



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Percepción del paciente sobre la relación Médico-Paciente durante la consulta médica en diferentes áreas de un Efector Público de la Ciudad de Rosario (Santa Fe) en el período que transcurre entre el 1° de febrero y el 31 de mayo de 2016”

Trabajo final para la obtención del título de grado

Médico

Alumno: Lingua, María Belén

Tutor: Swinny, Susana Alicia

Cotutor: Somenzini, Carla

Fecha de presentación: Junio de 2016

Agradecimientos

A la Universidad Abierta Interamericana por la formación académica y por fomentar en mi persona el espíritu de solidaridad para con la comunidad;

A la tutora Susana Alicia Swinny, y la cotutora Carla Somenzini, por su apoyo y estímulo permanente para la realización del presente trabajo;

A la Lic. Adriana Arca por guiarme en el estudio de estadísticas para la confección del apartado correspondiente;

A mis padres Hipólito Lingua y María del Carmen Cerutti por el esfuerzo y sacrificio realizado para lograr mis objetivos;

A mis hermanos Martín Lingua y José Lorenzo Lingua por su acompañamiento incondicional;

A mi compañero de vida Juan Ignacio Bava por estar siempre presente;

A los entrevistados que colaboraron satisfactoriamente y al Director del Hospital Provincial Centenario, Dr. Adrián Rascón, por quienes, entre otros, pude realizar este trabajo.

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	7
Problema	18
Objetivos	18
Material y métodos	19
Resultados	22
Discusión	30
Conclusión	34
Bibliografía	36
Anexos	40
Anexo 1: Encuesta	40
Anexo 2: Consentimiento informado	42
Anexo 3: Tabulación de los datos	43

Resumen

Introducción: La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. En ella intervienen varios factores: características de la personalidad del paciente y del médico; aspectos comunicacionales verbal y no verbal del mensaje que se transmite; conductas y actitudes de ambos roles; interacciones afectivas y características del ámbito relacional.

Objetivo: conocer la percepción del paciente sobre dicha relación durante la consulta médica en distintas áreas del Hospital Centenario de Rosario, Santa Fe, entre febrero y mayo del 2016.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal encuestando a pacientes de ambos sexos, mayores de edad, correspondientes a las áreas: post quirúrgicos internados, clínicos internados, de consultorio y ambulatorios del “hospital de día”.

Resultados: El procesamiento de los datos aportó que los pacientes en general hacen referencia a que el profesional mostró disponibilidad para escuchar y confianza; más de la mitad, principalmente postquirúrgicos, clínicos internados y ambulatorios, que el profesional mostró paciencia, contención, participación y comprensión. Los ambulatorios también refirieron que el médico se mostró respetuoso y cálido. Pero el 70% señaló que el profesional estuvo distante y frío al comenzar la entrevista. La mayoría señaló que el médico utilizó términos que pueden ser comprendidos, y que se preocupó por conocer si entendió, no interrumpió la consulta con el celular. Volverían a consultar al mismo médico.

Según los pacientes de consultorio el profesional no mostró comprensión, participación, paciencia y contención; resaltando que la entrevista se vio interrumpida con el uso del celular y que no volverían a consultar con el mismo profesional.

Conclusión: En base a los resultados se pudo determinar que la perspectiva de los pacientes sobre la relación Médico-Paciente durante la consulta resultó mayormente adecuada y muy valorada por los usuarios de estos servicios.

Palabras clave: relación médico paciente, ética profesional, percepción - paciente, cortesía profesional.

Introducción

La competencia comunicacional es común a muchas profesiones, es decir constituye una competencia genérica, pero cuando se trata de las ciencias de la salud, adquiere características particulares no solo porque la relación médico-paciente-familia (RMPF) es diferente a otras relaciones profesionales, sino porque además a esto se agrega que es una competencia básica para la tarea multi e interdisciplinaria y la medicina de hoy requiere de la integración de saberes y deberes y del trabajo en equipo. En la práctica médica de hoy la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al paciente sin integrar las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden determinarlos o agravarlos. ⁽¹⁾ La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. ⁽²⁾ En ella intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas, (transferencia, contratransferencia, empatía) y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve. ^(1,2) Lo primero que un médico debe hacer para informarle a su paciente que padece una enfermedad, es comprender que significa la enfermedad para el paciente, es decir, la conciencia, vivencias, expectativas, preocupaciones y temores que la misma le genera y evaluar cómo reaccionará ante dicha enfermedad. Pero para comunicarse e informarle al paciente, el profesional de la salud deberá además

evaluar la capacidad de comprensión del mismo; el desenvolvimiento de sus funciones psíquicas, su capacidad de entender, el lenguaje que utiliza y entiende, su nivel de instrucción, sus creencias, las distorsiones de la realidad causadas por las defensas que implementa y los problemas afectivos que pueda presentar. ⁽³⁾

El método clínico, surgido en la antigua Grecia con la escuela Hipocrática de Medicina, dicta el camino a seguir en la búsqueda del diagnóstico médico de la salud o la enfermedad, para de esta forma establecer un pronóstico y tomar decisiones terapéuticas adecuadas si fuera necesario. ⁽⁴⁾ El mismo tiene entre sus componentes fundamentales, la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, al ser la historia clínica su herramienta más importante en la recogida de datos. ⁽²⁾

Situación Actual

Desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico paciente es un factor importante en la recuperación de los enfermos. ⁽⁵⁾ A lo largo de la historia de la medicina la relación médico-paciente ha cambiado. De una medicina paternalista de mediados del siglo XX ha evolucionado a la actual posición superior del paciente en relación al equipo de salud. ⁽⁶⁾

En la Declaración de Ginebra se exige al médico que debe "velar ante todo por la salud de su paciente" y el Código Internacional de Ética Médica estipula: "El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad". ⁽⁷⁾ A pesar de lo anterior, es común que ocurra un deterioro en la relación médico-paciente. ⁽⁸⁾ En una visita realizada a un foro de IntraMed titulado "Relación médico - paciente en crisis"; bajo el tema: ¿Cómo se maltrata al paciente hoy?, médicos de distintos países latinoamericanos (cubanos, peruanos, mexicanos, ecuatorianos, venezolanos, colombianos, chilenos, etc.)

reconocen este hecho. ⁽⁹⁾ En ocasiones se observa en hospitales y policlínicos de la provincia reclamos de pacientes y familiares atribuibles a una mala relación médico- paciente.

La preocupación sobre la relación médico paciente actual dada la vorágine en la que el profesional de la salud también está inmerso, fue el motor que impulsó la realización del presente trabajo.

Marco teórico

La relación entre médico y paciente en cualquiera de sus modelos, se basa en cuatro principios fundamentales, cuyo respeto permite transformar este encuentro en un puente ético que une el querer, o poder hacer, con el deber. Los cuatro principios éticos fundamentales son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Íntimamente ligados a ellos existen otros principios, como el respeto a la intimidad, la confidencialidad (secreto médico) y la veracidad, también básicos en la relación con el enfermo.

Se puede señalar que los tres últimos principios ya existían y se respetaban desde la época de la medicina hipocrática y están contenidos en el Juramento Hipocrático, siendo por consiguiente la autonomía, la que en los últimos treinta años ha introducido la variedad, desde una relación vertical y paternalista, hacia una más horizontal y autonomista. De este modo se incorpora también a la medicina este cambio, que luego de un largo proceso histórico se ha producido en las relaciones humanas en general, dando lugar a la concepción autonomista del ser humano. Mediante esta autonomía el enfermo busca ayuda para su enfermedad, desea ser beneficiado (beneficencia), no ser dañado (no maleficencia), que se le trate con equidad (justicia), se respete su intimidad, se resguarde la información que nos proporciona y se le comunique la verdad.

En conclusión, desea que se le informe de su enfermedad y de las alternativas a seguir, para poder tener la opción de asentir, modificar o rechazar lo propuesto por el médico. Se constituye así lo que conocemos como consentimiento informado. ⁽¹⁰⁾

Importancia de una relación Médico-Paciente adecuada:

Un aforismo hipocrático ya lo manifestaba hace 2500 años: “Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha”. En la práctica profesional, en múltiples ocasiones se tiene esta experiencia, la cual es más satisfactoria cuando se toca al paciente, durante la realización del examen físico. El paciente necesita y espera que se trate su enfermedad, la cual es parecida en todas las personas, para ello es necesario que se utilicen los conocimientos científico-técnicos existente al alcance (complementarios, técnicas de imagen, así como tratamientos novedosos y de última generación), pero lo más valorado y sensible para el paciente-familia es el juicio individualizado y humanístico del médico puesto en función del paciente, el altruismo, el sentido de servir a los demás, el sentido de cumplir con lo que se debe hacer en cada momento y en distintas situaciones. Un momento especial de esta relación es la que se produce al final de la vida, momento en que existe una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, con síntomas múltiples y multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y en los propios miembros del equipo de salud, con pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada; cuando las tecnologías no tienen sentido de aplicación, pero que en ese momento se debe asistir al paciente y la familia, darle apoyo y ayudarlo a morir con tranquilidad, para ello se le dará los cuidados paliativos que permitan aliviar el dolor, vómitos si existieran, consolar al paciente y su familia, ser empático. Se dice que la comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, y esto es especialmente cierto en el caso de las interacciones entre los médicos y sus pacientes. Estos últimos carecen de conocimientos médicos, por lo que se

valen de la calidad de su interacción humana para definir la calidad de su atención. Una encuesta realizada entre abogados Argentinos que defienden médicos, mostró, que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente. ^(11,12)

Características de la relación médico – paciente

Participante

Los participantes son el médico y el enfermo. El enfermo con sus características específicas según su personalidad, nivel cultural y tipo de enfermedad que presenta. Para la parte medica idealmente, debe ser maduro y preocuparse por su prestigio profesional ya que ambos desempeñan papeles de extraordinaria importancia en la relación que nos ocupa.

Objetivos Perseguidos

El paciente es movido, en primer lugar por el deseo de curarse y aliviarse, y en segundo término, por saber que tiene y cuál será su pronóstico y su meta esencial es buscar ayuda médica; mientras que el médico persigue establecer una buena relación que le permita recibir la información adecuada para diagnosticar y curar, aunque otras veces persiguen prevenir, investigar y rehabilitar. Su objetivo principal, por lo tanto, es ofrecer su ayuda médica de forma adecuada.

Estado afectivo y mecanismos psicológicos en los participantes

Por norma, la enfermedad es una importante generadora de inseguridad, ansiedad y tristeza, y muchas veces determina en los pacientes comportamientos que corresponderían a etapas ya superadas de la vida.

Al médico, por lo general, tienen un buen estado afectivo, sobre todo si aprende a dejar sus problemas fuera del consultorio.

Posición en la relación

En la mayoría de los casos, el paciente, ubica al médico en un plano de superioridad, producto del desarrollo técnico y del papel que le toca desempeñar al facultativo en la relación, por lo que el primero se coloca, de forma automática en el nivel de inferioridad, lo que determina, en ocasiones, dificultades importantes, ya que al sentir inferioridad equivale a reaccionar con hostilidad.

Resistencias o defensas de la autoestima

Estos mecanismos voluntarios orientados a proteger el prestigio del paciente y que impiden la comunicación de elementos que afecten sus valores como persona, constituyen, en la mayoría de los casos obstáculos importantes para lograr los objetivos médicos ya que imposibilitan la transmisión de los datos fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento.

Comunicación

La comunicación sigue tres vías fundamentales en esta relación: la verdad, a través de la palabra escrita o hablada; la extra verbal, mediante la expresión facial, gestos y modulaciones de la voz; y la instrumental, mediante la exploración con equipos médicos. (13, 14)

Naturaleza de la relación: modelos de la relación médico – paciente

Para que un modelo de relación médico-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre el médico y el

paciente y una relación de mutua confianza, desinteresada. En circunstancias ordinarias, el tomar decisiones es tarea de ambos, médico y paciente, respetando siempre la integridad de la persona. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente. Sin embargo, lo que sucede en la mayoría de los modelos de actuación en la relación médico-paciente es precisamente lo contrario. Son varios los modelos que encontramos hoy en la literatura sobre la relación médico-paciente. Pero solo hablaremos de los más relevantes:

Modelo hipocrático

Se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista, seguramente el más antiguo, pero todavía vigente en la relación que mantienen muchos médicos con sus pacientes, en algunos contextos culturales de nuestros países. En este modelo, el médico se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que este intervenga en la decisión. El médico, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones, debido a la ignorancia sobre su caso. Se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el médico aun cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. El médico, por otro lado, y aquí está el carácter paternalista, determinará las mejores pruebas y tratamientos que restaurarán la salud del paciente o aliviarán su dolor e, incluso, le informará para que acepte, pero prescindiendo de su consentimiento.

En este modelo de relación, desaparece el principio de autonomía del paciente. Al paciente se le trata como a alguien que no tiene capacidad de

autonomía en lo que se refiere al uso de su razón para tomar decisiones. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente en sentido equivocado; en vez de ayudarlo para que tome decisiones se prescinde de él por creer que en medicina quien más sabe es el médico y que la opinión del paciente es superflua. Sus opiniones no cuentan y, peor aún, no cuenta lo que está detrás de esas opiniones: sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

Modelo tecnológico

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina modernas. Se ve al paciente solo desde el punto de vista de su carne, como si fuera solo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona, un ser espiritual. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona.

En general, los médicos están más entrenados para hacer preguntas que para escuchar al paciente. El médico se enfoca más en la enfermedad o psicopatología que en la persona que la tiene.

Al médico escuchar y recoger la historia personal del paciente le resulta hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica le resultan claros y objetivos. El paciente llega a la consulta premunido de tantos exámenes y documentos, que vuelven casi innecesaria su presencia e inútil la propia experiencia del mal que le aqueja. Existen también otros factores que hacen que esto sea así: la poca habilidad comunicativa del médico o del paciente para hacer las preguntas oportunas, la falta de confianza del paciente en el médico para poder revelar problemas íntimos, tendencia del médico a dejarse llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente.

En este modelo tecnológico, se miran solo los aspectos fisiológicos del problema y se ignoran las personas con todos sus valores psicológicos y espirituales.

Modelo legal

Este modelo se caracteriza porque el médico y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación. Este modelo tiene su origen en el carácter legalista de la sociedad en que vivimos. Está sujeto a disputas sobre su cumplimiento. Se pasa a una situación de contrato legal en la que el paciente puede demandar al médico al interpretar que este no está siguiendo el contrato. Cuando no hay confianza, la relación médico-paciente queda circunscrita al campo de lo jurídico: cumplir un contrato y protegerse de conflictos legales, dejando a un lado la relación de persona a persona. Se podría llegar a la situación absurda de no intervenir en una situación de urgencia y gravedad por no tener conocimiento cierto de la póliza de aseguración del paciente a efecto del contrato legal para dicha intervención. La falta de confianza entre el médico y el paciente es mutua. La pérdida de confianza en el médico y el distanciamiento de este con el paciente constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy día de deshumanización de la medicina.

Modelo comercial

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, queda sujeta a la economía de mercado. Si en el modelo anterior el acento estaba puesto en el carácter legal de la relación, en el modelo comercial el acento está puesto en la absoluta autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones y consumir medicinas.

El médico es solo un asistente técnico que proporciona todos los detalles posibles de las alternativas de tratamiento, pero es el paciente el que con sus valores y sus juicios toma las decisiones, sin que importe el juicio del médico. La competencia del médico se asegura, porque se trata de un buen negocio. Una medicina que se guía por la economía de mercado difícilmente se sujeta a las reglas de la ética, sino más bien a las fuerzas que regulan la economía. Se asume que el paciente siempre sabe exactamente lo que siente y lo que quiere, aun en circunstancias enormemente complejas o que dejan al paciente en una situación de enorme vulnerabilidad emocional. El sistema de salud se ve como un servicio que debe ser pagado en el mercado en términos del consumidor, en términos de la decisión que tome el paciente como consumidor sobre el tratamiento a seguir, sus costos, beneficios y riesgos.

Modelo de alianza

Bajo el modelo de alianza, la relación médico-paciente consiste fundamentalmente en la confianza que el paciente deposita en la conciencia del médico. El médico elucida los valores del paciente y lo que realmente quiere y le ayuda a seleccionar la intervención médica que esté en consonancia con los valores del paciente, que tienen relación con su cuerpo, su alma y su espíritu. El médico tiene en cuenta la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente. No se trata de una relación de igual a igual. La relación se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico. El médico actúa por beneficencia buscando el bien del paciente.

El principio arquitectónico de la medicina es el bien del paciente. El médico tiene la obligación de proveer al paciente la información sobre la naturaleza de su condición y de los riesgos y beneficios de posibles intervenciones y de asistir al paciente en la elucidación y articulación de sus

valores y en determinar la intervención médica que se adecue a esos valores. El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión. Se valúa la autonomía del paciente como un sujeto en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones médicas compartidas. Se necesita un médico capaz de interpretar valores, con experiencia, con visión intuitiva de las necesidades del paciente y sensibilidad espiritual. El médico ha de desarrollar la sensibilidad que le haga capaz de entrar en comunicación de espíritu a espíritu con el paciente y de apreciar detalles íntimos de la vida del paciente y respetar sus emociones. Se requiere el arte de la escucha, que envuelve todos los sentidos, no solamente los oídos.

El médico debe estar atento al lenguaje del cuerpo no verbal, como el gesto que esté en contradicción con lo que se está diciendo, o movimientos que hablen de un estado interior de estrés o angustia.

El médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones. Hay que entender tanto el problema médico como la persona que se halla detrás de los síntomas, con su carácter, su tipo de educación y sus características familiares.

Este método tiene aún mayor relevancia cuando el paciente tiene deficiencias comunicativas por cultura o por carácter. El paciente debe ser exhortado a tomar sus propias decisiones, pero si él las deriva al médico, este no puede negarse a ayudarlo, y debe poner su esfuerzo en encontrar lo mejor para el paciente de acuerdo con sus características personales. ⁽¹⁵⁾

Comunicación en la relación médico – paciente

La comunicación es primordial en cualquier comunidad porque todos tenemos necesidad de compartir lo que sabemos, pensamos o sentimos. Una

comunicación deficiente es la causa más citada de conflicto interpersonal. La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada con la comunicación interpersonal y el desarrollo de habilidades clínicas. En la base de la atención a la salud se encuentra la interacción humana entre un paciente, una familia o una comunidad, y su médico y/o enfermera como representantes del equipo de salud. ^(16,17)

Secreto profesional

- La Declaración de Lisboa de Asociación Médica Mundial octubre de 1995, punto 8 letras a) establece: "toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente, y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de la muerte. Excepcionalmente los descendientes pueden tener acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud".
- "Toda información identificable del paciente debe ser protegida; esta protección debe ser apropiada a la manera de almacenamiento".
- El paciente tiene derecho a acceder y revisar su ficha clínica, ya sea personalmente o por medio de sus representantes, y a obtener copia de todos o parte de los datos en ella consignados". "En caso de fallecimiento, este derecho puede ser ejercido por sus herederos".
- La justificación de la existencia del documento Ficha Clínica debe insertarse principalmente en el contexto de la beneficencia.
- El manejo del historial del paciente debe cumplirse estrictamente con el principio de no maleficencia, que, en este caso, dice relación fundamentalmente con la mantención de la confidencialidad, la reserva y el secreto profesional. En la medida que estas condiciones están insertas en

el derecho a la privacidad de las personas, su no cumplimiento implica necesariamente infligirle daño. Así lo ha entendido la ley, así lo han entendido las organizaciones e instituciones que se preocupan de la ética y que hacen de este tema un punto central de la relación médico-paciente. La "Declaración de Derechos del Paciente", de la Asociación Americana de Hospitales, febrero de 1973, punto 6, señala: "El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratado confidencialmente". (18-20)

Problema

¿Cuál es la percepción del paciente sobre la relación Médico-Paciente durante la consulta médica en distintas áreas del Hospital Centenario de la Ciudad de Rosario (Santa Fe) en el período que transcurre entre el 1º de febrero y el 31 de mayo de 2016?

Objetivos

Objetivo general:

Analizar la percepción del paciente sobre las prácticas de profesional Médico durante la consulta (contención, paciencia, comprensión, escucha) en distintas áreas del Hospital Centenario de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, en el período que transcurre entre los meses de febrero y mayo del año 2016.

Objetivos específicos:

- Describir las características generales de los pacientes (sexo, edad, nivel de instrucción).
- Indagar sobre actitudes del profesional médico observadas por el paciente.
- Analizar la percepción del paciente sobre las prácticas del profesional médico durante la consulta.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a una encuesta a pacientes del Hospital Centenario de la ciudad de Rosario (Santa Fe), durante el período comprendido entre el 1° de Febrero y el 31 de Mayo de 2016.

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta con formato de cuestionario impreso, elaborada para tal fin, con preguntas cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). Ver anexo 1.

Previo a la realización de la encuesta se solicitó el consentimiento a las personas encuestadas (adosado a la encuesta) respetando lo que indica la Ley 25.326 en cuanto a la protección de los datos personales. Ver anexo 2.

El muestreo fue no probabilístico, accidental y por conveniencia; quedando conformada la muestra por un total de 400 encuestas.

La muestra se dividió en 4 grupos de 100 encuestas cada uno: el primer grupo con pacientes post quirúrgicos internados, el segundo grupo con pacientes clínicos internados, el tercer grupo con pacientes de consultorio y el cuarto grupo con pacientes ambulatorios del “hospital de día”.

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que concurrieron a los sectores de internación postquirúrgico y clínico, ambulatorio de hospital de día y consultorio del Hospital Centenario entre el 1 de febrero y el 31 de mayo de 2016.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años, que hayan concurrido a otras áreas y en otros períodos a dicho hospital, o a otros efectores públicos o privados.

Se analizaron las siguientes variables:

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento de la encuesta, clasificados en Joven (18 a 35 años); Adulto (36 a 65 años) y Adulto Mayor (mayores de 65 años).
- Grado de instrucción: analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleto, superior completo.
- Características del profesional: disponibilidad para escuchar, comprensión, confianza, participación, paciencia, contención; evaluado según escala tipo Likert (el profesional no mostró, mostró, mostró mucho).
 - Comprensión: se refiere a entender, justificar o contener algo. La comprensión, por lo tanto, es la aptitud o astucia para alcanzar un entendimiento de las cosas.
 - Confianza: es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos.
 - Participación: es la acción y efecto de tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar, etc.
 - Paciencia: es la actitud que lleva al ser humano a poder soportar contratiempos y dificultades para conseguir algún bien.
 - Contención: conducta de una persona discreta y cautelosa al hablar.
- Modales del profesional al comenzar la entrevista: respetuoso y cálido o distante y frío.
 - Respetuoso: es la especial consideración de alguien o incluso algo, al que se le reconoce valor social o especial deferencia.

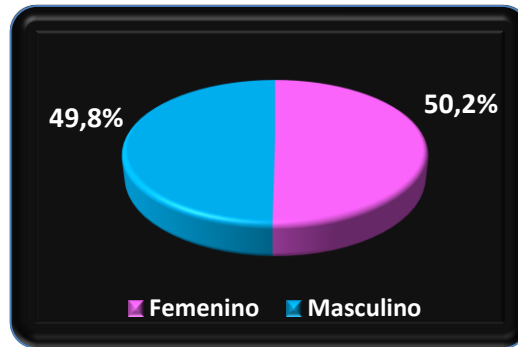
- Persona cálida: Que muestra afecto y cordialidad.
 - Distante: no ofrece confianza y familiaridad.
 - Persona fría: muestra indiferencia o falta de sentimiento hacia alguien o algo.
- Forma de comunicar del profesional: con términos médicos o términos apropiados a la comprensión del paciente.
 - Si el profesional interrumpe la entrevista por responder al celular.
 - Interés del paciente por volver a consultar al mismo profesional después del primer contacto.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 3). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados

Sexo

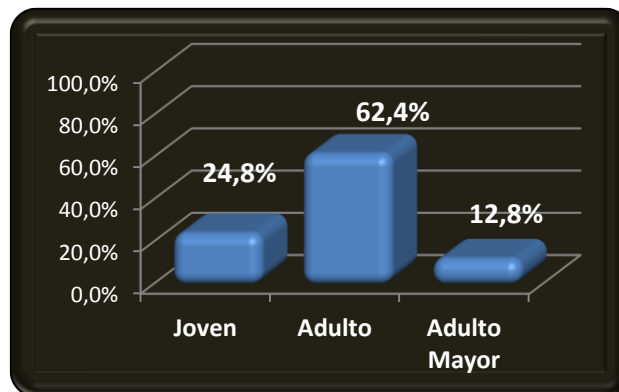
Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población.



Del total de la población estudiada (n=400), el 50.2% corresponde al sexo femenino.

Edad

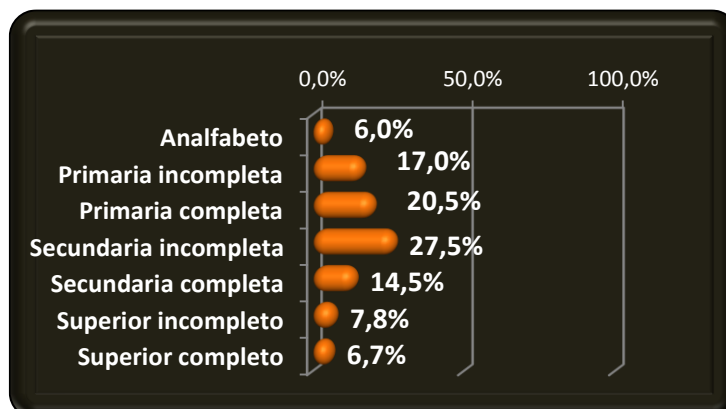
Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la edad de la población.



Más de la mitad de la población estudiada son adultos, casi una cuarta parte jóvenes y el resto adultos mayores.

Nivel de instrucción

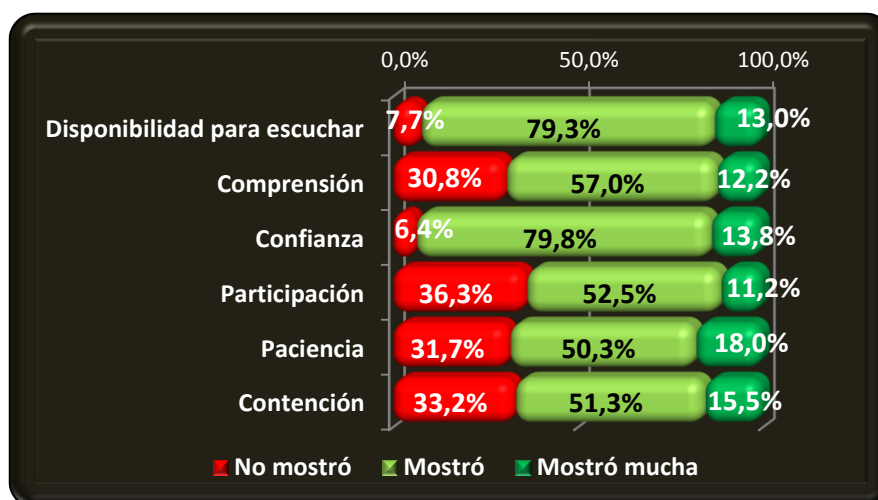
Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del nivel de instrucción de la población.



El 71% de la población no presente secundaria completa.

Características del profesional

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de las características del profesional.



Más de la mitad de la población refiere que el profesional mostró paciencia, contención, participación y comprensión; y la mayoría de la población señaló que el profesional mostró disponibilidad para escuchar y confianza.

Modales del profesional al comenzar la entrevista

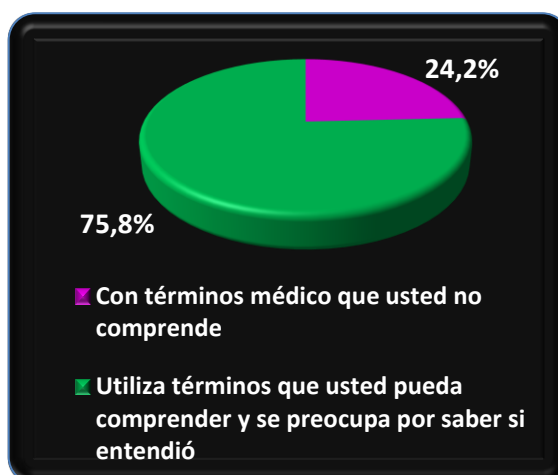
Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de los modales del profesional al comenzar la entrevista.



Casi el 70% de la población señala que el profesional se mostró distante y frío al comenzar la entrevista.

Forma de comunicar del profesional

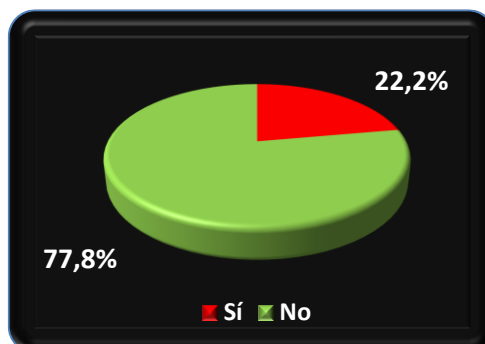
Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de la forma de comunicar del profesional.



La mayoría señala que el profesional utiliza términos que puede comprender y se preocupa por saber que entendió.

Caracterización de la entrevista

Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas del uso del celular por parte del profesional.



La mayoría refiere que el profesional no interrumpió con el celular al momento de la entrevista.

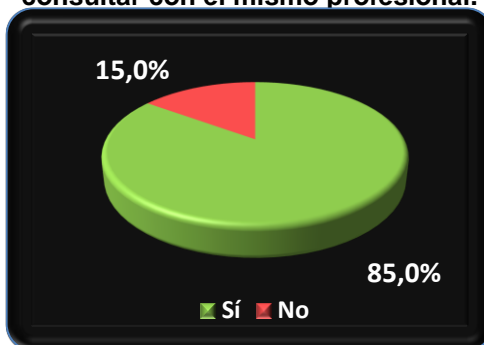
Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de la actitud del profesional que interrumpió con el celular.



Al 65% de los profesionales no le importó interrumpir la consulta y no se disculpó.

Volver a consultar con el profesional

Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas del interés del paciente por volver a consultar con el mismo profesional.

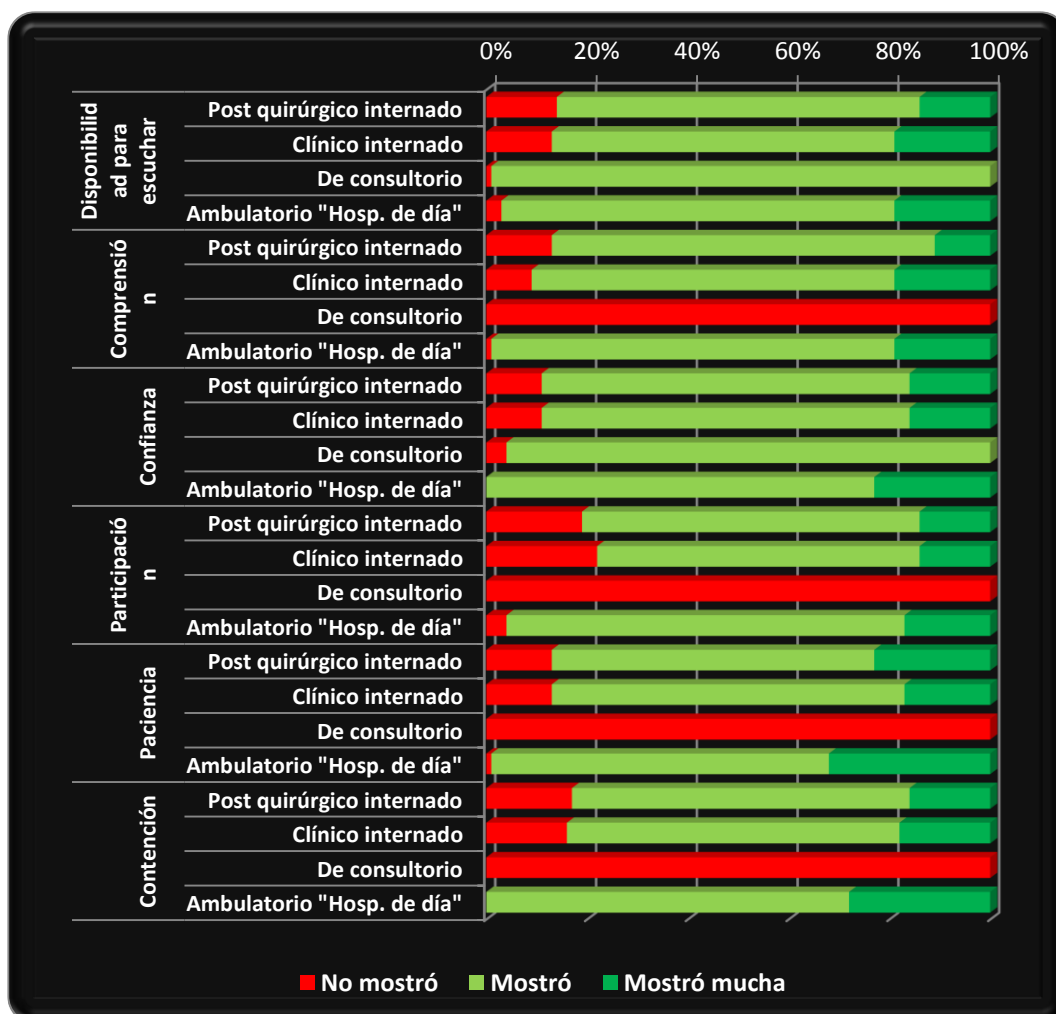


La mayoría refiere interés de volver a consultar con el mismo profesional.

Características de la relación médico – paciente según áreas

- *Características del profesional*

Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de las características del profesional según áreas.

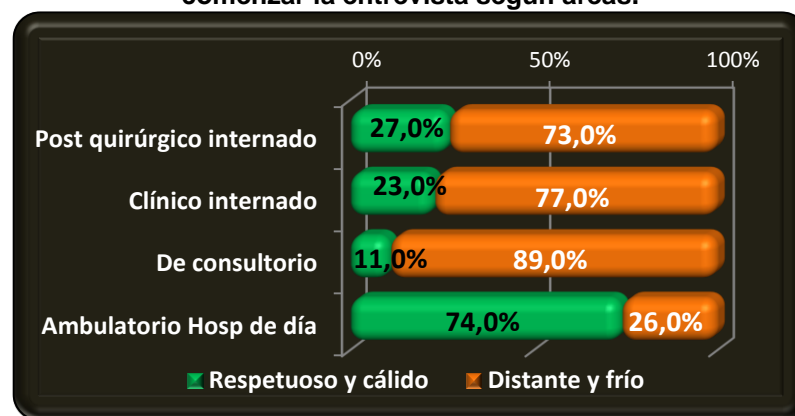


La mayoría de la población de todas las áreas refiere que el profesional mostró disponibilidad para escuchar y confianza.

La totalidad de los pacientes de consultorio (100%) señalan que el profesional no mostró comprensión, participación, paciencia y contención y en el resto de las áreas la mayoría refiere que el profesional mostró comprensión, participación, paciencia y contención. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa $p < 0.01$.

- **Modales del profesional al comenzar la entrevista**

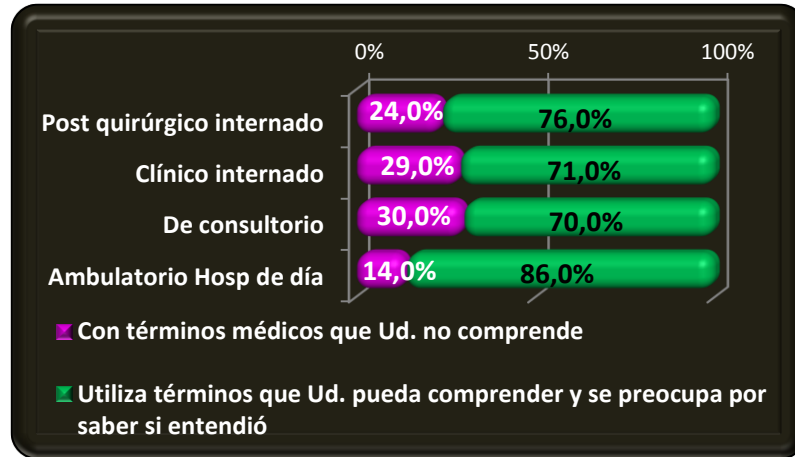
Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas de los modales del profesional al comenzar la entrevista según áreas.



La mayoría de los pacientes de las áreas postquirúrgico internado, clínico internado y de consultorio refieren que el profesional al comenzar la entrevista se mostró distante y frío, en cambio, la mayoría de los pacientes ambulatorios del hospital de día refieren que se mostró respetuoso y cálido. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa $p < 0.01$.

- **Formas de comunicar del profesional**

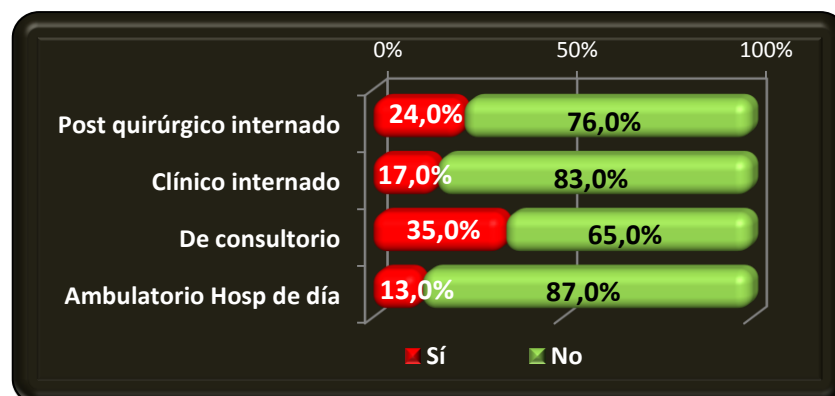
Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de la forma de comunicar del profesional según áreas.



Entre el 24 y 30% de los pacientes de las áreas postquirúrgico internado, clínico internado y de consultorio refieren que el profesional se comunica con términos que no comprende, en cambio, casi el 90% de los pacientes ambulatorios del hospital de día refieren que se comunica con términos que puede comprender y se preocupa por saber si entendió; esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

- **Uso del celular por parte del profesional**

Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas del uso del celular por parte del profesional según áreas.



La mayoría de los pacientes de las áreas postquirúrgico internado, clínico internado y ambulatorio de hospital de día refieren que el profesional no interrumpió con el celular el momento de la entrevista, en cambio, el 35% de los pacientes de consultorio refieren que el profesional interrumpió la entrevista con el uso del celular. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa $p<0.01$.

- ***Interés del paciente por volver a consultar con el profesional***

Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas del interés del paciente por volver a consultar con el mismo profesional según áreas.



La mayoría de los pacientes de las áreas postquirúrgico internado, clínico internado y ambulatorio de hospital de día refieren que volverían a consultar con el mismo profesional, en cambio, casi la mitad de los pacientes de consultorio refieren que no lo harían. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa $p<0.01$.

Discusión

En nuestro estudio se obtuvo que del total de la población estudiada (n=400), el 50.2% corresponde al sexo femenino. Más de la mitad de la población son adultos, aproximadamente una cuarta parte jóvenes y el resto adultos mayores. Casi el 30% de la población presenta secundaria incompleta. Se encontró similares resultados en un estudio realizado en Lima, Perú, en el cual la edad de los pacientes en promedio fue de 42 años (adultos), los pacientes estudiados fueron casi equitativamente varones y mujeres, 56% fueron mujeres, y a diferencia de nuestros resultados sobre el grado de instrucción, obtuvieron 34% con educación primaria.⁽²²⁾

En otro estudio realizado en el Departamento de Medicina del Hospital Carrión, en la región del Callao, Perú, se observó que la mayor parte de los pacientes encuestados fueron mujeres (61.3%). Y a diferencia de nuestro estudio, al distribuir el total en tres grupos etarios se obtuvo que poco menos de la mitad eran adultos jóvenes (18 a 39 años) 79 pacientes (46.4%), y al clasificarlos según su grado de instrucción se vio que en el 29.2% de los pacientes el grado de instrucción alcanzado era el secundario completo, siguiéndole en frecuencia el grado superior con 24.4%.⁽²³⁾

En el estudio sobre Calidad de la atención en salud en el Hospital Universitario del Valle, Santiago de Cali, Colombia, el 79% fueron mujeres y el 21% hombres, en cuanto al nivel de escolaridad, el 46% registra haber cursado la secundaria, seguido del 36% que alcanzó primaria. Sólo un 3% de encuestados alcanzaron un grado profesional y un 6% no reportó ninguna escolaridad, en edades entre los 34 y los 72 años.⁽²⁴⁾

En cuanto a las características del profesional, en nuestro estudio más de la mitad de la población refirió que el médico mostró paciencia, contención, participación y comprensión; y la mayoría de la población señaló que el profesional mostró disponibilidad para escuchar y confianza.

Aproximadamente el 70% de la población señaló que el facultativo, se mostró distante y frío, y solo saludó en forma verbal, al comenzar la entrevista.

En el estudio del Hospital Nacional Arsobispo Loaysa el porcentaje de satisfacción general de los pacientes fue de 82.8%. ⁽²²⁾

En un estudio realizado en el Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú, para las respuestas recibidas en las preguntas que evalúan la calidad de la RMP en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana así como el grado de confianza en su capacidad profesional y la participación del paciente en la consulta debemos mencionar que se halló una relación médico-paciente adecuada en el 92.3% de las RMP evaluadas; el grado de satisfacción se clasificó en 3: poca satisfacción 6%, mediana satisfacción 4,8% y mucha satisfacción 89,3%. ⁽²³⁾

En la Universidad Católica de Loja, Quito, un 73% se encontró muy satisfecho, un 7% está satisfecho y ninguno contesta estar insatisfecho con la RMP. Y el 100% percibió la atención como buena. La apreciación de los usuarios sobre la amabilidad y la disponibilidad para escuchar del profesional médico fue del 100%. ⁽²⁵⁾

El nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con relación a la Empatía y en general con el trato dado por los médicos en el Hospital Universitario del Valle alcanzó casi un 80%. ⁽²⁴⁾

En relación a la forma de comunicar del profesional, se determinó que la mayoría señaló que el doctor utiliza términos que puede comprender el paciente y le preocupa si entendió.

En el estudio realizado en Lima, Perú, a diferencia con nuestros resultados, se vio también que los médicos en las explicaciones utilizan con frecuencia la jerga médica. Esto impide una comunicación efectiva con los pacientes, dificulta la empatía, disminuye la satisfacción y hasta puede generar problemas médico legales. ⁽²²⁾

La mayoría refirió que el profesional no interrumpió con el celular al momento de la entrevista. Del total que interrumpió la entrevista con el uso del celular, al 65% no le importó y no se disculpó por hacerlo.

Gran parte de los pacientes refirió interés de volver a consultar con el mismo profesional. La Universidad Católica de Loja, Quito, obtuvo que los usuarios volverían a consultar el 100%. ⁽²⁵⁾

En cuanto a las características de la relación médico – paciente según áreas: la mayoría de la población de todas las áreas refirió que el profesional mostró disponibilidad para escuchar y confianza. Se halló que los pacientes de consultorio señalan que el profesional no mostró comprensión, participación, paciencia y contención, a diferencia del resto de las áreas.

También se encontró que los pacientes ambulatorios del hospital de día refirieron que el profesional se mostró respetuoso y cálido, a diferencia del resto de las áreas donde el médico al comenzar la entrevista se mostró distante y frío.

Se halló que los pacientes ambulatorios del hospital de día refieren que el profesional se comunica con términos que puede comprender y le preocupa si entendió, a diferencia del resto de las áreas.

También resultó que los pacientes de consultorio refieren que el doctor interrumpió la entrevista con el uso del celular y que no volverían a consultar con el mismo profesional, a diferencia del resto de las áreas que sí lo harían.

Conclusión

De la presentación, análisis e interpretación de los resultados de la percepción del paciente sobre la relación Médico-Paciente durante la consulta médica en distintas áreas del Hospital Centenario de la ciudad de Rosario (Santa Fe) se pudo concluir lo siguiente:

- Del total de los pacientes encuestados, poco más de la mitad (el 50,2%) fue de sexo femenino, en gran parte adultos (62,4%), con un grado de instrucción de secundaria incompleta casi en el 30% del total, siguiendo en frecuencia primaria completa el 20,5%.
- En cuanto a las características del profesional donde se evaluaron distintos parámetros se concluyó que aproximadamente el 80% reconoce que el Médico le mostró disponibilidad para escuchar y confianza; y casi el 60% expresa que mostró comprensión, participación, paciencia y contención. También vale destacar que, aunque en porcentajes mucho menores, pero existentes, poco más del 30% refirió que el profesional no mostró estas últimas 4 características y casi el 8% no mostró las primeras 2.
- Al hacer mención respecto a los modales del profesional al momento de comenzar la consulta/entrevista, se observó que en las áreas de post quirúrgico internado, clínico internado y consultorio casi el 70% refirió que es frío y distante, sólo un saludo verbal desde la punta de la cama en el caso de los internados y desde el escritorio en consultorio. Distinta fue la perspectiva del paciente ambulatorio de hospital de día, quienes, en su mayoría (74%), resaltaron la calidez y el respeto, no solo de los médicos sino también de enfermeras/ros.

- Relacionando los modales y la forma en la que el profesional le comunicó a cada paciente su situación de salud, se determinó que los pacientes que describen al médico frío y distante también refieren que el mismo utilizó términos médicos que no fueron comprendidos, y aquellos que refieren que fue cálido y respetuoso se expresa con términos claros para que ellos lo comprendieran y se preocupó por si se comprendió o no.
- Reconociendo la era tecnológica en la que vivimos, otro de los parámetros que se evaluó fue el uso de celular por parte de los médicos durante la consulta con el paciente, sin diferenciar la causa personal o profesional. Se obtuvieron, a nuestro criterio, resultados alentadores, ya que sólo un 22,3 % atiende su teléfono, pero, lamentablemente, de ese porcentaje el 65,2% no demostró importarle interrumpir la consulta y al finalizar la llamada no se disculpó.
- Otro dato alentador fue que la gran mayoría (85%) ante otra circunstancia de salud en la que necesite consultar a un Médico, volvería a hacerlo con el profesional que lo atendió al momento de realizar dicha encuesta.
- Este trabajo permitió determinar que la perspectiva de los pacientes sobre la relación Médico-Paciente durante la consulta en el Hospital Centenario de la ciudad de Rosario es en su mayoría adecuada y muy valorada por los usuarios de éste servicio.

Bibliografía

1. Rodríguez Arce, M.A. Relación médico-paciente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
2. Cruz Hernández, J., Hernández García, P., Abraham Marcel, E., Dueñas Gobel, N., Salvato Dueñas, A. Importancia del Método Clínico. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 19 Ene 2013]; 38(3): 422-437. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n3/spu09312.pdf>
3. Vidal y Benito, M.C. La relación médico paciente. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2010.
4. Ilizástigui, F., Rodríguez, L. El método clínico. Revista Finlay. 1990; 4(4):3-23.
5. Hurtado Hoyo, E., Gutiérrez Zaldívar, H., Iraola, N., Rodríguez, A. Síndrome Clínico Judicial. Revista Asociación Médica Argentina. 2006; 119: 8-16.
6. Cuevas, L.M., Ávila, I., Oliver, J., Sámano, M., Palomares, G., Garduño, J. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. [Internet]. 1991 [citado 15 Nov 2013]; 33(6): 576-584. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>.
7. Williams, J.R. Manual de Ética Médica. París: Asociación Médica Mundial; 2005.
8. Barrantes, M.M., Rodríguez, E., Lama, A. Doctor-patient relationship: elderly's rights. Acta bioeth [Internet]. 2009 [citado 10 Jun 2012]; 15(2): 216-221. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&

pid=S1726569X2009000200013&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2009000200013.

9. Relación médico-paciente en crisis. Argentina: IntraMed; 2012-2013 [citado 23 Nov 2013] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.intramed.net/foros_ver_mensaje.asp?contenidoID=74254&idMensaje=145
10. Vásquez Palomino, F. La relación médico paciente grave: un problema de la medicina; 1era edición 2007; Lima, Perú.
11. Rodríguez Silva, H. La relación médico-paciente. Revista Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2006.
12. Pontificia Universidad Católica de Chile. Material del Diploma de Bioética 2007.; relación médico – paciente. Disponible en :<http://www.espacioblog.com/humanidades-medicas/post/2007/08/18/la-relacion-medico-paciente-vision-plural-segunda-parte->
13. Ríos Reyes, A. La relación médico -paciente; Mayo, 2003. Disponible en :http://es.geocities.com/amirhali/R_M_P.htm
14. Loiacono, L. La relación médico paciente: Las causas de su deterioro a través del tiempo. Disponible en: <http://www.alfinal.com/Salud/relacionmedicopaciente.shtml>
15. Amor Santoyo, S. La relación médico-paciente. Disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/medico-paciente.htm>
16. Francisco Zea, A. Fundamentos de la relación médico-paciente. En: Revista Colombiana de Cardiología 1998 vol. 6 n. 5: 263-273. Disponible en: <http://www.revcolcard.org/revista/volumen-6-numero-5/P24>
17. Angel Rodríguez, G. Modelos de la relación médico paciente, reflejo de la deshumanización de la salud. Rev.de estudios médico humanista, Vol 12,

- Nº 12. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Modelos.html>
18. Bussenius Cortada, H. 2008 Disponible en: http://horst-psicologiaparatodos.blogspot.com/2007_08_01_archive.html
19. Maglio, F. El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. [Internet]. Argentina: Intranet; 2012 [citado 27 May 2012]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>
20. Espinosa Roca, A., Romero Cabrera, A.J., Misas Menéndez, M., Fresneda Quintana, O. Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. Revista Finlay [Internet]. Pp. 132-143. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/17/16>
21. Noble S.A. Manteniendo una buena relación médico-paciente. En: IntraMed [Internet citado 31 Ene 2007]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>
22. Tsuchida Fernández, Marisa Beatriz; Bandres Sánchez, María Pilar; Guevara Linares, Ximena. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. En: Revista Médica Herediana vol. 14 n. 4. Lima, octubre 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000400005&script=sci_arttext
23. Ramos Rodríguez, Claudia Carolina. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. TESIS para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de

- Medicina Humana, Unidad de Postgrado. Lima – Perú. 2008. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2473/1/Ramos_rc.pdf
24. Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Fundación para el desarrollo de la salud pública colombiana (FUNDESALUD). Santiago de Cali, Colombia. 2010.
25. Urquiza Chávez, Doris Laura. Percepción de la Calidad de la atención medica en el Subcentro de salud Chiriyacu Bajo durante el año 2011. Trabajo de Investigación previo la obtención del título de Diplomado Superior en Gerencia y calidad en servicios de salud. Universidad Técnica Particular de Loja. Quito, Ecuador. 2001. Disponible en:
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2730/1/Tesis%20de%20Urquiza%20Chavez%20Doris%20Laura.pdf>

Anexos

Anexo 1: Encuesta

- 1) Características de la atención
 - a- Post quirúrgico internado
 - b- Clínico internando
 - c- De consultorio
 - d- Ambulatorio de "hospital de día"
- 2) Sexo:
 - a- Femenino
 - b- Masculino
- 3) Edad:
 - a) Joven (18 a 35 años)
 - b) Adulto (36 a 65 años)
 - c) Adulto mayor (>65 años)
- 4) Grado de instrucción:
 - a) Analfabeto
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria incompleta
 - e) Secundaria completa
 - f) Superior incompleto
 - g) Superior completo
- 5) El profesional le demostró:

	NO MOSTRÓ	MOSTRÓ	MOSTRÓ MUCHA
Disponibilidad para escuchar			
Comprensión			
Confianza			
Participación			
Paciencia			
Contención			

- 6) Al momento de comenzar la entrevista, el profesional fue:
 - a- Respetuoso y cálido: lo saludó con la mano o un beso
 - b- Distante y frío: sólo un saludo verbal
- 7) Al dirigirse a Ud. el profesional lo hace:
 - a- Con términos médicos que Ud. no comprende
 - b- Utiliza términos que Ud. pueda comprender y se preocupa por saber si entendió
- 8) Al momento de la entrevista, el profesional interrumpió con el celular:
 - a- Si
 - b- No
- 9) En caso de que la respuesta a la pregunta anterior haya sido SI:
 - a- Le pidió permiso y una vez finalizada la llamada, se disculpó.
 - b- No le importó interrumpir la consulta, y al finalizar la llamada no se disculpó.
- 10) Continuaría la consulta iniciada con el mismo profesional:
 - a- Si
 - b- No

Anexo 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna del 6° año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Lingua, María Belén. He sido informado que la meta de este estudio es indagar sobre la relación médico-paciente durante la consulta médica.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Nombre del Participante:.....

Firma del Participante:.....

Fecha: Rosariode de 2016

Anexo 3: Tabulación de los datos

	Características de la atención	Sexo	Edad	Nivel de instrucción	El profesional le demostró					Al momento de comenzar la entrevista, el profesional fue	Al dirigirse a Ud. el profesional lo hace	Al momento de la entrevista, el profesional interrumpió con el celular	Si la respuesta anterior fue Si:	Volvería a consultar con el mismo profesional	
					Disponibilidad para escuchar	Comprensión	Confianza	Participación	Paciencia						Contención
1	a	M	A	D	M	NM	NM	M	NM	NM	b	b	No		Si
2	a	M	A	C	NM	M	NM	NM	M	NM	b	b	No		Si
3	a	M	A	B	M	M	M	NM	M	M	b	a	Si	b	No
4	a	M	AM	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
5	a	F	J	G	M	M	M	NM	MM	NM	b	a	Si	b	Si
6	a	M	J	B	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
7	a	F	AM	A	M	MM	M	M	MM	MM	a	b	No		Si
8	a	M	AM	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	b	Si	a.	Si
9	a	F	A	C	NM	NM	NM	NM	NM	NM	a	b	Si	a.	Si
10	a	M	A	D	M	M	NM	NM	M	M	b	a	No		Si
11	a	M	A	E	M	M	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
12	a	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
13	a	F	A	B	M	M	M	MM	MM	MM	a	b	No		Si
14	a	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	Si	b	Si
15	a	M	A	C	M	M	M	NM	M	NM	b	b	No		Si
16	a	M	A	E	M	M	M	M	M	MM	a	b	No		Si
17	a	M	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
18	a	M	J	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
19	a	F	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	a	Si	a.	Si
20	a	F	J	F	M	M	M	MM	MM	M	a	b	No		Si
21	a	M	J	D	NM	NM	NM	NM	NM	M	a	b	No		Si
22	a	F	A	D	MM	M	MM	MM	MM	M	b	b	No		Si
23	a	M	J	C	MM	M	MM	M	MM	M	a	b	No		Si
24	a	M	J	D	MM	MM	MM	NM	MM	MM	a	b	Si	b	Si
25	a	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
26	a	F	A	E	MM	M	MM	MM	M	MM	a	b	No		Si
27	a	F	A	G	MM	M	MM	MM	M	M	a	b	No		Si
28	a	M	J	E	M	M	M	M	M	NM	a	b	Si	b	Si
29	a	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
30	a	M	J	E	MM	MM	MM	MM	MM	M	b	b	No		Si
31	a	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	b	Si
32	a	F	A	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
33	a	F	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
34	a	F	A	D	M	M	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
35	a	M	AM	B	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
36	a	M	AM	C	NM	NM	NM	NM	NM	NM	a	a	No		Si
37	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
38	a	F	A	C	M	M	M	M	NM	M	b	a	No		Si
39	a	M	J	F	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
40	a	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
41	a	F	J	D	M	M	M	M	MM	M	b	a	Si	a.	Si
42	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
43	a	F	AM	A	NM	NM	M	NM	M	M	a	b	No		Si
44	a	M	J	D	M	M	M	M	MM	MM	b	a	No		Si
45	a	M	A	C	M	M	M	NM	M	NM	a	b	No		Si
46	a	M	A	C	NM	M	M	M	MM	M	a	b	Si	b	Si
47	a	F	J	D	M	NM	M	M	M	M	b	a	No		Si
48	a	F	A	F	M	M	NM	M	M	M	a	a	No		Si
49	a	M	A	D	M	M	M	NM	NM	M	b	a	No		Si
50	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
51	a	M	J	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
52	a	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
53	a	M	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si

54	a	F	J	D	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	Si
55	a	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
56	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
57	a	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
58	a	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
59	a	M	A	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
60	a	M	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
61	a	F	J	C	M	M	M	M	M	MM	b	a	Si	b	Si
62	a	M	A	D	M	M	M	M	MM	M	b	b	No		Si
63	a	F	A	E	M	MM	M	M	MM	NM	b	b	No		Si
64	a	M	J	D	MM	NM	M	M	M	M	b	b	Si	b	Si
65	a	M	J	F	NM	NM	M	NM	M	NM	b	a	Si	b	No
66	a	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
67	a	F	A	B	M	M	MM	M	MM	MM	a	a	No		Si
68	a	F	J	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
69	a	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
70	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	b	Si
71	a	F	J	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
72	a	M	J	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
73	a	M	A	C	M	NM	M	M	NM	NM	b	a	No		Si
74	a	F	A	F	NM	NM	M	NM	M	NM	b	b	No		Si
75	a	F	J	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	b	No		Si
76	a	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
77	a	M	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
78	a	F	J	B	NM	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
79	a	F	A	D	NM	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
80	a	F	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
81	a	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
82	a	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
83	a	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
84	a	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
85	a	M	A	G	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
86	a	F	J	F	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
87	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
88	a	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
89	a	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
90	a	F	A	D	M	M	M	NM	NM	M	b	b	No		Si
91	a	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
92	a	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
93	a	F	J	E	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	a.	Si
94	a	M	A	B	NM	M	NM	M	NM	M	b	a	No		No
95	a	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
96	a	M	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		No
97	a	M	A	G	M	M	MM	M	MM	M	b	b	Si	a.	Si
98	a	M	A	D	M	M	M	M	M	NM	b	a	No		Si
99	a	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
100	a	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
101	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
102	b	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
103	b	F	J	G	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
104	b	F	A	D	MM	MM	MM	M	M	M	a	b	No		Si
105	b	F	J	A	M	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
106	b	F	A	D	MM	M	M	MM	M	NM	b	b	Si	b	Si
107	b	M	A	B	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
108	b	M	A	E	M	M	M	NM	M	M	b	a	No		Si
109	b	M	AM	B	M	M	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
110	b	M	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	b	Si
111	b	F	A	C	M	M	M	MM	MM	MM	a	b	No		Si
112	b	M	A	C	MM	MM	MM	M	MM	MM	b	b	No		Si
113	b	M	AM	G	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
114	b	M	A	C	MM	MM	MM	NM	M	M	b	b	No		Si
115	b	F	AM	D	M	M	M	MM	MM	MM	a	b	No		Si

116	b	F	A	A	MM	M	M	M	MM	M	b	b	No		Si
117	b	M	A	A	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	No		No
118	b	M	A	D	NM	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
119	b	F	AM	B	M	M	M	NM	M	M	b	a	No		Si
120	b	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
121	b	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	a	No		Si
122	b	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
123	b	F	A	A	M	M	MM	M	M	MM	b	b	No		Si
124	b	F	J	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	b	No		Si
125	b	F	J	F	M	M	M	M	NM	NM	a	b	No		Si
126	b	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
127	b	M	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
128	b	M	A	D	NM	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
129	b	M	A	B	MM	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
130	b	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
131	b	M	A	B	M	M	M	NM	M	M	b	b	No		Si
132	b	M	J	B	M	M	NM	M	M	M	b	b	No		Si
133	b	M	J	D	M	M	M	M	M	NM	b	a	No		Si
134	b	F	A	A	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
135	b	M	AM	B	M	M	NM	M	M	M	b	b	No		Si
136	b	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
137	b	M	A	D	NM	M	NM	NM	M	NM	b	b	No		Si
138	b	M	J	D	M	MM	M	M	M	MM	a	b	No		Si
139	b	F	A	E	MM	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
140	b	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
141	b	F	AM	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
142	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
143	b	F	A	A	M	M	M	M	M	MM	b	a	No		Si
144	b	M	AM	B	M	M	NM	NM	M	NM	b	b	No		Si
145	b	F	A	B	NM	NM	M	NM	M	M	a	a	No		Si
146	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
147	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
148	b	M	A	F	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	a	No		Si
149	b	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
150	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
151	b	M	A	F	M	M	M	NM	M	M	b	a	No		Si
152	b	M	A	C	MM	MM	MM	M	MM	MM	a	b	No		Si
153	b	M	A	D	NM	MM	M	NM	NM	M	b	a	Si	b	Si
154	b	M	AM	G	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
155	b	M	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si
156	b	M	AM	C	NM	M	M	NM	M	M	b	b	Si	a.	Si
157	b	M	A	B	NM	M	M	NM	M	M	b	b	Si	b	Si
158	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
159	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
160	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
161	b	F	AM	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
162	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	a	Si	b	Si
163	b	F	J	F	M	M	M	M	M	NM	b	b	No		Si
164	b	M	A	C	M	MM	M	M	M	NM	b	b	No		Si
165	b	F	J	E	M	M	M	M	NM	M	b	b	No		Si
166	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
167	b	F	A	B	M	M	M	NM	NM	M	b	b	No		Si
168	b	F	J	F	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
169	b	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
170	b	M	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
171	b	M	J	C	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
172	b	M	A	C	MM	MM	M	NM	M	M	b	a	Si	b	No
173	b	M	A	G	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
174	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		No
175	b	F	A	C	M	M	M	M	MM	MM	b	b	No		Si
176	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
177	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si

178	b	M	A	B	NM	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
179	b	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
180	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
181	b	M	A	C	M	MM	MM	MM	MM	MM	b	b	No		Si
182	b	F	J	F	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	Si
183	b	F	J	D	M	NM	NM	NM	NM	NM	b	b	Si	a.	Si
184	b	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
185	b	M	AM	F	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
186	b	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	M	b	b	No		Si
187	b	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
188	b	F	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
189	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
190	b	F	A	B	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	No		Si
191	b	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
192	b	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
193	b	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
194	b	M	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
195	b	F	A	F	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
196	b	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
197	b	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
198	b	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
199	b	M	J	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
200	b	F	J	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
201	c	M	J	E	NM	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
202	c	M	J	C	M	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	Si	b	Si
203	c	F	A	B	M	NM	NM	NM	NM	NM	b	a	No		No
204	c	F	A	C	M	NM	NM	NM	NM	NM	b	b	No		Si
205	c	M	J	C	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	Si	b	No
206	c	F	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
207	c	F	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
208	c	M	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
209	c	M	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
210	c	M	A	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
211	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	No		Si
212	c	F	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
213	c	F	A	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
214	c	F	A	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	a.	No
215	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
216	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
217	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
218	c	M	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
219	c	M	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	No		Si
220	c	M	AM	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
221	c	M	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
222	c	M	AM	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
223	c	M	A	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
224	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
225	c	M	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
226	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	a.	No
227	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
228	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	a	a	Si	b	No
229	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
230	c	M	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
231	c	F	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
232	c	M	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
233	c	F	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
234	c	F	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
235	c	F	A	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
236	c	M	AM	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
237	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
238	c	F	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	No		Si
239	c	M	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si

240	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
241	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
242	c	F	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
243	c	M	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
244	c	M	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
245	c	M	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
246	c	M	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	a.	No
247	c	F	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
248	c	F	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
249	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	Si	b	Si
250	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
251	c	M	A	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
252	c	M	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
253	c	M	AM	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
254	c	M	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
255	c	M	J	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
256	c	F	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
257	c	F	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	a.	Si
258	c	F	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
259	c	M	J	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
260	c	F	J	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
261	c	M	J	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
262	c	F	J	C	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	No		Si
263	c	M	J	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
264	c	F	A	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
265	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
266	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
267	c	M	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
268	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
269	c	M	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
270	c	F	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
271	c	F	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
272	c	M	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
273	c	F	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
274	c	M	J	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
275	c	M	A	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
276	c	M	A	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
277	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
278	c	F	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
279	c	F	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
280	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
281	c	F	A	D	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	Si	a.	No
282	c	M	AM	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	a.	No
283	c	F	J	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
284	c	M	J	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
285	c	M	J	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
286	c	M	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		Si
287	c	F	A	A	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	No		No
288	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	Si
289	c	M	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	b	a	Si	b	No
290	c	M	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
291	c	F	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
292	c	F	J	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	Si
293	c	M	A	E	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	a.	No
294	c	M	A	C	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	Si	b	Si
295	c	M	A	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	Si	b	No
296	c	F	A	F	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
297	c	F	AM	G	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		No
298	c	M	AM	B	M	NM	M	NM	NM	NM	b	b	No		Si
299	c	F	AM	A	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	No		No
300	c	M	J	D	M	NM	M	NM	NM	NM	a	b	Si	b	Si
301	d	M	A	D	M	M	M	M	M	MM	b	b	No		Si

302	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
303	d	F	A	F	M	MM	MM	NM	M	M	b	b	No		Si
304	d	F	AM	D	MM	M	MM	M	M	MM	a	b	No		Si
305	d	F	A	C	M	M	M	M	MM	MM	a	b	No		Si
306	d	F	J	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
307	d	M	AM	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	a	No		Si
308	d	M	J	F	M	M	M	NM	MM	MM	b	b	No		Si
309	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
310	d	M	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
311	d	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
312	d	M	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
313	d	M	J	D	MM	M	MM	NM	MM	MM	a	a	No		Si
314	d	M	A	B	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
315	d	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	a	No		Si
316	d	M	AM	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
317	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	a	No		Si
318	d	F	A	G	M	M	M	M	MM	M	a	b	No		Si
319	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
320	d	M	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
321	d	M	A	D	M	M	M	M	MM	M	b	b	No		Si
322	d	M	AM	E	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
323	d	M	AM	A	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
324	d	F	A	E	M	M	M	M	MM	M	a	b	No		Si
325	d	F	A	E	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
326	d	F	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
327	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
328	d	F	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
329	d	F	A	F	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
330	d	M	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
331	d	F	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
332	d	F	A	B	NM	M	M	M	M	M	a	a	No		Si
333	d	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	a.	Si
334	d	M	J	D	M	M	M	M	NM	M	b	b	No		Si
335	d	F	A	B	M	M	M	M	M	M	a	a	Si	b	Si
336	d	F	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
337	d	M	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	b	No		Si
338	d	F	J	D	NM	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
339	d	F	A	F	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
340	d	F	A	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
341	d	F	A	D	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
342	d	F	A	D	M	M	M	M	MM	M	a	b	No		Si
343	d	F	A	B	M	M	M	M	MM	M	b	b	Si	b	Si
344	d	M	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si
345	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
346	d	F	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	Si	b	Si
347	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
348	d	M	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
349	d	M	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
350	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
351	d	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
352	d	M	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
353	d	F	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
354	d	F	J	F	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
355	d	F	A	F	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
356	d	M	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	No		No
357	d	F	A	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
358	d	M	A	E	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
359	d	M	AM	E	M	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	Si	b	Si
360	d	F	A	E	M	M	M	M	M	MM	a	b	No		Si
361	d	M	J	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
362	d	F	A	D	M	M	MM	M	MM	MM	b	b	No		Si
363	d	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si

364	d	F	A	C	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
365	d	M	A	C	M	M	M	MM	M		a	b	No		Si
366	d	M	AM	A	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	Si	a.	Si
367	d	M	A	C	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	a	No		Si
368	d	M	AM	A	MM	MM	M	M	MM	MM	a	b	No		Si
369	d	M	J	B	MM	MM	MM	MM	MM	MM	b	a	Si	a.	Si
370	d	M	AM	A	MM	MM	M	MM	MM	MM	a	b	No		Si
371	d	F	AM	A	M	M	MM	M	MM	MM	a	b	No		Si
372	d	F	A	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
373	d	M	AM	B	M	M	M	M	M	M	b	a	Si	a.	No
374	d	M	AM	E	M	M	MM	M	MM	M	a	b	No		Si
375	d	M	A	F	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	No
376	d	F	A	G	MM	MM	MM	MM	MM	MM	a	b	No		Si
377	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
378	d	F	A	A	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
379	d	F	A	B	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si
380	d	F	J	E	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
381	d	F	A	E	M	M	M	M	MM	MM	b	b	No		Si
382	d	F	J	E	M	M	MM	M	M	MM	a	b	No		Si
383	d	F	A	F	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
384	d	M	AM	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
385	d	F	AM	B	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
386	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
387	d	M	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
388	d	F	A	E	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
389	d	F	J	E	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
390	d	M	J	E	M	M	M	M	MM	M	a	b	No		Si
391	d	F	AM	C	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
392	d	M	A	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
393	d	M	A	D	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
394	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si
395	d	M	J	E	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
396	d	M	J	D	NM	NM	M	NM	M	M	a	a	No		Si
397	d	F	A	E	M	M	M	M	M	M	b	b	No		Si
398	d	M	J	D	M	M	M	M	M	M	a	b	No		Si
399	d	F	A	G	M	M	M	M	M	M	b	a	No		Si
400	d	F	J	D	M	M	M	M	M	M	a	b	Si	a.	Si

Referencias:

Características de la atención:

- a- post quirúrgico internado
- b- clínico internado
- c- consultorio
- d- ambulatorios de "hospital de día".

Sexo:

F: femenino

M: masculino

Edad:

J: joven

A: adulto

AM: adulto mayor

Nivel de instrucción:

- a- analfabeto
- b- primaria incompleta
- c- primaria completa
- d- secundaria incompleta
- e- secundaria completa
- f- superior incompleto
- g- superior completo

El profesional le demostró:

NM: no mostró

M: mostró

MM: mostró mucha

Al momento de comenzar la entrevista el profesional fue:

a- Respetuoso y cálido: lo saludó con la mano o un beso

b- Distante y frío: sólo un saludo verbal

Al dirigirse a Ud. el profesional lo hace:

a- Con términos médicos que Ud. no comprende

b- Utiliza términos que Ud. pueda comprender y se preocupa por saber si entendió

Si la respuesta del uso del celular fue SI:

a- Le pidió permiso y una vez finalizada la llamada, se disculpó

b- No le importó interrumpir la consulta, y al finalizar la llamada no se disculpó