

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**DOMINIO DEL QUECHUA: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MÉDICOS
SERUMS DE LA REGIÓN DEL CUSCO, AGOSTO-OCTUBRE 2023**

Presentado por: Bach Jhuliana Rodriguez Curillo

Para Optar Al Título Profesional De Médico Cirujano

Asesor: Dr. Ramón Figueroa Mujica

Cusco- Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: DOMINIO DEL QUECHUA:
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MÉDICOS SERUMS DE LA
REGIÓN DEL CUSCO, AGOSTO- OCTUBRE 2023

presentado por el Bachiller: JHUVIANA RODRIGUEZ CURILLO con
DNI Nro.: 70604543 para optar el título profesional/grado académico de
MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 1 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 08 de FEBRERO de 2024

Firma

Post firma RAMON FIGUEROA HUACÁ

Nro. de DNI 23863318

ORCID del Asesor 0000-0002-3479-3518

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.

2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: OID: 27259:317244707

NOMBRE DEL TRABAJO

DOMINIO DEL QUECHUA RELACION MED
ICO-PACIENTE.pdf

AUTOR

Jhuliana Rodriguez Curillo

RECuento DE PALABRAS

20460 Words

RECuento DE CARACTERES

110154 Characters

RECuento DE PÁGINAS

76 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 29, 2024 9:01 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 29, 2024 9:04 PM GMT-5

● 4% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 30 palabras)



Ramon Figueroa M.
MÉDICO - CIRUJANO
CMP. 10352 RNE. 5357

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por regalarme la vida, haberme puesto en este camino maravilloso de la medicina, así como haber llegado a alcanzar una de las tantas metas que esta conlleva.

Agradezco a mis padres, por su apoyo incondicional, su motivación, por ser mi inspiración y fortaleza en todo momento. A mis hermanos por animarme con cada gesto de amor. A mis tías y tíos que siempre me dan su apoyo y cariño sincero. A mis primos y primas que han formado parte de mi vida, que en muchos momentos me brindaron palabras de aliento y motivación. A mis amigos y amigas por brindarme una mano para levantarme y ayudarme a seguir en este camino.

Agradezco a los maestros de la escuela profesional de medicina por los conocimientos y experiencias compartidos, gracias también a mis compañeros de facultad por brindarme su amistad y apoyo en todo momento de crisis que compartimos.

A mi asesor por el tiempo y apoyo brindado para poder elaborar esta tesis.

A cada una de las personas que hacen más felices mis días.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios y su Santísima Madre, mis padres, hermanos, a mis tíos Juan de Mata Curillo y Micaela Curillo, a mis sobrinos, y a mis ángeles que hoy ya no me acompañan físicamente pero que nunca me dejaron sola, porque son ellos quienes verdaderamente han hecho posible este sueño.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema.....	1
1.2. Antecedentes Teóricos.....	3
1.3. Formulación del problema.....	8
1.3.1. Problema general.....	8
1.3.2. Problemas específicos	8
1.4. Objetivos de la investigación.....	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
1.5. Justificación de la investigación	9
1.6. Limitaciones de la investigación.....	10
1.7. Aspectos éticos.....	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	11
2.1. Marco teórico	11
2.2. Definición de términos básicos:	22
2.3. Hipótesis	23
2.4. Variables	23
2.5. Definiciones operacionales	24
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN	27
3.1. Tipo de investigación.....	27
3.2. Diseño de la investigación.....	27
3.3. Población y muestra	27
3.3.1. Descripción de la población	27
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	28
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	29
3.5. Plan de análisis de datos	31
CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS.....	32
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	64
ANEXO 1.- Matriz de consistencia	65
ANEXO 2.- Ficha de recolección de datos	66
ANEXO 3.- Instrumento de investigación.....	68

INTRODUCCIÓN

El Perú es como la mayoría de países a nivel global, un país con gran diversidad cultural y variedad lingüística, donde se identificaron 85 lenguas originarias, 48 de las cuales se encuentran vigentes, 2 en proceso de recuperación y 35 se dejaron de hablar(1) La extinción de muchas de estas lenguas se debe a que muchas personas, incluyendo sus usuarios, tienden a discriminar su uso o a pensar erróneamente que el uso de estas es sinónimo de atraso para la comunidad; además del difícil acceso a muchos servicios principalmente por el temor a la existencia de una inadecuada comunicación por la barrera idiomática, como posible discriminación o maltrato.

El informe de investigación sobre el multilingüismo en las regiones de Ayacucho y Cusco; detectó que en Ayacucho una de las causas principales de muerte materna se debía a las limitaciones lingüísticas en la comunicación entre el médico y la paciente(2).

La relación médico-paciente efectiva es pilar fundamental en la historia clínica dentro de la práctica médica, donde el intercambio de información es la base de la consulta médica. Además, la misión importante de la profesión médica es poder brindar a los pacientes una atención médica de la más alta calidad, esta relación se inicia tomando la historia que aqueja al paciente, la cual integra elementos lingüísticos y psicosociales.

Considerando que los médicos SERUMS de Cusco tienen que velar por la salud de poblaciones quechua hablantes durante su práctica médica, la brecha lingüística conduciría a un efecto negativo en la confianza a los médicos, lo que puede ser un problema en la relación interpersonal del médico y el paciente, más que todo en aspectos básicos de la atención médica, como la anamnesis, conocimiento de su situación personal y familiar, el diagnóstico, el cumplimiento de un tratamiento o el seguimiento de la enfermedad en sí misma.

El presente estudio pretende demostrar la realidad de los médicos SERUMS respecto al dominio del idioma quechua y de qué manera está asociada con la relación médico paciente(RMP); con los resultados obtenidos propondremos soluciones o estrategias para mejorar la salud intercultural en la región de Cusco.

RESUMEN

“DOMINIO DEL QUECHUA: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MÉDICOS SERUMS DE LA REGIÓN DEL CUSCO, AGOSTO-OCTUBRE 2023”

Antecedentes: El conocimiento del idioma quechua es importante en la práctica médica. El dominio del quechua, y la asociación con la relación médico-paciente en la región del Cusco es desconocida. **Objetivos:** Determinar la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de Cusco. **Métodos:** El estudio es observacional, descriptiva, analítico y transversal del dominio del idioma, la relación médico-paciente, además de buscar la asociación de los mismos. **Resultados:** Formaron parte del estudio 87 médicos SERUMS, quienes cumplieron con los criterios de selección, la media de la edad fue de 27 años, predominó el sexo femenino 57.47%, el 78.16% fueron procedentes de Cusco, el 68.96% estudiaron en una de las universidades del Cusco, el 47.69% llevo el curso de quechua en la universidad, el 34,48% nunca aprendió el quechua, el 44.83% tiene comunicación directa con sus pacientes quechua hablantes, el 62.52% de los médicos tienen dominio del idioma, se evidencio que el 90.80% tienen una buena relación médico paciente, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente con un $p=0.454$.

Palabras clave: dominio de idioma, quechua, relación médico-paciente, médicos SERUMS

ABSTRACT

“PROFICIENCY OF THE QUECHUA: MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP IN MEDICAL SERUMS IN THE CUSCO REGION, AUGUST-OCTOBER 2023”

Background: Knowledge of the Quechua language is important in medical practice. The association of proficiency of the Quechua with the doctor-patient relationship in the Cusco region is unknown. **Objectives:** Determine the association between the proficiency of the Quechua language and the doctor-patient relationship in SERUMS doctors in Cusco. **Methods:** The study is observational, descriptive, analytical and cross-sectional of language proficiency, the doctor-patient relationship, in addition to seeking their association. **Results:** 87 SERUMS doctors were part of the study, who met the selection criteria, the median age was 27 years, the female sex predominated 57.47%, 78.16% were from Cusco, 68.96% studied in one of the universities of Cusco, 47.69% took the Quechua course at the university, 34.48% never learned Quechua, 44.83% have direct communication with their Quechua-speaking patients, 62.52% of the doctors have proficiency of the language, it was evident that 90.80% have a good doctor-patient relationship, no statistically significant association was found between the proficiency of the Quechua language and the doctor-patient relationship ($p=0.454$).

Keywords: language proficiency, Quechua, doctor-patient relationship, SERUMS doctor

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El idioma quechua en Perú, según el informe del censo del 2017, es la segunda lengua con mayor población.(3) Lengua que tiene mayor dominio en las zonas rurales, lugares donde el personal de salud, prestan el denominado “Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud- SERUMS”, velando por las necesidades de salud de esta población (4), que se verían afectadas si no existiese dominio de la lengua por el personal de salud.

El censo muestra que el 13,9% de la población censada tiene al idioma quechua como lengua materna, donde el Cusco ocupa el cuarto lugar entre los departamentos con población que aprendió el quechua durante su niñez con un 55,2%.(3) Las provincias de Cusco con más del 85,0% de población cuya lengua materna es el quechua fue: Canas(91,35%), Paruro(91,33%), Paucartambo(88,67%), Chumbivilcas(88,59%) y Acomayo(85,78%).(5) Solo en estas cinco provincias los médicos SERUMS en actividad representa el 23,6% de las plazas ofertadas para la región del Cusco tanto en la convocatoria 2022-II y 2023-I(6–8). Así mismo, la población cusqueña censada fue de 1 147 188 habitantes, donde el 630 152 cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), de estos 426 455 tienen como lengua materna al quechua; población que en su gran mayoría sería atendida por médicos SERUMS.(5)

El estudio realizado en egresados de las primeras ocho promociones de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,(9) demostró que los egresados reconocen el conocimiento del quechua como importante o muy importante en la práctica médica en un 87.1%. la investigación sobre las dificultades que atraviesan el personal de salud SERUMS en el departamento de Áncash, mostró que el obstáculo en el contacto con la comunidad, fue el desconocimiento del idioma quechua por el serumista en un 55%.(10) Paralelamente, un estudio sobre barreras para el personal de salud con población indígena de la Amazonía peruana identificó(11), como una de las barreras, al idioma debido a que el personal no tiene dominio de lenguas nativas lo que afecta en la comunicación del personal de salud con los pacientes, además está el estudio realizado en gestantes de la comunidad de Atipayán del departamento de Áncash, quienes tuvieron un grado de insatisfacción con la comunicación en quechua, evidenciado en el telemonitoreo realizado en la

pandemia por COVID-19.(12) Por otro lado, una investigación realizada en el centro poblado de Macashca también en Áncash, en mujeres quechua hablantes en etapa de climaterio, mostro un 75.4% de satisfacción por el uso del quechua en la atención brindada por las parteras.(13) Por lo que las poblaciones nativas aun enfrentan obstáculos como el idioma, la estigmatización y la escasez; factores que interferirían en el acceso a los servicios de salud.(14)

En el 2017 se publicó el estudio “Enseñanza de idiomas en escuelas de medicina humana del Perú”, demostró que de las 36 escuelas miembros de ASPEFAM que participaron del estudio, solo se enseñaba quechua en 06 (en 4 como curso obligatorio y en 2 electivo).(15) El conocimiento del quechua por los médicos egresados es importante debido a que la mayor parte de ellos laboran un año en el SERUMS, tiempo en el que posiblemente interactúen con pacientes que solo hablan quechua.(16) La enseñanza del quechua en las facultades de medicina es fundamental para la relación médico-paciente, que necesita comprensión por ambas partes, porque si esto no ocurre, se pueden llegar a situaciones frustrantes, llevando muchas veces a malas reacciones incluso a la violencia verbal y física.(17) La comunicación entre el médico y el paciente juega un papel importante no solo de la relación de los mismos, sino también de la percepción del propio paciente sobre el proceso de su enfermedad y el resultado del tratamiento.(18)

Un estudio en EE.UU, evidencio la existencia del 49,1% de eventos adversos en los pacientes con escaso dominio del inglés como daño físico, mientras que solo 29,5% en pacientes que hablan inglés, por lo que las barreras del idioma parecen aumentar los riesgos para la seguridad del paciente.(19) Es también importante el dominio de un idioma nativo por el médico, en la adherencia al tratamiento de un paciente y el seguimiento del mismo por ejemplo en la atención de salud mental debido a que estos pacientes tienen mayor riesgo de no cumplir con las visitas de seguimiento cuando no existe una adecuada comunicación con el personal de salud.(20)

Este trabajo de investigación es importante porque permite evidenciar la existencia o no de asociación entre dominio del quechua de los médicos SERUMS de la región del Cusco con la relación médico-paciente y según los resultados obtenidos se plantea proponer estrategias y políticas que mantengan o mejoren la salud de la población quechua.

1.2. Antecedentes Teóricos

1.2.1. Internacionales

Alonso M.F.J, Mico P.R, Segura F.A, Ahmed P.H, Guerrero M.M, et al. (España, 2020) en su estudio “Aptitudes percibidas por el médico de familia en la atención a pacientes inmigrantes” que tuvo como objetivo conocer las aptitudes percibidas por el médico de familia que atiende en consulta o urgencia a personas inmigrantes. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal los datos se obtuvieron por una encuesta de 21 preguntas validadas. Respondieron la encuesta 610 médicos, con una edad media de $47,5 \pm 12,3$ años; 64,1% mujeres. El 72,6% no había realizado cursos de formación para atención a personas inmigrantes. Además, los médicos percibieron dificultad en la consulta: en el 73% de los casos por el idioma, en el 38,7% con el tiempo asignado y en el 32,3% con el conocimiento de la cultura. La competencia percibida por el médico de familia en la atención a personas inmigrantes es moderada. Las barreras más importantes son el desconocimiento del idioma, la falta de tiempo para la consulta y el desconocimiento de la cultura del paciente. (21)

Urrutia A.R.H (Chile, 2019) en su estudio titulado “Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile” cuyo objetivo fue indagar en las percepciones de los médicos sobre los desafíos de formación intercultural de la práctica de relación médico-paciente inmigrante en Chile. Un estudio cualitativo mediante entrevistas en médicos que labora en el sector público con pacientes de la población migrante, egresados de universidades tradicionales y públicas de la región Metropolitana de Chile. Los resultados fueron que se percibe mayor tensión relacionada a la interculturalidad, por la barrera cultural, idiomática y los prejuicios, mostrando debilidad de la formación y percepción de las necesidades para abordar la práctica médica en contextos multiculturales de salud pública. Concluyendo, la existencia de nuevos desafíos a la formación médica el enfoque intercultural y de derechos humanos en salud.(22)

Jiménez HJ, Delgadillo L, Campuzano de Rolon A, Jiménez D, de Samudio A, et al (Paraguay, 2018) en su estudio “Grado de conocimiento del idioma guaraní(GCIG) en estudiantes de medicina en un hospital universitario de Paraguay” cuyo objetivo fue determinar el (GCIG) en estudiantes de medicina del último año, así como establecer los factores lo determinan. Realizaron un estudio observacional, transversal y analítico en 264 alumnos del curso de pediatría del último año durante el 2010 y el 2014, realizaron encuestas. Los resultados mostraron que 82% provenía de la capital, el 92% estudió guaraní en la primaria y secundaria; 67,9% no lo interpreta correctamente. El 8,5% entienden y se expresan en guaraní; de ellos el 86% lo aprendió en su hogar. El (GCIG) varía si el estudiante proviene del interior o de la capital (31,25% vs 2,5%; OR ajustado: 0,24, IC 95% de 0,06 a 0,92; $p=0,003$); y según la ubicación de la escuela: interior o capital (25,6 vs 1%; OR ajustado: 0,08; IC 95% de 0,01 a 0,53; $p=0,009$). En conclusión, el (GCIG) en los estudiantes es menor a la población general. Los que mejor dominan nacieron o estudiaron en el interior del país. Siendo el idioma importante en la comunicación entre el médico y paciente deberían implementarse estrategias para su correcto aprendizaje. (23)

1.2.2. Antecedentes nacionales

Cuaila R.G.M. (Ancash-Perú, 2022) en su investigación titulada “Conocimiento del Quechua(CQ) y calidad de atención(CA) en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash 2022” que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de CQ y como este influye en la CA del personal asistencial de la provincia de Huaylas. Realizaron un estudio no experimental, descriptivo, trasversal y correlacional, estuvo conformado por 80 participantes. Los resultados mostraron: el 65.9% del personal tenían un nivel bajo de CQ y el 34.1% un nivel medio de CQ; en cuanto a la CA el 56.1% percibió que esta es regular y el 43.9% la percibió como buena; por otro lado, el 46.3% tuvo un bajo nivel de CQ y perciben una regular CA, el 24.4% tuvo un nivel medio de CQ y una buena CA, el 19.5% tuvo un bajo nivel CQ y una buena CA, por último, el 9.8% tuvo un nivel medio de CQ y una regular CA; finalmente encontraron que existe relación significativa entre el conocimiento de quechua y la calidad de atención con un $p =0,025$. Concluyendo que es necesario implementar medios de comunicación para mejorar la calidad de atención del personal asistencial con pacientes quechua-hablantes.(24)

Bendezu Q.G, Mari H.L.F, Taype R.Á, Mejia CR, Inga B.F. (Lima-Perú, 2020) en su investigación titulada “Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de salud en Perú sobre el primer nivel de atención (PNA)” cuyo objetivo fue determinar la percepción de los médicos que realizan el SERUMS sobre el trabajo en el PNA y sus factores asociados. Hicieron un análisis secundario de los datos procedentes de las encuestas del CMP a un grupo de médicos antes de iniciar el SERUMS y a los 8 meses de servicio durante el 2016. De los 780 encuestados, 215 (27,6%) completaron la encuesta basal y de seguimiento. La media del puntaje incrementó considerablemente (de 3,4 a 6,7; $p < 0,001$), lo que indica una peor percepción del trabajo en el PNA tras iniciar el SERUMS. La encuesta inicial, encontró que los médicos con un nivel básico de quechua o aimara tuvieron en promedio 2,67 (IC 95%: -4,29 a -1,06) puntos menos de percepción que aquellos que no tenían conocimiento. Por otro lado, se encontró que tener un nivel básico de quechua o aimara, y tener una familia dependiente estuvieron asociados a una mejor percepción del trabajo en el PNA. No se encontraron variables sociodemográficas asociadas al cambio en los puntajes. En conclusión, la percepción de los médicos sobre el trabajo en el PNA se deteriora luego de iniciar el SERUMS. (25)

Irons R. (Ayacucho-Perú, 2019) en su estudio “Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú” cuyo objetivo fue abordar y analizar la atención médica brindada a mujeres quechuas de bajos ingresos que usan el Seguro Integral de Salud (SIS) para planificación familiar. Realizaron en total 100 entrevistas en 3 centros de salud de la provincia de Vilcashuamán(Ayacucho): 70 fue a mujeres, 10 a esposos y 20 a trabajadores de salud. Se encontró que no existe un temor significativo hacia la planificación familiar sobre todo por las esterilizaciones ocurridas en el pasado. Ni se halló una barrera lingüística significativa, ya que la mayoría de los trabajadores de salud hablaban quechua o estaban dispuestos a aprenderlo. En conclusión, no se encontró un temor importante hacia las esterilizaciones pasadas, aunque la barrera del idioma no se presentó, pero para mejorar la comunicación los nuevos miembros que no hablan quechua pudieran practicar con los que si dominan. Esto podría fomentar la formación de clubes de aprendizaje, en especial para trabajadores SERUMS que pueden no haber crecido en un entorno de habla quechua. (26)

Altamirano Q.A.A, Sánchez V.A.S, Agurto G.C.S (Lima-Perú, 2019) en su investigación “Percepción de la relación médico-pacientes según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del Servicio de Medicina Interna de un hospital general de Lima, Perú. 2019” cuyo objetivo fue describir la percepción de la relación médico-paciente desde tres diferentes puntos de vista: de los pacientes, de los médicos y de los estudiantes. El estudio fue descriptivo y transversal, lo realizaron en el servicio de hospitalización de Medicina del Hospital Cayetano Heredia. El estudio estuvo conformado por 100 pacientes, 100 médicos residentes y 100 estudiantes de último año de la facultad de medicina, en quienes se encontró diferencia en la percepción de los participantes en 2 dimensiones y 3 modelos; por ejemplo, en el modelo paternalista los pacientes mostraron estar a favor a diferencia de los médicos y de los estudiantes. En conclusión, existen diferencias en la percepción de la relación médico-paciente, excepto en el Modelo de Alianza, pues es lo ideal a alcanzar ya que se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico (27)

Shimabuku AR, Martina CM, Delgado VA, Angulo P.D, et al (Lima-Perú, 2018) en la carta al editor titulada “Nivel de conocimiento del idioma quechua(NCIQ), lengua indígena viva, en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos(FMUNMSM)” que tuvo como objetivo conocer el NCIQ por los estudiantes de ciencias de la salud. Realizaron un estudio observacional, transversal; aplicaron una encuesta en 442 ingresantes a la FMUNMSM en el 2017. El 78,9% y 80,3% indicó que sus padres y madres no hablan quechua, y 42,9% dijo que viven con familias que hablan quechua. Sobre si conocen o no el quechua, sólo un 10,1% manifestó hablar, leer, o comprender quechua; y de éstos, el 76,5% sí lo usan, el lugar donde usan más fue en el hogar, 78,6%; destacar que el 97,9% consideró importante el uso del quechua. El NCIQ (hablar, leer o comprender) se asoció significativamente con el hecho de tener un padre, madre o vivir con familia que habla quechua ($p < 0,001$); y no para el sexo y el lugar de procedencia además la importancia que le asignan al quechua es independiente del uso que tienen sobre el mismo. (28)

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023?
- ¿Cuál es el nivel de dominio del quechua de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023?
- ¿Cómo es la relación médico-paciente de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- Demostrar las características sociodemográficas de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.
- Identificar el nivel de dominio del quechua de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.
- Describir la relación médico-paciente de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

1.5. Justificación de la investigación

Como es de conocimiento el Perú es desde tiempos inmemoriales un país multilingüe, donde muchos de los servicios sociales como la educación y la salud probablemente no sean cubiertas en su lengua materna, a lo que se añade que el personal de salud, SERUMS, son profesionales recién egresados de diferentes universidades del Perú donde en su gran mayoría no se enseñan el curso de quechua. El SERUMS para la mayoría de médicos recién egresados en el Perú suele ser la primera experiencia laboral, sobre todo en el primer nivel de atención y en lugares donde la población atendida tiene como lengua materna una diferente al castellano. Además, es necesario saber si los médicos SERUMS tienen dominio del idioma que tiene el paciente, de no ser el caso existiría problemas en la comunicación y una calidad de atención más baja sobre todo en aquellos paciente quechua hablantes; de ahí que es de suma importancia conocer el nivel de dominio del idioma y demostrar en qué grado este se asocia con la relación médico-paciente, para de esa manera tomar las disposiciones correspondientes que ayuden a mejorarlas con el propósito de mejorar en el futuro la calidad en la atención y comunicación con el paciente; además de evitar los riesgos a los que estarían expuestos, efectos adversos de medicamentos, iatrogenia o en casos peores la muerte.

Conocer las características sociodemográficas, el nivel de dominio del quechua , y grado de relación médico-paciente y asociación entre el dominio del idioma y la relación médico-paciente de los médicos SERUMS de Cusco que actualmente se encuentran laborando es necesario, debido a que son médicos recién graduados y estos tienden a ser más propensos a malinterpretar a sus pacientes quechua hablantes, además que carecen de la experiencia necesaria para comprender los signos y síntomas del paciente cuando este lo expresa en su idioma nativo. Los beneficiarios indirectos son los pacientes de la región del Cusco atendidos por médicos SERUMS, de acuerdo a los resultados, el estudio podría aplicarse en otras regiones del país además que facilitaría la formulación de propuestas en estrategias de salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

Para demostrar la asociación entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco que laboraban entre los meses de agosto-octubre del 2023, una de las limitaciones encontradas fue la lejanía de los establecimientos de salud con médicos SERUMS en Cusco, sumado a esto, está el difícil acceso por lo que se consideró el llenado del cuestionario por vía virtual ocasionando tal vez sesgos en la recolección de datos, como el sesgo en las respuestas por las diversas interpretaciones que pueden darse a los enunciados.

Por otro lado, una limitación a los resultados obtenidos se considera la existencia del sesgo de deseabilidad social donde la persona al conocer que participará en un estudio tiende a encubrir lo que piensa, valora y actúa, debido a una necesidad de aprobación social.

1.7. Aspectos éticos

Para poder realizar el estudio, se requerirá el consentimiento de los médicos SERUMS para participar en el estudio, con información sobre el proyecto a investigar, la importancia del estudio, el respeto de la confidencialidad de la información por parte de los participantes. La encuesta aplicada será de carácter anónimo, sin variables de identificación personal.

Durante el estudio se declara no tener ningún conflicto de interés al momento de aplicar las encuestas por parte del estudiante de medicina (el que realiza el estudio). El estudio tiene como base la declaración de Helsinki (29) y el informe de Belmont (30).

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Idioma: el término “idioma” etiológicamente proviene del latín “*idiōma*” que significa peculiaridad de estilo, lenguaje propio de un autor.(31) Este término hace referencia a la lengua de un pueblo, nación o grupo social, (31,32) también, se denomina al sistema de comunicación verbal, escrita o gestual por medio del que comunicarán, entenderán e intercambiarán ideas, sentimientos e incluso emociones los habitantes de una comunidad determinada.(33) También conocido como lengua, habla, argot o expresión.(34)

2.1.1.1. Idioma quechua: el quechua es una de las lenguas con una población que se expande en algunos países de América del Sur, como Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia, Argentina, Chile y Brasil. (35) El Perú es el país donde actualmente tiene mayor distribución geográfica, siendo parte de 20 regiones.(36)

La constitución política del Perú en el artículo 48° del capítulo II cita: “son idiomas oficiales el castellano y, en zonas donde predominen, también lo son el quechua, el aimara y las demás lenguas aborígenes, según ley.”(37) El censo del 2017 muestra que aproximadamente el 82,6% de la población censada declararon que el idioma con el que aprendieron a hablar en su niñez es el castellano, seguida por el quechua en un 13,9% (3 735 682) aproximadamente, aimara con 1,7% y otra lengua nativa u originaria con 0,5% de personas. Los departamentos que tienen al quechua como idioma o lengua materna son: Apurímac, 70,8%; Huancavelica, 65,2%; Ayacucho, 63,6%; Cusco, 55,2%; Puno, 42,9% y Áncash, 30,5%.(3) En el departamento de Cusco el 55,25% (609 655) de la población censada manifestó como lengua materna al quechua, seguido del 41,83% que aprendió castellano. Las provincias donde más del 50% de población declaró el quechua como lengua materna son Canas (91,35%), Paruro (91,33%), Paucartambo (88,67%), Chumbivilcas (88,59%), Acomayo (85,78%), Quispicanchis (76.41%), Calca (72.63%), Espinar (70.83%) Anta (68.22%), Canchis (65.93%) y Urubamba (58.98%) (5)

2.1.1.2. Lengua materna: hace referencia a la expresión común que suele presentarse como lengua popular, idioma materno, lengua nativa o primera lengua. También se define como el primer idioma que consigue dominar un individuo, es decir, la lengua que se adquiere de una manera natural.(38) Se entiende también como la primera lengua que aprende el ser humano en su infancia y llega a ser su instrumento natural de pensamiento y comunicación, llamada también lengua nativa o natal. Se tiene algunos criterios considerados en la caracterización del concepto:(39)

- Lengua propia de la madre.
- Lengua habitual en el seno familiar, pasa de generación en generación.
- Primera lengua que uno aprende, con la que conoce el mundo.
- Lengua en la que uno piensa, que conoce mejor y con la que se comunica con mayor fluidez y con menor esfuerzo.
- Lengua que uno siente como propia, como parte de su identidad individual y de su comunidad.

En sociedades plurilingües se puede considerar que la primera lengua de un individuo, no será necesariamente la misma en el transcurso de su vida. Algunas personas aprenden dos o más lenguas en su infancia; en estos casos se considera que tienen varias lenguas maternas, pero con el tiempo alguna de ellas pasa a ser la dominante.(39)

2.1.1.3. Dominio del idioma: denominada también competencia lingüística, viene a ser la capacidad o habilidad del individuo para usar el lenguaje o “expresión” de manera efectiva, adecuada y con tal precisión que transfiere significado en la producción y comprensión en diferentes situaciones. Es la capacidad de comunicar ideas de forma clara y coherente, así como a la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones, utilizando un tono y estilo apropiado. No se limita únicamente al idioma materno de una persona, también puede referirse a la habilidad de comunicarse en otras lenguas, siendo esto importante en el mundo globalizado.(40) La medición de esta competencia varía entre instituciones y organizaciones lo que significa que

los investigadores ponen en juego muchas de sus propias observaciones. Se comienza con una comprensión básica del idioma hablado, y ya en niveles superiores, el individuo es capaz de comprender estructuras lingüísticas más complejas, así como, términos propios de la lengua materna; pero los niveles avanzados tienen además la capacidad de escribir y hablar de la misma manera que un hablante nativo alfabetizado.(41)

2.1.1.4. Evaluación del dominio de idioma: el dominio de un idioma en la interacción interpersonal es importante sobre todo en la oralidad, debido a que de esta dependerá una adecuada comunicación, el “Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas: Aprendizaje, Enseñanza, Evaluación” (MCER) es el estándar internacional que define la competencia lingüística, por esta razón es utilizado en el mundo para definir destrezas lingüísticas. En este sentido viene a ser una herramienta útil para la evaluación del dominio oral, incluso considera la autoevaluación; debido a que la autoevaluación es un complemento eficaz de las pruebas y de la evaluación que los expertos realizan, además que la precisión aumenta en la autoevaluación cuando la evaluación se hace con descriptores claros que definen patrones de dominio lingüístico, así como cuando la evaluación se relaciona con una experiencia concreta.(42) Así mismo, la importancia de la autoevaluación está en su uso como herramienta para la motivación y la toma de conciencia, pues ayuda a apreciar sus cualidades, a reconocer sus insuficiencias y a orientar su aprendizaje de una mejor forma.(42)

Niveles propuestos por el MCER:

- **Usuario básico o nivel básico:** conformado por el *Nivel A1*, este es el nivel más bajo del uso de la lengua, donde el hablante se relaciona e interactúa de forma sencilla respecto a sí mismo y su entorno; realiza afirmaciones sencillas en temas de necesidad inmediata, comprende y utiliza expresiones de uso muy frecuente, necesita que su interlocutor hable despacio y con claridad.(42,43) También incluye el *Nivel A2*, aquí se encuentra los descriptores que exponen las

funciones sociales; este hablante es capaz de comprender frases y expresiones en entornos donde realiza tareas simples y cotidianas que no requieran más que intercambios sencillos y directos de información sobre temas que le son conocidas o habituales. (42,43)

- **Usuario independiente o nivel intermedio:** constituido por el *Nivel B1*, donde el usuario comprende la información principal de los asuntos conocidos y habituales, además se desenvuelve cuando este se encuentra en zonas donde se habla la lengua, incluso es capaz de producir textos sencillos y coherentes sobre temas de interés personal y describe experiencias, acontecimientos, así como justifica brevemente sus opiniones o explicar sus planes. (42,43) Además está el *Nivel B2*, el usuario con este nivel es capaz de entender las ideas principales de textos complejos que traten temas tanto concretos como abstractos, puede relacionarse con hablantes nativos con un grado suficiente de fluidez y naturalidad, de modo que la comunicación se realice sin esfuerzo, llega a producir textos claros y detallados sobre diversos temas e incluso defender su punto de vista, indicando los pros y los contras. (42,43)
- **Usuario competente o nivel avanzado:** es parte de este el *Nivel C1*, el usuario parece tener acceso a un repertorio lingüístico amplio, lo que le permite una comunicación fluida y espontánea sin mostrar esfuerzo evidente para encontrar la expresión adecuada, además de reconocer situaciones implícitas, también hace un uso flexible y efectivo del idioma para fines sociales, académicos y profesionales donde los textos constan de mecanismos de organización, articulación y cohesión. (42,43) El *Nivel C2* pretende caracterizar el grado de precisión, adecuación y facilidad en el uso de la lengua. (42,43)

En el manejo de un idioma y su empleo en la relación interpersonal es sustancial conocer lo que implica las siguientes dimensiones:

Comprensión: La comprensión hace referencia a la recepción y el procesamiento de información. (42,43) La comprensión oral, engloba a

la comprensión tanto de la comunicación directa, así como de la comunicación remota o grabada. (42,43)

Expresión: contiene actividades orales, escritas y de señas. Las actividades de expresión ocupan un lugar importante en muchos ámbitos de la vida profesional y académica, y tienen reconocimiento social. Se suele juzgar la calidad lingüística, la fluidez y la capacidad de articulación en tiempo real, esencialmente al dirigirse a un público. Las habilidades de esta expresión formal que son el producto de la educación y la experiencia. (42,43) La expresión oral es cuando el usuario de la lengua produce un texto oral que es recibido por uno o más oyentes, describiendo experiencias, argumentando o dando algún tipo de información. (42,43)

Interacción: la interacción implica dos o más interlocutores que construyen conjuntamente el discurso, este es fundamental en el compendio de uso de la lengua del MCER; así como en el aprendizaje. (42,43) La interacción oral, incluye tanto la interacción hablada como la de señas en directo frente a frente. Las escalas inician con “Comprender a un interlocutor”, también está la función interpersonal de conversación, la función evaluativa en discusiones formales o informales y la función transaccional para intercambiar información, obtener algún bien o en entrevistas. (42,43)

2.1.2. Idioma y salud: La diversidad cultural y lingüística de las sociedades humanas exponen problemas de comunicación. Estas experiencias de comunicación intercultural y lingüística proponen problemas y retos a abordar desde ya.

Como señala Francisco Domingo Vázquez: “Si la comunicación médico–paciente es un desafío entre médicos y pacientes que comparten contextos culturales y hablan el mismo idioma, mucho más lo es cuando el médico y el paciente provienen de diferentes contextos y no hablan la misma lengua, situación que, aunque parezca rara y ocasional no lo es en países multiculturales y plurilingües como México”. El problema se hace evidente en la comunicación interpersonal.(44)

2.1.2.1. La barrera del idioma y sus implicaciones en la salud: Una barrera de idioma o comunicación generalmente ocurre entre los pacientes y la personal de salud cuando hay una diferencia en el idioma nativo. Los efectos identificados de la barrera lingüística sobre la salud y la atención del hecho que profesionales y pacientes no compartan una misma lengua, son los siguientes:(45)

- El número de pruebas diagnósticas solicitadas puede ser mayor como consecuencia de dificultades en la comunicación durante la consulta médica. (45)
- Los pacientes que hablan una lengua diferente tienen mayor probabilidad de no presentarse a citas de seguimiento, así como de no seguir adecuadamente con el tratamiento indicado, y de recurrir a urgencias con mayor frecuencia. (45)
- Algunos estudios evidencian que los pacientes alófonos presentan más probabilidad de ser hospitalizado o que no puedan ser enviados a consultas con los especialistas. (45)
- Los pacientes con idioma diferente al médico tienen menos probabilidad de recibir el tratamiento adecuada, y son propensos a entender mal el tratamiento que se les indica, por lo que no lo cumplen. (45)
- La imposibilidad de comunicarse estrechamente con el médico afecta de forma negativa en la percepción por los pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento. Por lo que muchos de estos pacientes no informan de manera adecuada sus síntomas, participan menos en la entrevista médica, que en los casos en los que no existe esta barrera. (45)
- La satisfacción de los pacientes con la calidad de la atención es inferior al resto de los pacientes. (45)

2.1.3. Relación médico-paciente: la relación médico-paciente(RMP) en una forma de las tantas relaciones interpersonales que tiene el hombre. Esta permite al paciente satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importante. (46) Este modelo de relación humana se remonta a los orígenes de la medicina. Significa un vínculo predilecto entre un

paciente y un médico, fundado en la confianza. Además, la RMP es una actividad moral que aparece de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente con el fin de prestar atención médica de calidad. (47) La RMP es un tema complejo propenso a innumerables influencias culturales, tecnológicas, políticas, sociales, financieras o profesionales que ha evolucionado a lo largo de la historia. Busca lograr lo que es más apropiado para los pacientes en base a evidencia científica, al mejorar su salud y bienestar mental y físico y aliviar el dolor.(47)

Actualmente esta relación se encuentra amenazada. Entre los desafíos que probablemente destruyan la eficacia terapéutica de la relación, notamos una creciente tendencia a:

- La tecnologización de la medicina, a veces lleva a una visión mecánica de la atención médica, descuidando las consideraciones humanas.
- El agotamiento de las relaciones de confianza entre las personas en nuestras sociedades, lo que influye negativamente en las relaciones sanitarias.
- Un enfoque principal en los aspectos económicos de la atención médica, que plantea dificultades para establecer verdaderas relaciones de confianza entre el médico y el paciente. (47)

Los aspectos conceptuales en la RMP utilizados para su evaluación, consideran en dos primeras dimensiones la evaluación de los conceptos o ideas que los médicos o pacientes tienen de la RMP; mientras que la tercera dimensión expresa en 4 modelos de RMP la vivencia que ellos pueden tener de la misma. (48)

Dimensión antropológica: definida como la concepción del ser humano que se puede tener presente en la práctica médica, pudiendo ir desde una concepción trascendental-religiosa a una materialista-existencialista. (48)

Dimensión deshumanización de la salud: definida como un conjunto de factores que han llevado a un reduccionismo de la medicina, empobreciendo la RMP, dejando fuera aspectos importantes inherentes a la condición humana. (48)

Dimensión Relación médico-paciente: Se postula cinco modelos de

relación médico-paciente que permiten una caracterización más adecuada de la misma. (48)

Modelo paternalista: se considera que un médico tiene actitud paternalista cuando utiliza sus capacidades para determinar la condición del paciente y su estado en el proceso de la enfermedad identificando las pruebas y tratamiento que probablemente restauren la salud del paciente o disminuyan el dolor; presenta la información seleccionada y exhorta al paciente a consentir en la intervención que él considera mejor. (48)

Modelo de alianza: este modelo es un paradigma tan antiguo como la tradición hipocrática. Indica una relación de colaboración y de acuerdo recíproco sobre el manejo de la enfermedad. Para alcanzar el equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, provee las bases para que se establezca un diálogo y una relación de mutua confianza, desinteresada. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente. (48)

Modelo legal: en este modelo el médico y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación. (48)

Modelo de autonomía en la toma de decisiones medicas: En este modelo, el médico es un agente comercial, el paciente es un consumista de la medicina cuya autonomía en esta relación es absoluta, y la medicina, como consecuencia. (48)

2.1.3.1. Importancia de la relación médico-paciente: La RMP es el núcleo fundamental en el ejercicio de la medicina, tiene una repercusión universal y busca la mejora de la salud y bienestar de la persona. Lo que es posible gracias al intercambio de conocimientos, la toma de decisiones comunes, la autonomía del paciente, la autonomía del médico, la ayuda, la comodidad y el compañerismo en un ambiente de confianza.(47) La comprensión adecuada de esta relación tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina debido a:

- Resulta indispensable para la interpretación correcta de las causas y

mecanismo de producción de las enfermedades humanas.

- Establece un elemento de orientación metodológica necesario para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud las poblaciones.
- Comprender esta relación permite esclarecer la relación estrecha que existe entre el soma y psiquis. (46,47)

2.1.3.2. Objetivos perseguidos por la relación médico-paciente: otra característica importante de esta relación son los objetivos que ambos buscan.

El paciente es animado, primeramente, por el deseo de aliviarse y curarse, seguido por saber que tiene y cuál es su pronóstico. Este juzgará a su médico más por su trato amable, su seguridad, su sinceridad, por lo tanto, tendrá mayor confianza en él.(46)

El médico, por otro lado, debe conocer qué quiere y hasta donde desea saber o cuan preparado esta para recibir la información, para ayudarlo a resolver su problema de salud, aliviarlo y darle a conocer lo que desea y necesita. El medico será cuidadoso al ofrecer un diagnostico presuntivo, el cual tendrá que ser comprobado para luego ofrecer un tratamiento adecuado. (46)

2.1.3.3. La comunicación en la relación médico-paciente: Todo lo expresado de esta relación en un proceso de comunicación. Para que exista una verdadera comunicación el médico debe codificar el mensaje de tal forma que el paciente pueda decodificarlo; por lo que el mensaje debe emitido debe tener en cuenta las características del paciente, sus expectativas, preocupaciones, objetivos, posición o circunstancias en la que se encuentra, percepción de su enfermedad y como se relaciona con ella.(46) De no ser así habría dificultades en la comunicación, generando iatrogenia. Entre las recomendaciones para no cometer iatrogenia tenemos:

- Hacer uso adecuado del lenguaje verbal y extra verbal con el fin de no provocar y/o aumentar la angustia, desconfianza, inseguridad y hasta hostilidad en el paciente.
- Empatía con el paciente y su familia.

- Valorar los objetivos del paciente al acudir a la consulta.
- Brindar cuidadosamente la información.
- Dejar sus conflictos fuera de su centro de trabajo.
- Pensar siempre en no hacer daño.(46)

Lo importante en la entrevista médica que tienen como funciones: obtener información del entrevistado/s, facilitar información del entrevistado/s y modificar aspectos en la conducta de estos.(46)

2.1.3.4. Factores que influyen en la relación médico-paciente:

Factores personales del médico:

- Factores psicológicos: su personalidad, su situación emocional y afectiva, su autoestima, sus creencias y concepciones, su historia relacionado con la enfermedad que trate y de la medicina en sí, la etapa de la vida por la que pasa. .(49)
- Factores socioeconómicos: el ambiente laboral, su desarrollo en la carrera médica, la sobreocupación.
- Factores estresantes: la subutilización de habilidades, la rutina, el tiempo corto de consulta, las inapropiada infraestructura y escasos de insumos.(49)

Factores personales del paciente

- Sentirse enfermo
- Desinformación de la enfermedad
- Sus ideologías
- La angustia, preocupación, el temor, la ansiedad, la depresión
- El nivel cultural y educativo
- La posición económica
- Su entorno social y familiar (49)

2.1.4. Características sociodemográficas de la región del Cusco: de acuerdo al censo nacional del 2017, la población del departamento del Cusco representa el 4.2%, ocupando el séptimo lugar en tamaño poblacional a nivel nacional. Este mismo censo muestra que la población tiende predominancia hacia un proceso de urbanización representando el 60.66%, mientras que la rural representa el

39.34%, sobre todo en las provincias como Acomayo, Anta, Calca, Canas, Chumbivilcas, La Convención, Paruro, Paucartambo y Quispicanchi donde son mayoritariamente rurales. Cusco está formada por 1,127 localidades y comunidades, de las cuales 997 tienen reconocimiento por la GERAGRI como comunidad campesina o nativa de estas el 91.2% son comunidades campesinas quechuas, el 7.3% son Comunidades Nativas, el 1.5% son asentamientos de población con contacto inicial y finalmente aún el 11.5% aún no cuenta con reconocimiento por la Gerencia Regional de Agricultura (GERAGRI).(50,51)

2.1.5. Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS): el SERUMS es un programa de servicio a la comunidad cuyo objetivo es desarrollar actividades preventivo promocionales en centros y puestos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), o establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. Sobre todo, aquellas ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. (52)

2.1.5.1. Objetivo del SERUMS: es brindar atención integral de la salud a las poblaciones más vulnerables del país, las que serán seleccionadas por el MINSA. (52)

2.1.5.2. ¿Quiénes hacen SERUMS? Están obligados a cumplirlo los profesionales de la salud titulados y colegiados a partir de la vigencia de la Ley N° 23330. La prestación de este servicio constituye un requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o especialización. (4)

2.1.5.3. Funciones del profesional SERUMS: el artículo 7° de la ley N°23330 indica que las funciones son asignadas por la autoridad competente del establecimiento o dependencia de salud, donde están realizando el SERUMS.(4)

2.1.5.4. Actividades del profesional SERUMS:

- Preventivo promocionales en la comunidad
- Asistenciales recuperativas o administrativas
- Educación para la salud
- Capacitación permanente

- Investigación en servicio
- Elaboración de un plan integral de salud local (52)

2.2. Definición de términos básicos:

2.2.1. Dominio del idioma: se refiere a la habilidad del individuo para usar el lenguaje de manera efectiva, adecuada y con tal precisión que transfiere significado en la producción y comprensión en diferentes situaciones. (40)

2.2.2. Relación médico paciente: relación interpersonal que tiene el hombre, la que permite al paciente satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importante. (46)

2.2.3. Médicos SERUMS: medico titulado y colegiado que realizará el Servicio Rural y Urbano Marginal, con el objetivo de brindar atención integral de la salud a las poblaciones más vulnerables del país en puestos de salud ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. (52)

2.2.4. Factores sociodemográficos: hace referencia a los indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza/etnia, sexo, género, nivel educativo en el idioma principal, situación laboral, ingresos, profesión, estado civil, número total de personas que viven en la casa, condiciones de vida y factores similares. (53)

2.2.5. Rural: hace referencia a centros poblados con menos de 2 mil habitantes, en la que por lo general su principal característica es presentar sus viviendas en forma dispersa o diseminadas. (5)

2.3. Hipótesis

Hi: Existe asociación estadísticamente significativa entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

2.4. Variables

2.4.1. Variables implicadas

2.4.1.1. Variable dependiente

- Relación médico-paciente

2.4.1.2. Variable independiente

- Dominio del idioma quechua

2.4.2. Variables no implicadas

2.4.2.1. Variables intervinientes

- Edad
- Género
- Procedencia
- Lengua materna
- Universidad de procedencia
- Idioma hablado en el hogar
- Tiempo laboral

2.5. Definiciones operacionales

VARIABLES IMPLICADAS								
Variable independiente	Definición Conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento y/o procedimiento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Dominio del idioma quechua	Los usuarios muestran las habilidades que se transmiten por vía oral, ya sea expresión oral, recepción; además de la interacción y la mediación orales.(54)	Cualitativa	Indirecta	Categórica	Por medio del cuadro de autoevaluación propuesto por Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas: Aprendizaje, Enseñanza, Evaluación para el dominio oral que consta de tres dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión oral • Expresión oral • Interacción oral 	<ul style="list-style-type: none"> • No domina • Nivel básico • Nivel intermedio • Nivel avanzado 	Anexo 3: Cuestionario de autoevaluación de dominio oral de un idioma	Según el cuadro de autoevaluación del MCER, se clasificará al usuario en el dominio oral como: <ul style="list-style-type: none"> • No domina • Nivel básico • Nivel intermedio • Nivel avanzado
Variable dependiente	Definición. Conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento y/o procedimiento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Relación médico-paciente	La RMP permite acercarse al paciente y conocerlo además de valorar el impacto de su enfermedad. (55)	Cualitativa	Indirecta	Categórica	Por medio del cuestionario validado por la Pontificia Universidad Católica de Chile sobre la Relación médico-paciente que consta de tres dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Concepción antropológica • Deshumanización de la medicina • Relación médico-paciente, conformada a su vez por 4 modelos: modelo paternalista, modelos alianza, modelo legal y modelos de la autonomía en la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación buena • Relación mala 	Anexo 3: Cuestionario relación médico-paciente	Según el cuestionario validado por la Pontificia Universidad Católica de Chile sobre la Relación médico-paciente, clasificará al usuario como: <ul style="list-style-type: none"> • Relación buena • Relación mala

VARIABLES NO IMPLICADAS

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento y/o procedimiento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.(56)	Cuantitativa	Directa	De razón	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	¿Cuál es su edad? (cumplido en años): _____	2	Tiempo de vida del médico expresado en años cumplidos.
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo. (57)	Cualitativa	Directa	Nominal dicotómica	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	Sexo: () Masculino () Femenino	1	Esta variable se establecerá al responder el cuestionario como: Masculino o Femenino
Procedencia del médico SERUMS	Origen, principio de donde nace, reside o se deriva al go o alguien.(58)	Cualitativa	Directa	Nominal policotómica	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	¿Cuál es su lugar de procedencia? () Cusco () otro:___	3	El lugar de donde procede el médico, estará representado por el departamento de Cusco u otro de lugar que el participante indique.
Universidad de procedencia	Hace referencia a la universidad donde estuvo estudiando o terminaron su estudio.	Cualitativa	Directa	Nominal Polinómica	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	¿Dónde fue la universidad donde concluyo sus estudios? ()Pública de Cusco ()Privada de Cusco ()Pública de Perú ()Privada de Perú ()Extranjera	4	Se establecerá al responder el cuestionario como: Pública de Cusco, privada de Cusco, pública de Perú, privada de Perú o extranjera.

Lengua materna	Hace referencia al primer idioma que aprenderá y desarrollará un individuo nacido en cierta nación. (59)	Cualitativa	Directa	Nominal Politómica	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	¿Cuál es la lengua con la que aprendió a hablar? () solo español () solo quechua () español y quechua () otro	5	Se establecerá al responder el cuestionario como: solo español, solo quechua, español y quechua u otro.
Tiempo laboral	Hace referencia al tiempo en el que el medico está desempeñando su labor asistencial.	Cualitativa	Directa	Nominal Dicotómica	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	Su tiempo laboral en el SERUMS es: () Menor a 6 meses () Mayor a 6 meses	6	Se establecerá al responder el cuestionario como: Menor a 6 meses o Mayor a 6 meses

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Este estudio tiene un alcance correlacional y analítico, debido a que tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular.(60)

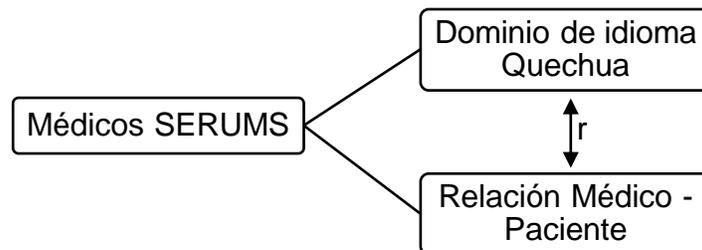
Por lo tanto, se pretende conocer la relación que existe entre el dominio del idioma quechua (variable independiente) y la relación médico- paciente (variable dependiente).

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue observacional y transversal, por lo que no se manipulo deliberadamente las variables y se recopilo los datos, asociados a estas, en un momento único.(60)

Entonces, este estudio pretende describir la relación que existe entre el dominio del idioma quechua y la relación médico – paciente en un momento determinado.

Gráfico 1: *Diseño de estudio*



*Fuente** Elaboración propia

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población general estuvo conformada por los médicos SERUMS en actividad durante los meses de agosto-octubre del 2023, dichos médicos pertenecen a las convocatorias al SERUMS del 2022-II y 2023-I. Además, estos médicos fueron titulados en el año 2022 y en el primer semestre del año 2023 y se encuentren realizando el SERUMS en puestos y centros de salud pertenecientes a la región del Cusco entre agosto-octubre del 2023.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Médicos SERUMS que laboraban durante los meses de agosto-octubre.
- Médicos SERUMS con actividad en zonas rurales de la región del Cusco.
- Médicos SERUMS de provincias con población mayor al 50% que declaro al quechua como lengua materna en el censo del 2017.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

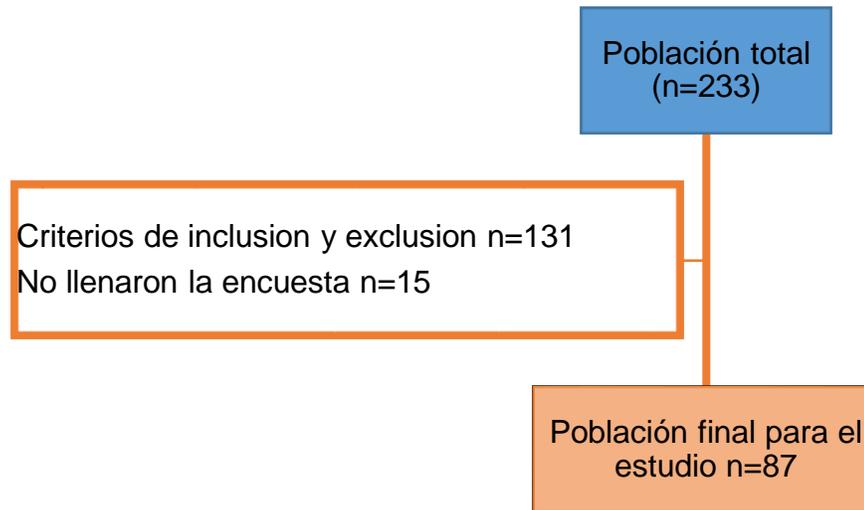
- Médicos SERUMS que trabajaban en centros o puestos de salud con presupuesto de privado, de Es Salud, de la Policía Nacional del Perú o del Ejército Peruano.
- Médicos SERUMS que no desearon participar en el estudio ni proporcionar la información requerida para el mismo.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

La muestra estuvo conformada por los médicos SERUMS que cumplían con los criterios de selección, para el Cusco el Ministerio de Salud oferto un total de 233 plazas para médicos quienes cumplirían con el SERUMS, durante los meses de agosto-octubre se encontró que 01 medico SERUMS renuncio por motivos de salud; 130 médicos SERUMS tenía al menos una de las siguientes características: laboraban en provincias de Cusco donde la donde su población que declaro al quechua como lengua materna fue menor al 50% según el censo del 2017, trabajaban en establecimientos de salud con presupuesto distinto al nacional o regional; quedando así una muestra de 102 médicos SERUMS a encuestar, de estos 15 no dieron su consentimiento para participar del estudio teniendo, por lo que, finalmente se tuvo 87 participantes.

Teniendo en cuenta que la cantidad de médicos SERUMS en la región del Cusco es limitada no se hizo el cálculo para el tamaño muestral, por lo que para el estudio se realizó un muestro censal no aleatorizado por conveniencia, es decir la muestra será igual a la población; por consiguiente, para el presente estudio solo se consideró los datos de los cuestionarios llenados por los médicos que cumplieron con los criterios de selección.

Grafico 2: Distribución del total de médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023.



Fuente: Base de datos de la investigación

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

La técnica que se usó en esta investigación fue la aplicación de cuestionarios a los médicos que cumplían con los criterios de selección. La encuesta incluyó los datos sociodemográficos (anexo 2) y los instrumentos debidamente validados (anexo 3); para evaluar la relación médico-paciente el instrumento que se utilizó fue la encuesta validada y publicada en “Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición” y para el dominio oral del idioma, se usó el cuadro de autoevaluación del MCER; se utilizaron cuestionarios físicos y virtuales (en el programa Google Forms), estos fueron enviados y respondidos por cada médico a través de correos electrónicos, redes sociales, llamadas telefónicas y entrevistas directas; la recolección se hizo en tres momentos, en la primera se envió el cuestionario por medio de plataformas digitales, en el segundo momento al tener poca respuesta se procedió a realizar visitas a cada establecimiento de salud donde se aplicó el cuestionario y se solicitó números telefónicos de los médicos que no se encontraban de turno, para finalmente contactarlos por vía telefónica.

Previo a la obtención de datos necesarios para la investigación, se solicitó el consentimiento del participante para llevar a cabo la investigación, con lo que se

aseguró la protección de los derechos y la privacidad de los participantes.

Posteriormente se seleccionó a los médicos SERUMS que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, posterior a ello se recolectó los datos necesarios. Una vez recolectado la información se realizó un análisis estadístico utilizando las técnicas apropiadas. Luego se analizó estos resultados y se relacionaron con los objetivos y antecedentes del estudio, finalmente se elaborará un informe y se realizará la presentación de los resultados.

Los datos obtenidos de las encuestas se ingresaron en un programa de hoja de cálculo (Excel).

3.4.2. Instrumentos

Se aplicó un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos generales, para la evaluación de la relación médico-paciente se utilizó la escala validada por la Pontificia Universidad Católica de Chile y para la evaluación del dominio el cuadro de autoevaluación para el dominio oral propuesto por el MCER.

La escala para la medición Relación médico-paciente de la Pontificia Universidad, tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,775$ y está compuesta por 3 actores: concepción antropológica, deshumanización de la medicina, relación médico-paciente esta última dividida en 4 modelos: modelo paternalista, modelo de alianza, modelo legal y modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas. Este cuestionario esta agrupado en 28 ítems que serán respondidas según la escala Likert de cinco grados: muy en desacuerdo, en desacuerdo, medianamente en acuerdo, en acuerdo y muy de acuerdo; tuvieron entre 1 y 5 puntos.(48) La prueba de Bartlett tuvo un valor $p < 0,0001$, negando también la esfericidad en la matriz de preguntas. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) llegó a 0,784, indicando que las variables consideradas en el estudio miden factores comunes, lo cual también es indicador de la adecuación del análisis factorial.(48)

El análisis de confiabilidad o consistencia del instrumento que evalúa la relación médico-paciente en la presente investigación tubo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,877$ y un ω de McDonald de $\omega = 0,894$, en conclusión, el instrumento tiene buena confiabilidad en los serumnistas de Cusco.

La categorización de los grados de relación médico-paciente se realizó gracias al proceso de baremación del instrumento, de la siguiente manera:

- Grado de relación médico-paciente mala: 28-84
- Grado de relación médico-paciente buena: 85-140

Para la evaluación del dominio del idioma, el participante tuvo que hacer una autoevaluación según los ítems propuestos por el MCER, lo que permitió conocer el nivel de dominio en el que se encuentra el médico, los niveles fueron descritos anteriormente en base al cuadro de autoevaluación para el dominio oral propuesto por el MCER (Anexo 3), al que se hizo una adecuación a preguntas (34 preguntas) sin modificación alguna, esto principalmente para evitar sesgo, de tal manera permitiendo evaluar y definir el nivel de dominio del idioma de cada médico. Este instrumento obtuvo un coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richarson, utilizado para escalas dicotómicas, de $KR-(20)=0.9664$, lo que significa que el instrumento es altamente confiable para medir el dominio del idioma quechua en los médicos serumnistas de Cusco.

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados se vaciaron en una hoja de cálculo de EXCEL 2016, luego se llevaron dichos datos al paquete estadístico STATA versión 14.0 para Windows.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas, las variables cuantitativas se expresaron en medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo a la distribución de sus datos y las variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de proporciones se utilizó el Test exacto de Fisher, entre la variable de desenlace (relación médico-paciente) y la variable de exposición (dominio oral del idioma).

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS

4.1. Resultados

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal, en donde participaron 87 médicos de la región del Cusco que realizaban SERUMS durante los meses de agosto-octubre del 2023, quienes llenaron la encuesta de datos sociodemográficos, autoevaluación del dominio del idioma quechua y relación médico-paciente de forma anónima y dando su consentimiento informado, en quienes se encontró los siguientes resultados:

Objetivo específico 1: Demostrar las características sociodemográficas de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

Tabla 1: Características sociodemográficas: distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según su edad.

	Obs.	Moda	Mediana	Media	DS	Min	Max
Edad	87	27	27	27.885	3.145	23	45

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la edad de los 87 médicos que participaron en el estudio, de acuerdo a las medidas de tendencia central y de dispersión, se encontró una media y mediana de 27 años con un rango intercuartílico(RIQ) de 26 a 29 años, como se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 2: Características sociodemográficas: distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según género.

	Género	
	N	%
Femenino	50	57.47
Masculino	37	42.53
Total	87	100.0

En la población de estudio se encontró un ligero predominio de mujeres con un porcentaje de 57.47% (n=50) en comparación a los varones con un porcentaje de 42.53% (n=37), como se muestra en la **tabla 2**.

Tabla 3: Características sociodemográficas: distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según procedencia.

	Procedencia	
	N	%
Apurimac	2	2.30
Arequipa	5	5.75
Ayacucho	1	1.15
Lima	10	11.49
Extranjero	1	1.15
Cusco	68	78.16
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la procedencia de los 87 médicos que participaron en el estudio, se identificó que la mayoría de la población estudiada proceden del departamento de Cusco con un porcentaje de 78.2% (n=68), seguido a este, pero en menor porcentaje se identificó médicos procedentes de la ciudad de Lima con un porcentaje total de 11.5%(n=10), como se muestra en la **Tabla 3**.

Tabla 4: Características sociodemográficas: distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según su universidad de procedencia.

	Universidad de procedencia	
	N	%
Pública de Cusco	31	35.63
Privada de Cusco	29	33.33
Pública del Perú	6	6.90
Privada del Perú	17	19.54
Extranjera	4	4.60
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Con respecto a la universidad de procedencia de los 87 médicos participantes, se registró que un porcentaje elevado estudio en la universidad pública del Cusco con el 35.63% (n=31), seguido de los que estudiaron en la universidad privada del Cusco y privada del Perú en un 33.33%(n=29) y 19.54%(n=17) respectivamente, con menor porcentaje proceden de una universidad pública del Perú o del extranjero, como se muestra en la **Tabla 4**.

Tabla 5: Características sociodemográficas: distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según su lengua materna.

	Lengua materna	
	N	%
Castellano	80	91.95
Castellano y quechua	7	8.05
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la lengua materna de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró en mayor porcentaje tienen como lengua materna al castellano en un 91,96%(n=80), muy por debajo de este se identificó que 8.05%(n=7) tienen al castellano y al quechua como lenguas maternas y nadie tiene al quechua por sí misma como lengua materna, como se muestra en la **Tabla 5**.

Tabla 6: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según tiempo laboral en el SERUMS.

	Tiempo laboral en el SERUMS	
	N	%
Menor igual a 6 meses	41	47.13
Mayor a 6 meses	46	52.87
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Con respecto al tiempo laboral en el SERUMS de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró que en mayor porcentaje fueron médicos con tiempo laboral en el SERUMS mayor a 6 meses con el 52,87% (n=46), y debajo de este con tiempo laboral menor a 6 meses fueron con un porcentaje de 47.13% (n=41), como se muestra en la **Tabla 6**.

Tabla 7: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según si su madre habla quechua.

	Su madre habla quechua	
	N	%
No	38	43.68
Sí	49	56.32
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a si su madre habla quechua de los 87 médicos participantes, se encontró que un buen porcentaje respondió que su madre sí habla quechua 56,32% (n=49), por debajo de este se encontró a los médicos con madre que no hablan quechua en un porcentaje de 43.68% (n=38), como se muestra en la **Tabla 7**.

Tabla 8: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según si su padre habla quechua.

	Su padre habla quechua	
	N	%
No	44	50.57
Si	43	49.43
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Con respecto a si su padre habla quechua de los 87 médicos participantes, se encontró que el 50,57% (n=44) respondió que su padre no habla quechua, seguido de un 49,43% (n=43) que respondieron que su padre sí habla quechua, como se muestra en la **Tabla 8**.

Tabla 9: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el idioma más hablado en su hogar.

	Idioma más hablado en su hogar	
	N	%
Castellano	82	94.25
Quechua y castellano	5	5.75
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto al idioma más hablado en el hogar de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró que en un porcentaje alto tienen al castellano como idioma más hablado en el hogar en un 94.25% (n=82), por muy debajo a este se encontró al quechua y castellano como idiomas hablados en el hogar en un 5.75% (n=5), como se muestra en la **Tabla 9**.

Tabla 10: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según si en su universidad de procedencia tiene un curso de idioma en la malla curricular, el nombre y la categoría del curso.

Curso de idioma	Su universidad de procedencia tiene un curso de idioma en la malla curricular						Total	
	Sí			No				
	Categoría del curso							
	Obligatorio		Electivo		Sin curso de idioma			
	N	%	N	%	N	%		
Quechua	34	52.31	2	11.11	0	0	36	41.38
ingles	12	18.46	7	38.89	0	0	19	21.84
Quechua e ingles	19	29.23	9	50.00	0	0	28	32.18
Sin curso de idioma	0	0	0	0	4	100	4	4.6
Total	65	74.71	18	20.69	4	4.6	87	100

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a si su universidad de procedencia tiene un curso de idioma en su malla curricular de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró que un porcentaje elevado Sí tenía un curso de idioma en la malla curricular con el 95.40% (n=83) y solo el 4,6% (n=4) declaró No haber tenido un curso de idioma. Por otro lado, al preguntarle por el curso de idioma que llevaron, se encontró que llevaron solo quechua 41,38% (n=36), seguido de los que llevaron quechua e inglés 32.28%(n=28) y con menor porcentaje los que llevaron solo inglés 21.84% (n=19); también declararon en un porcentaje alto que dichos cursos tenían la categoría de obligatorio un 74.71% (n=65), como se muestra en la **Tabla 10**.

Tabla 11: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según donde aprendió el idioma quechua.

	Donde aprendió el idioma quechua	
	N	%
Nunca aprendió	30	34.48
En el hogar	28	32.18
En la universidad	18	20.69
En instituto de idioma	11	12.64
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a donde aprendieron el idioma quechua de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró que un porcentaje alto nunca aprendió quechua en un 34.48% (n= 30), seguido de aquellos que aprendieron el quechua en el hogar con un 32.18% (n=28) y finalmente los que aprendieron el quechua en la universidad o en un instituto de idioma fueron 20.69% (n=18) y 12.64% (n=11) respectivamente, como se muestra en la **Tabla 11**.

Tabla 12: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según la frecuencia con la que atienden pacientes quechua hablantes.

	Frecuencia con la que atienden pacientes quechua hablantes	
	N	%
No atiende	1	1.15
Unas veces al mes	15	17.24
Unas veces en la semana	19	21.84
Diariamente	52	59.77
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la frecuencia con la que atienden pacientes quechua hablantes de los 87 médicos SERUMS participantes, se encontró que un porcentaje muy alto atienden diariamente pacientes quechua hablantes con un 59.77%(n=52), seguido de aquellos médicos que atienden unas veces en la semana con un 21.84%(n=19) y en menor frecuencia están aquellos médicos SERUMS que atienden pacientes quechua hablantes unas veces al mes con un 17.24%(n=15), como se muestra en la **Tabla 12**.

Tabla 13: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según la comunicación con sus pacientes quechua hablantes.

	Frecuencia que atiende pacientes quechua hablantes	
	N	%
Directamente con el paciente	39	44.83
Necesita de un personal de salud que domine quechua	33	37.93
Por medio de un familiar	15	17.24
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la comunicación con sus pacientes quechua hablantes de los 87 médicos participantes, se encontró que tienen comunicación directamente con el paciente en un 44.83% (n=39), seguido de por los que necesitan de un personal de salud que domine el quechua en un 37.93% (n=33) y finalmente con menos porcentaje son los médicos SERUMS que se comunican con los pacientes quechua hablantes por medio de un familiar en un 17.24% (n=15), como se muestra en la **Tabla 13**.

Objetivo 2: Identificar el nivel de dominio del quechua de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

Tabla 14: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el nivel de comprensión del idioma quechua.

	Nivel de comprensión del idioma quechua	
	N	%
No domina	30	34.48
Básico	5	5.75
Intermedio	38	43.68
Avanzado	14	16.09
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

En cuanto al nivel de comprensión en el idioma quechua en los 87 médicos SERUMS que participaron de la investigación, se identificó que el 43.68% (n=38) presentó un nivel intermedio de comprensión en el quechua, el 16.09%(n=14) presento un nivel avanzado y el 5.75%(n=5) un nivel básico; el 34.48%(n=30) no tienen dominio en cuanto a la comprensión en el idioma quechua, como se observa en la **Tabla 14**.

Tabla 15: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el nivel de expresión en el idioma quechua.

	Nivel de expresión en el idioma quechua	
	N	%
No domina	33	37.93
Básico	20	22.99
Intermedio	25	28.74
Avanzado	9	10.34
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

En cuanto al nivel de expresión en el idioma quechua de los 87 médicos SERUMS que participaron de la investigación, se identificó que el 28.74% (n=25) presentó un nivel intermedio en la expresión en el quechua, el 22.9%(n=20) presento un nivel básico y el 10.34%(n=9) un nivel avanzado; el 37.93%(n=33) no tienen dominio en la expresión en el idioma quechua, como se observa en la **Tabla 15**.

Tabla 16: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el nivel de interacción en el idioma quechua.

	Nivel de interacción en el idioma quechua	
	N	%
No domina	32	36.78
Básico	6	6.90
Intermedio	37	42.53
Avanzado	12	13.79
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

En cuanto al nivel de interacción en el idioma quechua en los 87 médicos SERUMS que participaron de la investigación, se identificó que el 42.53% (n=37) presentó un nivel intermedio de interacción en el quechua, el 13.79%(n=12) presentó un nivel avanzado y el 6.90%(n=6) un nivel básico; el 36.78%(n=32) no tienen dominio en cuanto a la interacción en el idioma quechua, como se observa en la **Tabla 16**.

Tabla 17: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el nivel de dominio del idioma quechua.

	Nivel de dominio del idioma quechua	
	N	%
No domina	30	34.48
Básico	4	4.60
Intermedio	39	44.83
Avanzado	14	16.09
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

En cuanto al nivel de dominio del idioma quechua en los 87 médicos SERUMS que participaron de la investigación, se identificó al 44.83%(n=39) como usuario independiente o de nivel intermedio, al 16.09%(n=14) se les identificó como usuario competente o de nivel avanzado y al 4.60%(n=4) se les identificó como usuario básico o de nivel básico respecto al dominio del idioma quechua; por otro lado, al 34.48%(n=30) no tiene dominio del idioma quechua, como se observa en la **Tabla 17**.

Objetivo 3: Describir la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

Tabla 18: Resultados estadísticos de la relación médico-paciente en cuanto a dimensión y modelos en médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023

	Media	Desviación estándar	Mediana
1. Concepción antropológica	3.89	0.76	4.4 (3.6-4.4)
2. Deshumanización de la medicina	4.35	0.99	5 (3.8-5)
3.1 Modelo Paternalista	2.71	0.63	2.63 (2.38-3)
3.2 Modelo Alianza	4.48	0.82	4.67 (4.33-5)
3.3 Modelo legal	2.5	0.71	2.5 (2-3)
3.4 Modelo de Autonomía en la toma de decisiones	3.88	0.83	4 (3.33-4.33)

Fuente: Base de datos de la investigación

El instrumento al tener cada respuesta un puntaje asignado según la escala de Likert, donde para “Muy en desacuerdo” fue 1, “En desacuerdo” 2, “Medianamente de acuerdo” 3, “De acuerdo” 4 y “Muy de acuerdo” 5; por métodos estadísticos se encontró una media para cada dimensión y modelo, y de acuerdo con el puntaje obtenido se situará opinión de los médicos SERUMS. Acerca de la Concepción Antropológica, se encontró que los médicos SERUMS adquirieron una media de 3.89 ± 0.76 encontrándose solo “medianamente de acuerdo”. En la dimensión, Deshumanización de la Medicina, se encontró que los médicos SERUMS tuvieron una media de 4.35 ± 0.99 los resultados arrojan una opinión “de acuerdo”, a la atención digna a los pacientes. Sobre la dimensión Relación Médico-Paciente que se subdivide en cuatro modelos: En el Modelo Paternalista se encontró una media de 2.71 ± 0.63 relacionados con una opinión “en desacuerdo”, sobre el Modelo Alianza se encontró que los médicos SERUMS adquirieron una media de 4.48 ± 0.82 encontrándose “de acuerdo”, con respecto al Modelo legal se encontró que los médicos SERUMS tuvieron una media de 2.5 ± 0.71 los resultados muestran una opinión “en desacuerdo”, finalmente en relación al Modelo de Autonomía en la Toma de Decisiones, se pudo encontrar una de 3.88 ± 0.83 lo que se interpreta como “medianamente de acuerdo”, como se muestra en la **Tabla 18**.

Tabla 19: Distribución de la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023, según el grado de la relación médico paciente.

	Grado de relación médico paciente	
	N	%
Malo	8	9.20
Bueno	79	90.8
Total	87	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a la relación médico paciente de los 87 médicos SERUMS que participaron de la investigación y después de realizar la baremación en el instrumento, se identificó al 90.8%(n=79) como médicos con una buena relación médico paciente y solo al 9.2%(n=8) se les identificó como médicos con mala relación médico-paciente, tal como se observa en la **Tabla 19**.

Objetivo general: Determinar la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.

Tabla 20: Análisis bivariado entre el nivel de dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023.

Nivel de dominio del idioma quechua	Grado de relación médico-paciente				p-valor	Prueba
	Malo (n=8)		Bueno (n=79)			
	n(%)	Frecuencias esperadas	n(%)	Frecuencias esperadas		
No domina	2(25)	2.8	28(35.44)	27.2	0.454	Test exacto de Fisher
Básico	0	0.4	4(5.06)	3.6		
Intermedio	3(37.5)	3.6	36(45.57)	35.4		
Avanzado	3(37.5)	1.3	11(13.92)	12.7		

Fuente: Base de datos de la investigación

Al dividir a los 87 médicos SERUMS en el cuadro de doble entrada para describir a la población de acuerdo al grado de relación médico paciente se tiene que de los participantes con mala relación el 37.5% tienen dominio avanzado del idioma quechua, así como dominio intermedio; y de los participantes con buena relación el 45.57% tienen dominio intermedio del idioma quechua. Además, la **Tabla 20** nos muestra el análisis estadístico entre el nivel de dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente, siendo ambas variables categóricas se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado, observando que menos del 20% de las frecuencias esperadas son <5% se procede a utilizar el Test exacto de Fisher, dando un p-valor=0,454 (>0.05) se concluye el nivel de dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente no presentan una asociación estadísticamente significativa, aceptando de este modo la hipótesis nula (H0): proporciones iguales y rechazando la hipótesis alterna (H1): proporciones diferentes.

Tabla 21: Análisis bivariado entre el de dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en la población de estudio, médicos SERUMS de la región del Cusco agosto-octubre 2023.

	Grado de relación médico-paciente				p-valor	Prueba
	Malo (n=8)		Bueno (n=79)			
Dominio del idioma quechua	n(%)	Frecuencias esperadas	n(%)	Frecuencias esperadas		
No domina	2(6.7)	2.8	28(93.3)	27.2	0.709	Test exacto de Fisher
Domina	6(10.5)	5.2	51(89.5)	51.8		

Fuente: Base de datos de la investigación

Al dividir a los 87 médicos SERUMS en el cuadro de doble entrada para describir a la población de acuerdo al dominio del idioma quechua se tiene que de los participantes con dominio del idioma quechua el 89.5% tienen buena relación médico-paciente, y de los participantes sin dominio del idioma quechua el 93.3% tienen buena relación médico-paciente. además, la **Tabla 21** nos muestra el análisis estadístico entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente, siendo ambas variables categóricas se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado, observando que menos del 20% de las frecuencias esperadas son <5% se procede a utilizar el Test exacto de Fisher, dando un p-valor=0,709 (>0.05) se concluye el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente no presentan una asociación estadísticamente significativa, aceptando de este modo la hipótesis nula (H0): proporciones iguales y rechazando la hipótesis alterna (H1): proporciones diferentes.

Dado la inexistencia entre una asociación estadísticamente significativa entre el dominio del idioma quechua y la relación médico paciente, no se pudo hallar la correlación o el efecto del dominio del idioma quechua en la relación médico paciente.

4.2. Discusión

La relación médico-paciente en el eje del ejercicio de la medicina, tiene una repercusión universal y busca la mejora de la salud y bienestar de la persona. (48) El dominio de un idioma es necesario para una adecuada comunicación y por ende una relación médico-paciente.

La cantidad final de médicos SERUMS encuestados para el estudio fue de 87, quienes cumplieron con los criterios de selección, conformando así la población a estudiar, en quienes se encontró:

- **Asociación entre el dominio del idioma quechua y la RMP:** en la población de estudio mediante el Test exacto de Fisher, no se encontró una asociación estadísticamente significativa, ya que se obtuvo un p-valor=0,454 (>0.05); resultado que podría deberse a que la relación médico-paciente no solo depende de la comunicación, por consiguiente el idioma, sino también otros factores como: el tiempo de la consulta o atención médica, el contexto cultural tanto del médico como la del paciente,(21) sumado a esto los factores personales (psicológicos, sociales, económicos) del médico y/o del paciente(49); aunque el estudio de **Cuaila Rae G.** en el personal asistencial de los servicios de salud de Huaylas - Ancash, sí se encontró asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento del quechua y la calidad de la atención de los profesionales de salud con los pacientes, con un valor de $p=0.025$.

Obtener dichos resultados también podrían obedecer a la existencia en los participantes del sesgo de deseabilidad social, donde estos buscan mostrar una imagen positiva de ellos mismos con el objetivo de conseguir aceptabilidad social.

- **Edad:** los médicos participantes en el estudio tuvieron una edad media de 27 años (26-29), y en el estudio realizado por **Bendezu Quispe G.** la edad media encontrada en los médicos SERUMS del 2016 fue de 25 años (24-27).
- **Género:** los médicos SERUMS que participaron del estudio fueron en su gran mayoría mujeres con un 57.47%; de manera similar se vio en el

estudio realizado por **Bendezu Quispe G.** donde el 53.8 % también fueron mujeres.

- **Procedencia:** en cuanto a la procedencia, se observó en los participantes en el estudio predominó el lugar de estudio, Cusco: 78, 16% (n=68); tal como en el estudio realizado por **Shimabuko Azato R.** en la ciudad de Lima, donde el 89,3% procedía de la costa, lo que mostraría que los médicos tienden a elegir establecimientos de salud más cercanos a su lugar de origen.
- **Universidad de procedencia:** en cuanto a la universidad donde cursaron sus estudios en medicina, se observó que los participantes de este estudio proceden de una universidad pública en un 42.53%; exponiendo que la actualidad existe más universidades privadas con facultades de medicina y en consecuencia menos egresados de universidades públicas. Por otro lado, los médicos SERUMS de la región del Cusco que participan en el estudio se encontró que el 68,96% procede de una universidad de la ciudad de Cusco, el 26.44% procede universidades de otras ciudades del Perú y el 4,6% culminó sus estudios de medicina en universidades del extranjero; un porcentaje similar encontró **Bendezu Quispe G.** en su estudio realizado en médicos SERUMS de Lima donde los médicos procedentes de dicha ciudad fueron en un 86,8%, los procedentes de otras ciudades fueron en un 11.1% y en menor porcentaje los que procedían del extranjero en un 2.1%.
- **Sobre si su madre habla quechua:** en el estudio los participantes declararon que su madre habla quechua en un 56.32%; a diferencia del estudio de **Shimabuko Azato R** donde solo el 19.7% manifestaron que sus madres que hablan quechua.
- **Sobre si su padre habla quechua:** los participantes en el estudio indicaron que sus padres hablan el quechua en un 49.43%; a diferencia del estudio de **Shimabuko Azato R** donde solo el 21.1% manifestaron que sus padres que hablan quechua.

- **Lugar donde aprendió el quechua:** en cuanto al lugar donde aprendieron el quechua, los participantes del estudio declararon en mayor porcentaje haberlo aprendido en el hogar con un 32.18%, así como se mostró en el estudio de **Jiménez H.** donde también la población de estudio refirió que su mayor aprendizaje del idioma, en este caso guaraní, fue en el 86%. lo cual puede estar vinculado a que sus progenitores también hablan estos idiomas.
- **Comunicación con pacientes quechua hablantes:** se vio que la mayoría de los participantes no tienen comunicación directa con los pacientes quechua hablantes en un 55.17%, lo cual podría deberse a que el 38.08% de los médicos no tienen dominio del quechua, por lo que necesitan apoyo de un tercero que si domine el idioma o en otros casos usen una comunicación no verbal; en el estudio de **Alonso Moreno L.** los médicos percibieron dificultad en la consulta en el 73% de los casos con el idioma.
- **Nivel de dominio del quechua:** en el estudio se vio que los participantes con un nivel básico de dominio del idioma fueron en un 4.6%, con un nivel intermedio fueron en mayor porcentaje con un 44.83% y con un nivel avanzado fueron en un 16.09%; a diferencia encontrada en el estudio de **Cuaila Rae G** en el departamento de Áncash donde el personal de salud tuvo un nivel de conocimiento donde un 65.9% presento un bajo nivel de conocimiento del idioma quechua, en tanto el 34.1% presento un nivel medio de conocimiento, ninguno de los entrevistados mostró poseer un alto nivel de conocimiento del idioma quechua. Por otro lado, respecto al dominio del idioma quechua los serumnistas del departamento de Cusco en el 2023 tuvieron un dominio del idioma en un 65.52%; en cambio en el estudio realizado por **Valencia T.** realizada en médicos SERUMS del departamento de Áncash en el 2016 ellos declararon tener desconocimiento del idioma quechua en un 55%.
- **Relación médico-paciente:** en la mayoría de los médicos participantes del estudio se encontró que tienen una buena relación médico-paciente

en un 90.8%. Por otra parte, respecto a las interpretaciones de los puntajes medios obtenidos en las dimensiones en el presente estudio tenemos que para la Concepción Antropológica los médicos estuvieron “medianamente de acuerdo”, para la Deshumanización de la Medicina los resultados arrojan una opinión “de acuerdo”, a la atención digna a los pacientes; a diferencia de lo encontrado en el estudio de **Agurto García C.** sobre la Concepción Antropológica los médicos residentes se mostraron “de acuerdo”, sobre la Deshumanización de la Medicina los médicos arrojan una opinión “medianamente de acuerdo” en cuanto a la existencia de diferencias en la atención médica.

4.3. Conclusiones

- **Primera.** – No existe relación estadísticamente significativa entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023, $p=0.454$.
- **Segunda.** – La media de la edad es de 27 años, hubo predominio de mujeres en un 57.47%, procedentes de Cusco en un 78,16%, la gran mayoría proceden de las universidades de la ciudad de Cusco en un 68.96%, la lengua materna de la población estudiada fue de 91.95%, de los participantes el 52.87% tienen un tiempo laboral mayor a seis meses, del 56.32% y 50.57% su madre y padre hablan quechua respectivamente, al menos el 47.69% llevo el curso de quechua en su universidad, el 34.48% nunca aprendió quechua y el 32.18% lo aprendió en el hogar, el 44.83% de los médicos tienen comunicación directa con sus pacientes quechua hablantes.
- **Tercera.** – Los médicos que no dominan el idioma quechua son el 34.48%; los que tienen un dominio básico son el 4.6%, un dominio intermedio son 44.83% y un dominio avanzado son el 16.09%, en total los que tiene algún tipo de dominio del quechua representan el 62.52%.
- **Cuarta.** – En el estudio se mostró que el 90.80% de los participantes tienen una buena relación médico paciente.

4.4. Recomendaciones

A LA UNIVERSIDAD-ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

- A los docentes del curso de quechua, poner mayor énfasis al momento de impartir esta asignatura, de tal manera garantizar el aprendizaje y posterior dominio del mismo del estudiante. A los alumnos, poner interés en el estudiar el curso de quechua, tener en cuenta la importancia de su uso en la profesión médica y la población rural cusqueña.
- A las autoridades, diseñar y aplicar programas para mejorar el conocimiento del idioma quechua y su posterior empleo.

A LA COMUNIDAD CIENTIFICA

- A los futuros investigadores (estudiantes de medicina humana) realizar más estudios de tipo prospectivo o transversales, sobre todo respecto a la relación médico-paciente y que consideren la evaluación de esta desde diferentes puntos de vista con el único fin de mejorar la salud de la población local.
- Realizar investigaciones a nivel local sobre el impacto idioma quechua en la comunicación, por si misma, con los pacientes, además también conocer el punto de vista de los médicos respecto al tema.

A LA GERESA, COMITÉ JOVEN DEL COLEGIO MÉDICO DEL CUSCO

- Implementar cursos de enseñanza y/o capacitación para un mejor dominio del quechua en los médicos SERUMS, así como concientizar de la importancia de esta en relación y comunicación médico-paciente en la práctica médica.

BIBLIOGRAFIA

1. En el Perú hay 47 lenguas originarias que son habladas por cuatro millones de personas | MINEDU [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=42914>
2. Rousseau S, Dargent E, Navarro A, Sosa P. La política del multilingüismo en dos regiones con mayorías quechua hablantes: informe de investigación [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Ciencias Sociales; 2017 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/70676>
3. INEI [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. PERÚ - INEI:: Perú: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
4. Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256956-23330>
5. PERÚ - INEI:: Cusco: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017 [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1559/
6. Oferta de plazas Remuneradas y Equivalentes SERUMS 2023-I [Internet]. [citado 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/4121301-oferta-de-plazas-remuneradas-y-equivalentes-serums-2023-i>
7. Oferta de plazas equivalentes del proceso SERUMS 2022– II [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3321706-oferta-de-plazas-equivalentes-del-proceso-serums-2022-ii>
8. Oferta de plazas remuneradas del proceso SERUMS 2022– II [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3321705-oferta-de-plazas-remuneradas-del-proceso-serums-2022-ii>
9. Saco Méndez S, Villavicencio Olarte E. Situación actual y perspectivas de los médicos egresados de las primeras ocho promociones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (1989-1994). SITUA [Internet]. 1999 [citado 18 de diciembre de 2023];7(14):1-15. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1999_n14/situacion.htm
10. Valencia V T, León H B, Lezameta B U, Vidal T M. Principales dificultades del profesional de salud encontrados durante el Serums en el departamento de Ancash, zona sierra. 2008. Aporte Santiaguino [Internet]. 19 de julio de 2011 [citado 28 de junio de 2023];ág. 118-122. Disponible en: https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/537
11. Palma Pinedo H, Reyes Vega MF. Barreras identificadas por el personal de salud para el tamizaje del virus de inmunodeficiencia humana en población indígena de la Amazonía peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. octubre de 2018 [citado 20 de junio de 2023];35(4):610-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342018000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. De La Cruz Ramirez YM, Olaza Maguiña AF. Satisfaction of Quechua-speaking indigenous pregnant women from a rural community in Peru with telemonitoring during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. noviembre de 2021 [citado 20 de junio de 2023];155(2):201-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9087595/>
13. De La Cruz Ramirez YM, Olaza Maguiña AF. Satisfaction of Quechua-speaking women in climacteric stage with the care provided by midwives. *Enferm Clínica Engl Ed* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 20 de junio de 2023];32(S1):77-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147921000539>
14. Segovia Meza G, Monteza Facho BM. Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en Ica, 2021-2022. *Inst Nac Salud* [Internet]. 2022 [citado 10 de mayo de 2023];28(4):78-83. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/20.500.14196/1508/a03v28n4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Arce Villalobos LR, Toro Huamanchumo CJ, Melgarejo Castillo A, Taype Rondan A. Enseñanza de idiomas en escuelas de medicina humana de Perú. *Rev Fac Med* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 26 de junio de 2023];65(4):583-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-00112017000400583&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Oyola Garcia AE, Quispe Ilanzo MP. La verdad es que no queremos aprender quechua. *An Fac Med* [Internet]. julio de 2016 [citado 27 de junio de 2023];77(3):293-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832016000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Alarco JJ. ¿Es necesaria la enseñanza de idioma quechua en nuestra facultad? *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2014 [citado 28 de junio de 2023];4(2):29-30. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/168>
18. Tsoh JY, Sentell T, Gildengorin G, Le GM, Chan E, Fung LC, et al. Healthcare Communication Barriers and Self-Rated Health in Older Chinese American Immigrants. *J Community Health* [Internet]. 1 de agosto de 2016 [citado 10 de mayo de 2023];41(4):741-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0148-4>
19. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1 de abril de 2007 [citado 12 de junio de 2023];19(2):60-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
20. Jimenez D, Figiel S, Moxley J, Radusky P, Durand D. LANGUAGE DIFFERENCE AS A PREDICTOR OF OUTPATIENT FOLLOW-UP AMONG MIDLIFE SPANISH-SPEAKING PATIENTS. *Innov Aging* [Internet]. 8 de noviembre de 2019 [citado 12 de junio de 2023];3(Supplement_1):S855-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.3146>
21. Alonso Moreno FJ, Micó Pérez RM, Segura Fragoso A, Ahmed de Prado H, Guerrero Muñoz M, Palomino Cobo I, et al. Aptitudes percibidas por el médico de familia en la atención a pacientes inmigrantes. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 2 de agosto de 2023];46(7):448-56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-aptitudes-percibidas-por-el-medico-S1138359320300113>
22. Urrutia Arroyo RH. Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente

- inmigrante en médicos de Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. abril de 2018 [citado 25 de junio de 2023];35(2):205-13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342018000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Jiménez HJ, Delgado L, Campuzano de Rolon A, Jiménez D, de Samudio A, Agüero A, et al. Grado de conocimiento del idioma guaraní en estudiantes de medicina en un hospital universitario de Paraguay. Medwave [Internet]. 2018 [citado 23 de junio de 2023];18(2):7200. Disponible en: <https://www.medwave.cl/enfoques/comunicacionesbreves/7200.html>
24. Cuaila Rea GM. Conocimiento del Quechua y calidad de atención en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash 2022 [Internet] [MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD]. [Chimbote- Peru]: UCV; 2022 [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/100683>
25. Bendezu Quispe G, Mari Huarache LF, Taype Rondan Á, Mejia CR, Inga Berrospi F. Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de salud en Perú sobre el primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 3 de febrero de 2021 [citado 2 de agosto de 2023];37(4):636-44. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmpesp/2020.v37n4/636-644/#>
26. Irons R. Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. junio de 2019 [citado 12 de diciembre de 2023];36(2):188-95. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342019000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Altamirano Quiroz AA, Sánchez Velasco AS, Agurto García CS. Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del Servicio de Medicina Interna de un hospital general de Lima, Perú. 2019 [citado 12 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6384>
28. Shimabuku Azato R, Martina Chávez M, Delgado Vásquez A, Angulo Poblete D, Salazar Salvatierra E. Nivel de conocimiento del idioma quechua, lengua indígena viva, en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. An Fac Med [Internet]. julio de 2018 [citado 24 de junio de 2023];79(3):264-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832018000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 12 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
30. InformeBelmont.pdf [Internet]. [citado 12 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
31. ASALE, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 4 de julio de 2023]. Idioma | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/idioma>
32. Definición.de [Internet]. [citado 4 de julio de 2023]. Idioma. Disponible en:

<https://definicion.de/idioma/>

33. DefinicionABC [Internet]. [citado 4 de julio de 2023]. Definición de Idioma. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/comunicacion/idioma.php>
34. WordReference.com [Internet]. [citado 4 de julio de 2023]. Idioma - sinónimos y antónimos. Disponible en: <https://www.wordreference.com/sinonimos/idioma>
35. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Ministerio de Cultura. [citado 28 de junio de 2023]. Quechua. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas/quechua>
36. Ministerio de Educación-Perú. Lenguas Originarias del Perú | Centro de Recursos Interculturales [Internet]. Primera. Lima: Ministerio de Educación-Perú; 2018 [citado 28 de junio de 2023]. 350 p. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/lenguas-originarias-del-per%C3%BA>
37. Constitución Política del Perú en castellano y quechua – Cuarta edición oficial [Internet]. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/informes-publicaciones/1466653-constitucion-politica-del-peru-en-castellano-y-quechua-cuarta-edicion-oficial>
38. Definición.de [Internet]. [citado 4 de julio de 2023]. Lengua materna. Disponible en: <https://definicion.de/lengua-materna/>
39. Cervantes Centro Virtual. Diccionario de términos clave de ELE. Lengua materna. [Internet]. Instituto Cervantes; [citado 30 de junio de 2023]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/lenguamaterna.htm
40. Euroinnova Business School [Internet]. [citado 30 de junio de 2023]. Definición de dominio del lenguaje. Disponible en: <https://www.euroinnova.pe/blog/latam/definicion-dominio-del-lenguaje>
41. QueSignificado. ¿Qué es el dominio del idioma? - [Ver Respuesta] [Internet]. QueSignificado.org. 2021 [citado 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://quesignificado.org/que-es-el-dominio-del-idioma/>
42. Cervantes Centro Virtual. Instituto Cervantes; [citado 6 de julio de 2023]. Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco/
43. Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación. Volumen complementario - Publicaciones - Ministerio de Educación y Formación Profesional [Internet]. [citado 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/25397/19/0>
44. Figueroa Saavedra M. Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comun Soc* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 15 de mayo de 2023];(12):149-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Abril Martí I, Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud

- de los inmigrantes. En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía, 2011, ISBN 978-84-921390-3-3, págs 1521-1534 [Internet]. Instituto de Migraciones; 2011 [citado 8 de julio de 2023]. p. 1521-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>
46. Arce MAR. Relación médico- paciente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. 116 p.
 47. WMA - The World Medical Association-Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
 48. Rodríguez Á, Mardones F, Villarroel L. Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. Rev Médica Chile [Internet]. febrero de 2012 [citado 8 de julio de 2023];140(2):176-83. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872012000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 49. Baró AOA, González AT. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. Mediciego [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 18 de diciembre de 2023];20(1). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/128>
 50. Gobierno Regional Cusco, Proyecto Plan de Desarrollo Regional Concertado Cusco al 2033 Tomo I-251122_FINAL.pdf.pdf [Internet]. [citado 9 de julio de 2023] p. 422. Report No.: Tomo I Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3883403/1%20PDR_CUSCO2033%20Tomo_I_%20251122_FINAL.pdf?v=1669674483
 51. Proyecto Plan de Desarrollo Regional Concertado Cusco al 2033 [Internet]. Cusco: Gobierno Regional Cusco; 2022 nov [citado 9 de julio de 2023], Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regioncusco/informes-publicaciones/3689584-proyecto-plan-de-desarrollo-regional-concertado-de-cusco-al-2033>
 52. Guía de Procedimientos y normas Legales SERUMS 2223.pdf [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2223.PDF>
 53. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890&filter=ths_termall&q=Factores%20Sociodemogr%C3%A1ficos#Details
 54. Robles Ávila S. Diccionario Digital de Nuevas Formas de Lectura y Escritura. 2014 [citado 9 de julio de 2023]. Competencias orales. Disponible en: <https://dinle.usal.es/searchword.php?valor=Competencias%20orales>
 55. Martínez Montauti J. La relación médico-paciente. Barcelona: Universidad de Barcelona-Colección de Bioética; 170 p.
 56. ASALE, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 10 de julio de 2023]. Edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
 57. ASALE, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 10 de julio de 2023]. Género, Diccionario de la lengua española. Disponible en:

<https://dle.rae.es/género>

58. ASALE, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 10 de julio de 2023]. Procedencia | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
59. ¿Qué es Lengua Materna? Su Definición y Significado [2023] [Internet]. [citado 10 de julio de 2023]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/lengua-materna/>
60. Hernandez, Fernandez y Baptista, Metodología Investigación Científica 6ta ed Mexico, 2014, Editorial McGraw Hill, 599p

ANEXOS

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023?	<p>Objetivo General: Determinar la asociación entre el dominio del quechua y la relación médico-paciente en médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar las características sociodemográficas de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023. • Identificar el nivel de dominio del quechua de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023. • Describir la relación médico-paciente de los médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023. 	<p>Hipótesis general Existe asociación entre el dominio del idioma quechua y la relación médico-paciente en médicos SERUMS de la región del Cusco, agosto-octubre 2023.</p> <p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable independiente: dominio del Idioma quechua • Variable dependiente: relación médico-paciente <p>Variables no implicadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Procedencia • Lengua materna • Universidad de procedencia • Tiempo laboral 	<p>Relación médico-paciente: Se aplicará la escala de evaluación propuesta por la Pontificia Universidad Católica de Chile.</p> <p>Idioma quechua: Se aplicara el cuadro de autoevaluación para el dominio oral del MCER.</p>	<p>Nivel de investigación: Descriptivo y Analítico</p> <p>Tipo de investigación Transversal Analítico</p> <p>Método general: Correlacional</p> <p>Diseño de la investigación: Observacional</p> <p>Población: Médicos SERUMS de la región del Cusco, en actividad durante los meses de agosto y octubre del 2023.</p> <p>Muestreo: Censal por conveniencia.</p> <p>Técnica de procesamiento de datos: Descriptivo y analítico</p>

ANEXO 2.- Ficha de recolección de datos

Asentimiento informado

Yo.....,con DNI:He sido informado/a adecuadamente sobre el trabajo de investigación: **“IDIOMA QUECHUA Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MÉDICOS SERUMS DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2023”**. Se me ha informado y explicado que la participación es voluntaria y de no aceptar me retirare del estudio cuando yo lo considere, no afectara mis relaciones con la persona encargada del estudio y que los resultados no serán divulgados por esta persona. Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de autorización informada para participar del estudio.

ACEPTO ()

NO ACEPTO ()

Firma

Le pedimos respuestas reales, no hay respuestas malas ni buenas, todas las respuestas son válidas.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Ficha de recolección de datos

El presente cuestionario forma parte del Estudio de Investigación “**IDIOMA QUECHUA Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN MÉDICOS SERUMS DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2023**”, que es realizada por la Univ. Jhuliana Rodriguez Curillo, alumna de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. La encuesta está dirigida a todos los médicos SERUMS de la región del Cusco, a quienes se les invita participar de este estudio de investigación respondiendo el cuestionario que les tomará 30 minutos de su tiempo aproximadamente, se respetará el principio ético de confidencialidad. La participación en el estudio de investigación es totalmente voluntaria y confiere el consentimiento para poder utilizar los datos obtenidos, única y exclusivamente para los fines del estudio. Lea cuidadosamente esta encuesta. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de responder.

LE AGRADECEMOS, NO BRINDAR INFORMACIÓN FALSA, PUES EL ESTUDIO PUEDE FRACASAR. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, TODAS LAS RESPUESTAS VALEN.

Establecimiento de salud en el que labora: _____

Acepta usted participar en el estudio: SI NO

Información sociodemográfica del encuestado:

1. **Sexo:** Femenino () Masculino ()
2. **Su edad es:** en años cumplidos.
3. **Su lugar de procedencia es:** Cusco () otro: _____
4. **Universidad de procedencia:** () Publica de Cusco () Privada de Cusco
() Publica del Perú () Privada del Perú () Extranjera
5. **Su lengua materna es:** () Castellano y quechua () Solo castellano
() Solo quechua
6. **Su tiempo laboral en el SERUMS es :** () Menor a 6 meses () Mayor a 6 meses
7. **Su madre habla quechua:** () si () no
8. **Su padre habla quechua:** () si () no
9. **Idioma que más se habla en su hogar:** () Castellano y quechua () Solo castellano () Solo quechua
10. **¿La malla curricular de la universidad tiene algún curso de idioma?** () Si () No
 - **¿Cuál es el curso?** () quechua () ingles () ambos () otro:
 - **El curso es:** () Obligatorio () Electivo
11. **¿Dónde considera que aprendió el idioma quechua?** () en el hogar () en la universidad () en un instituto de idioma () nunca aprendí
12. **Usted atiende a pacientes quechua hablantes:** () diariamente () unas veces en la semana () algunas veces al mes () no atiendo
13. **Si atiende a un paciente quechua hablante su comunicación es:** () directamente con el paciente () por medio de un familiar () necesita de un personal de salud que domine el quechua

ANEXO 3.- Instrumento de investigación

CUADRO DE AUTOEVALUACIÓN DE DOMINIO DEL IDIOMA DEL MCER (42,43)

	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Comprensión oral	<p>Reconozco palabras y expresiones muy básicas que se usan habitualmente, relativas a mí mismo, a mi familia y a mi entorno inmediato cuando se habla despacio y con claridad.</p>	<p>Comprendo frases y vocabulario más habitual sobre temas de interés personal (información personal y familiar muy básica, compras, lugar de residencia, empleo).</p> <p>Soy capaz de captar la idea principal de avisos y mensajes breves, claros y sencillos.</p>	<p>Comprendo las ideas principales cuando el discurso es claro y normal y se tratan asuntos cotidianos que tienen lugar en el trabajo, en la escuela, durante el tiempo de ocio, etc.</p> <p>Comprendo la idea principal de muchos programas de radio o televisión que tratan temas actuales o asuntos de interés personal o profesional, cuando la articulación es relativamente lenta y clara.</p>	<p>Comprendo discursos y conferencias extensos e incluso sigo líneas argumentales complejas siempre que el tema sea relativamente conocido.</p> <p>Comprendo casi todas las noticias de la televisión y los programas sobre temas actuales.</p> <p>Comprendo la mayoría de las películas en las que se habla en un nivel de lengua estándar.</p>	<p>Comprendo discursos extensos incluso cuando no están estructurados con claridad y cuando las relaciones están sólo implícitas y no se señalan explícitamente.</p> <p>Comprendo sin mucho esfuerzo los programas de televisión y las películas.</p>	<p>No tengo ninguna dificultad para comprender cualquier tipo de discurso oral, tanto en conversaciones en vivo como en discursos retransmitidos, aunque se produzcan a una velocidad de hablante nativo, siempre que tenga tiempo para familiarizarme con el acento.</p>

Expresión oral	<p>Utilizo expresiones y frases sencillas para describir el lugar donde vivo y las personas que conozco.</p>	<p>Utilizo una serie de expresiones y frases para describir con términos sencillos a mi familia y otras personas, mis condiciones de vida, mi trayectoria educativa y mi trabajo actual o el último que tuve.</p>	<p>Enlazo frases de forma sencilla con el fin de describir experiencias y hechos, sueños, esperanzas y ambiciones.</p> <p>Puedo explicar y justificar brevemente mis opiniones y proyectos.</p> <p>Narro historias o relatos, la trama de un libro o película y puedo describir mis reacciones.</p>	<p>Presento descripciones claras y detalladas de una amplia serie de temas relacionados con mi especialidad.</p> <p>Sé explicar un punto de vista sobre un tema exponiendo las ventajas y los inconvenientes de varias opciones.</p>	<p>Presento descripciones claras y detalladas sobre temas complejos que incluyen otros temas, desarrollando ideas concretas y terminando con una conclusión apropiada.</p>	<p>Presento descripciones o argumentos de forma clara y fluida y con un estilo que es adecuado al contexto y con una estructura lógica y eficaz que ayuda al oyente a fijarse en las ideas importantes y a recordarlas.</p>
Interacción oral	<p>Puedo participar en una conversación de forma sencilla siempre que la otra persona esté dispuesta a repetir lo que ha dicho o a decirlo con otras palabras y a una velocidad más lenta y me ayude a formular lo que intento decir.</p> <p>Planteo y contesto preguntas sencillas sobre temas de necesidad inmediata o asuntos muy habituales.</p>	<p>Puedo comunicarme en tareas sencillas y habituales que requieren un intercambio simple y directo de información sobre actividades y asuntos cotidianos.</p> <p>Soy capaz de realizar intercambios sociales muy breves, aunque, por lo general, no puedo comprender lo suficiente como para mantener la conversación por mí mismo.</p>	<p>Sé desenvolverme en casi todas las situaciones que se me presentan cuando viajo donde se habla esa lengua.</p> <p>Puedo participar espontáneamente en una conversación que trate temas cotidianos de interés personal o que sean pertinentes para la vida diaria (por ejemplo, familia, aficiones, trabajo, viajes y acontecimientos actuales).</p>	<p>Puedo participar en una conversación con cierta fluidez y espontaneidad, lo que posibilita la comunicación normal con hablantes nativos.</p> <p>Puedo tomar parte activa en debates desarrollados en situaciones cotidianas explicando y defendiendo mis puntos de vista.</p>	<p>Me expreso con fluidez y espontaneidad sin tener que buscar de forma muy evidente las expresiones adecuadas.</p> <p>Utilizo el lenguaje con flexibilidad y eficacia para fines sociales y profesionales.</p> <p>Formulo ideas y opiniones con precisión y relaciono mis intervenciones hábilmente con las de otros hablantes.</p>	<p>Tomo parte sin esfuerzo en cualquier conversación o debate y conozco bien expresiones idiomáticas y coloquiales.</p> <p>Me expreso con fluidez y transmito matices sutiles de sentido con precisión.</p> <p>Si tengo un problema, sorteo la dificultad con tanta discreción que los demás apenas se dan cuenta.</p>

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL IDIOMA QUECHUA

Marcar con una X según sea su respuesta.

N°	Niveles	Pregunta	Si	No	
Comprensión					
1.	A	A1	Reconozco palabras y expresiones muy básicas que se usan habitualmente, relativas a mí mismo, a mi familia y a mi entorno inmediato cuando se habla despacio y con claridad.		
2.		A2	Comprendo frases y vocabulario más habitual sobre temas de interés personal (información personal y familiar muy básica, compras, lugar de residencia, empleo). Soy capaz de captar la idea principal de avisos y mensajes breves, claros y sencillos		
3.	B	B1	Comprendo las ideas principales cuando el discurso es claro y se tratan asuntos cotidianos que tienen lugar en el trabajo, en la escuela, durante el tiempo de ocio, etc.		
4.		B1	Comprendo la idea principal de muchos programas de radio o televisión que tratan temas actuales o asuntos de interés personal o profesional, cuando la articulación es relativamente lenta y clara.		
5.		B2	Comprendo discursos y conferencias extensos e incluso sigo líneas argumentales complejas siempre que el tema sea relativamente conocido.		
6.		B2	Comprendo casi todas las noticias de la televisión y los programas sobre temas actuales. Comprendo la mayoría de las películas en las que se habla en un nivel de lengua estándar		
7.	C	C1	Comprendo discursos extensos incluso cuando no están estructurados con claridad y cuando las relaciones están sólo implícitas. Comprendo sin mucho esfuerzo los programas de televisión y las películas.		
8.		C2	No tengo ninguna dificultad para comprender cualquier tipo de discurso oral, tanto en conversaciones en vivo como en discursos retransmitidos, aunque se produzcan a una velocidad de hablante nativo, siempre que tenga tiempo para familiarizarme con el acento.		
Expresión					
9.	A	A1	Utilizo expresiones y frases sencillas para describir el lugar donde vivo y las personas que conozco.		
10.		A2	Utilizo una serie de expresiones y frases para describir con términos sencillos a mi familia y otras personas, mis condiciones de vida, mi trayectoria educativo y mi trabajo.		
11.	B	B1	Enlazo frases de forma sencilla con el fin de describir experiencias y hechos, sueños, esperanzas y ambiciones.		
12.		B1	Puedo explicar y justificar brevemente mis opiniones y proyectos. Narro historias o relatos, un libro o película y puedo describir mis reacciones		
13.		B2	Presento descripciones claras y detalladas de una amplia serie de temas relacionados con mi área de interés.		
14.		B2	Explico un punto de vista sobre un tema de actualidad exponiendo las ventajas y los inconvenientes de varias opciones.		
15.	C	C1	Presento descripciones claras y detalladas sobre temas complejos integrado temas secundarios, desarrollando ideas concretas y terminando con una conclusión apropiada.		
16.		C2	Presento descripciones o argumentos de forma clara y fluida y con un estilo que		

			es adecuado al contexto y con una estructura lógica y eficaz que ayuda al oyente a fijarse en las ideas importantes y a recordarlas.		
Interacción					
17.	A	A1	Puedo participar en una conversación de forma sencilla siempre que la otra persona esté dispuesta a repetir lo que ha dicho o a decirlo con otras palabras y a una velocidad más lenta y me ayude a formular lo que intento decir.		
18.		A1	Planteo y contesto preguntas sencillas sobre temas de necesidad inmediata o asuntos muy habituales.		
19.		A2	Puedo comunicarme en tareas sencillas y habituales que requieren un intercambio simple y directo de información sobre actividades y asuntos cotidianos.		
20.		A2	Soy capaz de realizar intercambios sociales muy breves, aunque, por lo general, no puedo comprender lo suficiente como para mantener la conversación por mí mismo.		
21.	B	B1	Sé desenvolverse en casi todas las situaciones que se me presentan cuando viajo donde se habla esa lengua.		
22.		B1	Puedo participar espontáneamente en una conversación que trate temas cotidianos de interés personal o que sean pertinentes para la vida diaria (por ejemplo, familia, aficiones, trabajo, viajes y acontecimientos actuales).		
23.		B2	Puedo participar en una conversación con cierta fluidez y espontaneidad, lo que posibilita la comunicación normal con hablantes nativos.		
24.		B2	Puedo tomar parte activa en debates desarrollados en situaciones cotidianas explicando y defendiendo mis puntos de vista.		
25.	C	C1	Me expreso con fluidez y espontaneidad sin tener que buscar de forma muy evidente las expresiones adecuadas.		
26.		C1	Utilizo el lenguaje con flexibilidad y eficacia para fines sociales y profesionales. Formulo ideas y opiniones con precisión y relaciono mis intervenciones hábilmente con las de otros hablantes.		
27.		C2	Tomo parte sin esfuerzo en cualquier conversación o debate y conozco bien expresiones idiomáticas y coloquiales.		
28.		C2	Me expreso con fluidez y transmito matices sutiles de sentido con precisión. Si tengo un problema, sorteo la dificultad con tanta discreción que los demás apenas se dan cuenta		

ANEXO 3.- Instrumento de investigación
CUESTIONARIO RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

1= muy en desacuerdo; 2= en desacuerdo;3= medianamente en acuerdo;4= en acuerdo;5= muy de acuerdo

N°	Pregunta	1	2	3	4	5
Dimensión 1. Concepción antropológica						
1.	El paciente requiere ser tratado por el médico integralmente, considerando desde lo físico hasta lo espiritual					
2.	La salud es un estado de equilibrio integral de todas las dimensiones de la persona, incluyendo la religiosa o espiritual					
3.	El médico debe desarrollar la sensibilidad para captar las necesidades del paciente					
4.	Lo espiritual fortalece y compromete mucho más el profesionalismo del médico					
5.	La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario					
Dimensión 2. Deshumanización de la medicina						
6.	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): hombre o mujer					
7.	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Homosexual (gay, lesbiana) u otras tendencias sexuales					
8.	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Edad					
9.	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Nivel socio-económico					
10.	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Religión					
Dimensión 3. Relación médico-paciente						
3.1 Modelo paternalista						
11.	La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes					
12.	Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente					
13.	El médico es quien determina lo mejor para el paciente					
14.	El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad					
15.	El paciente prefiere que el médico tome las decisiones, porque					

	él es el experto					
16.	La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico					
17.	El médico sabe más que el paciente sobre su enfermedad					
18.	Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente					
Dimensión 4: 3.2 Modelo de alianza						
19.	La relación entre el médico y el paciente se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico					
20.	El médico debe informar de modo gradual, claro y veraz sobre la enfermedad al paciente, aunque ésta sea grave o fatal					
21.	El compromiso de confidencialidad implica que el médico guardará en secreto aspectos personales e íntimos que el paciente desea que se resguarden					
Dimensión 5: 3.3 Modelo legal						
22.	Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos, mejoraría la relación entre el médico y el paciente					
23.	El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico					
24.	El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento					
25.	La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente					
Dimensión 6: 3.4 Modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas						
26.	El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión según sus valores					
27.	El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, le permite tomar buenas decisiones con su médico sobre el tratamiento de su enfermedad					
28.	Las expectativas del paciente deben ser consideradas en el proceso de diagnóstico y tratamiento por parte del médico					

ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Instrumento relación médico-paciente

Estadísticas de Fiabilidad de Escala

	α de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.877	0.894

Nota. los elementos 'ca_5', 'mp_1', y 'ml_4' se correlacionan negativamente con la escala total y probablemente deberían invertirse [3]

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

	Si se descarta el elemento	
	α de Cronbach	ω de McDonald
ca_1	0.868	0.886
ca_2	0.871	0.889
ca_3	0.867	0.885
ca_4	0.873	0.892
ca_5	0.880	0.897
dm_1	0.865	0.884
dm_2	0.866	0.884
dm_3	0.866	0.884
dm_4	0.867	0.885
dm_5	0.865	0.883
mp_1	0.882	0.898
mp_2	0.876	0.895
mp_3	0.873	0.892
mp_4	0.876	0.895
mp_5	0.873	0.893
mp_6	0.875	0.893
mp_7	0.874	0.893
mp_8	0.877	0.895
ma_1	0.868	0.886
ma_2	0.867	0.885
ma_3	0.867	0.884
ml_1	0.877	0.896
ml_2	0.878	0.896
ml_3	0.877	0.895
ml_4	0.884	0.899
atdm_1	0.871	0.890
atdm_2	0.871	0.890
atdm_3	0.872	0.890

[3] Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.

INSTRUMENTO PARA DOMINIO DEL IDIOMA

Kuder-Richarson coefficient of reliability (KR-20)= 0.9664