

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



MODELOS CULTURALES RELACIONADOS A LA PRACTICA DE
PRESCRIPCION DE ESQUEMAS CON ANTIMICROBIANOS POR EL
PERSONAL MEDICO ASISTENCIAL DE LA CLINICA GOOD HOPE, ENERO-
FEBRERO DEL 2019

TESIS PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
GIANMARCO DAVID VIGO PAREJA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Mg. Lucy Correa López
Asesora

LIMA – PERÚ
2019

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos que han cuidado de mi y guiado en cada aspecto de mi persona y carrera, inculcándome la labor de servir y esforzarse hasta conseguir las metas.

A mi asesora de tesis Mg. Lucy Correa López por la perseverancia y paciencia en su ayuda al realizar este trabajo y al Dr. Jorge Alave Rosas, por encaminar, guiar y su amistad en toda la realización del trabajo.

DEDICATORIA

A mi familia, por el sacrificio y amor todos estos años de vida y durante la carrera.

A mis compañeros y futuros colegas (PM) que siempre hemos velado por una formación y educación de calidad.

A los doctores que aportaron el interés, conocimiento y juicio crítico durante toda la carrera.

RESUMEN

Objetivos: Determinar los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope durante los meses Enero-Febrero del 2019.

Metodología: El diseño del estudio es observacional, analítico, transversal. Se aplico la Encuesta de Rivera para determinar las practicas de prescripción de antibióticos y la Encuesta de Hofstede para obtener el patrón cultural, así como una ficha de recolección de datos sociodemográficos al personal medico asistencial de los servicios de hospitalización, consultorio, emergencia y cuidados intensivos. Se realizo un muestreo por conveniencia, para el calculo muestral se tomo en cuenta la cantidad de médicos que trabajan al momento del estudio en la institución.

Resultados: Se encuestó un total de 96 médicos, de los cuales 64 (66.67%) eran del sexo masculino, la edad media fue 45.76 ± 12.33 años, 84(87.5%) médicos tuvieron un puntaje alto respecto a las practicas de prescripción de antibióticos y 12(12.5%) médicos un puntaje medio. Las dimensiones culturales con mayor puntaje fueron Indulgencia (72.59), Distancia al poder (56.58) e Individualismo (54.43), la dimensión con menor puntaje fue Aversión a la incertidumbre (39.09). En el análisis bivariado se utilizo la prueba de diferencia de medias entre las variables de interés, las dimensiones Aversión a la incertidumbre e Individualismo mostraron relación estadísticamente significativa con la práctica de prescripción de antibióticos ($p < 0.05$).

Conclusiones: Hay relación estadísticamente significativa entre las dimensiones culturales Aversión a la incertidumbre e Individualismo y la práctica de prescripción de antibióticos. Se recomienda ampliar el estudio para determinar otros probables determinantes.

Palabras clave(DeCS): Programas de Optimización del Uso de los Antimicrobianos, Cultura, Prescripción Inadecuada.

ABSTRACT

Objectives: To determine the cultural models related to the prescription practice of schemes with antimicrobials by the medical staff of the Buena Esperanza Clinic during the months of January to February 2019.

Methodology: The design of the study is observational, analytical, transversal. The Rivera Survey was applied to determine antibiotic prescription practices and the Hofstede Survey to obtain the cultural pattern, as well as a sociodemographic data collection form for the medical care personnel of the hospitalization, consulting, emergency and intensive care services. Sampling was done for convenience, for the sample calculation the number of doctors who work at the time of the study in the institution was taken into account.

Results: A total of 96 physicians were admitted, of which 64 (66.67%) were male, the average age was 45.76 ± 12.33 years, 84 (87.5%) doctors had a high score with respect to antibiotic prescription practices and 12 (12.5%) doctors an average score. The cultural dimensions with the highest scores were Indulgence (72.59), Distance to power (56.58) and Individualism (54.43), the dimension with the lowest score was Uncertainty aversion (39.09). In the bivariate analysis we used the mean difference test between the variables of interest, the Aversion to uncertainty and Individualism dimensions showed a statistically significant relationship with the practice of prescribing antibiotics ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a statistically significant relationship between the cultural dimensions Aversion to uncertainty and Individualism and the practice of prescribing antibiotics. It is recommended to extend the study to determine other probable determinants.

Keywords (MeSH): Prescriptions, Culture, Inappropriate Prescribing

INTRODUCCION

No es ajeno a todo médico la preocupación por las crecientes tasas de resistencia y la frecuencia de infecciones tratadas con antibióticos cuando no está indicado. Por ello es importante conocer los factores que influyen en la prescripción, desde los más directos como formación académica o demanda del paciente, a los menos explorados como el ingreso per cápita o la cultura.

El presente trabajo está orientado con el fin de evaluar las prácticas de prescripción de antibióticos por el personal médico asistencial y su relación con los modelos culturales planteados por Hofstede.

En el Capítulo I, II y III se orientada el problema de investigación, justificación, objetivos, un resumen teórico para la comprensión del tema, y las hipótesis planteadas.

En el Capítulo IV se detalla la metodología del trabajo de investigación, diseño del estudio, selección de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos que se usaron y los procedimientos para el análisis de los datos.

En el Capítulo V y VI, se detallan los resultados obtenidos, de forma descriptiva y analítica, y la discusión de los resultados.

En el Capítulo VII se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación y en el Capítulo VIII las referencias bibliográficas.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION.....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Justificación de la investigación.....	9
1.4. Delimitación del problema: Línea de Investigación	11
1.5. Objetivos de la investigación	11
1.6. Limitaciones	12
1.7. Viabilidad.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Definiciones conceptuales	26
CAPITULO III: HIPÓTESIS	27
3.1. Hipótesis	27
3.2. Variables principales de investigación	27
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	28
4.2. Población de estudio selección y tamaño de muestra	28
4.3. Técnicas de recolección de datos e instrumentos.....	29
4.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	32
4.5. Aspectos éticos	32
CAPITULO V: RESULTADOS.....	33
5.1. Resultados descriptivos	33
5.2. Resultados analíticos.....	42
CAPITULO VI: DISCUSIÓN	45
6.1. Discusión.....	45
CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
6.1. Conclusiones.....	49
6.2. Recomendaciones	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS:.....	56

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Durante la última década se ha reportado un aumento de la resistencia a los antimicrobianos en los microorganismos¹, este problema de salud pública es reconocida por la OMS como una de las mayores amenazas para la salud humana². Existen múltiples causas que originan este problema entre ellas, la variación en la prescripción, duración del tratamiento para una infección específica; y al incremento exponencial en el uso de antimicrobianos³. Otros hallazgos hacen referencia a altos porcentajes de resistencia para el *S. aureus* en mas del 50% en cinco continentes, y aun mas alta a nivel hospitalario², mientras que en la comunidad peruana hospitalaria se reporta resistencia en cepas neumocócica del 78,6% por lo menos a 1 antibiótico y el 23,8% fueron cepas multiresistentes, entre los factores de riesgo encontramos el uso previo de antibióticos⁴, sumada a la disponibilidad para la adquisición en la comunidad de antibióticos aun sin receta medica en tasas del 13%³.

Además, la gran diversidad de guías y protocolos que difieren epidemiológicamente crean un ambiente en el que la experiencia personal pesa más en algunos casos que la bibliografía referente^{5,6}. Debido a esto se han implementado programas para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA), sin embargo, estos no abarcan en la mayoría de los casos todos los aspectos necesarios para alcanzar los cambios propuestos⁷⁻¹⁰. Dentro de los factores asociado al fallo de estos programas debemos considerar: la formación y entrenamiento de los prescriptores⁸⁻¹¹, adherencia a los protocolos¹², y entre otras causas, los factores culturales que influyen en el comportamiento, este ultimo siendo estudiado desde hace unos años.

La diversidad de modelos culturales que influyen en el comportamiento humano puede perjudicar la adopción de medidas para la prevención y control de infecciones (PCI) y el consecuente manejo antimicrobiano, puede provocar una gran variación de la prescripción de antimicrobianos entre un país y otro; e

incluso entre distintas ciudades dentro de un país⁸. Diversos modelos culturales influyen sobre el comportamiento humano y estos pueden ser medidos utilizando modelos. Uno de estos, es el modelo de dimensiones culturales de Hofstede, el cual propone la medición de 6 modelos específicos: Distancia de poder (PDI), Individualismo (IDV), Masculinidad (MAS), Aversión a la incertidumbre (UAI), Orientación a largo plazo (LTO) e Indulgencia (IVR). Las diferencias culturales que influyen sobre la prescripción de antimicrobianos entre cada país se pueden analizar con estos modelos, y cada uno maneja un valor para cada categoría. La tendencia en países latinoamericanos es una alta PDI y alta UAI; estos dos modelos culturales son los más relacionados a dificultades en los programas de uso optimizado de antimicrobianos¹³, incremento en la resistencia antimicrobiana¹² e incremento de uso de antibióticos⁵.

Por lo tanto, consideramos relevante el conocer el modelo cultural de los profesionales de la salud y proponemos determinar las dimensiones predominantes de los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope utilizando el análisis de los modelos culturales de Hofstede.

1.2. Formulación del problema

Nos lleva a plantear la pregunta ¿Cuáles son los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope en los meses de Enero-Febrero del 2019?

1.3. Justificación de la investigación

La necesidad de prescribir antimicrobianos es un reto diario que el médico debe enfrentar. El médico utiliza la información científica actualizada para realizar una prescripción apropiada, teniendo en cuenta el contexto clínico, farmacológico, epidemiológico entre otros. Sin embargo, esta práctica no siempre va de la mano

a una buena información o formación del prescriptor^{8,14,15}, con diferente grado de entrenamiento, motivación, carga de trabajo y la falta de pruebas rápidas y fiables que descarten infecciones bacterianas¹¹. La prescripción inadecuada y el uso excesivo están asociados al aumento de la resistencia a los antimicrobianos, eventos adversos relacionados al fármaco e incremento de costos de atención⁹.

La resistencia a los antimicrobianos es una consecuencia inevitable de su uso, tanto a nivel humano, veterinario o industrial, y su fácil disponibilidad en centros no autorizados juegan en contra de las medidas de control^{8,9,11,15,16}.

Teniendo en cuenta esto, en un estudio publicado en España el 2014, por Gómez et al.¹⁴ señala que casi todos los médicos refieren guiarse a menudo de los protocolos, pero hasta un 30% no siempre se ajusta a las recomendaciones en cuanto a dosis, vía o duración del antibiótico. El uso de estos fármacos desencadena una interacción compleja que involucra determinantes biológicos, sociológicos y psicológicos^{15,16}, donde en algunos casos proporcionan una falsa sensación de seguridad, atribuyendo al prescriptor efecto ansiolítico al temor de una infección descontrolada antes o sin realizar un diagnóstico completo^{5,9,16,17}, lo que nos lleva a deducir que existen factores extra médicos que influyen en la prescripción de antimicrobianos, entre ellos la cultura.

El especialista en control de infecciones, M. Borg¹⁸ resalta que: “No es la prescripción que tenemos que abordar, es el comportamiento”. Entre otros hallazgos se evidencia que las organizaciones que promueven una cultura de trabajo en equipo desarrollan iniciativas frente al control de infecciones más efectivas⁷. El futuro de estos programas a largo plazo debe tener en cuenta estrategias integrales, y enfocados a los aspectos que a simple vista no se asocian a los índices de resistencia a los antimicrobianos, entre ellos la cultura¹³. El enfoque cultural para el control de antimicrobianos es una recomendación mundial para efectivizar en sus intervenciones^{6,7}, según el panorama actual el tratamiento óptimo y compromiso con la salud pública es la única opción².

Por los puntos expuestos, además de los beneficios a largo plazo como: control de la incidencia de resistencia, reducción de microorganismos resistentes, disminución en los costos de atención y garantía en la calidad de atención; el conocimiento de esta información nos permitiría elaborar estrategias para mejorar la eficiencia de los PCI y PROA en nuestra clínica, siendo el primer paso en la exploración del rol cultural en el medio local.

1.4. Delimitación del problema: Línea de Investigación

Prioridad Sanitaria: Enfermedad transmisible: Infecciones intrahospitalarias.

Tema priorizado: Promoción y prevención en salud.

Tipo genérico de investigación: IV – Investigaciones para realizar el traslado de las soluciones o evidencia en políticas, prácticas y productos.

Además, otra prioridad sanitaria que va de acuerdo con mi tema es Recursos Humanos.

1.5. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope durante los meses Enero-Febrero del 2019.

Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas del personal médico asistencial en relación a la prescripción de antimicrobianos
- Describir la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos
- Determinar las dimensiones culturales de Hofstede (Distancia al poder, Masculinidad, Aversión a la incertidumbre, Individualismo; Orientación a largo plazo e Indulgencia) relacionadas a la práctica prescripción de antimicrobianos

1.6. Limitaciones

Entre las principales limitaciones del estudio tenemos: posibilidad de llenado incompleto de las encuestas. Además, los médicos que se encuentran trabajando en la clínica, podrían laborar en otras instituciones con distintos recursos y enfoques frente a problemas por lo que podría existir una variabilidad en sus respuestas. Por último, los encuestados podrían falsear sus respuestas con intención de salvaguardar su trabajo o a la institución, sin embargo en el consentimiento informado se explica la confidencialidad y seguridad de datos que brinde.

1.7. Viabilidad

Es factible la realización del estudio al contar con el apoyo médico que labora en la institución, el bajo presupuesto que requerirá, el uso de encuestas para recolección de información y el apoyo que se cuenta para el procesamiento y análisis de los datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En un estudio realizado por Borg¹⁹ y otros autores en el 2015 sugirió que la cultura organizacional (CO) es un importante impulsor del comportamiento de prevención y control de infecciones (PCI) entre los trabajadores de la salud. Este estudio examinó la CO en siete hospitales europeos utilizando una herramienta de evaluación validada basada en el modelo de Hofstede, e identificó variaciones significativas en los puntajes de CO. Los hospitales con baja prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) exhibieron puntajes altos para la facilitación del cambio y la preparación para el cambio, mientras que los hospitales con alta prevalencia de SARM exhibieron puntuaciones bajas para estos determinantes. Es posible utilizar herramientas, disponibles fuera del cuidado de la salud, para estudiar la CO dentro de los hospitales y obtener una mejor comprensión de las estrategias de cambio de comportamiento del PCI.

Además en otro artículo realizado por Borg¹³ el 2014 señala que el comportamiento humano está influenciado por diversos factores, incluida la cultura. La literatura informa que tres dimensiones de Hofstede (Distancia al poder, Aversión a la incertidumbre y Masculinidad) muestran una asociación significativa con varios indicadores clave de rendimiento relevantes para la PCI y la administración de antibióticos. La mejora efectiva, por lo tanto, necesitaría abordar los valores culturales subyacentes e incrustados relevantes para la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Los autores resaltan que es probable que las estrategias exitosas de la PCI sean compatibles con el contexto cultural en el que se implementan. Con este fin, el análisis de contenido de muchas herramientas actuales de mejora de PCI identifica elementos de gran compatibilidad con culturas que son bajas en la aversión a la incertidumbre y la distancia al poder, y altas en el individualismo y la masculinidad. Además se resalta una escasez de investigaciones sobre el cambio de comportamiento de la PCI en diferentes contextos culturales, especialmente en los países que

obtienen puntajes altos para la distancia al poder y / o la aversión a la incertidumbre.

En otro estudio europeo realizado por Borg⁵ formuló la hipótesis de que los factores socioculturales son importantes impulsores de la prescripción inadecuada de antibióticos en la atención ambulatoria. Este estudio buscó evaluar cualquier rol potencial en la profilaxis quirúrgica perioperatoria (PAP) administrada por más de 24 horas (PAP > 24). Se realizó una correlación y un modelo de regresión lineal simple usando las proporciones de PAP > 24 para los países en el informe ECDC PPS y los puntajes respectivos para el constructo cultural de Aversión a la incertidumbre (UA), según lo detallado por Hofstede. El análisis de correlación de Pearson produjo un coeficiente moderadamente fuerte (r) de 0,50 (IC del 95%: 0,16-0,74; p = 0,007). La regresión simple arrojó un modelo de PAP > 24 = 29.87 + 0.40 UA (R² = 0.25, P = 0.007). Concluyeron que los factores culturales, en especial la UA, parecen ser un importante impulsor del PAP > 24. Además, cualquier estrategia destinada a mejorar el PAP prolongado debería basarse en un conocimiento claro de las barreras socioculturales locales, a fin de lograr la intervención más exitosa posible.

Una revisión sobre la resistencia antibiótica en Europa realizado por Borg²⁰ y otros autores en el 2012 observaron que la epidemiología de las infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) muestra un patrón geográfico sorprendente en Europa. La prevalencia de SARM es baja en los países del norte de Europa, aumenta en Europa central y alcanza sus niveles más altos en la región mediterránea; atribuido a los diferentes niveles de implementación de los programas de control de infecciones y administración de antibióticos (ICAS), pero las razones para esta variación no se han establecido claramente. Este estudio investigó el posible impacto de las dimensiones culturales nacionales en la epidemiología del MRSA en Europa. Entre los resultados se identificaron asociaciones significativas entre las proporciones de SARM y los constructos culturales de la Aversión a la incertidumbre (AUI), Masculinidad (MAS) y la Distancia al poder (PDI). Los modelos de regresión múltiple encontraron asociaciones significativas para UAI, MAS y orientación a

corto plazo ($R(2)$ ajustado = 0,475; $P < 0,001$). Los autores concluyeron que en la implementación de los programas de ICAS a menudo requiere un cambio de comportamiento. Las dimensiones culturales parecen ser factores clave que afectan las percepciones y los valores entre los trabajadores de la salud, personalizar las iniciativas de ICAS para reflejar el contexto cultural local puede mejorar las posibilidades de éxito.

Una revisión sobre el consumo ambulatorio de antibióticos en Europa del 2012 realizado por Borg²¹, observó diferencias geográficas significativas en el consumo de antibióticos per cápita dentro de la atención ambulatoria, especialmente el uso inapropiado para resfriados / gripe / dolor de garganta (CFSt) y se planteó una posible explicación con las diferencias culturales nacionales. Analizaron datos públicamente disponibles de la encuesta del Eurobarómetro 2009 en encuestados que habían tomado antibióticos para CFSt, evaluando su asociación con los puntajes de países derivados del modelo de dimensión cultural de Hofstede. Se incluyeron 26,259 respuestas de todos los países de la Unión Europea (UE) excepto Chipre. En el análisis de regresión múltiple, la aversión a la incertidumbre y la masculinidad se identificaron como las dos dimensiones culturales nacionales significativamente más asociadas con el uso de antibióticos para CFSt (R -ajustado = 0,45; $P < 0,001$). El uso de antibióticos para CFSt se correlacionó inversamente con el conocimiento de los encuestados de que los antibióticos son ineficaces contra los virus ($r = -0,724$; $P < 0,001$) y que el uso indebido los hará ineficaces a largo plazo ($r = -0,775$; $P < 0,001$). Concluyeron que las dimensiones culturales nacionales, especialmente la aversión a la incertidumbre y la masculinidad, parecen tener un impacto muy significativo en el uso inadecuado de antibióticos en los países europeos.

Respecto a las Dimensiones de Hofstede y su influencia en el hospital, Farzianpour²² y otros autores en el 2015 realizaron un estudio que tuvo como objetivo aclarar la relación entre la cultura organizacional y el desgaste del empleado. La población de estudio incluyó a todo el personal clínico (médicos y enfermeras) y no clínicos (administrativos y financieros) en hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán en 2014-2015. Entre ellos, 387

participantes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio estratificado simple. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory (1981) y el cuestionario cultural organizacional de Hofstede (1988). Sus resultados mostraron que la cultura organizacional en la población estudiada presentaba altos valores para la dimensión de Masculinidad, el Colectivismo con alta Aversión a la incertidumbre y una Distancia al poder relativamente equitativa. El coeficiente de correlación múltiple mostró que existe una relación significativa entre los componentes de la cultura organizacional que incluyen Masculinidad, Individualismo, Aversión a la incertidumbre y Distancia de poder con el agotamiento laboral ($r = 0.305$, $p > 0.001$). Concluyeron que algunos problemas de salud del personal están arraigados en su cultura; por lo tanto, la evaluación de la cultura organizacional por parte de los gerentes del hospital para planificar y alcanzar los objetivos es esencial.

En otro estudio realizado por Reginald²³ y otros autores plantearon explorar si las diferencias entre países en el uso de antibióticos están asociados a diferencias entre culturas nacionales con el modelo de dimensiones culturales de Hofstede. Se encontraron correlaciones positivas significativas para el Índice de Distancia al poder con el uso de antibióticos prescritos en los tres estudios de la fuente de datos (ρ entre 0,59 y 0,62) y con la automedicación ($\rho = 0,54$). Además encontraron correlaciones positivas significativas para el Índice de Aversión a la Incertidumbre con el uso de antibióticos en dos de los estudios de la base de datos (ρ entre 0,57 y 0,59). La Masculinidad no se correlacionó significativamente, excepto en un estudio después de controlar el PIB ($r = 0,81$). Para Individualismo y Orientación a Largo Plazo no se encontraron correlaciones significativas. Concluyeron que la Distancia al poder es un aspecto cultural asociado con el uso de antibióticos, lo que sugiere que la forma específica de cultura con la que las personas manejan la autoridad es un factor importante para explicar las diferencias entre países en el uso de antibióticos.

Livorsi²⁴ y otros autores en el 2015 tuvieron como objetivo comprender los factores profesionales y psicosociales que influyen en los hábitos de prescripción de antibióticos de médicos en pacientes hospitalizados. Realizaron entrevistas

semiestructuradas a 30 médicos en formación y supervisores. En sus resultados los participantes reconocieron que se usan antibióticos en exceso y muchos admitieron que alguna vez recetaron antibióticos aun cuando la sospecha de infección era incierta. Se debió en gran medida a la ansiedad por perder una infección, además encontraron que los efectos potencialmente adversos del fármaco no influyeron fuertemente en la toma de decisiones. Además encontraron que no divulgan de manera rutinaria información sobre efectos diversos. Los médicos en formación estaban fuertemente influenciados por el comportamiento de sus supervisores. Los médicos a veces cuestionaron las decisiones de prescripción de sus colegas pero con frecuencia evitaron proporcionar comentarios o críticas. Concluyendo que una comprensión de estos factores podría aprovecharse en los esfuerzos futuros para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos en los pacientes hospitalizados.

Un estudio realizado por Serna²⁵ y otros autores en el 2011 determinaron los factores del paciente y del médico asociados a la variabilidad en la prescripción de antibióticos. Realizaron un estudio observacional, analítico, se consiguieron los datos recolectados a partir de la receta oficial, historia clínica y tarjeta sanitaria individual. En sus resultados hallaron que los factores con mayor frecuencia asociados a la prescripción fueron la mayor frecuentación (más de 5 visitas al año, OR=10.8), la edad del paciente con mayor prescripción en jóvenes y adultos mayores, y el sexo con mayor presentación en el femenino (OR=1.5). Ni la edad ni el sexo del profesional tuvo asociación con la prescripción. Además los médicos con alta carga asistencial tienen mayor probabilidad de prescripción de antibióticos. En conclusión se debe realizar una intervención multifactorial (sobre demanda, pacientes y médicos) para reducir los riesgos de la prescripción inadecuada.

Bravo²⁶ y otros autores en el 2013 realizaron un estudio para determinar la prevalencia de los factores que influyen en la prescripción de antibióticos por parte de los especialistas en consulta externa. Realizaron un estudio descriptivo con 74 médicos especialistas. Encontraron que los factores que influyen son: la vigencia de las guías clínicas de eficacia sobre determinadas bacterias, la

incertidumbre diagnóstica que faculta usar un antibiótico para evitar una infección no controlada, la “bondad” de los antibióticos de amplio espectro y la aceptación de la comunidad de profilaxis antibiótica.

Dentro de los estudios nacionales, Rodríguez²⁷ realizó un estudio el 2018 que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre el uso racional de antibióticos en los cirujanos dentistas. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, se aplicó un cuestionario a 25 cirujanos dentistas. Se encontró un nivel de conocimiento alto con 24% y regular de 76%. Según la procedencia de la universidad fue regular para egresados de universidades privadas y nacionales. Según años de experiencia entre 1-5 años fue regular. Concluyeron que el nivel de conocimiento sobre el uso racional de antibióticos en los cirujanos dentistas del distrito de Florencia fue regular.

Contreras²⁸ en el año 2015 se planteó describir la prescripción de antibióticos indicado por cirujanos dentistas en la ciudad de Puno. Realizó un estudio de tipo observacional, transversal, la población estuvo constituida por 72 cirujanos dentistas de la ciudad de Puno. La prescripción de antibióticos señalada por los cirujanos dentistas fue mala en un 63.9%, respecto al nivel de conocimientos según experiencia laboral acerca de antibiótico terapia prescrita fue malo. El antibiótico con mayor frecuencia prescrita fue la amoxicilina, seguido de la clindamicina, con una frecuencia de varias veces por semana. La prescripción por los cirujanos dentistas resultó ser mala, por lo que hay una deficiencia en la prescripción de antibióticos y pueda ocasionar problemas en la población.

2.2. Bases teóricas

Cultura:

En las lenguas occidentales, “cultura” significa habitualmente “civilización”, o “refinamiento mental”, en concreto los resultados de dicho refinamiento se desarrollan tales como en la educación, el arte y la literatura. La cultura en un sentido limitado; es la “cultura número uno”. Sin embargo, la cultura como software mental corresponde a un uso mucho más extenso de la palabra, habitual entre los antropólogos sociales: esta es la “cultura número dos”.²⁹

En antropología social, “cultura” es una fórmula que identifica aquellos patrones de pensamiento, sentimiento y actuación. Es decir, en la “cultura número dos” no sólo hay aquellas actividades que se supone que refinan la mente, sino también aquellas cosas corrientes y domésticas de la vida: los saludos, la alimentación, mostrar u ocultar los sentimientos, mantener una cierta distancia física de los demás, hacer el amor o mantener la higiene corporal.²⁹

Se ha intentado establecer un concepto de cultura, no es extraño que existan distintas versiones cada una diferente de la anterior. La etimología de cultura proviene de la palabra latina *cultūra*, del latín *colere*, usado para determinarse a cultivo o porción de tierra cultivada. A partir del siglo XVII empieza a connotarse otro significado mas metafórico y en el siglo XVIII es usado para designar el saber humano.³⁰

En el libro “Filosofía de la Cultura” por Jesús Monsterin, define cultura como: “información transmitida por aprendizaje social es decir, por imitación de los otros miembros del grupo o de los modelos sociales, por enseñanza o educación en la familia y en la escuela o por recepción de información comunicada a través de soportes artificiales como libros, discos, periódicos y otros medios de comunicación social”.³⁰

Según la Unesco se puede considerar la cultura como: “conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modelos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”.³¹ Toda cultura posee una originalidad, es personalizada, y con características y aspectos propios, es local, hecha por el hombre y por lo tanto variable. Entonces, la definición de “modelo cultural” tiende a una comprensión misteriosa.³²

Según Geert Hofstede, podemos definir la cultura como: “la programación colectiva que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de otras. Es un fenómeno porque es, por lo menos parcialmente, compartido con

personas que viven o que han vivido en el mismo entorno social, que es donde fue aprendido. La cultura es aprendida, no heredada: se deriva del propio entorno social, no de los genes que se portan. La cultura debería diferenciarse por un lado de la naturaleza humana, y por otro de la personalidad del individuo”.²⁹

(Figura 1)



Figura 1. *Tres niveles de unicidad en la programación mental humana. (Tomado de: “Geert Hofstede. Culturas y organizaciones, el software mental: La cooperación internacional y su importancia para la supervivencia”)*

Cultura y la Prevención y Control de infecciones:

La efectividad de la Prevención y Control de Infecciones (PCI) depende directamente de la interacción exitosa de múltiples sistemas de gestión, que a su vez están fuertemente influenciados por la cultura corporativa. Uno de los componentes más críticos de la cultura organizacional (CO), que influye en el comportamiento general de los empleados, es la forma en que la organización está diseñada y cómo se arreglan los diferentes trabajos; así mismo, los modelos culturales predominantes en grupos poblacionales han demostrado influir en la prescripción de antimicrobianos³³. Esto es particularmente relevante en términos de la composición organizativa en la que un número adecuado de personal bien capacitado es vital. No es sorprendente que los brotes o la endemidad aumentada de infecciones asociadas a cuidados de la salud se hayan asociado

con una alta rotación de personal y vacantes, falta de personal, ocupación excesiva de camas, hacinamiento y aumento de la rotación de pacientes.⁷

Existe evidencia de que las organizaciones de salud que promueven una cultura de trabajo en equipo (junto con liderazgo, adaptabilidad y apoyo) desarrollan iniciativas de PCI más efectivas. Por ejemplo: se ha demostrado que la formación de equipos clínicos multidisciplinarios reduce las tasas de neumonía adquirida en el hospital en cuidados intensivos.⁷

Resistencia antimicrobiana:

La resistencia a los antibióticos parece ser una consecuencia inevitable del uso de antibióticos. Se describió por primera vez en la década de 1940, y se encontró en una cepa productora de β -lactamasa de *S. aureus*.¹⁶

El rápido desarrollo de resistencia en bacterias y virus es una respuesta evolutiva a la presión selectiva de los antibióticos y los resultados de la selección natural. Se acepta que la adaptación microbiológica evoluciona, y que la razón principal para el desarrollo de la resistencia a los antibióticos es el uso generalizado de antibióticos.¹⁶

Los antibióticos se han llamado medicamentos milagrosos, pero 60 años de uso, subutilización y uso excesivo han dado lugar a una resistencia cada vez mayor en un número creciente de combinaciones de antibióticos y bacterias. Las tasas de resistencia son bastante variables, según el contexto y el entorno. Las primeras cepas resistentes aparecieron en los hospitales, pero se extendieron rápidamente a la comunidad y continúan extendiéndose por todo el mundo. Los microorganismos resistentes no reconocen fronteras geográficas.¹⁶

Muchos agentes patógenos se han vuelto resistentes a diferentes clases de antibióticos desde la década de 1960. Este hecho se ha vuelto clínica, epidemiológico y socioeconómicamente importante, porque las infecciones causadas por microorganismos resistentes pueden ser especialmente difíciles y costosas de tratar.¹⁶

Determinantes de la resistencia

Se pueden identificar varias influencias en la toma de decisiones sobre la prescripción de antimicrobianos, que ayudan a explicar las diferentes tasas de resistencia:

- El primero es el comportamiento del prescriptor de antibióticos, que es, el médico, extensor médico o enfermera practicante. Los médicos difieren en su elección, uso y dosis recetada de antibióticos.¹⁶
- El segundo es la demanda del paciente, de acuerdo con las diferentes actitudes hacia el cuidado de la salud.¹⁶
- En tercer lugar, las influencias a nivel macro sobre la prescripción de antibióticos incluyen, en particular, factores de política de regulación socio-económica, económica y sanitaria. Los factores culturales pueden ayudar a determinar qué signos y síntomas se perciben como anormales y requieren atención médica y tratamientos farmacológicos. Los profesionales de la salud deben ser persuadidos de que el principal determinante de la satisfacción del paciente no es una receta para un antibiótico, sino una comunicación efectiva sobre su enfermedad.¹⁶
- En cuarto lugar, algunos otros determinantes de la resistencia a los antibióticos no menos importantes son la variación de la dosificación y el uso de principios farmacodinámicos deficientes, entre otros.¹⁶

Además, las ventas sin receta de antimicrobianos pueden verse como un síntoma de una infraestructura de atención primaria de salud insuficiente y con recursos insuficientes. La falta real y percibida de acceso a una atención médica asequible puede llevar a los consumidores a eludir las consultas con un proveedor debido a la falta geográfica de acceso, el tiempo perdido para buscar atención o el precio de la atención. Las personas pueden acercarse a un farmacéutico en una farmacia estándar, que puede suministrar productos de alta calidad, donde es poco probable que se encuentre con un farmacéutico capacitado, o acudir a un vendedor de drogas en el camino o en el mercado. Hasta que el acceso real mejore en un país, es poco probable que esta variedad de vendedores de antimicrobianos cambie.¹²

Dimensiones culturales:

El modelo de dimensiones culturales de Hofstede es uno de los enfoques más aceptados para analizar las diferencias de comportamiento entre grupos poblacionales (con más de 800 citas en revistas revisadas por pares). Define la cultura como la “programación colectiva de la mente” que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de otro. Hofstede formuló un modelo que propone que las culturas nacionales varían a lo largo de dimensiones coherentes y fundamentales que pueden agruparse y puntuarse como constructos específicos: distancia de poder (PDI), individualismo (IDV), masculinidad (MAS) y evitación de incertidumbre (UAI). Más tarde, en colaboración con otros colegas, identificó dos dimensiones más: orientación pragmática a largo plazo versus normativa a corto plazo (LTO) e indulgencia versus restricción (IVR). Se ha informado que varios de estos muestran una asociación significativa con los indicadores clave de rendimiento relevantes para los programas de PCI y la administración de antibióticos.¹³

Distancia de poder (PDI):

El índice de Distancia al Poder (PDI) describe cómo los miembros menos poderosos de una sociedad aceptan y esperan una inequidad del poder.

Los países de PDI alta en el modelo de Hofstede se caracterizan por jerarquías más estrictas y formales en las cuales los subordinados tienen menos probabilidades de ser consultados o involucrados en la decisión. Por lo tanto, la propiedad será más difícil de obtener, ya que los interesados menos poderosos diferirán la implementación y la responsabilidad a los titulares del poder que toman todas las decisiones.

Los instrumentos de rendición de cuentas (como las auditorías) no serían populares, de hecho resentidos, ya que se considera que apuntan solo a los menos poderosos. Los titulares de poder en países de PDI altos a menudo están sujetos a estándares de responsabilidad más bajos; esto, a su vez, puede ser utilizado por los grupos menos poderosos como una justificación para su propia falta de conformidad y para excusar la discreción en la observación de las reglamentaciones. Además, la distancia de poder es otra dimensión que muestra

la correlación tanto con la prevalencia de MRSA como con la prescripción de antibióticos.¹³

Individualismo (IDV):

El individualismo posee como opuesto, el colectivismo, que trata sobre el grado en que los individuos se integran en grupos. En el lado individualista se aprecian sociedades en las que las relaciones entre personas son menos importantes, en cambio se buscan objetivos personales. En el lado colectivista, las personas desde su nacimiento, se integran en grupos cohesionados o familiares.³²

Masculinidad (MAS):

Esta dimensión de Hofstede mide el nivel de asertividad y ambición dentro de una sociedad. Las sociedades con MAS alta tienden a ser más egocéntricas y motivadas por tareas bien definidas, mientras que las culturas femeninas tienden a valorar las buenas relaciones de trabajo y la cooperación. Por lo tanto, la colaboración multidisciplinaria genuina, tan crucial para los programas efectivos de PCI, tiene una mayor probabilidad de tener éxito en las culturas femeninas. Además, existe el riesgo de que si un resultado en particular no requiere los logros de objetivos específicos, las sociedades con un alto nivel de MAS lo descuiden en favor de otras preocupaciones más apremiantes. La masculinidad es la tercera construcción principal asociada con la prevalencia de MRSA en Europa.¹³

Aversión a la incertidumbre (UAI):

Hofstede describe la UAI como una medida de la capacidad nacional para adaptarse a situaciones ambiguas. La prescripción de antibióticos puede ofrecer una seguridad subconsciente de certidumbre al médico. Por lo tanto, se prevé que en los países con UAI alta, es más probable que los antibióticos se administren en presentaciones clínicas dudosas ("por las dudas"). Por las mismas razones, es probable que se administren por períodos más largos y las formulaciones de amplio espectro sean más populares. De todos los constructos culturales, la UAI sería la que se espera que impacte más pesadamente en la PCI y el comportamiento relacionado con los antibióticos.¹³

Orientación a largo plazo (LTO):

Toda sociedad tiene que mantener algunos vínculos con su propio pasado mientras lidia con los desafíos del presente y del futuro. Las sociedades priorizan estos dos objetivos existenciales de forma diferente. Las sociedades que puntúan bajo en esta dimensión, por ejemplo, prefieren mantener las tradiciones y normas tradicionales mientras ven el cambio social con suspicacia. Los que tienen una cultura que puntúa alto, por otro lado, adoptan un enfoque más pragmático: fomentan el ahorro y los esfuerzos en la educación moderna como una forma de prepararse para el futuro. En el contexto empresarial, esta dimensión se conoce como "normativo (a corto plazo) frente a pragmático (a largo plazo)". En el entorno académico, a veces también se usa la terminología Monumentalism versus Flexhumility.³⁴

Indulgencia (IVR):

Indulgencia hace referencia a una sociedad que permite la gratificación relativamente libre de los impulsos humanos básicos y naturales relacionados con disfrutar de la vida y divertirse. La restricción representa una sociedad que suprime la gratificación de las necesidades y la regula mediante estrictas normas sociales.³⁴

Prescripción de antibióticos:

Encuesta de prescripción de antibióticos de Rivera

La encuesta de prescripción de antibióticos fue elaborada por Roxana Rivera Delgado, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la prescripción de antibióticos. Consta de 12 ítems, cada una respuesta de opción múltiple de tipo Likert, como: Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). La escala está conformada por seis dimensiones: Definir el problema, especificar el objetivo, diseñar esquema terapéutico, brindar información, supervisar la evaluación del tratamiento. Se interpreta como: Bajo, Medio y Alto.

Para la validez de contenido se utilizó el criterio de juicio de expertos. El valor estadístico Alfa de Cronbach indicó una alta confiabilidad (0.9439) del instrumento.³⁵

2.3. Definiciones conceptuales

Cultura: programación colectiva que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de otras, es una fórmula que identifica aquellos patrones de pensamiento, sentimiento y actuación.¹³

Dimensiones culturales: enfoque elaborado para el análisis de las diferencias de comportamiento entre comunidades.¹³

Distancia de poder (PDI): El grado en el que miembros 'menos poderosos' de una sociedad esperan la existencia de diferencias en los niveles de poder.³²

Individualismo (IDV): El individualismo se refiere al grado al que la gente espera valerse por sí misma o, alternativamente, actuar principalmente como miembro de un grupo u organización.³²

Masculinidad (MAS): Se refiere al valor asignado a los tradicionales roles de los géneros. Valores masculinos incluyen la competitividad, asertividad, ambición, la acumulación de riqueza y posesiones materiales.³²

Aversión a la incertidumbre (UAI): Refleja el grado al que una sociedad acepta la incertidumbre y los riesgos. En términos sencillos, las culturas con más puntaje en esta escala evitan tomar riesgos.³²

Orientación a largo plazo (LTO): Se refiere a la importancia que se da en una cultura a la planeación de la vida a largo plazo en contraste a las preocupaciones inmediatas.³²

Indulgencia (IVR): Refiere una sociedad que permite la gratificación relativamente libre de los impulsos humanos básicos y naturales relacionados con disfrutar la vida y diversiones.³²

CAPITULO III: HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

H1: Existe relación entre las características sociodemográficas del personal médico asistencial y las prácticas de prescripción de esquemas con antimicrobianos.

H2: Existe relación entre las dimensiones culturales de Hofstede del personal médico asistencial y la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos.

H0: No hay relación entre los modelos culturales y la prescripción de esquemas con antimicrobianos.

3.2. Variables principales de investigación

- Edad
- Sexo
- Especialidad
- Religión
- Años de médico
- Años de especialista
- Área de trabajo
- Trabajo en otras instituciones
- Frecuencia de prescripción de antibióticos
- Distancia al poder
- Individualismo
- Masculinidad
- Aversión a la incertidumbre
- Orientación a largo plazo
- Indulgencia
- Factores que influyen en la prescripción de antibióticos

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio con un diseño tipo analítico, observacional, corte transversal. Es observacional porque no presentará intervención o manipulación de variables. De corte transversal porque solo se obtendrán muestras una vez en cada participante. El presente trabajo de investigación se desarrollo en el contexto del IV Curso Taller para Titulación por Tesis según enfoque y metodología publicada.³⁶

4.2. Población de estudio selección y tamaño de muestra

Universo y población

El universo del estudio estuvo definido como todos los médicos que trabajan en la Clínica Good Hope; mientras que la población de estudio estuvo constituida por el personal médico de las áreas de Hospitalización, Emergencia, Cuidados Intensivos y Consultorio externo de la Clínica Good Hope durante los meses Enero-Febrero del 2019.

Muestra

En el estudio se realizó un muestreo por conveniencia, por lo tanto se tomó a todo el personal asistencial disponible que labore durante los meses Enero-Febrero del 2019. Para calcular el tamaño mínimo de muestra se consideró una población total de 303 médicos, esta información fue proporcionada por la oficina de Recursos Humanos de la Clínica Good Hope. Además se considero un error estándar de 5%, un nivel de confianza del 95% y la prevalencia de prescripción de antibióticos media y baja de 37.5 y 52.5% respectivamente, total 90% extraído de un

trabajo realizado por el autor de la encuesta.³⁵ El tamaño de muestra mínima se considero a 96 participantes.

ESTIMACIÓN DE UNA PREVALENCIA POBLACIONAL CON UNA PRECISIÓN ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PREVALENCIA ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.9
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	303
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	139
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	96

Criterios de inclusión

- Personal médico asistencial de las áreas de Hospitalización, Emergencia y Cuidados intensivos que laboren durante los meses de recolección de datos.
- Personal médico asistencial que acepte llenar la encuesta de manera voluntaria.

Criterios de exclusión

- Personal médico que forme parte del presente proyecto.
- Personal médico con cualquier dificultad que imposibilite el llenado de la encuesta

4.3. Técnicas de recolección de datos e instrumentos

La técnica para la recolección de información es el llenado de la encuesta de forma activa y anónima por el personal médico asistencial. Las encuestas fueron llenadas por médicos de los servicios de Hospitalización, Emergencia, Cuidados

Intensivos y Consultorio externo. Para captar a los encuestados, en primer lugar se solicitó su colaboración verbal, una vez captados se les detalló el consentimiento informado en forma breve y se les entregó las encuestas para su llenado. Además se contó con la colaboración de encuestadores, capacitados para resolver dudas al momento del llenado. Los instrumentos a utilizar serán la Encuesta Hofstede, la Encuesta de Rivera y una Ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3). Además una ficha de consentimiento informado para la participación que será explicada antes de encuesta (Anexo 8).

La encuesta de Hofstede es una encuesta que sirve para comparar valores y sentimientos con influencia cultural de encuestados similares de dos sociedades, regiones de un país o entre países. Permite calcular las puntuaciones en seis dimensiones: Distancia al poder, Aversión a la incertidumbre, Masculinidad, Individualismo, Orientación a largo plazo e Indulgencia. Todas estas dimensiones fueron propuestas por Geert Hofstede y sus co-investigadores Michael Harris Bond y Michael Minkov. Los resultados se miden en una escala de 1 – 100, se considera un valor mayor de 50 como alto en cada escala.²⁹

Se aplicó la encuesta de Hofstede (versión 2008) a todo el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope (Anexo 4). Esta encuesta fue sometida a juicio de expertos para contrastar su validez en nuestro medio; a pesar de contar con estudios ya aplicados en la población peruana. Los ítems del instrumento se validaron en base a los siguientes criterios: Pertinencia, Relevancia y Claridad. (Ver Tabla 1) (Anexo 6)

Tabla 1. Validez por expertos de la Encuesta de Hofstede

Experto	Aspectos de validación		
	Claridad	Pertinencia	Relevancia
Dr. Juan Velarde Marca	Sí	Sí	Sí
Dr. Jorge Alave Rosas	Sí	Sí	Sí
Dr. Christian Mejía Álvarez	Sí	Sí	Sí
Dr. Antonio Grandez Urbina	Sí	Sí	Sí

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Además se realizó una prueba piloto con 20 profesionales entre ellos enfermeros, obstetras e internos de medicina y farmacia de la Clínica Good Hope. Se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach para hallar la confiabilidad del instrumento, un índice que toma valores entre 0 y 1, la escala o valores que define a la confiabilidad son los siguientes:

- 0.90 – 1.00: Se califica como muy satisfactoria
- 0.80 – 0.89: Se califica como adecuada
- 0.70 – 0.79: Se califica como moderada
- 0.60 – 0.69: Se califica como baja
- 0.50 – 0.59: Se califica como muy baja
- <0.50: Se califica como no confiable

El estadístico Alfa de Cronbach indicó una confiabilidad adecuada de: 0.804 (Tabla 2), por lo tanto se pudo dar por válida esta encuesta (Anexo 7).

Además se usará la encuesta de prescripción de antimicrobianos desarrollado por Rivera (Anexo 4).

La encuesta de prescripción de antibióticos fue elaborada por Roxana Rivera Delgado, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la prescripción de antibióticos. Consta de 12 ítems, cada respuesta de opción múltiple de tipo Likert, como: Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). La escala esta conformada por seis dimensiones: Definir el problema, especificar el objetivo, diseñar esquema terapéutico, inicio del tratamiento, brindar información y supervisar la evaluación del tratamiento. Se interpreta como: Bajo, Medio y Alto.

Para la validez de contenido se utilizó el criterio de juicio de expertos. El estadístico Alfa de Cronbach indicó una alta confiabilidad de: 0.9439 del instrumento (Tabla 2).³⁵

Tabla 2. Estadística de fiabilidad

Nº	Instrumentos	Alfa de Cronbach	Número de elementos
1	Encuesta de Hofstede ^a	0.804	28
2	Encuesta de Rivera ^b	0.943	12

^a: Datos obtenidos por el autor – prueba piloto

^b: Valores tomados de investigación original³⁵

Además la prueba piloto se uso para afinar dudas en las preguntas de las encuestas o ficha de datos. Se estimo un tiempo de 15 minutos para explicar el consentimiento informado, 7-8 minutos para llenar la Encuesta de Hofstede y 5-6 minutos para la Encuesta de Rivera. Se estima un tiempo de 30 minutos en total.

4.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenidos los datos se usó el programa Microsoft Excel para la elaboración de una base de datos, y el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para el análisis de datos.

Las variables cualitativas fueron resumidas según su frecuencia relativa y absoluta, mientras que las variables cuantitativas fueron resumidas según su media y desviación estándar.

4.5. Aspectos éticos

El presente trabajo realizó la aplicación de la encuesta de Geert Hofstede y la encuesta de Rivera al personal médico asistencial de la Clínica Good Hope, no presenta riesgos. Sin embargo fue sometido al Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma y de la Clínica Good Hope para su evaluación y comentarios para salvaguardar los datos e identidad de los encuestados. Los resultados de investigación serán publicados en una revista científica y serán enviados a las instituciones pertinentes para que puedan tener en consideración los resultados obtenidos.

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Se obtuvieron un total de 96 médicos asistentes encuestados de la Clínica Good Hope. Se observó que el sexo predominante entre los encuestados eran hombres con un total de 64 (66.67%), mientras que mujeres fueron 32 (33.33%) (**Gráfico 1**). El rango de edad fue de 28 – 73 años, con una media de 45.7 ± 12.3 años (Datos perdidos en edad: 1).

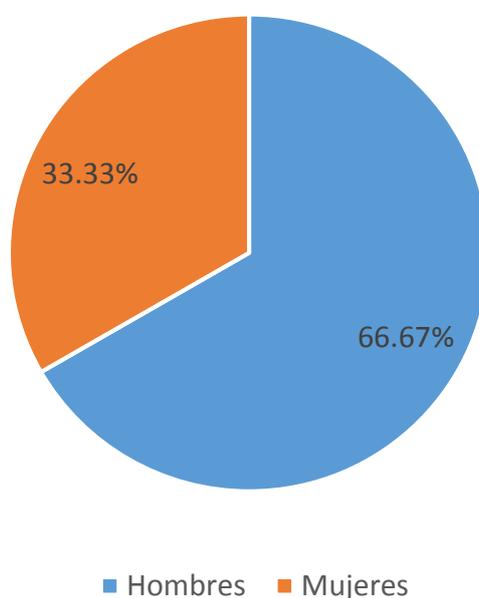


Gráfico 1. Distribución por sexo de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Además se observó que la religión predominante fue la católica con un total de 68 (70.83%), seguido de la adventista con 22 (22.92%), evangélico con 2 (2.08%) y otros con 4 (4.17%) (**Gráfico 2**).

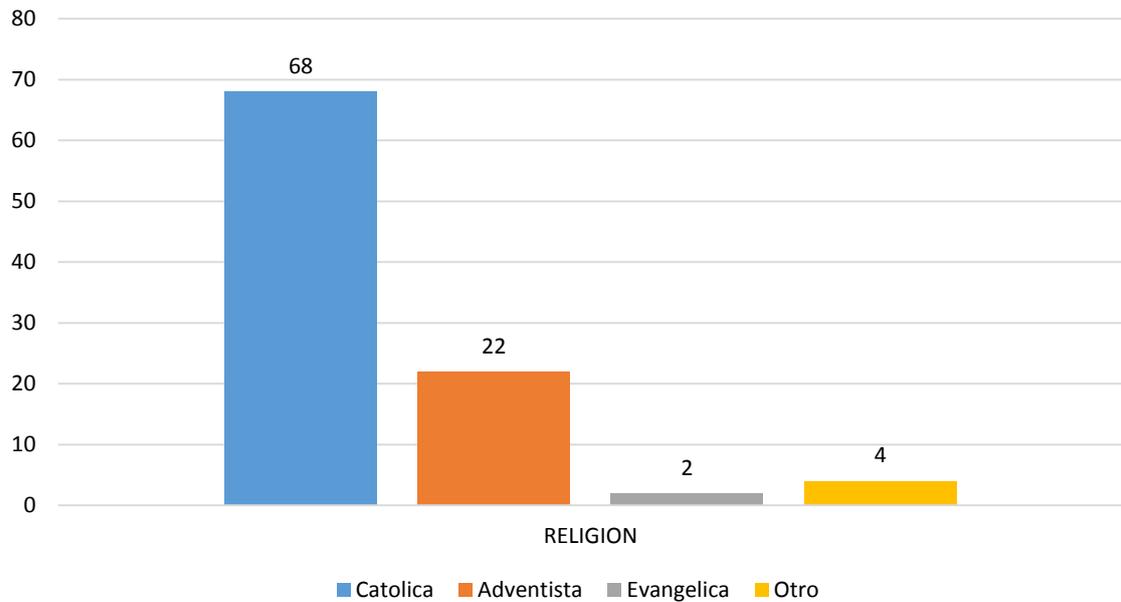


Gráfico 2. Distribución por religión de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Según la especialidad de los encuestados, en la rama Quirúrgica fueron 38 (39.58%), en la rama Clínica fueron 25 (26.04%), Pediatría con 18 (18.75%) y Ginecología-Obstetricia con 15 (15.63%) (Gráfico 3).

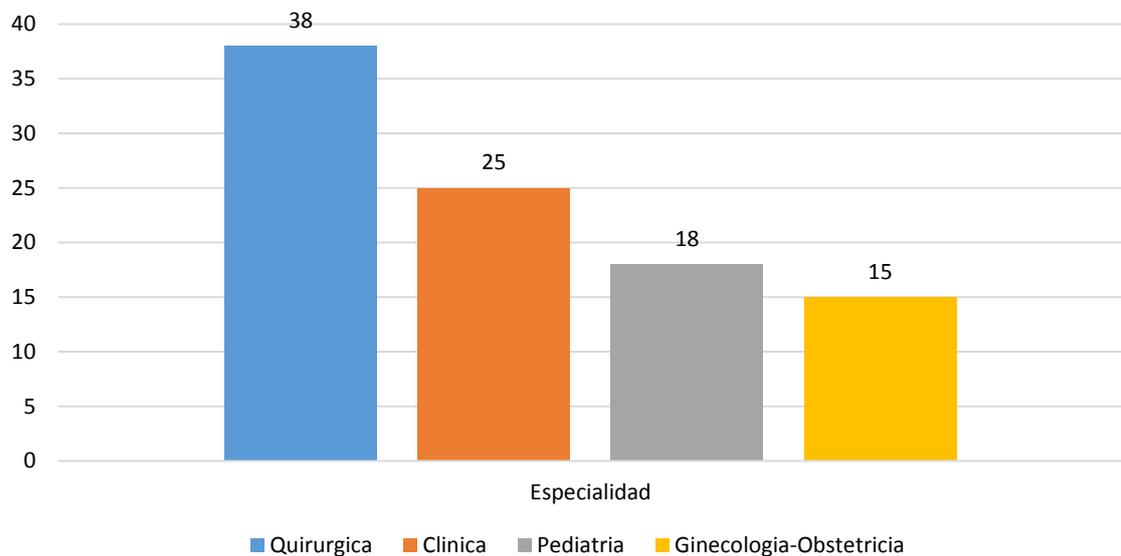


Gráfico 3. Distribución por especialidad de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Respecto a los años de trabajo, los años transcurridos desde el egreso de la escuela de medicina tuvieron una media de 19.3 ± 10.74 años (Datos perdidos de años de medico: 2), y los años de egreso de la especialidad médica fueron 14.2 ± 11.27 años (Datos perdidos de años de especialista: 1).

Se evaluó acerca del área de trabajo dentro del hospital de cada médico, en el área de hospitalización trabajan 49 médicos (51.04%), en consultorio externo 56 médicos (58.33%), en el área de emergencia 43 médicos (44.79%), en la unidad de cuidados intensivos 10 médicos (10.42%) y en otras áreas 28 médicos (29.17%) (Gráfico 4).

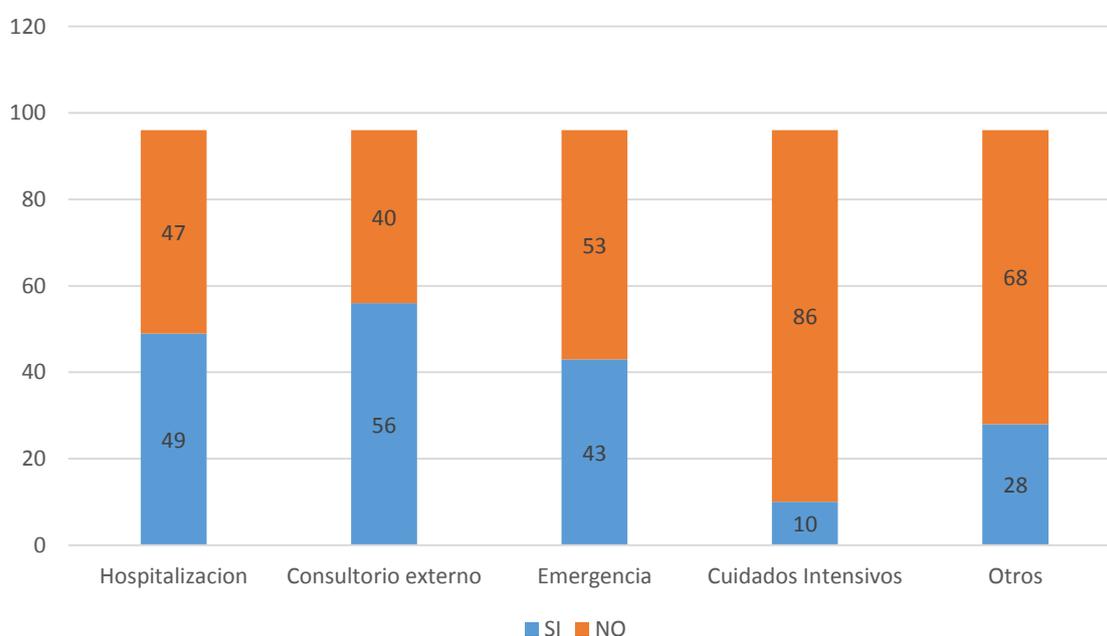


Gráfico 4. Distribución por área de trabajo de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Además se evaluó si el encuestado labora en otras instituciones, entre los resultados encontramos 45 médicos (46.88%) que trabajan además en instituciones públicas, 15 médicos (15.63%) trabajan en otras instituciones privadas, 22 médicos (22.92%) trabajan en otras instituciones públicas y privadas, 3 médicos (3.13%) en otras instituciones, y 11 médicos (11.46%) que no trabajan en ninguna otra institución (Gráfico 5).

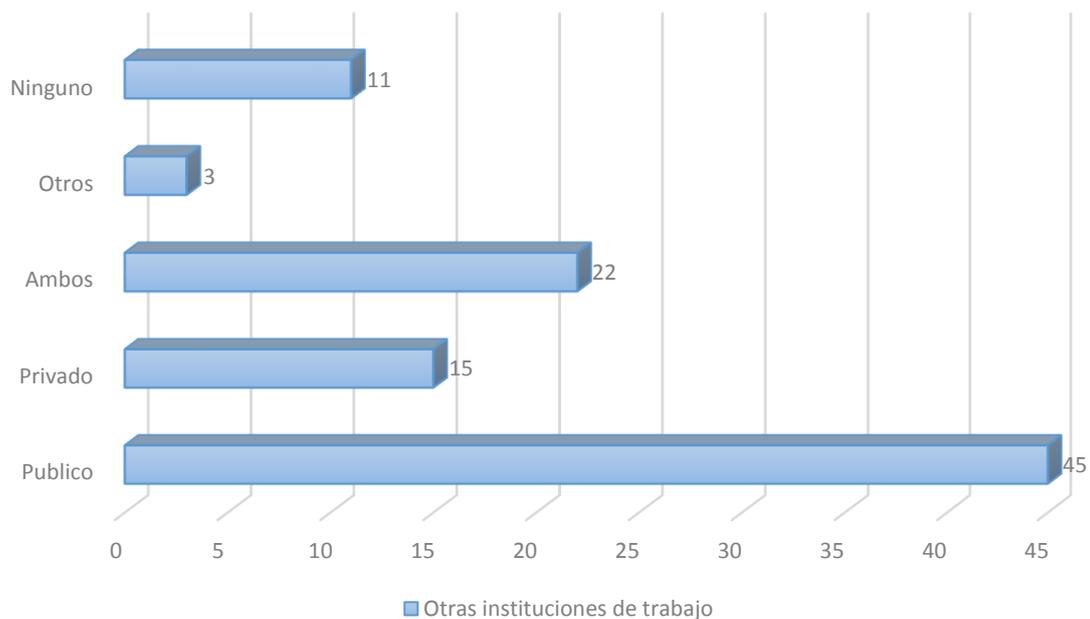


Gráfico 5. Distribución de otras instituciones de trabajo de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

También se exploró el número aproximado de prescripción de antibióticos por semana, por orden de veces se encontró 6 médicos (6.32%) prescriben menos de una vez por semana, 7 médicos (7.37%) prescriben al menos una vez por semana, 20 médicos (21.05%) al menos dos veces por semana, 12 médicos (12.63%) al menos tres veces por semana, 8 médicos (8.42%) al menos cuatro veces por semana, 19 médicos (20%) al menos cinco veces por semana y 23 médicos (24.21%) prescriben más de cinco veces por semana (Datos perdidos de: 1) (Gráfico 6).

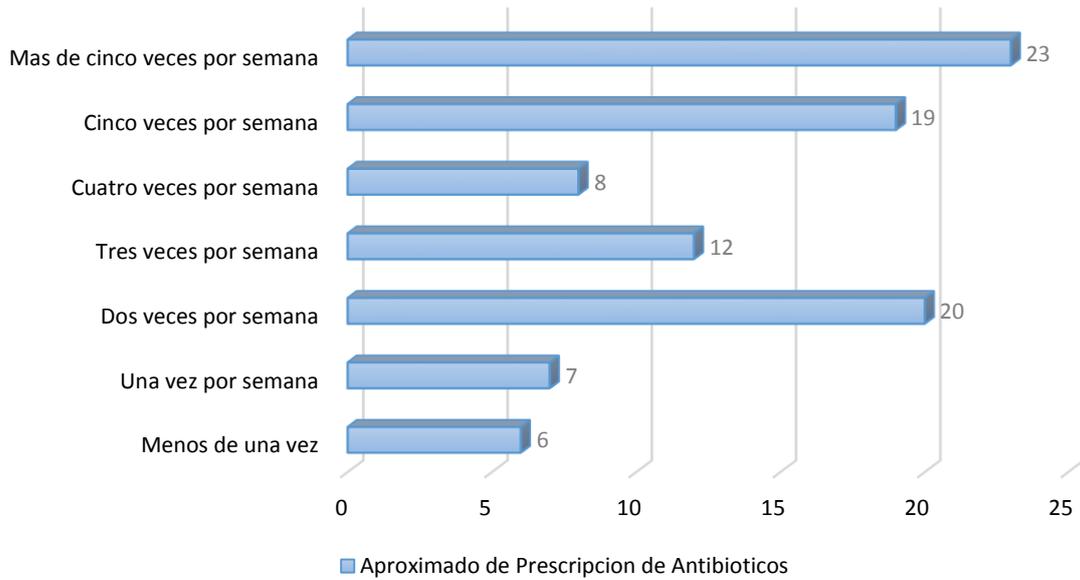


Gráfico 6. Distribución de frecuencia de prescripción de antibióticos de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Al explorar las dimensiones culturales de Hofstede se encontró un valor de 56.58 para Distancia al poder, 49.66 para Masculinidad, 39.09 para Aversión a la incertidumbre, 54.43 para Individualismo, 50.67 para Orientación a largo plazo y 72.59 para Indulgencia (Gráfico 7).

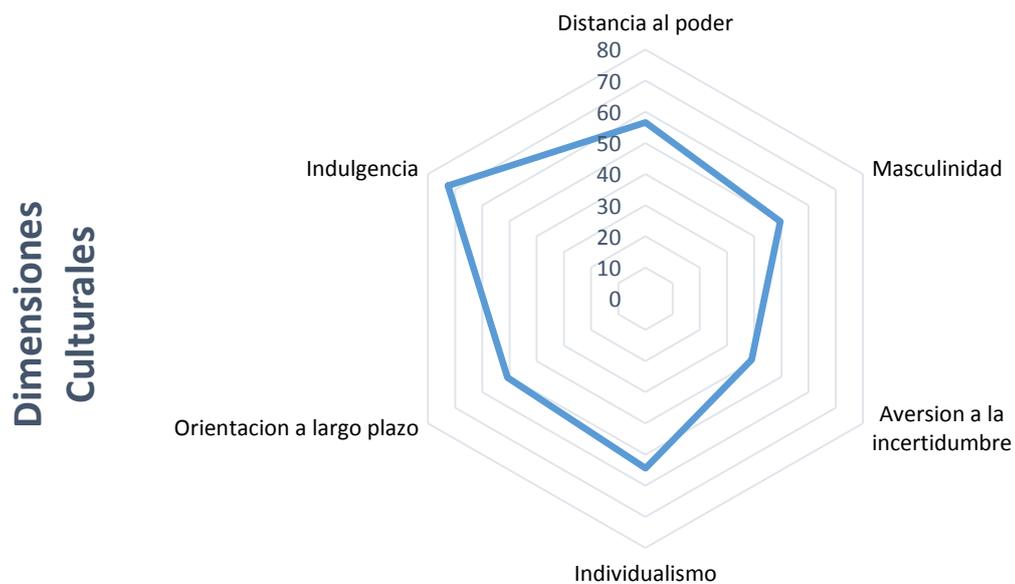


Grafico 7. Distribución del patrón cultural de la población

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Respecto a las practicas de prescripción de esquemas con antimicrobianos se encontró, 12 médicos (12.5%) tuvieron una practica media en prescripción de antibióticos y 84 médicos (87.5%) alcanzaron una practica alta, 0 médicos obtuvieron un puntaje bajo (Gráfico 8).

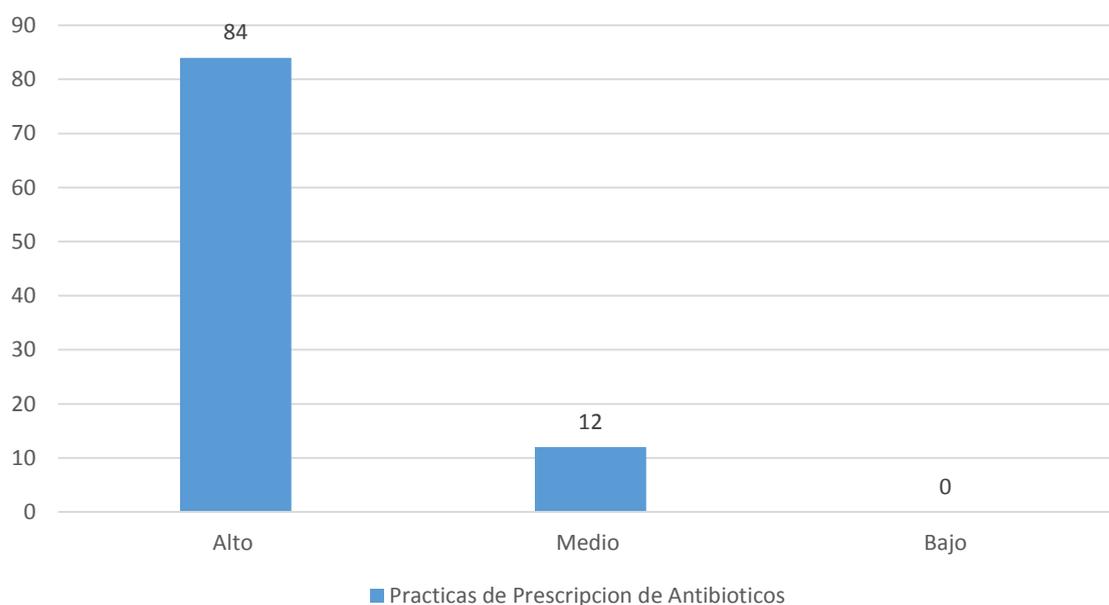


Gráfico 8. Distribución de prácticas de prescripción de antibióticos

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Los resultados descriptivos se resumen en la Tabla 3. Los resultados de las Dimensiones culturales de Hofstede del personal medico asistencial se presenta en la Tabla 4. Además en las tablas 5, 6, 7 y 8 se presentan los datos desglosados de las variables Religión, Área de trabajo, Otro trabajo y Tipo de especialidad respecto a las prácticas de prescripción de antibióticos.

Tabla 3. Características de los médicos asistentes de la Clínica Good Hope

	Práctica Media de Prescripción de Antibióticos	Práctica Alta de Prescripción de Antibióticos
	Frecuencias (RI) / (%)	
Edad	45.76 ± 12.33 (38-54)	
Sexo		
Masculino	8 (12.5%)	56 (87.5%)
Femenino	4 (12.5%)	28 (87.5%)
Religión		
Católica	10 (14.71%)	58 (85.29%)
Adventista	1 (4.55%)	21 (95.45%)
Evangélica	1 (50%)	1 (50%)
Otro	0	4 (100%)
Años de Médico	19.36 ± 10.74 (12-27)	
Años de Especialidad	14.24 ± 11.27 (5-24)	
Área de trabajo		
Hospitalización	8 (16.33%)	41 (83.67%)
Consultorio externo	7 (12.5%)	49 (87.5%)
Emergencia	8 (18.6%)	35 (81.4%)
Cuidados intensivos	1 (10%)	9 (90%)
Otro	2 (7.15%)	26 (92.85%)
Otro trabajo		
Publico	5 (11.11%)	40 (88.89%)
Privado	1 (6.67%)	14 (93.33%)
Publico y Privado	4 (18.18%)	18 (81.82%)
Ninguno	2 (18.18%)	9 (81.82%)

RI: Rango intercuartil. Fuente Datos obtenidos por autor

Tabla 4. Dimensiones culturales del personal medico asistencial de la Clínica Good Hope

	Valores (RI)
Dimensiones Culturales	
Distancia al poder	56.58 (50-63)
Masculinidad	49.66 (44-56)
Aversión a la incertidumbre	39.09 (32-47)
Individualismo	54.43 (50-56)
Orientación a largo plazo	50.67 (42-58)
Indulgencia	72.59 (63-81)

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Tabla 5. Características de la Religión respecto a las practicas de prescripción de antibióticos

		Práctica Media de Prescripción de Antibióticos	Práctica Alta de Prescripción de Antibióticos	TOTAL
Religión		Frecuencias		
Católica	Si	10	58	68
	No	2	26	28
Adventista	Si	1	21	22
	No	11	63	74
Evangélico	Si	1	1	2
	No	11	83	94
Otra religión	Si	0	4	4
	No	12	80	92

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Tabla 6. Características del Área de Trabajo respecto a las practicas de prescripción de antibióticos

		Práctica Media de Prescripción de Antibióticos	Práctica Alta de Prescripción de Antibióticos	TOTAL
Otro trabajo		Frecuencias		
Publico	Si	5	40	45
	No	7	44	51
Privado	Si	1	14	15
	No	11	70	81
Publico y privado	Si	4	18	22
	No	8	66	74
Otro	Si	0	3	22
	No	12	81	74
Ninguno	Si	2	9	11
	No	10	75	85

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Tabla 7. Características de Otro trabajo respecto a las practicas de prescripción de antibióticos

		Práctica Media de Prescripción de Antibióticos	Práctica Alta de Prescripción de Antibióticos	TOTAL
Área de trabajo		Frecuencias		
Hospitalización	Si	8	41	49
	No	4	43	47
Consultorio externo	Si	7	49	56
	No	5	35	40
Emergencia	Si	8	35	43
	No	4	49	53
Cuidados intensivos	Si	1	9	10
	No	11	75	86
Otro	Si	2	26	28
	No	10	58	68

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Tabla 8. Características de especialidad médica respecto a las practicas de prescripción de antibióticos

		Práctica Media de Prescripción de Antibióticos	Práctica Alta de Prescripción de Antibióticos	TOTAL
Tipo de especialidad	de	Frecuencias		
Clínico	Si	4	27	31
	No	8	57	65
Cirugía	Si	5	30	35
	No	7	54	61
Pediatría	Si	3	13	16
	No	9	71	80
Ginecología - Obstetricia	Si	0	14	14
	No	12	70	82

Fuente: Datos obtenidos por el autor

5.2. Resultados analíticos

Se calculo las medias de las dimensiones culturales según las prácticas de prescripción, y se aplico la prueba de diferencia de medias T de student, los resultados se presentan a continuación.

En el análisis respecto a las prácticas de prescripción de antibióticos y las dimensiones culturales se encontró que para la dimensión de Distancia al poder la prescripción media tuvo un promedio de 54.75 y la prescripción alta un valor de 56.86 (Valor $p = .245$), en la dimensión de Masculinidad la prescripción media tuvo un valor de 49.00 y la prescripción alta de 49.69 (Valor $p = .733$), en la dimensión de Aversión a la incertidumbre la prescripción media tubo un valor de 42.50 y la prescripción alta un valor de 38.61 (Valor $p = .028$), la dimensión de Individualismo la prescripción media tubo un valor de 52.00 y la prescripción alta un valor de 54.82 (Valor $p = .031$), la dimensión de Orientación a largo plazo la prescripción media tubo un valor de 52.00 y la prescripción alta un valor de 51.79

(Valor $p = .948$), y la dimensión de Indulgencia la prescripción media tubo un valor de 71.00 y la prescripción alta un valor de 72.64 (Valor $p = .679$).

Las dimensiones culturales Distancia al poder, Masculinidad, Orientación a largo plazo e Indulgencia no muestran relación estadísticamente significativa con las prácticas de prescripción de antibióticos.

Las dimensiones culturales Aversión a la incertidumbre e Individualismo son estadísticamente significativas en relación a las prácticas de prescripción de antibióticos. En la Tabla 9 se resumen los datos del análisis bivariado.

Tabla 9. Análisis de Dimensiones culturales y Prácticas de prescripción de antibióticos

Prueba de diferencia de medias T - student			
	Practica de prescripción de antibióticos	Media	Valor p
Distancia al poder	Medio	54.75	.245
	Alto	56.86	
Masculinidad	Medio	49.00	.733
	Alto	49.69	
Aversión a la incertidumbre	Medio	42.50	.028
	Alto	38.61	
Individualismo	Medio	52.00	.031
	Alto	54.82	
Orientación a largo plazo	Medio	52.00	.948
	Alto	51.79	
Indulgencia	Medio	71,00	.679
	Alto	72,64	

Fuente: Datos obtenidos por el autor

Además la variable Prácticas de prescripción de antibióticos se analizo con las variables sociodemográficas. Para las variables categóricas se uso la prueba de

Chi2 y para las variables cuantitativas la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados se presentan a continuación.

Las variables sexo, edad, religión, años de medico, años de especialista, especialidad, área de trabajo, otros trabajos, y frecuencia de prescripción de antibióticos y su relación con las practicas de prescripción de antibióticos se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Variables sociodemográficas y Practicas de prescripción de antibióticos

	Chi-2	Mann-Whitney	Valor p
VARIABLES			
Sexo	.000	-	1.000
Edad	-	293.500	.022
Religión	4.718	-	.194
Años de medico	-	301.500	.031
Años de especialista	-	266.500	.009
Especialidad	1.866	-	.601
Área de trabajo		-	.247
Hospitalización	1.340	-	
Consultorio externo	.000	-	1.000
Emergencia	.264	-	.103
Cuidados intensivos	0.64	-	.801
Otras áreas	.144	-	.704
Otros trabajos	1.949	-	.745
Frecuencia de prescripción de antibióticos	7.199	-	.303

Fuente: Datos obtenidos por el autor

De la Tabla 10 se encuentra que las variables edad, años de médico y años de especialista se encuentran relacionadas a las practicas de prescripción de antibióticos, con una significancia estadística de menor de 0.05.

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

6.1. Discusión

La práctica de prescripción de antibióticos entendiéndose como hábitos correctos al momento de recetarlos a pacientes fue explorada mediante la encuesta de Rivera que aborda los aspectos de definición del problema (diagnostico correcto), especificar el objetivo (tratamiento), diseñar el esquema terapéutico (de acuerdo a guías o protocolos establecidos), inicio del tratamiento (información consignada en la receta), brindar información (cumplimiento y efectos del antibiótico) y supervisión del tratamiento (seguimiento). Los resultados obtenidos muestran que sólo el 12.5% obtuvieron una práctica de prescripción media, mientras el 87.5% obtuvo una práctica de prescripción alta. Estos resultados pudieran explicarse a la capacidad resolutive, recursos disponibles, formación de los encuestados y tiempo que disponen para la atención.

En relación a los resultados de las prácticas de prescripción, en el estudio realizado por Rivera³⁵ encontró un nivel de prácticas de prescripción baja de 52.5%, media de 37.5% y alta de 10 %. Sin embargo estos resultados probablemente se dieron al incluir en la selección de la población a médicos, odontólogos y obstetricas.^{27,28} Los resultados tan favorables obtenidos pudieran contrastarse por la formación más profunda del médico en relación a los demás profesionales de la salud, los cuales se excluyeron. En el estudio realizado por Rodríguez³⁷ en un servicio de infectología también se encontraron resultados muy buenos respecto a la prescripción de antibióticos por médicos, donde el 99.2% la selección del fármaco fue la adecuada, un 72.7% con sustento clínico-laboratorial y 25% con sustento microbiológico.

Además en otro estudio realizado por Ignación³⁸ en más del 99% de recetas prescritas por médicos registran la denominación común internacional, dosis, frecuencia de administración e indicación, y solo un 67.8% contenía la duración del tratamiento, en general cumpliendo las normas legales relacionadas a la

prescripción. Siguiendo esta línea es de esperar los altos valores de buenas prácticas de prescripción de antibióticos encontrados.

El patrón cultural de los médicos encuestados presenta valores altos para Indulgencia, Distancia al poder e Individualismo; además presenta valores indiferentes para Orientación a largo plazo y Masculinidad; y valores bajos de Aversión a la incertidumbre.

En un estudio realizado por Borg¹⁹ señala que el utilizar estas herramientas, que aparentemente no guardan relación directa, para estudiar la cultura organizacional dentro de los hospitales aporta nuevos enfoques de estrategias para un éxito en los programas de prevención y control de infecciones.

Los valores altos en Indulgencia reflejan sociedades que sus miembros disfruten de la vida y sean felices, encuentran gratificación en las tareas de la vida diaria, además hace referencias a la medida en que las personas intentan controlar sus deseos e impulsos. La tendencia a un control relativamente débil sobre sus impulsos se refleja con los resultados encontrados; y su contraparte se orienta a la restricción de impulsos.³⁴ Esto refleja la satisfacción del personal encuestado con su trabajo y los grados de libertad que puede tener, en consecuencia se podría esperar como retribución un trabajo de calidad.

La Distancia al poder representa la medida en que los miembros menos poderosos de las organizaciones esperan y aceptan que el poder se distribuya de manera desigual. Además representa al hecho de cuan separados están los distintos roles de una sociedad, originando dificultades para conformar equipos, con sistemas de control poco aceptados y dificultad para empoderar subordinados.³⁴ Esta dimensión es de esperar dentro de la cultura latinoamericana¹³ donde aun las organizaciones mantienen un eje vertical en lugar de horizontal.

El Individualismo es el grado de interdependencia que una sociedad mantiene entre sus miembros, en las sociedades individualistas se supone que las

personas cuidan de si mismas y de su familia directa; su contraparte las organizaciones colectivistas las personas se agrupan a cambio de lealtad. En una revisión realizada por Borg¹³ el 2014 se señala que de manera optima para las herramientas de prevención y control de infecciones se encuentran valores altos de Individualismo y Masculinidad. En contraste, Farzianpour²² encuentra una correlación con el agotamiento laboral y Reginald²³ no encontró relación significativa entre Individualismo y el uso de antibióticos.

Por otro lado la Aversión a la incertidumbre se refiere a la forma en que se puede tolerar una situación con futuro incierto, ambiguo, que ocasiona ansiedad. Valores bajos en esta dimensión hace referencia a una sociedad que “hace las cosas conforme avanza” y no teme presentarse a una situación que probablemente no puede predecir o esperar un desenlace. Esto se puede relacionar a la alta frecuencia de buenas prácticas de prescripción de antibióticos, comparándose con un estudio realizado por Borg⁵ donde encontró que la Aversión a la incertidumbre tuvo una correlación relativamente fuerte ($r=0.5$, IC del 95%: 0.16-0.74; $p=0,007$) a la profilaxis quirúrgica perioperatoria por más de 24 horas.

En otro estudio realizado por Borg¹³, destaca que la Aversión a la incertidumbre es la dimensión con más impacto demostrado en el comportamiento de prevención de infecciones y uso de antibióticos. En países con puntajes altos se prevé que prescriban antibióticos aún en situaciones clínicas dudosas. Sin embargo, este resultado no es desfavorable, pues como se indica en un estudio realizado por Simpkin¹⁷, el valor del médico radica en saber manejar esta escala a grises que se presenta y donde irónicamente “la medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad”. A partir de los resultados presentados es de esperar que el presentar un bajo valor en la dimensión de Aversión a la incertidumbre, muestren seguridad al momento de prescribir antibióticos y al hacerlo se realice de manera adecuada.

Por otro lado se señala que las dimensiones de Distancia al poder, Aversión a la incertidumbre y Masculinidad tienen una relación significativa con la prevención

y control de infecciones y la administración de antibióticos¹³. Así como también se encontró en otro estudio las dimensiones de Aversión a la incertidumbre, Masculinidad y Orientación a corto plazo una asociación significativa en los modelos de regresión múltiple con proporciones de *Sthaphylococcus aureus* resistente a la meticilina ($R(2)$ ajustado = 0,475; $p < 0.001$).²⁰ Al comparar con nuestros resultados bajos en Aversión a la incertidumbre y equitativo para Masculinidad, se espera que los médicos realicen buenas practicas de prescripción.

En el estudio realizado por Deschepper²³, señala que hay que tener en cuenta como se maneja la autoridad para explicar diferencias entre países en cuanto al control de antibióticos. Esto corresponde al estudio realizado por Livorsi²⁴, donde los médicos reconocieron que se usan antibióticos en exceso y muchas veces en situaciones clínicas con sospecha incierta de infección, incluso sin tener en cuenta el efecto adverso de los medicamentos usados. Además, resaltan que los médicos en formación se encuentran fuertemente influenciados por el comportamiento de sus supervisores, donde a pesar de muchas veces cuestionar las decisiones de prescripción, con poca frecuencia pronuncian comentarios o críticas. En estas sociedades predomina aparentemente la Distancia al poder y Aversión a la incertidumbre.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Las variables edad, años de médico y años de especialista mostraron relación estadísticamente significativa con las practicas de prescripción de antibióticos.
- Las dimensiones culturales con mayor puntaje fueron Indulgencia, Distancia al poder e Individualismo.
- Las dimensiones culturales que mostraron una distribución equitativa fueron Masculinidad y Orientación a largo plazo.
- La dimensión cultural con menor puntaje fue Aversión a la incertidumbre.
- No hay relación estadísticamente significativa entre las dimensiones culturales Distancia al poder, Masculinidad, Orientación a largo plazo e Indulgencia y las prácticas de la prescripción de antibióticos.
- Hay relación estadísticamente significativa entre las dimensiones culturales Aversión a la incertidumbre e Individualismo y las prácticas de la prescripción de antibióticos.

6.2. Recomendaciones

- Teniendo en cuenta el patrón cultural se recomienda implementar a las estrategias vigentes nuevos enfoques para la prevención y control de infecciones y uso de antibióticos.
- Se recomienda estrategias de actualización y uso de antibióticos al personal calificado para guardar la seguridad futura y eficacia de los antibióticos.
- De acuerdo a los intereses de una organización, el trabajo en equipo debería considerarse como esencial, la dimensión de Individualismo debe considerarse dentro de las estrategias futuras para mantener una cultura organizacional optima entre sus miembros.
- La educación para la prevención de resistencia y uso optimo de antibióticos debe enfocarse como objetivo a largo plazo.
- Al mantener una satisfacción del personal alta, se esperaría una retribución de la misma forma en el trabajo. Se recomienda continuar con las estrategias actuales a la expectativa de nuevos resultados.
- Se recomienda ampliar el estudio teniendo en cuenta los resultados presentados con el fin de preservar la seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides-Plascencia L, Leonardo Aldama-Ojeda A, Javier Vázquez H. Vigilancia de los niveles de uso de antibióticos y perfiles de resistencia bacteriana en hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. junio de 2005;47(3):219-26.
2. Medina-Morales DA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. Resistencia a antibióticos, una crisis global. *Revista Médica de Risaralda*. enero de 2015;21(1):74-74.
3. Ecker L, Ruiz J, Vargas M, Valle D, J L, Ochoa TJ. Prevalencia de compra sin receta y recomendación de antibióticos para niños menores de 5 años en farmacias privadas de zonas periurbanas en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. abril de 2016;33(2):215-23.
4. Castro JD, Siccha SM, Egoavil M, Chaparro E, Hernandez R, Silva W, et al. Resistencia antibiótica y distribución de serotipos en cepas neumocócicas invasivas en adultos hospitalizados en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. octubre de 2017;34(4):633-41.
5. Borg MA. Prolonged perioperative surgical prophylaxis within European hospitals: an exercise in uncertainty avoidance? *J Antimicrob Chemother*. abril de 2014;69(4):1142-4.
6. Thomas Glück MD. Uncertainty Avoidance and the Psychology of Antibiotic Overuse. *NEJM Journal Watch* [Internet]. 2 de enero de 2014 [citado 21 de julio de 2018];2014. Disponible en: <https://www.jwatch.org/NA33230/2014/01/02/uncertainty-avoidance-and-psychology-antibiotic-overuse>
7. De Bono S, Heling G, Borg MA. Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *J Hosp Infect*. enero de 2014;86(1):1-6.
8. Cortes JA, Montenegro-Morillo L. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de antibióticos en médicos colombianos. *Infectio*. 2 de febrero de 2018;22(2):94-8.
9. Rodríguez-Baño J, Paño-Pardo JR, Alvarez-Rocha L, Asensio Á, Calbo E, Cercenado E, et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH

- y SEMPSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 21 de julio de 2018;22.e1-22.e23.
10. Ugalde-Espiñeira J, Bilbao-Aguirregomezcorra J, Zuriñe Sanjuan-López A, Floristán-Imízcoz C, Elorduy-Otazua L, Viciola-García M. Programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA). Experiencia en un hospital secundario. *Revista Española de Quimioterapia*. 2016;29(4):183-9.
 11. Alós J-I. Resistencia bacteriana a los antibióticos: una crisis global. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 21 de julio de 2018;692-9.
 12. Hellen Gelband MM-P. Socieconomics, antimicrobial use and antimicrobial resistance [Internet]. AMR CONTROL. 2017. Disponible en: <http://resistancecontrol.info/2017/socioeconomics-antimicrobial-use-and-antimicrobial-resistance/>
 13. Borg MA. Cultural determinants of infection control behaviour: understanding drivers and implementing effective change. *Journal of Hospital Infection*. 1 de marzo de 2014;86(3):161-8.
 14. Gómez J, García-Vázquez E, Bonillo C, Hernández A, Bermejo M, Canteras M. Autovaloración sobre prescripción de antibióticos en un hospital universitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 21 de julio de 2018;507-10.
 15. Zubieta O'Farrill G, Alvarado G, Adrián C, Sotres C, Javier E, Vilchis P, et al. Uso de antibióticos preoperatorios y postoperatorios en el departamento de cirugía general de un hospital privado y comparación con las guías actuales de manejo antimicrobiano. *Acta médica Grupo Angeles*. 2016;14(1):12-8.
 16. Franco BE, Altagracia Martínez M, Sánchez Rodríguez MA, Wertheimer AI. The determinants of the antibiotic resistance process. *Infect Drug Resist*. 17 de abril de 2009;2:1-11.
 17. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? *New England Journal of Medicine*. 3 de noviembre de 2016;375(18):1713-5.
 18. Frellick M. Antibiotic Resistance Powered by Cultural Norms [Internet]. Medscape; 2015 [citado 28 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/843859>
 19. Borg MA, Waisfisz B, Frank U. Quantitative assessment of organizational culture within hospitals and its relevance to infection prevention and control strategies. *J Hosp Infect*. mayo de 2015;90(1):75-7.

20. Borg MA, Camilleri L, Waisfisz B. Understanding the epidemiology of MRSA in Europe: do we need to think outside the box? *J Hosp Infect.* agosto de 2012;81(4):251-6.
21. Borg MA. National cultural dimensions as drivers of inappropriate ambulatory care consumption of antibiotics in Europe and their relevance to awareness campaigns. *J Antimicrob Chemother.* marzo de 2012;67(3):763-7.
22. Farzianpour F, Abbasi M, Foruoshani AR, Pooyan EJ. The relationship between Hofstede organizational culture and employees job burnout in hospitals of Tehran University of Medical Sciences 2014-2015. *Mater Sociomed.* febrero de 2016;28(1):26-31.
23. Deschepper R, Grigoryan L, Lundborg CS, Hofstede G, Cohen J, Kelen GVD, et al. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? *BMC Health Serv Res.* 6 de junio de 2008;8:123.
24. Livorsi D, Comer A, Matthias M, Perencevich EN, Bair M. Factors influencing antibiotic-prescribing decisions among inpatient physicians: A qualitative investigation. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2015;36(9):1065-72.
25. Serna MC, Real J, Ribes E, Marsal JR, Godoy P, Galván L. Determinantes de la prescripción de antibióticos en atención primaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1 de marzo de 2011;29(3):193-200.
26. Bravo López EJ, Bravo López DF. Factores que determinan el uso de antibióticos en la consulta externa del Hospital «José Carrasco Artega». Cuenca, 2013. 2013 [citado 6 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5002>
27. Rodríguez YM. Nivel de conocimiento sobre el uso racional de antibióticos en cirujanos dentistas del distrito de Florencia de Mora, Trujillo- 2016 [Internet]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote; 2018 [citado 5 de febrero de 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4205/NIVEL_DE_CONOCIMIENTO_CIRUJANO_DENTISTAS_ANTIBIOTICOS_RODRIGUEZ%20CIUDAD_YOSSELYN_MELISSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Contreras M. Prescripción antibiótica indicada por los cirujanos dentistas

de la ciudad de Puno Agosto-Setiembre del 2015. [Puno]: Univerisdad del Altiplano Puno; 2019.

29. Minkov GH, Gert Jan Hofste. Culture and Organizations: software of the mind. 3rd edition. NY, United States: McGraw-Hill Education; 2010. 576 p.

30. Dias F. Hofstede y las dimensiones culturales en España y Alemania [Internet]. [España]: Universidad de Valladolid; 2017 [citado 17 de enero de 2019]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/28051/1/TFG_F_2017_174.pdf

31. Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural: UNESCO [Internet]. [citado 17 de enero de 2019]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

32. Diaz JI. Usabilidad e Interculturalidad [Internet] [Grado de Magister]. [Lima]: Pontifica Universidad Católica del Perú; 2012 [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5271>

33. Dapás JI, Quirós RE. Antimicrobial Stewardship in Low- and Middle-Income Countries. Curr Treat Options Infect Dis. 1 de marzo de 2018;10(1):17-27.

34. National Culture [Internet]. Hofstede Insights. 2018 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.hofstede-insights.com/models/national-culture/>

35. Rivera R. Factores que influyen en la prescripción de antibióticos en la clínica Luis Tezz-Santiago de Surco, 2017 [Internet] [Maestría en Gestión de los Servicio de la Salud]. [Perú]: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/16109>

36. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educación Médica [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>

37. Rodríguez G, Romero B, Samalvides F. Características de la prescripción de antimicrobianos en pacientes hospitalizados en el Departamento de enfermedades infecciosas en un hospital de Lima, Perú. *Revista Medica Herediana*. julio de 2014;25(3):117-21.

38. Ignación V, Palomino L. Estudio sobre las características de prescripción de antimicrobianos en el puesto de salud Ayacucho durante el periodo Octubre - Noviembre 2014. Repositorio institucional - WIENER [Internet]. 2015 [citado 6 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/289>

ANEXOS:

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS
¿Cuáles son los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope en los meses Enero-Febrero del 2019?	Determinar los modelos culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope durante los meses Enero-Febrero del 2019.	H1: Existe relación entre las características sociodemográficas del personal médico asistencial y las prácticas de prescripción de esquemas con antimicrobianos.	Variable dependiente: - Prescripción de antibióticos Variable independiente: - Edad, Sexo, Especialidad - Distancia de poder (PDI) - Individualismo (IDV) - Masculinidad (MAS) - Aversión a la incertidumbre (UAI) - Orientación a largo plazo (LTO) - Indulgencia (IVR) - Religión - Anos de medico - Anos de especialista - Área de trabajo - Trabajo en otras instituciones - Frecuencia de prescripción de antimicrobianos	1. Tipo: Investigación cuantitativa 2. Diseño: Observacional, Analítico, de corte transversal	La población de estudio estará representada por el personal médico asistente de las áreas de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Good Hope durante los meses Enero-Febrero del 2019. El estudio realizará un muestreo por conveniencia, por lo tanto se tomará a todo el personal asistencial disponible que labore durante los meses Enero-Febrero del 2019.	Técnicas: Entrevista Instrumentos: Cuestionario autodesarrollado. Los instrumentos a utilizar serán la Encuesta Hofstede, Encuesta de Rivera
	OBJETIVOS ESPECIFICOS		H2: Existe relación entre las dimensiones culturales de Hofstede del personal médico asistencial y la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos			PLAN DE RECOLECCION DE DATOS
	- Determinar las características sociodemográficas del personal médico asistencial en relación a la prescripción de antimicrobianos - Describir la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos - Determinar las dimensiones culturales de Hofstede (Distancia al poder, Masculinidad, Aversión a la incertidumbre, Individualismo; Orientación a largo plazo e Indulgencia) relacionadas a la práctica prescripción de antimicrobianos	Se solicitará el permiso correspondiente al Director(a) y el Departamento de Docencia de la Clínica Good Hope para la aplicación de encuestas a los médicos. Se usará el cuestionario de Hofstede para la medición de los valores culturales y la encuesta de Rivera para la prescripción de antibióticos. Se realizan las encuestas en un número de 5-10 por día según la disponibilidad de los médicos.				

Anexo 2: Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Medición	Naturaleza	Indicador	Definición operacional	Definición conceptual
Edad	Independiente	De Razón	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos	Número de años vividos hasta el momento	Tiempo que ha vivido una persona
Sexo	Independiente	Nominal	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	0: Masculino 1: Femenino	Condición orgánica de masculino o femenino
Especialidad	Independiente	Nominal	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	Especialidad referida por el personal médico asistencial	Rama de la ciencia de la medicina con estudios superiores
Religión	Independiente	Nominal	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	Orientación religiosa referida por el personal médico asistencial	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimiento de veneración y temor hacia ella.
Años de médico	Independiente	De Razón	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos	Número en años referidos desde la graduación de la Escuela de Medicina Humana (titulación de Médico Cirujano)	Años transcurridos desde la graduación de la Escuela académico profesional de Medicina Humana
Años de especialista	Independiente	De Razón	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos	Número en años referidos desde la graduación de la Escuela Post Grado de la especialidad que labora al momento de llenar la encuesta	Años transcurridos desde la graduación de la Escuela de Post Grado de la correspondiente especialidad que labora
Área de trabajo	Independiente	Nominal	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	Área donde se desempeña en su centro de trabajo	Área donde se desempeña en su centro de trabajo

Trabajo en otras instituciones	Independiente	Nominal	Cualitativa	Ficha de recolección de datos	Otras instituciones donde realiza similar trabajo al de asistencia médica	Otras instituciones donde realiza similar trabajo al de asistencia médica
Frecuencia de prescripción de antibióticos	Independiente	De Razón	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos	Número de veces aproximado a la semana que prescribe antibióticos referido por el personal medico asistencial	Número de veces que prescribe antibióticos a la semana
Distancia de poder (PDI)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Se relaciona con la medida en que los miembros menos poderosos de las organizaciones e instituciones aceptan y esperan que el poder se distribuya de manera desigual.
Individualismo (IDV)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Es el grado en que los individuos se integran en grupos reducidos o grupos dispersos
Masculinidad (MAS)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Se refiere a la distribución de roles entre los géneros.
Aversión a la incertidumbre (UAI)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Indica hasta qué punto una sociedad tolera la incertidumbre y la ambigüedad, y muestra cuán cómodos se sienten sus miembros en situaciones no estructuradas.
Orientación a largo plazo (LTO)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Refleja las actitudes pragmáticas a largo plazo frente a las actitudes normativas a corto plazo.
Indulgencia (IVR)	Independiente	Intervalo	Cuantitativa	Encuesta Hofstede	Valor 0-100 según la encuesta de Hofstede	Refleja las sociedades que permiten a las personas disfrutar de la vida y divertirse frente a las sociedades donde se enfatiza la moderación.
Prescripción de antibióticos	Dependiente	Ordinal	Cualitativa	Cuestionario de prescripción de Rivera (R)	1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Situación clínica frente a la que se instala un tratamiento con antimicrobianos

Anexo 3: Ficha de datos sociodemográficos

En esta sección hay preguntas para obtener algo de información sobre usted (para propósitos estadísticos)

1. ¿Usted es:

- Hombre
- Mujer

2. ¿Qué edad en años tiene? _____

3. ¿Cuál es su religión?

- Católica
- Adventista
- Evangélico
- Testigo de Jehová
- Otra (especifique): _____

4. ¿Cuál es su especialidad médica? _____

5. ¿Hace cuantos años aprox. Se recibió de la Escuela de Medicina?

6. ¿Hace cuantos años aprox. Se recibió de la Escuela de Post Grado (especialidad)?

7. ¿Dónde desempeña sus actividades diarias? (Puede marcar 2 alternativas o más)

- Hospitalización
- Consultorio externo
- Emergencia
- Cuidados intensivos
- Otros (especifique): _____

8. Indique si labora en otras instituciones

- Público – MINSA, ESSALUD
- Privado – Otros centros privados
- Otro (especifique): _____

9. ¿Cuántas veces a la semana prescribe antibióticos como aproximado?

- Menos de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- Tres veces a la semana
- Cuatro veces a la semana
- Cinco veces a la semana
- Mas de cinco veces a la semana (indique un aproximado): _____

Anexo 4: Encuesta de Hofstede

ENCUESTA SOBRE DIMENSIONES CULTURALES

Esta encuesta de aplicación mundial ha sido elaborada para poder medir distintos aspectos del comportamiento y valores de los habitantes de los distintos países en todo el mundo. Su aplicación permite caracterizar patrones específicos que ayudan a desarrollar estrategias de educación particulares. DESDE YA AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN.

Por favor, piense en un trabajo ideal, sin tener en cuenta su trabajo actual. En este trabajo ideal, cuan importante sería para Usted (por favor, marque con una aspa o cruz una única opción para cada pregunta según la escala consignada):

Ítem	De suma importancia	Muy importante	Moderadamente importante	Poco importante	De muy poca o sin importancia
1. Tener tiempo suficiente para su vida personal o familiar					
2. Tener un jefe (superior directo) a quien pueda respetar					
3. Ser reconocido por buen desempeño					
4. Tener estabilidad laboral					
5. Trabajar con gente agradable					
6. Realizar trabajos que sean interesantes					
7. Ser consultado por su jefe en decisiones que involucren su trabajo					
8. Vivir en una zona deseable					
9. Tener un trabajo respetado por su familia y amigos					
10. Tener chances de promoción laboral					

En su vida privada, que tan importante es para Usted cada uno de los siguientes puntos (por favor, marque con una aspa o cruz una única opción para cada pregunta según la escala consignada):

Ítem	De suma importancia	Muy importante	Moderadamente importante	Poco importante	De muy poca o sin importancia
11. Esparcimiento: Tener tiempo libre para el esparcimiento					
12. Moderación: Tener pocas aspiraciones					
13. Generosidad: Ser generoso con otras personas					
14. Modestia: Cultivar el bajo perfil					

15. Si hay algo costoso que Usted realmente quiere comprar pero no tiene suficiente dinero, ¿qué hace?

- Siempre ahorro dinero antes de comprar
- Casi siempre ahorro antes
- A veces ahorro, a veces pido un préstamo para comprar
- Casi siempre pido un préstamo y lo pago después
- Siempre compro ahora, y pago después

16. ¿Qué tan seguido se siente nervioso o tenso?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

17. ¿Es usted una persona feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

18. ¿Es usted la misma persona en el trabajo que en la casa?

- Completamente la misma
- Generalmente la misma
- No lo sabe
- Generalmente diferente

- Completamente diferente

19. ¿Otras personas o circunstancias le impiden hacer lo que realmente desea?

- Sí, siempre
- Si, generalmente
- A veces
- No, casi nunca
- No, nunca

20. En forma general, ¿cómo podría describir su estado de salud estos días?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

21. ¿Qué tan importante es la religión en su vida?

- De suma importancia
- Muy importante
- De moderada importancia
- De poca importancia
- No tiene importancia

22. ¿Qué tan orgulloso es usted de ser ciudadano de su país?

- No estoy orgulloso para nada
- No muy orgulloso
- Algo orgulloso
- Bastante orgulloso
- Muy orgulloso

23. Según su experiencia, ¿qué tan seguido temen los subordinados contradecir a sus jefes?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Generalmente
- Siempre

¿Qué tan de acuerdo está con cada uno de los siguientes argumentos? (por favor, marque con una aspa o cruz una única opción para cada pregunta según la escala consignada):

Ítem	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
24. Uno puede ser un buen líder o jefe sin tener una respuesta precisa para cada pregunta que un subordinado puede plantear sobre su trabajo					
25. Esfuerzos persistentes son el camino seguro hacia los resultados					
26. Una estructura de organización en la que ciertos subordinados tienen dos jefes debería evitarse a toda costa					
27. Las reglas de una organización o compañía no deberían romperse, ni aun cuando el empleado piense que rompiendo una regla sea lo mejor para los intereses de la compañía					
28. Nosotros debemos honrar a nuestros héroes del pasado					

¡Muchas gracias por su cooperación!

Anexo 5: Encuesta de Rivera

La siguiente encuesta fue desarrollada con el fin de caracterizar los factores que influyen en la prescripción de antibióticos. Según su práctica clínica diaria, marque una casilla para cada ítem. Desde ya agradecemos su colaboración

N°	ITEMS	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	A VECES (3)	CASI SIEMPRE (4)	SIEMPRE (5)
1	Antes de diagnosticar al paciente se realiza una revisión de la historia clínica, un examen físico completo y exámenes auxiliares.					
2	Al paciente es necesario hacerle conocer el objetivo Terapéutico y que sea participe de la decisión.					
3	El esquema de tratamiento que elige es de acuerdo a las guías y protocolos de atención ya establecidos.					
4	El paciente aparte de recibir el tratamiento farmacológico puede requerir también tratamiento no farmacológico					
5	La receta prescrita al paciente es legible, clara y contiene todos los datos del paciente					
6	Las indicaciones dadas al paciente son consignadas, así como detalladas en forma clara y precisa las de medidas farmacológicas y no farmacológicas					
7	El prescriptor brinda información de cuando y como tomar el medicamento, como almacenar en casa y cuánto tiempo debe tomar el medicamento					
8	Se le informa sobre los efectos del medicamento					
9	Se le explicara la importancia de tomar el medicamento y que podría suceder si no lo toma					
10	El médico señala la necesidad de continuar el tratamiento(antibiótico) o de no interrumpirlo bruscamente					
11	Se monitoriza la farmacoterapia mediante controles periódicos establecidos de acuerdo a la enfermedad y a las condiciones particulares del paciente					
12	Se le instruye al paciente sobre que hacer frente a posibles resultados de la terapia (tratamiento no efectivo, aparición de efectos no deseados					

Anexo 6: Validez por expertos

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide: DIMENSIONES CULTURALES DE HOFSTEDE

Nº	Dimensiones/Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión: Distancia al poder (PDI)							
1	Tener tiempo suficiente para su vida personal o familiar	✓		✓		✓		
2	Tener un jefe (superior directo) a quien pueda respetar	✓		✓		✓		
3	Ser reconocido por buen desempeño	✓		✓		✓		
4	Tener estabilidad laboral	✓		✓		✓		
5	Trabajar con gente agradable	✓		✓		✓		
6	Realizar trabajos que sean interesantes	✓		✓		✓		
7	Ser consultado por su jefe en decisiones que involucren su trabajo	✓		✓		✓		
8	Vivir en una zona deseable	✓		✓		✓		
9	Tener un trabajo respetado por su familia y amigos	✓		✓		✓		
10	Tener chances de promoción laboral	✓		✓		✓		
11	Esparcimiento: Tener tiempo libre para el esparcimiento	✓		✓		✓		
12	Moderación: Tener pocas aspiraciones	✓		✓		✓		
13	Generosidad: Ser generoso con otras personas	✓		✓		✓		
14	Modestia: Cultivar el bajo perfil	✓		✓		✓		
15	Si hay algo costoso que Usted realmente quiere comprar pero no tiene suficiente dinero, ¿qué hace?	✓		✓		✓		
16	¿Qué tan seguido se siente nervioso o tenso?	✓		✓		✓		
17	¿Es usted una persona feliz?	✓		✓		✓		
18	¿Es usted la misma persona en el trabajo que en la casa?	✓		✓		✓		
19	¿Otras personas o circunstancias le impiden hacer lo que realmente desea?	✓		✓		✓		
20	¿cómo podría describir su estado de salud estos días?	✓		✓		✓		
21	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	✓		✓		✓		
22	¿Qué tan orgulloso es usted de ser ciudadano de su país?	✓		✓		✓		

23	¿qué tan seguido temen los subordinados contradecir a sus jefes?	✓		/		✓	
24	Uno puede ser un buen líder o jefe sin tener una respuesta precisa para cada pregunta que un subordinado puede plantear sobre su trabajo	✓		✓		✓	
25	Esfuerzos persistentes son el camino seguro hacia los resultados	✓					
26	Una estructura de organización en la que ciertos subordinados tienen dos jefes debería evitarse a toda costa	✓		✓		✓	
27	Las reglas de una organización o compañía no deberían romperse, ni aun cuando el empleado piense que rompiendo una regla sea lo mejor para los intereses de la compañía	✓		✓		✓	
28	Nosotros debemos honrar a nuestros héroes del pasado	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (✓) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. DR. JUAN VELAZQUEZ MARCA

Especialidad del validador: INFECTOLOGÍA

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice de suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Fecha: 10 / 12 / 18



Firma del experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide: DIMENSIONES CULTURALES DE HOFSTEDE

N°	Dimensiones/Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión: Distancia al poder (PDI)							
1	Tener tiempo suficiente para su vida personal o familiar	x		x		x		
2	Tener un jefe (superior directo) a quien pueda respetar	x		x		x		
3	Ser reconocido por buen desempeño	x		x		x		
4	Tener estabilidad laboral	x		x		x		
5	Trabajar con gente agradable	x		x		x		
6	Realizar trabajos que sean interesantes	x		x		x		
7	Ser consultado por su jefe en decisiones que involucren su trabajo	x		x		x		
8	Vivir en una zona deseable	x		x		x		Deseable es una palabra muy amplia, no sé si hay la posibilidad de aclarar.
9	Tener un trabajo respetado por su familia y amigos	x		x		x		
10	Tener chances de promoción laboral	x		x		x		
11	Esparcimiento: Tener tiempo libre para el esparcimiento	x		x		x		
12	Moderación: Tener pocas aspiraciones	x		x		x		
13	Generosidad: Ser generoso con otras personas	x		x		x		
14	Modestia: Cultivar el bajo perfil	x		x		x		
15	Si hay algo costoso que Usted realmente quiere comprar pero no tiene suficiente dinero, ¿qué hace?	x		x		x		
16	¿Qué tan seguido se siente nervioso o tenso?	x		x		x		
17	¿Es usted una persona feliz?	x		x		x		
18	¿Es usted la misma persona en el trabajo que en la casa?	x		x		x		
19	¿Otras personas o circunstancias le impiden hacer lo que realmente desea?	x		x		x		
20	¿cómo podría describir su estado de salud estos días?	x		x		x		
21	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	x		x		x		

22	¿Qué tan orgulloso es usted de ser ciudadano de su país?	x		x		x	
23	¿qué tan seguido temen los subordinados contradecir a sus jefes?	x		x		x	
24	Uno puede ser un buen líder o jefe sin tener una respuesta precisa para cada pregunta que un subordinado puede plantear sobre su trabajo	x		x		x	
25	Esfuerzos persistentes son el camino seguro hacia los resultados	x		x		x	
26	Una estructura de organización en la que ciertos subordinados tienen dos jefes debería evitarse a toda costa	x		x		x	
27	Las reglas de una organización o compañía no deberían romperse, ni aun cuando el empleado piense que rompiendo una regla sea lo mejor para los intereses de la compañía	x		x		x	
28	Nosotros debemos honrar a nuestros héroes del pasado	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Solo una palabra que no sé si cause confusión.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Christian R. Mejia

Especialidad del validador: Médico investigador, con maestría y doctorado en investigación/epidemiología.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice de suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Fecha: 30 / 10 / 2018



Firma del experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide: DIMENSIONES CULTURALES DE HOFSTEDE

N°	Dimensiones/Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión: Distancia al poder (PDI)							
1	Tener tiempo suficiente para su vida personal o familiar	X		X		X		
2	Tener un jefe (superior directo) a quien pueda respetar	X		X		X		
3	Ser reconocido por buen desempeño	X		X		X		
4	Tener estabilidad laboral	X		X		X		
5	Trabajar con gente agradable	X		X		X		
6	Realizar trabajos que sean interesantes	X		X		X		
7	Ser consultado por su jefe en decisiones que involucren su trabajo	X		X		X		
8	Vivir en una zona deseable	X		X		X		
9	Tener un trabajo respetado por su familia y amigos	X		X		X		
10	Tener chances de promoción laboral	X		X		X		
11	Esparcimiento: Tener tiempo libre para el esparcimiento	X		X		X		
12	Moderación: Tener pocas aspiraciones	X		X		X		
13	Generosidad: Ser generoso con otras personas	X		X		X		
14	Modestia: Cultivar el bajo perfil	X		X		X		
15	Si hay algo costoso que Usted realmente quiere comprar pero no tiene suficiente dinero, ¿qué hace?	X		X		X		
16	¿Qué tan seguido se siente nervioso o tenso?	X		X		X		
17	¿Es usted una persona feliz?	X		X		X		
18	¿Es usted la misma persona en el trabajo que en la casa?	X		X		X		
19	¿Otras personas o circunstancias le impiden hacer lo que realmente desea?	X		X		X		
20	¿cómo podría describir su estado de salud estos días?	X		X		X		
21	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	X		X		X		
22	¿Qué tan orgulloso es usted de ser ciudadano de su país?	X		X		X		

23	¿qué tan seguido temen los subordinados contradecir a sus jefes?	X		X		X	
24	Uno puede ser un buen líder o jefe sin tener una respuesta precisa para cada pregunta que un subordinado puede plantear sobre su trabajo	X		X		X	
25	Esfuerzos persistentes son el camino seguro hacia los resultados	X		X		X	
26	Una estructura de organización en la que ciertos subordinados tienen dos jefes debería evitarse a toda costa	X		X		X	
27	Las reglas de una organización o compañía no deberían romperse, ni aun cuando el empleado piense que rompiendo una regla sea lo mejor para los intereses de la compañía	X		X		X	
28	Nosotros debemos honrar a nuestros héroes del pasado	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____SUFICIENTE_____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.: Dr. José Antonio Grandez Urbina

Especialidad del validador: ___Urología_____

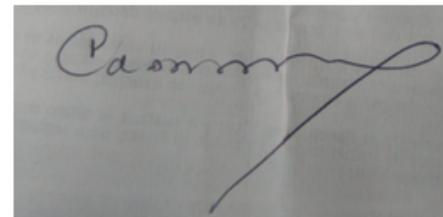
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice de suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Fecha: 20 / 12 / 18



Firma del experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide: DIMENSIONES CULTURALES DE HOFSTEDE

N°	Dimensiones/Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión: Distancia al poder (PDI)							
1	Tener tiempo suficiente para su vida personal o familiar	✓		✓		✓		
2	Tener un jefe (superior directo) a quien pueda respetar	✓		✓		✓		
3	Ser reconocido por buen desempeño	✓		✓		✓		
4	Tener estabilidad laboral	✓		✓		✓		
5	Trabajar con gente agradable	✓		✓		✓		
6	Realizar trabajos que sean interesantes	✓		✓		✓		
7	Ser consultado por su jefe en decisiones que involucren su trabajo	✓		✓		✓		
8	Vivir en una zona deseable	✓		✓		✓		
9	Tener un trabajo respetado por su familia y amigos	✓		✓		✓		
10	Tener chances de promoción laboral	✓		✓		✓		
11	Esparcimiento: Tener tiempo libre para el esparcimiento	✓		✓		✓		
12	Moderación: Tener pocas aspiraciones	✓		✓		✓		
13	Generosidad: Ser generoso con otras personas	✓		✓		✓		
14	Modestia: Cultivar el bajo perfil	✓		✓		✓		
15	Si hay algo costoso que Usted realmente quiere comprar pero no tiene suficiente dinero, ¿qué hace?	✓		✓		✓		
16	¿Qué tan seguido se siente nervioso o tenso?	✓		✓		✓		
17	¿Es usted una persona feliz?	✓		✓		✓		
18	¿Es usted la misma persona en el trabajo que en la casa?	✓		✓		✓		
19	¿Otras personas o circunstancias le impiden hacer lo que realmente desea?	✓		✓		✓		
20	¿cómo podría describir su estado de salud estos días?	✓		✓		✓		
21	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	✓		✓		✓		
22	¿Qué tan orgulloso es usted de ser ciudadano de su país?	✓		✓		✓		

23	¿qué tan seguido temen los subordinados contradecir a sus jefes?	✓		✓		✓	
24	Uno puede ser un buen líder o jefe sin tener una respuesta precisa para cada pregunta que un subordinado puede plantear sobre su trabajo	✓		✓		✓	
25	Esfuerzos persistentes son el camino seguro hacia los resultados	✓		✓		✓	
26	Una estructura de organización en la que ciertos subordinados tienen dos jefes debería evitarse a toda costa	✓		✓		✓	
27	Las reglas de una organización o compañía no deberían romperse, ni aun cuando el empleado piense que rompiendo una regla sea lo mejor para los intereses de la compañía	✓		✓		✓	
28	Nosotros debemos honrar a nuestros héroes del pasado	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (✓) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. ALAVE ROSAS, JORGE Luis

Especialidad del validador: ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES

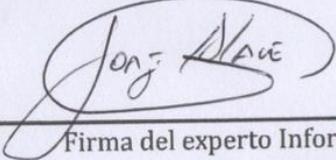
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice de suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Fecha: 10/12/18


Firma del experto Informante

Anexo 7: Prueba piloto de la encuesta de Hofstede y análisis de fiabilidad de la encuesta de Hofstede

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28
1	3	3	2	5	2	2	2	3	2	2	2	2	2	4	1	2	1	1	3	1	1	1	3	2	2	4	4	3
2	1	1	2	4	1	1	1	1	5	4	2	3	1	4	1	5	2	2	3	1	1	2	5	1	2	2	1	1
3	1	2	1	5	1	1	1	3	2	2	2	2	1	5	3	2	1	1	3	2	1	4	4	2	1	1	2	2
4	2	2	1	5	1	1	1	2	1	1	2	3	1	4	1	2	2	1	3	3	2	3	3	2	2	3	2	1
5	1	1	1	5	1	1	1	2	2	1	2	2	1	4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2
6	3	3	3	5	2	2	2	2	2	2	2	4	1	5	3	3	2	2	4	3	3	3	4	4	2	4	4	1
7	1	2	1	5	1	1	1	1	4	2	2	3	1	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	5	1	1	1	4
8	2	2	1	5	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	1	2	2	4
9	3	3	2	5	1	3	3	4	3	3	3	4	1	4	3	3	1	2	2	3	1	2	2	4	2	4	2	2
10	1	3	2	5	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	2	3	2	2	3	2	1	1	4	1	2	1	3	2
11	1	2	2	4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	3	1	3	2	2	3	2	1	1	4	1	2	3	3	2
12	2	2	2	5	2	2	3	3	3	2	2	4	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2	3	4	2
13	2	1	2	4	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	1	3	4	1	3	2	2
14	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2
15	2	2	1	5	2	3	1	3	4	3	2	4	1	4	2	2	2	2	4	2	2	2	3	3	2	3	3	3
16	2	2	2	5	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	2	3	3	2
17	1	1	1	5	1	1	1	2	1	1	2	4	1	4	1	2	2	2	3	2	1	1	2	4	1	3	3	2
18	2	2	2	4	2	2	1	2	2	2	1	3	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	3
19	1	1	1	5	2	1	2	2	1	2	1	4	2	4	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2
20	1	3	2	4	2	1	1	3	2	1	2	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	28

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	61,95	64,050	,715	,781
Item2	61,65	67,187	,443	,793
Item3	62,00	68,000	,478	,793
Item4	58,90	72,200	,077	,806
Item5	62,05	69,524	,382	,797
Item6	62,05	64,261	,756	,781
Item7	62,05	67,418	,456	,793

Item8	61,35	67,924	,334	,798
Item9	61,30	66,958	,290	,801
Item10	61,65	68,134	,321	,798
Item11	61,70	70,116	,304	,800
Item12	60,55	65,524	,448	,792
Item13	62,20	71,326	,161	,804
Item14	59,85	71,818	,075	,807
Item15	61,70	66,011	,468	,791
Item16	60,85	71,397	,093	,807
Item17	61,85	72,134	,064	,806
Item18	61,80	69,011	,371	,797
Item19	60,80	71,537	,110	,806
Item20	61,55	67,418	,428	,794
Item21	61,90	65,042	,577	,787
Item22	61,60	66,674	,351	,797
Item23	60,60	69,411	,154	,808
Item24	61,05	61,734	,481	,790
Item25	62,00	69,474	,400	,797
Item26	61,10	67,253	,289	,801
Item27	61,10	70,516	,112	,809
Item28	61,40	71,726	,037	,812

Anexo 8: Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Modelos Culturales relacionados a la práctica de prescripción de esquemas con antimicrobianos por el personal médico asistencial de la Clínica Good Hope, Enero-Febrero del 2019

Investigadores: Univ. Gianmarco David Vigo Pareja, Facultad de Medicina Humana, URP

Mg. Lucy Elena Correa López, Asesora de tesis, URP

Dr. Jorge Luis Alave Rosas, Servicio Infectología, Clínica Good Hope

Dr. Juan Velarde Marca, Servicio Infectología, Clínica Good Hope

PhD. Rodolfo E. Quirós, Especialista en Enfermedades infecciosas y Medicina Interna, Universidad de Buenos Aires.

Investigador de Contacto: Univ. Gianmarco David Vigo Pareja. Celular: 954194735.
Correo: davixo987@gmail.com

Información sobre la Investigación

Lo invitamos a participar en este estudio que tiene el objetivo de comprender mejor los factores que intervienen en la prescripción de antibióticos, entre estos el aspecto cultural, y las practicas de prescripción de antibióticos. Se enfoca en cómo las dimensiones culturales planteadas por Hofstede, entre ellas la Distancia al Poder, Masculinidad, Aversión a la incertidumbre, Orientación a largo plazo, Individualismo e Indulgencia, se relacionan con las adecuadas practicas al momento de prescribir antibióticos.

Si usted acepta participar entonces responderá las encuestas que exploran las variables a tratar.

Esta hoja contiene la información necesaria para ayudarlo a decidir si quiere participar o no en este estudio. Usted puede hacer preguntas sobre el propósito de la investigación, sobre los posibles riesgos y beneficios, sus derechos como voluntario y cualquier otro aspecto de la investigación que no le quede claro. Cuando hayamos respondido a todas sus preguntas, Ud. decidirá si desea participar en este estudio o no. Este proceso se llama “consentimiento informado”.

Procedimientos del Estudio

Puede rechazar participar o retirarse en cualquier momento si desea, también puede negarse a contestar alguna pregunta si le parece incómoda. Le pediremos que Ud. complete dos encuestas que van a durar aproximadamente 20 minutos. El cuestionario contiene una variedad de preguntas, desde las perspectivas de un trabajo ideal hasta los hábitos al momento de prescribir antibióticos frente al paciente. No hay respuestas correctas ni incorrectas a las preguntas. Después de completar las encuestas, Ud. no tendrá otra cita de seguimiento o actividad relacionada con este estudio.

Riesgos

El principal riesgo es la pérdida de confidencialidad; (En el ítem de Confidencialidad se describen las medidas adoptadas para evitar este riesgo). Además, Ud. puede sentirse incomodo con algunas de las preguntas y Ud. tiene el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta. Si Ud. se siente ansioso o angustiado durante el llenado de la encuesta, por favor dígalo al entrevistador que esta aquí para ayudarlo directamente o para ponerlo en contacto con alguien que pueda darle ayuda adecuada, en caso Ud. lo necesite.

Beneficios

Ud. no se beneficiará por la participación en este estudio. Sin embargo, la información que nos proporcionará ayudará a comprender cómo determinados patrones de comportamiento influidos por la cultura, se relacionan con los hábitos de prescripción de antibióticos, y con ello plantear futuras estrategias para optimizar el uso racional de antibióticos y minimizar los efectos negativos a largo plazo.

Procedimientos Alternativos

La opción alternativa es no participar en este estudio. La participación en este estudio es completamente voluntaria.

Confidencialidad

Se intentará hacer todo lo posible para proteger la confidencialidad de su información, sin embargo siempre hay una pequeña posibilidad que la confidencialidad sea violada. El personal de investigación va a hacer todo lo posible para protegerlo de este riesgo y mantener la confidencialidad de todos sus datos recogidos.

Al fin de mantener la confidencialidad de sus respuestas, Ud. llenará las encuestas de manera privada, y ni siquiera el grupo de co-investigadores, ni el grupo principal de investigadores conocerá sus respuestas a las preguntas del cuestionario.

Su nombre no aparecerá en ningún material relacionado con la entrevista. Sólo este formato de consentimiento contendrá su nombre; sin embargo, este formato será guardado bajo llave y solo el personal de investigación tendrá acceso a estos datos. Cuando se complete el estudio y todos los datos hayan sido analizados, los formularios de consentimiento informado serán destruidos.

Solo el grupo principal de investigadores y la Universidad Ricardo Palma tendrán acceso a la información que Ud. nos proporcionará, y esta información será utilizada únicamente para los propósitos del estudio. Su nombre no será utilizado en ninguno de los informes, conferencias o publicaciones. No se hará mención de su nombre, área de trabajo u otro identificador personal a la administración de la clínica ni a alguna otra autoridad, ni se les comunicarán sus respuestas a las preguntas de las encuestas.

Ud. puede llevarse una copia de este formato para su referencia, sin embargo, esto significa que otras personas podrían ver y/o leer este formato y enterarse de su participación en el estudio, lo que puede ocasionar una pérdida de confidencialidad. Alternativamente, Ud. puede dejar su copia de este consentimiento con el encuestador para que sea archivada. En este caso, Ud. podrá acceder al archivo para leer este formato en cualquier momento lo desee.

Costos Adicionales

No habrá costo por participar en el estudio.

Participación Voluntaria

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. El rechazo a participar no implicará ningún castigo o pérdida de beneficios a los cuales tiene derecho. Similarmente, si Ud. decide participar en el estudio, puede dejar de participar en cualquier momento sin sanción o pérdida de beneficios a los cuales Ud. tiene derecho. Su negativa a participar o su retiro del estudio no afectará su relación con cualquiera de los investigadores del estudio.

Información Adicional

Si Ud. tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, sea pregunta, queja o sugerencia sobre su participación o sus derechos como sujeto de investigación o alguna duda adicional, un miembro del equipo de investigación estará a su disposición para

responder a cualquier pregunta (Véase Investigador de Contacto). Si Ud. tiene preguntas adicionales sobre sus derechos como sujeto de investigación y quiere comunicarse con el Comité de Bioética de la Clínica Good Hope, este miembro del equipo de investigación contactará con el Comité de Bioética en su nombre. Alternativamente, si cuenta con acceso a un teléfono, puede ponerse en contacto con el Dr. Elard Quispe Mena, Presidente del Comité de Bioética de la Clínica Good Hope, al teléfono 000-0000 anexo 0000.

Declaración de Consentimiento

Yo voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio. Yo he leído atentamente este formato de consentimiento (o el personal de investigación ha leído este formato de consentimiento en voz alta para mí) y he entendido el propósito y la dinámica del estudio. He discutido plenamente el estudio con el personal de investigación, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, recibiendo respuestas satisfactorias. La información que me han dado ha descrito los posibles riesgos y los beneficios de participar en el estudio, y las alternativas a la participación.

Yo comprendo que soy libre de no participar en este estudio o de abandonarlo en cualquier momento. Mi decisión de no participar o de abandonar el estudio no afectará mi relación o trato futuro con cualquiera de los investigadores del estudio.

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
Nombre de la persona a cargo del proceso de	Firma de la persona a cargo del proceso de	Fecha
Testigo*	Firma de la persona a cargo del proceso de	Fecha
En caso el encuestado		

Finalmente, por favor indique si quiere llevarse una copia de este formato de consentimiento o si prefiere que sea guardada por el quipo de investigación.

Quiero llevarme una copia de este formato

Firma: _____

Quiero que una copia de este formato sea guardada por el quipo de investigación.
Entiendo que podré acceder al mismo en cualquier momento que lo desee poniéndome
en contacto con el investigador de contacto.

Firma: _____