

33 26

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



EVALUACION DE UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA RELACION TRABAJADOR DE LA SALUD-DERECHOHABIENTE EN EL ISSSTE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A M
ALBERTO GUILLERMO DAVILA ALPIZAR
ESPERANZA JOSEFINA DEL RIO BALMORI

Asesor: Dr. Héctor Lara Tapia



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

RESUMEN	Págs.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES GENERALES DEL ISSSTE.	5
I.1 Características y Objetivos de la Institución.	12
I.2 Descripción y Funcionamiento del Servicio Médico	17
I.3 Perfil del Puesto "Médico General" y "Médico Especialista" en el ISSSTE	19
I.4 Perfil del Puesto "Enfermera General" y "Enfermera Especialista" en el ISSSTE.	22
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
II.1 Antecedentes Generales del Tema.	26
II.2 Estado Salino.	29
II.3 Teoría Gestalt (antecedentes).	38
II.4 El Diferencial Semántico	42
CAPITULO III	
QUE ES EL PROMERE.	50
CAPITULO IV	
METODOLOGIA	
IV.1 Planteamiento del Problema	55
IV.2 Hipótesis.	55
IV.3 Variables.	55
IV.4 Tipo de Muestra y Sujetos.	56
IV.5 Instrumento.	56
IV.6 Escenario.	57
IV.7 Procedimiento.	57
IV.8 Tratamiento Estadístico.	58

CAPITULO V	
RESULTADOS-	60
CAPITULO VI	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	
VI.1 Discusion	117
VI.2 Conclusiones.	124
BIBLIOGRAFIA.	126
ANEXOS.	129

R E S U M E N

La presente investigación es una evaluación de un programa implementado en el ISSSTE para mejorar la relación del trabajador de la salud con el serachetebiente, la evaluación se llevó a cabo por medio de un cuestionario elaborado con base en el Diferencial Semántico, aplicado al principio del curso y después de éste. La muestra consistió en dos grupos: el primero, veinte médicos generales y especialistas, y el segundo, veinte enfermeras generales y especializadas.

El tratamiento estadístico se realizó por medio de un análisis de frecuencias obteniendo los porcentajes de cada una de las escalas a evaluar y de forma global, así como un análisis de chi cuadrada (χ^2), donde se tomó como grupo uno la primera evaluación, y como grupo dos, la segunda evaluación; también se realizó el análisis comparativo entre el grupo de enfermeras y el de médicos.

Los datos obtenidos nos confirman la hipótesis: $[H_1]$ en el sentido de que el PROMERE sí logra un cambio de actitud en el trabajador de la salud del ISSSTE, propósito para el que fue creado.

INTRODUCCION

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se ha preocupado a lo largo de los diferentes administraciones, por mejorar el nivel de vida de los trabajadores al servicio del Estado, y es por ello que ha implementado un mayor número de prestaciones pasando de 10 iniciales a 20 en la actualidad. Las prestaciones que ofrece el Instituto son de diversa índole, ya que van encaminadas a buscar el bienestar integral de la familia, entre ellas están las de -- Cultura, Recreación, Deporte, Turismo, Estancias de Bienestar Infantil, Servicios Funerarios, Capacitación y Educación, Fomento a la vivienda, Tiendas, Servicio Médico, Préstamos Hipotecarios, etc.

Sin embargo, a través de nuestra experiencia en el Sector Salud, hemos detectado que son pocos los trabajadores que conocen o hacen uso de todas estas prestaciones y los disfrutan. Esto no se debe a falta de promoción o de interés de la Institución, sino que creemos que intervienen otros factores como pudieran ser la situación crítica del país en materia económica, el ritmo acelerado que se vive en las ciudades, la carencia en los servicios de salud, la falta de programas de estímulos desarrollados por el Ejecutivo, por mencionar sólo algunos.

Esto ha propiciado que el trabajador cuando pida en los servicios que pueda obtener del Instituto, sólo se interesa en los que de inmediato le ayudan a resolver su problemática aunque sea de manera parcial.

Como mencionamos anteriormente dentro de las 20 prestaciones que brinda el ISSSTE dos son las que en gran medida destacan por su alta demanda:

- 1) Las prestaciones económicas
- 2) El servicio médico

Las prestaciones económicas como son los préstamos a corto y mediano plazo, están sujetos a suficiencia presupuestal, y pueden hacer uso de ellos únicamente los trabajadores que cotizan al Instituto contemplados en el apartado 8 del artículo 123 Constitucional, y para su otorgamiento se toman en cuenta antigüedad y sueldo a fin de determinar el monto.

El servicio médico es una prestación que se otorga en especie y va dirigida a más de 7 millones de derechohabientes sin importar cuánto ni salario que se perciba. Es importante señalar que la Institución considera como derechohabientes a las personas que a continuación mencionamos:

El trabajador al servicio del Estado, la esposa o concubina, los hijos menores de 18 años que dependan económicamente del trabajador, los hijos solteros mayores de 18 años y hasta los 25, mientras estudien, los hijos mayores de 18 años incapacitados física o psíquicamente, el esposo o concubinario de la trabajadora que sea mayor de 55 años de edad o esté incapacitado física o psíquicamente, los ascendientes siempre que dependan económicamente del trabajador.

El aumento constante de derechohabientes que dependen los servicios, ha propiciado que éstos hayan visto reducida su calidad en términos generales, y se observa de manera más alarmante en el servicio médico al recibirse diariamente un sinnúmero de quejas al respecto.

Por esta razón el Instituto para dar una solución al problema ha creado el "Programa para Mejorar la Relación del Trabajador de la Salud con el Derechohabiente" (PROVERE), el cual tiene como objetivo el promover el cambio de actitudes en los integrantes del equipo de salud en las Unidades Médicas del Instituto, a través de cursos de sensibilización e información psicológica, que les permita elevar la calidad de su relación con el derechohabiente.

Por ser ésta la primera ocasión que se instrumenta un programa que pretende elevar la calidad de los servicios médicos que brinda el ISSSTE, es importante valorar los logros que puedan obtenerse y que

deriven en un mejor servicio a los desahuciados.

El diseño del PROMERE está sustentado en las investigaciones realizadas por el Dr. M. Balint, con respecto a la relación médico-paciente, y se enriquece con algunos conceptos de la teoría de la Gestalt.

En México, Blum (1983), basada en las mismas investigaciones de Balint (1961) ha hecho estudios en el Hospital Infantil de México -- con respecto a "La Relación Médico-Paciente en el Servicio de Niños Urgencias".

Podemos apreciar que es un tema de interés ya que de una forma u otra todos en algún momento de nuestra vida somos "PACIENTES" y -- nos gustaría ser tratados con consideración y respeto, y no nada más con alguien a quien casi no hay que acercarse porque nos puede contagiar su enfermedad.

El objetivo de esta investigación es saber si el "PROMERE", efectivamente logra un cambio de actitud en los integrantes del equipo de salud en las unidades médicas del Instituto que están en constante relación con el desahuciado, propósito para el que fue creado.

Para evaluar el "PROMERE" se aplicará un cuestionario del diferencial semántico del idioma español, elaborado con base en las estu-

dios de Efraim Guerrero y Solas (1976) al inicio y al final del curso, -- con el propósito de saber si se logra el cambio de actitud en los partici cipantes.

CAPITULO I

ANTECEDENTES GENERALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

La seguridad social en su más amplio significado, representa el conjunto de esfuerzos encaminados a proteger la vida y los bienes de subsistencia de la colectividad y no de los individuos aislados, por parte de la estructura gubernamental.

Representa el deseo de todos los pueblos por alcanzar una vida mejor, desterrar la miseria, lograr el mejoramiento de la salud, tener acceso a la educación y básicamente tener un trabajo digno.

"El sistema mexicano de seguridad social tiene bases muy sólidas que se nutren en épocas remotas que van desde el período precortesiano, como las cajas de Comunidades Indígenas que por su estructura filial de asililar, fueron aceptadas por el conquistador e incluidas dentro de la estructura social de la Nueva España. Posteriormente se van

analizando estas doctrinas y sistemas con otras ideas universales hasta llegar al período de la Revolución Mexicana, donde el sistema de seguridad social adquiere perfiles propios, dentro de la filosofía humanista del presente siglo." (1)

Época Precolombina: Desde la época de los aztecas se tiene información acerca de las medidas que adoptaban los dirigentes con respecto a la seguridad social. Se dice que Moctezuma mandó construir un hospital y hospicio en Culhuacán para dar alojamiento, comida y atención médica a los ancianos e impedidos. Asimismo mandó recoger a todos los contrabandos, locos, idiotas o enfermos incapaces de servir al Estado, para que se les proporcionaran los servicios que requerían, básicamente hospedaje, alimentación y alguna ayuda en salud. Estableció también algunas de protección al pueblo ya sea por escasez o carestía, creando -- los Petracalli o Petracalco que fungían como almacenes de los excedentes de las tierras productivas y se destinaban para el beneficio de la población.

La Nueva España: Con la llegada de los españoles a América, se introdujeron también diferentes formas de organización social. En este sentido la protección y asistencia a las clases desprotegidas adquirió gran relevancia.

(1) Ena Seguridad Social. Secretaría de la Presidencia, colección Seminars, México 1975, p. 122

La legislación española para la Nueva España incluía tanto a los conquistadores como a los indígenas, creando así establecidas coligaciones médico-asistenciales para grupos sociales; cabe destacar durante esta época la gran labor realizada por Vasco de Quiroga con su obra hospitalaria.

En 1761 por decreto de Carlos III se crea el primer montepío en España, con el objetivo de proporcionar asistencia social; siguiendo ese mismo modelo en el año de 1774 por Cédula Real se crea el Monte de Piedad de México, para beneficiar en un principio a los necesitados, para posteriormente beneficiar a registrados, consejeros y empleados del Virreinato.

"Durante este período colonial resaltan el sistema de contra-prestación con el que se establecen cuotas destinadas a cubrir los riesgos por anticipado y las Ordenanzas de Burgos, mejor conocidas como Leyes de Burgos de 1512, promulgadas en favor de los nativos de la Nueva España, constituyéndose así el primer código laboral de América." [2]

Época Independiente: Los montepíos siguieron funcionando en la época independiente, ampliando sus servicios a los empleados de la Federación.

[2] En: Antecedentes históricos de la Seguridad y Servicios Sociales - en México, ISSSTE, octubre 1981, p. 7

"En 1913 el Generalísimo José María Morelos y Pavón, en el documento "Sentimientos de la Nación" recalca el derecho que tienen todas las individuos a la seguridad social; cuando dice que es preciso que se modernen la opulencia y la indigencia, que se mejore el jornal del pobre, que se mejoren sus costumbres, que se aleje la ignorancia, es decir, se perciben una serie de conceptos y normas que hoy están incluidos en los programas de la Seguridad Social..." (3)

Sin duda alguna los ideales libertarios del Generalísimo Morelos plasman el anhelo del pueblo mexicano por alcanzar la seguridad y la igualdad en todos los ámbitos de la vida.

Época Pre-Revolucionaria: La seguridad social durante el régimen Porfirista había estado inclinada en favor de las clases altas, - por lo que las garantías de la gente pobre fueron anuladas por los opositores a dicho régimen. En 1906, Ricardo Flores Magón dio a conocer el Programa del Partido Liberal, en el que se destacan los aspectos referentes a la seguridad social, que a continuación se relacionan:

- Jornada laboral de 8 horas diarias
- Fijación de un salario mínimo
- Mejorar las condiciones de higiene en el centro de trabajo
- Seguro de vida de los operarios

(3) En: Seguridad Social, Op. cit., p. 124

- Pago de indemnización por accidentes de trabajo
- Pagar a los obreros con dinero en efectivo.

Época Post-Revolucionaria: El Presidente Plutarco Elías Calles, en 1925, promulgó la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, como medida de protección social, para los funcionarios públicos. Esta ley surgió como respuesta a las demandas de los servidores públicos, -- por el descontento causado a raíz del establecimiento del artículo 123 Constitucional en 1917, en donde quedaban marginados.

Para poder ejecutar las acciones contempladas en la mencionada ley, el Presidente Calles crea en el mismo año la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro que tenía como finalidad brindar seguridad social a los trabajadores del Estado.

Sin embargo, las inquietudes e inconformidades de los servidores públicos iban en aumento y fue el Presidente Lázaro Cárdenas, quien acogió las demandas de los trabajadores, tanto del sector privado como del público y es para estos últimos que creó el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, publicado en el Diario Oficial, en diciembre de 1938.

Fue así como la angustia y la desconfianza de los servidores públicos disminuyeron con la existencia de la Dirección de Pensiones Ci

viles y el Estatuto Jurídico.

Creación del ISSSTE: El Presidente Adolfo López Mateos impulsó el movimiento de la burocracia mexicana y elevó a rango Constitucional el Estatuto Jurídico, propuesta por el General Cárdenas, convirtiéndolo en el Apartado "E" del Artículo 123 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

"Tras de 35 años de beneficiar al servidor público y derechohabientes, desaparece la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro, porquéndose y siendo publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de diciembre de 1969, la ley que transferiría a dicha Dirección en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado..." (4)

(4) En: Antecedentes Históricos, Op. cit., p. 20

I.1 CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN:

El ISSSTE, prácticamente entra en funciones a partir de 1960 y opera como un organismo descentralizado, con personalidad jurídica para celebrar toda clase de actos y contratos, así como para defender sus derechos ante los tribunales o fuera de ellos. Cabe señalar que el patrimonio del Instituto lo constituyen sus propiedades, las cuotas de los trabajadores y pensionistas, así como las aportaciones que hacen las dependencias y entidades para obtener los beneficios de la Seguridad Social para sus trabajadores.

A continuación describiremos las funciones que tiene asignadas el Instituto:

- Cumplir con los programas aprobados para otorgar las prestaciones y servicios a su cargo.
- Otorgar jubilaciones y pensiones.
- Determinar, vigilar y cobrar el importe de las cuotas y aportaciones, así como los demás recursos del Instituto.
- Invertir los fondos y reservas de acuerdo con las disposiciones de la Ley del ISSSTE.
- Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines.
- Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades

administrativos.

- Administrar las prestaciones y servicios sociales.
- Difundir conocimientos y prácticas de previsión social.
- Expedir los Reglamentos para la correcta prestación de sus servicios y de organización interna.
- Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.

Para poder cumplir cabalmente con las funciones que tiene -- asignadas el Instituto y que fueron asignadas anteriormente, cuenta con una estructura que en seguida se menciona:

En primera instancia se encuentran los órganos de gobierno -- constituidos por:

- I.- La Junta Directiva
- II.- El Director General
- III.- La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda
- IV.- La Comisión de vigilancia

La Junta Directiva está integrada por once miembros; cinco -- son los titulares de las siguientes Secretarías: de Programación y Presupuesto, Hacienda y Crédito Público, Salud, Desarrollo urbano y Ecología, y Trabajo y Previsión Social, el sexto integrante es el Director -- General del Instituto y finalmente los cinco restantes son designados --

por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FETSE).

Dentro de las principales funciones de la Junta Directiva, se pueden señalar las de planear las operaciones y servicios del Instituto, aprobar y modificar el programa institucional y los programas operativos anuales, decidir las inversiones del Instituto, determinar sus reservas, y nombrar y remover al personal de confianza del primer nivel, a propuesta del Director General.

El segundo órgano de gobierno es el Director General, quien es nombrado por el Presidente de la República. Le auxilia por los trabajadores de confianza que señala el Reglamento Interior, que son los Subdirectores Generales y dentro de sus principales funciones están las siguientes: Ejecutar los acuerdos de la Junta, convocar las sesiones de los miembros de la misma, presentar a la Junta un informe anual del estado de la administración, así como representar en todos los actos al Instituto.

El tercer órgano de gobierno es la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda que cuenta con nueve miembros: un Vocal Ejecutivo propuesto por el Director y nombrado por la Junta Directiva; cuatro Vocales designados por las siguientes dependencias: Secretarías de Promoción y Presupuesto, de Hacienda y Crédito Público, del Trabajo y -

Previsión Social, y de Desarrollo Urbano y Ecología, y cuatro vocales más, controlados por la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado. Dentro de las funciones principales del Fondo tenemos: Decidir las inversiones de los recursos y financiamientos del fondo, Resolver sobre las aportaciones, Aprobar los ingresos y egresos, y presentar a la Junta Directiva el presupuesto de gastos de administración.

Finalmente la Comisión de Vigilancia se compone de siete miembros: Un representante de la Contraloría General de la Federación, uno de la Secretaría de Programación y Presupuesto, uno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, un Secretario Técnico, nombrado por el Director General, y tres miembros designados por la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado. Sus atribuciones son las siguientes: vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables al Instituto, Cuidar que las inversiones y recursos se destinen a las fines previstos, disponer auditorías en las diferentes áreas, y verificar el cumplimiento de los programas anuales.

Una vez descritos los órganos de gobierno del ISSSTE, presentamos el organograma en donde se aprecia la estructura administrativa responsable de la operación de los programas autorizados por las instancias mencionadas.

Como se observa en el cuadro anterior, son 11 las áreas responsables de brindar las 20 prestaciones del Instituto, dirigidas a los trabajadores y derechohabientes, aunque sólo dos tienen una mayor demanda y éstas son: El servicio médico y los préstamos a corto o mediano plazo. Por estar relacionada directamente con el tema de este trabajo, abordaremos la primera en el siguiente inciso.

1.2 DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO MÉDICO:

Este servicio proporcionado directamente por el Instituto -- inicia en 1950 y los primeros locales propios con los que contó se localizaron en: Una Clínica en la calle de Brasil, el Sarcotario Artes, la Clínica Esperanza de Pediatría y la Clínica de Especialidades de la calle de Naranjo. El C. H. 20 de Noviembre que actualmente es la unidad médica más importante del Instituto se inauguró el 15 de mayo de 1951 y desde su creación funcionó como el Hospital de Concentración Nacional.

En los 30 años que se ha proporcionado el servicio médico, -- la estructura clínico-hospitalaria ha crecido acorde al número de derechohabientes a los que se les ofrece el servicio y que asciende a más de siete millones en todo el país, para lo cual en este momento la Subdirección General Médica cuenta con una infraestructura integrada por

1,208 establecimientos. El total de Unidades y Clínicas de Medicina Familiar ascienden a 1,048, incluyendo 146 consultorios auxiliares. Estas instalaciones conforman el primer nivel y son la base de operación para los programas de atención primaria de salud. Para el otorgamiento de los servicios hospitalarios cuenta con 64 clínicas-hospital, 85 hospitales generales y 11 instalaciones hospitalarias de tercer nivel o sea hospitales regionales. En esta importante red de instalaciones laboran aproximadamente 49,000 trabajadores de variadas disciplinas, con diferentes grados de conocimiento y habilidades individuales.

Para tener una idea más clara de las actividades que desarrolla la Subdirección General Médica, a continuación presentaremos su objetivo general, así como sus principales funciones:

Objetivo General: "Proporcionar atención médica integral a los derechohabientes, con un espíritu humanitario renovado, así como mejorar y elevar sistemáticamente la cobertura y calidad del servicio, con eficiente y eficaz aprovechamiento de los recursos disponibles." (5)

Dentro de las principales funciones destacan: Planear, Organizar, Ejecutar, Coordinar y Controlar los servicios de atención médica -

(5) En: Manual de Organización, Subdirección General Médica ISSSTE, febrero 1985, p. 24

de diagnóstico, curativo, preventivo, quirúrgico, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación, en sus diferentes niveles de atención; así mismo vigilar la prestación de los servicios médicos subrogados para mantener el nivel de calidad institucional.

1.3 PERFIL DEL PUESTO DE "MEDICO ESPECIALISTA" Y "MEDICO GENERAL" EN EL ISSSTE:

El Catálogo de Puestos del ISSSTE tomó como guía elemental el Catálogo de Puestos del Gobierno Federal, y después de analizar los puestos y funciones desempeñadas, elaboró su Catálogo Institucional, instrumento que permite el proceso ordenado, racional y sistemático de la administración de los recursos humanos con que cuenta el ISSSTE. El citado catálogo señala las tareas respectivas y los requisitos para ocupar cada uno de los puestos incluidos, con lo que se facilita la dinámica escalafonaria; se establecen los parámetros necesarios para un adecuado reclutamiento y selección de personal, así como se identifica la relación actividades desempeñadas-puesto-salario.

Dentro del Catálogo de Puestos del ISSSTE en el área médica se contemplan:

Médico Jefe de División
Médico Jefe de Servicios

Jefe de Sección Médica
Médico Especialista
Médico General

Para el presente estudio tomamos en cuenta las dos últimas categorías: Médico Especialista y Médico General, ya que son quienes proporcionan la atención médica directa al beneficiario.

Médico Especialista

Nivel 10

Requisitos:

- Comprobante de especialidad profesional
- Comprobante de experiencia en las actividades del puesto
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen psicométrico
- Currículum Vitae
- Presentar la documentación oficial que requiere el Instituto

Perfilograma:

- 1) Proporciona atención médica a pacientes en el área de su especialidad.
- 2) Efectúa intervenciones quirúrgicas programadas y de urgencia (en su caso).
- 3) Dicta las medidas de prevención, rehabilitación mé-

os y de hospitalización.

- 4) Participa en los programas de actividades docentes, - eventos de actualización médica e investigación de - los servicios de la unidad.
- 5) Asesora al Médico General.
- 6) Realiza actividades concernientes a su profesión.

Médico General

Nivel 13

Requisitos:

- Título profesional registrado
- Conocimiento de experiencia en las actividades del puesto.
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen psicométrica
- Curriculum Vitae
- Presentación de la documentación oficial que requiere - el Instituto

Profesograma:

- 1) Proporciona atención y tratamiento médico y de urgencia a pacientes
- 2) Elabora historia clínica.
- 3) Formula diagnóstico.
- 4) Interpreta resultados de exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico.

- 5) Prescribe medicamentos.
- 6) Canaliza cuando es el caso, a los pacientes al Médico Especialista.
- 7) Elabora informe de trabajo para fines estadísticos.
- 8) Realiza actividades concernientes a la profesión.

I.4 PERFIL DEL PUESTO "ENFERMERA ESPECIALIZADA" Y "ENFERMERA GENERAL" - EN EL ISSSTE:

Igualmente en el Catálogo de Puestos se encuentran varios relacionados con la enfermería, como son:

Enfermera Jefe de Sección
Jefe de Enfermeras
Enfermera Especializada
Enfermera General
Auxiliar de Enfermería

Asimismo, sólo se tomaron en cuenta las categorías en las que la enfermera tiene una relación más directa con el derechohabiente y - son:

Enfermera Especializada y
Enfermera General

Enfermera Especializada

Nivel 08

Requisitos:

- Estudios de secundaria, prevocacional o comercio completo
- Comprobante de la especialidad
- Comprobante de experiencia en las actividades del puesto
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen psicométrico
- Aprobar examen práctico
- Presentación de la documentación oficial que requiere el Instituto

Programa

- 1) Asiste al personal médico con la aplicación de técnicas especializadas de enfermería.
- 2) Administra por prescripción médica, medicamentos y observa el estado general de salud de los enfermos.
- 3) Prepara y revisa el instrumental a utilizar en las intervenciones quirúrgicas.
- 4) Efectúa diversas tareas para preparar a los pacientes antes de que sean intervenidos quirúrgicamente.
- 5) Orienta y participa en los programas de medicina preventiva.
- 6) Solicita, maneja y controla material y equipo diverso.

- 7) Efectúa curaciones de acuerdo a las indicaciones del médico.
- 8) Toma muestras para el laboratorio.
- 9) Efectúa las actividades relacionadas con las funciones anteriores.

Enfermera General

Nivel 07

Requisitos:

- Estudios de secundaria, prevocacional o comercio adaptados
- Título de Enfermera General
- Comprobante de experiencia en las actividades del puesto
- Aprobar examen teórico
- Aprobar examen psicométrico
- Aprobar examen práctico
- Presentar la documentación oficial que requiera el Instituto.

Profesigramas:

- 1) Apoya al personal médico en la adecuada atención y asistencia al paciente.
- 2) Recibe a los pacientes, revisa e integra sus expedientes clínicos.
- 3) Administra medicamentos y efectúa curaciones de acuerdo con las indicaciones del médico, y toma signos vitales.

tales.

- 4) Toma muestras para el laboratorio.
- 5) Realiza recorridos de inspección a los pacientes que - tiene asignados.
- 6) Vigila que las auxiliares de enfermería otorguen a los pacientes el cuidado requerido y cumplan con las indicaciones médicas.
- 7) Elabora requisiciones de equipo y material de trabajo.
- 8) Efectúa las actividades relacionadas con las funciones anteriores.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL TEMA:

Como lo mencionamos en la introducción del presente trabajo, el PROGRAMA PARA MEJORAR LA RELACION DEL TRABAJADOR DE LA SALUD - CON EL DERECHOASIENTE (PRDMERE), es un programa original que se implementó en el ISSSTE, para promover el cambio de actitudes en los integrantes del equipo de salud y elevar la calidad de los servicios médicos que brinda el Instituto; para realizarlo, se integraron diversas corrientes, teorías y técnicas.

Después de revisar los antecedentes de este tema no encontramos bibliografía específica de estudios o trabajos similares, ya que este programa es una aplicación de la psicología clínica al contexto laboral dentro del cual se incluye el "Método Balint", algunos conceptos de la Teoría de la Gestalt, principios de Análisis Transaccional, Técnicas de Comunicación, así como Técnicas Terapéuticas.

Sin embargo, hay algunos trabajos que pueden relacionarse en ciertos aspectos. Narr (1987) hace un análisis sobre las características de la relación entre el entorno del empleo-desempleo y salud mental. El autor establece cinco componentes de la salud mental que son: sentimiento de encontrarse bien, competencia, autonomía, aspiración y funcionamiento integrado. Todo esto puede coadyuvar a lograr un buen desempeño en el trabajo.

De igual forma, con respecto a la actitud que es un tema muy ligado a nuestra investigación, podemos decir: El estudio de la "actitud" es una de las áreas más importantes en la Psicología contemporánea. "al respecto de la 'actitud' existen varias definiciones, sin embargo, sociólogos y psicólogos definen la actitud en términos de la posibilidad de la ocurrencia de una conducta específica en una situación específica". (8)

Geppello (1965) llevó a cabo un estudio sobre las actitudes de la población del Distrito Federal respecto del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que 80% de las personas encuestadas presentaron una actitud favorable hacia el IMSS, mientras que 10%, una actitud desfavorable hacia la Institución.

En su estudio, Coch y French (1938) probaron la eficacia para la introducción de cambios en el trabajo. "La primera estrategia -

(8) En: Memorias del Primer Congreso Mexicano de Psicología, p. 169

consistió en informarle al grupo que era necesario efectuar el cambio, y se respondió a las preguntas que se quisieran formular al respecto. En la segunda se les habló sobre el cambio y que mostraran efectos a emplear y metas a alcanzar. La tercera estrategia, la de participación total". (7)

Una vez dadas las condiciones de participación se observó -- que hay un aumento del 12% en cuanto a la productividad y además mejora notablemente el ambiente del trabajo. Desde el punto de vista psicológico la participación es "el involucramiento intelectual y emocional de las personas con las actividades de grupo, que los alienta a -- contribuir con las metas del mismo y compartir la responsabilidad de -- alcanzarlas." (Davis, 1983). La participación así entendida genera -- una inmejorable oportunidad para liberar los propios recursos, la iniciativa y la creatividad, encaminándolos hacia los objetivos de la institución.

Del mismo modo mejora significativamente la motivación, ya -- que ayuda a los empleados a entender y a aclarar el sentido de su trabajo y la vinculación de éste en el contexto institucional más amplio. Es por esto que la participación es considerada hoy en día una estrategia esencial para el mejoramiento de la actividad laboral, la disminución de los conflictos y el fortalecimiento de las instituciones.

Si extrapolamos la investigación anterior al PROVERE podemos observar que se dan las tres estrategias de participación, como son: -

(7) En: Revista Interamericana de la Psicología Ocupacional, vol. 9, No. 1, p. 51

Informar que es necesario un cambio, cual es el cambio que se pretende, así como los metas a alcanzar y dejar que por medio del curso lleguen a sus propias conclusiones o sea la de participación total, ya que es punto regular en el Instituto contar para su adecuado funcionamiento - con recursos humanos que pongan en cada uno de sus actuaciones toda su inteligencia, su iniciativa, que viene al unísono con la Dirección en la urgencia de hacer las cosas con el mayor nivel de calidad posible, que se entusiasme con las metas que el trabajo les plantea, que se integran con alegría y buena voluntad al grupo social-laboral del que forma parte y que practique sin descanso los valores de la honestidad - profesional y la solidaridad social.

II.2 EL METODO BALINT:

En la década de los cincuentas, en la Clínica Tavistock, en Inglaterra, el Dr. Balint (1951) al estudiar las implicaciones psicológicas de la práctica médica en general, descubrió que la droga más frecuentemente utilizada era el propio médico. El objetivo principal de esta investigación era describir ciertos procesos en la relación -- médico-paciente, los efectos secundarios indeseables e involuntarios -- de la droga llamada "médico" que son causas de innecesarias sufrimientos, irritación e inútiles esfuerzos del paciente y de su médico.

Balint precisó que la relación entre el paciente y su médico es tensa, incómoda y aún desagradable; el paciente experimenta verdaderas necesidades de ayuda y el médico proporciona el servicio; sin embargo,

a pesar de los esfuerzos sinceros de ambas partes, las cosas tienden a continuarse a andar mal.

Algunos de las personas que por una u otra razón se van en dificultades para resolver sus problemas personales, apelan al recurso de enfermar. Si el profesional tiene la oportunidad de verlos durante las primeras fases del proceso, es decir, antes de que se adhieran a una enfermedad definitiva "organizada", se podrá observar que estos pacientes, por así decirlo, sugieren o precoran varias enfermedades, y que conciben haciéndolo con diferentes enfermedades hasta que se concierta un acuerdo entre médico y paciente, en virtud del cual ambos -- aceptan la justificación de determinada dolencia.

Uno de los más importantes efectos secundarios, si no el principal, de la droga llamada "médico" es su reacción ante las sugestiones del paciente. ¿Cómo ha de "responder" el doctor a los "ofrecimientos" del paciente, con el fin de evitar un desahucio innecesario? Las reacciones del médico pueden contribuir considerablemente a la forma definitiva de la enfermedad, a la que se adherirá el paciente, ya que éste ha acudido a consultar a un hombre de confianza, al médico, impulsado por dolores, ansiedades y temores, pero por lo común con espíritu confiado y optimista, en la esperanza de obtener ayuda, comprensión y simpatía.

La enfermedad es siempre ingrata experiencia para el que la padece; siente que algo anda mal en su persona, algo que lo deparó, si no es tratado rápida y apropiadamente, ¿de qué se trata? es difícil --

haberlo. A menudo "eso" se identifica con un nombre y para el paciente la función del diagnóstico consiste en suministrar el nombre en virtud del cual esta cosa ingrata, malévola y temible se convertirá en algo que tiene nombre, algo en lo cual es posible pensar y que quizás es insoportable.

Cuando el paciente plantea a su médico un problema desconcertante éste a su vez está respaldado por una constelación de especialistas, se da entonces la "complicidad del diagnóstico". Se adoptan decisiones vitales sin que nadie gane la responsabilidad de las mismas, - se trata de una situación bastante típica que se desarrolla con regular frecuencia cuando varios médicos de diferentes especialidades en el caso y ninguno asume la responsabilidad de las decisiones, sucede que nadie menciona (y quizás a nadie le importa) qué pasa en el interior del paciente mientras lo "pasotean" de un profesional a otro, para decidirlo lo finalmente sobre la mesa de operaciones. Ahora, ¿quién era el responsable de la salud del paciente: El médico general, el cirujano, - los especialistas o sus ayudantes? Cuántos de los especialistas que intervienen en el tratamiento se toman la molestia de observar los resultados de sus recomendaciones.

Quien no puede dejar de advertir los resultados es, naturalmente, el médico general, pero se ve libre de culpa y cargo, pues se le limitan estrictamente a seguir el consejo de diferentes especialistas. Lo anterior puede considerarse el punto regular en el inicio de la problemática en la relación médico-paciente.

Uno de los aspectos relevantes del método Balint consistió en sacar por tierra la "complicidad del diagnóstico", impulsando al médico general a aceptar y aceptar la plena responsabilidad del tratamiento aplicado al paciente.

Toda propuesta debe ser capaz de responder a dos preguntas, las cuales son, en realidad, dos variantes de la misma cuestión fundamental. La primera formula lo siguiente: ¿Quién estará a cargo del caso y aceptará la plena responsabilidad del paciente? Esa persona debe ser el médico general, para ser más independiente de los especialistas, asumir la responsabilidad de examinar más cuidadosamente a sus pacientes específicos que plantea al especialista. La segunda es: ¿Cuál ha de ser el papel del especialista en relación al médico general? Se debe esperar que los especialistas se mostrarán dispuestos a despojarse voluntariamente de un fragmento de su autoridad, como los médicos generales a agregar más responsabilidades a la carga que ya llevan.

En términos generales la "entrevista prolongada" permite al médico una comprensión mejor y más segura de los problemas de su paciente. Sin duda, su responsabilidad aumenta al mismo tiempo que mejora su comprensión, y es el método para suministrar al paciente la droga llamada "médico". Un factor importante de la "entrevista prolongada" es que el paciente transmite muchas cosas a su médico: su confianza, ciertos secretos cuidadosamente guardados, que a veces pueden parecer insignificantes o pueriles al extremo, pero que para él significan mucho. Si no se produce la confianza en la medicina necesaria, al paciente se inclinará a sentirse despojado o roto o estafado. Lo que lo -

orilla a retirar lo que dijo el médico, o a huir de él. El médico experimentado sabe aproximadamente cuando detenerse y el principiante de be se pensar antes de prolongar la entrevista excesivamente.

El Paciente y su Enfermedad: Existen dos tendencias, una -- que afirma que el paciente estaba sano y luego hasta que algo en él -- mismo empezó a funcionar mal. La segunda, es la que nada tiene que -- ver con el paciente, proviene del exterior y en el verdadero sentido -- de la expresión es un suceso extraño. En ambos casos, se ve afectado con dolores, privaciones y aun con la destrucción a menos que pueda de fenderse de él por sí mismo o con la ayuda de su médico. Para cierta gente de ser enfermo constituye severo golpe, para otros, bienvenida al vida. La enfermedad es siempre una forma de vida y ninguna puede subsistir sin cierto grado de gratificación. Estas cuando son directas, están formadas por las oportunidades que la enfermedad ofrece y que -- permiten al paciente retirarse de distintos tipos de relaciones, así -- como de las obligaciones contraídas. Existe un segundo grupo centro -- de las gratificaciones que son las ventajas secundarias: la enferme-- dad, lo mismo que cualquier otra condición humana puede ser utilizada para obtener algo que el individuo considere útil o valioso, ser el -- centro de cierta situación y ser tratado como persona importante.

Hay que destacar dos aspectos de la relación del paciente -- con su enfermedad: los temores y el dolor. Para ciertos pacientes, -- la enfermedad es el resultado de un proceso negativo, en su propio interior, el cual ataca desde dentro. Este fenómeno puede crear severos -- estados de ansiedad. Asimismo, se presenta el dolor del paciente ha--

En la muerte; los pacientes reflejan el temor, el heroísmo, la humillación y la suprema dignidad ante la certeza de la muerte.

La necesidad del paciente de amor, de interés, de simpatía y sobre todo, de ser tomado en serio para ser aceptado y hasta cierto punto satisfecho a través del tratamiento antes que el enfermo pueda experimentar métodos diferentes para obtener el afecto y atención que anhela.

Podemos mencionar que la relación médico-paciente es siempre e invariablemente el resultado de un compromiso entre las exigencias del paciente y las respuestas del profesional.

Las tensiones emocionales de los pacientes van acompañadas de sensaciones físicas, es por ello que cuando el consultorio y presión tan sus quejas. En un gran número de casos lo importante es el hecho mismo de que el paciente se queje y los síntomas, por lo menos durante la primera etapa de cualquier enfermedad, carecen objetivamente de importancia y generalmente no se observan signos de ninguna clase. También aquí el médico aplica su servicio común, caso que su formación sólo le permite encarar el tratamiento de enfermedades físicas "reales".

Muchos pacientes sienten que al estar enfermos y sobre todo estar enfermos, equivale a cometer una falta, a exigir ventajas excesivas, se sienten culpables porque reciben más atención de la que creen que les corresponde, porque no trabajan y viven del trabajo de otros.

También existen los pacientes que están dispuestos a recibir todas las garantías que la enfermedad les origina, para lo cual todo - lo que se parezca a una enfermedad es aceptado y realiza verdaderos esfuerzos para "pelear" enfermedades. Ambos tipos de pacientes se sienten culpables aunque por diferentes razones y resulta extraordinariamente difícil que bajaren si el médico no hace algo con respecto a esos sentimientos de culpa; es decir, que el médico debe permitir a estos pacientes que le hablen francamente sobre sus apreensiones y sentimientos de culpa.

Otros dos interesantes tipos de pacientes son los que muestran excesiva ansiedad. Uno de ellos se siente aterrizado ante la posibilidad de padecer determinada enfermedad, acude con frecuencia al consultorio para que el médico le asegure que todo marcha bien y vuelve a aparecer al poco tiempo con la misma o parecida inquietud. El otro tipo de paciente no se permite debilidades y nunca se enferma, para él la enfermedad constituye humillación y una debilidad imperdonable. La gente "quejosa" cuesta a la nación enormes cantidades de fragmentos de medicamentos y los dos últimos infinidad de inútiles esfuerzos - especializados.

Es fácil aconsejar al médico la aplicación del principio según el cual el diagnóstico es previo al tratamiento; es decir, el concepto de que no puede tranquilizar al paciente antes de saber cual es el mal. El médico acepta intelectualmente este planteamiento, pero no puede seguirlo debido a sus propias emociones, es decir, a su necesidad de comportarse en armonía con su propia conciencia, ya que presen-

ciar estados de ansiedad o de dolor sin hacer nada en nivel, agofeta a futuro.

¿Cuánto dolor, sufrimiento, incomodidad, limitación y restricción, temor y culpabilidad debe soportar solo el paciente y en qué punto empezará el médico a ayudarle? Cuando el paciente acude al consultorio en busca de ayuda el médico debe estar dispuesto a escucharlo y ser capaz de discernir hasta qué grado el paciente necesita de un frasco de medicamentos y en qué grado de una terapia comportamental. A medida que aumenta la madurez del paciente, mejores serán los resultados del tratamiento.

Toda enfermedad por leve que sea, implica siempre renunciar a una parte de la libertad y de los placeres a que se está acostumbrado. Toda privación impuesta al individuo por la enfermedad puede ser atribuida al médico, muchos pacientes sienten que bastaría que el médico fuera más amable o más simpático pero que les permitiera beber más, comer alimentos más variados o fumar más. Esta resentida fantasía a menudo provoca sarcasmos de cábala y de odio contra el médico, ante la falta de comprensión que éste demuestra con sus recetas y sus estrictas órdenes dietéticas, todo lo cual provoca irritación y con frecuencia temores y ansiedades que el médico quizás concete en la misma forma.

La actitud del paciente hacia su enfermedad es de vital importancia para el éxito del tratamiento, al médico le corresponde la tarea de orientar al paciente para que éste preste su colaboración.

Todos los pacientes plantean sus diversas necesidades y los médicos deben responder a ellas de un modo u otro; cuando la más ingenua experiencia de un médico es vérselas imposibilitado para dar una solución racional, sin embargo, esta actitud, la de dar tierra otro aspecto cuando la adoptamos especialmente y se está convencido de que lo que - de el médico es bueno para el paciente, de esta manera se descarga sobre él la culpa, por lo tanto suya será la responsabilidad si no se mejora.

Sobre esta base de satisfacción y de frustración mutua se establece una relación original entre el médico y su paciente.

Muchos son los factores de la relación médico-paciente que impulsan al paciente a concertar con su médico una relación de dependencia infantil. El problema real consiste en saber que grado de dependencia constituye un buen punto de partida, para una terapia exitosa y cuando esa actitud se convierte en obstáculo.

La educación no es exclusivamente unilateral. Médico y paciente desarrollan conjuntamente un mejor conocimiento mutuo. Tanto el médico como el paciente deben aprender a sobrellevar la relación.

Para concluir podemos decir que la relación médico-paciente está compuesta por ciertos procesos, en los cuales el médico puede contribuir considerablemente y en forma definitiva a mejorar esta relación, evitándose al paciente estados de ansiedad o tensión.

II. 3 TEORIA GESTALT (ANTECEDENTES):

El inicio del Siglo XX es importante dentro de la Psicología, ya que entre todo en los primeros 30 años se gestan movimientos tendencias a modificar las teorías que sustentaban la Psicología tradicional. Es así como surgen el Psiconalista, La Psicología del Individuo, el Conductismo, y en Alemania la Gestaltterapia, como una forma de lucha hacia "la vida Psicología" o *Lebenspsychologie*; así pues, -- tres psicólogos: Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941) y Wolfgang Köhler (1897-1967) unieron en Frankfurt sus esfuerzos -- cooperando en que eran discípulos de Stumpf, quien a su vez lo había sido de Brentano.

Wertheimer era el que coordinaba las investigaciones del grupo al desarrollar las ideas de von Ehrenfels (1859-1922), quien había criticado la teoría asociacionista de la percepción, cambiando el enfoque de estudio hacia la percepción del movimiento, para lo cual tomó como sujetos de experimentación a Köhler y a Koffka, obteniendo como resultado la publicación en 1912 de la monografía en la que describió la investigación. En lo esencial señala: que el movimiento aparente no necesita explicación; simplemente existe como un fenómeno real. Este principio constituyó el inicio de esta importante teoría psicológica de la actualidad, La Gestalt.

Dentro de los cambios sustanciales que se pueden señalar y que fueron adoptados por esta incipiente teoría están los siguientes: Estableció tests experimentales, se internó en ámbitos más profundos y

complejas como la psicología infantil (Koffka), las posturas del racionalismo, de la herencia, de la vida crucial y de la conducta (Aronstein, Sussner), el campo del aprendizaje y de la percepción. Asimismo mostré una nueva interpretación entre el todo y sus partes, ya que la percepción no se debería interpretar como una suma de sensaciones singulares, pues el organismo no responde a estímulos locales con respuestas locales, sino que responde a correlaciones de estímulos con un proceso total. Además de que se puede precisar lo que constituye el primer plano y lo que está en el fondo de las asociaciones perceptuales del individuo, o en otras palabras, como lo definió Aronstein, los datos primarios de la percepción son estructuras (Gestalten), pues "Lo dado está en el mismo estructurado - en grados variables; consiste en todos y procesos totales estructurados que se definen definitivamente, con propiedades y leyes del todo, tendencias características del todo y determinaciones de las partes por el todo: los hechos operan aquí siempre como partes de procesos totales". [8]

Con el propósito de abundar en los postulados de la teoría, a continuación se indican sus estructuras:

- 1) El todo define las partes y constituye la realidad en sí misma, el dato primario de la psicología, la única - más provechosa para el análisis.

[8] En: *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas*, p. 123

- 2) El todo no es la suma, ni el producto, ni una simple fusión de sus partes, sino un campo cuyo carácter depende principalmente de sí mismo.

Centro de la corriente Gestáltica es importante señalar -- las aportaciones de Frederick S. Perls, quien en un viaje que realizó a Frankfurt (1928) estableció contacto con el profesor Oels, así como con Kurt Goldstein, quienes eran auténticas autoridades dentro de la corriente imperante en ese momento y se produjo un cambio radical en Perls al pasar del psicoanálisis ortodoxo a la visión gestáltica, dedicándose a Wertheimer su primera obra.

Perls amplió el concepto gestáltico ya que no sólo lo aplicó a los estímulos sensoriales externos, sino también a la percepción interna, a la personalidad en su conjunto, a la conducta, así como a las relaciones interpersonales; así mismo señaló que todas las criaturas vivas tienen dos tendencias: sobrevivir y crecer, la primera está relacionada con el principio homeostático de Lewin y la segunda con el concepto de autoactualización de Goldstein.

Al incorporar Perls los conceptos anteriores a la corriente y tenerlos en cuenta su paso del psicoanálisis a la Gestalt, estos hechos se conjugan para desarrollar la Psicoterapia Gestáltica, existiendo entre estos, psicoanálisis y Gestalt prácticas similares, pues ambas proponen posturas a partir de postulados psicopatológicos ya sea para concordar o para discrepar, como son: las manifestaciones de defensas, el aborrecimiento de la neurosis, importancia de la "pulsi6n sexual" (psic-

coeréncias) y de la "pulcra oral" (g-stalt), transferencia, inconsciencia y consciente, importancia del pasado y del presente en la terapia, insight y darse cuenta.

Para ejemplificar lo señalado anteriormente, mencionaremos a la neurótica: Para Freud los síntomas neuróticos tienen que ver directamente con el retorno de lo reprimido, este retorno se produce por medio de una transacción entre las actitudes y las contraindicias, lo reprimido reaparece a través de los contenidos secundarios del inconsciente. Sin embargo, Perls se aleja de esta concepción y establece a la neurótica como una insuficiencia de la conciencia para captar todo lo que no puede ser aceptado por ella o sea que lo relaciona con un déficit de conciencia, o sea un no darse cuenta en lugar de aceptar como reprimido.

La Gestalt considera la existencia de neurosis neuróticas en lugar de las de defensa del psicoanálisis y lo describe como barreras que bloquean la conciencia de la conducta actual.

En el Congreso de Praga, Perls cuestionó el predominio de la pulcra sexual, sin embargo habló de la oralidad en el hombre, señalando la sexualidad del individuo a lo largo de toda su vida, interpretando el hombre como caso de estimulación y crecimiento.

Se puede decir que la Terapia Gestalt tiene sus raíces en el aquí y en el ahora, más se restringe en la pulcra, pero sí como una interpretación que se transmite como postura corporal, ten-

ción, ya que forma parte de la relación individuo-ambiente, incluye pensamiento y sentimiento pero se basa en la percepción actual de la situación actual, pues se destaca dentro de sus fundamentos el ser más importante al "cómo" que al "por qué".

Una vez señalados los antecedentes principales así como las características más relevantes de esta corriente, considerada dentro de las más importantes de la Psicología, debemos mencionar que el surgimiento de la cultura europea, dada a conocer concretamente en el idioma alemán; sin embargo, fue en Estados Unidos donde se desarrolló y enriqueció, siendo éste un factor determinante para constituirse en una escuela vigente.

II.4 EL DIFERENCIAL SEMÁNTICO:

Se puede decir que el Diferencial Semántico, designado con las siglas D. S., es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos, aunque cada persona ve las cosas de una forma un tanto diferente, todos los conceptos tienen algún núcleo de significado. Esto se observa en que la gente tiende a compartir las definiciones verbales y conductuales de las cosas. De esa manera se puede afirmar que todo concepto posee un significado cultural común. También tiene otros significados, algunos de los cuales son comunes a diversos tipos de personas y algunos son más o menos de idiosincrasia.

Anteriormente el psicólogo se veía limitado en la medición

de los significados por carácter de las características asociadas. Ahora bien, el problema es muy diferente de los problemas que surgen al tratar con otras variables como son la emoción y la inteligencia, ya que igualmente pueden ser evaluados por las teorías existentes.

Después fue el autor del D. S. y lo realizó con el propósito de evaluar el significado que tiene un objeto para un sujeto, es decir, el significado connotativo de un concepto. Para fundamentar esto, propone la teoría del significado centrada sobre el proceso de mediación representacional, donde supone que los signos tienen un carácter representacional, cuya naturaleza se aprende. No hay una conexión directa entre él y el objeto al cual representa, ya que el estímulo se convierte en signo en tanto provoca en el organismo ideas o pensamientos (disposiciones) de naturaleza semejante o igual a las producidas por el objeto significado. Tales pensamientos son entón los mediadores entre el signo y el objeto representado; es decir, forman el significado del objeto. Ahora bien, el concepto o signo se encuentra dentro del "Espacio Semántico" que está compuesto por un número determinado pero desconocido de factores o dimensiones del significado.

Después planteó: bajo qué condiciones un estímulo que no es el significado se vuelve un signo de ese significado. Después de muchos estudios llegó a la siguiente conclusión: "Siempre que algún estímulo que no sea el significado sea contiguo al significado, adquirirá un cuanto de asociación con alguna porción de esta conducta total surgida debido al significado como un proceso representativo medi-

dar". (9) El D. S. sería el índice para medir los procesos representati-
tivos en la conducta del lenguaje de acuerdo a las teorías del -
aprendizaje.

Es importante mencionar que el D. S. no es un test psicoló-
gico en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento
con un número definido de reactivos, clasificaciones y baremos especí-
ficos. Constituye más una técnica 'muy generalizada' de medida (10)
que exige una adaptación de su forma y contenido según el tipo de orga-
nismo a investigar.

Si los conceptos que se evalúan, ni las escalas bipolaras -
pueden considerarse típicos, ya que éstos dependen del estudio a reali-
zar. Así por ejemplo, se pueden determinar diferencias del signifi-
cado entre personas, grupos, culturas, etc., y se podrán hacer inferen-
cias respecto de conductas frente a los sujetos representados por
signos. Es así que la medida del significado es una forma de medir -
la actitud.

El D. S. es esencialmente una combinación de asociaciones -
controladas y procedimientos de escalas en donde se le da al sujeto -
un concepto y un grupo de escalas de adjetivos bipolares, con los que
va a juzgar y él tiene que indicar para cada escala la dirección de -
su asociación y su intensidad en la escala bipolar.

(9) En: The Measurement of Meaning, p. 8

(10) En: El Conferencial Semántico del Idioma Español, p. 39

Así pues, el D. S. consta de varias escalas (cada una de las cuales es un par de adjetivos bipolares) escogidos entre muchos para un determinado propósito de investigación, y de los conceptos que deben evaluarse con ellos. Las escalas o adjetivos suelen ser escalas estimativas de siete puntos, cuyo origen fue determinado empíricamente. En otros términos, cada una mide uno, a veces dos de los factores o dimensiones básicas en los que según los hallazgos de Dagood se basan las escalas y éstas son:

- 1) Evaluación
- 2) Potencia
- 3) Actividad

y a estos factores (IPK) se les describe como:

1) Evaluación: Está formada por adjetivos de carácter evaluativo, que permiten al sujeto valorar el concepto, tales como: bueno-malo, bonito-feo, agradable-desagradable, etc.

2) Potencia: Son aquellos adjetivos que le dan al sujeto una idea de fuerza o poder, como son: fuerte-débil, pesado-delicado, etc.

3) Actividad: son adjetivos que expresan al sujeto una idea de movimiento, como: rápido-lento, caliente-frío, etc.

Con algunas medidas de este tipo, pueden obtenerse con - -

gran economía medidas confiables relativas a la persona que responde. La razón es que un concepto se clasifica en varias escalas asociadas con una sola dimensión y que los resultados se promedian para obtener un porcentaje de factor correspondiente a cada dimensión. Las medidas (EPA) son especialmente adecuadas cuando el interés del investigador se centra en respuestas afectivas.

El D. S. ha sido usado como medida de actitud en múltiples proyectos. Goggin y Cole. [1967] publicaron estudios exploratorios en los cuales se usó el D. S. para calcular el grado de actitud como resultado de un gran número de programas.

El factor evaluativo del D. S. parece encontrar todos los criterios para una adecuada medida de la actitud. La actitud la identificamos como una de las más grandes invenciones del significado en general y para extender los procedimientos del D. S. hacia una importante área social, así como en la clínica.

Se ha dicho que las actitudes son aprendidas e implícitas, son estados del organismo que son adquiridos de la misma manera que otras actividades internas son adquiridas.

Deben existir ciertos requisitos para trabajar adecuadamente con el D. S. Estos son metodológicos, escalares, estadísticos y prácticos, y se pueden sintetizar como:

- 1) Selección de escuelas escolares.
- 2) Procedimientos y recolección de datos / procesamiento del instrumento.
- 3) Transferencia y análisis estadísticos de los datos.

1) Seleccionar conceptos que guarden relación con el problema de investigación. Es, por supuesto, más rigurosa la selección y análisis de los conceptos:

- a) Solicitar cierta respuesta en los sujetos para producir una relación entre ellos.
- b) Que establezcan cierta grado de relación específica.

En la selección de escuelas se tomaron 4, divididos en 2 evaluativas, 2 de asistencia y 2 de actividades, a fin de establecer relación con presentarse instrumentos evaluativos, ya que son las más representativas. En el presente estudio se está por utilizar en su mayoría técnicas evaluativas, por estar fijas las relaciones al problema de investigación.

2) El instrumento de presente con objetivos escolares como rasgo entre el por datos estadísticos específicos, cuyo valor sea

$$\frac{+3}{4} + \frac{-3}{4} + \frac{0}{2} + \frac{0}{4} + \frac{+3}{3} + \frac{-3}{2} + \frac{-3}{2}$$

La actitud del sujeto se toma como favorable si son rasgo + al solo +3 o desfavorable rasgo al -3; si lo pertenecer con en la escala de origen 4 a 0, se define como un rasgo de neutralidad de la

actitud. La intensidad de la actitud es indicada mediante qué tan lejos de la dimensión evaluativa del origen se encuentra la puntuación.

El significado tiene una localización en el espacio semántico; por lo tanto, es cierto que diferentes actitudes impliquen diferentes conductas hacia los objetos significantes.

3) El tratamiento estadístico depende del tipo de diseño.

El D. S. se ha utilizado básicamente en cuatro campos de la Psicología:

- a) Medición de Actitudes
- b) Investigación Transcultural
- c) Área Social
- d) Área Clínica

Como podemos darnos cuenta a lo largo de esta descripción del D. S., es un instrumento sumamente útil en las manos del psicólogo.

La Elaboración del Diferencial Semántico en Médicos: El Dr. Díaz Guerrero ha dirigido varias investigaciones utilizando el D. S. en México, y después de estandarizar una serie de sustantivos y realizar la construcción de escalas bipolaras, obtuvo una lista de 60 - escalas bipolares, donde la estructura (SPA) aparece claramente dife

rencia y es así como surge "El Diferencial Semántico del Idioma Español".

Con base en la teoría de Capood y teniendo en cuenta la estandarización de las escuelas bipolares de Días Guerrero, se elaboró - al grupo de reactivos para esta investigación. [ver apéndice]

CAPITULO - III

QUE ES EL PROMERE

El PROMERE es el nombre con el que se identifica al "Programa - para Mejorar la Relación del Trabajador de la Salud con el Derechohabiente" en el ISSSTE. Su diseño se realizó en la Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, como una respuesta a la permanente problemática que representan las quejas de los derechohabientes, principalmente hacia la Subdirección General Médica.

De manera continua el área médica del Instituto recibe enormes presiones por parte de los derechohabientes, quienes demandan calidad en los servicios. Se ve en la Institución que en ocasiones la infraestructura no es suficiente, en otras hay deterioro en el equipo, materiales y en la mayoría de los casos se evidencian la mala atención por parte del trabajador de la salud. Estas conclusiones se pusieron de manifiesto en reuniones que sostuvieron los titulares de las Subdirecciones generales mencionadas, resaltando la necesidad de mejorar el trato al derecho-

habiente. De tal forma se decidió actuar en aquellos aspectos que fueran susceptibles de modificarse, principalmente en las áreas motivacional y de sensibilización.

Fue así que se tomó como punto de partida para la realización del PROMERE las investigaciones efectuadas por M. S. E. Salinet (1961); — sin embargo estos estudios se centraron en la relación médico-paciente, y en el Instituto se pretendía acercar a todo el equipo del área de la salud. Por tratarse de un grupo interdisciplinario, se vio la necesidad de ampliar el contenido del programa incluyéndose técnicas de la Teoría de la Gestalt principalmente, y se enriqueció con algunos conceptos de diferentes teorías.

A continuación describiremos el contenido así como la realización del PROMERE.

Para desarrollar el PROMERE generalmente participan 8 instructores, debido a su larga duración y a que la temática es variada. El curso consta de 10 sesiones de 5 horas cada una, sumando 50 horas en total, en un período de 2 semanas, en turno matutino o vespertino.

El programa se inicia con la presentación de cada uno de los instructores, se da la información general, haciendo un esbozo de la estrategia de trabajo, mencionando las reglas de participación. Posteriormente, se detectan las expectativas de los participantes, presentándose ante el grupo cada uno de ellos y mencionando qué espera del curso.

El primer tema del Programa es Comunicación, el cual aborda concepto, definición, diferentes formas de comunicación, así como las barreras de la misma. El participante analizará su propia comunicación para ubicar su estilo, descubrir su despersonalización, comprender su relación con su fenomenología y descubrir también cómo se comunica y para qué se comunica así. Esto se realiza con diferentes técnicas, como son: Eje positivo, Dramatización y Corrillos.

El segundo tema es el de motivación, se analiza su concepto, definición, así como la teoría de A. Maslow, con lo que se pretende que el participante identifique los siguientes aspectos: El nivel de jerarquía de necesidades en que se encuentra, cómo satisface sus necesidades de afecto y finalmente determinará cuál es el motivo de su vida; para lograr lo señalado anteriormente se utiliza la técnica expositiva, contando con lluvia de ideas, interrogatorio y sesión ejemplificación.

La sensibilización es el tercer tema que se aborda en el curso en donde prácticamente la totalidad del contenido se refiere a la Teoría Gestalt contemplando los principios de la misma, los conceptos, el darse cuenta. Esto con el propósito de que el participante explore las sensaciones con las que haga contacto a fin de establecer relaciones empáticas con otros, reconocer responsable de sus actos y darse cuenta de sus existencias. Las técnicas utilizadas en esta ocasión son la expositiva, corrillos y el ejercicio vivencial "óscaras".

Como cuarto tema se presenta Personalidad; el enfoque que se aplica es fundamentalmente el análisis transaccional, tomando como punto

de partida la posición existencial, las emociones auténticas y rebuscadas, caricias, para que el participante evalúe el funcionamiento maduro, sano y equilibrado de su personalidad a través de identificar sus propios rasgos psíquicos y culturales que considere positivos y negativos, así como para profundizar en su posición existencial y su forma de relación con el mundo, recordando la historia de su vida e identificando sus rebuscos.

Manejo de conflictos es el quinto tema que se desarrolla en el PROGRESO. Se define el concepto, se busca su clasificación como saludable o inproductivo, se exponen las diferentes tipos de conflicto como son el interpersonal y el intrapersonal, con el objetivo de que el participante identifique la imagen ideal que tiene de sí mismo, así como su relación con el autoconcepto saludable y el patológico, a fin de reconocer y aceptar las prioridades, descubrir sus opciones, diferenciar sus conflictos con los de otros para llegar finalmente a la decisión firme, autónoma y responsable de resolver el conflicto. Para este tema se utilizan técnicas expositivas, vivenciales y corporales.

Como sexto tema se aborda el Contexto Clínico Hospitalario, tomando como base los conceptos desarrollados por V. Balint dentro del estudio de la relación médico-paciente, extrapolándolos a la relación trabajador de la salud-usuario/cliente, en donde se propone la evaluación de la enfermedad de los pacientes, los exámenes, el diagnóstico, el concepto de enfermedad, la prescripción para proponer dentro del grupo el perfil del enfermo, así mismo se busca definir el perfil del trabajador de la salud, mencionando dentro de este tema la hiperresponsabilidad (síndrome), que en ocasiones se presenta en este trabajador.

Lo que se busca al explorar los temas antes mencionados es que el participante confronte su conducta habitual con el derechohabiente a través de: revisar y analizar su contacto con el derechohabiente, identificar las características del mismo, qué lo "engancha", descubrir las gratificaciones que obtiene el derechohabiente, para finalmente concluir con una propuesta concreta para tratar de equilibrar esta relación. En este tema se utilizan las técnicas expositiva y demostrativa.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

IV.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Saber si el PROMEP logra un cambio de actitud en los integrantes del equipo de salud de las Unidades Médicas-Hospitalarias en el sistema.

IV.2 HIPOTESIS:

H1 "El PROMEP logra un cambio de actitud en el trabajador de la salud, en relación con el derechohabiente".

Ho "El PROMEP no logra un cambio de actitud en el trabajador de la salud, en relación con el derechohabiente".

IV.3 VARIABLES:

Variable independiente.- Curso de 60 horas de PROMERE.

Variable dependiente.- Cambio de actitud en los participantes; es decir, modificar su comportamiento hacia el derechoahiente, en bien del servicio.

IV.4 TIPO DE MUESTRA Y SUJETOS:

Nuestro universo son los médicos y enfermeras de las Unidades Médico-hospitalarias del Instituto. En la selección de la muestra no se tuvo intervención, ya que los titulares de las clínicas y hospitales determinarían quienes son los médicos y enfermeras que asisten al curso, por lo que la muestra es al azar, incidental.

La muestra estuvo formada por 60 personas divididas en dos grupos, el primero de 30 enfermeras generales y especialidades y el segundo de 30 médicos generales y especialistas.

IV.5 INSTRUMENTO:

Para realizar la evaluación del PROMERE se utilizó el cuestionario del Diferencial Semántico. [ver anexo].

IV. 6 ESPORADICAMENTE:

El Programa se llevó a cabo en el Aula Magna de la Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos del IESSPE, sito en Ciénega No. 75, colonia Juárez, de esta ciudad.

IV. 7 PROCEDIMIENTO:

Por ser el PROMERE uno de los programas prioritarios dentro de la Capacitación del Instituto, nos interesamos en conocer los resultados del mismo, por lo que conversamos con el Subdirector de Capacitación y Servicios Educativos, quien nos otorgó las facilidades para poder evaluar el Programa.

Como primer paso elaboramos el cuestionario del D. E., a aplicar con 10 escalas bipolares para evaluar 9 conceptos.

Una vez que se obtuvo la muestra de 20 médicos y 20 enfermeras que resultaron de 4 grupos que las autoridades médicas del Instituto designaron para asistir al curso, se les aplicó el cuestionario del D. E. Posteriormente participaron en el PROMERE y al término de las 20 horas - de que consta el curso, divididas en 10 sesiones de 2 horas cada una, se les aplicó nuevamente el cuestionario mencionado.

IV.8 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Para el procesamiento de los datos se optó por un análisis de frecuencias, en el que se observó cuantos de los sujetos tenían una actitud positiva y cuantos una negativa hacia la Institución, su centro de trabajo, el trabajo que realiza, el servicio que brinda el Instituto, el médico, la enfermera, el paciente, así como la relación de la enfermera y el médico con el paciente, sin considerar los que contestaron en el centro o punto neutro.

Con el propósito de esquematizar los resultados, se elaboraron gráficos de barras que señalan los porcentajes de las respuestas.

Por tratarse de un estudio cooperativo en el cual el grupo es su propio control, evaluado antes y después del curso, se utilizó la fórmula de chi cuadrada (χ^2) que se describe a continuación:

$$\chi^2 = \frac{N [AD - BC]^2}{(A+C) (B+D) (A+B) (C+D)}$$

$\chi^2 =$ ACTITUD
POSITIVAACTITUD
NEGATIVA

GRUPO 1

A

B

= (A+B)

GRUPO 2

C

D

= (C+D)

 $(A+C)$ $(B+D)$

= H

CAPITULO V

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron en la siguiente forma:

En relación a las Tercias se hizo un análisis de frecuencias de las respuestas según el espacio semántico en el que se ubican, esto es, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3, considerando Excelente, Muy Bueno y Bueno como las tres escalas positivas; Malo, Muy Malo y Péximo como escalas negativas; el cero o escala central no se tomó en cuenta, ya que se considera una respuesta neutral.

En los cuadros aparecen las escalas bipolares en dos grupos, en el primero agrupan las que pertenecen al contexto laboral: Excelente-Péximo, Moderno-Antiguo, Trabajador-Perezoso, Responsable-Irresponsable y Activo-Pasivo. Y en el segundo las que pertenecen al contexto afectivo: Agradable-Desagradable, Afectuoso-Distante, Amable-Desamable y Educado-Grueso.

La Tabla No. 1 nos muestra la imagen que tienen los edificios con respecto a la Institución, en la cual podemos apreciar que en forma general se dio un cambio favorable, ya que de [24%] de respuestas para las áreas positivas en la primera evaluación aumentó a [47%] en la segunda, y de [45.7%] de respuestas para las áreas negativas en la primera evaluación disminuyó a [20.5%] en la segunda evaluación, después del curso. Asimismo, de manera particular, en la segunda evaluación mejora la imagen, ya que aumenta en las áreas Muy Buena (4%), -- Buena (5%) y disminuye en Mala (.2%), Muy Mala (.5%) y Pésimo (.2%).

(Ver Tabla No. 1)

Como podemos observar en el Cuadro No. 1 que corresponde a la imagen que tienen los edificios con respecto a la Institución, aparecen el número de respuestas de cada escala bipolar. Dentro del ámbito laboral en donde se manifestó el cambio más favorable fue en la escala Excelente-Artefacto y en segundo lugar Excelente-Pésimo; en lo relativo al contexto efectivo en donde se dio mayor cambio fue en la escala Educado-Bruto y en segundo término Afectuoso-Distantes.

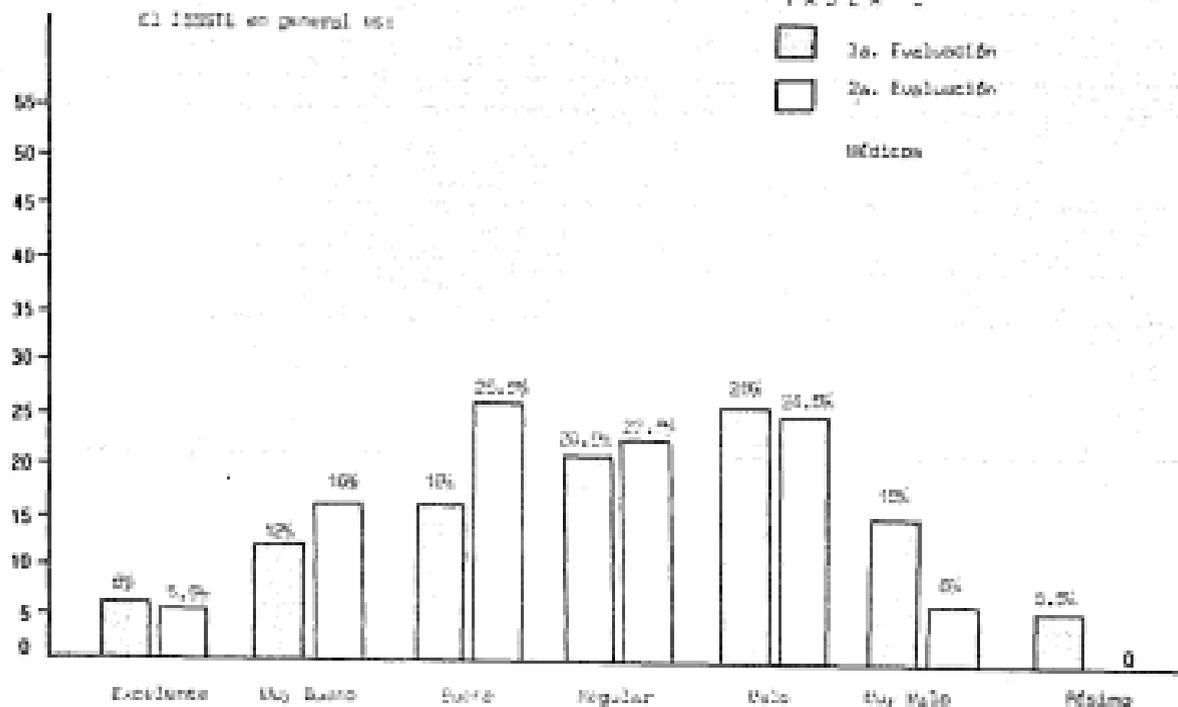
(Ver Cuadro No. 1)

El ISSSTE en general usa

T A B L A 2

- 1a. Evaluación
- 2a. Evaluación

México



CUADRO 1
 MEDIDAS

1.- EL DEBENTE EN GENERAL EN:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- MODERNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- AGRADABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- AFECTUOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- TRABAJADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- AMABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- ACTIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- ADIRABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- EDUCADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

- CONTEXTO LABORAL

• CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION



En la Tabla No. 2 podemos observar que la imagen que tiene el médico con respecto a su centro de trabajo mejoró en términos generales después del curso, ya que de (50.9%) de respuestas para las áreas positivas aumentó a (59%) en las mismas, en la segunda evaluación y de un (29.9%) de respuestas para las áreas negativas, disminuyó a (12%) después del curso. De manera particular podemos decir que no se presentó cambio en Excelente, y la escala Muy Bueno presentó un incremento de (10.9%), la escala Bueno tuvo una disminución de (2%). Con respecto a las escalas Malo, Muy Malo y Pésimo se puede observar que en todas disminuye el número de respuestas, de la siguiente manera: (9.9%), (9.9%) y (.9%), respectivamente. En conclusión, el mayor cambio se dio en las escalas Muy Bueno y Muy Malo.

(Ver Tabla No. 2)

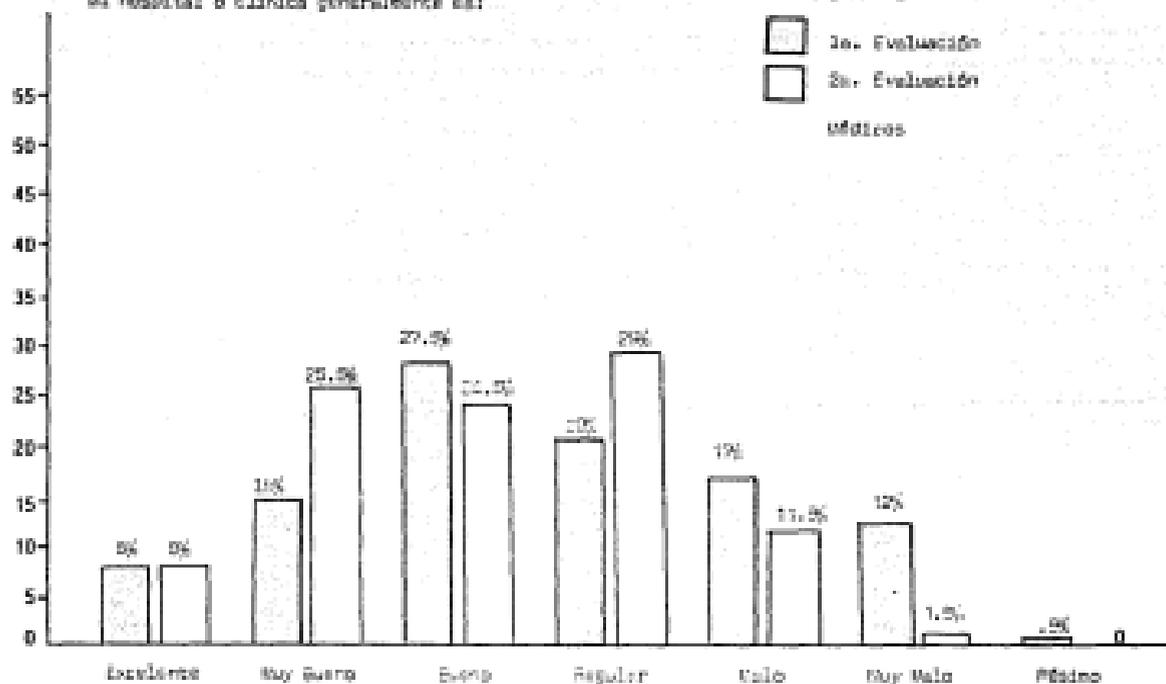
El Cuadro No. 2 nos muestra la imagen que tiene el médico de su centro laboral, apreciamos mayor cambio en dos escalas del contexto laboral que son: Excelente-Pésimo y Activo-Pasivo. Asimismo, dos escalas del contexto afectivo: Educado-Cruero y Admirable-Desagradable. En el resto de las escalas se puede apreciar un ligero cambio, aunque más notorio que las otras mencionadas y en la que prácticamente no se mostró cambio fue en Moderno-Antiguo.

(Ver Cuadro No. 2)

En hospital o clínica generalista es:

TABLA 2

1a. Evaluación
2a. Evaluación
Médicos



CUADRO 2
MÉDICOS

2.- MI HOSPITAL O CLÍNICA GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1 2	2 7	3 8	4 6	5 2	6 -		POSITIVO
- MODERNO	2 9	3 4	4 4	5 3	6 3	7 1		ANTIGUO
+ AGRADABLE	2 2	3 2	4 5	5 4	6 2	7 1		DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO	2 2	4 5	5 6	6 5	7 1	8 -		DISTANTE
- TRABAJADOR	2 1	3 5	4 6	5 7	6 3	7 4		PROFESOSO
+ AMABLE	1 -	3 5	4 3	5 7	6 3	7 1		DESCORTES
- RESPONSABLE	2 2	3 4	4 5	5 7	6 1	7 -		IRRESPONSABLE
- ACTIVO	2 2	1 1	3 2	4 4	5 4	6 -	7 -	PASIVO
+ ACORRABLE	1 1	5 4	4 5	4 10	3 -	4 -		DESACORRABLE
+ SOLICITADO	1 1	4 4	3 5	3 5	5 3	4 1		GRUPO

+ CONTENIDO LABORAL

+ CONTENIDO AFECTIVO

EVALUACION



En la Tabla no. 3 se observa la imagen que tiene el médico acerca de su trabajo, se puede apreciar un cambio muy favorable ya -- que de (73%) de respuestas en la primera evaluación para las áreas positivas aumentó a (84%) el número de respuestas para las mismas áreas en la segunda evaluación, y de un (5.5%) para las negativas en la primera evaluación se eliminaron totalmente este tipo de respuestas en la segunda. De manera particular se observa que hay un cambio favorable en cada una de las áreas por lo (84%) de las respuestas se presentaron en las escalas Excelente, Bueno y Muy Bueno, y únicamente el (6%) en la escala Regular, no obteniendo ninguna respuesta para las áreas negativas.

(ver Tabla No. 3)

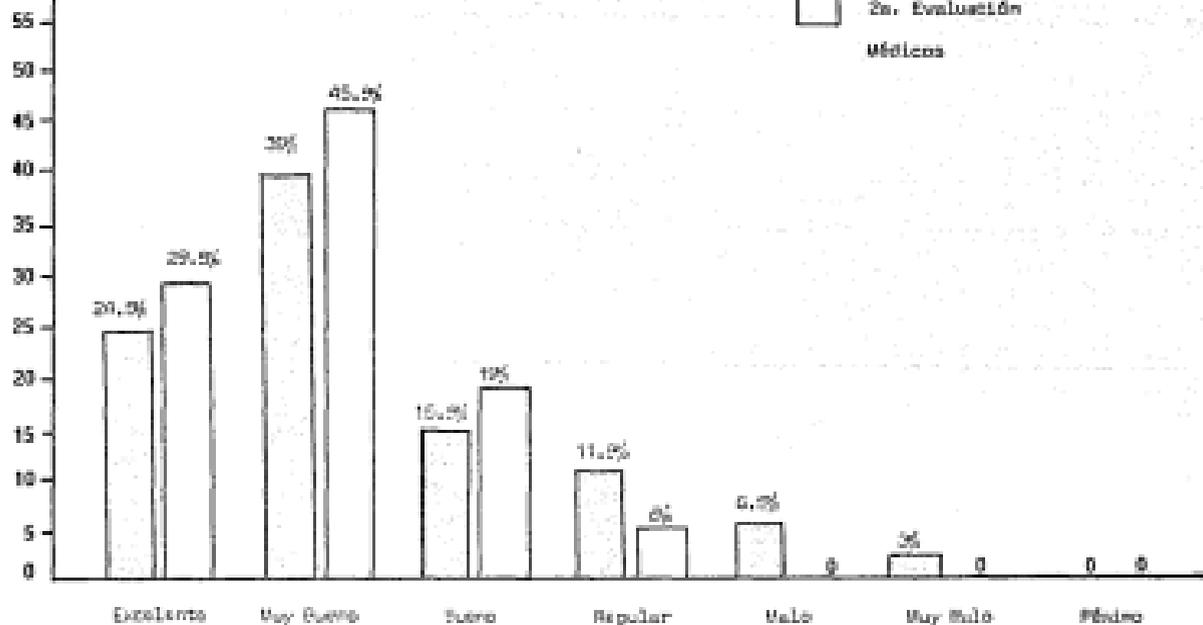
En el Cuadro No. 3, en el que se plasman las respuestas del médico con respecto a su trabajo se aprecia cambio en la mayoría de las áreas; sin embargo, el cambio más significativo se presenta en -- dos escalas de tipo afectivo que son: Admirable-Desagradable y en segundo lugar Afectuoso-Distante. Otras escalas que también tuvieron cambio favorable, sin ser éste tan importante como en las anteriores fueron: Del área afectiva Educado-Grueso y del área racional Moderno-Antiguo, Trabajador-Perezoso y Responsable-Irresponsable.

(ver Cuadro No. 3)

El Trabajo generalizado es:

TA B L A 3

■ 1a. Evaluación
 □ 2a. Evaluación
 Médicos



CUADRO 3

MÉTODOS

3.- NO TRABAJO GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	2 3	10 11	5 6	3 4				PESSIMO
- MODERNO	3 4	7 11	6 7	4 5	1 1			INTERMIO
+ AGRADABLE	7 6	5 10	4 5	2 3	1 1			DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO	4 7	8 9	5 6	3 4	1 1		1	DISTANTE
- TRABAJADOR	6 5	7 8	5 6	2 3	2 1			PERCIBIDO
+ AMABLE	5 6	10 7	2 3	1 2	1 2		1	DESCORTES
- RESPONSABLE	6 4	5 6	5 5	1 2	2 1		1	IRRESPONSABLE
- ACTIVO		6 7	2 3	1 1			1	PASIVO
+ ADMIRABLE	1 3	3 5	2 3	4 5	2 2		1	DESADMIRABLE
+ EDUCADO	7 9	1 3	2 3	2 3	1 1		1	GROSIERO

+ CONCORDIA LABORAL

+ CONCORDIA AFECTIVO

EVALUACION

20.
22.

En la Tabla No. 4 se muestra la imagen que tienen los médicos en relación con "el médico del ISSSTE" y nos indica que en forma general se presentó un cambio favorable tanto en las áreas de tipo positivo como en las de negativo, aumento de (57%) en la primera evaluación a (70%) en la segunda, y disminución de (21.5%) en la primera evaluación a (7.5%) en la segunda, respectivamente. En forma particular podemos destacar que en la columna Excelente se presentó un aumento del (5%) y en Bueno del (9.5%), así como una disminución de (17%) en Muy Malo; Malo y Pésimo no mostraron gran cambio, pero el poco que presentaron fue favorable, solamente en la columna Muy Bueno hubo una disminución del (2%) en respuestas positivas.

(Ver Tabla No. 4)

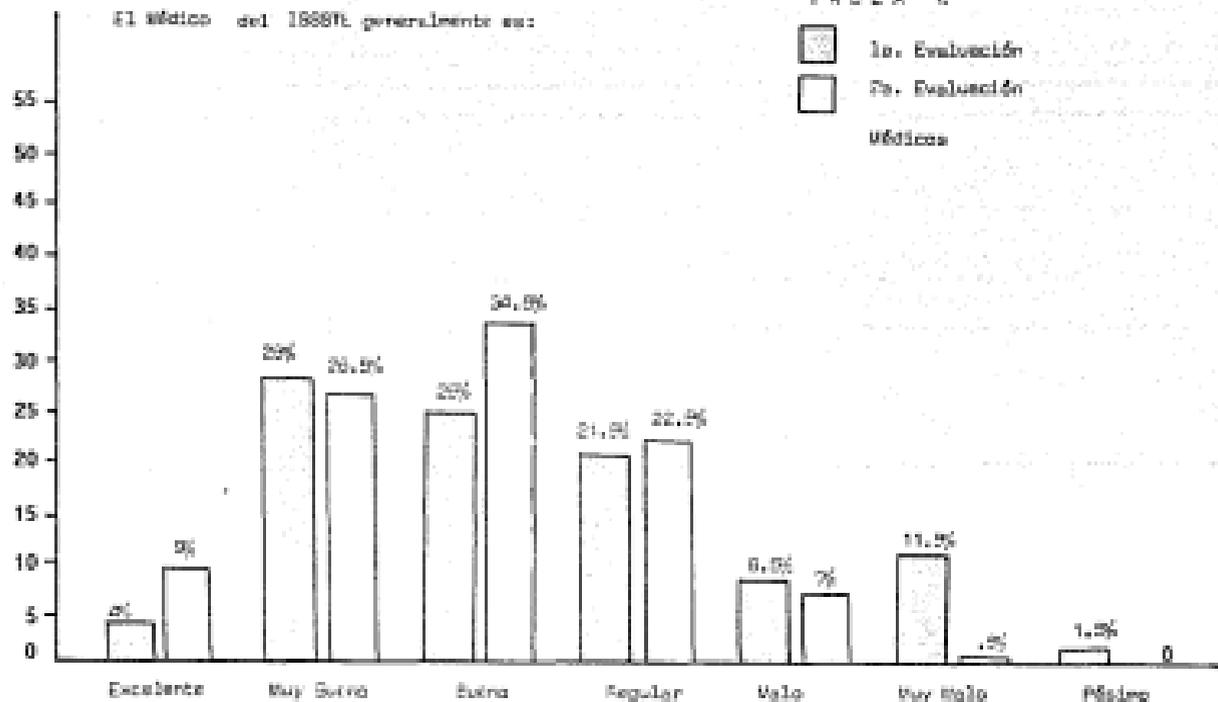
El Cuadro No. 4 nos muestra la imagen que tiene el médico en relación con "el médico del ISSSTE" y podemos observar que en todas las áreas se dan cambios favorables; sin embargo, es en el contexto laboral donde podemos ver con mayor énfasis esta situación. En la escala que se dio el cambio más significativo fue en Moderno-Antiguo y en segunda término Excelente-Pésimo, y finalmente Trabajador-Perseguido. Dentro del contexto afectivo en la escala que se presentó mayor cambio fue Educado-Gracioso.

(Ver Cuadro No. 4)

El Médico del ISSSTE generalmente es:

TABLA 4

 1a. Evaluación
 2a. Evaluación
 Médicos



**CUADRO 4
INDICES**

4.- EL MÉDICO DEL ÍNDICE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	PESEM
- MODERNO	1	2	3	4	5	6	7	8	ANTIGUO
- AFABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	DESACRABLE
- AFECTUOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	DISTANTE
- TRABAJADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	PÍFIDO
- AMABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	OCORTES
- RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	INRESPONSABLE
- ACTIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	PASIVO
- ADMIRABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	DESACRABLE
- EDUCADO	1	2	3	4	5	6	7	8	GUICERO

- CONTEXTO LABORAL

- CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION

1a.
2a.

La Tabla No. 5 señala como perciben los médicos a la enfermera del ISSSTE y podemos apreciar que en términos generales se presenta un cambio positivo al aumentar de (32%) en la primera evaluación a (60.8%) en la segunda, para las áreas positivas, y disminuir de - - (20.8%) en la primera evaluación a (12%) en la segunda, para las negativas. De manera particular podemos decir que el mayor cambio se dio en cinco escalas: En Excelente aumenta el número de respuestas positivas un (8%), en Muy Buena (11.5%) y disminuyen las respuestas de tipo negativo (5.8%) Mala, (2%) Muy Mala y (3%) Pésima. En la columna Bueno hubo una disminución del (12%) en las respuestas positivas.

(ver Tabla No. 5)

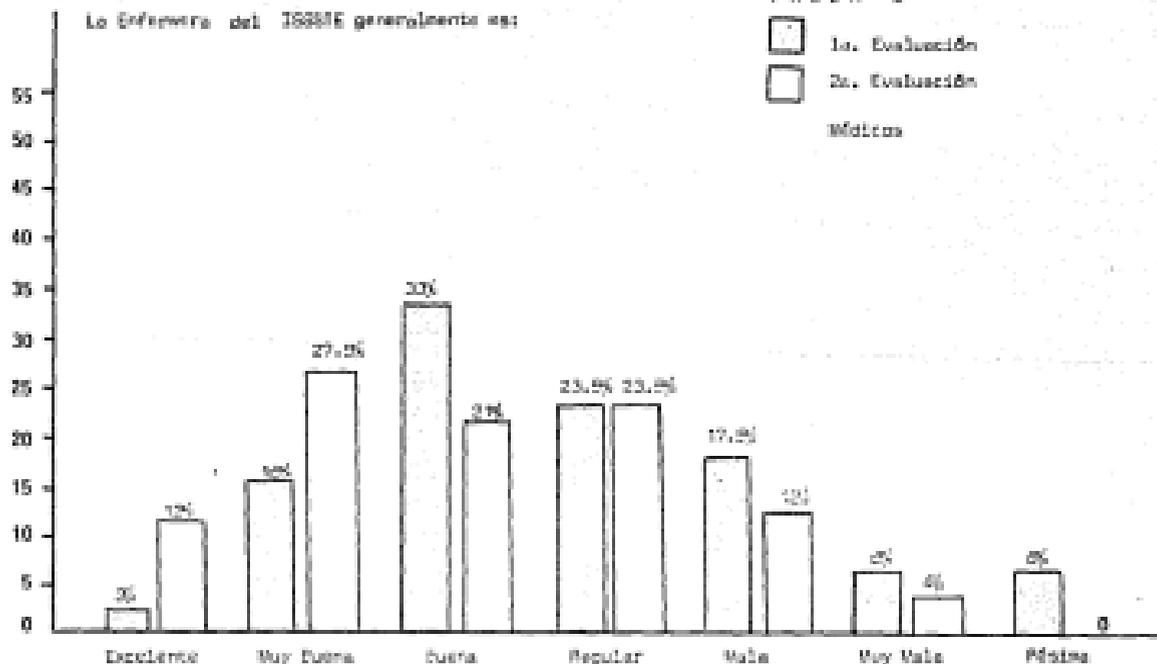
El Cuadro No. 5 nos muestra como percibe el médico a la enfermera del ISSSTE y podemos apreciar que exclusivamente hubo cambio favorable en el contexto lateral, siendo Moderna-Antigua la escala en donde se enfatiza el cambio, y en segundo término Activa-Pasiva, Escog Lento-Pésima y Trabajadora-Perezosa. Asimismo podemos mencionar que en cuatro de las cinco escalas del contexto afectivo no se presentó - cambio alguno.

(ver Cuadro No. 5)

Lo Enfermero del ISSMTE generalmente es:

T A B L A 5

1a. Evaluación
2a. Evaluación
Mediana



CUADRO 5

MÉDICOS

5.- LA ENFERMERA DEL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6		PERDIDA
- MODERNA	2	2	5	4	5	3		ANTIGUA
+ AGRADABLE	3	4	7	4	1	1	1	DESAGRADABLE
+ AFECTUOSA	3	5	6	5	5	-	-	DISTANTE
- TRABAJADORA	1	1	7	6	4	2	1	PERCIBIDA
+ AMABLE	3	5	4	2	5	1	-	DESCORTES
- RESPONSABLE	4	4	2	2	3	1	2	IRRESPONSABLE
- ACTIVA	3	5	4	4	2	1	2	PASIVA
+ AGRADECIDA	2	3	3	3	2	1	-	DESAGRADABLE
+ COLCADA	1	3	6	6	2	-	2	DIRIGIDA

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION

1a.	2a.
-----	-----

Dentro de la Tabla No. 5 en donde se destaca como percibe el médico a los pacientes del ISSSTE, podemos señalar que el cambio fue totalmente favorable, ya que de forma general aumentan a más del doble las respuestas de tipo positivo y disminuyen a menos de la mitad las de tipo negativo, pasando de (37.5%) en la primera evaluación a (58%) en la segunda y disminuyendo de (44.5%) en la primera evaluación a (20%) en la segunda, respectivamente. De manera particular se observa un cambio favorable en cinco ítems, aumentando las respuestas positivas en (9%) Muy Bueno y (20%) Bueno. Asimismo, disminuyen las respuestas de tipo negativo en (3%) Mala, (7.5%) Muy Mala y (14%) Pésimo, análogamente en la escala Excelente hubo una disminución de (.5%) de respuestas positivas, lo cual no es significativo.

{Ver Tabla No. 5}

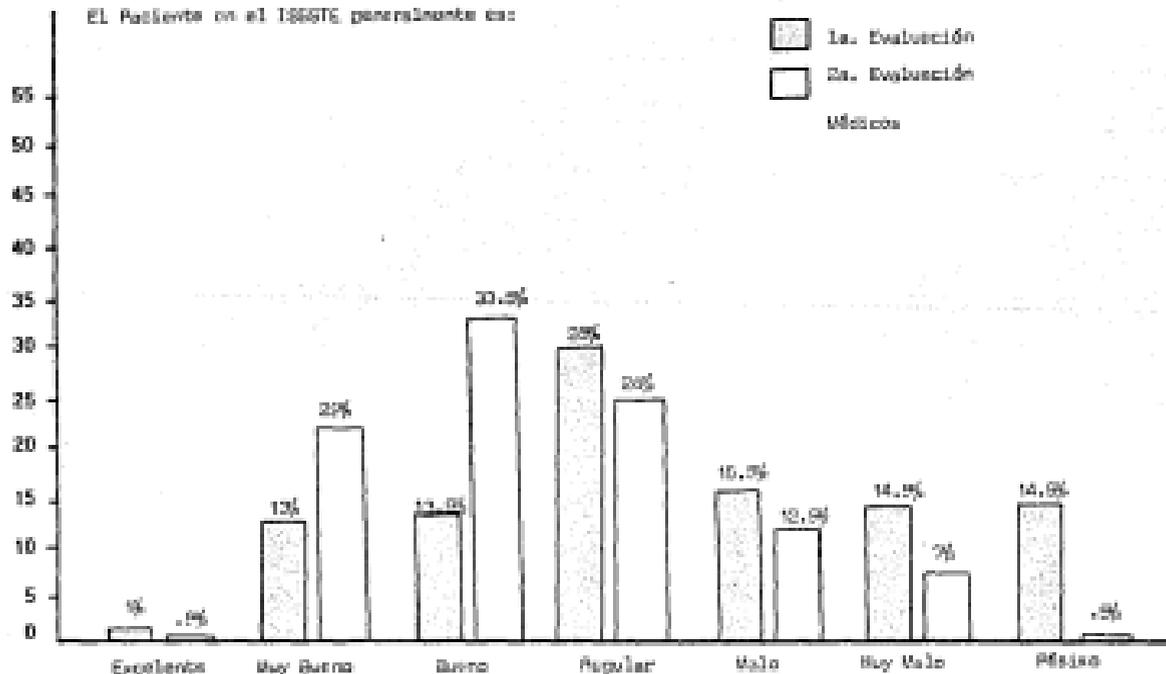
En el Cuadro No. 6, en donde se observa como perciben los médicos a los pacientes del ISSSTE, podemos destacar que hubo un cambio muy favorable tanto en las escalas del contexto laboral como en las de concepción efectiva, ya que se dio un aumento considerable hacia las respuestas de tipo positivo y gran disminución en las de tipo negativo, siendo la escala de mayor cambio Responsable-Irresponsable.

{Ver Cuadro No. 6}

El Paciente en el ICSSTE generalmente es:

T A B L A E

■ 1a. Evaluación
□ 2a. Evaluación
Médicos



CUADRO 6

MÉDICOS

6.- EL PACIENTE EN EL CASO GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE		3	3	5	3	4		PELIMO
- MUY BUENO		-	3	7	5	3	2	ANTIGUO
+ AGRADABLE		3	6	5	4	2		DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO		-	2	6	4	3	3	DESTRATE
- TRABAJADOR		3	1	5	2	3	4	PEREZOSO
+ AMABLE		1	2	4	3	2	3	DESCORTES
- RESPONSABLE		1	-	3	4	1	2	IRRESPONSABLE
- ACTIVO		2	3	1	4	1	2	PASIVO
+ ADMIRABLE		2	-	7	3	3	4	DESAGRADABLE
+ EDUCADO		4	2	5	3	3	2	SOBETO

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION

1a.	
	2a.

La Tabla No. 7 nos muestra la percepción que tiene el médico, del Servicio Médico que brinda el ISSSTE, y podemos mencionar que en la primera evaluación el número de respuestas dentro de las tres escalas positivas fue de un (33%), aumentando a (52.5%) de respuestas positivas después del curso. Asimismo podemos señalar que el número de respuestas negativas era del (39.5%), disminuyendo al (17%) en la segunda evaluación. De manera particular se puede observar que el cambio fue totalmente favorable, presentándose un aumento del (4%) en la escala - Excelente, del (8.5%) en Muy Bueno y del (11%) en Bueno. De igual forma se presentó disminución en las respuestas de tipo negativo, siendo (12%) en Malo, (8%) en Muy Malo y (5.5%) en Péximo.

(ver Tabla No. 7)

En el Cuadro No. 7, en donde se aprecia la imagen que tiene el médico, del Servicio Médico que ofrece el ISSSTE, se destaca que hubo un cambio muy favorable en todas las escalas; sin embargo, tres fueron las más relevantes en el área afectiva y una en el contexto laboral, que son: Afectuoso-Distante, Ansioso-Desconfiada, Admirable-Desagradable y Excelente-Péximo, respectivamente.

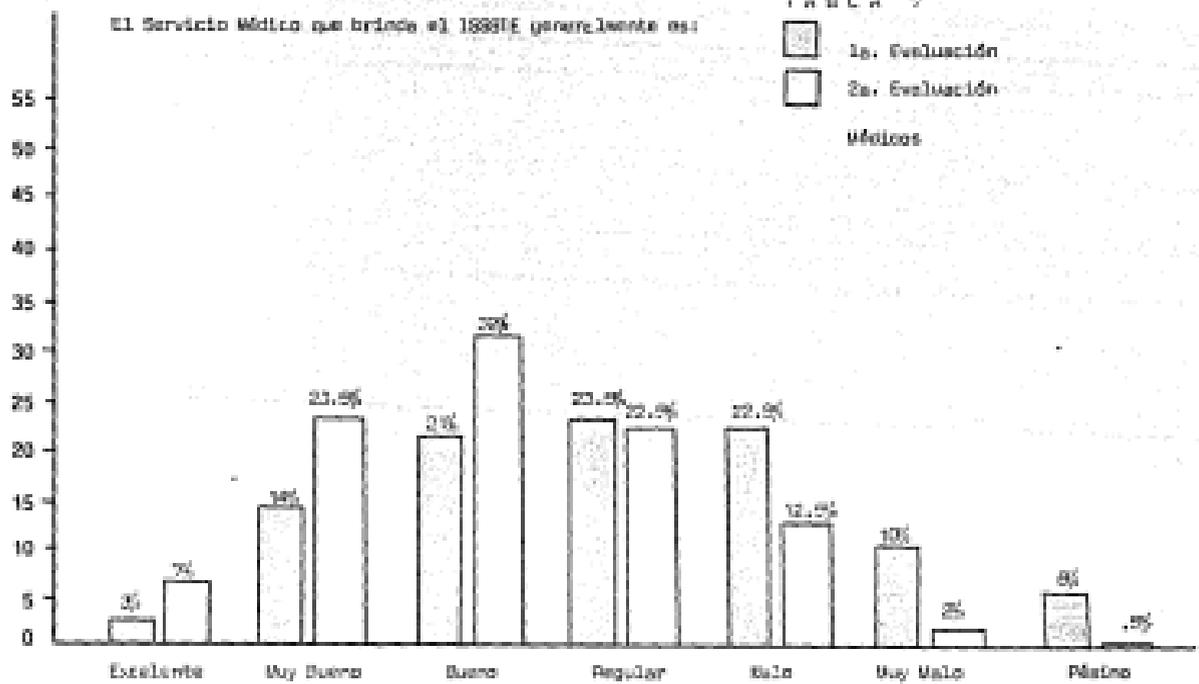
(ver Cuadro No. 7)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El Servicio Médico que brinda el ISSSTE generalmente es:

T A B L A 7

1a. Evaluación
 2a. Evaluación
 Médicos



7.- EL SERVICIO MEDICO QUE BRINDA EL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	-	1	6	4	6	3	1	PERIVO
	1	5	6	5	2	-	1	
- MODERNO	-	2	6	4	4	3	1	ANTIGUO
	1	6	9	2	2	-	-	
+ AGRADABLE	-	3	6	5	2	2		DESAGRADABLE
	1	3	10	6	2	-		
+ AFECTUOSO	-	4	2	3	3	4	1	DISTANTE
	1	3	10	3	7	1	-	
- TRABAJADOR	1	4	3	5	5	1	1	PORGOSO
	2	2	7	2	2	1	-	
+ AMABLE	-	3	5	6	6	2	1	DESCORTES
	2	5	6	3	3	1	-	
- RESPONSABLE	1	3	5	4	5		1	IRRESPONSABLE
	3	6	6	3	3		-	
- ACTIVO	1	3	5	3	4	2	2	PASIVO
	1	5	4	6	3	-	-	
+ ADMIRABLE	1	1	4	5	5	2	2	DESADMIRABLE
	1	4	7	5	3	-	-	
+ EDUCADO	2	4	2	5	4	1	2	GROSERO
	1	7	3	5	3	1	-	

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION

3a.
2a.

La Tabla No. 8 nos muestra como ve el médico, la relación entre la enfermera y el paciente del ISSSTE y mencionamos que en una forma general, en la primera evaluación el número de respuestas a las tres áreas positivas fue de (44.5%) y en la segunda evaluación se elevó a = (73.5%); asimismo, el número de respuestas a las tres áreas negativas fue de (41%), disminuyendo a (14.5%) en la segunda evaluación. De manera particular señalaremos que en todas las escalas se presentó un cambio favorable, siendo la más relevante Buena con (19.5%), siguiendo Muy Bueno con (12%) y Pésimo (3%).

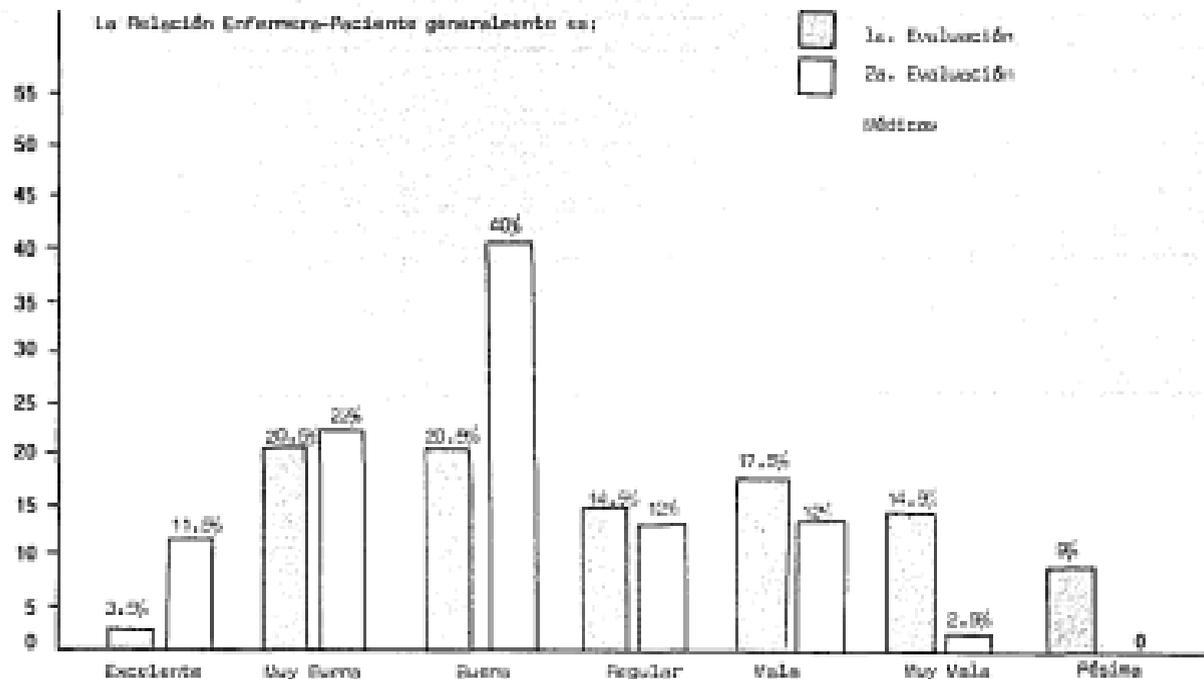
(Ver Tabla No. 8)

En el cuadro número 8 podemos apreciar como percibe el médico la relación entre la enfermera y el paciente del ISSSTE, destacando el cambio muy favorable en las dos áreas, principalmente en tres del campo laboral y una de la afectiva: Trabajadora-Personas, Activa-Pasiva, Moderna-Antigua y Educada-Brosara, respectivamente.

(Ver Cuadro No. 8)

TABLA 8

La Relación Enfermera-Paciente generalmente es:



CUADRO B
MÉDICOS

B.- LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	4 2	3 3	6 9	3 4	5 2	2 -	1 -	PESENA
- MODERNA	1 1	3 3	5 11	2 2	5 3	3 -	1 -	ANTIGUA
* ASRABLE	1 1	4 2	5 11	4 -	2 2	1 1	2 -	DESACRABLE
* AFECTUOSA	- 1	5 2	4 5	1 3	3 2	4 1	2 -	DISTANTE
- TRABAJADORA	1 3	3 4	4 9	4 1	2 3	2 -		PEZUOSA
* AMABLE	1 2	1 5	5 2	2 1	4 3	3 1	1 -	DESCORTES
- RESPONSABLE	- 2	5 5	2 2	4 4	3 3	3 -	2 -	IRRESPONSABLE
- ACTIVA	1 4	2 5	3 6	3 2	3 3	2 -	4 -	PASIVA
* AGRESIVA	1 2	3 2	5 2	3 4	2 2	4 1	2 -	DESACRABLE
* EDUCADA	1 3	2 5	3 2	3 3	4 2	3 1	2 -	CRUELA

- CONTEXTO LABORAL
- * CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION

1a.	2a.
-----	-----

En la Tabla No. 9, en donde podemos apreciar como percibe el médico la relación médico-paciente del ISSSTE, mencionaremos que se presenta un total de (88.8%) de respuestas positivas en la primera evaluación, para aumentar a (78.8%) en la segunda y el número de respuestas negativas fue de (28%) para las tres áreas en la primera evaluación, para disminuir a (10.8%) en la segunda. Al observar cada una de las áreas podemos decir que en cinco de ellas se presenta un cambio favorable, excepto en Salud, en donde la disminución de respuestas positivas es de (8%).

(Ver Tabla No. 9)

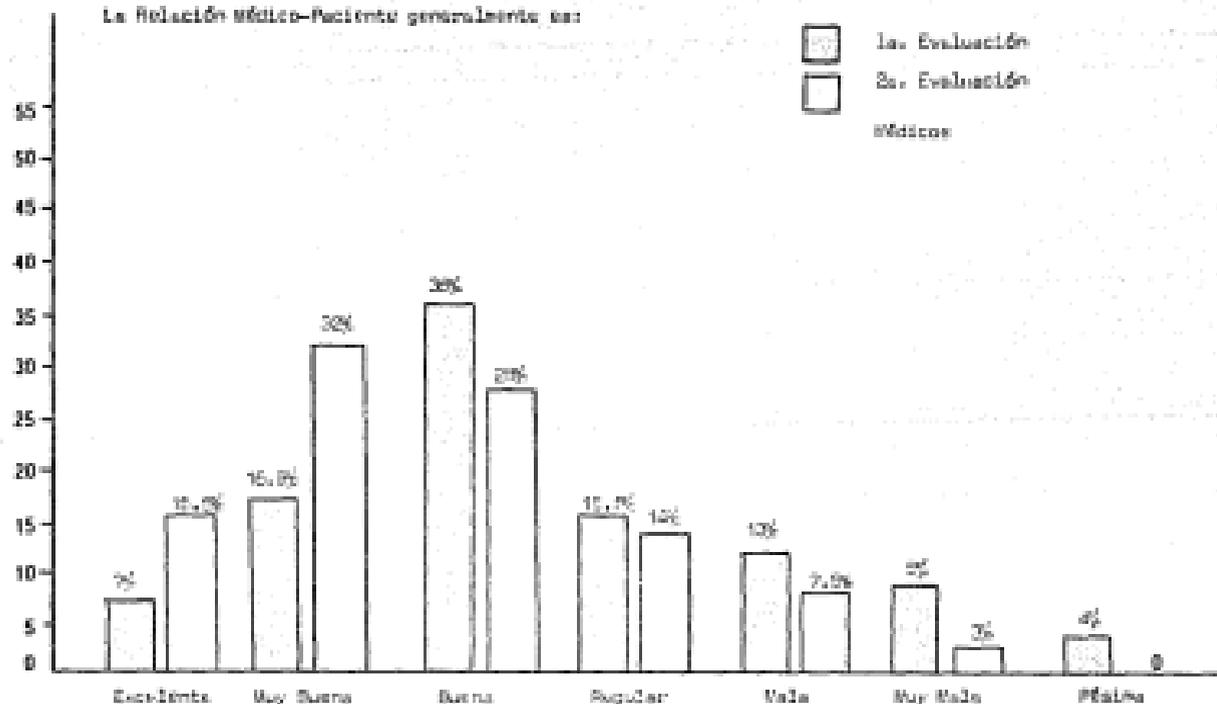
Dentro del Cuadro No. 9, en donde se observa como percibe el médico la relación médico-paciente del ISSSTE, podemos decir que hay un aumento considerable hacia las respuestas positivas en los contextos efectivo y lateral; dentro del cuadro lateral, en donde se presenta mayor cambio es en la escala Trabajo-Jornada-Percepción en primer término, para continuar con Moderno-Antiguo y Activo-Pasivo. En el área efectiva la escala de mayor cambio fue Afectiva-Desafectiva y después Amable-Desconfía.

(Ver Cuadro No. 9)

La Relación Médico-Paciente generalmente es:

T A B L A 9

1a. Evaluación
 2a. Evaluación
 Médicos



CUADRO 9

MÉDICOS

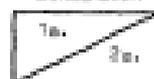
9.- LA RELACION MEDICO-PACIENTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	2	3	6	4	4	1			PESIMA
- MODERNA	-	7	2	1	6	7	1	1	ANTIGUA
+ AGRADABLE	1	4	5	4	3			1	DESAGRADABLE
+ AFECTUOSA	3	2	7	3	3	1	1	2	DISTANTE
- TRABAJADORA	1	3	2	3	2	1			Perezosa
+ AMABLE	2	2	2	3	4	-	1	1	DESCORTES
- RESPONSABLE	2	2	7	6	-	1	1		IRRESPONSABLE
- ACTIVA	1	3	5	1	2	4	1		PASIVA
+ ADMIRABLE	-	3	5	3	3	2	1		DESADMIABLE
+ EDUCADA	2	3	5	2	-	3	1		GRUESA

- CONTENIDO LABORAL

+ CONTENIDO AFECTIVO

EVALUACION



La Tabla No. 10 nos muestra la imagen que tiene la enfermera con respecto al ISSSTE y podemos señalar que en términos generales -- existe cambio favorable, aunque poco significativo, ya que de un -- (36%) de respuestas a las escalas positivas en la primera evaluación, aumentó a (44.5%) después del curso. El número de respuestas a las -- escalas negativas en la primera evaluación fue de (62%), disminuyendo a (31%) en la segunda evaluación. De manera particular podemos observar que el cambio favorable se da en las escalas Muy Buena (10%), y -- una disminución en el número de respuestas de (8%), (4%) y (2%) en -- las escalas Malo, Muy Malo y Pésimo respectivamente. Dentro de la escala Excelente hay una distribución de respuestas positivas igual al -- (5%), lo cual no es significativo.

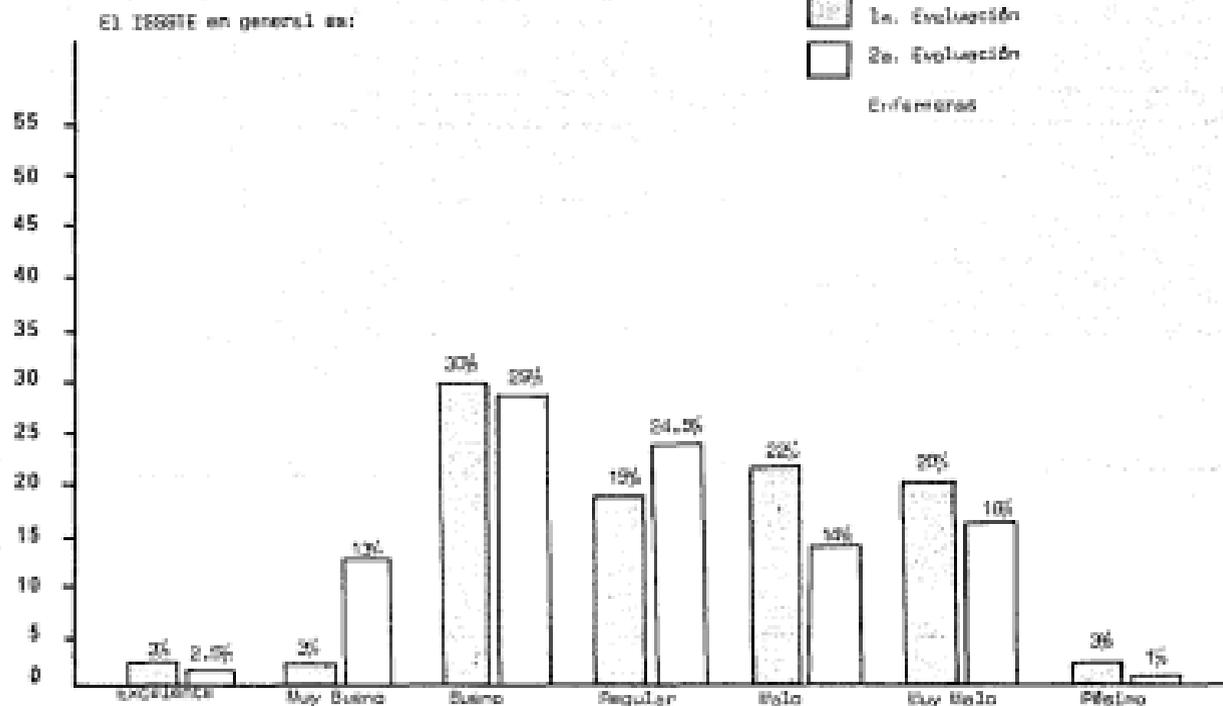
(Ver Tabla No. 10)

En el Cuadro No. 10, aparece como percibe la enfermera al -- ISSSTE y podemos decir que siete son las escalas en donde se da cambio favorable, en dos no hay cambio y en una se presenta cambio desfavorable. El cambio favorable se da de igual forma en las escalas del contexto laboral como del afectivo, siendo las de mayor importancia -- Responsable-Irresponsable y Afectuoso-Distante respectivamente. Las escalas donde no hubo cambio fueron Amable-Desagradable y Admirable-Desagradable y la escala donde no se presentó cambio favorable sino desfavorable fue Excelente-Pésimo.

(Ver Cuadro No. 10)

TABLA 10

1a. Evaluación
 2a. Evaluación
 Enfermeras



CUADRO 10

ENFERMERAS

1.- EL ISSSTE EN GENERAL, ES:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6	7		PASIVO
- MODERNO	1	2	3	4	5	6	7		ACTIVO
- AGRADABLE	1	2	3	4	5	6	7		DEGRADABLE
- AFECTUOSO	1	2	3	4	5	6	7		DISTANTE
- TRABAJADOR		2	3	4	5	6	7		PERCIBIDO
- AMABLE		2	3	4	5	6	7		DESCORTES
- RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	IRRESPONSABLE
- ACTIVO		2	3	4	5	6	7	8	PASIVO
- ADMIRABLE		2	3	4	5	6	7	8	DEGRADABLE
- EDUCADO	1	2	3	4	5	6	7	8	INCIBERO

- CONTEXTO LABORAL

- CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACIÓN



La Tabla No. 11 nos muestra la imagen que tiene la enfermera de su hospital o clínica, y podemos señalar que en términos generales ésta mejora, ya que de [53.5%] de respuestas positivas en la primera evaluación se presentaron [28.5%] para la segunda, y que de [26.5%] de respuestas para las áreas negativas en la primera evaluación disminuyeron a [10.5%] en la segunda. De forma particular solamente cuatro -- son las áreas en que se manifestó cambio positivo: Muy Bueno (14.5%) y Bueno (3%); en las escalas negativas donde se presentó disminución en este tipo de respuestas fue [17%] en Muy Malo y (4%) en Pésimo.

(Ver Tabla No. 11)

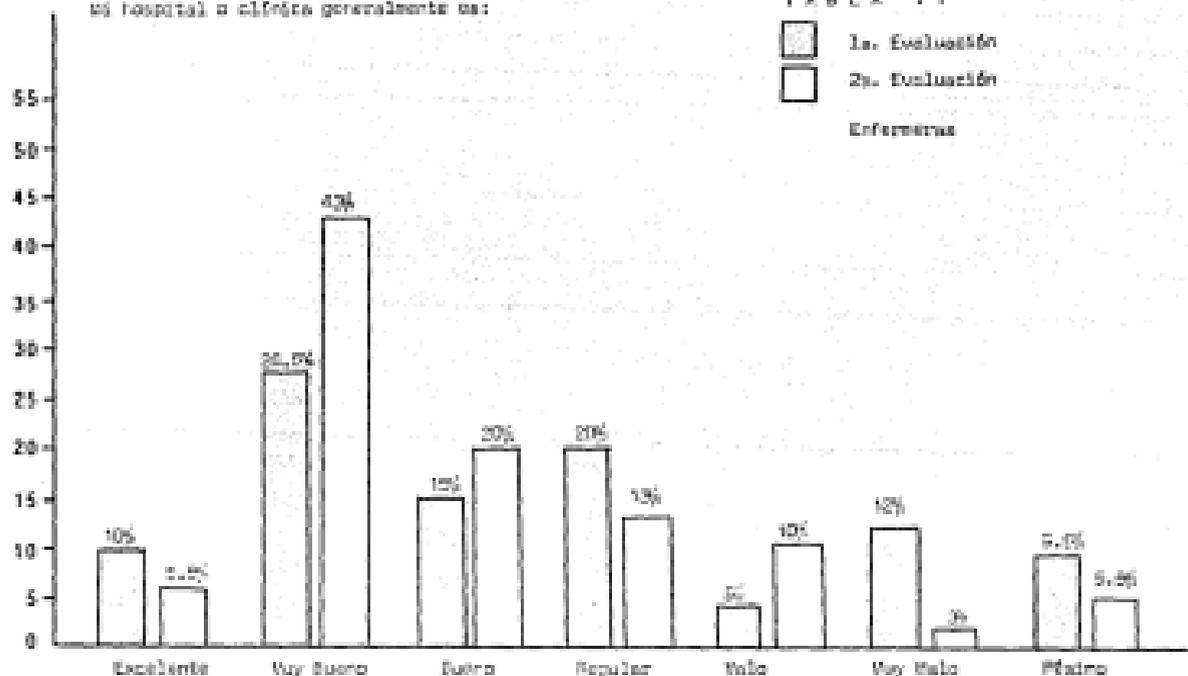
El Cuadro No. 11, nos presenta la percepción que tiene la enfermera de su hospital o clínica y mencionaremos que hubo cambio favorable en todas las áreas, siendo más representativo en el contexto afectivo las escalas Educado-Grueso y Amable-Desconfío; en el laboral la escala Excelente-Pésimo.

(Ver Cuadro No. 11)

Mé Hospital o clínica generalmente es:

TABLE 11

1a. Evaluación
2a. Evaluación
Enfermeras



CUADRO 11

ENFERMERAS

E.- MI HOSPITAL O CLINICA GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	5 1	4 7	3 8	2 9	1 10	0 11	-	1	PASIVO
- MODERNO	3 1	2 9	1 10	0 11	-	1 12	2 13	1	ANTIGUO
+ AGRADABLE	8 2	7 3	6 4	5 5	4 6	3 7	2 8	1 9	DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO	3 2	2 7	1 8	0 9	-	1 10	2 11	3 12	DISTANTE
- TRABAJADOR	2 1	1 10	0 11	-	1 12	2 13	3 14	4 15	PEREZOSO
+ AMABLE	1 1	0 9	-	1 10	2 11	3 12	4 13	5 14	DESCORTES
- RESPONSABLE	3 1	2 8	1 9	0 10	-	1 11	2 12	3 13	IRRESPONSABLE
- ACTIVO	1 1	0 9	-	1 10	2 11	3 12	4 13	5 14	PASIVO
+ ADMIRABLE	1 1	0 9	-	1 10	2 11	3 12	4 13	5 14	DESADMIRABLE
+ EDUCADO	2 1	1 9	0 10	-	1 11	2 12	3 13	4 14	BRUSCO

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION



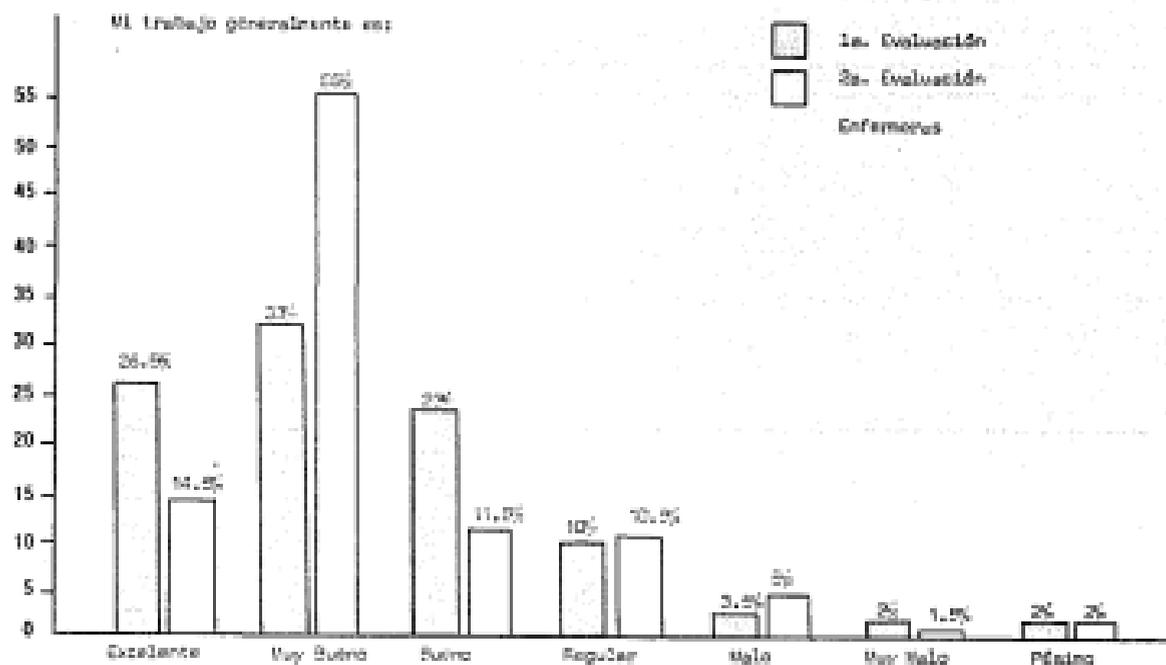
En la Tabla No. 12 observamos como percibe la enfermera su trabajo y podemos señalar que en términos generales no se presentó -- cambio, ya que de (83.8%) de respuestas hacia las escalas positivas, disminuyó a (81%) en la segunda evaluación, y de (7.5%) de respuestas para las escalas negativas aumentó a (8.5%) después del curso. Aunque hubo una disminución en el número de respuestas para las áreas positivas y aumento en las negativas, el cambio no es significativo. Como podemos observar en cada una de las áreas en especial, para la escala Muy Buena se dio un aumento de (22%) de respuestas y para Buena de (1.8%); sin embargo, en la escala Excelente hubo una disminución de (12%). En las escalas negativas no hubo cambios significativos. Cabe destacar que en la segunda evaluación solamente en la escala Muy Buena se presentaron (50%) de respuestas, siendo ésta la escala más elevada en toda la evaluación.

(Ver Tabla No. 12)

Dentro del Cuadro No. 12, en donde se observa la imagen que tiene la enfermera sobre su trabajo podemos mencionar que en cinco -- escalas se presentó cambio desfavorable, siendo éstas: Educado-Bravo ro y Afectuoso-Discreto, del contexto afectivo; Responsable-Irresponsable, Trabajador-Perezoso y Excelente-Máximo del campo -- laboral. La única escala donde se dio cambio favorable fue Admirable-Desagradable.

(Ver Cuadro No. 12)

TABLA 12



CUADRO 12

DIFERENCIAS

3.- MI TRABAJO GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	4 2	6 10	7 1	2 3	1 1			PESENO
- MODERNO	2 2	7 11	5 3	6 3	- 1			AVILADO
+ AGRADABLE	6 3	5 10	4 2	- 1	2 1	- 1	1 -	DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO	6 3	5 11	5 2	1 1	- 1	- 1	1 -	DESTATO
- TRABAJOSA	6 3	5 10	3 2	1 3	1 -		- 1	PEPEZOSO
+ AMABLE	5 2	6 11	5 2	2 3	- 1	1 -	1 -	DESCORTES
- RESPONSABLE	5 3	7 11	3 2	1 2	1 1		- 1	IRRESPONSABLE
- ACTIVO	4 4	7 9	5 4	3 1	1 1		- 1	PASIVO
+ AGRIABLE	3 3	5 11	4 2	2 1	2 2	3 -	1 1	DESAGRADABLE
+ EDUCADO	7 3	3 11	4 2	3 2	- 1	- 1		GRUPEO

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO



La Tabla No. 13 nos muestra la imagen que tiene la enfermera sobre el médico del ISSSTE y podemos señalar que el cambio que se da es favorable en términos generales, pues el número de respuestas en las áreas positivas fue de (80%) en la primera evaluación, aumentando a (89.5%) en las mismas áreas después del curso. De igual forma podemos mencionar que para las escalas negativas el número de respuestas fue de (22.8%), disminuyendo a (10%) en la segunda evaluación. De manera particular se indica un aumento en todas las escalas positivas, siendo el mayor en Muy Bueno (15.8%). En las respuestas de orden negativo se presentó disminución en dos de ellas y solamente la escala Malo se mantuvo sin cambio alguno.

(Ver Tabla No. 13)

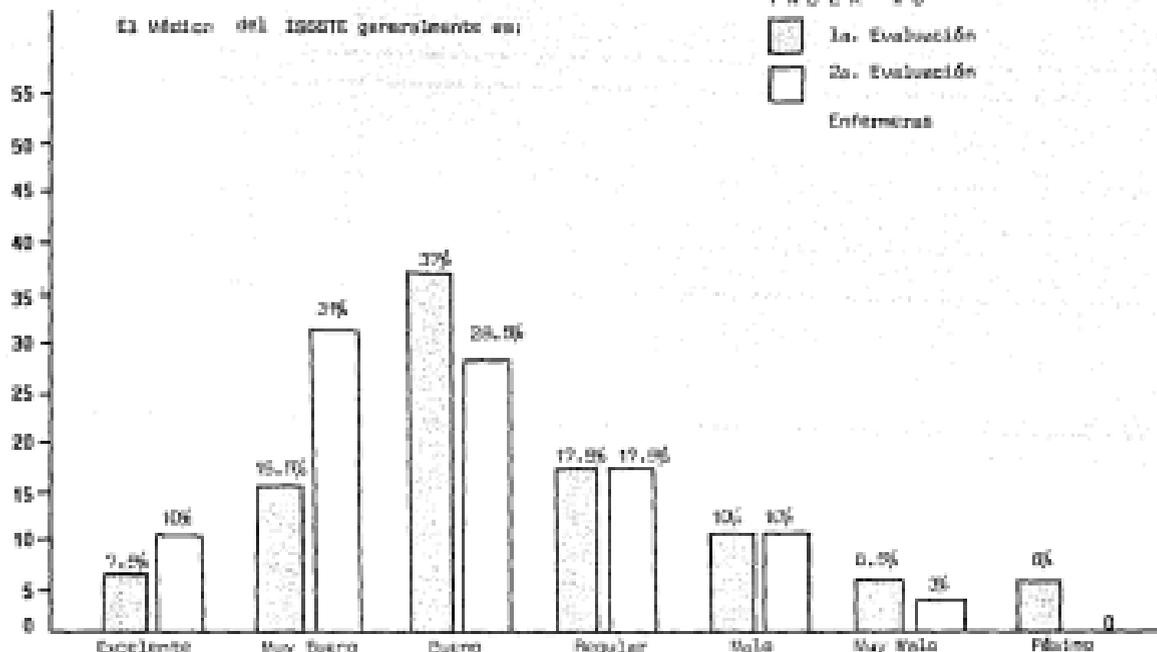
El Cuadro No. 13 nos señala como percibe la enfermera al médico del ISSSTE y mencionaremos que en otras escalas se presentó cambio favorable, una se mantuvo igual y en otra el cambio fue desfavorable. En las escalas Excelente-Máximo y Antiguo-Moderno del contexto Laboral, fue donde se dio el cambio favorable. Asimismo en la escala Educado-Grueso del contexto afectivo el cambio fue positivo, la escala que se mantuvo sin cambio fue Activo-Pasivo y la que presentó cambio desfavorable, Agrasante-Desagradable.

(Ver Cuadro No. 13)

El Muestreo del IGOSTE generalmente es:

TABLE 1-3

 1a. Evaluación
 2a. Evaluación
 Enfermeras



CUADRO 13
EVALUACIONES

4.- EL MEDICO DEL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1	3	8	5	3		1	PESSIMO
- MODERADO		5	4	7	3	1		ANTIQUO
+ ADECUABLE	3	3	11	1	1	1		DESAGRADABLE
+ AFECTUOSO	1	3	7	3	3	2	1	DEBILITADO
- TRABAJADOR	2	3	5	4	1	1	3	PEREZOSO
+ AMABLE	2	2	5	2	2	2	1	DESCORTES
- RESPONSABLE	3	2	9	2	2	1	1	IRRESPONSABLE
- ACTIVO	3	3	7	3	2	1	1	PASIVO
+ ADECUABLE	1	2	4	2	1	1	3	DESAGRADABLE
+ EDUCADO	-	3	5	5	1	2	2	POCICO

- CONTROL LABORAL

+ CONTROL AFECTIVO

EVALUACION



En la Tabla No. 14 se observa como percibe la enfermera a la "enfermera del ISSSTE" y sealaron que de manera general hubo un cambio favorable aunque poco significativo, ya que de [58.2%] en la primera evaluación en el área positiva aumentó a [74.2%] en la segunda, y de [10%] de respuestas para las áreas negativas en la primera evaluación disminuyó a [4%] en la segunda. Podemos mencionar que hubo aumento de respuestas en las tres escalas positivas y disminución solamente en dos de las negativas. Presentándose aumento del [4%] de respuestas negativas en la escala Mala.

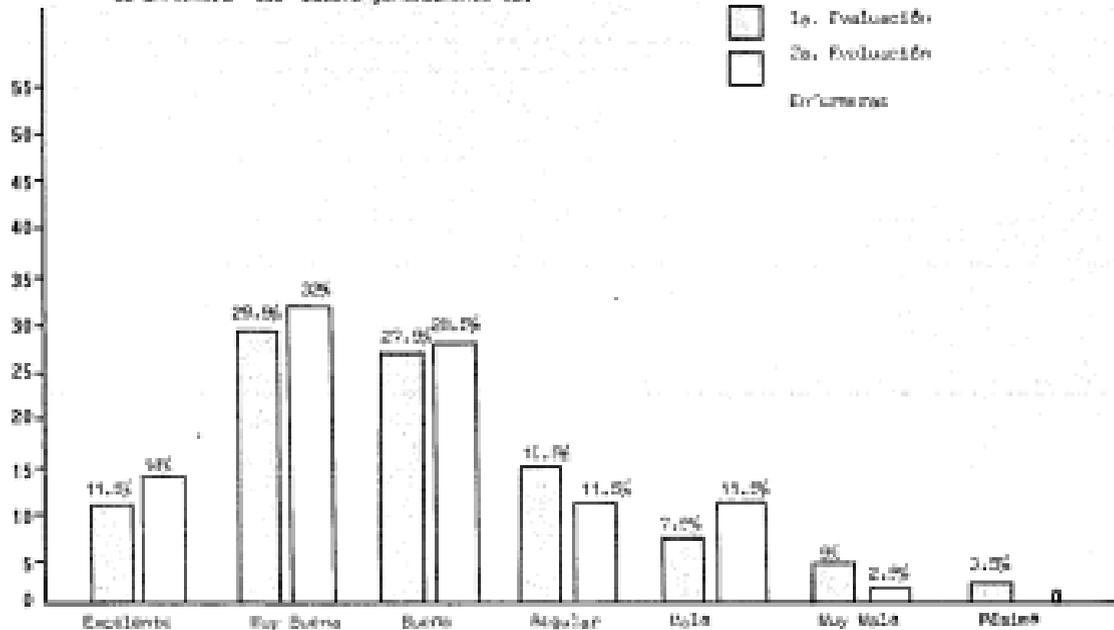
(Ver Tabla No. 14)

El Cuadro No. 14 nos muestra como percibe la enfermera a la "enfermera del ISSSTE" y podemos señalar que en cinco escalas se presenta cambio favorable, siendo las más significativas Excelente-Práctico y Articulación del contexto laboral, dos se mantuvieron igual y tres manifestaron cambio desfavorable, la más significativa que corresponde al contexto afectivo fue Educada-Grave.

(Ver Cuadro No. 14)

La Eficiencia del ISSMIE generalmente es:

Tabla 14



CUADRO 10
ENFERMERAS

5.- LA ENFERMERA DEL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	2	5	6	5	1	1	1	REGINA
- MODERNA	2	2	5	5	1	1	1	ANTIDUA
* AGRADABLE	2	6	6	2	2	2		DESAGRADABLE
* AFECTUOSA	1	7	6	1	2	1	2	DISTANTE
- TRABAJADORA	2	6	5	5	1	=	1	PEREZOSA
* AMABLE	1	0	3	2	2	2	1	DESCORTEZ
- RESPONSABLE	4	7	5	2	2			IRRESPONSABLE
- ACTIVA	3	5	6	3	2			PASIVA
* ACERCABLE	2	6	6	4	1	1		DESACERCABLE
* EDUCADA	4	6	5	2	1	2		GROSCERA

- CONTENIDO LABORAL

* CONTENIDO AFECTIVO

EVALUACION



La Tabla No. 15 nos indica cual es la imagen que tiene la enfermera sobre el paciente en el ISSSTE y podemos observar que en términos generales se presentó un cambio muy favorable, ya que de (34.0%) de respuestas para las áreas positivas en la primera evaluación, hubo un aumento a (63.0%) en la segunda, y de (37.0%) de respuestas para las áreas negativas en la primera evaluación disminuyeron a (12%) en la segunda. En forma particular podemos señalar que hubo aumento de (16.0%) en Muy Bueno y de (13.0%) en Bueno. Asimismo, hubo disminución en las respuestas negativas de (14%) para la escala Malo, de un (6.0%) para Muy Malo y (4%) para Pésimo.

(Ver Tabla No. 15)

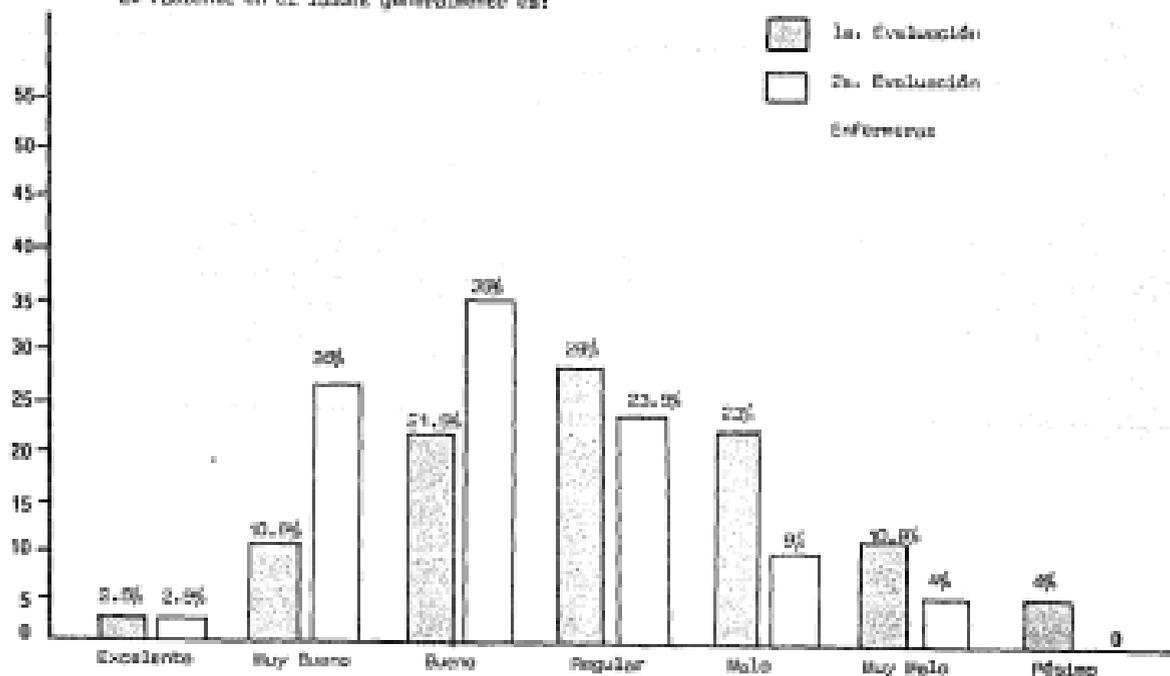
El Cuadro No. 15 nos indica la imagen que la enfermera tiene sobre el paciente en el ISSSTE, destacaremos que hubo aumento significativo en todas las escalas, siendo mayormente afectadas las escalas - Educado-Crudo, Admirable-Desagradable, Amable-Desconfiada y Agradable-Desagradable del contacto afectivo; primero podemos mencionar que del área laboral fueron Responsable-Irresponsable y Activo-Pasivo, predominando positivamente las del contacto afectivo.

(Ver Cuadro No. 15)

El Paciente en el ISSSTE generalmente es:

TABLA 15

■ 1a. Evaluación
 □ 2a. Evaluación
 Esfuerzos



6.- EL PACIENTE EN EL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE		1	5	5	6	1		RESIMO
		2	6	5	4			ANTIGUO
- MODERNO		4	7	7	2			DESAGRADABLE
+ AGRADABLE	1	2	5	5	5	2		DISTANTE
		3	6	4	5	-	1	PERZOSO
+ AFECTUOSO	2	3	6	4	5	-	1	DESCONTINUES
		1	7	5	4	1	2	IRRESPONSABLE
- TRABAJADOR	-	2	5	5	4	2	2	PASIVO
		1	6	6	3	2	2	DESAGRADABLE
+ AMABLE	1	3	5	4	4	1	2	GRUESO
		1	5	7	5	-	1	
- RESPONSABLE	1	2	5	5	5	3		
		-	4	5	4	3	1	
+ ACTIVO		1	3	5	4	2	1	
		2	7	4	2	1	-	
- ADHERABLE	-	2	2	5	2	2		
		1	4	5	5	2	1	
+ SOLICITADO	-	3	1	5	2	5	2	
		1	4	5	2	1	-	

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION



Dentro de la Tabla No. 16 observamos como la enfermera percibe el Servicio Médico que brinda el ISSSTE y señalamos que hay cambio favorable, ya que de (48.5%) en la primera evaluación para las áreas positivas, aumentó a (66.5%) para éstas mismas en la segunda. En las escalas negativas se percibió menor cambio al pasar de (29%) el número de respuestas en la primera evaluación, a (19.5%) en la segunda. Observando cada una de las escalas mencionaremos que las escalas positivas muestran aumento en el número de respuestas siendo la más significativa Muy Buena (20.5%). Las escalas negativas sólo dos disminuyeron su número de respuestas, siendo la más significativa Pésimo (6%).

(Ver Tabla No. 16)

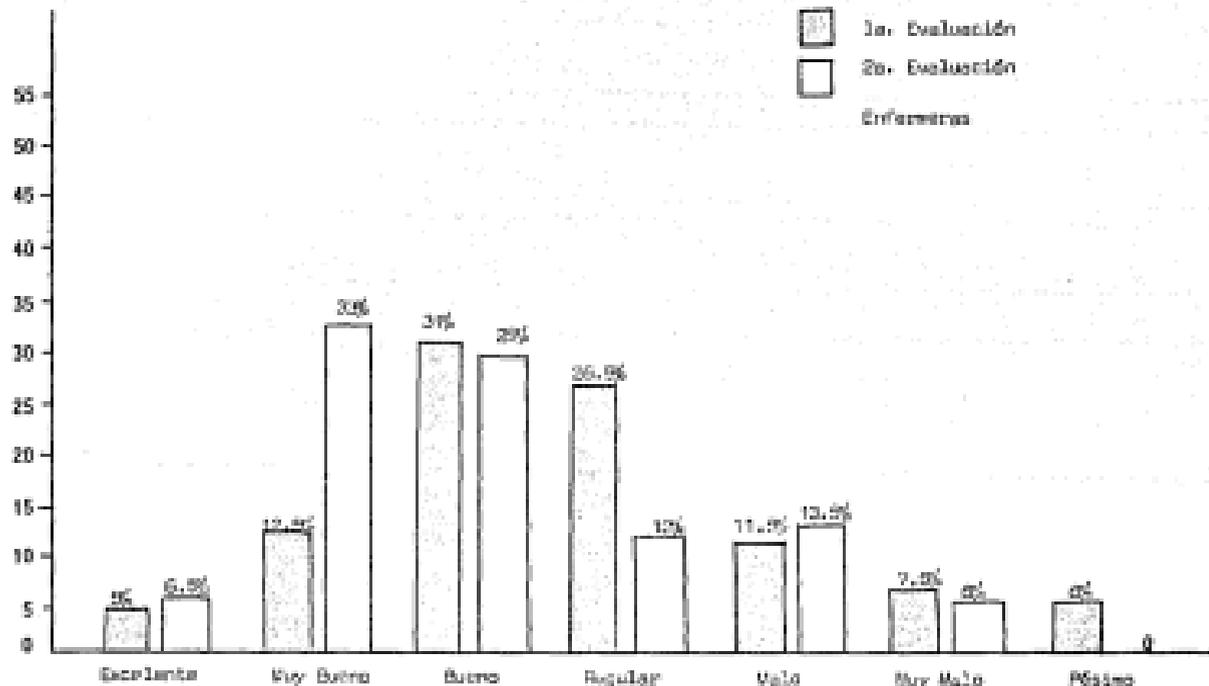
El Cuadro No. 16 nos indica la imagen que tiene la enfermera sobre el Servicio Médico que brinda el ISSSTE y podemos destacar: que todas las escalas tuvieron cambios favorables, principalmente Amable-Desconcertada, Afectuoso-Distante y en segundo término Admirable-Desagradable, todas éstas del contexto afectivo. De igual forma, dentro del área laboral destacaron Responsable-Irresponsable y Excelente-Pésimo.

(Ver Cuadro No. 16)

El Servicio Médico que brinda el INSETE generalmente es:

T A B L A 1 6

■ 1a. Evaluación
 □ 2a. Evaluación
 Enfermeras



CUADRO 15

SAFARIERMS

7.- EL SERVICIO MEDICO QUE BRINDA EL ISSSTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	2	-	0	0	2	2	1		PESENO
- MODERNO		4	7	7	1	1			ANTIGUO
* AGRADABLE	-	4	7	0	1	1	1		DEBATORABLE
* AFECTUOSO		4	0	0	2	2	2		DISTANTE
- TRABAJADOR	1	4	6	0	1	1	2		PEREZOZO
* AMABLE	2	3	0	3	4	1	2		DESCORTES
- RESPONSABLE	2	1	6	0	4	1	1		IRRESPONSABLE
- ACTIVO	1	2	6	4	3	3	2		PASIVO
* ADMIRABLE	1	-	7	7	0	2	1		DEBATORABLE
* EDUCADO	1	3	0	0	3	2			ORDEÑO

- CONTEXTO LABORAL

* CONTEXTO AFECTIVO

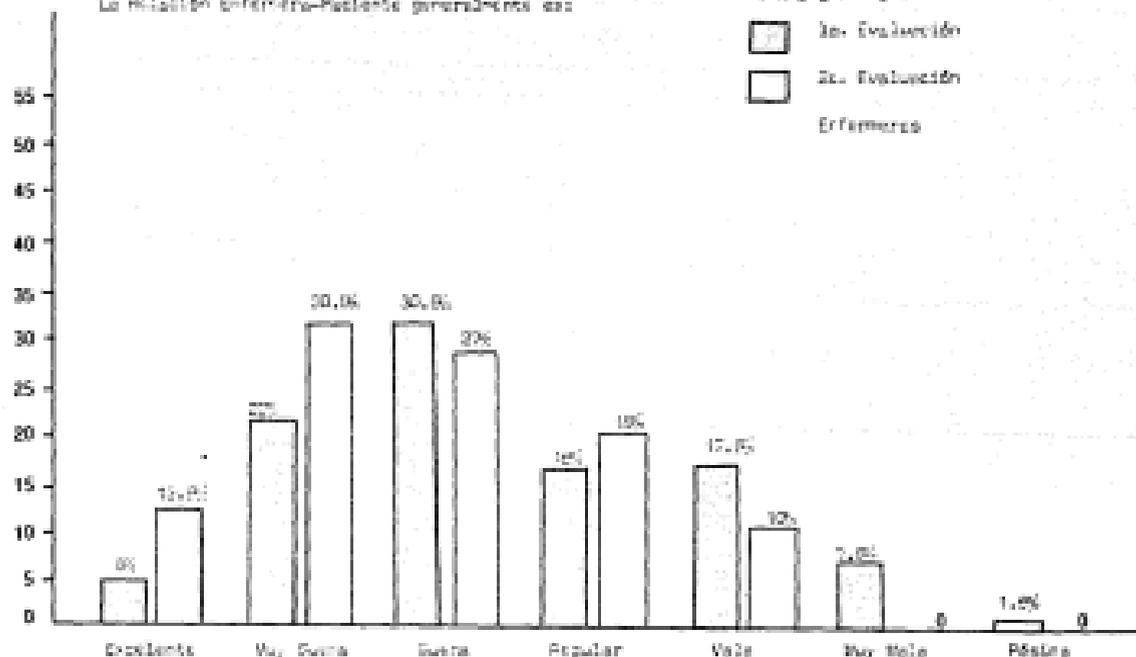
EVALUACION



La Relación Enfermera-Paciente generalmente es:

T A B L A 1 7

■ 1a. Evaluación
 □ 2a. Evaluación
 Enfermeras



8.- LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	POSSIA
- MODERNA	-	1	2	3	4	5	6	7	8	ANTIGA
+ AGRADABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	DESAGRADABLE
+ AFECTUOSA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	DISTANTE
- TRABAJADORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Perezosa
+ AMABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	DESCORTES
- RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	IRRESPONSABLE
- ACTIVA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	PASIVA
+ ACORABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	DESCORABLE
+ EDUCADA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	GRUESA

- CONTEXTO LABORAL
- + CONTEXTO AFECTIVO



Centro de la Tabla No. 16, se encuentra la percepción que tiene la enfermera de la relación médico-paciente, señalando en términos generales que se presentó cambio favorable, ya que de (54%) de respuestas para las áreas positivas en la primera evaluación aumentó a (68.5%) en ese mismo rubro, asimismo, de un (27%) de respuestas a las áreas negativas en la primera evaluación disminuyó a (15%) en la segunda. En forma particular se presenta cambio favorable en cinco escalas, aumentando (2%) en Excelente y (1%) en Muy Buena, se presenta disminución de (2.5%) en la escala Bueno, (3%) en Muy Bueno y se eliminan totalmente las respuestas en la escala Pésimo.

(Ver Tabla No. 16)

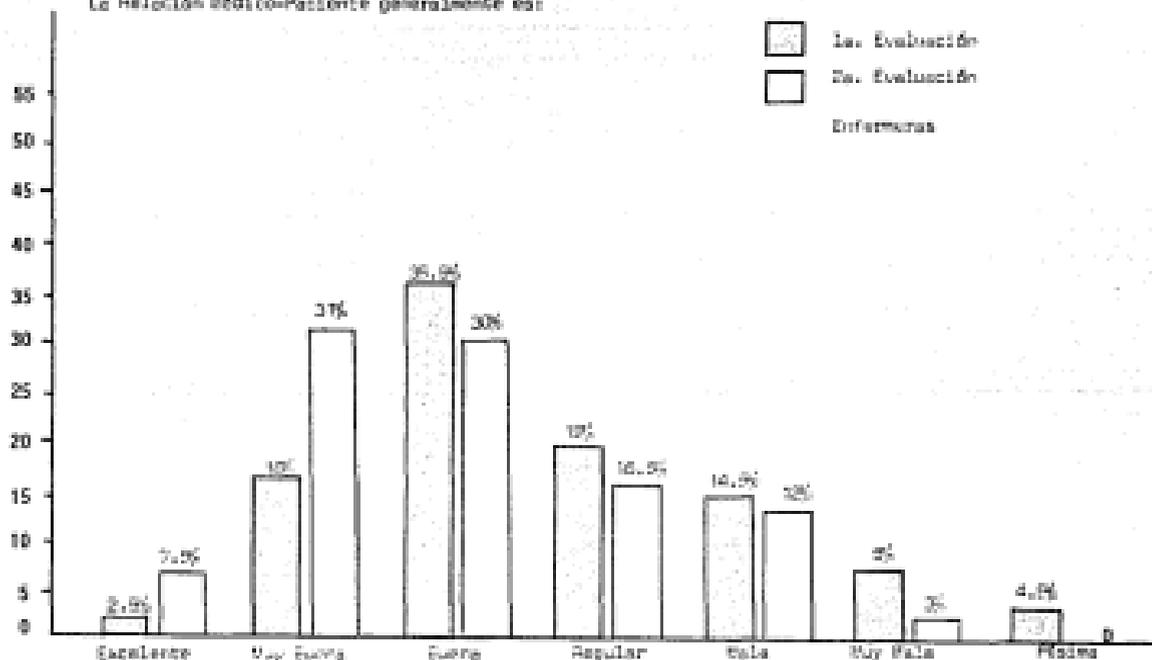
El Cuadro No. 15, en donde aparece la imagen que tiene la enfermera de la relación médico-paciente, podemos señalar que en términos generales hubo cambio favorable en nueve escalas, destacándose = que del contexto laboral que son Excelente-Pésimo y Uterina-Antigua, = la única escala que permaneció sin cambio fue Anala-Descartada del contexto afectivo.

(Ver Cuadro No. 15)

La Relación médico-Paciente generalmente es:

TABLA 10

 La. Evaluación
 No. Evaluación
 Enfermeras



CUADRO 18
EFERENCIAS

9.- LA RELACION MEDICO-PACIENTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- MODERNA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
+ AGRADABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
+ AFECTUOSA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- TRABAJADORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
+ AMABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
- ACTIVA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
+ ADMIRABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
+ EDUCADA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

- CONTEXTO LABORAL

+ CONTEXTO AFECTIVO

EVALUACION



Para concluir, haciendo un análisis comparativo entre los dos grupos, el de médicos fue más susceptible al cambio, en relación con el de enfermeras.

En el primer grupo, el de médicos, el mayor cambio se dio en la impresión que tienen acerca del paciente, después en relación al servicio médico que brinda la institución, en tercer lugar en la relación enfermera-paciente y en cuarto término en la relación médico-paciente.

El segundo grupo, el de enfermeras, en forma general mostró cambio positivo, siendo el más sobresaliente en relación al paciente, en seguida con respecto al servicio médico que brinda el Instituto y en tercer lugar acerca de la relación enfermera-paciente; sin embargo, hubo algunas áreas en las que no hubo cambio o éste fue de tipo negativo, como ejemplo podemos citar: la imagen que tiene de la institución en la que en algunas escuelas no se presentó diferencia. En la percepción que tiene de su trabajo, cerca la mayoría de las escuelas sufrió un debilitamiento hacia las reacciones de tipo negativo.

En relación al análisis comparativo por sexo se encontró que (χ^2), se puede decir que en el primer grupo (médicos) los resultados fueron los siguientes:

En los reactivos EL ISSSTE ES GENERAL ES, EL HOSPITAL O CLÍNICA GENERALMENTE ES, MI TRABAJO GENERALMENTE ES, LA ENFERMERA DEL ISSSTE GENERALMENTE ES, LA RELACION MEDICO-PACIENTE GENERALMENTE ES y EL USO

CO DEL ISSSTE GENERALMENTE ES, no se encontraron diferencias significativas.

Sin embargo, en EL PACIENTE DEL ISSSTE GENERALMENTE ES, EL SERVICIO MEDICO QUE BRINDA EL ISSSTE GENERALMENTE ES, y LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES, mostraron una diferencia significativa del .05.

Con respecto al grupo de enfermeras solamente se encontró diferencia significativa del .05 en EL PACIENTE DEL ISSSTE GENERALMENTE ES.

Con respecto al análisis comparativo entre el grupo de médicos y de enfermeras después del curso, se encontró un nivel de significancia de .10 en el respectivo EL TRABAJO GENERALMENTE ES, que aunque no es totalmente significativo, es de tomarse en cuenta.

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

VI.1 DISCUSION:

Con base en los resultados obtenidos tanto en las tablas graficadas como en los cuadros descriptivos de cada una de las escalas bipolares que se estudiaron con respecto a los dos grupos, el de médicos y el de enfermeras, podemos concluir:

Que se acepta la H₁, es decir:

"El PROMERE logra un cambio de actitud en el trabajador de la Salud, en relación con el Directivo".

Esto se puede afirmar ya que en los nueve reactivos con diez escalas bipolares cada una, el grupo de médicos mostró un cambio significativo después de haber asistido al PROMERE. Los reactivos en los que se observó con mayor énfasis este cambio fueron:

1º "EL PACIENTE GENERALMENTE ES:"

En esta reactiva se presentó gran cambio favorable en todas las escalas, resultando el total de las del contexto laboral y cuatro del afectivo; el único reactivo donde el cambio fue menor se dio en - Agradable-Desagradable.

2º "EL SERVICIO MEDICO QUE BRINDA EL ISSSTE GENERALMENTE - ES:"

En este caso todas las escalas mostraron un cambio muy favorable, sin embargo en tres escalas del contexto afectivo que fueron - Afectuoso-Distante, Amable-Desacortés y Admirable-Desagradable se dio el cambio con mayor énfasis.

3º "LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES:"

De igual forma se dio un cambio favorable en las diez escalas, aunque podemos constatar Trabajadora-Perezosa y Activa-Pasiva del contexto laboral, y Agradable-Desagradable del afectivo.

Por otra parte, con base en los resultados del cuadro número 2, interpretamos que en siete escalas se observó cambio y en tres no hubo cambio alguno, y estas son: Afectuoso-Distante, Amable-Desacortés y Admirable-Desagradable; todas ellas del contexto afectivo.

Tomando como base los datos anteriormente descritos podemos

concluir que el grupo de músicos presentó notable cambio, en un 35.3% del total de las escalas evaluadas; asimismo en el análisis estadístico de Chi Cuadrada (χ^2), fue significativo en cuatro de las reactivos evaluados. También se puede asociar un ligero predominio en las escalas del contexto afectivo.

Los resultados obtenidos se relacionan directamente con el estudio de Lara (2008) en el cual hace un análisis del estado cognitivo con relación a la motivación laboral, en el que el nivel cognoscitivo de los sujetos "activos" corresponden a la personalidad Tipo A de Friedman y Maserman, el cual corresponde a niveles profesionales universitarios y su motivación laboral es mayor, la satisfacción de su existencia depende por su personalidad y actividad, más de tipo económico.

En cuanto al resultado obtenido por el grupo de enfermeras - existió cambio en:

1º "EL PACIENTE EN EL TRABAJO GENERALMENTE BBO"

Se presentó un cambio favorable muy marcado en las diez escalas bipolaras, siendo más pronunciado en las cinco escalas de tipo - - afectivo, resultando Escala-Bruce y Escala-Diagnóstica. Asimismo, se observó un cambio marcado en cuatro escalas del contexto laboral, destacando Activo-Pasivo.

2º "EL SERVICIO MEDICO QUE BRINDA EL ISSSTE GENERALMENTE ES:"

De igual forma podemos mencionar que hubo una marcada mejoría en todas las escalas a evaluar, resultando tres del contexto afectivo y dos del laboral: Amable-Despectos, Afectuoso-Distante, Admirable-Desagradable, y Responsable-Irresponsable, Excelente-Pésimo, respectivamente.

3º "LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES:"

Aquí se presentó un cambio muy favorable en todas las escalas, sobresaliendo Educada-Grosera y Amable-Despectos del contexto - afectivo, y del laboral la escala Responsable-Irresponsable.

Por otro lado es importante destacar que en el reactivo "MI TRABAJO GENERALMENTE ES", se dio un cambio aumentando las respuestas - de tipo negativo en la segunda evaluación, presentándose en tres escalas laborales y en dos del contexto afectivo.

Una vez analizados los nueve reactivos en el grupo de enfermeras, podemos observar que fue en el tema relacionado con su trabajo en donde hubo un mayor número de respuestas positivas y menor de respuestas negativas en la primera evaluación, con lo que se pudiera interpretar que había cierta sobrevaloración de las funciones que realizan, y después del PROCURE disminuyó ligeramente. Aunque la diferencia no se puede considerar como significativa, es importante mencionar

que es el único reactivo donde se dio este fenómeno.

Respecto a las escalas evaluadas se encontró que en el grupo de enfermeras hubo mayor cambio en las escalas del contexto afectivo, en relación a las del laboral.

Al hacer el análisis comparativo de los dos grupos se puede decir:

- En los dos grupos el PROQUEE logró un cambio de actitud.
- Se operó mayor cambio en el grupo de médicos.
- Los reactivos en donde se dio el cambio más favorable, -- son los mismos en los dos grupos.
- El reactivo donde se presentó un cambio más notable es el relativo al paciente.
- Los tres reactivos donde se dio el cambio se presentan en el mismo orden de importancia.
- El grupo de médicos difiere del de enfermeras en la apreciación de su trabajo.
- En los dos grupos se manifestó mayor cambio en las escalas del contexto afectivo.

De igual forma, si analizamos las investigaciones realizadas de temas afines a nuestro trabajo, encontramos que Eblun (1983) en su estudio sobre la Relación Médico-Paciente en el Servicio de Urología -- con Uretra Terminal, donde utilizó la técnica grupal operativa tipo -- Halint, concluyó que después de un año de proceso en el que se llevaron a cabo 35 sesiones con un promedio de 12 miembros de diversas disciplinas relacionadas con el servicio médico, se operaron cambios dentro del grupo y en el servicio en general, mejorando la relación médico-paciente y se redujo la carga de ansiedad y angustia en el equipo médico, así como en el paciente y sus familiares.

La similitud entre el programa antes descrito y el PROMERE se observa en el hecho de que los dos se realizan en instituciones del Sector Salud; además, en ambos participa un equipo interdisciplinario y en los dos se concluyó que el Método Halint ofrece excelentes resultados. Sin embargo, encontramos algunas diferencias como:

1° En la investigación de Eblun se aplicó sólo el Método -- Halint, mientras que en el PROMERE se utilizaron otras teorías.

2° En el caso de los niños urológicos, son pediatras en fase terminal, mientras que el PROMERE va dirigido a todo tipo de pacientes sin importar su enfermedad.

3° Eblun no realizó una evaluación objetiva de su programa y en el PROMERE sí se llevó a cabo.

Debe señalarse como se mencionó anteriormente que el PROGRESO fue evaluado objetivamente. Sin embargo, esta evaluación se efectuó inmediatamente al término del curso, lo que nos podría hacer pensar que - en ese momento se notó el cambio debido a que se manejaron emociones - precipitadas por el contenido del curso, por lo que sugerimos que a futuro se realice un seguimiento evaluándose nuevamente a los participantes a los 3 y 6 meses, para saber si la actitud se mantiene igual, ha mejorado o ha empeorado.

También se deberá tomar en cuenta que la motivación Institucional es determinante para el buen funcionamiento del servicio.

Asimismo sugerimos que en futuras investigaciones se podría hacer un estudio de las actitudes de los dependientes respecto al servicio médico que brinda el ISSSTE.

VI.2 CONCLUSIONES:

Al realizar un análisis objetivo de los resultados obtenidos, podemos concluir que el PROCRE cumple con los objetivos para los que fue diseñado, ya que es un programa instrumentado especialmente para el personal al que va dirigido. El programa se inició para dar solución a un problema de imagen institucional (la mala atención brindada al derechohabiente), sin embargo, derivó en la solución de conflictos de tipo personal, al observarse que el médico se involucra hacia la Institución y los pacientes sus propios conflictos, es por ello que el cambio más significativo fue dentro de las escalas del contexto - afectivo.

Es importante mencionar que es una afortunada aplicación de la Psicología Clínica al contexto laboral, siendo ésta la primera ocasión que se hace una evaluación objetiva de los grupos Belint, aunque el contenido del programa está constituido por una gran variedad de corrientes y teorías, el método Belint que es la base del programa, se centra en la relación Médico-Paciente.

Un factor que nos llamó poderosamente la atención fue el hecho de que el grupo de médicos tuviere una mejor respuesta al cambio; sin embargo, al revisar varias investigaciones, encontramos que Lara - Tapia (1989) en los resultados de su investigación obtuvo que el médico es la correspondencia una Personalidad Tipo A, lo que significa que su escala de valores está en función de sus éxitos y logros (no necesariamente académicos). Esto se relaciona evidentemente con su motivación

laboral, más en función de su personalidad y reacciones psicológicas personales, que del reforzamiento económico del propio trabajo. Esto lo podemos confirmar ya que el PROMERE no está relacionado a ningún estímulo o factor económico.

Podemos afirmar que el PROMERE es el trabajo del Psicólogo - Clínic en el Área de Capacitación, buscando la salud mental en el trabajo, y que este programa, con las adecuaciones pertinentes, debería ser implementado en otras dependencias del Sector Salud.

Consideramos indispensable la evaluación de todos los programas que realizan Dependencias tanto Gubernamentales como privadas, relacionadas al ámbito de la Psicología, donde el Psicólogo tiene un papel muy amplio y puede hacer aportaciones que ayuden a un mejor entendimiento del hombre en su contexto y entorno social.

BIBLIOGRAFÍA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES EN MÉXICO, ISSSTE, Octubre, 1961, México.

ARNAS SALICRÚ, F. (1971) INTRODUCCIÓN A LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA, Ed. Trillas, México.

BALINT, M. (1961) EL MÉDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD, TOMOS I Y II, Ed. Libros Médicos, Buenos Aires.

BLUM, E., BORDILLO, G., LANGER, V., ROBLES, T. Y BUSTACE, R. M. "LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN UN SERVICIO DE VÍDEO USANDO ESPECIALMENTE UNICELULOS: SU ANÁLISIS MEDIANTE LA TÉCNICA GRUPO OPERATIVA TIPO "BALINT" (1965) ED. MED. HOSP. INFANT. MEX., VOL. 40, SUPLEMENTO NUM. 2, P.P. 54-100.

BALTEVSK, S. Y OTROS (1967) LOS VALORES DE REFERENCIA EN PSICOLOGÍA, - Ed. Paidós, Buenos Aires.

CAPPELLO, H. (1966) INFORME DEL ESTUDIO SOBRE LAS ACTITUDES DE LA POBLACION DEL DISTRITO FEDERAL RESPECTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SERVICIO SOCIAL, MÉMOIRES DE LA REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA, NUM. P.P. 129-132.

CARRELLA, J. S. (1960) LA PARTICIPACION: EL RITO CEREMONIAL DE FINALES DE SIGLO XX, REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA EDUCACIONAL, VOL. 7, NUM. 1, P.P. 48-61, UTELLE, COLOMBIA.

COOH, L. Y FRENCH, J. (1948) GROUPING RESISTANCE TO CHANGE, HUMAN RELATIONS, VOL. 1, NUM. 4

DAVIS, K. (1960) EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN EL TRABAJO (Trad. Herbert de la Cruz Cortés) Mc. Graw Hill, México.

DEAZ GUERRERO, R. Y SALAS, V. (1974) EL DEFERENCIAL SEMANTICO DEL IDIOMA ESPAÑOL, Ed. Trillas, México.

EL ISSSTE EN 15 AÑOS, XIV AÑOS ISSSTESERVICIO, (1964), México.

MÖLLER, W. (1937) GESTALT PSYCHOLOGY: AN INTRODUCTION TO THE NEW CONCEPTS IN MODERN PSYCHOLOGY, Liverlight, New York.

KOFFKA, K. (1933) PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGIA DE LA FORMA, Ed. Paidós, Buenos Aires.

LARA TAPIA, H. Y TRELO WAGAÑA, V. (1968) MOTIVACION LABORAL, ESTILO COGNOSCITIVO Y ENFERMEDAD, REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA, VOL. 5, NUM. 7 P.P. 37-44

LEY DEL ISSSTE, (1960), ISSSTE, México.

LÓPEZ DIAZ DE LEÓN, W. Y DE LA ROSA JORDAIZ, A. (1968) AUTOCONCEPTO EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS, TESIS, Facultad de Psicología, UNAM, México.

MC GUGAN, F. J. (1974) PSICOLOGIA EXPERIMENTAL, Ed. Trilce, México.

MANUAL DE HORAS Y PROCEDIMIENTOS, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, ISSSTE, 1969, México.

MANUAL DE ORGANIZACION, Subdirección General Médica, ISSSTE, Febrero, 1968, México.

MARK, M.H. Y ALLEN, F. A. (1972) SISTEMAS Y TÉCNICAS PSICOLÓGICAS CONTEMPORÁNEAS, Ed. Paidós, Buenos Aires.

MASLOW, A., (1954) MOTIVACION Y PERSONALIDAD, Harber & Row, New York.

OSGOOD, D. E., LUCI, S. J., TAMENBAUM, P. H. (1957) THE MEASUREMENT OF MEANING, University of Illinois, Press Urbana, Chicago and London, U. S. A.

PERALS, F. (1975) EL ENFOQUE GESTALTICO E INSTRUMENTOS DE TERAPIA, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

POBLES, T., EUSTACE JENKINS, R. W. Y FERNÁNDEZ, V. (1975) EL ENFERMO CRÓNICO Y SU FAMILIA, Ed. Nueva Vía, México.

RODRÍGUEZ DE ARIZNOVI, S. (1964) LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL SECTOR SALUD, REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA, VOL. 1, NUM. 1, P.P. 22-26.

RODRÍG, D. (1962) PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, Ed. Paidós, -- Buenos Aires.

SEGURIDAD SOCIAL, SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA, Colección Seminarios, México, 1976.

SIENGO, S. (1976) ESTADISTICA NO PARAMETRICA, Ed. Trillas, México.

WARR, P. (1987) WORK, UNEMPLOYMENT AND MENTAL HEALTH, Clarendon Press, Oxford.

ZORRILLA, S., TORRES RAMAÑO, M. (1988) GUIA PARA ELABORAR LA TESIS, - Ed. Cebsa, México.

A P E N D I C E

QUESTIONARIO

ESTE QUESTIONARIO CONSTA DE UNA SERIE DE FRASES SEGUIDAS DE TRES PARES DE ADJETIVOS SEPARADOS POR VARIOS PEQUEÑOS ESPACIOS VACÍOS, USTED INDICARÁ EN CADA PAREJO QUE TAN CERCA/LEJOS, EN SU OPINIÓN LA FRASE ESTA RELACIONADA CON LOS ADJETIVOS DE CADA PAR:

EJEMPLO: ESTE EJEMPLA EL SIGNIFICADO DE CADA UNO DE LOS ESPACIOS:

RAPIDO: _____ ; _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ (LENTO)
MUY BASTANTE LIBERA EQUILIBRIADA LIBERA BASTANTE MUY
RAPIDO RAPIDO MENTE VE RAPIDO MENTE LENTO LENTO
RAPIDO Y LENTO LENTO

NUNCA PONGA MAS DE UNA CRUZ EN UN PAREJO Y NO CRITA NINGUNO DE LOS PAREJOS: CONTESTE CON RAPIDEZ PERO, POR SUPUESTO, NO DESQUIDADAMENTE.

MARKÉ CON UNA "X" LA ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA:

_____ MEDICO

_____ ENFERMERA

1.- EL SUJETO EN GENERAL ES:

EXCELENTE: _____ PESIMO
MILITUD: _____ MODERNO
AGRADABLE: _____ DESAGRADABLE
AFECTUOSO: _____ DISTANTE
TRABAJADOR: _____ PEREZOSO
DESCORTES: _____ AMABLE
RESPONSABLE: _____ IRRESPONSABLE
ACTIVO: _____ PASIVO
ADMIRABLE: _____ DESAGRADABLE
GRUPO: _____ EDUCADO

3.- MI TRABAJO GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE: _____ PESIMO
- ANTISUO: _____ MODERNO
- AGRADABLE: _____ DESAGRADABLE
- AFECTUOSO: _____ DISTANTE
- TRABAJADOR: _____ PENEZOSO
- DESCORTES: _____ AMABLE
- RESPONSABLE: _____ IRRESPONSABLE
- ACTIVO: _____ PASIVO
- AMERABLE: _____ DESAGRADABLE
- BAOSENQ: _____ EDUCADO

B.- LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE GENERALMENTE ES:

EXCELENTE: _____ : PEORIMA

ANTISUA: _____ : INDEFINA

AGRADABLE: _____ : DESAGRADABLE

AFECTUOSA: _____ : DISTANTE

TRABAJADORA: _____ : PERDOSA

DESCORTES: _____ : AMABLE

RESPONSABLE: _____ : IRRESPONSABLE

ACTIVA: _____ : PASIVA

AMABLE: _____ : DESAGRADABLE

GROGERA: _____ : EDUCADA

9.- LA RELACION MEDICO-PACIENTE GENERALMENTE ES:

- EXCELENTE: _____ PÉSIMA
- ANTIGUA: _____ MODERNA
- AGRADABLE: _____ DESAGRADABLE
- AFECTUOSA: _____ DISTANTE
- TRABAJADORA: _____ PÉREZCOSA
- DESCORTEZ: _____ AMABLE
- RESPONSABLE: _____ IRRESPONSABLE
- ACTIVA: _____ PASIVA
- COMPAÑILE: _____ DESAGRADABLE
- GROSCERA: _____ EDUCADA