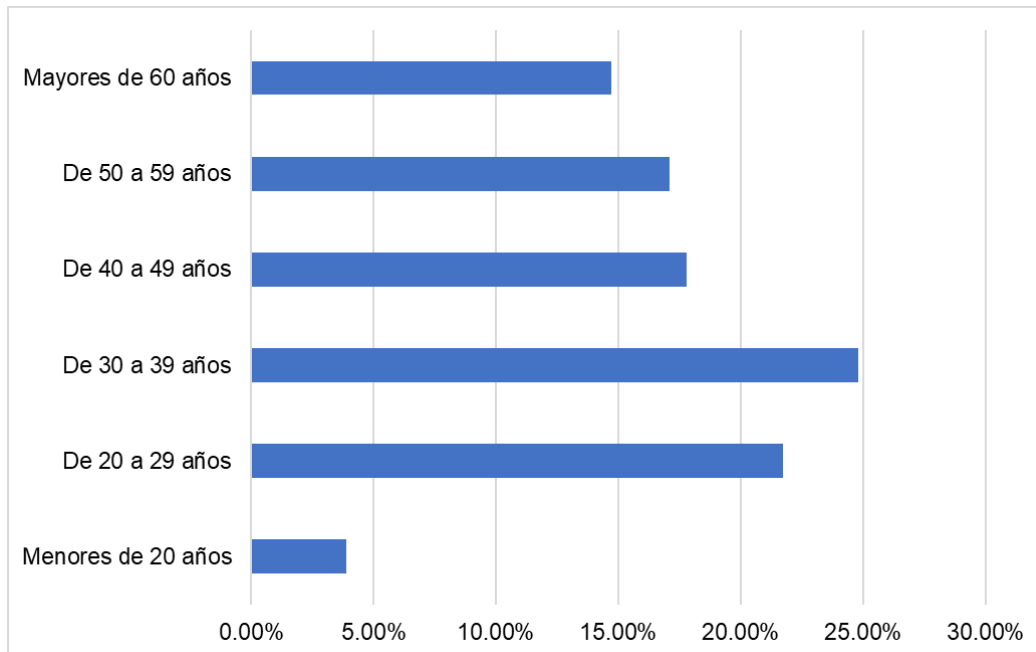
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulativo
Menores de 20 años	5	3.9	3.9
De 20 a 29 años	28	21.7	25.6
De 30 a 39 años	32	24.8	50.4
De 40 a 49 años	23	17.8	68.2
De 50 a 59 años	22	17.1	85.3
Mayores de 60 años	19	14.7	100.0
Total	129	100.0	

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Se ha encontrado que la edad promedio de los participantes en este estudio fue de 41.85 años (+/- 15.34 años). El grupo categórico con mayor frecuencia fue el que tenía entre 30 a 39 años con 24.8%, seguidamente se encontraron los que tuvieron entre 20 a 29 años (21.7%). La menor proporción de pacientes participantes estuvieron los que tuvieron menos de 20 años (3.9%).

Figura 1. Características Sociodemográficas: Edad



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 2. Características Sociodemográficas: Sexo

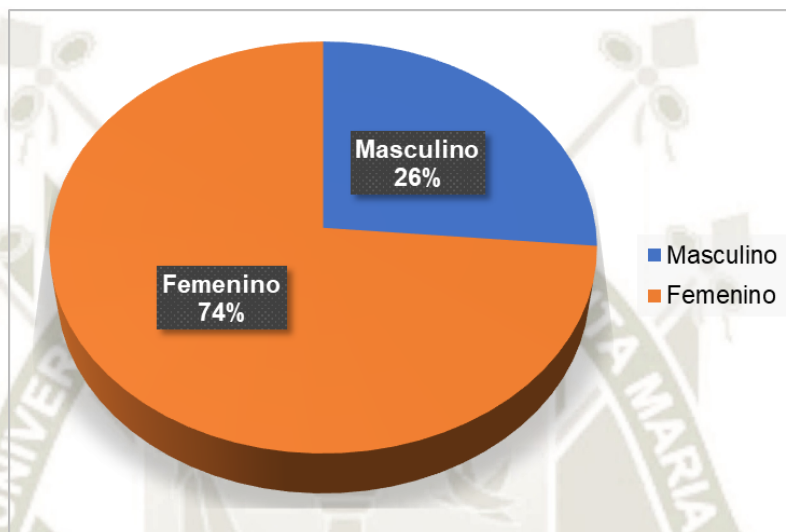
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	34	26.4
Femenino	95	73.6
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Se ha evaluado la distribución de los pacientes evaluados de acuerdo al sexo, se ha encontrado una mayor proporción del sexo femenino con 73.6%, y complementariamente el masculino con 26.4%.

Figura 2. Características Sociodemográficas: Sexo



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 3. Características Sociodemográficas: Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero (a)	67	53.6
Casado (a)	47	37.6
Viudo (a)	7	5.6
Divorciado (a)	4	3.2
Total	125	100

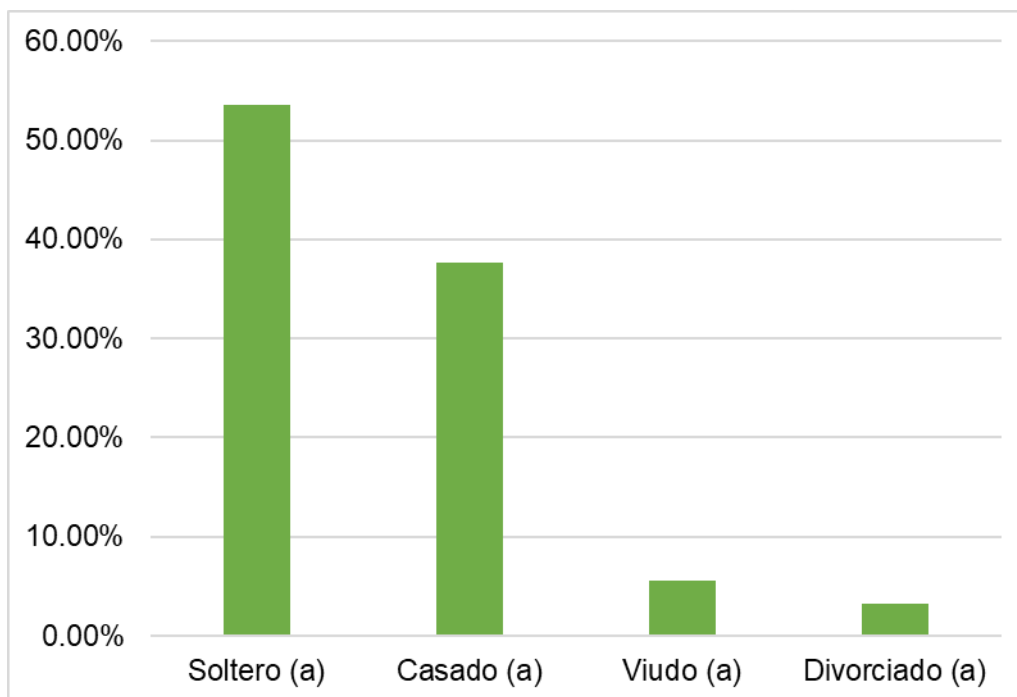
Fuente: Elaboración personal

*Missing data: 4

Interpretación:

Al evaluar el estado civil de los pacientes, más de la mitad de ellos se encontraba soltero, conformando el 53.6%, seguidamente los casados con 37.6%, luego los viudos 5.6% y por último los divorciados 3.2%.

Figura 3. Características Sociodemográficas: Estado Civil



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENECHE, 2020”**

Tabla 4. Características Sociodemográficas: Nivel de Escolaridad

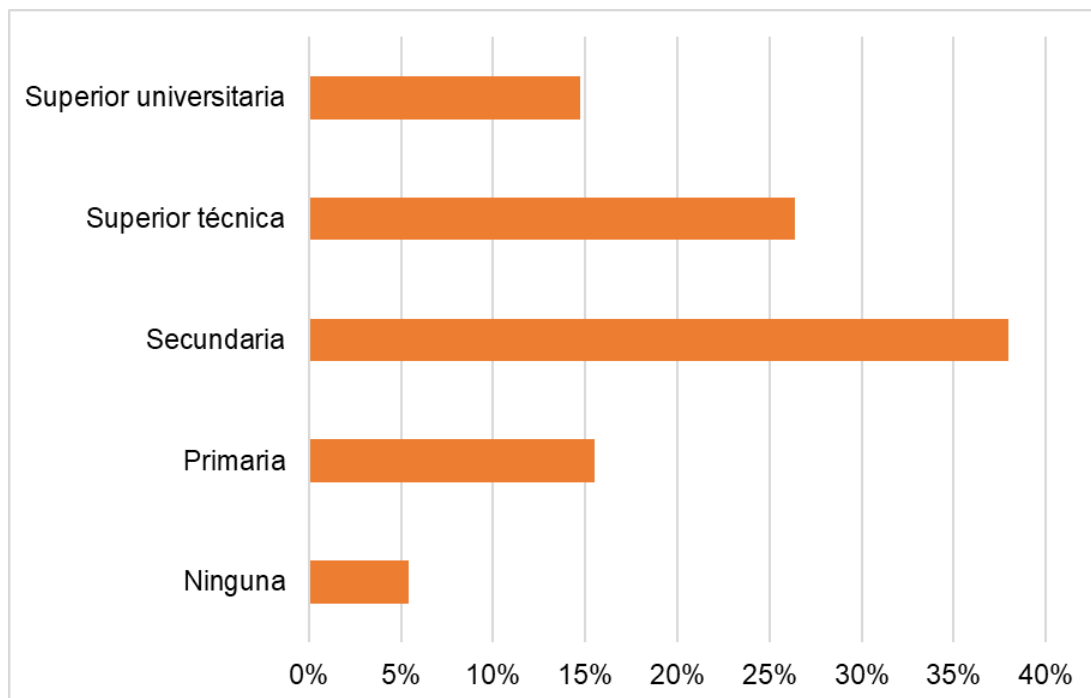
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
<i>Ninguna</i>	7	5.4	5.4
<i>Primaria</i>	20	15.5	20.9
<i>Secundaria</i>	49	38.0	58.9
<i>Superior técnica</i>	34	26.4	85.3
<i>Superior universitaria</i>	19	14.7	100.0
Total	129	100.0	

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

En cuanto al grado o nivel de escolaridad presentado por los pacientes, se ha encontrado que un poco más de la tercera parte tiene secundaria (38%), seguido por los que tienen superior técnica (26.4%). Con mayor distancia se encontraron los que tenían primaria con 15.5%, superior universitaria con 14.7%. 5.4% reportó que no tenían ningún nivel de escolaridad.

Figura 4. Características Sociodemográficas: Nivel de Escolaridad



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 5. Características Sociodemográficas: Lugar de Procedencia

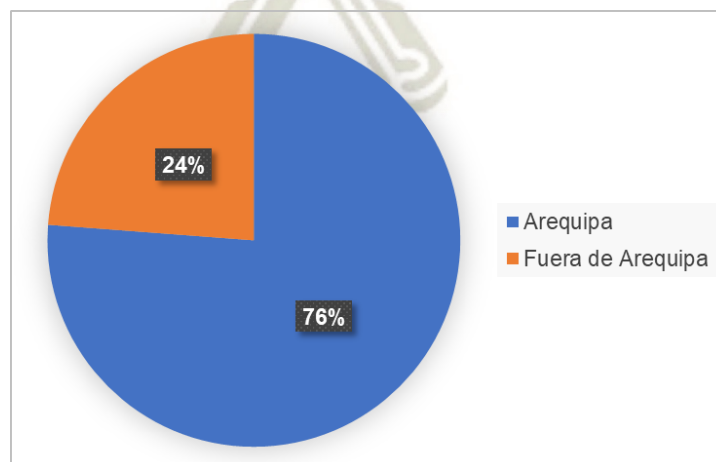
	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Arequipa</i>	96	76.2
<i>Fuera de Arequipa</i>	30	23.8
Total	126	100

Fuente: Elaboración personal

Interpretación

En cuanto a la procedencia de los pacientes, mayoritariamente provienen de la ciudad de Arequipa (76.2%), y complementariamente 23.8% de afuera.

Figura 5. Características Sociodemográficas: Lugar de Procedencia



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 6. Especialidad de la Atención

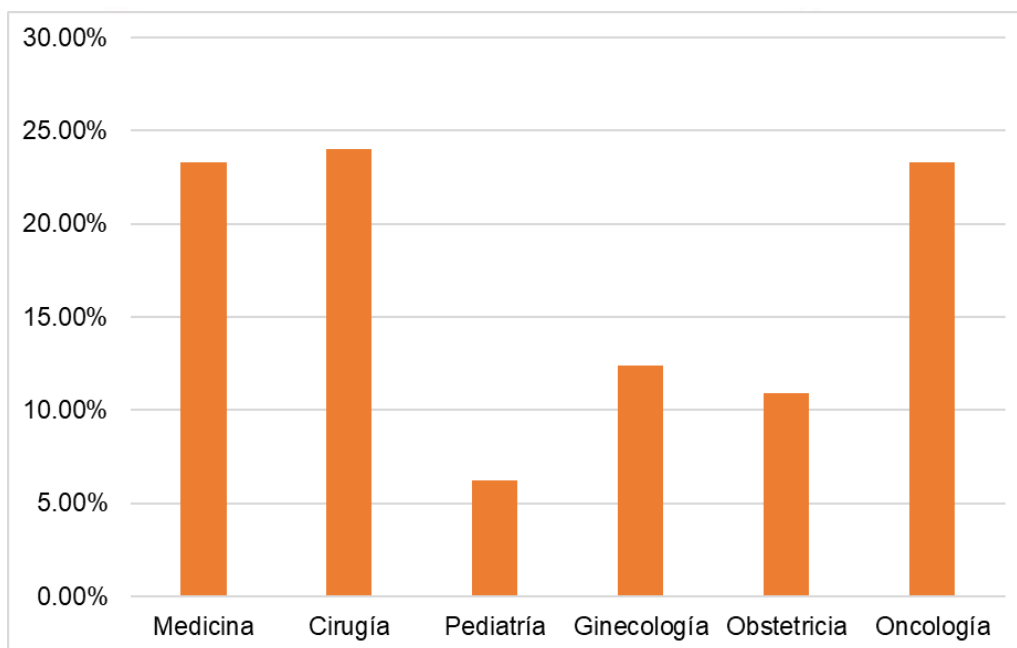
	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Medicina</i>	30	23.3
<i>Cirugía</i>	31	24.0
<i>Pediatría</i>	8	6.2
<i>Ginecología</i>	16	12.4
<i>Obstetricia</i>	14	10.9
<i>Oncología</i>	30	23.3
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Los pacientes fueron encuestados en diferentes servicios, de ellos se ha encontrado que 24% estuvieron en el servicio de cirugía y especialidades quirúrgicas, 23.3% medicina y especialidades médicas, 23.3% oncología, 12.4% ginecología, 10.9% obstetricia y 6.2% pediatría (padres).

Figura 6. Especialidad de la Atención



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 7. Estado Laboral

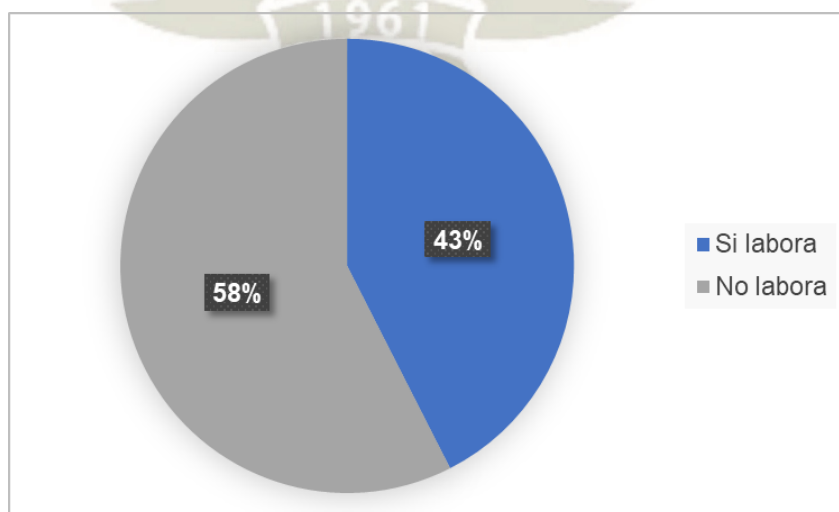
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si labora	54	42.5
No labora	73	57.5
Total	127	100.0

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

En cuanto al estado laboral del paciente, se tuvo una proporcionalidad de ellos en donde 57.5% no labora, y 42.5% si labora.

Figura 7. Estado Laboral



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENECHÉ, 2020”**

Tabla 8. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

**¿En qué medida considera que existe un trato humano por parte de los
médicos?**

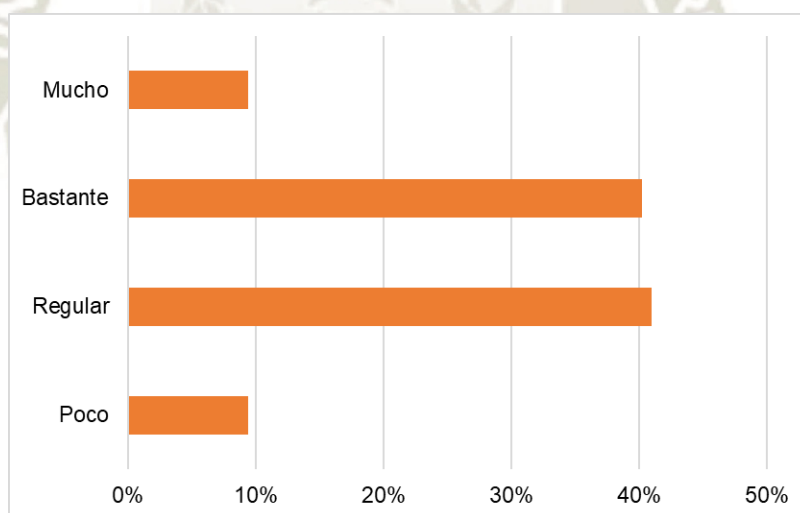
	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Poco</i>	12	9.4
<i>Regular</i>	52	41
<i>Bastante</i>	51	40.2
<i>Mucho</i>	12	9.4
Total	127	100

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

En cuanto a la consideración del médico y su trato humano, 41% considera que es regular el 40.2% considera que es bastante, 9.4% consideran poco y mucho cada uno independientemente por igual. Cabe mencionar que los términos “*poco*”, “*regular*”, “*bastante*”, y “*mucho*”; son los términos que utiliza el instrumento empleado en el presente trabajo de investigación.

Cuadro 8. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud
¿En qué medida considera que existe un trato humano por parte de los médicos?



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 9. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

¿En qué medida considera que existe un trato humano por parte del personal de salud como enfermeras, auxiliares, personal de laboratorio o de rayos X?

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Poco</i>	24	22.4
<i>Regular</i>	60	50.4
<i>Bastante</i>	30	25.2
<i>Mucho</i>	5	4.2
Total	119	100

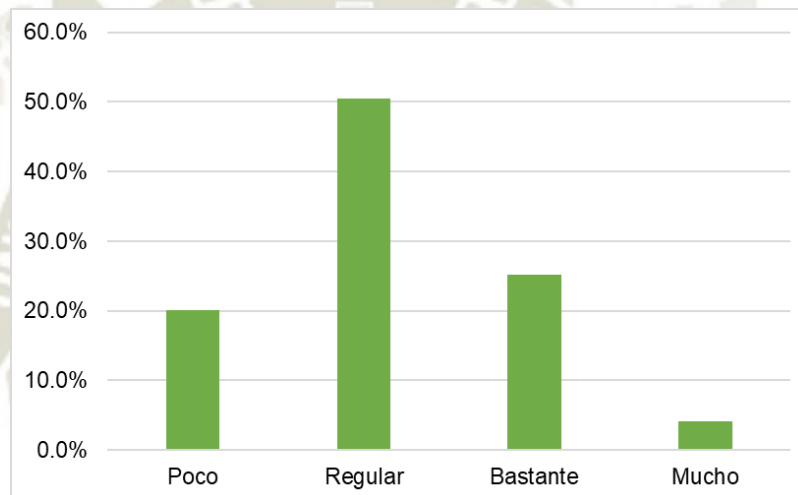
Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

En cuanto a la percepción del trato personal por parte del personal de salud no médico se ha encontrado que en 50.4% fue regular, en 25.2% fue bastante, en 22.4% fue poco y en 4.2% fue mucho. Cabe mencionar que los términos “*poco*”, “*regular*”, “*bastante*”, y “*mucho*”; son los términos que utiliza el instrumento empleado en el presente trabajo de investigación.

Figura 9. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

¿En qué medida considera que existe un trato humano por parte del personal de salud como enfermeras, auxiliares, personal de laboratorio o de rayos X?



Fuente: Elaboración personal

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

**Tabla 10. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud
Con relación a la atención que usted ha recibido o visto que otros reciben,
en los hospitales o centros de salud, que le parecen las siguientes
afirmaciones sobre el médico:**

	No	Poco	Indeciso	Bastante bien	Excelentemente
<i>Lo/ la saludó cortésmente</i>	4 3.1%	23 17.8%	30 23.3%	58 45%	14 10.9%
<i>Le atendió con amabilidad y respeto</i>	1 0.8%	11 8.5%	29 22.7%	74 57.8%	13 10.2%
<i>Le dio el tiempo necesario para su consulta</i>	3 2.3%	23 17.8%	18 14%	69 53.5%	16 12.4%
<i>Le permitió explicarle bien su problema</i>	6 4.7%	11 8.6%	28 21.9%	70 54.7%	13 10.2%
<i>Se mostró sensible a su sufrimiento y tomó en cuenta lo que le preocupa.</i>	10 7.8%	14 10.9%	25 19.5%	65 50.8%	14 10.9%

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Las percepciones sobre la atención el médico resalta que el saludo fue bastante bien en todas las preguntas de esta parte; al referirse cortésmente (45%), por la misma vía en cuanto a la atención con amabilidad y respeto (57.8%), al darle tiempo para la consulta (53.5%), al permitirle explicar bien su problema (54.7%), al mostrar sensibilidad del sufrimiento y preocuparse (50.8%)

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

**Tabla 11. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud
Con relación a la atención que usted ha recibido o visto que otros reciben,
en los hospitales o centros de salud, que le parecen las siguientes
afirmaciones sobre el médico:**

	No	Poco	Indeciso	Bastante bien	Excelentemente
<i>Le preguntó sobre su vida personal, su trabajo o su hogar</i>	55 43.3%	19 15%	25 19.7%	23 18.1%	5 3.9%
<i>Mostró responsabilidad e interés al atenderlo(a)</i>	5 3.9%	18 14.1%	25 19.5%	67 52.3%	13 10.2%
<i>Le explicó e informó sobre la enfermedad que padece.</i>	4 3.1%	15 11.6%	22 17.1%	75 58.1%	13 10.1%
<i>Respetó su privacidad durante su consulta y fuera de ella.</i>	4 3.1%	8 6.2%	21 16.3%	81 62.8%	15 11.6%
<i>Le hizo entender bien como debía seguir su tratamiento.</i>	8 6.4%	8 6.4%	24 19.2%	72 57.6%	13 10.4%

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Continuando con otras interrogantes en la línea del trato del médico que dio al paciente, en 43.3% no preguntó sobre su vida personal, 52.3% percibió bastante bien al interés que mostró en la atención, del mismo modo el resto de ítems: en 58.1% al explicarle sobre la enfermedad que padece, 62.8% en respetar la privacidad durante y fuera de la consulta y en 57.6% al hacerle entender como debía seguir el tratamiento.

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Tabla 12. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

En general durante las atenciones que ha tenido, el médico o la enfermera:

	¿Le tomó la presión arterial?	¿Lo/la pesó?
Nunca	37 (28.7%)	47 (36.4%)
Pocas veces	25 (19.4%)	17 (13.2%)
Algunas veces	26 (20.2%)	22 (17.1%)
Casi siempre	28 (21.7%)	30 (23.3%)
Siempre	13 (10.1%)	13 (10.1%)
Total	129 (100%)	129 (100%)

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Durante la atención en la evaluación de presión arterial 28.7% refirió que nunca le tomaron la presión arterial, ni el médico ni la enfermera, seguidamente en 21.7% de los pacientes casi siempre les tomaron la presión. En cuanto a la toma de peso, 36.4% refirieron que nunca fueron pesados, 23.3% que casi siempre, 17.1% algunas veces.

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GOYENCHE, 2020”**

Cuadro 13. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

¿Cuán de acuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones con respecto a la atención que usted ha recibido, o visto que otros reciben, en los hospitales o centros de salud?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<i>Le dieron cita en un plazo razonable</i>	12 9.6%	79 63.2%	8 6.4%	18 14.4%	8 6.4%
<i>Su tiempo de espera en el consultorio fue razonable</i>	8 6.3%	52 40.6%	10 7.8%	26 20.3%	32 25%
<i>Fuera de los médicos, el resto del personal como enfermeras, auxiliares, o personal de laboratorio o rayos X le atendieron con amabilidad y respeto</i>	12 9.4%	67 52.3%	7 5.5%	33 25.8%	9 7%

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

Con respecto a la atención que recibieron los pacientes, se encontró que 63.2% estuvo de acuerdo con el tiempo de cita (en plazo razonable). 40.6% estuvo de acuerdo con el tiempo de espera en el consultorio mientras que 20.3% estuvo en desacuerdo con ello. 52.3% estuvo de acuerdo en que el personal de salud no médico los atendió con amabilidad y respeto, sin embargo 25.8% estuvo en desacuerdo.

“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020”

Tabla 14. Cuestionario sobre deshumanización de la atención de salud

¿Cuán de acuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones con respecto a la atención que usted ha recibido, o visto que otros reciben, en los hospitales o centros de salud?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<i>Fue atendido/a en un ambiente con adecuada limpieza, orden y privacidad</i>	13 10.2%	75 58.6%	15 11.7%	20 15.6%	5 3.6%
<i>Le proporcionaron las medicinas que le prescribieron</i>	13 10.2%	73 57.5%	21 16.5%	13 10.2%	7 5.5%
<i>Le prescribieron medicinas que estaban al alcance de su economía</i>	10 7.8%	59 46.1%	15 11.7%	28 21.9%	16 12.5%

Fuente: Elaboración personal

Interpretación:

En relación con el ambiente (limpieza, orden y privacidad), 58.6% se mostró de acuerdo con las condiciones adecuadas. 57.5% percibió que le proporcionaron las medicinas que le prescribieron. 46.1% estuvo de acuerdo al indicar que las medicinas que les prescribieron estaban al alcance de su economía, mientras que 21.9% estaba en desacuerdo con ello.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La deshumanización en la medicina es un problema que se viene percibiendo con mayor frecuencia durante los últimos años; esto se evidencia en diversos reportes que se vienen presentando a nivel mundial a través de artículos científicos y también se evidencia por la masiva queja de las personas que han recibido atención y cuya percepción del trato humano es bajo (25, 26). Buscando no ser ajenos a esta realidad, es que el objetivo de este trabajo de tesis es evaluar los factores vinculados, así como la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche. Para ello se ha aplicado un cuestionario sobre Deshumanización de la Medicina de la Academia Nacional de Medicina del Perú a un grupo de pacientes de diferentes servicios para evaluar su percepción al respecto.

Se evaluaron pacientes que se encontraban en los consultorios externos de diversos servicios del Hospital Goyeneche. Al evaluar sus características sociodemográficas hemos encontrado que más de la mitad de ellos eran adultos, con un promedio de edad de 41.85 años (+/- 15.34 años). Es importante considerar la edad ya que existen grupos con mayor fragilidad y debilidad con respecto a la deshumanización, debido a sus condiciones, específicamente los adultos mayores tienen a percibir mayor hostilidad en este tema (26). En este trabajo se ha encontrado que la población de adultos mayores estuvo conformada por el 14.7%. Adicionalmente ellos, al ser pacientes con mayor presencia de comorbilidades y varios de ellos en estado terminal, se debe tener mayor consideración al inferir su estado emocional en término de emociones primarias, humanas o básicas (27).

La mayor parte de los pacientes evaluados fueron del sexo femenino (73.6%), esto se debe a que se han considerado servicios exclusivos de pacientes mujeres, como es el de ginecología y obstetricia. Si bien, en el ámbito médico la sexualización de los pacientes no se ha convertido en un problema vinculado a la deshumanización de la medicina, hay que tener en consideración que el sexo femenino tiene a percibir mayores tratos hostiles por parte de los hombres que de mujeres a hombres; esto puede darse de una forma consciente o inconsciente (28). Uno de los motivos por los cuales la mujer está más involucrada que el hombre en el concepto de

deshumanización es la percepción de la mujer bajo la imagen de menor valor y en casos extremos llegando a ser comparable como un objeto (29).

El estado civil o estado marital forma parte de una de las características sociodemográficas que se ha recopilado de este estudio. 53.6% reportó que estaba soltero o soltera. 37.6% casado (a). No se han encontrado estudios que evalúen el rol que puede cumplir el estado civil en relación a la deshumanización desde la perspectiva de los pacientes; sin embargo, se ha encontrado un estudio que evalúa estas características como parte del conjunto de variables predictoras en escalas hacia el burnout y esto como parte de una causa de la deshumanización en la atención de los pacientes (30).

La culturización es proceso que tiene resultados complejos en relación a la percepción de la deshumanización; se ha observado que cuestionados vinculadas al conocimiento de nuevas áreas y tecnologías puede jugar un rol importante en la percepción de la deshumanización (31). Desde la perspectiva de este trabajo se ha buscado considerar al nivel de educación del paciente; encontrándose que más de la tercera parte (41.1%) tiene educación superior y que 5.4% de los pacientes no han reportado nivel de escolaridad alguno. Esto también puede tener un efecto sobre la clase social del paciente y como este afecta sobre su percepción en la deshumanización de la atención médica. Esto se mencionará con mayor contexto en la evaluación del lugar de procedencia, en el siguiente párrafo.

Si bien, el Hospital Goyeneche se encuentra en la segunda ciudad más importante del Perú, recibe un buen número de pacientes que provienen de zonas alejadas de la ciudad y zonas rurales. En este caso, de todos los pacientes evaluados se ha encontrado que 23.8% proceden de otro lugar distinto al de la ciudad de Arequipa. Es importante considerar este tópico porque este estrechamente ligado a la clase social y hay un vínculo estrecho entre las personas provenientes de zonas rurales, con menor estatus socioeconómico y la percepción de deshumanización. Un estudio evaluó específicamente cómo las percepciones de las enfermeras sobre el estatus socioeconómico de los pacientes con dolor se asociaron con (más o menos) inferencias deshumanizantes sobre su dolor y diferentes recomendaciones de tratamiento; los hallazgos de este estudio revelan el papel de los sistemas de

creencias culturales basados en la clase en el cuidado del dolor, y muestran cómo el reconocimiento de las enfermeras de un bajo nivel socioeconómico bajo se asocia con inferencias y recomendaciones deshumanizantes, que pueden contribuir a reproducir las disparidades en el cuidado del dolor (32). Esto también podría estar vinculado con el estado laboral de los pacientes, para el caso de los pacientes estudiados, se ha encontrado que 57.5% no cuenta con ocupación laboral; incrementando aún más el riesgo de la percepción de la deshumanización en el trato.

En lo que respecta a la evaluación de la deshumanización de la atención de salud, se plantearon varias preguntas vinculadas a la atención ya sea por parte del médico o por parte del personal de salud no médico (enfermeras, técnicos, etc). El trato humano brindado por los médicos fue considerado bastante en 40.2%, regular en 41%, mucho en 9.4% y poco en 9.4%. El mismo trato, pero brindado por el resto del personal de salud fue regular e 50.4%, bastante en 25.2%, poco en 22.4% y mucho en 4.2%. Se puede observar la diferencia de percepción que existe entre ambos tipos de profesionales. Al realizar el análisis estadístico (chi cuadrado), se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos casos ($p < 0.05$). Bajo esto, podemos decir que hay una mejor percepción en el trato de los médicos en comparación del resto de profesionales de la salud. Este es un factor a mejorar ya que, todo ello forma un conjunto de atención y si hay un aspecto que tiene deficiencias estas pueden involucrar a todo el componente de atención de la salud.

Existe un movimiento mundial, dirigido por el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona; que han descrito 8 principios de este movimiento: *“compromiso ético, marco holístico, sensibilidad y respuesta cultural; foco comunicativo y relacional; individualización del programa de atención clínica; establecer una base común entre clínicos, paciente y familia para el entendimiento y la acción; organización de servicios integrados y centrados en las personas y la comunidad; educación médica e investigación científica en salud centradas en la persona”* (33). El instrumento utilizado en este estudio toma en consideración gran parte de los componentes descritos, estos se van a ir detallando a continuación, caracterizando como se encuentra la situación en los pacientes evaluados.

En la evaluación del trato, específicamente del médico, más de la mitad de los pacientes han referido que existe una atención bastante buena en varios aspectos, como por ejemplo en el saludo (percepción de saludo cortés en 45%), la atención con amabilidad (57.8% bastante bien), el tiempo necesario en la consulta (bastante bien en 53.5%), que el médico le haya permitido explicarle bien su problema (bastante bien en 54.7%), que el médico haya mostrado sensibilidad al sufrimiento y tomar en cuenta a lo que le preocupaba (bastante bien en 50.8%), que el médico haya tomado responsabilidad e interés al atenderlo (bastante bien en 52.3%), que el médico le haya informado y explicado sobre la enfermedad que el paciente padece (bastante bien en 58.1%), que el médico haya respetado la privacidad del paciente durante la consulta y fuera de ella (62.8%), que el médico le haya hecho entender cómo debía seguir su tratamiento (bastante bien en 57.6%). Un punto bajo, y también acorde o lo que corresponde es que 43.3% ha respondido que no se le preguntó sobre su vida personal, trabajo u hogar. Si bien, este es un aspecto subjetivo, de forma general puede quedar en claro que la privacidad del paciente está respetada. En todo acto médico, la circunstancia del médico debe ser la misma que la del paciente, por lo que si no se presta la atención como tal circunstancia tampoco existe un cuidado y atención misma al médico que está atendiendo; se debe considerar que esto va a tener repercusiones a nivel profesional y personal (34).

Referente a dos evaluaciones básicas, generales e importantes que forman parte de la anamnesis del paciente en la consulta externa, la toma de presión arterial y el peso, por parte del personal de salud; se ha encontrado que en 21.7% de los casos casi siempre se ha dado, 20.2 refieren que algunas veces, 28.7% nunca. Esto último llama la atención debido a que esto, además de la información médica útil que se pueda obtener, puede ser una de las primeras y principales oportunidades que se tienen para establecer un buen nexo con el paciente. Concomitante a esto, en la toma del peso, 36.4% ha referido que no se les ha pesado nunca, esto también llama la atención para el desarrollo de la buena conexión y está vinculado a la humanización de la medicina.

El sistema de salud tiene deficiencias conocidas y de largo tiempo en la parte administrativa. Una de las preguntas que contiene este cuestionario está vinculada a ello, esta es sobre el tiempo de la cita, si fue en un plazo razonable. 63.2% de los

pacientes estuvo de acuerdo en que el plazo fue razonable. Esto es alentador, porque la expectativa de este resultado era menor, pese a que el resultado óptimo debería ser el 100% o cercano a este, la brecha para llegar a ello puede mejorarse. También hay que tener en consideración que se trata de un Hospital de Ministerio de Salud, cuyo régimen y tiempos para obtener citas es completamente diferente al de un Hospital de la Seguridad Social, se recomienda que para estudios posteriores se considere un estudio comparativo entre hospitales de ambos regímenes administrativos.

El tiempo de espera en el consultorio puede ser uno de los factores que más incomodidad puede causar a los pacientes antes de la consulta médica. Y esto se fundamenta en que al paciente se le programa a una hora determinada, pero por diversos factores ésta se ve alterada de algún modo. En este estudio 40.6% ha reportado que estuvo de acuerdo con el tiempo de espera, 20.3% estuvo en desacuerdo con ese tiempo. Por lo general, este es un factor completamente administrativo, los espacios de tiempo en los que falla la atención se da muchas veces por la desorganización del manejo del orden de atención de los pacientes, son pocos los casos en los que se da porque una consulta demoró más tiempo del previsto o hubo algún inconveniente en los que el médico no se encontraba en consulta.

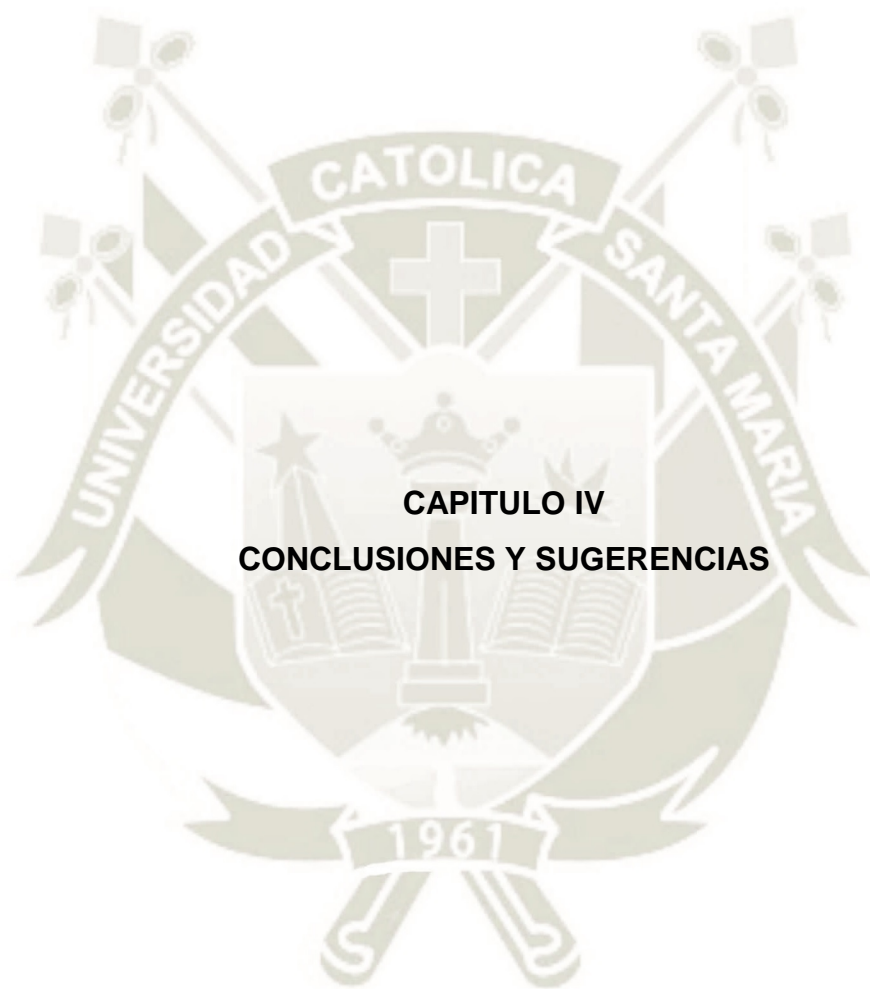
Como se mencionó anteriormente, la vinculación a la deshumanización de la medicina no solo es responsabilidad del médico, sino del todo el equipo de atención en conjunto, una de las preguntas del cuestionario evaluó si la atención fue con amabilidad y respeto del personal no médico, 52.3% respondieron estuvieron de acuerdo, sin embargo 25.8% - la cuarta parte – considera que no. Esto es uno de los puntos clave, en donde también pueden corregirse formas y modos para la mejora de la atención en salud.

El espacio de atención es parte importante, ya que la persona que va a ser atendida presenta un grado alto de vulnerabilidad por su misma patología, entonces, un ambiente acogedor puede jugar un rol importante en este caso; la pregunta del cuestionario se orientó a si el ambiente tenía una limpieza adecuada, así como orden y privacidad; a lo que los pacientes respondieron en 58.6% que estaban de acuerdo, 15.6% estaba en desacuerdo. Esto es un resultado positivo, pero, sin

embargo, que haya todavía problemas del ambiente, es grave; puesto que las condiciones más básicas no pueden estar a ese nivel, el Hospital Goyeneche es un hospital nivel III de la segunda ciudad más importante del Perú, y ello implica que este tipo de problemas no son plausibles.

Como se comentó, son conocidas las falencias que existen en el sistema de salud en los hospitales del ministerio de salud, una de estas es la falta de medicamentos, no solo en casos muy específicos. La pregunta que realiza el cuestionario está referida a si las medicinas que le prescribieron fueron proporcionadas por el Hospital, 57.5% estuvo de acuerdo con ello; a más de la mitad de los pacientes si se les proporcionó, 10.2% estuvo muy de acuerdo. Es recomendable que se hagan evaluaciones más exhaustivas y altamente específicas de los medicamentos que se prescriben y en base a ello, generar las solicitudes adecuadas al ministerio de salud para la compra de estos.

Finalmente, el último cuestionamiento va referido a si el costo del medicamento es solvente con el manejo económico del paciente. 46.1% ha referido que está de acuerdo, 7.8% muy de acuerdo. Si bien se tiene que más de la mitad de los pacientes no se encuentra laborando, esto guarda congruencia a que un poco menos de la mitad no estaba al alcance de su economía. Se debe tener en consideración que el aspecto de salud forma un rol importante en el desarrollo económico de un país; si bien no es recomendable una subvención a todo lo que tenga que ver con salud, se deben buscar alternativas sostenibles para el manejo adecuado de costos y precios de los medicamentos que se subvencionan. Parte de las inconductas personales relacionadas al trato del paciente con la deshumanización, está la mercantilización de la salud; lo que va a ejercer presiones sobre los decisores y gestores quienes van a tomar decisiones bajo intereses secundarios y no los del paciente, perjudicando indirectamente la atención médica (34).



CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La percepción de la deshumanización de la atención en salud en los pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche es regular, es decir, más de la mitad de los pacientes considera que hay un buen trato, sin embargo, aún hay un 9.4% que considera que el trato que reciben es poco humano por parte de la atención de los médicos. Además, la atención dada por el médico en la consulta es bastante buena en la mayoría de los casos. No es frecuente la toma de presión y/o peso por parte del personal de salud. Más de la mitad de los pacientes estuvo de acuerdo con los tiempos de cita y de atención, así como el lugar de atención y la accesibilidad a los medicamentos prescritos.
- SEGUNDA:** Las características sociodemográficas de los pacientes evaluados fueron las siguientes: Tuvieron una edad promedio de 41.85 años, mayoritariamente de sexo femenino, solteros, con secundaria, procedentes de Arequipa. Un poco más de la mitad se encontraba en situación no laboral.
- TERCERA:** La asociación entre las características de la percepción de la deshumanización de la medicina y las sociodemográficas de los pacientes se dio fundamentalmente relacionada a la situación laboral. Así mismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de la actitud humanista entre médicos y el resto de personal de salud, teniendo estos últimos mayores deficiencias.

SUGERENCIAS

PRIMERA: Se sugiere mejorar la humanización en el trato de los pacientes por parte del personal médico; mediante capacitaciones constantes, eventos afines como jornadas, congresos y mesas redondas; los cuales deben realizarse de manera conjunta con la Universidad, el Colegio Médico, Sindicatos, Agremiaciones, Sociedades Científicas, entre otros. Así mismo se deben tener evaluaciones de la parte administrativa sobre la percepción de los pacientes en relación a la deshumanización de la atención. En base a los resultados discutir y llegar acuerdos para la mejora de la humanización.

SEGUNDA: Se sugiere a la administración de los Centros Hospitalarios mejorar las instalaciones y condiciones de infraestructuras de los Hospitales, mediante requerimientos constantes al Ministerio de Salud, mesas de concertación con la sociedad civil y el condicionamiento del funcionamiento del Hospital hasta tener las medidas mínimas de funcionamiento adecuado al paciente.

REFERENCIAS

1. Haslam N. Humanising medical practice: the role of empathy. Medical journal of Australia. 2007;187(7):381-2.
2. Pawlikowski M. Dehumanization of contemporary medicine: Causes and remedies. Neuroendocrinology letters. 2002;23(1):5-7.
3. Haslam N. Dehumanization: An integrative review. Personality and social psychology review. 2006;10(3):252-64.
4. Brandt MJ, Reyna C. The chain of being: A hierarchy of morality. Perspectives on Psychological Science. 2011;6(5):428-46.
5. Harris LT, Fiske ST. Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. Social Cognition: Routledge; 2018. p. 215-26.
6. Acosta-Navas D, Reyes CF. From combatants' boots: Reincorporation and reconciliation 1. Truth, Justice and Reconciliation in Colombia: Routledge; 2018. p. 119-35.
7. Weber A. Emerging Medical Ethical Issues in Healthcare and Medical Robotics. International Journal of Mechanical Engineering and Robotics Research. 2018;7(6).
8. Capozza D, Falvo R, Boin J, Colledani D. DEHUMANIZATION IN MEDICAL CONTEXTS: AN EXPANDING RESEARCH FIELD. TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology. 2016;23(4).
9. Leone S. La humanización de la medicina. Evolución histórica. Revista Iberoamericana de Bioética. 2018(8):01-14.
10. Jauhar S. Intern: A doctor's initiation: Farrar, Straus and Giroux; 2007.
11. Pandya D. Medical Humanities: Historic Beliefs of Societal Value Patterns and Dehumanization of the Sacred Profession. Journal of the Gujarat Research Society. 2019;21(10s):127-34.
12. Robbins BD. Dehumanization in Modern Medicine and Science. The Medicalized Body and Anesthetic Culture: Springer; 2018. p. 127-49.
13. Seale A. The Effects of Medical Technology on Person-Centered Care in Modern Medical Practice 2019.

14. Szokolczai A, Horvath A, Papp AZ. Individualization as Depersonalization: Minority Studies and Political Anthropology. Taylor & Francis; 2017.
15. Hendrix CC, Landerman R, Abernethy AP. Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *Western journal of nursing research*. 2013;35(5):590-610.
16. Smart DR. Physician Characteristics and Distribution in the US 2010: *Amer Medical Assn*; 2009.
17. Hispanic N, Pacific NH. America Needs a More Diverse Physician Workforce. 2006.
18. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(7):1011-7.
19. Debas HT. Medical education and practice: end of century reflections. *Archives of Surgery*. 2000;135(9):1096-100.
20. Hahn RA, Gaines AD. Physicians of western medicine: Anthropological approaches to theory and practice: Springer Science & Business Media; 2012.
21. Zimbardo PG. Lucifer effect. *The Encyclopedia of Peace Psychology*. 2011.
22. Wagner P, Quiroz G, Cipriani E, Saavedra JE. Deshumanización de la Medicina o Deshumanización de la Sociedad. 2da ed. Lima, Perú 2019.
23. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:S67-S72.
24. Raja S, Shah R, Hamad J, Van Kanegan M, Kupersmidt A, Kruthoff M. Patients' perceptions of dehumanization of patients in dental school settings: implications for clinic management and curriculum planning. *Journal of dental education*. 2015;79(10):1201-7.
25. Haslam N, Stratemeyer M. Recent research on dehumanization. *Current Opinion in Psychology*. 2016 Oct 1;11:25-9.
26. Wiener RL, Gervais SJ, Brnjic E, Nuss GD. Dehumanization of older people: The evaluation of hostile work environments. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2014 Nov;20(4):384.

27. Vaes J, Muratore M. Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*. 2013 Mar;52(1):180-90.
28. Rudman LA, Mescher K. Of animals and objects: Men's implicit dehumanization of women and likelihood of sexual aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2012 Jun;38(6):734-46.
29. Vaes J, Paladino P, Puvia E. Are sexualized women complete human beings? Why men and women dehumanize sexually objectified women. *European Journal of Social Psychology*. 2011 Oct;41(6):774-85.
30. Vaes J, Muratore M. Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*. 2013 Mar;52(1):180-90.
31. Lee MK, Fruchter N, Dabbish L. Making decisions from a distance: The impact of technological mediation on riskiness and dehumanization. In *Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing 2015* Feb 28 (pp. 1576-1589).
32. Diniz E, Castro P, Bousfield A, Figueira Bernardes S. Classism and dehumanization in chronic pain: A qualitative study of nurses' inferences about women of different socio-economic status. *British Journal of Health Psychology*. 2019 Dec 6.
33. Mezzich JE, Kirisici L, Salloum IM. ICPCM Project on the Systematic Conceptualization and Measurement of Person-and People-centered Care. Technical Report, International College of Person Centered Medicine, New York; 2014.
34. Perales A. Calidad de la Atención Médica: aspectos éticos. En León Barúa R. *Calidad de la Atención Médica*. Academia Nacional de Medicina. Serie: Problemática Sanitaria Nacional: opinión institucional. Lima, 2015.



ANEXO 1
PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA
DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD
EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020”

Proyecto presentado por la Bachiller:

Villalobos Vela , Katherine Yrma

para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesor: Dr. Mendoza del Solar , Gonzalo

Arequipa- Perú

2020

FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHE, 2020

I. PREAMBULO

La deshumanización es endémica en la práctica médica y se viene acrecentando cada vez más, esto tiene un trasfondo psicológico que afecta la relación médico-paciente y el despliegue de prácticas clínicas de rutina. Ganándose cada vez una peor percepción del paciente, por ello es importante identificar las causas principales de deshumanización en entornos médicos, parte de ello forma la reducción de la empatía así como la desconexión moral.

Es necesario indagar estos problemas para plantear soluciones ya sea nivel individualizado u organizacional, es por ello que este tipo de trabajos son de suma importancia, y también debido a que existe un déficit de estudios en esta temática, no existen trabajos locales ni nacionales que traten de abordar el tema. Se debe discutir sobre cuándo la deshumanización en la práctica médica es potencialmente funcional y cuándo no. Aprender las múltiples causas psicológicas de la deshumanización en los hospitales permite una comprensión más profunda de cómo disminuir los casos perjudiciales de deshumanización en el entorno médico.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud
Área: Medicina Humana
Especialidad: Ética en Salud
Línea: Deshumanización de la medicina

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO Y ESCALA
Variable Dependiente			
Deshumanización de la Atención de la Salud (Cuestionario de Wagner et al.)	Área de percepción sobre la actitud humanista	Poco Regular Bastante Mucho	Categórica ordinal
	Área de amabilidad y cortesía en la atención	Nada Poco Indeciso Bastante Bien Excelentemente	Categórica ordinal
	Área de disponibilidad a la escucha y	Nunca Pocas veces Algunas veces Casi Siempre	Categórica ordinal

	dedicación del clínico	Siempre	
	Área de empatía y sensibilidad	Nunca Pocas veces Algunas veces Casi Siempre Siempre	Categórica ordinal
	Área de profesionalismo	Nunca Pocas veces Algunas veces Casi Siempre Siempre	Categórica ordinal
	Área de políticas de atención del establecimiento	Muy en desacuerdo En desacuerdo No sabe De Acuerdo Muy de acuerdo	Categórica ordinal
Variable Independiente			
Edad	Edad del paciente	Años cronológicos	Numérica de razón
Sexo	DNI	Masculino Femenino	Categórica nominal
Estado Civil	Referencia del paciente	Soltero Casado Viudo Divorciado	Categórica nominal
Escolaridad	Referencia del paciente	Ninguna Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria	Categórica ordinal

Lugar de procedencia	Ciudad de donde procede	Arequipa Fuera de Arequipa	Categórica nominal
Especialidad de atención	Especialidad donde tiene la cita al momento de la evaluación	Medicina Cirugía Pediatría Ginecología y Obstetricia	Categórica nominal
Estado laboral	Situación laboral actual	Si labora No labora	Categórica nominal
Patologías referidas	Enfermedades referidas por el paciente	Patologías que refiera el paciente	Categórica nominal

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuál es la percepción de la deshumanización de la atención en salud en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020?
- ¿Cuál es la asociación entre las características de la percepción de la deshumanización de la salud y las sociodemográficas en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020?

d. Tipo de Investigación: Observacional, transversal, analítico.

e. Nivel de Investigación: Relacional

Justificación del Problema.

Relevancia Contemporánea y social: Los problemas de la deshumanización de la medicina es uno de los problemas que actualmente vienen teniendo mayor realce e importancia ya que se vienen exponiendo más casos sobre problemas vinculados, así mismo este tema tiene llegar a tener efectos en el tratamiento del paciente.

Relevancia Académica y Científica: Es relevante porque en nuestro medio local ni nacional no se ha prestado el interés necesario para el desarrollo de este tipo de investigaciones, este trabajo, al ser el primero en su tipo tiene un aporte de gran connotación.

Factibilidad: El presente trabajo tiene la factibilidad de realizarse debido a que no va a generar grandes cantidades de gastos que el autor no pueda asumirlos, además se tiene accesibilidad a los pacientes a los que se les va a encuestar.

Originalidad: No se han realizado trabajos similares en el medio local ni nacional, por lo que es una temática inédita en el área de la medicina.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Deshumanización de la Medicina

2.1.1 Generalidades

Los ideales éticos esenciales de la profesión médica implican actuar en el mejor interés del paciente, tratar a los pacientes como fines en sí mismos, maximizar la autonomía del paciente en las decisiones informadas de tratamiento y distribuir los beneficios médicos de manera justa. Ya sea como científicos, médicos o pacientes, sabemos que estos ideales a menudo y rutinariamente

no se cumplen. Una forma en que esto sucede es cuando formas sutiles de deshumanización ingresan a la vida hospitalaria. Específicamente, los cuidadores pueden tratar a los pacientes menos como personas y más como objetos o animales no humanos, situaciones que los propios médicos a menudo satirizan en los libros sobre la vida hospitalaria. Sin embargo, la empatía es buena para los resultados clínicos, y la atención centrada en el paciente produce resultados positivos para la salud. Los pacientes consideran que ser tratados como objetos o animales no humanos es aversivo, y los médicos dedican mucho tiempo a abordar cómo tratar a los pacientes de manera más humana (1).

En lugar de señalar con el dedo a las personas, sugerimos que las causas principales de estos resultados son el resultado de las características estructurales y organizativas de la vida hospitalaria, así como de las demandas psicológicas funcionales intrínsecas a la profesión médica. Son los subproductos de prácticas médicas comunes y de otra manera efectivas y situaciones institucionales que facilitan la deshumanización de los pacientes. Los avances recientes en las ciencias psicológicas y cerebrales, así como nuestra propia especulación, nos permiten explicar qué es la deshumanización y sugerir por qué sucede tan a menudo en la medicina moderna (2).

Asumiendo que no toda la deshumanización es necesaria en medicina, este enfoque puede sugerir recomendaciones para mejorar las prácticas clínicas y la atención al paciente. Proponemos formas de humanizar la atención al paciente mediante la incorporación de una serie de medidas organizativas simples, económicas y efectivas. Los efectos de estas medidas deben estudiarse experimentalmente en entornos clínicos, ya que los psicólogos y médicos trabajan juntos en el fenómeno poco estudiado pero generalizado de la deshumanización en la medicina (3).

2.1.2 Concepto de Deshumanización

La psicología y la neurociencia han identificado causas predecibles, consecuencias y mecanismos neuronales subyacentes a la deshumanización. La esencia de la deshumanización es la negación de una mente humana distintiva a otra persona. Las personas típicamente piensan en una mente en términos de dos dimensiones: experiencia (la capacidad de sentir placer y dolor) y agencia. La deshumanización implica despojar a una o ambas de estas dimensiones de la mente de las personas. La negación de la experiencia generalmente se manifiesta en el tratamiento de los demás como máquinas frías, insensibles, mientras que la negación de la agencia generalmente se manifiesta en el tratamiento de los demás como animales no civilizados e irracionales (4).

Diversas líneas de investigación operacionalizan la deshumanización de diferentes maneras. Un programa de investigación evalúa la infrahumanización, un tipo de deshumanización que implica la negación de emociones secundarias (por ejemplo, nostalgia, humillación) a otros. En particular, estas son precisamente las emociones que requieren capacidades mentales de orden superior, como la autorreflexión o la retrospección. Un segundo programa de investigación mide la deshumanización en términos de la negación de rasgos exclusivamente humanos (que involucran lógica, razón y cortesía) o rasgos típicos de la naturaleza humana. De manera similar, estos rasgos requieren capacidades mentales para la agencia y la experiencia. La investigación neurocientífica ha operacionalizado la deshumanización en términos de desactivación de la corteza prefrontal medial (MPFC), una región claramente implicada en la mentalización, al evaluar a otra persona. Aunque estas diferentes conceptualizaciones de la deshumanización varían en sus detalles, la característica central de todas las explicaciones de la deshumanización es una disminución de la atribución y la consideración de los estados mentales de los demás (5).

Dado que la consideración de los estados mentales de los demás es esencial para la empatía, algunas formas de deshumanización, en las que las personas son tratadas como entidades mecanicistas, también pueden equipararse con una empatía disminuida. En prácticamente todos los casos, la deshumanización permite a las personas experimentar menos preocupaciones morales por sus acciones hacia otros deshumanizados, y puede justificar actos que de otro modo se considerarían dañinos (6).

La deshumanización en medicina no necesariamente resulta de una intención maliciosa por parte de los cuidadores. Más bien, la deshumanización inconsciente e involuntaria de los pacientes puede ocurrir como un subproducto de la forma en que las mentes evolucionadas de los humanos interactúan con las prácticas sociales actuales y los requisitos funcionales en los hospitales. En este artículo, exploramos seis posibles causas de deshumanización en medicina, tres de las cuales tienen poca funcionalidad inherente (prácticas desindividuales, alteración de la agencia del paciente y disimilitud) y tres de las cuales pueden derivarse de su funcionalidad inherente en el entorno médico para la resolución de problemas (mecanización, reducción de la empatía y desconexión moral). Describiremos estas causas y ofreceremos soluciones para cada causa. Finalmente, discutiremos la funcionalidad y la no funcionalidad de estas causas (7).

2.1.3 Causas no funcionales de la deshumanización

Primero nos dirigimos a causas no funcionales de deshumanización. Un factor importante que se presume que causa la deshumanización es la desindividuación mediante la cual un individuo se sumerge en un grupo o se anonimiza. La desindividuación provoca la deshumanización de dos maneras: a través de la desindividuación de la persona que se percibe (la deshumanizada), o mediante la desindividuación del perceptor (el

deshumanizador). La desindividuación puede llevar a las personas (es decir, los perceptores) hacia un comportamiento antisocial como la agresión interpersonal a través de la disminución de los sentimientos de responsabilidad personal por estas acciones. De manera similar, la desindividuación del objetivo que se percibe otorga un comportamiento antisocial hacia este objetivo porque el objetivo se vuelve menos identificable. La deshumanización implica negar a una persona la "identidad", una percepción de la persona "como un individuo, independiente y distinguible de los demás, capaz de tomar decisiones". Aunque la evidencia directa que vincula la desindividuación a la deshumanización es escasa, la desindividuación puede fomentar circunstancias para la deshumanización (8).

Ambos procesos de desindividuación son endémicos del entorno médico. La desindividuación de los cuidadores los lleva a deshumanizarse, y la desindividuación de los pacientes los lleva a deshumanizarse. Así como los uniformes de los soldados en la batalla disminuyen los sentimientos de culpabilidad personal por la acción, los cuidadores en los hospitales se anonimizan en medio de un mar de batas blancas, que difunde sutilmente su responsabilidad individual hacia los pacientes. Mientras tanto, los pacientes pueden pasar a formar parte de la masa de entidades apenas vestidas que buscan ayuda, apareciendo como cuerpos sin rostro en lugar de agentes individuales que requieren empatía. Tal desindividuación puede amplificarse para los miembros de minorías raciales o étnicas porque las personas a menudo ven a estos grupos como grupos externos, lo que los hace más bajos en la heterogeneidad percibida. Cuando los médicos ven a los pacientes como miembros genéricos e hiperdesindividuos de una minoría, esto puede producir disparidades en la atención, como el uso reducido de la trombólisis para infartos de miocardio entre las minorías raciales. Además, cuando los médicos toman decisiones sobre grupos de pacientes versus pacientes individuales, pasan menos tiempo evaluando problemas y ordenan menos pruebas

adicionales, nuevamente señalando los efectos perjudiciales de la desindividuación del paciente (9).

Una segunda causa de deshumanización es la percepción de pacientes con discapacidad en la agencia. Esta causa de deshumanización surge simplemente porque entornos como los hospitales están repletos de personas cuyas capacidades para planificar, pretender y actuar (para ser agentes) están de hecho deterioradas. De esta manera, la pérdida de agencia de los pacientes es un subproducto intrínseco de las circunstancias que, en primera instancia, con mayor frecuencia requieren visitar un hospital. Estar incapacitado debido a una lesión traumática; infección; el consumo de drogas; dolor crónico; u otra enfermedad cardíaca, respiratoria, renal, endocrina, oncológica, vascular, inmunológica o neurológica por necesidad produce una disminución en la capacidad del paciente para planificar, pretender o actuar. Por lo tanto, incluso si los pacientes carecen de estas capacidades, centrarse en estas incapacidades puede aumentar la deshumanización animal (3).

2.1.4 Causas funcionales de la deshumanización

Mecanización

La deshumanización en la medicina también se deriva de factores intrínsecos a las demandas funcionales de la profesión médica. Un ejemplo es la necesidad diagnóstica y terapéutica de la mecanización, pensando en los pacientes como sistemas mecánicos compuestos de partes que interactúan. El tratamiento de las personas como sistemas mecánicos a menudo resulta en una forma particular de deshumanización (objetivación) en la que otros son vistos como incapaces de la capacidad de respuesta emocional o el calor interpersonal. La descomposición de las personas en sus partes puede ser útil en el diagnóstico y la localización patológica porque los humanos están compuestos de partes que interactúan y pueden operar por separado. Por lo tanto,

existe un nivel mínimo de deshumanización en contextos clínicos porque la mecanización beneficia estas tareas. Como resultado, los cuidadores comúnmente se refieren a pacientes en términos despersonalizados, usando siglas, la parte del cuerpo que se está operando o el nombre de su enfermedad (3, 10).

La mecanización también ocurre porque la descomposición de las personas y sus síntomas en sistemas y subsistemas fisiológicos (desde sistemas de órganos a órganos a tejidos a células a moléculas) es necesaria para la resolución de problemas. La conexión de la fisiopatología con los hallazgos y síntomas a menudo ocurre en un nivel de abstracción que ignora los estados mentales de los pacientes. La resolución de problemas médicos a menudo implica necesariamente centrarse en menos que todo el organismo humano, sin tener en cuenta la vida mental interna de una persona. Con toda la medición, palpación, escucha de sonidos anormales del cuerpo, percusión, inyección e imagen de las entrañas, los médicos pueden tratar a los pacientes como objetos en lugar de una persona completa con experiencias ricas y subjetivas (11).

Un enfoque similar se aplica a los tratamientos médicos. La mecanización es evidente en cualquier entorno quirúrgico o intervencionista: perforar la envoltura del cuerpo requiere una reducción focalizada y transitoria de una persona a sus partes que no funcionan bien. Los tratamientos farmacológicos requieren traducir los síntomas subjetivos y las respuestas en las acciones de los receptores celulares, los agonistas y antagonistas moleculares y los circuitos de retroalimentación bioquímica. Incluso el tratamiento personalizado en psicoterapia no es una excepción, ya que los tratamientos psicoterapéuticos deben explicar inevitablemente algunos fenómenos subjetivos en términos de principios más abstractos e impersonales al servicio de los resultados terapéuticos (11).

Reducción de la empatía

No considerar al paciente como una entidad totalmente social y tratarlos como sistemas mecánicos con componentes es probable que sea necesario para la resolución de problemas médicos de alto nivel. Investigaciones recientes sobre el funcionamiento cerebral de los profesionales médicos arrojan luz sobre estos asuntos. Específicamente, dos experimentos han examinado las bases neurocientíficas de la empatía del dolor en médicos versus no médicos. Los médicos que practican la acupuntura (así como los controles no médicos combinados) se sometieron a imágenes de resonancia magnética funcional (RMN funcional) mientras veían videos de agujas que se insertaban en las partes del cuerpo de otra persona, así como videos de las mismas áreas tocadas por un bastoncillo de algodón. Los médicos mostraron una activación significativamente menor en las áreas del cerebro involucradas en la empatía por el dolor (corteza cingulada anterior, corteza insular anterior, gris periacueductal) que los no médicos. Además, los médicos mostraron una activación significativamente mayor en áreas involucradas en el control ejecutivo, la autorregulación y la teoría de la mente (cortical prefrontal medial y dorsolateral y la unión temporoparietal). Estos hallazgos sugieren menos empatía y una mayor regulación cognitiva de una respuesta emocional entre los médicos (12).

Los beneficios para la resolución de problemas cognitivos de la deshumanización en entornos clínicos explican un hallazgo paradójico. Durante la escuela de medicina, los estudiantes informan que son los más empáticos durante los primeros 2 años de escuela, pero informan que la empatía disminuye tan pronto como se produce un contacto significativo con el paciente en el tercer año de capacitación, persistiendo durante el último año clínico de la escuela. Una revisión sistemática de 18 estudios longitudinales y transversales sobre los cambios en la empatía con el tiempo en estudiantes de medicina y residentes demostró que la empatía disminuye a medida que aumenta la educación y la

capacitación, especialmente a medida que la capacitación se vuelve clínica y requiere una interacción más directa del paciente. Esta reducción de la empatía probablemente contribuye directamente a una mayor deshumanización (13).

2.1.5 Soluciones a las causas no funcionales

Individualización

Si la desindividuación provoca la deshumanización, entonces la individuación puede disminuirla. Esto se puede hacer invirtiendo las prácticas médicas que anonimizan a los pacientes y a los médicos e incorporando otras prácticas que individualizan y personalizan a los médicos y pacientes. La individualización podría disminuir la deshumanización al hacer que los pacientes sean más identificables y al aumentar los sentimientos de responsabilidad personal entre los médicos. Por supuesto, los profesionales médicos generalmente deben trabajar en equipos que requieren cohesión, pero esta cohesión no necesita disminuir los sentimientos de responsabilidad personal para cuidar a los demás (14).

Los cuidadores y los pacientes son desindividualizados al usar uniformes que indexan su membresía de grupo distinta, como capitanes versus cadetes en el ejército o como soldados en ejércitos competidores. Los uniformes de bata blanca anonimizan a los médicos, disminuyendo los sentimientos de culpabilidad por sus acciones. En lugar de ser despojados sutilmente de su individualidad, los cuidadores podrían descartar los uniformes de bata blanca en favor de su vestimenta idiosincrásica pero profesional habitual. Además, el atuendo hospitalario estereotípico de grupo divisivo, como uniformes y batas homogéneas para médicos, podría proporcionarse en diversos colores y diseños. Las prácticas actuales de vestimenta constituyen tradiciones sagradas, como en el rito de iniciación de la "ceremonia de bata blanca" para los estudiantes en el que ese atuendo se pone

primero ritualmente y se toma un juramento ético. La psicología de la deshumanización sugiere una ironía: las tradiciones de bata blanca pueden servir para evitar que la medicina sea tan humana como podría llegar a ser (15).

Promoción de la igualdad

Numerosos métodos para promover la similitud médico-paciente pueden disminuir la disimilitud como fuente de deshumanización. Promover la diversidad racial, étnica y de género en las poblaciones de médicos para que coincida con la demografía del paciente puede establecer un nivel básico de similitud. En 2009, los salarios medianos de los médicos en los Estados Unidos oscilaron entre aproximadamente \$ 198,000 (medicina familiar) y \$ 580,000 (cirugía ortopédica; American Medical Group Association, 2009) (16). En términos de etnia y raza, los afroamericanos, hispanos, nativos y asiáticos estadounidenses representaban aproximadamente el 31% de la población en su conjunto en 2002, pero solo aproximadamente el 12% de la población de médicos (American Association of Medical Colleges, 2006) (17). En términos de género, las mujeres eran solo aproximadamente el 28% de todos los médicos estadounidenses en 2006 (American Medical Association, 2008) (16). En términos de clase, los médicos se encuentran entre las profesiones con mayores ingresos y son significativamente más ricos que el estadounidense promedio. Establecer una mera similitud demográfica puede disminuir los límites intergrupales percibidos, precisamente los límites que permiten la deshumanización. La educación y capacitación médica también deben incorporar prácticas que permitan a los médicos enfatizar la humanidad común que comparten con sus pacientes, específicamente su mortalidad compartida; narrativas de enfermedades; y vulnerabilidad a la discapacidad, sufrimiento, pérdida personal y otras formas de incertidumbre. Finalmente, una estrategia más específica es que las instituciones desalienten etiquetar a los

pacientes como sus enfermedades y enfatizan la humanidad del paciente. Estos esfuerzos combinados pueden contrarrestar la deshumanización resultante de la percepción de los pacientes como menos prototípicamente humanos, etiquetando a los pacientes como enfermedades y asimetrías en el poder (18).

2.1.6 Soluciones a las causas funcionales

Personificación y Humanización de los Procedimientos

Como se señaló, la deshumanización en la medicina puede ocurrir debido a las demandas de pensar en los pacientes como sistemas mecánicos en lugar de personas. Esta tendencia puede disminuir al alterar las formas en que se identifica a los pacientes de una manera más personalizada. La personificación es similar a la individuación, pero la personificación se enfoca en resaltar las características personales que distinguen a las personas de los objetos, mientras que la individualización se enfoca en distinguir a un individuo de la masa de los demás que lo rodean (12).

En entornos sociales autoritarios, las personas a menudo se deshumanizan al ser identificadas principalmente por un número. En el ejército, los soldados a menudo usan placas de identificación que los identifican de esta manera. Los reclusos y las víctimas de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial a menudo llevaban números de identificación tatuados en la piel. Cuando los pacientes son identificados con fines administrativos, en lugar de ser referidos e identificados principalmente por su fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de registro médico, los médicos podrían usar información centrada en la persona para suplantar identificadores numerados (19).

Durante las visitas al hospital, cuando los médicos presentan y discuten a los pacientes para el diagnóstico y el tratamiento, los médicos y los aprendices siempre pueden comenzar declarando al menos una oración informativa sobre el historial personal del paciente, como su nombre, ciudad natal o ciudad de nacimiento,

trabajo pasado o presente. o profesión (un recordatorio de agencia), pasatiempos pasados o presentes y vida familiar pasada o presente. Esto no requeriría trabajo adicional para los equipos médicos, ya que dicha información generalmente se adquiere en el historial social y familiar del paciente. Es solo que esta información se ignora pronto a medida que avanza la atención. La identificación personalizada serviría para recordar a los médicos la naturaleza humana de los pacientes, inhibiendo así la deshumanización (20).

Durante los procedimientos quirúrgicos, sigue una lógica ética y práctica análoga. Antes de que comience un procedimiento, comúnmente se anuncia el nombre del paciente y la parte del cuerpo de interés. Simplemente agregar algunas oraciones sobre la vida del paciente y la narrativa de cómo llegaron a estar en la mesa de operaciones podría humanizar dramáticamente el evento. Esta sugerencia es especialmente importante porque, aunque es probable que el cirujano jefe se haya reunido con el paciente en su consultorio, los otros miembros del personal médico que atienden al paciente (a menudo inconsciente) probablemente no hayan tenido interacciones personales significativas con el paciente, ni lo harán en el futuro (20).

Los intentos adicionales de personificación implican simplemente aumentar la visibilidad de los rostros de los pacientes como un recordatorio de su humanidad. Fuera de la medicina, enmascarar o engañar a las personas es una táctica común para inducir la deshumanización, como en el caso extremo e intencional de la prisión de Abu Ghraib en Irak. Para combatir la deshumanización, los procedimientos de drapeado durante las operaciones podrían apuntar no solo a la eficiencia y la eficacia, sino también a mantener las manos y la cara del paciente lo más visibles posible. Las cortinas en contextos médicos son casi siempre opacas. Podrían reemplazarse fácilmente por materiales transparentes para que los pacientes pudieran visualizarse y, por lo tanto, personificarse. Estas sugerencias pueden evitar errores médicos,

mejorar la atención al detalle y reducir los hematomas y el manejo brusco. Esto es especialmente cierto cuando los dispositivos se usan en tratamientos, ya que estas máquinas y objetos multiplican fácilmente la distancia psicológica y, por lo tanto, la magnitud de la deshumanización de otras fuentes (21).

2.1.7 Enfoque de la Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina ha realizado convenciones nacionales en donde tiene la finalidad de tratar problemas nacionales de salud, y dentro de los grandes temas identificados, uno es la deshumanización de la medicina; para ello se formó un grupo de trabajo conformado por Patrick Wagner, Raúl Morales, Guillermo Quiroz, Enrique Cipriani, Alberto Cazorla, Saúl Peña y Alberto Perales. La conformación de este grupo ha permitido evaluar e investigar tema desde distintas perspectivas, llegando a entender parte la complejidad del problema, en los que se evidencia la falta de desarrollo de investigación en nuestro país y en muchas regiones del mundo. Debido a esto, se dificulta la completa comprensión del problema, y por ende el planteamiento de soluciones para menguarlo. Como propuestas, la Academia Nacional de Medicina enfocó la conceptualización de la deshumanización de la medicina mediante discusiones internas y revisión de material bibliográfico, así mismo, mediante encuestas de opinión de éste material es pacientes que asisten a recibir atención en los sistemas de salud de nuestro país, para ello se desarrolló un instrumento, denominado Escala de Deshumanización de la Atención de Salud, cuya validación se ha dado mediante la aplicación en distintos centros hospitalarios de Lima y que se utiliza en este trabajo de investigación (22).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 Antecedentes Locales

No existen antecedentes locales relacionados a la deshumanización de la atención de la salud.

3.2 Antecedentes Nacionales

No existen antecedentes nacionales relacionados a la deshumanización de la atención de la salud.

3.3 Antecedentes Internacionales

3.3.1 Las percepciones de acogida e inoportunidad de las personas sin hogar en los encuentros sanitarios

Autores: Chuck K. Wen, Pamela L. Hudak & Stephen W. Hwang

Revista: Journal of General Internal Medicine

Resumen

El objetivo de este trabajo fue examinar cómo las personas sin hogar experimentaron "acogida" y "falta de bienvenida" en encuentros pasados con proveedores de atención médica y caracterizar sus percepciones de estas interacciones. Para ello se hizo un análisis de contenido cualitativo de 17 entrevistas en profundidad. Participaron diecisiete hombres y mujeres sin hogar, de 29 a 62 años, que residen en 5 refugios en Toronto, Canadá. El análisis de contenido interpretativo se realizó mediante etapas iterativas de codificación inductiva. Las transcripciones de las entrevistas se analizaron utilizando la conceptualización filosófica de Buber de formas de relacionarse como "Yo-esto" (la forma en que las personas se relacionan con los objetos) y "Yo – Tú" (la forma en que las personas se relacionan con los seres dinámicos) (18). La mayoría de los participantes percibieron sus experiencias de incomodidad como actos de discriminación. La falta de vivienda

y la baja clase social se citaron más comúnmente como la base percibida para el tratamiento discriminatorio. Muchos participantes informaron respuestas emocionales intensas a experiencias desagradables, que influyeron negativamente en su deseo de buscar atención médica en el futuro. Las descripciones de los participantes de encuentros de atención médica no acogedores fueron consistentes con las formas de relacionarse con "Yo-Esto" en el sentido de que se sentían deshumanizados, no escuchados o sin poder. Las experiencias de bienvenida fueron consistentes con las formas de relacionarse "Yo-Tú", en el sentido de que los pacientes se sentían valorados como personas, realmente escuchados o empoderados. Se concluye que las percepciones de acogida e inoportunidad de las personas sin hogar son un aspecto importante de sus encuentros con los proveedores de atención médica. Los conceptos de "Yo-esto" y "Yo-Tu" de Buber son ayudas potencialmente útiles para los proveedores de atención médica que desean comprender cómo se fomentan las interacciones acogedoras y no acogedoras (18).

3.3.2 De la "cultura de deshumanización del parto" al "parto como una experiencia transformadora": cambios en cinco municipios del noreste de Brasil

Autores: C Misago, C Kendall, P Freitas, K Haneda, D Silveira, D Onuki, T Mori, T Sadamori, T Umenai

Revista: International Journal of Gynecology & Obstetrics

Resumen:

Brasil se ha convertido en un país conocido por tener uno de los ejemplos más extremos de las consecuencias de la medicalización hospitalaria de la atención del parto, mientras que en el Estado de Ceará se desarrolló un modelo de humanización del nacimiento en la década de 1970. El Gobierno de Japón, a través de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), colaboró con el Ministerio Federal de Salud de Brasil y el

Gobierno del Estado de Ceará, en la implementación del Proyecto de mejora de la salud materno-infantil en el noreste de Brasil (1996– 2001). Este proyecto se centró en la "humanización del parto", con actividades de intervención basadas en la capacitación. Los cambios de comportamiento entre los profesionales de la salud que recibieron el tipo de capacitación participativa del proyecto se describieron utilizando los resultados de la encuesta del procedimiento de evaluación antropológica rápida (RAP). Se observaron cambios de "una cultura de deshumanización del parto" a "parto como una experiencia transformadora" (23).

3.3.3 Percepciones de los pacientes sobre la deshumanización de pacientes en entornos de escuelas dentales: implicaciones para el manejo de la clínica y la planificación curricular

Autores: Sheela Raja, Raveena Shah, Judy Hamad, Mona Van Kanegan, Alexandra Kupersmidt and Mariela Kruthoff

Revista: Journal of Dental Education

Resumen:

Aunque la importancia de la empatía, la relación y la conciencia de ansiedad / dolor en las relaciones dentista-paciente ha sido bien documentada, estos factores continúan siendo un problema con los pacientes en muchas clínicas de escuelas dentales. El objetivo de este estudio fue desarrollar una comprensión profunda de cómo los pacientes en un centro médico urbano afiliado a la universidad y la clínica de su escuela de odontología experimentaron la atención de la salud bucal y generar ideas para mejorar el plan de estudios clínico de la escuela de odontología y el manejo de la clínica. . Aunque las encuestas de satisfacción de los pacientes son comunes, las narrativas en profundidad de los pacientes son un recurso subutilizado para mejorar la educación dental. Se realizaron entrevistas cualitativas en profundidad con 20 pacientes dentales sin seguro o con seguro insuficiente en

estos sitios, y los resultados se analizaron mediante análisis de contenido. Los principales fenómenos que los participantes discutieron fueron la importancia de la empatía y la buena relación con sus proveedores de salud oral y la conciencia del proveedor sobre el dolor y la ansiedad dental. Muchos pacientes también discutieron sentirse deshumanizados durante las visitas al dentista. Con base en sus experiencias positivas y negativas, los participantes hicieron sugerencias sobre cómo los profesionales de la salud oral pueden involucrar exitosamente a los pacientes en el tratamiento (24).

4. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020.

Objetivos específicos

- Evaluar la percepción de la deshumanización de la atención en salud en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020.
- Evaluar las características sociodemográficas en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020.
- Evaluar la asociación entre las características de la percepción de la deshumanización de la salud y las sociodemográficas en pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche, 2020.

5. Hipótesis

Dado que la deshumanización de la atención de la salud es un creciente problema en la medicina a nivel mundial, es posible que este problema se encuentre presente en consultorios del Hospital Goyeneche según instrumento de Academia Nacional de Medicina

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Entrevista personal
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
 - o Cuestionario sobre deshumanización de la atención de la salud.
- **Materiales de Verificación**
 - o Cuestionarios impresos.
 - o Material de escritorio.
 - o Laptop.

4. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

Este trabajo de investigación se realizará en los consultorios externos del Hospital Goyeneche. Está ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

Los datos serán tomados durante los meses de enero y febrero del 2020.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio serán los pacientes que se encuentren en los consultorios externos.

2.3.1. Población

Los pacientes que tengan cita en los consultorios externos durante el periodo de estudio.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Se realizará un muestreo por conveniencia en los servicios seleccionados, se considerará la evaluación de los pacientes hasta llegar al tamaño muestral deseado.

Se ha empleado la fórmula de tamaño muestral infinito para calcular el número de pacientes mínimo a encuestar, este número será dividido equitativamente entre los cuatro servicios a evaluar.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Z= Nivel de confianza (1.96)

p= Porcentaje de la población con el atributo deseado (50%, se ha considerado el máximo valor atribuible)

q= 1-p (50%)

e= Error de estimación del máximo aceptado (10%)

Se ha calculado un tamaño muestral de 96 pacientes, por lo que en cada servicio se tendrá que entrevistar al menos a 24 pacientes.

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. De pacientes

- Criterios de Inclusión

- Pacientes que tengan una cita regular en el servicio a evaluar.
- Pacientes que den su consentimiento para la obtención de su información.
- Padres de pacientes a ser atendidos (en el caso del Servicio de Pediatría).

- Criterios de Exclusión

- Pacientes que tengan una cita adicional.

- Pacientes que no respondan todas las preguntas de la ficha de recolección de datos.
- Pacientes que no respondan todas las preguntas del cuestionario.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

- Se presentará el Proyecto de Tesis a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UCSM, para la evaluación por el dictaminador.
- Una vez aprobado, se presentará a los dos jurados otorgados.
- Se solicitará permiso a la Dirección del Hospital Goyeneche.
- Se coordinará con los jefes o encargados de cada uno de los servicios a evaluar para en base a los tiempos y al número de pacientes por día.
- Se recolectará la información de los pacientes hasta llegar al número necesario del tamaño muestral.
- Los datos serán tabulados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, en donde se analizarán descriptivamente; así mismo se empleará el programa SPSS para la estadística analítica.
- Desarrollar el borrador de tesis, presentarlo y sustentarlo en la Facultad de Medicina.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Katherine Yrma Villalobos Vela

Asesor: Dr. Gonzalo Mendoza del Solar Chávez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos impresas
- Cuestionarios impresos
- Laptop con programas específicos (Paquete Office 2018: Microsoft Word y Microsoft Excel, SPSS v24)
- Material de escritorio (lapiceros, corrector)
- Tabla de madera para encuestas

3.2.3. Recursos Financieros

- Propios del autor de la tesis

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha que recolectará información sociodemográfica no requiere de validación previa (Anexo 1).
- Cuestionario sobre deshumanización de la atención de la salud (Anexo 2). Este cuestionario consta de 21 preguntas, y se versa en las siguientes áreas: 1) percepción sobre actitud humanista, 2) amabilidad y cortesía en la atención, 3) disponibilidad a la escucha y dedicación del clínico, 4) empatía y sensibilidad, 5) profesionalismo, 6) políticas de atención del establecimiento. Este cuestionario fue desarrollado por el Grupo de Trabajo sobre Humanismo y Medicina de la Academia Nacional de Medicina; el grupo en mención realizó pruebas piloto para validar y evaluar los tiempos de aplicación, comprensión de las preguntas, así como la exploración de la consistencia interna e información psicométrica.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

A cada una de las fichas de recolección de datos se le asignará un código, el mismo que permanecerá hasta el final del manejo de los resultados en los documentos virtuales. Guardando la identificación de los pacientes. A cada una de las personas que nos brinde información se le pedirá el consentimiento informado para el uso de sus datos. Así mismo, cabe mencionar que se cuenta con la autorización del Dr. Perales (instrumento) para la utilización del instrumento.

3.4.2. A nivel de la sistematización

Cada uno de los valores de las variables se sistematizará en valores cuantitativos considerados desde 1 en el correlativo de adelante, 0 será considerado ausente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos. Para las asociaciones de variables categóricas se usará la prueba del Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideren variables cuantitativas.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.

V. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Enero 2020				Febrero 2020				Marzo 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
Proyecto: Presentación y aprobación	■	■										
Hospital: Permisos y aprobación		■										
Pacientes: Recolección de información			■	■	■	■						
Datos: Tabulación, análisis e interpretación de datos.						■						
Redacción de la tesis							■	■				
Sustentación de la tesis									■	■		



VI. REFERENCIAS:

1. Haslam N. Humanising medical practice: the role of empathy. *Medical journal of Australia*. 2007;187(7):381-2.
2. Pawlikowski M. Dehumanization of contemporary medicine: Causes and remedies. *Neuroendocrinology letters*. 2002;23(1):5-7.
3. Haslam N. Dehumanization: An integrative review. *Personality and social psychology review*. 2006;10(3):252-64.
4. Brandt MJ, Reyna C. The chain of being: A hierarchy of morality. *Perspectives on Psychological Science*. 2011;6(5):428-46.
5. Harris LT, Fiske ST. Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. *Social Cognition: Routledge*; 2018. p. 215-26.
6. Acosta-Navas D, Reyes CF. From combatants' boots: Reincorporation and reconciliation 1. *Truth, Justice and Reconciliation in Colombia: Routledge*; 2018. p. 119-35.
7. Weber A. Emerging Medical Ethical Issues in Healthcare and Medical Robotics. *International Journal of Mechanical Engineering and Robotics Research*. 2018;7(6).
8. Capozza D, Falvo R, Boin J, Colledani D. DEHUMANIZATION IN MEDICAL CONTEXTS: AN EXPANDING RESEARCH FIELD. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*. 2016;23(4).
9. Leone S. La humanización de la medicina. Evolución histórica. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2018(8):01-14.
10. Jauhar S. *Intern: A doctor's initiation: Farrar, Straus and Giroux*; 2007.
11. Pandya D. Medical Humanities: Historic Beliefs of Societal Value Patterns and Dehumanization of the Sacred Profession. *Journal of the Gujarat Research Society*. 2019;21(10s):127-34.
12. Robbins BD. *Dehumanization in Modern Medicine and Science. The Medicalized Body and Anesthetic Culture: Springer*; 2018. p. 127-49.
13. Seale A. *The Effects of Medical Technology on Person-Centered Care in Modern Medical Practice 2019*.

14. Szokolczai A, Horvath A, Papp AZ. Individualization as Depersonalization: Minority Studies and Political Anthropology. Taylor & Francis; 2017.
15. Hendrix CC, Landerman R, Abernethy AP. Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *Western journal of nursing research*. 2013;35(5):590-610.
16. Smart DR. Physician Characteristics and Distribution in the US 2010: *Amer Medical Assn*; 2009.
17. Hispanic N, Pacific NH. America Needs a More Diverse Physician Workforce. 2006.
18. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(7):1011-7.
19. Debas HT. Medical education and practice: end of century reflections. *Archives of Surgery*. 2000;135(9):1096-100.
20. Hahn RA, Gaines AD. Physicians of western medicine: Anthropological approaches to theory and practice: Springer Science & Business Media; 2012.
21. Zimbardo PG. Lucifer effect. *The Encyclopedia of Peace Psychology*. 2011.
22. Wagner P, Quiroz G, Cipriani E, Saavedra JE. *Deshumanización de la Medicina o Deshumanización de la Sociedad*. 2da ed. Lima, Perú 2019.
23. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:S67-S72.
24. Raja S, Shah R, Hamad J, Van Kanegan M, Kupersmidt A, Kruthoff M. Patients' perceptions of dehumanization of patients in dental school settings: implications for clinic management and curriculum planning. *Journal of dental education*. 2015;79(10):1201-7.



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nro. De Ficha

Fecha de Recolección: ___ / ___ / _____

Nro.	Ítem	Respuesta
1	Edad	_____ años
2	Sexo	1. Masculino 2. Femenino
3	Estado Civil	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a)
4	Nivel de escolaridad	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior técnica 5. Superior universitaria
5	Lugar de Procedencia	1. Arequipa 2. Fuera de Arequipa
6	Especialidad de atención	1. Medicina 2. Cirugía 3. Pediatría 4. Ginecología 5. Obstetricia 6. Otros: _____
7	Estado laboral	1. Si labora 2. No labora
8	Patologías referidas	_____

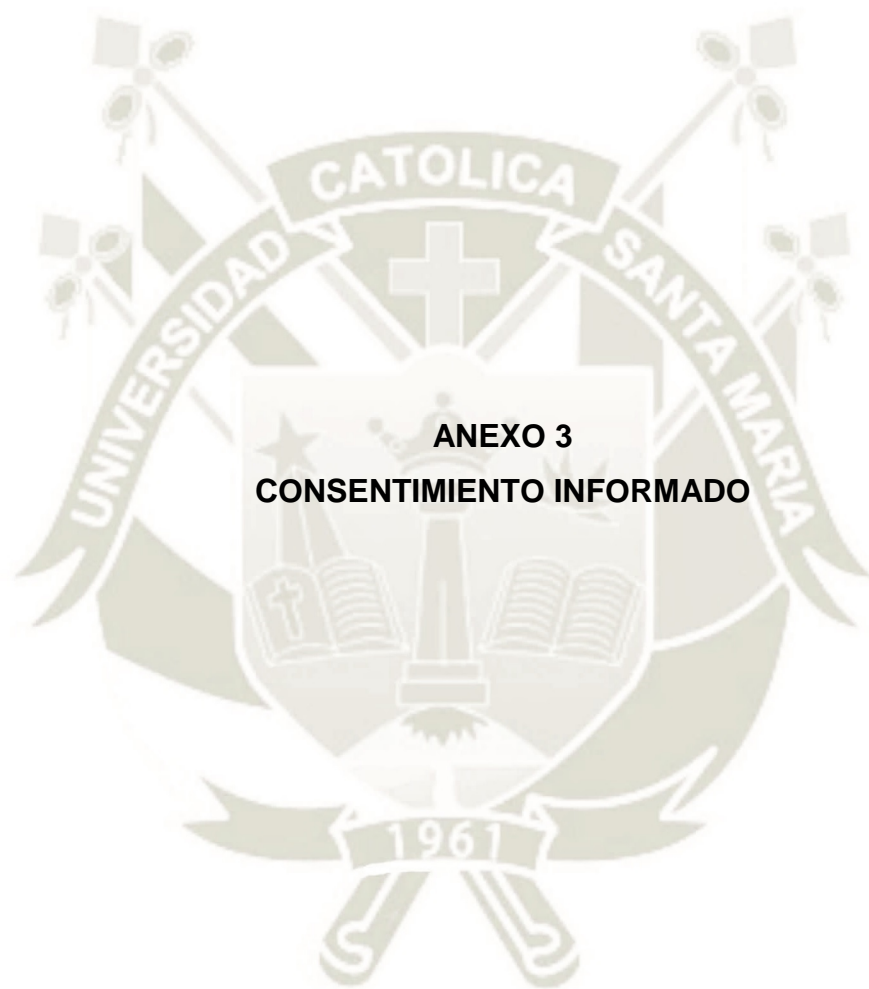
Fuente: Elaboración personal

CUESTIONARIO SOBRE DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

PARA USTED, ¿QUE SIGNIFICA "TRATO HUMANO" EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD?					
<p>LA ATENCIÓN DE LA SALUD ES HUMANA CUANDO SE MUESTRA AL PACIENTE SENSIBILIDAD ANTE SU ENFERMEDAD, Y COMPRENSIÓN DE SU SUFRIMIENTO COMO PERSONA. DE ACUERDO CON LO MENCIONADO DESEAMOS SABER SU OPINIÓN SOBRE SU EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD QUE USTED HA RECIBIDO O VISTO QUE OTROS RECIBEN EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD.</p>					
1. EN QUE MEDIDA CONSIDERA QUE EXISTE UN TRATO HUMANO POR PARTE DE :	-	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
a. Los médicos	1	2	3	4	5
b. Otro personal de salud como enfermeras, auxiliares, personal de laboratorio o de rayos X	1	2	3	4	5
1. CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD, QUE LE PARECEN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL MÉDICO:	NO	POCO	INDECISO	BASTANTE BIEN	EXCELENTEM ENTE
a. Lo/ la saludó cortésmente	1	2	3	4	5
b. Le atendió con amabilidad y respeto	1	2	3	4	5
c. Le dio el tiempo necesario para su consulta	1	2	3	4	5
d. Le permitió explicarle bien su problema	1	2	3	4	5
e. Se mostró sensible a su sufrimiento y tomó en cuenta lo que le preocupa.	1	2	3	4	5
f. Le preguntó sobre su vida personal, su trabajo o su hogar	1	2	3	4	5
g. Mostró responsabilidad e interés al atenderlo(a)	1	2	3	4	5
h. Le explicó e informó sobre la enfermedad que padece.	1	2	3	4	5
i. Respetó su privacidad durante su consulta y fuera de ella.	1	2	3	4	5
j. Le hizo entender bien como debía seguir su tratamiento.	1	2	3	4	5

3. EN GENERAL DURANTE LAS ATENCIONES QUE HA TENIDO, EL MÉDICO O LA ENFERMERA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a. ¿Le tomó la presión arterial?	1	2	3	4	5
b. ¿Lo/la pesó?	1	2	3	4	5
4. ¿CUAN DE ACUERDO ESTÁ CON CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, ¿EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD?	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO LO SÉ	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a. Le dieron cita en un plazo razonable	1	2	3	4	5
b. Su tiempo de espera en el consultorio fue razonable	1	2	3	4	5
c. Fuera de los médicos, el resto del personal como enfermeras , auxiliares, o personal de laboratorio o rayos X le atendieron con amabilidad y respeto	1	2	3	4	5
d. Fue atendido /a en un ambiente con adecuada limpieza, orden y privacidad	1	2	3	4	5
e. Le proporcionaron las medicinas que le prescribieron	1	2	3	4	5
f. Le prescribieron medicinas que estaban al alcance de su economía	1	2	3	4	5

Fuente: Perales ,2018



INSTITUCIÓN	Universidad Católica de Santa María
INVESTIGADOR	Katherine Yrma Villalobos Vela
ESTUDIO	FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROPÓSITO DEL PROYECTO

Lo estamos invitando a participar del trabajo de investigación llamado: FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020". Este es un trabajo desarrollado por una egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, los resultados de este trabajo servirán para el desarrollo de la tesis de titulación de la autora. Este trabajo se está desarrollando con el objetivo de determinar los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020

PROCEDIMIENTOS

Si usted acepta participar del estudio solo tendrá que responder unas preguntas sencillas vinculadas a la atención que recibe en el Hospital Goyeneche.

RIESGOS

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo.

BENEFICIOS

Al finalizar las preguntas, se le brindará consejería sobre dudas generales que tenga sobre la atención y humanización de la medicina

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que se obtenga de usted será totalmente confidencial, así mismo, ningún dato que permita su identificación será mostrado a otra persona sin su consentimiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

Si usted no decide participar en este estudio, puede retirarse de el en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO

Entiendo los procedimientos de este estudio. También entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo negarme sin perjuicio alguno:

Participante:

Fecha:

Nombre:

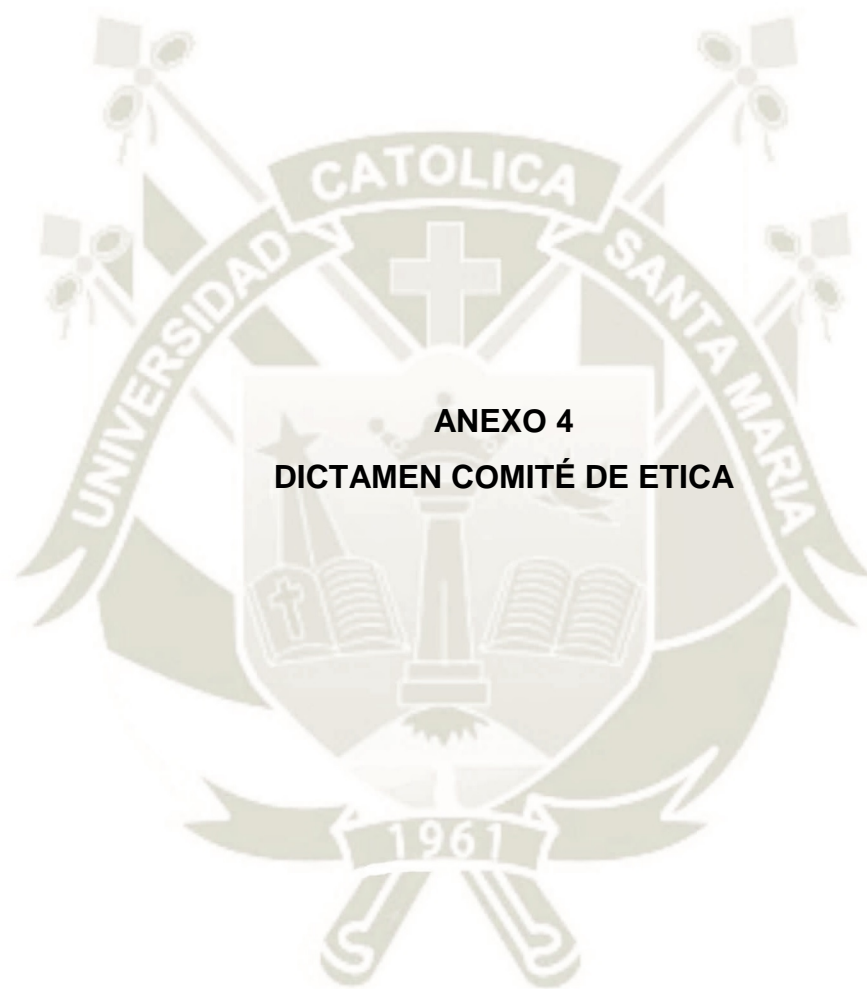
DNI:

Investigador

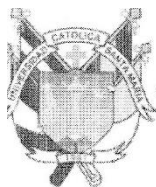
Fecha:

Nombre:

DNI:



ANEXO 4
DICTAMEN COMITÉ DE ETICA



**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Arequipa, 3 marzo 2020

Investigadora Katherine Yrma Villalobos Vela

Universidad Católica de Santa María

Presente

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado “FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, 2020” cuya autora es la bachiller Katherine Yrma Villalobos Vela

A. DISEÑO:

En cuanto al diseño, se trata de un estudio descriptivo de asociación

B. OBJETIVO:

El estudio tiene como objetivo: Determinar los factores asociados a la percepción de la deshumanización de la atención de la salud en pacientes del Hospital Goyeneche, 2020

C. SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes de los consultorios externos del Hospital Goyeneche que acepten ingresar al estudio.

D. TÉCNICAS DE ESTUDIO:

Entrevista modalidad cuestionario.





