

219



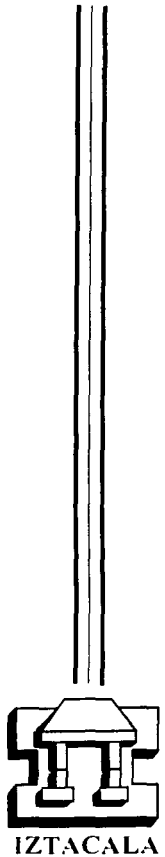
# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
CAMPUS "IZTACALA"

## UN ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE COMPETENCIAS Y EL REPORTE DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DIABETICOS

### REPORTE DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA P R E S E N T A: KARINA VÁZQUEZ SALGADO

ASESORES: M. EN M.C. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ.  
M. EN I.S.S. HECTOR GONZALEZ DIAZ.  
M. EN I.S.S. PILAR CASTILLO NAVA.



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2007

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## RESUMEN

El presente estudio plantea en un principio, la concepción de la Calidad dentro de la prestación de los servicios de Salud y cómo ha sido evaluada. Encontrando que existen diversas investigaciones al respecto y una minoría es realizada en México, entonces se tienen que retomar investigaciones de otros países como si se presentaran en un mismo contexto sociocultural; de ahí la importancia de contribuir con las investigaciones en los Sistemas de Salud que reconocen su propio campo de acción.

Posteriormente se retomó la Calidad de la Atención vista a través del reporte de Satisfacción del paciente y la evaluación de la misma. Luego se revisó la enfermedad de la Diabetes Mellitus y sus factores asociados como el afrontamiento y la adherencia terapéutica; para terminar con la propuesta del modelo psicológico de la salud que vislumbra estos elementos citados desde el marco de las competencias del individuo. Teniendo como objetivo para la presente investigación. Determinar la relación existente entre el tipo de competencias que los diabéticos tienen respecto de la adherencia terapéutica y su reporte de satisfacción.

Para argumentar lo anterior, la investigación se llevo a cabo en el Hospital General de Naucalpan, "Maximiliano Ruiz Castañeda", en el área de Consulta Externa con pacientes que presentaban Diabetes Mellitus, a través de la aplicación de dos cuestionarios tipo Likert de 1 a 5, a 130 pacientes. Un instrumento evaluó la Satisfacción del paciente en relación a la Calidad de la Atención recibida, retomado del instrumento de Landeros y Salinas (1996) y de Gallegos y Romero (1996). El otro instrumento fue para identificar el tipo de Competencia que tenía el diabético, dicho instrumento no tuvo referente, dado que no existen trabajos al respecto; se realizó en base al Modelo Psicológico de Salud propuesto por Ribes (1990). El primer instrumento evaluó cuatro dimensiones del servicio: la *Ejecución Profesional*, la *Actitud Profesional*, la *Organización* y la *Satisfacción General*. Encontrando que los diabéticos están satisfechos con la Calidad de la Atención que presta el hospital, en el área de Consulta Externa; además, se determinó que del tipo de Competencias: *No Instrumental*, *Instrumental*, *Extrasituacional* y *Transituacional*, la primer categoría tuvo mayor predominancia en la población. Y se encontró que existen diferencias significativas entre el nivel de Competencia No Instrumental y Extrasituacional en relación al reporte de satisfacción. Lo cual cumple con los objetivos planteados, pero no así con la hipótesis propuesta.

## INTRODUCCION

El tema de la Calidad se ha puesto de moda en las últimas décadas tanto en bienes como en servicios. trayendo consigo cambios positivos en la mayoría de los casos; al mismo tiempo ha traído fuertes preocupaciones por tratar de mejorar e insertar la calidad cada vez con mayor eficacia en algunos sectores específicos.

Tal es el caso de los Sistemas de Salud, que aún sin contar con bases sólidas para la implementación de la misma en sus ámbitos de atención, ha extrapolado los conocimientos de la Industria en dicho campo para tratar de mejorar el servicio. Por ello, es importante reconocer los esfuerzos que en esta materia se han realizado, ya que de ello dependerá que las condiciones de salud cambien y se modifiquen de manera positiva.

Por otra parte, también se tiene que considerar a aquellas personas usuarias del servicio, dado que son ellas quienes utilizan y deben dar sus opiniones sobre el mismo. Esto ha sido generalmente evaluado a través del reporte de satisfacción no sólo a nivel nacional, sino internacional con resultados muy prometedores. Sin embargo, tomando en cuenta que el individuo es quien manifiesta un tipo de satisfacción frente al servicio recibido, no es posible dejarlo de lado y considerarlo como un usuario solamente; sino que se deben de tomar en cuenta sus necesidades, su contexto cultural y social; para tratar de entender cómo es que lleva a cabo un juicio de valor respecto de un servicio y cuáles son sus preocupaciones o aquellos factores que influyen en su postura hacia la atención recibida.

Asimismo, es importante reconocer los factores psicológicos que intervienen en la evaluación del servicio recibido, la condición real que representa para una persona, el que se le considere como enferma, el apoyo familiar si es que existe, las experiencias previas, las expectativas hacia el servicio, las actitudes y maneras de afrontar la enfermedad, el apego o no al tratamiento que le permita ver cambios positivos o negativos a nivel salud. Ya que de acuerdo a Ribes (1990), el factor biológico es la condición de la existencia del individuo y de sus reacciones biológicas integradas a su actividad y es el ámbito sociocultural el que caracteriza a un individuo en interrelación con las situaciones de su medio y de su historia personal.

Todos estos elementos aunados a la concepción no tradicional descrita por Ribes (1990), acerca del proceso Salud-Enfermedad; entendida como un continuo donde interviene la dimensión individualizada de variables que interactúan con factores biológicos del organismo y los que conforman la acción funcional de las relaciones socioculturales permiten establecer un campo de acción y de interés para la presente investigación; ya que además es, un ámbito que presenta escasas investigaciones y bastantes cuestionamientos.

Por lo tanto se retoma el Modelo Psicológico de la Salud en relación con el reporte de Satisfacción del Diabético respecto de la Calidad de la Atención recibida en un Hospital de Segundo Nivel en el área de Consulta Externa. Considerando que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en México y que es también, una de las principales causas de muerte en nuestro país.



## DEDICATORIAS

A mi Padre por haberme enseñado con su ejemplo, la fortaleza y por compartir conmigo parte de su vida. Porque aún sin saberlo contribuyó enormemente a mi formación profesional y al desarrollo de este trabajo. A tu recuerdo y memoria Manuel Vázquez Blanco.

A mi Madre por depositar su confianza plena en mi y compartir conmigo mis triunfos y fracasos en cada momento; por ser parte fundamental en mi vida y mostrar apoyo incondicional a lo largo de mis estudios. Gracias Rossy Salgado.

A mi hermano Victor Manuel, por su paciencia, apoyo e impulso a lo largo de la carrera y en la realización de la presente, así como por compartir una infancia feliz conmigo y una adolescencia divertida.

A la memoria de mis abuelos Sofía y Sacramento, que con su alegría y experiencia enriquecieron mi vida y me mostraron parte del camino. En especial a mi abuelito, dado que me enseñó que una agradable vejez es el resultado de un alma joven y una vida plena. Gracias por adaptarte a mi época.

A dos personas que quiero mucho mis tías Paty y Cely, por considerarme como su hija y enseñarme la sensibilidad y el carácter del ser humano y por no perder nunca la confianza y la esperanza en mí. Por apoyarme a lo largo de mi vida y compartir mis sueños e ilusiones como suyos.

A la Familia Salgado, ya que comparto el entusiasmo que los caracteriza, en especial a mi tío Alfredo y Raúl que han sido como mis segundos padres; por consentirme y mostrar preocupación e interés hacia mí y porque mi alegría también es suya.

A Luis, por todo tu apoyo, confianza y por sentirte orgulloso de mí a lo largo de mis estudios. Por enseñarme a querer y a valorar lo más hermoso de las personas. Por ser mi ilusión y fuente de mi alegría por algunos años. Y por la amistad que ahora me brindas.

A mis queridas amigas Belem y Vero, por compartir mis intereses, conocimientos, mis alegrías y tristezas. Por hablar el mismo idioma y por enriquecerme con su palabra siempre oportuna.

A Isabel mi amiga desde la infancia, por ser mi compañera y confidente; por tu sabiduría, alegría y gran calidad humana, por ser una mujer fuerte y admirable que comparte mis fantasías futuras.

A mis amigos Rafael y David, por ofrecerme su amistad incondicional y porque la distancia nunca ha sido un elemento desfavorable para nosotros. Por animarme, impulsarme y creer en mí.

A una persona inteligente, tenaz e impulsora, que ha compartido conmigo los mejores años de mi vida, por que me ha enseñado lo que es la verdadera amistad y a vivir el amor de manera diferente. Me ha ayudado a crecer como ser humano. Por tu gran comprensión, paciencia y apoyo desde que te conozco. Por nuestra química y retórica. Así como por ser mi clave y motor. Nicolás Alvarado.

## GRACIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segunda casa, por marcar mi vida positivamente y posibilitarme el desarrollo profesional y personal.

A todos mis compañeros, maestros y amigos que contribuyeron en mi formación profesional y en el desarrollo de éste trabajo.

A mi mamá y mi tía Paty, ya que gracias a todo su apoyo pude concluir mis estudios y mis metas planeadas.

A Nicolás por sus consejos, paciencia, apoyo e impulso en la realización de la presente. Sin tí esto no hubiera sido posible.

En especial, a un compañero y amigo; mi gran asesor Jorge Luis, ya que dotaste este trabajo de tus conocimientos y lo enriqueciste con tus sabios comentarios. Por tu calma, accesibilidad y disposición para el trabajo. Gracias por tu tenacidad y exigencia que representan un gran ejemplo para mí.

Al doctor Héctor, que con su gran sentido del humor, facilitó los momentos difíciles de este trabajo y creyó en mí desde que era estudiante. Gracias por permitirme colaborar con usted en el proyecto y por su disposición y apoyo total. Le agradezco también sus valiosos conocimientos y aportaciones.

A la maestra Pilar, porque de manera indirecta ha colaborado conmigo desde hace algunos años. Gracias por su confianza.

# INDICE

## ***CAPITULO I . LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.***

1.1	La Calidad de la Atención Médica	4
1.2	Evaluación de la Calidad de la Atención Médica	6

## ***CAPITULO II. SATISFACCION Y CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.***

2.1	La satisfacción del paciente con el servicio médico.	21
2.2	Evaluación de la Satisfacción.	29
2.3	Consideraciones teórico-prácticas del constructo "Satisfacción de la atención médica".	37

## ***CAPITULO III. DIABETES MELLITUS Y PROCESOS PSICOLOGICOS.***

3.1	Enfermedades Crónicas.	50
3.2	Diabetes Mellitus.	52
3.3	Causas y características de la Diabetes Mellitus.	56
3.4	Complicaciones comunes de la Diabetes Mellitus.	59
3.5	Factores Psicosociales asociados a la Diabetes Mellitus.	64
3.6	Intervención Médica y Psicológica en el tratamiento de la Diabetes Mellitus.	68

## ***CAPITULO IV. EL AFRONTAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS.***

4.1	Aspectos conceptuales del Afrontamiento.	72
4.2	Concepciones contemporáneas del afrontamiento.	73
4.3	Enfermedad y Afrontamiento.	81
4.4	Adherencia Terapéutica.	89
4.5	Modelo Psicológico de la Salud: el papel de las competencias en la adherencia terapéutica.	95

## ***CAPITULO V. METODO.***

5.1	Sujetos.	109
5.2	Materiales e Instrumentos.	112
5.3	Situación.	115
5.4	Procedimiento.	115

**CAPITULO VI. RESULTADOS.**

**118**

**CAPITULO VII. CONCLUSIONES.**

**138**

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## CAPITULO I

### **LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.**

En los últimos años la calidad de la atención ha cobrado importancia en México dado que existen fuertes tendencias y preocupación por insertarla cada vez con mayor frecuencia y eficacia en los productos y servicios, ya que mediante ella se hace posible la competitividad y sobre todo el mejoramiento de cualquier bien o servicio. En éste sentido, es relevante retomar el tema, dado que posibilita la explicación de las condiciones actuales que imperan en materia de salud y de calidad de la atención médica en el país, así como de las características de los servicios.

Materson y Quintana (1993) opinan que los consumidores de bienes y servicios demandan, en la actualidad, productos de calidad al menor costo posible y, para mantener su competitividad, la industria debe cumplir esos requisitos, así, la calidad total y el costo de la misma son los temas estratégicos más importantes que enfrentan también los administradores de la atención a la salud.

Para Larrea (1991), el factor económico en relación a la calidad, más que representar pérdidas, representa ganancias, ya que señala que la inversión en materia de calidad se recupera siempre. Incluso cita a Juran, quien afirma en su opinión que la calidad es un gran negocio, dado que la inversión en ella no sólo es recuperable, sino que proporciona una rentabilidad impresionante. Crosby (1997, citado en Larrea 1991), afirma que el coste de la no calidad representa entre el 20 y 30% de la facturación de las empresas y que según Juran es de 30% en relación a los servicios.

Asimismo, para Larrea (op. cit), el coste de la no calidad representa una doble pérdida:

por un lado, es un gasto extra que se genera por encima de los estándares ordinarios y por otro, es una pérdida por el ingreso no percibido en razón de la no

calidad que se hubiera producido en una situación de calidad estándar. "El primero tiene la naturaleza de un coste efectivo; el segundo tiene la naturaleza de un coste de oportunidad. Al final, el coste de la no calidad es la suma de más costes incurridos y menos ingresos generados". (p.227).

La relevancia de la calidad también recae en otros elementos diferentes al costo, pero que se relacionan directamente con él, así como lo menciona Ischikawa (en Franco 1995), las características de la calidad pueden determinarse por su importancia relativa como son:

- a) un defecto grave; aquella característica de la calidad que se relaciona con la vida y seguridad.*
- b) un defecto crítico; aquella característica de calidad que afecta seriamente al funcionamiento de un producto.*
- c) un defecto menor; aquella característica de la calidad que no afecta el funcionamiento de un producto o servicio.*

De acuerdo a Rojas (1993), el concepto tradicional de calidad se restringía al cumplimiento de las especificaciones y se limitaba al producto. En la actualidad, "Calidad total" es hacer las cosas bien y a la primera, siempre, en todos los aspectos de la vida organizacional. Entonces, esta se refiere a:

- \* en lo general, es el medio que conduce al mejoramiento permanente de los productos y los servicios.
- \* en el servicio, es la estrategia integral que promueve la filosofía del mejoramiento permanente y la convierte en procesos medibles conducentes a la excelencia competitiva.



Por su parte, el American National Standards Institute (ANSI) se refiere a ella, específicamente como "La totalidad de particularidades y características de un producto o servicio que se relacionan con la calidad y forman la base para la medición y control. La "Capacidad de satisfacer determinadas necesidades" refleja el valor del producto o servicio para el cliente que comprende el valor económico y también la seguridad, confiabilidad y facilidad del mantenimiento. (citado en Gallegos y Romero, 1997 p.6).

Garvin (1984; cit. en Gallegos y Romero op. cit) al explicar la calidad de 5 modos distintos, menciona la definición basada en el usuario, partiendo de la hipótesis de que la calidad está determinada por lo que desea un comprador y lo que está dispuesto a pagar. Sería la "adecuación para el empleo pretendido", es decir, qué tan bien desempeña el producto su función deseada. "...Para determinar la adecuación a un uso pretendido, se deben tener en cuenta puntos como el uso que se desea dar al producto, la frecuencia del mismo, el costo, la perfección técnica, la confiabilidad, la utilidad o esperanza de duración..." (p.6)

Esta definición de Garvin, está dada por la satisfacción del cliente, la cual se ha convertido en la principal definición de calidad desde una perspectiva administrativa: en donde se explica que ésta es, cumplir o mejorar las expectativas del cliente.

Como pudo observarse, los mecanismos para incentivar la calidad tienen fundamentos sólidos. Estas experiencias aplicadas a la industria, aportaron conocimientos valiosos al sector salud y no sólo al referirse al mejoramiento continuo, sino a lo relacionado a los costos, la producción, los procedimientos, estrategias, etcétera.

Hasta aquí es posible señalar que la Calidad, al jugar un papel importante en diversos sectores, se ha tomado como una filosofía a seguir, lo cual permite su extrapolación a varios campos que la han adoptado e incluso se ha convertido en el móvil de los mismos. Esto podría ser descrito en el campo específico de los servicios de salud.

## 1.1 LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Después de reconocer porqué es importante la Calidad, ahora se hace necesario describir de manera general qué es la Calidad de la Atención Médica desde el punto de vista de diversos autores, dado que esto posibilitaría tener una visión más amplia de las características, las implicaciones y el origen de la misma. Sin embargo, para llevarlo a cabo se debe de considerar algunos factores que influyen o se hayan relacionados con el tópico en cuestión, como son aquellos componentes en los que generalmente se pone atención al evaluar la calidad.

Bloom (1973; citado en Gallegos y Romero op.cit) define la calidad de la atención médica como: "aquel conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención de los pacientes desde los puntos de vista técnico y humano para alcanzar los efectos decididos por los médicos a beneficio de los usuarios"... (p. 9). Asimismo, la considera como un medio para lograr la eficacia de los servicios, involucrando el aspecto técnico (criterios y procedimientos médico-clínicos) y el aspecto subjetivo (calidad humana) que se refiere al trato recibido por los usuarios; dependiendo ambos elementos tanto del acto médico como de la infraestructura administrativa.

Mientras que Donabedian (1990), estableció que el significado de la calidad y de las normas usadas para calificarla, serán diferentes entre una sociedad y otra, pero de una manera sistemática que se encamina en una dirección predeterminada. Por su parte Ruelas (1993), señala que, de acuerdo a Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes:

Una Técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente y una Interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor. Entonces, al hablar de la "calidez" puesta de moda al hablar sobre la calidad, se hace alusión a una de las dos dimensiones que integran el concepto "calidad"; es decir, la



dimensión interpersonal (que de manera muy efectiva ha sido enfatizada), da la impresión, por otra parte, que la calidad se refiere sólo a la dimensión técnica, aún cuando no es así.

Entonces, puede observarse que esta definición de calidad de la atención, incluye los riesgos y beneficios del servicio ante el usuario, así como las dos dimensiones citadas, dejando de lado la típica concepción de calidad que se establece en el ámbito de la producción de bienes o de otro tipo de servicios, donde sólo se retoma la satisfacción del usuario en relación al servicio, aún cuando ésta sí constituye un elemento indispensable para juzgarla. Es decir, el paciente puede vivir satisfecho hasta su último suspiro; sin embargo, no debió haber muerto. Además retoma el aspecto técnico y el interpersonal que generalmente es el que más se descuida y que en ocasiones influye o hasta puede llegar a determinar el restante.

Los componentes de Calidad de la Atención son mencionados por Aguirre (1991), cuando considera que el concepto de "calidad" debe de englobar la estructura, el proceso y los resultados de la atención, así como los aspectos relacionados a un ambiente agradable y relaciones humanas amables dentro de los cuales ésta se desarrolla, de tal forma que define la calidad como "...otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personal, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuya a mejorar su calidad de vida"... (p.625). Todo esto considerando también que se puede incidir de manera positiva en la calidad con que se otorga la atención médica a través de la evaluación, identificación, registro y seguimiento de los problemas que le afectan al propio usuario de los servicios.

Además, como lo menciona Ischikawa (en Franco 1995), es relevante tomar en cuenta el medio en que es atendido el paciente y el trato del proveedor de la atención médica, involucrando la calidad; la cual permite cumplir y superar las

expectativas de los pacientes. Se puede decir que la palabra calidad designa un conjunto de atributos a un objeto o institución, permitiendo emitir juicios de valor. En éste sentido, se puede hablar de: nula, poca, buena o excelente calidad.

... "Tal significado puede ser el equivalente del término excelencia o perfección," (Castillo y Vieyra, 1995, p. 15), si se logra una buena calidad en el servicio se encamina a la Institución al éxito y la competitividad adecuada.

Hasta aquí es posible observar como los diferentes autores retoman la calidad, poniendo énfasis en diferentes aspectos cada uno, ya sea en el trato humano, en el proceso de atención, en los recursos, en la oportunidad, en la eficiencia, en los aspectos técnicos, en el cumplimiento o no de lo que se esperaba, entre otros; que de alguna forma representan aproximaciones de lo que es la calidad de la atención.

Ahora, es necesario reconocer cómo se puede llegar a medir la calidad de la atención, lo cual se hace posible por medio de la evaluación.

En este sentido, hay que mencionar que, para elevar la calidad de la atención médica se ha tratado de evaluarla, ya que así se obtiene información acerca de ésta y del cumplimiento de estándares que permiten mejorar los servicios. Por lo tanto, se ha incrementado la demanda y necesidad de realizar medidas de organización eficaces, desarrollando métodos que evalúan la prestación de servicios médicos, por medio del reporte de satisfacción del usuario, siendo éste un método eficaz de valoración. Por ello, ahora se revisará brevemente cómo se ha evaluado y cuales son sus componentes.

## **1.2 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA**

En nuestro país algunas veces la Calidad de la Atención no puede ser prestada de manera ideal, dadas las condiciones económicas, políticas y sociales que imperan en él, esto sugiere que es difícil tratar de ponerla en práctica y lo es aún más intentar evaluarla, dado que como lo señala Laguna (1991), México tiene

problemas en relación a las evaluaciones, dado que no cuenta con recursos para realizar investigaciones independientes, por ello, depende mucho de estudios realizados en el extranjero. Sin embargo, a veces la información obtenida en otras partes no puede aplicarse a las condiciones de la población; por lo tanto es necesario que los estudios se hagan y evalúen en las condiciones de la localidad. Mientras que Pérez, Libreros, Reyes, Santacruz, Alanis y Gutierrez (1994), señalan que en México la prestación de servicios de salud en áreas urbano-marginadas se ha convertido gradualmente en un serio problema para las instituciones de salud, ya que presentan múltiples problemas para proporcionar servicios asistenciales y preventivos, además la escasez de recursos humanos, económicos y de infraestructura impide que los servicios satisfagan todas las necesidades de la población, de tal forma que no son brindados de manera equitativa.

Asimismo, Campero (1990) afirma que en el siglo XXI, el Estado tornó un papel importante en los problemas de salud, lo que ocasionó, entre otras cosas, el aumento de la matrícula en las instituciones formadoras de recursos humanos en esta área, la construcción acelerada de hospitales, la intensificación del sistema de especialidades clínicas, la intensificación de la medicina y con ella la burocratización de la misma. Lo cual trae como resultado un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios y un posible decremento en la calidad de la atención al paciente, en lo que se refiere fundamentalmente a la dimensión interpersonal.

Otro factor que, sin duda, ha influido en la creciente necesidad de establecer estrategias para elevar la calidad de la atención, ha sido el constante incremento de las demandas legales contra los hospitales y los médicos; esto ha obligado a las instituciones a poner mayor atención en la prestación y calidad de los servicios de salud, ya que se han creado en los últimos años muchos hospitales. Sin embargo, la calidad prestada en las instituciones ha sufrido deterioros a causa de fallas a nivel organizacional; viéndose reflejado en la relación interpersonal con el usuario. Donabedian (1993) resalta su interés por las prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Entre los elementos a tratar,

cita dar mayor atención a los consumidores, dado que estos protegen e incrementan la calidad del servicio; generando la atención al participar activamente con sus médicos en el cuidado de su salud. Asimismo, fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a métodos, circunstancias y resultados de la atención; además, de regular la atención que se brinda al decidir cuál tratamiento deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger. Finalmente, juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

Sin embargo, para Aguirre (1991) las tendencias en investigación actuales referentes al tema proponen el enfoque a través de la teoría de sistemas, incluyendo análisis de la estructura, proceso y resultados, incluso Donabedian en 1986 ya mencionaba dicho enfoque y hacía énfasis en la necesidad de incorporar la satisfacción del usuario al grupo de indicadores de resultado de una atención adecuada.

Es importante mencionar que, de acuerdo a Ruíz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera, (1990), la calidad de la atención médica ha sido cuestión de interés en los niveles de medicina institucional y privada, sin embargo no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Pero como ya se señaló, si se han llevado a cabo esfuerzos independientes por diferentes instituciones del Sector Salud al realizar diversas publicaciones al respecto.

Es posible señalar que, dentro de las políticas y estrategias enunciadas para consolidar el Sistema Nacional de Salud, se destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de servicios, por lo que el Grupo Básico Interinstitucional del Sector Salud se hizo a la tarea de elaborar una metodología específica para valorarla, dicho estudio se llevó a cabo por medio de auditorías y evaluaciones a nivel nacional y mundial; en México se analizaron los procedimientos seguidos por el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado, etcétera, terminando aproximadamente en 1986. Se hizo necesario conocer los aspectos que la determinan, cómo identificarlos y asignarles un juicio de valor a través de su verificación.

De acuerdo con Aguirre (1990), establecer juicios de valor relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud se ha llevado a cabo por medio de diferentes mecanismos de evaluación con vistas en los logros de metas y administración racional de los recursos asignados. Y la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el establecer juicios de valor para aspectos de la calidad eminentemente subjetivos, así como la definición de puntos a evaluar y los sujetos de la evaluación.

Posteriormente, Aguirre (1991), al hablar sobre el mismo tema, refiere que en todo proceso evaluatorio se hace necesario establecer un juicio de valor, referido a una meta o norma de operación, lo cual generalmente se hace mediante la asignación de un juicio numérico en cifras absolutas o relativas.

Pero cuando se trata de evaluar conceptos en relación a la calidad de la atención médica, según Aguirre (ibid.),... "la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo, explícito o implícito, lleva inherente la tendencia a la asignación de valores numéricos, a elementos de la atención médica eminentemente cualitativos." (p.632). Así, se corre el riesgo de asignar cifras por encima o por debajo de la justa de manera incorrecta, o bien la asignación de un valor arbitrario, en forma perjudiciada; ya sea por simpatías o antipatías, o bien por diferentes estados de ánimo, etcétera. Sin embargo, la evaluación se ha llevado a cabo acompañando valores numéricos de aspectos cualitativos, haciendo entrevistas o preguntas abiertas a los usuarios, todo con el fin de identificar sus preferencias o evaluaciones de manera cualitativa.

Ahora, es importante mencionar de que forma a sido entendida y definida la evaluación de la atención médica.

Para ello retomaremos una vez más los planteamientos citados por Aguirre (1990), quien afirma que existen diversas definiciones de la misma, como las siguientes:

- Medición de los resultados pasados y presentes en relación con los esperados, ya sea parcial o integralmente, con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.
- Comparar una situación, acción, hecho o resultado, con un indicador, promedio de otros con características similares o norma de calidad preestablecida.
- Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador y que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

De todo lo cual, Aguirre (op. cit) opina que, aunque puede observarse que son definiciones diferentes, en ellas se incluye un mismo concepto; establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado.

Por su parte Ruiz de Chavéz y Cols. (1990), en un estudio referente al tema, cita la definición establecida por El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, la cual coincide con la de Ruelas al considerarla como:... "el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida"... (p.158).

Asimismo, concibe la evaluación como "Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia

de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos". (p.158).

La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución; también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal"...(Ruelas 1993, p. 299).

Ahora bien, se supone que el buen resultado de un sistema de evaluación requiere de políticas bien definidas para su aplicación, por ello, dicho autor propone las siguientes:

*- La evaluación debe realizarse en forma programada, tanto en cuanto a la fecha, como en relación con los aspectos que serán evaluados; solo por excepción y en casos específicos se realizará sin previo aviso.*

*- La evaluación se llevará a cabo en forma sistemática, permanente y continua, a fin de lograr identificar con oportunidad la problemática que se presente, generar de inmediato los procedimientos de solución y hacer el seguimiento de la solución de los problemas detectados.*

*- Debe realizarse en forma participativa entre el evaluador y el evaluado, a fin de analizar conjuntamente la problemática, definirla de común acuerdo y establecer el programa de solución, brindándose por parte del evaluador la asesoría que se requiera.*

*- Los procedimientos de la evaluación deben llevarse a cabo en forma objetiva, evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecidas, con fines punitivos o para determinar promoción o remoción de directivos.*

Al hablar de la calidad de la atención, no deben dejarse de lado los aspectos tanto cuantitativos como los de tipo cualitativo, ya que al examinarlos desde ésta óptica se debe de hacer alusión a otros elementos que por lo general son tomados en

cuenta; como la organización de la institución, su administración, los aspectos técnicos, la eficacia y eficiencia, el trato humano a los usuarios, las condiciones de seguridad e higiene, la conveniencia y oportunidad, entre otras cosas que tienen más que ver con la percepción del usuario hacia el servicio.

En éste sentido De Morales (1993) considera que al evaluar la calidad de la atención se pueden utilizar diferentes métodos según sea el caso, por ejemplo, la capacidad técnica se evalúa a través de los expedientes clínicos; mientras que la interacción paciente- médico u hospital- paciente, se basa en la observación directa o en cuestionarios. Con ello se hace evidente que cada método es aplicable sólo a una situación clínica específica, no en todas. Cabe señalar que ésta forma parte del aspecto técnico también.

Esto es, la evaluación se puede enfocar de acuerdo a los intereses del investigador o de la Institución ya sea hacia lo referente a los aspectos técnicos de la atención desde el inicio de ésta, el procedimiento (os) que se llevan a cabo, estudios de laboratorio, rayos X, el médico, los recursos, el tipo de intervención; hasta los resultados propios de la atención, que si bien son favorables, el paciente puede no estar de acuerdo con ellos. Por lo tanto, es de gran importancia en algunas ocasiones la observación directa.

En el caso de la evaluación de la "Estructura", se trata de una evaluación más fácil, rápida y objetiva; por ejemplo, poniendo atención en los suministros, personal, documentos o aspectos relacionados a la administración, etcétera. Según De Morales (op. cit), la mayoría de los hospitales latinoamericanos han sido sometidos a algún tipo de evaluación física; cabe señalar que la estructura perfecta no garantiza la calidad, por ello es necesario hacer mención de otros dos elementos que actualmente se incluyen en la evaluación de la atención a la salud, como es el caso del "Proceso" y los "Resultados"; en el primer caso, se toma en cuenta la evaluación de la conducta o del proceso de la atención médica basándose en la revisión de información contenida en expedientes clínicos o en la observación directa de procedimientos. También puede incluir variables tales como la accesibilidad del paciente al hospital, los niveles de ocupación de los



servicios, métodos y técnicas utilizadas, etcétera. En general, en estos aspectos básicamente se evalúan elementos técnicos de la Atención.

Por último, se consideran los efectos de la atención médica en la salud, que equivale a la evaluación de los "resultados", siendo ésta la meta final de los programas de garantía de calidad. Este pudiera ser el elemento más difícil de evaluar, dado que se considera la influencia de factores más específicos del paciente como las reacciones personales, agresiones físicas o psicológicas durante el periodo de observación u hospitalización, confirmado esto por la ausencia de estándares de calidad explícitos para cada situación. En éste caso la evaluación va más enfocada a la satisfacción del paciente en cuanto al servicio.

Esto resulta muy interesante para investigar, ya que la condición de cada persona que acude a solicitar atención médica es diferente, sin embargo el intentar caracterizar o dar explicación de un sector de dicha población con un padecimiento específico, bien puede facilitar una aproximación a las condiciones de calidad en la atención de un servicio en específico.

Es posible señalar que lo óptimo sería evaluar la Calidad de la Atención Médica tomando en consideración los tres aspectos citados; sin embargo, esto no siempre es posible, ya que se requiere de muchos recursos y sobre todo de tiempo para realizarlo, entonces lo que suele ocurrir, es que los investigadores sólo podemos centrarnos en alguna parte del proceso.

En éste sentido, De Morales (1993), reconoce que la evaluación del impacto de la atención a la salud en la comunidad es otra consideración compleja, por ello se han creado indicadores que puedan "rastrear" la calidad de la atención en la salud, recurriendo a situaciones específicas, como:

- La amputación de un pie diabético indica, cuando se investiga retroactivamente hasta la casa del paciente, la ausencia de un programa de control del diabético en el centro de salud cercano a su hogar.
- Un legrado en una adolescente, en el servicio de urgencias de un hospital, denota la falta de calidad en los programas de planificación familiar del área.

- Un caso grave de neumonía en un paciente hospitalizado indica la falta de atención en las enfermedades respiratorias, en el nivel de atención primaria, en el sistema local de salud particular.

Estos indicadores de resultados son una alarma para mejorar las estructuras y los procesos de atención a la salud, sin tener que recurrir a análisis epidemiológicos prolongados y costosos en ciertos sistemas de salud o distritos sanitarios en Latinoamérica y para detectar deficiencias en la calidad de la atención a la salud y corregirlas inmediatamente a través de cambio de la conducta médica y administrativa; garantizando no solo la evaluación de la calidad sino el mantenimiento permanente de la misma, lo cual equivaldría a la garantía de calidad.

Respecto a la garantía de la calidad de la atención Vidal y Reyes (1953), señala que ésta puede obtenerse a partir de un seguimiento de los indicadores, que son variables susceptibles de ser observadas y medidas y que cumplen los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad.

Después de definir puntualmente lo que es la evaluación de la atención, es posible señalar la importancia que adquiere el tener un sustento teórico y metodológico que posibilita su aplicación en las prácticas de salud y que no permite dejar el tema de manera aislada; sino en relación a su propio desarrollo y construcción teórico metodológica que afortunadamente los profesionales de la salud se han interesado en sustentar. Permite así, la evaluación misma en un contexto de concordancia, dado que se tienen claros y bien definidos los objetivos y procedimientos a seguir al realizar investigaciones en éste ámbito de la salud, sin olvidar los constructos ya citados.

De tal forma que tomando en consideración la importancia que tiene la calidad en la atención médica, que como pudo observarse presenta características similares pero, representan conceptos diferentes; se hace necesario señalar los medios específicos mediante los cuales ésta puede ser evaluada, mejorada, explorada, descrita, etcétera. Ya que, de ello dependerá que las condiciones actuales en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

materia de salud cambien y tomen en cuenta las necesidades de los usuarios de los servicios, dado que son ellos los que hacen posible el funcionamiento y eficacia de la atención. Por ello, su percepción, su juicio de valor, sus expectativas, sus actitudes, entre otras cosas; deberán ser consideradas de manera primordial, posibilitando el conocimiento de los requerimientos del mismo usuario y no de los elementos que suponen los administradores de los servicios. Esto es, la información que proporcione el usuario al investigador será el móvil de los futuros cambios o propuestas para la mejoría del servicio; por ello es primordial atender sus demandas y necesidades.

Así, se hace evidente la relevancia de una revisión que sustente lo ya señalado y amplíe el campo y relaciones de la calidad con elementos inmersos en ella y otros más que permitan su evaluación y conocimiento, como es el caso de la satisfacción del usuario de los servicios, que ha resultado un método de los más eficaces para alcanzar los fines ya citados.

Cabe señalar que el reporte de satisfacción permite conocer el grado de acuerdo o desacuerdo del usuario respecto de la calidad de la atención en los servicios de salud; el cual engloba los componentes ya citados, el cualitativo y el cuantitativo que forman parte del proceso, estructura y resultados mencionados.

Entendiendo como satisfacción, según González y Moreno (1984, citados en Gallegos y Romero, 1996) ...“la acción y efecto de satisfacerse y/o complacencia del paciente. Estado que resulta de la realización de lo que se pedía o deseaba con lo que se obtuvo...”(p.14).

Asimismo, la satisfacción del paciente en relación a los Servicios de Salud ha sido conceptualizada como "...una dimensión de la calidad de la atención y una medida de resultado que permite identificar aquellos atributos de los servicios que tienen mayor importancia para la población, así como la adecuación de la calidad de la atención proporcionada con sus necesidades y aspiraciones"... (Landeros y Salinas, 1996 p.32.)

De acuerdo a Landeros y Salinas (ibid), la satisfacción resulta importante dado que a nivel social es vista como parte del "proceso" del cuidado de la salud y

puede tener influencia en dos formas, ya sea en el uso del servicio médico y en las quejas relacionadas a consejos médicos y régimen médico, ya que al no usar adecuadamente un servicio o tomar un medicamento puede influir en los resultados de la salud. De hecho, mencionan que los niveles de satisfacción están directamente asociados con los resultados terapéuticos y los estatus de la salud.

De ahí la relevancia del valor terapéutico de la relación paciente-médico o los aspectos sociales del proceso curativo en la satisfacción. Además, es importante resaltar que la satisfacción para Donabedian (citado en Williams, 1994), también es un elemento en el estado de salud del paciente y es fundamental como medida de Calidad por que da información del éxito proporcionado, siendo ésta una herramienta importante para investigar, administrar y planear.

La satisfacción puede ser vista como un indicador de la Calidad de la atención, así como de los resultados de la atención médica, por ello es preciso hacer una revisión que permita reconocer tanto las características, como los elementos que la componen.

## CAPITULO II

### SATISFACCION Y CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Se ha prestado mucha atención a la medición del constructo "satisfacción del paciente", con gran deficiencia en las investigaciones sobre el tema; así lo reportan los casos de Locker y Dunt (1978); Abramowitz y Cols. (1987); Fitzpatrick y Hopkins, (1993) y Williams (1994).

Ahora bien, si se trata de reconocer parte del origen de la satisfacción de los pacientes, McIver (1991; citado en Sitzia y Wood, 1997), señala que ésta se remonta al movimiento de protección al consumidor que evidencia algunos aspectos públicos del servicio. Incluso diversos directivos han promovido "Una cultura de servicio orientado al cliente" para observar y llevar a cabo sistemas gerenciales de calidad adoptando todos éstos la "filosofía de calidad".

De hecho Gallegos y Romero (1996), consideran que en la última década los sistemas de información y globalización de los servicios han creado una nueva conciencia de consumidor exigente y que pide calidad en todos los servicios y productos, lo cual recae en un cambio en las organizaciones públicas y privadas, ya que éstas actualmente piensan y actúan generalmente en pro de la calidad. Para ellos, es la actitud de exigencia del usuario la que ha llamado la atención desde los 80's y es el elemento básico para definir la calidad.

Así, la opinión del usuario (ó el reporte de satisfacción) es el elemento fundamental para esclarecer el funcionamiento de lo que se recibe, ya sea en un servicio de salud o producto.

Y es así como El Sistema Nacional de Salud (NHS) de Estados Unidos empieza a imitar estrategias de competencias de salud, en las cuales los hospitales tratan de garantizar niveles altos de satisfacción de los usuarios, no sólo para mantener a

sus pacientes, sino también para monitorear a los mismos en cuanto a su satisfacción sobre el servicio.

Se dice que el término "consumidor", empieza a aparecer en Estados Unidos de Norteamérica, en la literatura de satisfacción del cliente. (por ejemplo: Hopkins, 1990; Williams y Calnan, 1991 y Cox, Bergen y Norman 1993).

De tal forma que las organizaciones de consumidores influenciaron el movimiento de protección al consumidor, aproximándose al cuidado de la salud. Se empezaron a publicar diversos artículos referentes a la satisfacción de pacientes en los servicios de salud en los años de 1983, donde se examinaron aspectos del Sistema Nacional de Salud (Jones, y Cols. 1987; citado en Sitzia y Wood, op. cit.).

Por su parte Fitzpatrick (1984; citado en Sitzia y Wood, op. cit), refuta la consideración aquella del trabajo de la satisfacción del cliente, ya que la considera como un movimiento social próximo al de protección al consumidor. Mientras que el médico Waseersug (1996; citado en Sitzia y Wood, op. cit) observó que el término "cliente" fue gradualmente desplazado por el de "consumidor" en Estados Unidos de Norteamérica; nacido entonces de la ideología del movimiento de protección ya citado, la cual fue un defecto fundamental desde la comparación de los resultados médicos.

Blaxter (1995, citado en Sitzia y Wood 1997), menciona que existen puntos que permiten no retomar el término "consumidor", dado que puede ser visto como resultado de las conexiones con el mundo comercial; lo cual ha sido fuertemente criticado por el uso del constructo en los servicios de salud de Estados Unidos de Norteamérica. Pero, por otro lado, podría argumentarse que el término "consumidor" dignifica la relación profesional-paciente, en el sentido tradicional del término "paciente"; sin embargo con estas asociaciones inútiles, de nuevo no es posible el esclarecimiento del término. Dado que en diversas áreas paralelas, servicios sociales y comúnmente en servicios de salud se refieren a "clientes" o

"usuarios del servicio", lo cual trae como consecuencia la idea de pasividad y dependencia.

Por su parte, los clínicos piensan que es necesario examinar la satisfacción en los servicios para tener una visión más amplia, dejando de lado las aproximaciones y trabajando así la satisfacción del paciente desde aspectos como el estatus, el estilo de vida, los estándares profesionales, etcétera. Otra suposición comúnmente hecha por los profesionales de la salud es que la satisfacción puede ser evaluada de manera general, observando la no satisfacción; es decir, se cuestionan aquellos aspectos que le producen insatisfacción al paciente: así, de manera contraria, se obtendrían datos legítimos. Estas suposiciones indican un problema fundamental: ¿vale la pena el término "satisfacción del paciente" extensamente usado como un concepto que es escasamente entendido?

Tomando en consideración el uso del término, Fitzpatrick (op.cit) propone diversas formas para medir la satisfacción, claro que estas van de acuerdo a las funciones de la misma, en éste caso de acuerdo a la experiencia de los pacientes, así considera:

La promoción y cooperación con el tratamiento, identificación de los problemas del cuidado de la salud, y la evaluación de la salud, pero señala esencialmente tres:

- La satisfacción puede simplemente describir el servicio del cuidado de la salud desde el punto de vista del cliente;
- En términos de Donabedian (1990), la evaluación de la satisfacción puede tomarse como un proceso de cuidado. En las áreas problema pueden desarrollarse soluciones.
- La evaluación del cuidado de la salud ha sido vista por muchos como la más importante función de las investigaciones sobre satisfacción del paciente.

Por su parte Like y Zyzanski (1987) señalan que las condiciones bajo las cuales se haga un reporte de satisfacción repercuten en éste mismo. También consideran que la satisfacción está relacionada con la percepción de su enfermedad y con las expectativas que el paciente presente con respecto al servicio, así como el tipo de práctica que se le realice. En cuanto a las experiencias previas, dichos autores consideran que éstas son un factor determinante para la satisfacción del paciente. Esto no es fácil de suponer, dado que no es lo mismo un paciente que acude a consulta externa periódicamente, que algún otro que tenga que ser atendido a nivel hospitalario y si se aumentan los diferentes tipos de padecimientos con sus niveles de riesgo y gravedad cada uno, es más fácil establecer las relaciones que los autores proponen.

Considerando lo anterior, se pueden retomar los planteamientos de Williams (1994) acerca de que la expresión de la satisfacción es útil, dado que ésta puede asumir la función de algunos procesos y es importante como medida de calidad, puesto que existe una relación entre satisfacción y la realización de las expectativas existentes; es decir, si al solicitar servicios hospitalarios se cubren los requerimientos del usuario, entonces, es posible decir que las expectativas tienen que ver con la satisfacción del mismo.

La relación antes mencionada puede ser observada en los planteamientos de Gitlow (1991; en Franco, 1995) quien considera que la calidad es el juicio que tienen los clientes o usuarios sobre un producto o servicio, es el punto en el que sobrepasa sus necesidades y expectativas; donde toma como punto medular las necesidades de los clientes, siendo su satisfacción el objetivo de cualquier empresa.

También es importante tomar en cuenta otros elementos al hablar sobre la calidad y la satisfacción en la atención, como los que Donabedian (ibid.) considera influyen en la relación paciente y proveedor de la atención médica, ya que varían de un lugar a otro; siendo estos la cultura y las costumbres, puesto que determinan lo correcto, lo propio o moral en las transacciones paciente-proveedor. Asimismo, los valores influyen en los estilos que el propio paciente maneje con respecto de una mayor efectividad en su propia atención. Por ejemplo, la propia



postura del paciente hacia el médico, quién puede ser visto como distante y omnisapiente ó misterioso y en algunas sociedades puede representar "lo bueno", mientras que en otras se espere otra manera de actuar para ser calificado como "bueno".

Donabedian (1990) también alude a que las diferencias en el comportamiento de los pacientes durante la atención de su salud surgen de las diferencias en valores, cultura, conocimiento y situación. Asimismo, la evaluación de la calidad puede variar de acuerdo a 3 características en que cambian los pueblos: 1) sus características biológicas 2) su comportamiento y 3) sus preferencias.

Las características biológicas se refieren a diferencias genéticas y de exposición a patógenos infecciosos y no infecciosos; las diferencias de comportamiento ya fueron señaladas (valores, cultura, etcétera) y a su vez influyen en la elección entre las estrategias de atención disponibles. Sobre las diferencias en preferencias, se dice que los pacientes suelen variar entre sí, alterando el significado de calidad del modo más fundamental, ya que son ellos los que valoran cuales objetivos y logros de la atención vale la pena alcanzar.

Es posible observar cómo la satisfacción ha sido evaluada en diferentes momentos a partir de diversas variables, ya sea por aquellas relacionadas al paciente o sus características en sí mismo o bien con respecto a los servicios en general; sin embargo, como lo señalan Landeros y Salinas (1996), existe poca evidencia de estudios que relacionen ambos aspectos, ya que por lo general centran la atención en uno u otro aspecto.

Ahora, es pertinente señalar algunos otros elementos de la satisfacción que permiten explicar más claramente su conceptualización y su vinculación con otros aspectos del paciente y del servicio mismo.

## **2.1 LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON EL SERVICIO MEDICO**

Por principio, es importante resaltar que la satisfacción es un elemento a evaluar en relación a los servicios de salud, en especial porque permite conocer e

identificar cómo y con qué eficiencia operan dichos servicios; es decir, da cuenta de los resultados obtenidos en materia de salud respecto al paciente y de la funcionalidad y proceso de los mismos. Por ello, algunos autores han manifestado que no resulta sencillo tratar de definir, incluso ha representado un problema teórico el poder conceptualizarla.

De hecho, de acuerdo a Sitzia y Wood (1997), la discusión conceptual y teórica del uso debe venir antes de la medición; pero lo opuesto ha sido el caso en las investigaciones sobre satisfacción del paciente. Entonces, el problema no se limita a su campo, como Linder Pelz (1982) notó, ya que existe una falta de conceptualización en relación a la satisfacción del cliente.

Ware y Cols. (1983; citado en Sitzia y Wood 1997), se han interesado por el constructo de satisfacción del paciente, por lo que hicieron una distinción entre el reporte de satisfacción objetivo que se refiere a proveer y cuidar p.e. el tiempo de espera y la clasificación de la satisfacción de acuerdo al "trato personal y evaluación del cuidado" que no puede conocerse y observarse directamente, éste argumento refleja 3 variables; la preferencia personal del paciente, las expectativas del mismo y la realidad del cuidado percibido; así la satisfacción se puede ver afectada por muchos diferentes componentes del cuidado de la salud. Por este lado la clasificación de la satisfacción es ambas, una medida del cuidado y una reflexión de la respuesta. De ésta propuesta surgen las variables del paciente (incluyendo características y expectativas) que podrían ser referidas como determinantes de la satisfacción y por otro lado el tiempo de "cuidado"; como variables que pueden referir componentes de la satisfacción.

Por ello, algunos autores al referirse a la satisfacción enfatizan las características del individuo para englobar los determinantes de la satisfacción, mientras que otros hablan de componentes de la misma, haciendo alusión a aspectos que abarcan propiedades sobre la atención o cuidado del paciente, las cuales serán descritas posteriormente.

Por su parte Gallegos y Romero (1996), reconocen que no existe una definición totalmente aceptada, pero sugieren que la satisfacción está sustentada por

procesos psicológicos, es decir, la satisfacción es definida como "la reacción del paciente (o consumidor) a los aspectos sobresalientes del proceso, estructura y resultado, en su experiencia con el servicio o atención recibida. En ésta definición, el término "reacción se refiere a una respuesta de tipo emotivo y por lo tanto se considera impredecible. Y el término "experiencia" hace referencia a que se involucra una respuesta cognoscitiva.

Cabe señalar que aún cuando la respuesta sea de tipo emotivo tal vez ésta si pudiera ser predicha, ya que la actitud que el paciente presente ante su cuidado de salud puede ser un indicador importante que vislumbre si el enfermo se encuentra o no satisfecho con el servicio.

Mientras que para Pascoe (1983; citado en Gallegos y Romero, op. cit.) en términos psicológicos la satisfacción es como "hacer comparaciones objetivas y subjetivas entre lo que se le ofrece al paciente y lo que el espera que se le ofrezca de atención al servicio". (p.25).

Cabe señalar que Linder-Pelz (1982) en una crítica a la teoría de la satisfacción en los 80's, comenta que concordaron en que el constructo ha sido generalmente examinado en dos distintas formas; como variable dependiente, que es determinada por el paciente y las características del servicio ó como variable independendiente, la cual predice las conductas subsecuentes. Ambos aspectos son similares, en éstos la investigación es orientada al problema, apuntando a proveer de información practica y no a pruebas teóricas. Dicho autor afirma que la definición conceptual de la satisfacción del paciente es la evaluación positiva del individuo a distintas dimensiones del cuidado de la salud; y la cantidad de determinantes probables de la satisfacción está en su o sus percepciones y actitudes anteriores al evento; es decir, a los valores que un individuo atribuye a diferentes aspectos del evento.

Además al realizar un estudio propone seis hipótesis específicas como variables antecedentes que determinan subsecuentemente insatisfacción o satisfacción en el paciente, estas son:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- La satisfacción estará directamente relacionada a la suma de las creencias (expectativas) y valoraciones (valores) en relación a aspectos de cuidado.
- La satisfacción variará positivamente cuando la amplitud de lo que es percibido ocurra coincidiendo con su expectativa a priori.
- La satisfacción estará directamente relacionada con los índices de ocurrencia; menos los índices de expectativa, esto dividido entre los índices de expectativas.
- La satisfacción variará positivamente con la frecuencia de ocurrencia y la expectativa sólo cuando el objeto es evaluado.
- Una combinación de expectativas y ocurrencias positivas mostrarán altos índices de satisfacción, mientras que las expectativas positivas y ocurrencias negativas tendrán como resultado bajos niveles de satisfacción.
- La satisfacción será mejor cuando la ocurrencia sea percibida como buena o superior que aquella percibida por otros.

Entonces, se confirma que la cantidad de determinantes probables de satisfacción del usuario en el cuidado de salud está en su (o sus) percepciones y actitudes a priori al uso de servicios o valores que un individuo atribuye a diferentes aspectos del evento. Ya que una percepción a priori incluye una creencia sobre lo que al paciente le es dado y a la expectativa de ocurrencia de los eventos del cuidado de la salud.

Cabe señalar, que lo anterior sugiere que no existe una interacción efectiva entre expectativas y valores, esto es, tienen efectos independientes de la satisfacción. Ya que la satisfacción no está en función de la interacción de expectativas, valores y ocurrencias, sino de las contribuciones independientes de las expectativas y las ocurrencias percibidas.

Esto sugiere que la satisfacción del paciente puede estar influenciada por varios factores intervinientes, por ejemplo: no siempre el paciente espera algo de un servicio antes de requerirlo o bien, sus creencias o valores en relación a la atención médica distan de la realidad si sus experiencias previas así lo sugieren, aún cuando sea atendido en diferentes hospitales.

Así para Sitzia y Wood (1997) la aproximación de Linder Pelz (Ibid.), va encaminada a una definición de satisfacción del paciente pensando en contenidos de análisis de estudios de satisfacción.

Cinco variables psicosociales son propuestas por Linder Pelz (Ibid.) como probables determinantes de la satisfacción con el cuidado de la salud, las primeras tres equivalen directamente con las 3 determinantes señaladas por Ware y Cols. (1983, citados en Sitzia y Wood 1997):

- \* ocurrencia - el evento con el cual se tiene contacto y quizá el más importante para la percepción individual de que ha ocurrido.
- \* valor- evaluación, en términos de bueno y malo, de un atributo o un aspecto del encuentro en el cuidado de la salud.
- \* expectativas- desarrollo acerca de la probabilidad de la certeza de atributos, empezando por la asociación con un evento u objeto y la probable percepción consecuencia de la asociación.
- \* comparaciones interpersonales- clasificaciones individuales del cuidado de la salud encontrados al comparar con todos los encuentros de acuerdo a sus conocimientos y experiencias.
- \* derecho- desarrollo individual debido o apropiado, aceptando empezar por ver o afirmar las consecuencias o resultados particulares.

Un punto contrario es el revisado por Fitzpatrick (1984; citado en Sitzia y Wood, 1997), quien acepta que la satisfacción tiene multicomponentes y argumenta que ésta no puede ser vista en realidad como un simple concepto hecho sobre varios o distintos determinantes. Dicho autor mantiene 3 modelos independientes de satisfacción que pueden ser identificados cada uno fuertemente asociados con una determinante.

El primer modelo fue llamado "a partir de la familia". Este modelo argumenta que las expectativas son creadas socialmente y son la primer determinante del grado de satisfacción.

El segundo modelo, "las metas de la búsqueda de ayuda", propone que la mayor preocupación de muchos pacientes es el no quedar satisfechos con la atención que reciben, esto es, el paciente evalúa a un profesional de la salud o simplemente un tratamiento, para así llevar a cabo sus metas en relación a su problema de salud. En la práctica, esto no es logrado por muchos pacientes que han sido evaluados con respecto a la percepción de los cambios en su estado de salud. (Wensing y Cols. 1994; citado en Sitzia y Wood, Op.cit).

Este modelo muestra la relación existente entre la satisfacción del paciente ante el servicio y la enfermedad que éste presente. Lo cual sugiere que cuando se está agusto o de acuerdo con la atención recibida los resultados en la salud pueden ser también positivos.

Esto es de suma importancia, ya que si el enfermo se encuentra convencido de que su médico o bien el tratamiento prescrito por éste es el adecuado, podrá llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar su estado de salud y finalmente mostrarse satisfecho ante el servicio. De lo contrario, al ver su estado de salud deteriorado también podrá evaluar de manera diferente la Calidad de la Atención médica. Por ello, se tiene que poner atención tanto en el profesional de salud, como en el padecimiento específico del enfermo. Ya que existirán casos en los que la salud no dependerá específicamente del profesional de la salud; sino de ciertos aparatos, análisis y apoyo familiar respecto de su paciente.

El tercer modelo, "la importancia de las necesidades emocionales"; que enfatiza que el estrés es uno de los problemas médicos que más aqueja a los pacientes emocionalmente. Es decir, ciertos hechos causan incertidumbre y ansiedad en ellos y son acompañados de muchos problemas. Y al pedirles que evalúen la atención recibida muchas personas solo sienten habilidad para evaluar a los profesionales de la salud que compiten con aspectos técnicos del cuidado de la salud, lo cual no es tomado en cuenta por quién recibe la atención. Así los pacientes evalúan o determinan su "satisfacción" al observar conductas efectivas, o bien su experiencia en la comunicación con el médico; esto recae muchas veces como insatisfacción, porque generalmente el trato humano no es del todo grato para el paciente.

En éste punto es importante considerar algunos factores que pudiesen influir emocionalmente en el paciente, como por ejemplo: el saber de un enfermo crónico, pudiese alterar el estado emocional del usuario de un servicio y por lo tanto también su estado disposicional al evaluar tanto la relación paciente- médico, como las características individuales de ambos, dado que cada paciente percibirá y llevará a cabo de manera diferente su tratamiento.

Asimismo, existen pacientes que muestran necesidad de ser escuchados y algunos otros que tienen problemas personales; lo cual en ocasiones es volcado con el profesional de la salud y desafortunadamente éste no tiene tiempo, ni recursos para dar esta atención y entonces, el paciente puede una vez más, estar o no satisfecho; si el médico cumple con lo que el requiere, aún cuando va más allá de una revisión médica.

Finalmente, Fitzpatrick (1984; citado en Sitzia y Wood, 1997) argumenta dos distintas interpretaciones del debate sobre la medición de la "satisfacción del paciente":

\* El objeto de investigación es visto como actitud o actitudes de ayuda, de acuerdo a la observación del paciente del cuidado de la salud. Esto asume que la gente tiene revisiones equitativas y estables, las cuales pueden identificarse por las investigaciones y

\* Una evaluación o varias evaluaciones del paciente es el valor de la intervención médica o su problema específico de salud.

Para Sitzia y Wood (op. cit), la mayoría de los estudios de satisfacción del paciente ejemplifican índices bajos de satisfacción referentes a la observación desde el simple encuentro y con buena razón: estudios sociológicos de satisfacción enfocados al cuidado de la salud son de poca ayuda para proveer el cuidado individual de la salud bajo la presión de evaluar y aumentar el desarrollo individual.

El modelo más comúnmente usado al investigar la satisfacción ha sido llamado "modelo de discrepancia" (Carr-Hill, 1992; Williams, 1994), Fox y Storms (citados en Sitzia y Wood 1997) que argumenta que la variabilidad en las respuestas de satisfacción podría provocar un cambio para comprender las condiciones bajo las cuales existe discrepancia con los resultados que han sido señalados.

Esto implica poner atención sobre las áreas que expresan insatisfacción al paciente, siendo más valiosas que aquellas donde consistentemente se ha expresado satisfacción.

Williams (1994), señaló que las expectativas del cliente han sido la llave para comprender las razones para expresar insatisfacción, esto aparece como una simple forma del modelo de "valor de expectancia" y es atractivo permitir la aproximación tanto de Linder Pelz y Fitzpatrick (op. cit) para ser validado.

Williams (1994), al cuestionar la satisfacción como un concepto válido, afirma que ésta es de fundamental importancia como medida de calidad de salud porque da información y encuentra algunos valores y expectativas del cliente, además es una gran herramienta en las investigaciones a nivel administrativo y en la práctica misma. Además, argumenta que aunque la evaluación del paciente es importante, bien podría usarse antes la opinión del mismo para ordenarse e interpretarse; haciendo necesarias otras investigaciones que muestren de esta forma la



expresión de la satisfacción medida de otras formas, ya que se ha cuestionado si las encuestas realizadas a los usuarios realmente reflejan el uso de los servicios y el grado de satisfacción de los mismos.

Ahora es posible observar como la satisfacción es un elemento que ha servido como vía para poder reconocer que tan agusto está el paciente con el servicio. Así como aquellas cosas o situaciones que no le son gratas. Es decir, a través del reporte de satisfacción se ha reconocido ampliamente cual es la situación actual en materia de Calidad en los servicios de Salud. Por ello, es primordial dejar en claro ¿qué es?, ¿qué la determina?, y ¿con qué elementos se relaciona?...aún cuando algunos ya han sido planteados.

Hasta aquí es posible señalar que la satisfacción sí guarda relación con la Calidad de la atención prestada en los servicios de salud; además, pudiera señalarse que existe una gran correlación entre ambas dado que se ha comprobado que la satisfacción es un medio que posibilita alcanzarla, puesto que ha sido retomada como un indicador valioso en el cuidado de la salud. Por lo tanto se describirá dicha relación.

## **2.2 EVALUACION DE LA SATISFACCION.**

De acuerdo a Donabedian (1990), la satisfacción del paciente puede ser considerada como un elemento en el estado de salud y es de fundamental importancia como medida de calidad del cuidado del individuo, por que ésta informa del éxito proporcionado y da a conocer esos valores y expectativas en las cuales el cliente es la última autoridad. Por ello, se considera como una herramienta importante para administrar, planear e investigar.

Un factor examinado en la satisfacción de muchos pacientes es que muy pocos de ellos expresan insatisfacción o critican el cuidado de su salud. (Abromowitz y Cols. 1987; cit. en Sitzia y Wood 1997). Además, algunas veces en los cuestionarios o escalas acerca del servicio proporcionado, las mismas preguntas u opciones de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

respuesta son las que dificultan o sugieren al paciente a responder satisfactoriamente a cierta tendencia. (Rubin, 1990; cit en Sitzia y Wood op. cit). Por ello, se ha tendido a clasificar a la satisfacción por elementos, tratando de ser más específicos en las investigaciones en relación a la salud, como en el contexto de la misma. Esto permite aproximarse y ser más específico en lo que se pretende investigar en relación a la satisfacción, dado que ésta presenta muchos componentes que pueden ser elementos de estudio y que son parte de los tres elementos propuestos por Donabedian (estructura, procedimiento y resultados).

Por ejemplo, Abdellah y Levine (1965; citado en Sitzia y Wood 1997 ) identificaron algunos componentes y proponen los siguientes; adecuación a las facilidades, eficacia de la estructura organizacional; calificación profesional y competencia del personal y el efecto del cuidado sobre los consumidores.

Risser (1975; citado en Sitzia y Wood. 1997) reportó cuatro componentes como son: el costo, la conveniencia, la calidad personal provista, la relación interpersonal, la competencia profesional provista y la percepción de la calidad del cuidado recibida.

Por su parte Ware (1983, citado en Sitzia y Wood op.cit), propone una taxonomía con ocho dimensiones:

- manera interpersonal- el camino por el cual se da la interacción personalmente con los pacientes; p.e. respeto, cortesía, etcétera.
- calidad del cuidado técnico- componentes que proveen la adherencia a grandes estándares de diagnóstico y tratamiento; p.e. riesgos innecesarios.
- accesibilidad y conveniencia- factores relacionados y que reservan el cuidado medico; p.e. tiempo de espera.
- finanzas- factores intervinientes en los servicios médicos.

- **eficacia/consecuencia del cuidado-** los resultados de los servicios proporcionado; p.e. mantenimiento de la salud.
- **continuidad de la atención de la salud-** constancia en el otorgamiento del cuidado.
- **ambiente físico-** características en las cuales el cuidado es valorado; p.e: claridad de signos y direcciones, planeación de atmósfera y
- **habilidad-** Asistencia en el cuidado medico.

Las clasificaciones anteriores se basan en muchos trabajos y en técnicas estadísticas, así como en factores de análisis que evidencian que la satisfacción es un constructo multidimensional.

Otros aspectos estudiados, son la accesibilidad, la cual es definida por Ware / Fitzpatrick (op cit.) "como el incluir el uso físico accesible en los hospitales, tomando en cuenta el cambio de horas, las recepcionistas disponibles, visitas, cambio de doctores, etcétera".

Respecto a esto, Like y Zyzansky (1987), reportaron que desde hace más de 30 años numerosas investigaciones han retomado la satisfacción del paciente dentro del cuidado de la salud en los servicios y ha sido evaluada en varias dimensiones, como la accesibilidad y conveniencia, el financiamiento, continuidad y eficacia del cuidado, etcétera; encontrando que el orden de elementos conforman cuatro factores de satisfacción: la conducta física, la variabilidad o habilidad del servicio y conveniencia, así como los mecanismos que son necesarios para favorecerla.

También, se encuentra el aspecto interpersonal del cuidado, el cual, se argumenta como el principal componente de satisfacción según Blanchard y Cols.(1987; citado en Sitzia y Wood op. cit) asimismo, reconoce dos aspectos como particularmente importantes dentro de ésta dimensión, la comunicación y la empatía.

Para otros autores como Larsen y Smith (1981, citado en Sitzia y Wood op.cit) es muy importante el contacto visual entre el médico y el paciente, así como la

postura que el médico adopte ante éste, sobre todo al establecer el rapport, o al monitorear reacciones requeridas, ya que éste contacto puede hacer que se dé una conversación más natural y probablemente más formal, impersonal y agradable.

Otra categoría son los aspectos técnicos del cuidado; en éste caso los autores asumen que los estudios de satisfacción enfatizan la importancia de la calidad técnica del cuidado, ya que los pacientes poseen un nivel de competencia en procedimientos médicos. Esto trae como resultado que la manera en que fueron atendidos sea de vital importancia, ya que es asociado con procedimientos médicos usados que en ocasiones se califican como deficientes; así lo técnico también aparece y repercute como un indicador de insatisfacción.

También, se encuentra la educación del paciente o la información, donde el enfermo debe ser informado de su padecimiento y sus derechos; lo cual permite tener beneficios como, menor costo en términos de reducir el número de hospitalizados, el uso más apropiado de servicios hospitalarios, reducción de accidentes; ayuda también a la adherencia terapéutica, reduce la ansiedad, etcétera. Así, la información según Kincey y Cols. (1975; cit. en Sitzia y Wood, 1997) ayuda a que el paciente se muestre más satisfecho en su reporte.

Philips (1996), también trató de evaluar la satisfacción en relación con la destreza profesional, la cual se refiere a la relación paciente médico, la relación inicial, la comunicación, la información al paciente sobre su condición, etcétera. El estudio consistió en comprobar si dichas dimensiones son similares en Trinidad y Tobago a las observadas en Estados Unidos de Norteamérica (E.E.U.U), encontrando que los niveles de satisfacción en Trinidad y Tobago son similares en estructura a los de E.E.U.U; así se observó, gran correlación entre la conducta negativa del doctor y la insatisfacción del paciente.

Nájera, Duran y Ramirez (1992), identificaron los patrones de percepción de la calidad de los servicios en instituciones del sector salud e instituciones privadas y

observaron insatisfacción en mayor grado en la seguridad social. Encontrando así que la calidad de la atención también es evaluada no sólo en términos de satisfacción, sino también de insatisfacción. Se retomaron explícitamente cuales fueron los patrones de satisfacción, como de insatisfacción. Esto es relevante dado que la mayoría de las investigaciones sólo retoma la primera, mostrando lo que le gusta o agrada al paciente del servicio y relega lo que no le es grato o no le proporciona satisfacción en el mismo.

Por su parte, Gallegos y Romero (1996) al evaluar las experiencias en la formación de expectativas a través del reporte de satisfacción de pacientes que acuden al área de pediatría, utilizaron las mismas categorías que Landeros y Salinas (1996), pero con diferentes subcategorías. En Ejecución Profesional, hacen referencia a la Efectividad del personal médico, la seguridad del mismo ante el paciente; así como la confianza en el manejo del padecimiento. También ésta dimensión engloba la Higiene o limpieza del Hospital y la Capacidad del médico y enfermeras para atender al paciente.

La dimensión de Actitud Profesional se refiere al Trato Humano, es decir, la amabilidad con que el personal de salud atiende al paciente y familiares; asimismo la Informatividad que hace alusión al interés del Doctor por las dudas del paciente y a la explicación clara y concreta del problema de salud. La Cooperación toma en cuenta la explicación por parte del médico y enfermeras, sobre el cuidado que debe hacer el familiar en relación al padecimiento del niño o enfermo; la Empatía, se refiere a que el médico sea sensible a las necesidades del niño aún sin haberlas mencionado. Además, ésta dimensión contempla la Atención a problemas Psicosociales; es decir, el médico debe de considerar las limitaciones económicas y de tiempo para elegir el tratamiento aplicado y mostrar interés en aspectos de la vida de la persona. Por último, responsabilidad, donde se toma en cuenta la seriedad y responsabilidad del personal de salud al comportarse en el tratamiento de su paciente.

En la tercera dimensión, la de "Organización", se consideró la continuidad, que incluye si un médico inicial continúa ó no dando el seguimiento del

padecimiento del niño aunque ya no lo atienda. Además, retoman la "Disponibilidad", donde se consideró que el personal de Pediatría fuera suficiente y adecuado.

También se encontraron, el "Cuidado Integral", donde se observó que el Hospital contara con todo lo necesario para resolver el padecimiento. Asimismo, la "Eficiencia" fue otro elemento en el que se consideró que la atención médica proporcionada al menor sea adecuada con los recursos que se tiene. Dentro de ésta categoría también encontramos la "Accesibilidad", es decir, si el hospital les queda lejos ó cerca de su domicilio. La "Acomodación" o comodidad también se contempló en ésta dimensión y hace referencia a la ubicación de los diferentes servicios del hospital, así como el ambiente y temperatura.

Con respecto a la Satisfacción General, ésta retoma si el paciente volvería a recurrir ó no al servicio en caso de necesitarlo; así como el estar de acuerdo ó no en que el servicio fue como lo esperaba.

Pero existe quien trata de englobar los aspectos subjetivos inherentes en la satisfacción del usuario, como Aguirre-Gas (1991), quién presenta un esquema para la asignación de un valor de calidad en los servicios médicos, con un esquema que va de: Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado, hasta Inadecuado; de acuerdo al cumplimiento ó no de la atención médica y la satisfacción del paciente a partir de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado en un ambiente confortable, con un trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que tiene por objeto la satisfacción del servicio recibido. Todo esto, en consideración, siempre de la eficiencia del servicio médico.

Por su parte Cuevas y Cols. (1991), al determinar el grado de correlación entre médicos y pacientes en unidades de primer nivel de atención en relación con la consulta médica de tipo externa, retoma la evaluación de la Calidad a partir de la satisfacción del paciente en correlación con el reporte de los médicos en aspectos como: la realización de exploración física, explicación acerca de la enfermedad y de la forma en que debían administrarse los medicamentos, el grado de

cumplimiento por parte del paciente, tiempo de duración de la consulta y una estimación de si la relación con el médico o paciente había sido satisfactoria. La evaluación se llevó a cabo por medio de una escala análoga visual, así como una escala de diferencial semántico, encontrando correlación en la percepción de la relación, en la estimación del grado de cumplimiento y en con respecto a la explicación de la enfermedad.

Otro autor interesado en evaluar la relación paciente médico en consulta externa fue Campero (1990), quien fijó su atención en las seis tareas que debe realizar el médico en la consulta, como la identificación, historia clínica, exploración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Encontrando que no existe realmente una relación "médico-paciente", sino más bien una "médico- problema".

Es posible mencionar otro estudio realizado por Martínez y Cols. (1986; citado en González, 1988) quienes evaluaron la Calidad de la Atención Médica en el servicio de consulta externa y urgencias, a través de la satisfacción del usuario del servicio.

Se encontró, que el tiempo de espera para ambos servicios fue el componente que tuvo un puntaje más bajo en satisfacción. Dado que existen interrupciones durante la consulta, lo cual la hace más larga, así como los intervalos interconsulta.

Esto es uno de los problemas más frecuentes que aparecen en los hospitales de Salud Pública, donde en ocasiones no se cuenta con el personal necesario para dar la atención al paciente y esto se refleja en largos tiempos de espera, aunado al exceso de trámites administrativos que también representan pérdida de tiempo para el paciente.

Esto, para Reynoso y Cols. (1985; citados en González, 1988), resulta ser un problema del Sector Salud a nivel administrativo donde se programan las citas, la asignación y distribución del personal necesario en atención de los servicios que prestan, el ambiente físico de la sala de espera y la educación a la población.

Cabe señalar que para González (op. cit.), esto no solo es un problema administrativo, sino también social y psicológico, claro recayendo en el plano administrativo el problema de la programación de citas y distribución de personal, afectando a la institución en la satisfacción de la demanda y al mismo tiempo creando un problema de índole social. Y en el plano psicológico alterando el estado disposicional a nivel emocional del paciente antes de entrar a consulta. Lo anterior, sin tomar en cuenta el costo social reflejado en el tiempo excesivo de espera; éste costo social lo absorbe el paciente y la sociedad, ya que pierde un costo de oportunidad por estar haciendo cola en lugar de aprovechar el tiempo en otra situación, como el trabajo, en el hogar ó estudiando, etcétera.

Hasta aquí es posible resaltar que todas las investigaciones se ocupan de algunos factores relacionados con la satisfacción del paciente dejando otros de lado, sin embargo es importante retomar elementos como los señalados por Cuevas y Cols. (1991), como la explicación de la enfermedad y la toma de medicamentos, así como de los aspectos subjetivos ya citados por Aguirre-Cas (1991) quien da mayor énfasis al trato humano.

Ya se han descrito algunas investigaciones en relación a la satisfacción del paciente ,pero estas de manera general tratando de dar un sustento teórico a las propuestas de los autores en cuanto a como referirse al constructo de paciente-consumidor y de la satisfacción misma. En éste sentido y con el afán de ampliar el tema abordando aspectos cualitativos de la satisfacción, pero ahora reconocidos por los autores como determinantes y características, los cuales son más inherentes al sujeto y a aquellas cosas que lo influyen. A continuación se describirán otras investigaciones que están centradas cada una en concreto a uno u otro aspecto específico de aquellos elementos que componen o caracterizan la llamada satisfacción.

Cabe señalar que aquí sólo se describirán investigaciones acerca de dichos elementos, dado que el sustento teórico de la satisfacción ya ha sido descrito.



### **2.3 CONSIDERACIONES TEORICO-PRACTICAS DEL CONSTRUCTO SATISFACCION EN LA ATENCION MEDICA**

Al hablar sobre satisfacción en la atención médica es importante retomar algunas de las investigaciones que se han realizado, puesto que ello permite ahondar en el tema y proponer nuevos ejes de análisis a partir de ejes teóricos y prácticos de abordaje del tema.

Uno de los determinantes más importantes de la satisfacción y que es señalada por diversos autores, son las expectativas del paciente, las cuales emergen repetidamente como un rol fundamental en la expresión de la satisfacción

Stimson y Webb (1975; citado en Sitzia y Wood, 1997) fueron los primeros en sugerir que la satisfacción, como la percepción de los beneficios de salud y la extensión para recibirlos, se basan en las expectativas. Por su parte Abramowitz y Cols. (1987, cit. en Sitzia y Wood, op. cit) señaló que las expectativas hacen más completo el concepto de satisfacción como una herramienta de evaluación.

Locker y Dunt, (1978, p.289; citado en Sitzia y Wood, 1997), creen que la adherencia al tratamiento de la enfermedad y la calidad de vida del paciente son afectadas por su ambiente, por la información, por variables personales y sociales, las cuales son mediadas por la percepción necesariamente.

Esto resulta importante, ya que, por ejemplo, los niveles de satisfacción de un paciente pudiesen estar asociados con la adherencia o no a un tratamiento médico y en éste sentido traer diferentes resultados en el cuidado de salud. Asimismo, las experiencias previas podrían vincularse con el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas; es decir, si un paciente se adhiere al tratamiento médico y éste le trae consecuencias positivas en su salud y queda satisfecho con el servicio recibido, es posible que con un familiar o en un futuro le sea más fácil adherirse al tratamiento en caso de ser necesario y a la inversa.

Eisenthal y Lazade (1976, citados en Like y Zyzanski, 1987) han sugerido que la satisfacción del paciente aparece derivada de la percepción que el tenga de su salud, así como de su cuidado y puede disminuir de acuerdo a su o sus expectativas acerca del servicio. Esto concuerda con lo descrito por Like y Zyzanski (op. cit), quienes señalan que la percepción de la enfermedad influye en la satisfacción, en éste caso se enaltece el estado de salud que incluye tanto la salud como la enfermedad; así como el cuidado de la misma que varía de un padecimiento a otro como ya se había descrito.

De ahí la importancia de investigar la manera en que el enfermo percibe y vive su enfermedad, así como el tipo de adherencia terapéutica que éste presenta, dado que como se acaba de señalar ésta puede guardar relación con la satisfacción.

Otro aspecto a considerar son las características del paciente y al estudiar la satisfacción es muy común que se asocie con variables de salud que pueden depender de la clase social, el estado marital, el género y en parte la edad. Un meta análisis reportado en por Hall y Dornan, en 1990, (citado en Sitzia y Wood, op. cit) concluyó que las características sociodemográficas son un menor predictor de la satisfacción.

Por su parte Fox y Storms (1981; citados en Like y Zyzanski 1987) mencionan que la satisfacción guarda relación con las características sociodemográficas como la edad, la educación, la familia, el estado marital, la ocupación, la raza, la religión, el sexo y la clase social.

Otros estudios como los realizados por Houts y Cols. (1986); Blanchard y Cols. (1990) y Zahr y Cols. (1991; cit. en Blanchard y Cols. 1990), son consistentes en determinar las características como es la edad de los pacientes, con un cuerpo de evidencia de varias ciudades que sugiere que la gente mayor tiende a estar más satisfecha con el cuidado de la salud que la gente joven. Parece que la literatura al respecto apoya lo anterior, dado que Cartwright y Anderson (1981) encontraron que los pacientes viejos responden a expectativas de menor información por parte del doctor. Homton y Cols. (1993), Khayat y Salter (1994; cit. en Sitzia y Cols. 1997) mencionan que los pacientes jóvenes están menos satisfechos con lo

referente a la consulta y son menos probables a presentar complicaciones con las prescripciones de los medicamentos.

La gente mayor está más satisfecha con aspectos del cuidado del hospital que los jóvenes o los pacientes de edad intermedia. (por ejemplo: Williams y Calnan, 1991).

Cabe mencionar otra investigación realizada por Cohen (1996) que reporta resultados similares a los anteriores; él estudió los niveles de satisfacción o insatisfacción con aspectos relacionados al cuidado en un hospital y los patrones de variación de acuerdo a la edad y la clase social; encontrando que la edad generalmente ha estado fuertemente correlacionada con pacientes jóvenes que expresan poca satisfacción, mientras que los pacientes viejos reportan mayor satisfacción en el servicio recibido, dado que tienen menos expectativas respecto de su salud y por lo tanto se interesan menos en los detalles y en preguntar que los pacientes jóvenes. Además encontró bajos efectos en relación a la clase social y la satisfacción.

Sobre la educación del paciente, se ha identificado que ésta tiene influencia significativa encontrando que gran satisfacción es asociada con bajos niveles de educación (Hall y Dornan, 1990, op. cit.), también Anderson y Zimmerman (1993) en Estados Unidos de Norteamérica (E.E.U.U), en Michigan encontraron que el nivel de educación puede ser solamente una variable significativa en relación a la satisfacción del paciente, ya que los pacientes con bajos niveles de educación se muestran más satisfechos. (citados en Landeros y Salinas 1996).

En cuanto al género, Delgado y Cols.(1993), entre otros han reportado que éste no afecta los valores de la satisfacción; sin embargo Khayat y Salter (op. cit.) reportan que los hombres estuvieron significativamente más satisfechos que las mujeres en su consulta. Mientras que Hall y Cols. (1994), reporta la satisfacción asociada a un contexto de consulta de rutina donde los hombres estuvieron menos satisfechos por haber sido examinados por mujeres jóvenes. (citados en Sitzja y Wood 1997)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, existen pocos trabajos que han examinado las posibles asociaciones entre estado psicológico en términos de problemas como la ansiedad y la satisfacción. Con respecto a esto Hompton y Cols. (op.cit) en una práctica general observó la relación entre la edad del paciente y el estrés con respecto del tiempo de espera de la consulta, etcétera. Concluyendo que el estrés influye en dimensiones específicas de la satisfacción y en teoría la gente que experimenta estrés psicológico es más probable a estar generalmente insatisfecha con el cuidado de la salud.

Existen además los otros determinantes psicosociales, los cuales afectan la satisfacción del paciente. Asimismo, existen respuestas sociales deseables que son argumentadas por los pacientes reportando grandes niveles de satisfacción que ellos sienten porque desarrollan comentarios positivos que son más aceptables para los administradores, como los ya citados por Linder Pelz (1982).

Hasta aquí es posible enumerar algunas de las determinantes de la satisfacción del paciente, las cuales de alguna u otra forma influyen en la manera en que el paciente reporta su agrado o desagrado con el servicio que se le ha prestado.

Por ello es importante señalarlas, ya que al estudiar la satisfacción, ésta puede estar relacionada, o tener influencia tanto con las características del paciente, como con los determinantes de la misma. De ésta forma al reconocer los componentes inmersos en la satisfacción del paciente, se hace factible un análisis más completo que permita determinar uno u otro elemento que pudiese viciar la información que se tiene al respecto ó de manera inversa se posibilita la exploración de nuevos elementos a investigar.

También, es posible mencionar que aunque al parecer cada uno de los modelos planteados señalan elementos diferentes en relación a la satisfacción; en su mayoría se hace referencia a las expectativas, a los valores apriori o posterior al evento, a la percepción del usuario, a sus experiencias, al aspecto emotivo, etcétera.

Sin embargo, llámesele de la forma que se le llame, la satisfacción da información acerca de los requerimientos del usuario y de las condiciones bajo las cuales se

haya la calidad en los servicios; por ello es relevante estudiarla, dado que su estudio permite el acceso a una gama de información que puede ser utilizada en pro de la mejora de los servicios a nivel salud.

Entonces, tomando en consideración como se ha evaluado la Calidad de la Atención Médica, se proponen nuevas categorías de análisis algunas de ellas ya investigadas por Gallegos y Romero (op. cit), así como por Landeros y Sainas (op. cit.); ya que, engloban de alguna manera unos y otros aspectos ya tratados y no únicamente se centran en alguna parte de la consulta externa. Así se conformaran elementos que permitan la evaluación de la calidad más globalmente, por lo tanto se enlistan a continuación las siguientes categorías, para fines de la presente:

\* *Ejecución profesional.*

- *Efectividad.*
- *Identificación.*
- *Seguridad.*
- *Capacidad.*
- *Información.*
- *Atención.*

\* *Actitud Profesional.*

- *Comunicación.*
- *Trato humano y amabilidad.*
- *Empatía.*
- *Atención a problemas psicosociales.*
- *Cooperación.*

\* *Organización.*

- *Eficiencia.*
- *Accesibilidad.*
- *Recursos.*

*\* Satisfacción General.*

*- Recomendación.*

*- Recurrencia.*

En la categoría de Ejecución Profesional se incluye la Efectividad, donde se hace referencia al manejo apropiado del tratamiento del paciente, por parte del médico.

La Identificación, que se refiere a si el médico encontró o no el problema de salud del paciente.

La Seguridad se refiere a la manera en que se mostró el médico ante el paciente, es decir, su comportamiento; así como la seguridad respecto del manejo de la información del padecimiento.

La Capacidad, se refiere a la eficacia del personal médico en la atención del paciente y en la realización de sus actividades.

La Información se refiere a la explicación por parte del médico del padecimiento y de la toma de medicamentos que debe conocer el paciente.

La Atención, se refiere al cumplimiento de algunas de las seis tareas básicas del médico en consulta externa, según sea el caso; como la exploración física, la valoración integral, tratamiento congruente con el problema de salud, diagnóstico y proposición de un pronóstico probable y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

La segunda categoría es la de Actitud Profesional donde se contemplan aspectos como: la Comunicación, que hace referencia al diálogo abierto entre médico-paciente, en un ambiente de confianza y de escucha atenta.

El Trato Humano y la Amabilidad, es el trato personalizado al paciente por parte del personal de salud de manera atenta y humana, siendo cordial con el mismo.

La Empatía, que se refiere a que el médico trate de ponerse en el lugar del paciente y por lo tanto sea sensible ante sus demandas o dudas.

La Atención a Problemas Psicosociales, se refiere al interés del médico hacia los problemas personales y sociales que tienen los pacientes que pueden influir en su tratamiento.

La Cooperación, son las acciones llevadas a cabo por médicos y personal de salud, en pro de una mejor atención y mejoramiento de la salud del paciente.

La tercer categoría se refiere a la Organización, en ésta categoría se encuentra la Eficiencia que hace referencia a la facultad para lograr un efecto positivo tanto en la salud del paciente, como en su percepción del servicio. Asimismo incluye si se acopla o no a sus posibilidades económicas.

La Accesibilidad, donde se considera la ubicación interior de los servicios, así como el tiempo de espera que incluye desde la llegada del paciente al hospital hasta que es atendido por su médico y finaliza su consulta. Además de los trámites requeridos para recibir atención.

En cuanto a los Recursos, éstos se refieren a los Humanos y a los Físicos donde se incluye la disponibilidad del personal médico y de enfermería, contemplando que sea suficiente y adecuada para la atención del paciente; asimismo, como el equipo e instrumental necesario para la atención de los problemas de salud.

La cuarta y última categoría es la de Satisfacción General, ésta de manera implícita retoma las expectativas del paciente; es decir, que tanto se cubrieron los requerimientos del paciente o lo que se esperaba del servicio; esto a través de la Recomendación, que como su nombre lo indica se refiere a si el paciente recomendaría o no los servicios hospitalarios a otras personas que los necesitaran.

Y la Recurrencia, que incluye si el paciente regresaría a solicitar los servicios hospitalarios en caso de requerirlos.

Es posible señalar que las diferentes teorías e investigaciones aportan la diversidad desde la que puede ser estudiada la satisfacción, por lo que debe ser retomada como un constructo multifactorial, el cual permite su estudio desde una gran cantidad de factores tomando de cada uno de ellos o de uno

específicamente, los elementos que permitan su estudio, de acuerdo a los intereses de los investigadores.

En éste caso, por último es importante tomar en cuenta los planteamientos de Landeros y Salinas (1996), quienes consideran que la valoración de los factores que afectan la satisfacción de los pacientes son determinantes de la particularidad que asume el concepto para cada individuo, por lo que es necesario que se identifiquen cuáles son los factores, sus características (naturaleza) y las formas de interacción que adoptan.

Así, considerando lo anterior es posible cuestionarse acerca de la influencia de la propia enfermedad en el reporte de satisfacción y del seguimiento o no de las prescripciones médicas, ya que como lo señalaban Like y Zyzanski (1987) la percepción de la enfermedad, el tipo de práctica realizada y las condiciones bajo las cuales se haga el reporte de satisfacción repercuten en el mismo.

Esto es, un paciente considerado como enfermo, cambia considerablemente su estado disposicional ante su propia realidad, se puede llegar a sentir cansado, triste, desmotivado, adolorido, desvalido, incomprendido, en estado de tensión, preocupado e incluso asustado o con insertidumbre sin considerar específicamente como se encuentre en su estado físico que en ocasiones le imposibilita seguir caminando, comiendo sus alimentos preferidos, empezar a hacer ejercicio o caminar, tenerse cuidados específicos o incluso dejar de trabajar, entre otras cosas como cambiar la dinámica familiar, que de alguna manera influye en su predisposición biológica para enfrentar su vida cotidiana.

Además, la manera de sentirse y de actuar será diferente de un enfermo a otro de acuerdo al afrontamiento que este haga de su padecimiento. Lo cual, dependerá de los recursos y experiencias con las que se cuenten. Es decir, habrá quién le resulte fácil adherirse a un tratamiento y seguir las instrucciones del médico. Pero, también existirá quién tenga la necesidad de llevar a cabo un régimen más estricto de control y ayuda por parte de sus familiares.

Así, su estado físico, biológico y psíquico cambia considerablemente y es de esperarse que su percepción de la realidad y las cosas también cambien de



acuerdo a sus vivencias anteriores, por ello se espera que la evaluación que se haga de la Calidad de la atención sea también diferente y por lo tanto influya en el reporte de satisfacción del paciente que se encuentra enfermo, ya que puede darse una afectación en su estado de respuesta. Esto sin considerar las características del paciente como la edad, el sexo, el estado civil y el tiempo de vivir con el padecimiento.

Por ello ahora se revisaran las características y condiciones bajo las cuales se haya un paciente que se considera enfermo y que tiene que someterse a la adherencia terapéutica. Pero antes, cabe aclarar algunos elementos en relación a cómo aparecen las enfermedades, ¿qué conductas favorables hacer que una persona pueda alterar su estado de salud?

Asimismo, ¿qué hábitos o costumbres a largo plazo pueden incapacitar a un sujeto para llevar a cabo su vida cotidiana?, etcétera.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO III

### **DIABETES MELLITUS Y PROCESOS PSICOLOGICOS**

A continuación, tendremos más claro cuál es la condición física para considerar a una persona como enferma; asimismo, se contemplará el contexto del sujeto que permite esclarecer porque en un determinado lugar del mundo y bajo que practicas puede llegar a perder su salud. Ya que los determinantes de ésta se hayan condicionados por el momento histórico en el que se vive, así como en sus acciones e ideología.

El constructo Salud - Enfermedad, ha sido "históricamente reducido solamente a un proceso biológico, dejando a un lado los elementos psicológicos, los cuales se presentan en sujetos determinados. De esta forma, la Salud y la Enfermedad han resultado fenómenos ajenos a la sociedad que los genera." (Reyes y Arizmendi, 1987; p.13); descartando que también se pueden relacionar con los determinantes sociales y psicológicos; de aquí la importancia de seguir investigando algunos de los factores relacionados con el individuo. Por otra parte, para dichos autores, el concepto del proceso Salud -Enfermedad no nace de manera aislada sino que es un proceso histórico, que se hace mas evidente cuando aparece la sociedad industrial donde sus efectos, el desarrollo del trabajo y la salud enfermedad a su vez, dieron origen a múltiples procesos y contradicciones que están vigentes y se hacen patentes en diversas patologías, según el lugar que se ocupe en el proceso de producción.

Asimismo, Saponaro (1973) al hablar acerca de la salud, menciona que el ritmo de vida moderna, así como los compromisos cada vez mayores y agobiantes, el estrés, exigen del ser humano una vida de nivel constante y elevado de eficiencia psicofísica. Por ello se ve en la necesidad de comprobar periódicamente su estado de salud o propiamente la enfermedad misma. Así, el paciente vive bajo la pesadilla continua de las enfermedades y con el miedo a un desequilibrio funcional

de sus propios órganos para hacer frente a los esfuerzos que comporta la lucha diaria. De tal forma que las interrogantes que espera de la ciencia son muy numerosas, dado que desea conocer cual es su estado personal de salud y también cual será la situación funcional de sus órganos respecto de la actividad que desarrolla. Tomando en cuenta lo anterior, se considera de suma importancia el trato y la calidad de la atención que se le dé a un paciente que solicita un servicio a nivel hospitalario, ya que será fundamental para la construcción subjetiva que el paciente haga de su propia enfermedad y por que no pensar que finalmente podría hasta determinar de alguna manera su estilo de vida. Ya que como lo menciona Saponaro (1973), la observación personal puede verse alterada por la aparición de trastornos o manifestaciones nuevas a las que el sujeto se haya desacostumbrado. Por tal razón Biel (1983), considera que los psicólogos y médicos se han interesado en observar e investigar todo lo que ayuda e impide realizar su servicio, que se puede encontrar dentro del hospital, en la comunidad, en el tipo de ideología, entre otros.

Calderón (1989, citado en Riquelme 1997) considera a la Salud- Enfermedad como un proceso sociohistórico cuyas características particulares se hacen diferentes en cada uno de los diversos organismos puesto que se hayan determinadas por las condiciones materiales de existencia y de trabajo, los marcos culturales e ideológicos de cada comunidad, todo esto es una expresión concreta del modo de producción dominante en las diferentes formaciones sociales. Es decir, México al ser un país capitalista dependiente, con una estructura social, política, cultural e ideológica ejerce influencia sobre el proceso Salud-Enfermedad.

Al hacer referencia al tema de la Salud - Enfermedad, se debe de partir de un marco de referencia, dado que a partir de éste, se entenderá la conceptualización que se haga de dicho tema, por ello se retoman los planteamientos de Schlaepfer e Infante (1990), quienes al hablar al respecto abarcan características biológicas, sociales, psicológicas , etcétera; incorporando con ello la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, no sólo con medidas específicas sino con cambios conductuales en general. Entonces, dentro de éste marco se puede

ubicar la definición de salud de la OMS, quien la define como "el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad", así como la amplia discusión sobre el hecho de que la salud no es un estado sino un proceso. (p.143). Para dichos autores esto también implica considerar la salud desde la perspectiva del consumidor y ya no sólo del proveedor y por consiguiente, las medidas subjetivas de las condiciones de salud y de utilización de servicios se vuelven relevantes.

Mientras que al hablar sobre la enfermedad señalan que ésta sería la presencia de enfermedad física; generalmente determinada por ciertos criterios como:

*a) declaraciones subjetivas del individuo.*

*b ) signos manifiestos de alteraciones de la estructura y/o función de partes del cuerpo o del mismo en su totalidad y*

*c) alteraciones ocultas que es posible detectar a través de instrumentos.*

Claro que estos criterios se enfrentan a la norma, que puede ser la modificación de un estado a otro o el cambio de percepciones; por ello se dice que son subjetivas y varían de acuerdo a la experiencia de cada sujeto.

Retomando un poco el proceso Salud enfermedad, Osorio (1997), comenta que éste debe ser percibido como un proceso complejo donde conviven diversos factores y es necesario hacer referencia a un tema sustancial dentro de éste y es, el de las conductas de salud. Encontrando que los patrones de salud han cambiado en los países desarrollados; se trata de enfermedades en las que el papel de los factores conductuales y los estilos de vida se ha puesto cada vez más de manifiesto. Incluso, como lo señala Califano (1979; en Osorio, 1997), siete de las principales causas de muerte podrían disminuir, interviniendo en conductas como el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol, el ejercicio físico, la adherencia terapéutica y los exámenes periódicos de salud.

De tal forma que la presencia y ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de una persona, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Matarazzo, 1980, en Osorio, op cit); asociadas a las enfermedades con factores de riesgo más importantes como las del corazón, la hipertensión, la diabetes, el hábito de fumar, la presencia de elevados niveles de colesterol, la falta habitual de ejercicio físico y los elevados niveles de estrés.

Ahora bien, las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general y son importantes, no sólo porque están implicadas en los procesos de salud enfermedad, sino porque pueden fácilmente convertirse en hábitos. Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo el cual se pone en marcha de una forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto.

Además, Matarazzo, (Ibid) considera que los comportamientos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores, según las distintas personas y situaciones y estos factores cambian tanto en función del ciclo de vida, como por el desarrollo del propio conjunto de comportamientos asociados a la salud. Asimismo, considera que "las creencias y actitudes también determinarían de forma significativa la práctica de conductas de salud. La creencia, de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada". (p.17).

Por último Matarazzo (Ibid) señala, que los problemas de salud enfermedad están relacionados con los factores físicos, conductuales y ambientales de los individuos e influyen en los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica. Requiriendo especial y mayor atención si se desea satisfacer plenamente las necesidades de los pacientes; por ello, los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, se enfrentan a serios problemas en el manejo y cuidado de los pacientes, que como es sabido con las técnicas médicas no han podido ser totalmente resueltos; por lo cual, los conceptos y técnicas de otras disciplinas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pueden aportar soluciones haciendo un modelo integral de salud posibilitado actualmente por la Psicología.

Otra consideración de Osorio (op. cit) que englobaría parte de lo pretendido en éste estudio y que por lo tanto la sustenta, es el señalar que "las enfermedades son afectadas por el tipo de padecimiento, edad y las actitudes culturales. Estas actitudes no solo afectan la toma de decisiones clínicas, sino también las características del ámbito hospitalario al cuidado de la salud y la relación medico-paciente". (p.24).

Además, si se retoma que el tipo de padecimiento afecta el comportamiento del individuo de distintas formas; podrían entonces considerarse las particularidades de las enfermedades crónicas que ahora nos ocupan, para poder entender bajo que circunstancias el comportamiento del individuo es modificado y cómo es que esto se refleja en su cuidado de salud, así como en su percepción de la calidad del servicio y la relación médico-paciente que facilita u obstaculiza la Adherencia Terapéutica, tan importante en el padecimiento particular de la Diabetes.

### **3.1 ENFERMEDADES CRONICAS**

Ahora, es posible retomar los señalamientos de Feigenbaum (s/d; citado en Alquicira y Torres, 1995) quien afirma que en la actualidad es muy común escuchar la diversidad de enfermedades que, sin provocar un daño muy evidente, revisten gran importancia para quienes la padecen. Esta clase de enfermedades son las denominadas crónicas.

Dichas alteraciones naturales del organismo (desgaste o envejecimiento) se presentan en una etapa temprana cronológicamente. Esto se puede deber a varios factores, como: los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, factores estresantes o hereditarios.

Como resultado de éste envejecimiento prematuro encontramos entonces que los órganos, o el metabolismo en general, dejan de funcionar eficazmente,

produciéndose una diversidad de padecimientos, entre ellos: la tuberculosis, el cáncer, la artritis, la diabetes, entre otros.

Por su parte, Schlaepfer e Infante (1990) han considerado que en la evolución histórica de los patrones de enfermedad se encuentran en primer lugar las enfermedades infecciosas; en segundo, las crónico degenerativas y por último las enfermedades relacionadas con el estilo de vida moderno; pero estos patrones se encuentran asociados con su propia definición de salud y su tecnología medica o su propio modelo conceptual.

Por ello las "enfermedades crónico-degenerativas se asocian con una definición "funcional" de salud. El objetivo de la atención médica ya no es atacar las causas subyacentes de la enfermedad sino disminuir el dolor, la molestia y la incapacidad". (p.142).

Algunos datos epidemiológicos al respecto son los presentados por Cedeño (1997) quien reporta que la evolución del crecimiento demográfico ha ocasionado, un mayor número de casos de patologías crónicas y no transmisibles en la población adulta, así como patologías causadas por la violencia y accidentes a consecuencia de la modernización; de hecho, presenta un perfil de transición epidemiológica general en México de 1950 a 1993 y se observa que la Diabetes es la quinta causa de mortalidad , según la Secretaría de Salud en Septiembre de 1995. (en Cedeño op.cit.).

Además, debe de considerarse que este problema no sólo se presenta a nivel nacional, sino también internacional, ya que ésta enfermedad se ha venido manifestando en diferentes países. Encontrando que las tasas de prevalencia e incidencia son diferentes de un país a otro, por ejemplo, en los países industrializados donde se ha producido una occidentalización de los hábitos dietéticos (alto consumo de carbohidratos refinados y bajo contenido en fibra en la dieta), ha aumentado la prevalencia de obesidad y diabetes.

Asimismo, dicho padecimiento es presentado a nivel mundial con índices altos en su aparición. Se retomó para investigar, ya que también en México la mayor parte

de la población es diabética o está propensa a desarrollarla a lo largo de su vida por diversos factores que posteriormente serán puntualizados.

Además, en nuestro país, muchos mexicanos mueren a causa de esta enfermedad o de las complicaciones que van resultando a causa de la no prevención o bien, de la falta de Adherencia Terapéutica al tratamiento. En éste sentido se retomará para fines de la presente.

### **3.2 DIABETES MELLITUS**

Distintas publicaciones estiman que la prevalencia global de Diabetes en los países de población caucasica, oscila entre 2-6% y que en los individuos mayores de 65 años se elevaria hasta un 16%. En Barcelona, una muestra representativa del censo estudiada mediante una encuesta en 1983, situó la prevalencia global de diabetes conocida en un 2, 14% y en un 8, 95% en la población mayor de 65 años.

Se conocen dos tipos de diabetes, una llamada Diabetes Mellitus Tipo I ó Insulinodependiente (DMID), que se presenta por lo general en personas menores de 30 años, con antecedentes hereditarios de diabetes y que el tratamiento requiere de constantes inyecciones de insulina. El otro tipo de Diabetes es la Tipo II, No Insulinodependiente (DMNID), que se presenta generalmente en adultos mayores de 30 años, no necesariamente con antecedentes heredo-familiares; que para su tratamiento en su mayoría requiere de hipoglucemiantes orales.(Díaz 1993).

Ahora se revisará la prevalencia tanto nacional, como internacional de la Diabetes Mellitus y con ello la importancia que reviste en el Sector Salud dicho padecimiento, por ello siendo una enfermedad de tipo crónico se retomará para esta investigación.

Cuando se considera sólo a la Diabetes no insulinodependiente (DMNID), las tasas de prevalencia se sitúan alrededor del 2, 8-4% con una tendencia a



augmentar progresivamente (por ejemplo, en EE UU, en 1965, la tasa era de 1% y en 1973 del 2,8%). Los estudios de incidencia anual (nuevos casos), salvo en determinados grupos raciales, son aún más escasos, situándose la tasa alrededor de 29, 7 / 100.000 habitantes por año. (Zurro 1987).

Incluso Vázquez y Escobedo (1990) reportan que para 1979-81 la incidencia en dicho país aproximadamente era de 10, 000, 000 de diabéticos creciendo 10 veces más a partir de 1935-36. Mientras que en los países en vías de desarrollo, sobre todo en las Naciones del Continente Americano, la diabetes constituye un problema creciente; reconociendo también que en México existen pocos estudios acerca de la prevalencia e incidencia y los existentes no son recientes, sin embargo dicho padecimiento ocupa uno de los primeros 10 lugares de mortalidad en todos los grupos de edad en éste país. Observando que la proporción de muertes sigue en ascenso; la mortalidad de mujeres es mayor por arriba de los 60 años y en los hombres ha sido ascendente en todos los grupos de edad, salvo en el de 35 a 39 años, así lo reporta específicamente el IMSS. (1979-1987).

Siendo la mortalidad un indicador indirecto de la incidencia de la enfermedad; por ejemplo, en 1978 un estudio reportó que la diabetes ocupó ese año el tercer lugar de importancia, con una tasa de 41.6 por 100 000 habitantes y se sabe que estas cifras siguieron en ascenso. (Fernández de Hoyos citado en Vázquez y Escobedo, op. cit.)

Por su parte King (1995), reconoce que la enfermedad es una amenaza creciente para la salud pública en muchos países del mundo, además cada vez afecta más a las comunidades del Tercer Mundo, desde Pakistán a México, los estudios epidemiológicos han mostrado que el 10% o más de la población adulta ya padece y para final de siglo se predecía en todo el mundo un total de 100 millones de casos. Mientras que Díaz (1993), calcula que el 2% de la población mundial padece diabetes; y en el caso de México del 2 al 4% de la población.

Asimismo, la diabetes como problema endocrino, puede ser entendido como la disminución de la producción de insulina o modificaciones en su forma química, por lo que ésta hormona resulta incapaz de mantener la glucosa sanguínea

(azúcar en la sangre) dentro de los límites normales. Así, se eleva e imposibilita que el riñón la elimine por medio de la orina. Lo que ocurre, es que la insulina no puede mantener a la glucosa sanguínea en los niveles que se espera y por ello viene una descompensación general. (Aguilar, 1990).

Ahora para reconocer como puede llegar a afectar a aquellas personas que la padecen se describirán de manera general las características de la enfermedad.

De acuerdo a Díaz (et. al) la diabetes es un padecimiento crónico, dado que es irreversible y permanece en el organismo del sujeto. Y los primeros datos de su aparición se remontan a épocas antiguas, ubicándose el Papiro de Ebers (1150 A.C.) como uno de los primeros documentos en donde se menciona la enfermedad.

Por su parte, los egipcios y romanos ya se cuestionaban sobre el origen y consecuencias del padecimiento y utilizaban métodos efectivos de diagnóstico como la prueba de la orina.

La diabetes mellitus es una alteración grave del metabolismo que se presenta comúnmente en gran parte de la población. Esta se debe al incremento o elevación de la glucemia, ya sea por factores genéticos, raciales, nutricionales, ambientales, etcétera.

Zurro (1987) dice que el desarrollo de la diabetes va a depender de la evolución de sus complicaciones oculares, renales y vasculonerviosas, que constituyen la enfermedad diabética.

Para entender lo que es la diabetes, se necesita saber como utiliza el cuerpo el alimento:

*\* Las células que forman los órganos del cuerpo obtienen su energía de un azúcar llamado glucosa. Y gran parte del alimento que comemos es desintegrado en el azúcar glucosa.*

*\* La glucosa se almacena en el hígado.*

TELE CON  
FALLA DE ORIGEN

*\* Cuando el cuerpo necesita energía, el hígado deja escapar un poco de glucosa hacia la corriente sanguínea. Entonces los órganos que necesitan azúcar la toman y la utilizan.*

*\* Una sustancia llamada insulina ayuda a la glucosa a penetrar en las células que la necesitan.*

*\* La insulina es elaborada en el páncreas, que se encuentra debajo del hígado.*

*\* La insulina se une a los receptores en el exterior de las células. Los receptores son como cerraduras y la insulina la llave. Cuando la insulina se une a los receptores de la célula, la glucosa puede entrar.*

Entonces lo que ocurre en la Diabetes tipo II, es que el cuerpo no usa correctamente el azúcar glucosa, debido a problemas con la insulina:

*\* En ocasiones el páncreas no puede liberar la insulina que elabora. La insulina no puede hacer su función si esta atrapada en el páncreas.*

*\* También puede ser que las células que utilizan insulina pierden los receptores de insulina. La insulina no puede unirse al receptor y el azúcar glucosa no puede entrar.*

*\* Algunas veces los receptores de insulina de una célula no se pueden unir a la insulina. Es como una cerradura descompuesta en donde no puede enbocar la llave. Si la glucosa no puede entrar a las células, se acumula en la sangre y es entonces cuando se pueden producir trastornos. (Revista Atención Médica, Hill y Poirier, 1995. Agosto. Vol.8 No.8).*

En específico la Diabetes Mellitus Tipo II es conocida como la Diabetes no dependiente de insulina, que se caracteriza por el sobrepeso, por el exceso de sed y por orinar mucho. Esta enfermedad también es conocida como diabetes sacarina o azucarada, ya que el nivel de azúcar en la sangre esta elevado. (Aguilar, 1990).

También es importante conocer cuáles son los factores que la pueden desencadenar, puesto que ellos pueden ser indicadores útiles para observar que tipo de seguimiento dará el paciente a la misma. Dado que no es lo mismo tener un antecedente familiar que carecer de él; así la manera en que se vivirá o afrontará la enfermedad será diferente en cada sujeto de acuerdo también a su propia historia.

### **3.3 CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES MELLITUS**

Se dice que existe mayor riesgo para padecer Diabetes cuando alguno (o algunos) de nuestros familiares cercanos la han padecido, esto es, se tendría ya una predisposición hacia la enfermedad. Otra causa serían los factores ambientales, así como la obesidad, ya que como se había mencionado anteriormente, es un trastorno metabólico.

Aguilar (1990), señala otros factores diferentes que tener antecedentes familiares con la enfermedad y que son los desencadenantes que con mayor frecuencia la causan:

- a) La obesidad, que determina una resistencia periférica aumentada para la circulación de la sangre y representa un mayor esfuerzo para el corazón.*
- b) Las tensiones emocionales agudas, como los sustos, el estrés crónico y también de la neurosis de ansiedad o de angustia, psicodpresión, crisis de llanto, etcétera.*
- c) El alcoholismo y la farmacodependencia.*
- d) Una intervención quirúrgica, puede causar un desequilibrio psíquico y físico que implica una carga emocional, pues modifica la estructura, el funcionamiento y el estado mental del paciente.*
- e) Un tratamiento (fracturas, golpes, accidentes o quemaduras), que siempre se acompaña de un sobre esfuerzo más o menos importante.*

*f) Cualquier episodio de la vida sexual de la mujer: como la pubertad, el embarazo, el aborto, el parto, la menopausia, etcétera.*

Sobre la obesidad, se puede afirmar que el riesgo de sufrir la Diabetes es 2 veces mayor en la obesidad moderada, 5 en la intensa y 10 veces en los casos de obesidad extrema.

Es tan importante la obesidad en esta enfermedad que incluso se ha dividido en 2, la Diabetes Mellitus con obesidad y sin ella.

Algunos investigadores están buscando algunos genes responsables de la enfermedad, ya que algunos controlan el sobre peso, mientras que otros controlan la inactividad y algunos tienen relación con las células Beta, que en el caso de la diabetes no funcionan bien; así como la respuesta al estímulo de la glucosa, o la manera en que actúa la insulina.

Otros estudios han reportado que el consumo elevado de azúcar y otros carbohidratos refinados que no tienen fibra puede ser la causa de próximos diabéticos, pero esto aún no ha sido demostrado.

Lo seguro es que la dieta incrementaría el riesgo de Diabetes cuando el exceso de calorías origina el sobrepeso. Se dice también que al parecer la duración del sobrepeso influye también en el incremento del riesgo de la existencia de la enfermedad.

También existen situaciones clínicas en las que la probabilidad de existencia de la diabetes o intolerancia a la glucosa es muy elevada, por ejemplo, en los abortos repetidos por alteraciones del útero se hace más probable la incidencia de Diabetes. Existen otros casos donde ha existido una historia obstétrica patógena; es decir, puede darse la Diabetes durante la gestación, cuando ha habido fetos muertos o abortos repetidos. Así mismo por antecedentes familiares como el tener familiares hipoglucémicos, o con obesidad mayor o menor de los 40 años.

También ocurre cuando hay alteraciones oculares, como hemorragias del humor vítreo o retina y cataratas antes de los 50 años.

Existen además, algunas causas de Diabetes o intolerancia a la glucosa secundaria, la cual se relaciona con otras enfermedades, como las enfermedades del páncreas (homocromatosis, fibrosis quística y pancreatitis); con fármacos (anticonceptivos orales, hormonas tiroideas, antidepresivos tricíclicos, adrenalina y sus derivados, etcétera); con enfermedades endocrinas, con anomalías de los receptores y con síndromes genéticos (como el de Down, Turner, Klinefelter, distrofias musculares) y malnutrición.

Otras veces, cuando se extirpa el páncreas quirúrgicamente a causa de tumores, traumatismos u otros trastornos, se desencadena una diabetes aún en ausencia de la herencia biológica positiva para la enfermedad. Asimismo, el uso inmoderado de cortisona o sus derivados, en forma de tabletas o inyecciones, hace aparecer la diabetes (actuando como factor desencadenante) o la agrava si ya la existe.

Además, existen causas hormonales que pueden desencadenar la diabetes, tal es el caso de una parte de la hormona encargada del crecimiento, la glándula tiroidea, las de la corteza suprarrenal, las del páncreas, aun cuando exista o no herencia biológica comprobada.

También es importante recordar que, como ya se había señalado, la Diabetes Mellitus dependerá en gran medida de su propio cuidado, ya que en ocasiones son las complicaciones de ésta las que llevan a la muerte al paciente de ahí la importancia de llevar a cabo un cuidado adecuado o una adherencia terapéutica para contrarrestar las posibles complicaciones que el enfermo debe tener.

Entonces, para reconocer a que se refiere la literatura cuando se habla de complicaciones, a continuación se describirán algunas de ellas que suelen aquejar a los pacientes diabéticos.

### **3.4 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS**

La presencia de la Diabetes provoca complicaciones en muchos síntomas orgánicos que, según Hare (1987), pueden ser la queja de presentación o descubrirse más tarde en un paciente diabético; dentro de éstas se encuentra la hiperglucemia como manifestación principal; que se da cuando la glucemia se eleva y rebasa la capacidad renal para resorberla y devolverla al torrente vascular. El resultado de dicho proceso es la glucosuria, que puede ser intensa y entonces, hay que eliminar más agua para conservar la concentración de glucosa suficientemente baja en los riñones, de manera que no llegue a cristalizar. El gran volumen de agua perdido a consecuencia de la gran cantidad de glucosa eliminada (poliuria) tiene por consecuencia la sed (polidipsia), destinada a evitar la deshidratación; por tanto, los síntomas notables son poliuria y polidipsia. Además, algunas personas presentan visión borrosa, a consecuencia de que la hiperglucemia ha cambiado la concentración de glucosa en el cristalino, éste puede hincharse y cambiar sus características ópticas. En otras ocasiones se observan calambres en las piernas, irritación en los genitales, etcétera.

También puede presentarse Cetoacidosis Diabética, cuando la falta de insulina es intensa presentando poliuria y polidipsia, así como malestar general, fatiga, náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Asimismo, diversas infecciones, tanto virales como bacterianas, también pueden traer consigo cetoacidosis, o bien el infarto de miocardio, no es raro como desencadenante o consecuencia de la cetoacidosis. También las infecciones respiratorias, tanto virales como bacterianas, se manifiestan además de las infecciones de la piel o vías urinarias.

Para Hare (1987), otra complicación es el Coma Hiperosmolar no Cetónico, el cual es característico de los diabéticos tipo II; siendo sus signos principales la hiperglucemia y la deshidratación intensa, desarrollándose en unos días o una

semana. Los pacientes suelen tener edad más avanzada, además de poliuria, polidipsia, deshidratación y letargia progresiva.

Se puede citar también, la Retinopatía Diabética no proliferativa o de fondo y la proliferativa que se presenta sólo en diabéticos tipo I; sobre la primera se dice, que al aumentar la duración de la Diabetes la retinopatía de fondo se vuelve mucho más frecuente. Generalmente no causa síntomas visuales, por tanto, es un signo físico; caracterizándose por pequeñas hemorrageas, manchas en la sangre y exudados duros. Pero el edema en ésta zona vulnerable de la retina causa visión borrosa.

Otra manifestación clínica, es la Neuropatía que puede ser periférica, craneal, visceral, etcétera. En la Neuropatía Periférica es una complicación frecuente en ambos tipos de Diabetes que suele ser simétrica y típicamente afecta los nervios más largos (los del pie). Puede estar afectada toda la extremidad inferior y son raros los signos y síntomas arriba de la rodilla, descritos como embotamiento, hormigueo, sensación urente, percepción de que el pie está dormido, o que está muy caliente o frío. Y el dolor puede variar desde una simple molestia hasta el sufrimiento muy intenso. Se dice que la disminución de sensibilidad puede extenderse a lo largo de la pierna, pero de la rodilla para arriba es normal. O bien, los pacientes pueden percibir síntomas en las manos.

La Neuropatía craneal suele tener un comienzo brusco y se resuelve de manera espontánea en plazo de 6 a 12 semanas; todas las neuropatías craneales son indoloras, aunque alguna vez no es así.

Asimismo, se puede encontrar la Gastroparesia, cuando está afectado el estómago, de modo que la persona se queja por tener la sensación de saciedad y náuseas. Y a medida que pasa el día es más difícil comer, por estar retenido el contenido gástrico. En ocasiones, hay dolor por distensión del estómago.

A veces se presenta también la diarrea diabética, donde la participación del intestino delgado y grueso, altera la motilidad; pero los calambres y el dolor abdominal no son tan manifiestos como la brusquedad de los episodios diarreícos y la dificultad para controlarlos.



Sobre la Neuropatía Vesical, se dice que los pacientes tienen disminuida la contractilidad de la vejiga y si el trastorno es intenso tienen incontinencia por rebosamiento y el examen demuestra un volumen elevado de orina residual; además, se llegan a presentar infecciones urinarias recurrentes, por el vaciamiento vesical incompleto de orina.

Otro elemento de suma importancia y que suele presentarse en los dos tipos de diabéticos es la impotencia frecuente en los varones de mediana edad. Existen antecedentes de dificultad gradual para la erección durante un período de varios años; persistiendo la función eyaculadora y la libido. Pero se ha dicho que una historia que da fechas precisas para el comienzo de la impotencia sugiere que se trata de algo psicológico, más que orgánico. Es imposible sufrir impotencia orgánica sin alguna carga psicológica añadida.

En cuanto a la Nefropatía Diabética, ésta suele ser precedida de retinopatía, su signo primero es la proteinuria; presentándose cambios y después del tiempo insuficiencia renal que progresa con los años, haciendo necesario finalmente la diálisis o el transplante.

En la Hiperlipemia, se encuentran aumentados todos los lípidos de la sangre, incluidos el colesterol, los triglicéridos y con la Diabetes se aclara, pudiéndose descubrir otros trastornos.

Sobre la enfermedad arterial coronaria, ésta no es muy diferente de la propia enfermedad coronaria en pacientes no diabéticos, excepto que es más frecuente el infarto indoloro. Son posibles angina, insuficiencia congestiva e infarto. Y es frecuente la enfermedad difusa de arterias coronarias.

La enfermedad vascular cerebral es frecuente en los diabéticos, por la aceleración que en ellos presenta la arteriosclerosis. La edad relativamente joven de comienzo y la gravedad de la enfermedad, pueden ser muy notables.

También suele darse la enfermedad vascular periférica, observándose la disminución de la circulación de las extremidades inferiores es una preocupación para estos pacientes; ya que el pie isquémico se caracteriza por atrofia de la piel, engrosamiento de las uñas, rubor venoso en partes declives y retraso venoso

cuando el paciente acostado levanta la pierna, etcétera. La gangrena es el punto final natural de la enfermedad vascular oclusiva. También es posible la ulceración isquémica; la presencia de ésta requiere amputar a cierto nivel.

Sobre el pie diabético se puede decir que es aquella enfermedad que puede deberse a neuropatía, trastorno vascular periférico o ambos. Las úlceras neuropáticas en un pie con poca circulación curan difícilmente.

Otra es la patología conocida como pie de Charcot, aquí los diabéticos pueden desarrollar fractura neuropática y disolución ósea a nivel del pie, lo cual es indoloro; el pie está hinchado y deformado, quizá de color rojo y caliente. Por lo que se piensa en una infección, pero si no hay ulceración o rotura de la piel y no hay fractura, cabe pensar que se trata de dicha complicación. Cabe señalar, que cuando ésta es grave se ve un pie voluminoso y deformado en forma de arco de mecedora.

Respecto a los síndromes neuromusculares, es posible mencionar un síndrome llamado amiotrofia diabética que se presenta en varones de mediana edad, acompañada de dolor, debilidad y atrofia asimétricos en el muslo, la debilidad puede ser intensa, pero se mejora en 1 o 2 años, hasta recuperar la fuerza normal.

Otro síndrome llamado caquexia neuropática, es el que se presenta en varones de mediana edad en diabéticos tipo II que muestran intensa pérdida de peso, neuropatía periférica dolorosa, depresión e impotencia.

La Diabetes con sus complicaciones, se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países, incluido México. Las personas con Diabetes Mellitus, tienen un riesgo dos veces mayor para desarrollar enfermedad arterial coronaria y cerebral. Es la principal causa de ceguera adquirida en adultos de 20 a 74 años de edad.

Los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tienen 17 veces más probabilidades de desarrollar enfermedad renal que la población no diabética. También, es una de las causas principales de nefropatía terminal.

Las complicaciones crónicas del paciente diabético están en relación con el grado de hiperglucemia y los trastornos metabólicos asociados, así como con la duración de la enfermedad.

Existen sin embargo otros factores que también afectan la aparición de complicaciones crónicas. Uno de estos factores es la presión arterial, que afecta la aparición y gravedad de la retinopatía y cambios cardiovasculares.

Por ello es fundamental no sólo el control estricto de la glucemia, sino también proponer cambios en el estilo de vida, así como realizar exámenes oculares sistemáticos, limitando la ingesta de proteínas y de sal, observando el control estricto de cifras de tensión arterial y de funcionamiento renal.

En cuanto al estado general de salud del paciente diabético, se puede considerar que la conservación de un buen estado general de salud es parte importante de la rutina diaria del paciente con DM.

Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas que retrasan o evitan complicaciones causantes de invalidez e incluso de la muerte.

Es fundamental que el médico instruya al paciente sobre los cuidados generales de la piel, ojos, sistema cardiovascular, riñón, etcétera.

Además, suelen ser importantes los factores psicológicos y sociales en relación a la enfermedad, ya que éstos también influenciarán el apego terapéutico que el paciente pueda presentar con respecto de su padecimiento. Y esto empieza desde la propia historia del sujeto, hasta la conformación psicológica que éste dé hacia su enfermedad por ello ahora es relevante señalar aspectos de tipo psicosocial, para comprender más ampliamente los elementos bajo los cuales se haya sujeto un enfermo cuyo padecimiento específico es la Diabetes Mellitus.

### **3.5 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON LA DIABETES.**

Existen procesos psicológicos inmersos en el marco general de la Diabetes, dado que el ser humano no sólo es un ser biológico, sino también psicológico y social; por ello es importante tomar en cuenta estos factores en la vida del enfermo diabético, considerando además que estos elementos pueden ser los que afectan u obstaculizan la adherencia terapéutica que pueda presentar el enfermo.

Entre estos podemos citar algunos señalados por Zárata (1989), quien considera imprescindible una activa incorporación del diabético al conocimiento de la enfermedad y el autocontrol, así como a una estructura sanitaria que en todo momento oriente al paciente en los caminos a seguir y vigile el control metabólico y la evolución de la enfermedad.

En relación a los aspectos psicológicos de los diabéticos, dicho autor considera que la aparición de la enfermedad cambia la vida de la persona y el paciente puede afrontarlo de manera diferente, pero en la mayoría de los casos acaba siendo asumida por el enfermo con toda naturalidad, produciéndose en él y en su familia un fenómeno de progresiva adaptación a la nueva circunstancia personal. Claro que esto no es sencillo dado que se empiezan a manifestar una serie de situaciones que condicionan la vida diaria del diabético, como el viajar en camión o auto, el practicar algún deporte o ir de excursión, si puede o no tomar cierto medicamento, la elección del tipo de trabajo al que puede acceder, las comidas sociales, el alcohol, el tabaco, el ir al dentista, las drogas, etcétera.

Con respecto a esto último, Cox (1994) reconoce que mucha gente necesita pensar en un período de ajuste emocional antes de poder aceptar su diabetes, por ello se necesita de técnicas, paciencia y comprensión por parte de los profesionales de la salud, ya que pueden ayudar en el proceso de pensamiento. Mucha gente diabética puede pensar en patrones de reacciones emocionales, las cuales son similares a reacciones de congoja, donde pueden incluirse estados de shock, no creer, la negación, el enojo, la depresión y síntomas de ajuste, cuando ellos se dan cuenta de que la diabetes lejos de ser el camino, mañana puede ser

la pérdida de un estilo de vida que fue confortable y de seguridad familiar. Ellos sienten la pérdida de satisfacción en las cosas, fundan miedos y temores por perder su independencia. Pero finalmente viene el estado de aceptación.

Luego temen por el desarrollo a largo tiempo de complicaciones sin salida, como tener enfermedades del corazón, desarrollar gangrena y en la necesidad de ser dirigidas justamente en su aprendizaje. También considera que la educación sobre la evitación de complicaciones es importante, pero puede no ser efectiva hasta que la persona tenga trabajados sus pensamientos y sentimientos. Para los profesionales de la salud puede ser asombroso que el paciente no haga completamente el tratamiento y acepte las buenas recomendaciones que le son dadas, pero éstas reacciones llegan a darse y se sobre entiende que ocurren en luz del ajuste emocional, sin embargo, eso no es suficiente. Los profesionales requieren dar a los pacientes información y aconsejarlos, dado que necesitan ayuda para expresar sus sentimientos y ser provistos de un soporte emocional durante el proceso de ajuste.

Asimismo, su vida estará caracterizada por una serie de interrogantes vinculadas a las actitudes y a los hechos comunes durante varios años, hasta la obtención de una pericia en el manejo de su enfermedad. De ahí la necesidad y eficacia de la educación diabetológica.

En cuanto a la actitud del diabético ante su enfermedad, Zárate (op. cit) considera que ésta varía psicológicamente en cada ser humano, pero es influida indudablemente por la edad de aparición de la enfermedad, ya que es diferente en un niño que en un joven, ó en un hombre o mujer madura; dado que cambia la visión de la vida de acuerdo a las experiencias y valores diferentes, así como la inteligencia y personalidad, las circunstancias familiares, el ambiente social, las condiciones de vida y finalmente, vendrá a ser positivamente modulada por la eficacia de la relación paciente médico. Y a la larga, por los grados de autonomía que adquiera el diabético, facilitados por la correcta información acerca del padecimiento.

Retomando otros factores asociados con el diabético, es posible señalar que otra fase con indudable impacto sobre la psicología del diabético es el momento de aparición de las primeras complicaciones específicas. Mencionada ya por Cox (1994), dado que, después de múltiples riesgos que parecían lejanos, ahora se hace meditar al paciente sobre la necesidad de un cambio de actitud de su enfermedad y a un planteamiento decidido de estricto control metabólico. Puede darse el miedo a la ceguera produciendo ansiedad y ocasionalmente depresión. También el varón diabético puede experimentar dificultad en la erección que conlleva a una situación de estrés o ansiedad y al desarrollo de complicaciones secundarias. (Zárate, 1989).

Por otra parte Díaz y Cols. (1993), sugieren que a partir de la década de los 80's, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés como las que implica la enfermedad de la diabetes.

En éste caso la interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico dado a través de tres vías, según Díaz y Cols. (op. cit):

*1. Cognitivas y emocionales, que son las que modulan las respuestas neurológicas, inmunológicas y endócrinas, que interactúan entre sí.*

*2. Conductuales, que son traducidas en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco el alcohol, etcétera.*

*3. Ecológico-Conductuales, que modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; refiriéndose a los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad. Ejemplo de ello es la contaminación ambiental, la industrialización de alimentos, etcétera.*

Esta visión psicológica cuenta con técnicas que permiten fomentar la adherencia terapéutica por medio de la tecnología conductual. Dado que ésta es debida a la complejidad del régimen de tratamiento, por las ideas sobre la salud y enfermedad por parte de los pacientes, etcétera.

Además, dichos autores reportan que existe una estrecha vinculación entre el sistema endócrino y el sistema nervioso autónomo, gracias a los receptores adrenergéticos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, observando que la respuesta de estrés puede alterar este funcionamiento provocando el descontrol diabético.

Incluso, al respecto señalan que existen evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia y la enfermedad cardiovascular, han demostrado producir intolerancia a la glucosa. Mientras que los estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa.

De alguna manera, ya han sido descritas de forma separada y general los aspectos biológicos, físicos y psicológicos que afectan al paciente diabético; sin embargo, estos no operan de manera distante, sino que se relacionan y se influyen; por ello puede pensarse que el padecimiento específico de la Diabetes Mellitus constituye un campo muy amplio de acción en el que existen múltiples variables intervinientes que aquejan al enfermo y lo hacen responder o afrontar su enfermedad de forma diferente, en base a cual área afecte o como se relacionen entre sí. Ya que cada enfermo da prioridad a algún aspecto de su vida en especial.

Entonces, cabría señalar ¿cómo se siente un enfermo de Diabetes Mellitus, cuando lo biológico, lo físico y lo psicológico es conjuntado en un ser que solo precisa de atención médica para satisfacer sus necesidades y mejorar su estado de salud?

Hasta aquí puede observarse que el diabético no sólo puede presentar problemas o complicaciones de tipo fisiológico, sino también psicológicos que

desafortunadamente repercuten en menor o gran medida, según sea el caso en la vida del mismo. Sin embargo, como se ha mencionado, existen personas que se interesan por tratar de evitar el deterioro médico y psicológico o mejorar las condiciones de vida de quienes presentan un padecimiento, tal es el caso de la Medicina y la Psicología. Entonces, a continuación se describirán algunos de sus aportes en el manejo del padecimiento en cuestión.

### **3.6 INTERVENCIÓN MEDICA Y PSICOLOGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.**

La medicina y la Psicología se han preocupado por hacer más llevadera la vida del diabético tanto a nivel individual, como de manera conjunta; la primera se interesa en buen funcionamiento metabólico del paciente; sin embargo, la encargada del aspecto emocional, de pensamiento y del accionar del enfermo es la Psicología, quién ha realizado programas de intervención sobre todo en Hospitales de primero y segundo nivel de atención, llevando a cabo las llamadas "Clínicas para diabéticos", a las cuales acuden una o dos veces por semana, además de su cita de chequeo médico. Estas Clínicas no siempre están en manos de Psicólogos, sino de Médicos que son auxiliados por éstos o por Trabajadoras Sociales.

De hecho, Salinas (1995) señala que los aportes de la Psicología al campo de la Salud, se han enfocado a mejorar el proceso de atención, así como a la adherencia terapéutica, el rol del enfermo, la educación de los pacientes, la organización de los servicios, etcétera. Asimismo, reconoce que desde 1970, la Psicología en dicho campo ha desarrollado varias estrategias, metodologías y conocimientos orientados a la prevención de la enfermedad, la promoción de los hábitos de salud, la participación comunitaria, el conocimiento de los factores psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad y aproximaciones teórico metodológicas que ayudan a mejorar los procesos de atención; todas ellas desarrolladas y clasificadas en aproximaciones denominadas Psicología de la Salud, Medicina Conductual y Psicología Clínica de la Salud.



Además, existen diversas asociaciones donde trabajan multidisciplinariamente en pro del diabético, no solo a nivel preventivo, sino informativo y atendiendo su estado emocional, tal es el caso de la Asociación Mexicana de Diabetes Mellitus, en los diferentes estados de la república y la Federación que se encuentra en el centro de la Ciudad, la ADA (Asociación Americana de Diabetes), etcétera.

En cuanto al manejo específico del padecimiento, Alquicira y Torres (1995), han reportado la aplicación de la hipnosis como una alternativa de tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas, atendiendo por su puesto a enfermos con diabetes, dado que el padecimiento crónico altera las condiciones naturales del organismo humano que se presentan en una etapa temprana cronológicamente.

Por su parte Lipkin y Cohen (1984, citados en Zárate 1989), señalan que el paciente diabético debe ser tratado con cautela sobre todo al darle la noticia de su enfermedad, puesto que frecuentemente sucede que los patrones psicológicos previos a la instalación de la enfermedad influyen de manera importante en el proceso de adaptación y en ocasiones dichos problemas pueden agravar el padecimiento e intervenir con su estabilización.

El afrontamiento es importante dado que éste se llevará a cabo a manera de proceso desde que al paciente se le dé la noticia de su condición biológica y en lo sucesivo, dado que tendrá que ir enfrentando su realidad de acuerdo a sus recursos personales.

De tal forma, que cuando el paciente presenta problemas emocionales ó una actitud negativa en relación con su enfermedad y su entorno, se recomienda estimularlo y hablar con él sobre sus sentimientos y experiencias buscando nuevas formas de manejar la tensión emocional antes de que surja. También se ha tratado de entender las dificultades y problemas que el paciente enfrenta para controlar su enfermedad, así como reforzar sus habilidades y fortalezas, etcétera. Además, que se ha llegado a inferir que la manera en que el paciente encare o afronte su enfermedad será de vital importancia para lo sucesivo en su vida. Así siendo un tema de interés con relación a la enfermedad, ahora se describirá a que se refiere específicamente el afrontamiento.

## **CAPITULO IV**

### **EL AFRONTAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS**

Después de reconocer algunas situaciones por las que tiene que pasar una persona al considerarse como enferma; ahora es importante rescatar que tendrá la posibilidad de decidir como quiere sentirse o vivir de acuerdo a como su enfermedad se lo permita. Esto es, existirá un cambio psicológico y biológico que influenciará al enfermo para afrontar su enfermedad con ciertos recursos o no. Y este tipo de afrontamiento o manera de vivir la realidad tendrá un impacto fuerte a nivel psicológico, ya que posibilitará que el enfermo lleve a cabo las prescripciones médicas o las ignore. Y que se apegue o no a su tratamiento, etcétera.

Además, al estudiar el tema del afrontamiento se observa que se han realizado estudios y aportaciones en el campo de la salud, es por eso que se retoma como parte de la Adherencia Terapéutica tan importante para el enfermo. En éste sentido es necesario revisar como y cuando ocurre dicho proceso, dado que se considera como un mecanismo del apego al tratamiento; es decir, aquellos recursos con que cuenta el paciente para encarar su padecimiento y que le permiten realizar o no determinadas acciones de salud.

De acuerdo a Varela (1990), el afrontamiento es un término que etimológicamente era ya utilizado por los romanos, cuyo sentido es el "hacer cara a algo o a alguien". También menciona que en el lenguaje ordinario es sinónimo de enfrentar, arrostrar y hacer frente a. También es aplicable a diversas situaciones que indicaría que las acciones que se realizan en situaciones especiales, sean también extraordinarias en un sentido estricto: fuera de lo ordinario. Además, cabe señalar que el afrontamiento ha recibido atención por parte de la medicina conductual, ya que su surgimiento está estrechamente ligado al de las enfermedades crónicas y agudas pero esto no descarta el que un individuo sano, afronte diversos tipos de situaciones extraordinarias en su vida cotidiana.

Por su parte Lazarus y Launier (1978; citados en Varela, 1990) lo definen como los "esfuerzos dirigidos tanto a la acción como intrapsíquicamente para manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas del medio ambiente y los conflictos entre ellas, que abrumen o exceden a los recursos de la persona". Considerando que esta definición es la mejor aceptada por los diferentes autores.

Otra definición de afrontamiento es la señalada por Lazarus y Folkman (1984; citados en Omar, 1995) quienes se refieren "al coping como el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internas o externas"... (p.61). Cabe señalar que ésta definición es muy similar a la mencionada por Varela (op. cit.), dado que los recursos de "coping", son características estables del sujeto o del ambiente social en el que los sujetos funcionan.

También es posible mencionar que para Rojas (1995), el término afrontar en un sentido común indica "aceptar y resolver, con nuestros propios medios, una situación difícil que nos incomoda y preocupa, compartiendo en el mismo sentido, los sinónimos de encarar y enfrentar"... (p.52). También cita que desde la perspectiva psicoanalista, es la elaboración de una serie de pensamientos y acciones realistas y flexibles para solucionar una situación conflictiva que genera estrés; logrando así, una adecuada adaptación. Pero, vista desde la teoría analista, donde puede citarse a Meninger (1975), Hann (1977) y Vaillant (1977) se hablaría del estado o etapa de maduración con mayor probabilidad de adaptación a la realidad.

La corriente cognitivo conductual según Rojas (1995), entendería al afrontamiento como todos los mecanismos que tienen los individuos de tipo cognitivo y conductual para enfrentarse a una situación aversiva que le incita a presentar cambios fisiológicos, como el aumento en la presión sanguínea, sudor, temblor, etcétera; así como la presentación de miedo y ansiedad, entre otros cambios emocionales. Es importante resaltar que ésta corriente psicológica se enfoca exclusivamente, a estudiar a los individuos que padecen enfermedades crónicas y terminales, como el cáncer, el sida, la diabetes, la artritis y la hipertensión; para

conocer cómo combaten el estrés que está presente en éste tipo de enfermedades.

También es importante reconocer que el concepto ya señalado por Lazarus y Folkman, es el que se considera más adecuado para definir el tema en cuestión y se cree que éste permitió el avance de las limitaciones que todas las corrientes teóricas presentan en cuanto a la conceptualización del mismo -más tarde se explicará el porque-.

#### **4.1 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL AFRONTAMIENTO**

Para Lazarus y Folkman (1991) el concepto de afrontamiento deriva de dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas, la postura experimental tradicional con animales y la psicoanalítica del ego. En el modelo animal se define "el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por lo tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas". (p.141). Para dichos autores éste modelo no aporta mucho al afrontamiento humano, dado que no incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa.

Mientras que el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, lo define como "el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por lo tanto, reduce el estrés"... (p.141); ésta concepción percibe y considera la relación entre el individuo y el entorno, siendo la conducta de menor importancia que el factor cognición.

El primer modelo psicoanalítico de la psicología del yo es el que en su mayoría ha dominado la teoría del afrontamiento, así como su medición. Aquí el afrontamiento es considerado estructuralmente como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo. Un estilo es diferente a un rasgo por el grado; ya que el rasgo se refiere a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones como mal humor y buen humor, represión y

sensibilización y por lo tanto su aspecto es menos amplio. Dado que el estilo implica formas más amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo como, el amigable y el hostil, el poderoso y el que carece de poder, etcétera. Cabe señalar que en su mayoría las descripciones e investigaciones al respecto fueron realizadas por Vaillant (1977, citado en Aragón 1996).

#### **4.2 CONCEPCIONES CONTEMPORANEAS DEL AFRONTAMIENTO**

Como ya fue mencionado se tuvo que romper con modelos que no permitían la explicación plena de todo lo que implica el afrontamiento. Sin embargo, es posible mencionar algunas consideraciones y modelos que tratan de abordar de una forma diferente el afrontamiento y que aparecen más recientemente, es decir, en la década de los 80' en adelante; además, dichos modelos proponen categorías específicas para la evaluación del proceso de afrontamiento.

En éste sentido, encontramos que para Omar (1995) algunos de los pioneros que trataron de definir el afrontamiento por el año de 1978 fueron los ya mencionados Lazarus y Launier; pero más tarde, ya por 1980, el mismo Lazarus, pero ahora con Folkman desarrollaron un modelo teórico explicativo que pretende verificar relaciones entre estresores, stress y efectos adaptativos. Este modelo es el previamente descrito, es llamado "fenomenológico" e incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de coping.

Y a partir de éste modelo Lazarus y Folkman (1991) identifican dos métodos de coping, el comportamental y cognitivo y dos categorías de estrategias de coping: **enfocadas en el problema o de aproximación y enfocadas en la emoción o de evitación.**

Considerando lo anterior, el individuo tendría que realizar una evaluación cognitiva donde una persona determina si un evento es relevante o no a su bienestar y si las señales la benefician, amenazan, cambian o perjudican (evaluación primaria) y

entonces tendrá que determinar que opciones o recursos de coping tiene disponibles en ese momento para manejar la situación (evaluación secundaria).

Otro modelo mencionado por Omar (1995), es el Bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne que en 1989 distingue dos principales estrategias de coping: la vigilancia y la evitación o prevención cognitiva. Aquí la vigilancia sería una aproximación y procesamiento intensificado de la información relevante, donde el sujeto tiene que ganar control y protegerse de la amenaza. Mientras que la evitación o prevención cognitiva es vista como una reiterada o repliegue de la información amenazante.

Un tercer modelo es Multifactorial del control percibido de Bryant (1989, cit. en Omar op. cit.) donde se explican las formas en que las personas evalúan su control ante los eventos y los sentimientos referidos a experiencias positivas y negativas.

Un cuarto modelo es el Transaccional de las relaciones diádicas de apoyo de Schwarzer y Leppin (1991, cit. en Omar 1995). Aquí la habilidad de resolución de los problemas sociales se refiere a la capacidad de generar soluciones frente a los problemas de interacción social, evaluar las posibles consecuencias y elegir la solución más efectiva.

Existe otra perspectiva integrativa desarrollada por Moos y Billings (1982; citados en González, 1996) donde las estrategias de afrontamiento son la capacidad que puede aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores. Existiendo una relación entre los eventos o estresores de la vida y el funcionamiento, teniendo como mediadores los recursos de afrontamiento personales y ambientales y los procesos de afrontamiento, la valoración cognitiva, así como sus interrelaciones.

En éste sentido dichos autores destacan tres formas básicas de afrontamiento en términos de su método:

- Cognitivo Activo.

- Conductual Activo.
- Evitativo.

El tipo de afrontamiento **Cognitivo Activo** se refiere a los "intentos activos para resolver los eventos estresantes de una manera cognitiva, intrapsíquicamente o a una redefinición de las demandas para lograr hacerlas manejables"...(p.53).

En el afrontamiento **Conductual Activo** se incluyen las acciones tendientes a "eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas...", o bien "las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, tales como tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverlas, hablar con un profesionalista sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción"... (p.54).

En el afrontamiento de tipo **Evitativo** se engloban los intentos "para evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas"...(p.54).

Siguiendo con Moss y Cols. (1986; citados en González 1996), el afrontamiento también puede ser organizado en dos grandes áreas de acuerdo con su foco:

- Centrado en el Problema.
- Centrado en las Emociones.

El afrontamiento **Centrado en el problema** incluye el análisis lógico, la búsqueda de información o ayuda y tomar acciones para solucionar el problema, aquí se busca la modificación o eliminación de la fuente de estrés, manejar las consecuencias de un problema o activar cambios en la estructura del yo y resolver una situación de una forma satisfactoria"...(p.54).

Entre las estrategias enfocadas al problema pueden destacarse las siguientes:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) **Análisis Lógico.** Involucra intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la situación problemática.
- b) **Buscar información o ayuda.** Se abarca la habilidad de "búsqueda de información sobre el problema y sobre los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados"... (p.55).
- c) **Tomar acciones para solucionar el problema.** Este tipo de habilidades involucra tomar acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias.

El afrontamiento **Centrado en las emociones**, "se dirige a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo. Este tipo de afrontamiento incluye respuestas conductuales o cognitivas". (p.55).

En éste caso las estrategias enfocadas a las emociones son:

a) **Regulación Efectiva.** "Esta estrategia involucra el control de los efectos directos de las emociones provocadas por el problema; experimentando y trabajando cognitivamente los propios sentimientos, manteniendo la esperanza e intentando no ser perturbado por los sentimientos conflictivos"... (p.56).

b) **Descarga Emocional.** Aquí se incluye la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo que permite la salida de los sentimientos de enojo y desesperación.

De manera similar a lo ya descrito por los autores previamente citados, Cruz (1995), reconoce que existen muchas formas de clasificar el afrontamiento y en general los enfoques distinguen dos tipos de estrategias que son activas en su naturaleza y se orientan hacia enfrentar el problema (por aproximación) y las que vinculan un esfuerzo para reducir la tensión por evitar repartir con el problema (evitación). Cabe señalar que estas categorías fueron mencionadas, pero no



explicadas cuando se abordó el Modelo Fenomenológico de Lazarus y Folkman (1991).

El afrontamiento **por aproximación**, implica tomar conciencia de la situación, formular un plan de acción y orientar esfuerzos hacia la solución del problema. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las dividen en activo conductual y activo cognitivo, que como puede observarse son las mismas descritas por González (op. cit) cuando retoma a Moss y Cols (1986, cit. en González 1996); incluso el propio Cruz (1995) también los menciona al referirse a esas categorías.

Sobre el afrontamiento **por evitación**, se entiende todos los intentos que se hagan para no enfrentar abiertamente el problema y de acuerdo a Holahan y Moss (1987, citados en Cruz 1995), éste tipo de afrontamiento es la respuesta a situaciones amenazadoras que se da cuando los recursos personales y contextuales son escasos"... (p.44)

Bajo estas consideraciones acerca de la forma en que es categorizado el afrontamiento, es posible señalar que de manera general los planteamientos presentados son muy similares o equivalentes, encontrando variaciones solo en su "etiqueta" o manera de referirse a ellos. Esto puede ser observado cuando se observa la concepción categórica del afrontamiento "centrada en el problema" y más tarde la referida como "por aproximación", donde en cuestión de contenido no se encuentran diferencias, solo que se muestran unas brevemente explicadas y las otras no.

Pero no así en el caso de la categoría centrado en las emociones y las de evitación, ya que, aquí sí pueden observarse diferencias, dado que la primera va en pro del control del problema y la de evitación trata de evadirlo.

Al analizar el afrontamiento desde diferentes posturas teóricas es posible señalar que ninguna de ellas permite una aproximación práctica del problema: por ejemplo, el modelo psicoanalítico del ego diferencia entre rasgos y procesos, lo cual es muy vago y no da información sobre el evento dado, que en teoría uno difiere del otro en el grado: es decir, el estilo son las formas amplias de designación tanto de situaciones como de cosas, mientras que el rasgo sería la

predisposición a reaccionar de una forma de acuerdo a las características del individuo. Lo cual sugiere que entonces en esas llamadas formas amplias de designación, las características individuales no influyen de tal forma como lo hacen en el rasgo, obstaculizando una diferenciación clara y no permitiendo el entendimiento en el terreno práctico, dado que no quedan claros los criterios de asignación dirigidos tanto al estilo, como al rasgo.

Como si se tratara de conductas "más simples, en el caso del rasgo y más generales y complicadas en el estilo". Entonces en el rasgo se pondría atención en lo que el sujeto haría y no en lo que realmente hace o piensa.

Por su parte la teoría analista tampoco deja claro que es, ni como puede ser estudiado el afrontamiento, puesto que solo se habla del afrontamiento como una "etapa de maduración". ¿A qué se refieren los autores?, significaría que un individuo "inmaduro" no puede afrontar un evento específico.

En cuanto al enfoque Cognitivo Conductual, éste retoma los mecanismos tanto cognitivos como conductuales inmersos en las situaciones que una persona puede enfrentar; sólo que se ha enfocado únicamente al estudio de las enfermedades crónicas, dejando de lado otras situaciones más comunes y cotidianas, como el afrontar un problema familiar, un examen difícil, ingresar a un nuevo trabajo, etcétera; que un individuo puede enfrentar, sugiriendo así que el afrontamiento es de uso exclusivo de los enfermos crónicos y terminales.

Sobre el Modelo Fenomenológico es posible señalar que éste posibilitó un avance en cuanto a la concepción del afrontamiento, dado que fue empezado a ver como un proceso, lo cual distinguió entre afrontamiento y conducta adaptativa, que otros modelos no permitían. Enfocándose en lo que la persona hace y piensa en un contexto específico, no en lo que haría; cambiando en relación al desarrollo de la interacción del individuo con el evento particular.

Y es precisamente lo que retoma Varela (1990) cuando critica el marco expuesto por Lazarus y Cols. (1984, citados en Aragón 1996) puesto que con su definición que señala "esfuerzos para manejar las demandas estresantes, sin considerar los resultados", se dejan de lado aquellos estudios donde de manera predeterminada

se califican como efectivos ó no a algunas formas del afrontamiento, dado que implicaría su uso sólo en una persona y situación específica.

Pero según Varela (op.cit.) los problemas prácticos del afrontamiento están dados por sus premisas teóricas, puesto que no se da una correlación entre lo que se postula y lo que se trata de estudiar, por ejemplo la definición de Lazarus y Folkman distingue entre afrontamiento y la conducta adaptativa automatizada, diferenciando entre aquellas acciones biológicamente estresantes y aquellas conductas que culturalmente pueden o no dar una reacción emocional, además de la experiencia y predisposición organismica que el sujeto posea.

Entonces los sujetos infrahumanos no podrían afrontar una situación cualesquiera, dado que no responden culturalmente a las situaciones a las que se les expone, por lo tanto cabría la posibilidad de un afrontamiento "primario" en los infrahumanos; así como la consideración de la existencia de diferentes niveles funcionales de interacción bajo los cuales puede analizarse lo que un organismo hace ante ciertas situaciones, enfatizando el grado y forma en la que la persona puede afrontar una situación de acuerdo a su experiencia o historia interconductual como individuo psicológicamente social.

Otra laguna encontrada en éste modelo es la gran atención que se le da a la valoración, ya que como lo señala Omar (1995) cuando describe éste modelo teórico; aquí se identifican 2 niveles de evaluación, la primaria que implica determinar si el evento es relevante o no para el bienestar del individuo y el nivel secundario donde se hecha mano de las opciones de afrontamiento disponibles para manejar la situación.

Entonces, ¿la evaluación secundaria ya es afrontamiento? o es parte o continuo de la evaluación primaria; ¿en qué momentos se evalúa y en cuales se afronta? ó el afrontar es ya evaluar los eventos como benéficos o no?

Al parecer la valoración se adecúa a sí se necesita ver el afrontamiento posterior a la evaluación o como parte de, según sea el caso.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Al respecto Varela (op. cit.) afirma que la valoración en ocasiones aparece como parte del afrontamiento, otras más se dirige a la emoción provocada o bien a modular los actos y pensamientos que el sujeto tiene.

De tal forma que si Lazarus y Folkman (1991) proponen que el afrontamiento se dirige a reducir la emoción o a solucionar el problema, no queda claro si éste es parte o no de la valoración misma. "De esta forma, parece ser que el afrontamiento lo mismo sirve a y es parte de la emoción como de los sentimientos, de la cognición y de la acción motriz"...(p.23).

Puesto que según la teoría de Lazarus, el sujeto valora una situación determinada y dependiendo de ésta afrontará de una u otra forma el evento, pero, ¿qué ocurre cuando el individuo tiene la posibilidad de ver, saber o tener información sobre qué es lo que puede pasar?, entonces, valorará la situación cuando se presente el evento o solo lo afrontará, ¿en qué ocasiones se afronta? o bien, ¿cuál es el papel de la valoración en éste modelo?

Otra desventaja práctica encontrada, es que no se establece cuando ocurre el afrontamiento, si bien distingue entre el afrontamiento y la conducta adaptativa; pero que ocurre cuando se informa a un sujeto que tiene una enfermedad crónica, ¿en que momento lo afronta?, cuando se le da el diagnóstico, cuándo responde ante la situación, cuando presenta ciertas etapas en su enfermedad o el sujeto seguirá afrontando cada momento de su vida como parte de su enfermedad, etcétera. Esto resulta ser un problema difícil para tratar de identificar cuando el sujeto afronta y cuando ocurre una adecuación al evento. Es decir, no hay un tiempo determinado que pueda informar cuando se afronta y cuando se da el resultado del afrontamiento, lo cual reviste un problema teórico-práctico al tratar de abordar dicho "proceso".

Con respecto a los Modelos Bidimensional, Multifactorial y el Transaccional, ya descritos, es posible mencionar que éstos no permiten el análisis, ni definición del afrontamiento porque al parecer son definidos por los autores sin que se establezca un sustento teórico, observándose esto, cuando cada uno de ellos se preocupa por enfocarse a la estrategia de coping, sin explicar cuales son las

premisas de su modelo, lo cual sugiere que dichas categorías son expuestas a criterio de los autores, olvidando dar un marco contextual y de referencia de donde son tomadas o desarrolladas, haciendo un uso arbitrario de las mismas.

Cabe señalar que después de ésta revisión teórica es posible observar que la adherencia terapéutica es fundamental en el transcurso de la enfermedad del diabético, se haya relacionada con el ya mencionado afrontamiento; sin embargo éste no cuenta con un soporte teórico y metodológico acorde que lo sustente, sobre todo si se toma en cuenta los últimos planteamientos que determinan ciertos cuestionamientos a los modelos ya establecidos. De ésta forma se hace necesaria una revisión que permita constituir un modelo sustentable sobre el afrontamiento y en específico con la enfermedad; sin embargo, se describirá de manera general que es lo que implica dicho tema y cómo se ha evaluado, para vislumbrar como puede dar explicación sobre la adherencia terapéutica.

#### **4.3 ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO**

Cabe señalar que se han realizado constructos teóricos que permiten estudiar en cierta forma o tal vez explicar en alguna medida el afrontamiento; claro que no sólo visto en relación con la enfermedad, sino en situaciones específicas; como en el trabajo, la escuela, etcétera. Sin embargo al intentar comprender lo que siente, piensa y enfrenta el enfermo se han llevado a cabo teorías que como se mencionó, informan acerca de éste. Pero ahora se revisará brevemente como es que opera el afrontamiento en relación a la enfermedad que es el tema de interés, sobre todo en el caso de un padecimiento crónico.

Para Auerbach (1989), los pacientes con enfermedades crónicas tienen que enfrentarse no sólo a estresores transitorios, sino a otros contextos de constante incertidumbre y tratamiento para su bienestar existencial. Y las investigaciones con éste tipo de pacientes frecuentemente se hayan orientadas a estresores específicos o intervenciones y típicamente envuelven estudios descriptivos de la relación afrontamiento- variables y adaptación.

Por su parte Meyerowitz y Cols. (1983, citados en Aragón 1996), consideran que la información obtenida de afrontamiento en investigaciones con pacientes crónicos ha sido limitada teórica y prácticamente, al valor del porqué de la enfermedad crónica y al tratamiento como estresor unitario; más que como un compuesto de situaciones incluidas dentro de una categoría múltiple de subestresores, cada uno con demandas de afrontamiento.

Además, Turk y Speer (1983; citados en Auerbach, op. cit.) afirman que los pacientes con Diabetes Mellitus que muestran más adherencia a un amplio rango de regímenes de salud hacia sí mismo como involucrarse en su dieta, actividades físicas, monitoreo de la sangre y la orina, así como la administración de la insulina; enfrentan bien los problemas asociados interpersonalmente y de apreciación de sí mismo. En suma, reconocen que los estudios de afrontamiento han sido globales y no han considerado "el tratamiento específico y las demandas de vivir con diabetes" y además, "el poco conocimiento acerca de la naturaleza de los problemas como son percibidos por el paciente o los procesos de afrontamiento con esos problemas".

Existen otras investigaciones relacionadas con los estilos de afrontamiento en enfermos, que abarcan aspectos diferentes a los descritos previamente, los cuales son de importancia en la presente revisión, dado que muestran formas diferentes de abordar el proceso o fenómeno del afrontamiento, por ejemplo: Hanson (1989) evaluó la relación entre dos estilos de afrontamiento, uso personal e interpersonal de recursos, así como ventilación y evitación y dos consecuencias en la salud como la adherencia y control metabólico (en cinco áreas; dieta, adaptación a la insulina, hipoglucemia, prueba de glucosa y cuidado en la comida), en 135 jóvenes con Diabetes Mellitus Insulinodependientes (DMID). Además utilizó las características individuales, en este caso, la edad y la duración de la enfermedad, así como variables contextuales como estrés y relaciones familiares para predecir los estilos de afrontamiento. También la mala adherencia al tratamiento (tomada a partir de la suma de las cinco áreas de control metabólico), la edad de los adolescentes mayores y la duración de la Diabetes Mellitus, la cual fue correlacionada con la ventilación y evitación del afrontamiento. Encontrando que

los jóvenes con menor duración de DMID fueron más probables a hacerle frente a sus pensamientos y usaron sus recursos personales e interpersonales, pero ésta estrategia no fue asociada con consecuencias en su salud. Al realizar un análisis de regresión múltiple se encontró que a mayor afrontamiento de ventilación y evitación se predijeron mayores niveles de estrés, menor cohesión familiar y la edad de los adolescentes era mayor. En conclusión se señala que la interacción entre la adaptación y la duración de la DMID significativamente predice afrontamiento de ventilación y evitación.

Para Hamburg e Inoff (1983; citados en Hanson y Cols. 1989) el afrontamiento con las demandas y estresores en Insulino dependientes con Diabetes Mellitus puede ser una tarea a investigar en adolescentes, ya que el tratamiento diario demanda y requiere vigilancia y perseverancia con varias tareas onerosas, además es necesario un seguimiento y prescripción de la dieta a la hora de comer, requiriendo de 1 a 4 inyecciones de insulina, así como una picadura en el dedo para la prueba de los niveles de glucosa antes de la comida. Así, se da una alteración en las actividades de la vida diaria como regresar de la escuela al hogar, perdiéndose tal vez un evento deportivo, por lo que se necesita de una adaptación diaria que permita compensar la dieta y/o la dosis de insulina en pro de mantener un buen control metabólico. En suma, las demandas del tratamiento diario aparece con estresores emocionales relacionados con la enfermedad; algunos de esos estresores incluyen el miedo siempre presente de la hipoglucemia (bajos niveles de azúcar en la sangre), sentimientos de culpa y posibles males cuando aparece con hiperglucemia (altos niveles de azúcar en la sangre); asimismo, se presenta temor a las futuras complicaciones como la ceguera o el deterioro del riñón. Por lo tanto se requiere de un ajuste compensatorio no interviniendo en las dosis requeridas de insulina, en la dieta, en pro de un buen control metabólico.

También Hanson (1989) reconoce que poco se sabe acerca de la asociación entre estrategias de afrontamiento y funcionamiento psicosocial y las consecuencias en la salud, como la adherencia terapéutica y el control metabólico, en jóvenes con Diabetes Mellitus Insulino Dependientes (DMID). Kovacs y Cols.(s/d;citado en

Hanson, op. cit), menciona que ha identificado conductas que envuelven la ayuda así mismo en grupos de diabéticos, como el buscar información acerca de su enfermedad y cognitivas como la ventilación y minimización de la seriedad de la enfermedad como estrategias de afrontamiento en jóvenes con DMID. Sin embargo no encontró relaciones significantes entre las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento psicosocial; ni asociación entre estrategias de afrontamiento y consecuencias en la salud. En su conocimiento sólo dos investigaciones han evaluado el afrontamiento y las consecuencias individuales en la salud con DMID, tal es el caso de Frensel y Cols. (1988), quien en una muestra de 39 adultos con DMID, encontró que los estilos de afrontamiento no se asociaron con conductas de adherencia terapéutica medidos durante siete días corridos, tomando en consideración las inyecciones de insulina, las pruebas de glucosa y la administración de comida. En cuanto a los estilos de afrontamiento activo y de evitación ambos fueron relacionados con pobre control metabólico. Las investigaciones sugieren que éste es un gran uso de las estrategias de afrontamiento individuales en quienes experimentan estrés y realizan un mal control metabólico.

La otra investigación dada a conocer por Kovacs y Cols. (op. cit) es relatada por Delamar y Cols.(1987), quienes afirman que los adolescentes con mal control usan estrategias de afrontamiento más frecuentemente que aquellos con buen control metabólico. Además, los jóvenes con mal control metabólico utilizaron ilusiones y pensamientos, mientras que los que tenían buen control usaron la evitación y la búsqueda de ayuda como estrategia de afrontamiento más frecuentemente.

Cabe señalar que a diferencia de Hanson (op. cit), quien considera que existen pocas investigaciones asociadas con estrategias de afrontamiento y funcionamiento psicosocial. Day, Bodmer y Dunn (1996, citado en Hanson y Cols 1989) afirman que la educación y los factores psicosociales desarrollados son muy extensos y han contribuido al control de la Diabetes; incluso, ellos desarrollaron un cuestionario para medir las técnicas y la contribución de esos factores para determinar las habilidades para dirigirse a sí mismo en los diabéticos



insulinodependientes y examinaron la relación entre esos factores y el control glucémico. El cuestionario fue evaluado y validado por profesionales. Se evaluaron cinco factores con el control metabólico como, el ajuste emocional, la percepción de las metas y de la eficacia de sí mismo, así como el análisis del costo beneficio. Además el cuestionario permitió distinguir entre pacientes con buen y mal control metabólico; y por diferencias entre respuestas se distinguieron cuatro factores como el estilo de vida, la influencia de otra persona, la preocupación por la dieta y por el peso, lo cual no se correlacionó con el control metabólico. En conclusión el cuestionario validado permite identificar factores que alteran al paciente, en contraste con variables demográficas, lo cual puede ser específicamente el objetivo en pacientes que requieran control glucémico, o en otros para posibilitar satisfactoriamente la adaptación a la vida con diabetes. Este puede ser usado día a día para detectar las necesidades de los pacientes y sus barreras para el uso efectivo de sus propias habilidades y en la transferencia de información en un futuro.

Cabe mencionar que la contraposición de los argumentos citados referente a la existencia de investigaciones en relación a los factores psicosociales, puede estar dada por el año de la fuente, lo cual sugiere que al final de la década de los 80' no se contaba con mucha literatura acerca del tema, pero después de casi 10 años, existen nuevas investigaciones, esto podrá ser observado más tarde.

Otros estudios que muestran la tendencia hacia como se ha aboroado el afrontamiento, sobre todo en pacientes con Diabetes Mellitus, son las siguientes donde una vez más se retoman a jóvenes insulinodependientes, con el fin de revisar el uso potencial y aplicación de técnicas de afrontamiento en la enseñanza efectiva encaminada a dirigir los estresores, para vivir con Diabetes Mellitus. Los adolescentes tenían entre 13 y 20 años y se les enseñó el uso apropiado de técnicas de afrontamiento que pueden ayudar a hacer frente día a día a su enfermedad, facilitando a largo término su adaptación, cabe señalar que las investigaciones sugieren que el uso efectivo de técnicas de afrontamiento puede ayudar en la salud del diabético a largo tiempo y los profesionales de la salud

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

podrían enseñar y ser los modelos en el uso de estrategias de afrontamiento para los adolescentes con DM. (Davidson, Boland y Grey, 1997).

Hasta aquí es posible observar que la mayoría de las investigaciones relacionadas al afrontamiento y la DM, solo se contempla a pacientes que presentan dependencia a la insulina (DM Tipo I), dejando de lado a aquellos que no precinden de ella.

Una investigación más, que es posible mencionar es la citada por Lanza, Guier y Revenson (1996, citados en Newbold 1996), quienes examinaron las estrategias de afrontamiento y el soporte social como recurso en mujeres Latinas con artritis y de bajo nivel socioeconómico, reportando el afrontamiento de su enfermedad. En cuanto a los resultados encontrados se observaron atractivas las actividades que más comúnmente reportaron como estrategias de afrontamiento, seguida por el uso de la religión y la oración. En cuanto a las respuestas de ayuda o alivio por parte de los miembros de la familia, hubo más soporte por parte de las hijas, que de los amigos. Concluyendo que las respuestas de afrontamiento en los artríticos pueden reflejar nociones basadas en la cultura como fueron el valor de las normas culturales, como la familia. Estos resultados ilustran la cultura, el género, el estado socioeconómico, los cuales requieren de mayor estudio.

Por su parte Carbellido, (1992), de manera similar a la investigación anterior, evaluó el estilo de afrontamiento y el apoyo social percibido en un grupo de 71 pacientes con cáncer ginecológico de consulta externa en el IMSS, además identificó los niveles de ansiedad de la muestra seleccionada y el grado de correlación entre las variables descritas. Encontrando que el estilo de afrontamiento más usado es la negación, seguida de la categoría "esfuerzos cognitivos orientados a la solución del problema; asimismo se reconoce un bajo nivel de apoyo social percibido, altos niveles de ansiedad, dado que las pacientes sólo piensan en su enfermedad, lo cual no les permite concentrarse en otras actividades. Además, si se encontró relación entre las variables descritas. También propone la evaluación de otras enfermedades crónicas para determinar si se comparten o no las reacciones encontradas en ésta investigación.

Hasta aquí es posible señalar que el afrontamiento visto como técnica, habilidad o estilo presenta un sin número de relaciones entre las que pueden citarse: la estructura contextual del enfermo, la resistencia familiar a la noticia y su rol, la adherencia al tratamiento, el control metabólico (bueno y malo), las consecuencias en la salud de acuerdo al tipo de afrontamiento utilizado, la edad del paciente, la duración de la enfermedad, el estrés, las relaciones familiares, las variables demográficas, el nivel de actividad, el ajuste emocional, el funcionamiento psicosocial, el estilo de vida, el soporte social, entre otros, lo cual ha sido enfocado en su mayor parte al estudio de enfermos crónicos, lo cual no quiere decir que no pueda dar explicación o pueda guardar relación con otro tipo de fenómenos que ocurren en la vida de manera cotidiana.

Cabe señalar, que ésta revisión también permite observar que las investigaciones presentan aún tendencias del estilo utilizado por los médicos, dado que al abordar el tema del afrontamiento ocupan patrones fisiológicos que luego tratan de extrapolar a lo psicológico, buscando explicar las relaciones entre diferentes variables.

Por ejemplo, es posible referirse a aquellas investigaciones citadas donde al parecer el elemento principal recae en el control metabólico del enfermo y como factor secundario el estilo de afrontamiento que utiliza el enfermo o bien, las consecuencias en la salud, la adherencia terapéutica, la duración de la enfermedad; observando que en su mayoría no han podido romper con el modelo biomédico, lo cual no quiere decir que no sean válidas o confiables, por el contrario esto permite suponer que el terreno de lo psicológico cada vez cobra mayor importancia y puede ir al lado del fisiológico, utilizándolo como en los casos anteriores, como soporte que permite vincular el estado físico del paciente con su estado psíquico.

Estas investigaciones son presentadas de manera muy general, ya que al parecer establecen relaciones entre variables predeterminadas antes de la investigación, es decir, pudiera decirse (no en todos los casos), que los investigadores encuentran justamente lo que postulan, esto aunado a que no se explica bajo qué

marco teórico se manejan. Encontrando tipos, estilos, estrategias o habilidades de afrontamiento diferentes en cada investigación. Observando además, que el tema de las enfermedades crónicas ha tenido mucho mayor auge en la última década, sobre todo en relación con el afrontamiento, olvidando que un individuo también enfrenta situaciones en su vida cotidiana; eventos que afronta un sujeto y que no necesariamente tienen que ver con su salud.

Así, estas investigaciones muestran niveles de análisis que van desde la simple identificación de estrategias de coping (afrontamiento), hasta la observación de influencia familiar en el enfermo, sin embargo, estos niveles de análisis simples o complejos, permiten sólo una visión general de que se ha estudiado y con que; pero no establece un cómo; lo cual las convierte en meros estudios descriptivos de lo que en ésta década se ha venido estudiando en relación con el tema.

Lo cierto es que la revisión anterior posibilita ver al afrontamiento desde diferentes perspectivas enfocadas a la salud, lo cual permite tener una visión más amplia de la forma en que éste ha sido abordado en los últimos años, reconociendo también que dicho proceso y algunas enfermedades como la artritis reumatoide y el cáncer han recibido mayor atención por parte de los investigadores. Lo cual no quiere decir que sean de mayor importancia que otras enfermedades como la diabetes que día a día presenta mayor incidencia en todo el mundo, o la hipertensión, así como la arteroesclerosis, la osteoporosis, la leucemia, etcétera.

Por lo tanto es posible señalar que de acuerdo al sustento teórico que se maneje, es como se pondrá o no atención a ciertas formas o características del afrontamiento, de ahí la diferencia entre que unas y otras investigaciones se interesen por cosas semejantes o diferentes acerca del fenómeno.

También, cabe señalar que después de realizar ésta revisión teórica, es importante recordar que éste tema solo se ha enfocado en algunos casos a la explicación de las enfermedades crónicas y que por lo tanto puede ser útil para tratar de explicar el padecimiento específico de la diabetes; que requiere de atención especializada y del seguimiento oportuno de las prescripciones medicas que finalmente constituyen la adherencia terapéutica. Además, es importante

considerar que éste modelo, tiene lagunas y no explica de manera clara y detallada el proceso de afrontamiento, dado que como se mencionó no contiene un sustento teórico y metodológico acorde. Sin embargo, si solo se retoma en relación a la adherencia terapéutica puede considerarse como un mecanismo que lleva al paciente a utilizar sus recursos ya sea para apegarse al régimen médico o bien para alejarse de él; es decir, lleva al enfermo a la realización a no de conductas efectivas respecto de su enfermedad anteponiendo alternativas de acción que lo pueden llevar a un control óptimo o complicado de su padecimiento. Por lo tanto, sólo se retomará como un mecanismo que forma parte de la adherencia terapéutica.

#### **4.4 ADHERENCIA TERAPEUTICA**

Para Fernández (1993), la falta de adhesión o seguimiento terapéutico es uno de los problemas más comunes a los que suelen enfrentarse los profesionales de la salud, lo cual trae repercusiones en diferentes niveles como la pérdida de eficacia de algunos tratamientos, importantes costos personales, sanitarios y económicos. Por ello es importante la evaluación y promoción de la adhesión ya que ésta interesa a diferentes ámbitos y disciplinas.

Para el autor previamente citado, la falta de adhesión también se refiere al insuficiente o inadecuado cumplimiento de las prescripciones que implica la toma de medicamentos, acudir a consulta, modificar el estilo de vida o hábitos nocivos o de alto riesgo (dieta, ejercicios, estrés, alcohol, tabaco), características de pacientes que presentan cualquier tipo de dolencia. Y sólo el 7% de los pacientes diabéticos cumple con todas las condiciones del tratamiento.

Los datos sobre la incidencia de la falta de adherencia, reportan que un 30% de los pacientes no sigue los tratamientos curativos, un 40% no lleva a cabo los programas preventivos y el 50% no se adhiere a los tratamientos crónicos (Haynes, Taylor y Sackett; citados en Fernández, op. cit).

Como podrá observarse más adelante la falta de adherencia a los tratamientos es la principal causa del fracaso terapéutico y por lo tanto dificulta la evaluación de la efectividad de los procedimientos.

Para Fernández (op. cit), el adecuado cumplimiento de dichas prescripciones, implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo. Según las prescripciones, el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad; además, éstas se establecen durante un tiempo, a veces toda la vida. De manera que, con frecuencia, se requiere el cambio de hábitos, por lo demás consolidados, gratificantes y que vienen dados en ciertos contextos por ejemplo: ciertas comidas o actividades con determinadas compañías, lugares o momentos. En estas ocasiones, por lo general, las consecuencias del seguimiento correcto parecen más punitivas que las del incumplimiento. Otras veces las prescripciones consisten en prácticas sencillas que no interfieren con las actividades cotidianas del paciente de modo que la ausencia de control ambiental y de beneficios asociados al cumplimiento (como ejemplo la remisión de síntomas), dificultan que estas tareas se cumplan.

Por ello, para Fernández (1993) la adherencia terapéutica depende de que el paciente ejecute una serie de tareas, por lo tanto, es una conducta sujeta a los principios del aprendizaje y entonces, corresponde a una cuestión de tipo psicológico.

En éste sentido, James y Snyder (1989), al hablar sobre la incidencia de la mortalidad en México de 1979 a 1990, observan la presencia de enfermedades como la tuberculosis, neumonía, cáncer, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, entre otras; las cuales pudieran reducirse por medio de la prevención de prácticas de salud como el dejar de fumar, la disminución de la ingesta de alcohol, una dieta baja en calorías, el ejercicio físico, requiriendo además una manipulación del ámbito social y psicológico como requisito de cambio en las conductas del individuo.

En cuanto a la adherencia, algunas personas pueden o no, ser consistentes con su estado de salud, dependiendo de sus características individuales. Esto es, existen investigaciones de pacientes que permiten observar que no existe congruencia entre sus síntomas y su tratamiento biológico actual. Cuando un tratamiento es apropiado individualmente, éste frecuentemente es implementado por el paciente, por ejemplo, el cliente se autoadministra droga, cambia de hábitos de salud, etcétera. Algunos estudios realizados por Sackett (1976; citado en James y Snyder 1989) , reportan que el 50% de los pacientes no llevan una correlación entre la prescripción de los medicamentos con las instrucciones, 20 a 40% no obtienen recomendaciones sobre inmunizaciones y 20 a 50% falla en llevar su tratamiento.

También es importante reconocer que las manifestaciones clínicas de la enfermedad no sólo dependen de los efectos bioquímicos de la enfermedad, ya que pueden variar dependiendo de la situación o factores conductuales, por ello la eficacia del tratamiento médico necesita ser evaluado en los niveles ambiental y conductual; de acuerdo a la restitución de la persona a su normalidad biológica, aún cuando no regrese a su estado de salud.

El paradigma biomédico y la eficacia del tratamiento es revisado dependiendo de su acción específica como agente terapéutico o procedimiento a nivel individual, fisiológico y conductual como respuesta al tratamiento; siendo también de gran importancia los estímulos o influencias psicosociales, la tecnología o instrumentación envuelta en la intervención.

Existen efectos no específicos que tienen el poder de influenciar a las personas a nivel fisiológico y conductual como respuesta al tratamiento. La información, predictibilidad y estilos de afrontamiento han sido fundados para mejora de los pacientes que posteriormente recobran y reducen sus necesidades de medicación (Johnson, 1975, citado en James y Snyder op. cit) y la variedad de estrategias de afrontamiento.

El rol y responsabilidad del paciente y su salud están dados por un efecto integral no específico; por un lado la asignación de un poder especial, conocimiento y

habilidades que puedan proveer salud al paciente, y por otro, el paciente tiene que desarrollar y hacer un uso adecuado de estrategias de afrontamiento para llevar a cabo un tratamiento de por vida referente a su salud integral y comodidad.

Además, el paciente puede no desarrollar y usar adecuadamente estrategias de afrontamiento aunado a un tratamiento de por vida, tratando de compensar los efectos negativos que reviste su estado biológico.

Dentro de la adherencia al tratamiento las acciones del paciente son diversas, como al tomar un medicamento en un horario específico o en un intervalo determinado. El acudir al seguimiento del tratamiento con el especialista, así como acciones preventivas de vida, además de inmunización o cambio de hábitos de salud personales. Así los clínicos deben influenciar a los pacientes a que desarrollen ciertos hábitos para su bienestar físico.

Según Haynes (1979, citado en James y Snyder, 1989) también las conductas del paciente deben de coincidir con las recomendaciones de salud referentes a la adherencia. Pero el paciente en ocasiones experimenta disgusto en el tiempo y dinero empleados en el tratamiento, lo cual puede estar influenciando el no seguimiento de las instrucciones.

La no adherencia ocurre entre los problemas de salud, así como las recomendaciones y los escenarios; mientras que el tratamiento puede o no ser efectivo al no aplicarse correctamente por parte del paciente

La adherencia terapéutica puede ser entendida en términos de múltiples cuestiones que elicitán y multiplican las consecuencias que motivan la recomendación de conductas para proveer el cuidado de la salud. Y puede estar influenciada por la natural interacción entre el paciente y el profesional de la salud; la adherencia recomienda acciones, el cliente puede mostrar habilidades y recordar las recomendaciones (Di Nicola y Di Mateo, 1984, citados en James y Snyder, 1989).

Estas aproximaciones establecen el poder que provee y puede ser usado para motivar al paciente a aproximarse a las acciones de la adherencia. Hay pacientes que son cooperativos con su tratamiento observando el mejoramiento de su salud.



La adherencia depende de un complejo número de cambios de conductas como requisito. Esta decreciente con el número de acciones recomendadas, cuando los pacientes responden con nuevas conductas por un largo periodo de tiempo y con el paso del mismo, desde el contacto con la salud.

La adherencia también envuelve otros aspectos muy importantes, como el soporte emocional del paciente por parte de su familia y amigos, el cual reduce la ansiedad acerca de los resultados y el tratamiento. Ya que ellos proveen concretamente consecuencias de conductas de adherencia.

Para Fernández (1993), innumerables trabajos han tratado de establecer relaciones entre la adherencia terapéutica y múltiples variables de tipo sociodemográfico, de personalidad, inteligencia, actitudes, características de la enfermedad, del régimen de tratamiento, de la interacción entre el paciente y el profesional de la salud, etcétera.

Asimismo, se ha intentado evaluar la adherencia desde diferentes disciplinas como la psicología, la medicina y la sociología, sin embargo no se ha encontrado un acuerdo sobre como podría medirse dicho tópico dado que no existe una definición que permita un consenso; esto es, se evalúa de acuerdo a como se concibe. por ello según Gorgis (1976, citado en Fernández, op. cit), se ha adoptado un criterio del grado de adhesión "el valor por debajo del cual no es posible que se alcancen los resultados terapéuticos esperados". Entonces suelen utilizarse tasas de ejecución como criterio de grado de adhesión (por ejemplo: sesiones de entrenamiento para mejorar la competencia social de un sujeto o unidades de insulina para normalizar la glucemia). Todo lo cual, según Fernández, no es útil para indagar las variables de cumplimiento. Sin embargo el análisis funcional de las habilidades requeridas para el seguimiento correcto de un régimen de tratamiento sí permite establecer criterios más objetivos que la mera cuantificación y sobre todo más operativos para la investigación de la adhesión.(Fernández, Rodríguez 1990; Polaino y Gil Rosales-Nieto, 1990; citados en Fernández 1993).

Para Hays y Di Mateo (1987) y Masek (1982), la técnica más frecuente para evaluar la adherencia, es el autoinforme, la auto-observación y registro de seguimiento que el sujeto hace del tratamiento, la realización de tareas, el empleo de marcadores bioquímicos incorporados a la medicación. Así es posible observar el porque no existen indicadores válidos de la adhesión terapéutica, ya que las investigaciones sobrestiman las tasas, en especial cuando se requiere de la modificación de hábitos de salud.

Sin embargo, no hay que perder de vista que como lo señala Zárte (1989), el papel del médico también es capital, dado que de su firmeza y criterio oportunos, así como del optimismo y seguridad que proporcione al enfermo, va a depender en gran medida el rumbo con el que el diabético encare su enfermedad. Ya que, "la situación clínica puede finalmente invalidar al diabético para el ejercicio común de una profesión; y puede llevarle a una jubilación anticipada, con indudable repercusión psicológica sobre el enfermo".(p.646).

Además, el médico juega un papel estelar en el proceso psicológico de aceptación y afrontamiento de la enfermedad y los cambios que se originan en la vida social del enfermo, así como en las distintas complicaciones. Siendo fundamental un clima de confianza por parte del enfermo en su médico, cuya asequidad y consejo le dotan de seguridad y protección ante el riesgo que intuye. De la prudencia y habilidad del médico y de su capacidad dependerá en gran medida, que el enfermo se controle debidamente y pueda desarrollar a plenitud las exigencias sociales como si de un sujeto no diabético se tratara. (Zárte op. cit).

Por tales razones sobre la importancia que reviste la adherencia al tratamiento médico y la evaluación de la misma, ésta se retoma con fines de exploración aunado al ya mencionado afrontamiento de la enfermedad con miras de relacionar ambos elementos, que como ha podido observarse éstos aparecen seguidos dentro de las implicaciones que traen consigo las diferentes enfermedades crónicas que necesariamente conllevan requisitos de salud inmersos en el conocido proceso Salud-Enfermedad.

Esto es, el afrontamiento y la adherencia terapéutica han retomado los procesos por los que pasa el paciente al considerarse como enfermo y de manera clara describen conductas y pensamientos del mismo. Sin embargo, no solo basta con la descripción; sino que se requiere retomar dentro de otro marco que complementa o dé respuesta real a una manera particular de ser de un individuo retomando sus características individuales y que no solo se enfoque al mero acto de hacer frente a cierta situación. Por lo tanto, se retoma un modelo psicológico enfocado específicamente a la salud con miras de caracterizar no solo lo que hace el individuo; sino las interacciones y experiencias que lo llevan a pensar y responder de determinada manera con sus propios recursos ante situaciones presentadas y en su entorno en general.

Como puede observarse, el campo de la Adherencia Terapéutica es también muy amplio y puede ser visto desde la óptica del afrontamiento donde pueden darse conductas efectivas o no, por parte del sujeto en relación a su enfermedad; sin embargo, dentro de éste marco se pueden retomar otros mecanismos que subyacen a la misma, que también son recursos o interacciones que el individuo ocupa para hacer frente a su enfermedad y que sí poseen un sustento teórico-metodológico que las respalda, dado que es un modelo creado específicamente para replantear el proceso salud enfermedad y que por lo tanto permite su evaluación.

#### **4.5 MODELO PSICOLOGICO DE LA SALUD: EL PAPEL DE LAS COMPETENCIAS EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.**

El modelo psicológico en cuestión, cuenta con escasas investigaciones en su campo; sin embargo, es de esperarse que éste posibilite futuros cuestionamientos y permita identificar variables intervinientes en el mismo. Asimismo, dará mayor explicación a las relaciones descritas entre la Adherencia Terapéutica y el Afrontamiento; entendida desde el ámbito de las competencias, ya que estas se refieren a habilidades y estilos interactivos propios del sujeto, lo cual será el medio

para evaluar de manera más aproximada la adherencia al tratamiento terapéutico, ya que éstas permiten hacer a un lado las cuantificaciones señaladas, que son bajo éstas cómo suele evaluarse la adherencia.

Además, los modelos previamente citados están enfocados en mayor medida al ámbito de la salud y permiten una comprensión general del fenómeno, pero no así cuando se trata de estudiar las particularidades del mismo. Por tal motivo se retoma un modelo propuesto por Ribes (1990), donde se parte no sólo de la explicación del proceso salud-enfermedad entendida de manera diferente; visto como un continuo donde interviene la dimensión individualizada de variables que interactúan con factores biológicos del organismo y aquellos que conforman la acción funcional de las relaciones socioculturales.

Cabe aclarar que tanto el factor biológico, como el sociocultural no son tomados como categorías de sus disciplinas originales, sino el primero es condición de la existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad; mientras que el elemento sociocultural representaría las formas particulares que caracterizan a un individuo en interrelación con las situaciones de su medio y con base a su historia personal.

Así se concibe al proceso salud enfermedad de manera diferente, lo cual marca la diferencia entre un modelo acorde en teoría y práctica, de aquellos cuyos sustentos teóricos no se encuentran bien delimitados y por lo tanto se dificulta o imposibilita su análisis. Además, éste modelo, es un modelo psicológico desarrollado específicamente para el ámbito de la salud, aún cuando pueda ser extrapolado a algunos otros campos de acción.

Asimismo, es importante retomar la manera en que se entiende o define al organismo para tratar de establecer las premisas básicas que lo sustentan, de tal forma que el organismo ya no es una entidad aislada, sino que se nutre de su medio que le permite una evolución ontogenética y además puede proporcionarle influencias nocivas o ciertas carencias fundamentales. Pero éste medio también incluye la organización social y cultural y aún cuando pueden existir o no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

alteraciones en el estado biológico, esos procesos nocivos operan ambientalmente por medio de prácticas sociales y culturales.

Además, ésta forma de concebir al organismo permite a su vez, entender la dimensión psicológica también de manera diferente, dejando de lado aquello de que es lo que ocurre primero; la conducta, el pensamiento, las emociones, como se relacionan o en el caso del afrontamiento cuando se habla de valoración y cuando es parte del afrontamiento, como operan, etcétera. Entonces dicha dimensión según Ribes (1990) operaría de la siguiente forma:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con las situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

De tal forma que estos factores involucran varias funciones psicológicas distintas lo cual determina los resultados observables biológicamente en términos de salud enfermedad. Por ello "el hacer o no hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica". (Ribes op. cit. p.20).

El proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de 3 factores fundamentales:

- a) la historia interactiva del individuo.**
- b) las competencias funcionales con una situación general determinada y**
- c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.**

Para Ribes (1990), la historia psicológica de un individuo es la historia de sus interacciones que se refiere a cómo se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones, constituyendo también la disposición a interactuar con una situación presente en base a las formas y modos de interacción previos inmediatos que le sean funcionales en esa situación. Pero dicha historia no determina la manera de comportarse del individuo, ni que una conducta sea o no funcional, sino que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, haciendo más o menos probable una forma de contacto conductual con las situaciones.

La historia interactiva contiene dos dimensiones separadas, los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales. Los estilos interactivos tiene que ver con la personalidad, con la forma consistente e idiosincrasia en que un individuo se enfrenta por primera vez con una situación, pero cuando dicha situación no establece criterios de efectividad los estilos interactivos definirán la manera en que el individuo se comportará, y no el qué conductas tendrá ante la situación y por el contrario, cuando la situación presente criterios de efectividad y establezca que se espera del individuo, éste ajustará su interacción a los requisitos de la situación de acuerdo a las características de su estilo interactivo.

En cuanto a la disponibilidad de competencias funcionales que forman parte de la dimensión de la historia interactiva, éstas comprenden el comportamiento del individuo, la situación y los requerimientos de la misma, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a los requerimientos. Además tiene que ver con la capacidad conductual, ya que ésta es concebida como la disponibilidad de competencias funcionales y engloba la funcionalidad adquirida en situaciones pasadas por ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones contingenciales, con base en las contingencias que han tenido lugar. Así puede ajustarse a los requerimientos y estructura contingencial de una nueva situación, ayudando en la interacción por su efectividad anterior.

Sobre el segundo elemento que influye en la salud biológica (b), es posible señalar que dichas competencias funcionales entran también en los requerimientos de la situación como campo de contingencias, los factores que definen el contexto de la interacción (características de la situación y condiciones biológicas presentes del individuo en ese momento) y la historia de competencias; es decir, la capacidad del individuo para interactuar con la situación.

En cuanto al tercer punto referente a la modulación de los estados biológicos, Ribes (op. cit) menciona que el estado biológico del individuo puede ser alterado por las contingencias en una situación determinada; es decir, subraya la influencia que tiene el comportamiento en la regulación de respuestas biológicas a partir de la interacción de contingencias situacionales, modulando así las formas de reacción biológica.

Así quedando claro el proceso psicológico referente a la salud biológica es pertinente ahora manifestar como pueden ser los resultados de dicho proceso, dado que puede darse cierto grado de vulnerabilidad biológica o bien la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo.

En el caso de la vulnerabilidad biológica ocurre una interacción entre las condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.

Por su parte las conductas instrumentales serían las acciones de los individuos que directa, o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan la enfermedad, es decir, éstas aumentan o disminuyen el riesgo de la enfermedad biológica. Y se dividen en directas o indirectas, las primeras producen contacto directo con el agente patógeno y las segundas son aquellas que sin producir contactos específicos con el agente patógeno, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la situación de dichos agentes.

Considerando lo anterior dicho modelo propone cuatro combinaciones resultantes, derivadas de los procesos que a nivel psicológico inciden en la configuración de condiciones patológicas en el individuo:

**a) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una condición patológica.**

**b) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de las últimas.**

**c) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los del caso anterior.**

**d) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad de desarrollar condiciones patológicas.**

Otras consideraciones que permiten retomar dicho modelo, es el hecho de que sí permite un análisis sistemático que posibilita identificar parámetros y circunstancias específicas que modulan la enfermedad biológica asimismo al definir los estilos interactivos como modos funcionales de interactuar y no formas específicas de comportarse permite la no clasificación o categorización del individuo y a la inversa esclarece las diferencias individuales. De tal forma que parte del supuesto de que la estructura de las situaciones son organizaciones de contingencias entre objetos, los acontecimientos y las personas; proponiendo doce diferentes tipos de situaciones ante las cuales los individuos pueden desplegar estilos idiosincráticos, siempre y cuando se mantenga la característica de que no se establezcan criterios predeterminados de efectividad para la interacción en dicha situación. (Ribes y Sánchez, 1990; citados en Ribes 1990).

a) Toma de decisiones.

b) Tolerancia a la ambigüedad.



- c) Tolerancia a la frustración.
- d) Persistencia o logro.
- e) Flexibilidad al cambio.
- f) Tendencia a la transgresión.
- g) Curiosidad.
- h) Tendencia al riesgo.
- i) Dependencia de señales.
- j) Responsabilidad a nuevas contingencias.
- k) Impulsividad -no impulsividad.
- l) Reducción de conflicto.

Cabe señalar que éstas situaciones se definen con base a la estructura de las contingencias que las categorizan, pero no serán enlistadas dado que con mencionar la situación específica se pretende dar un panorama general de las implicaciones de este modelo. Además, es importante considerar que las situaciones citadas de la a a la f, son estilos relacionados con el estrés, mientras que los restantes se relacionan con competencias efectivas.

Es importante recordar que las competencias efectivas estarán en función de la historia de competencia, es decir, en la medida en que las competencias pasadas correspondan a contingencias similares a las actuales y las conductas y elementos de la situación sean semejantes, se facilitará la interacción en la situación presente, en caso contrario, la interacción se dificultará y se observará un ajuste o un fracaso del individuo en el cumplimiento de los criterios de efectividad de la situación particular. Por lo tanto un individuo capaz, será aquel que de acuerdo a su historia de competencias tenga mayor diversidad de situaciones y comportamientos y por lo tanto presentará facilidad de nuevas acciones efectivas en situaciones también nuevas, al margen de las características de la situación.

Así es posible observar que el análisis de la historia de competencias incluye factores relacionados a la acción, elementos respecto de los cuales dichas acciones pueden ser efectivas, las condiciones orgánicas reguladoras de la interacción y los factores sociales y culturales que auspician, estipulan y promueven que una forma de relación contingencial cumpla con los criterios de afectividad. (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1990; citados en Ribes 1990).

Hasta aquí se ha hablado de aquellas competencias referentes a la historia del individuo, pero que hay de aquellas que le son funcionales en su presente, es decir, cuáles son los niveles de funcionalidad en que se puede desarrollar la competencia efectiva en una situación determinada.

Pero antes de enumerar esos niveles de funcionalidad es importante aclarar algunos aspectos en relación al accionar del individuo, esto es, cuando se encuentra ante cualquier situación sus acciones están constituidas por morfologías sensoriales, motoras y verbales, "entendiendo a éstas últimas como acciones de escucha, de observador, de lector, de hablante, de escritor y de gesticulador. Todas estas acciones tienen sentido desde una perspectiva colectiva y social, y aún cuando "contengan" comportamiento formalmente lingüístico en mayor o menor grado, *siempre* constituyen acciones cuya funcionalidad está determinada y regulada por factores de orden convencional lingüístico..."(p.47 Ribes, 1990.).

Los 4 niveles funcionales en que pueden tener lugar las competencias efectivas en una situación son (estas serán retomadas para la presente investigación):

- a) Interacciones situacionales no instrumentales.**
- b) Interacciones situacionales instrumentales.**
- c) Interacciones extrasituacionales.**
- d) Interacciones transituacionales.**

En las interacciones de tipo **no instrumental**, "el individuo actúa reaccionando diferencialmente ante los objetos, personas y acontecimientos de la situación sin alterar o afectar sus características o propiedades funcionales. El comportamiento del individuo es regulado totalmente por las relaciones que se dan en la situación, sin que sus acciones intervengan en la regulación o alteración de tales relaciones...las acciones de éste tipo sólo se ven reguladas por los factores presentes en una situación determinada. Fuera de dicha situación el individuo puede mostrar interacciones de otra naturaleza." (Ribes, op. cit. p.47). Ejemplos de éste tipo de interacción son las reacciones emocionales y los comportamientos de ajuste o seguimiento de instrucciones.

"Las interacciones **situacionales instrumentales** constituyen también formas de comportamiento funcionales exclusivamente dentro de circunstancias definidas por una situación particular, en mayor o menor grado. Sin embargo, a diferencia de las interacciones no instrumentales, el individuo desarrolla conducta efectiva sobre la situación, produciendo cambios en ella, que constituyen a su vez consecuencias que afectan, favorable o desfavorablemente, al propio comportamiento del individuo. Las interacciones instrumentales no sólo implican que el individuo puede actuar diferencialmente respecto de los elementos que configuran funcionalmente una situación, sino que con su acción produce efectos sobre dicha situación y su propio comportamiento." (Ribes Op. cit. p.48).

En la **interacción extrasituacional** según Ribes (op. cit), es mayor la participación del individuo en la configuración de criterios de afectividad en la situación, ya que actúa frente a los elementos y contingencias presentes como si tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias. Implicando la participación del comportamiento lingüístico del individuo, puesto que responde de acuerdo a su experiencia frente a las circunstancias distintas o con base en propiedades no explícitas *en ese momento* de la situación.

Aquí se actúa en una situación como si los elementos y relaciones de contingencia que la configuraban estuvieran regulados por los acontecimientos que tienen, tuvieron o tendrán lugar en otro momento, en otra situación y poseyeran características y propiedades distintas a las aparentes en esa circunstancia. Ejemplos de este tipo son el sentirse tenso y con ansiedad días antes de presentar un examen o el pensar que un compañero le puede pasar las respuestas en el examen.

"La interacción extrasituacional puede asumir diversas formas: a) el individuo puede reaccionar en ausencia de la situación como si estuviera en ella; b) el individuo puede reaccionar en una situación como si no estuviera en ella; c) el individuo puede reaccionar en una situación como si fuera distinta; d) el individuo puede reaccionar en una situación "X" con las interacciones no instrumentales de la situación y; e) el individuo puede reaccionar en una situación "X" con las interacciones instrumentales características de una situación "Y"; o f) cualesquiera de estas posibilidades en forma combinada, entre otras. (p.49).

Estas interacciones, favorables o desfavorables, son siempre mediadas por el comportamiento lingüístico del individuo, que puede reaccionar en términos de propiedades contingenciales producto de su propia conducta más que de las circunstancias efectivas presentes.

En cuanto a las **interacciones transituacionales**, se dice éstas son las más complejas, ya que representan un nivel de competencia que implica la abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el individuo. En éste tipo de interacción el individuo responde ante una situación determinada al margen de las condiciones presentes efectivas (relativamente), o de su experiencia con otras situaciones equivalentes o no particulares. El individuo interactúa en la situación con base en la forma en que responde lingüísticamente a ella como instancia o miembro representativo de un conjunto de relaciones y propiedades abstraídas también lingüísticamente. No enfrenta la situación con base en lo que le ocurre en ella o a lo que percibe, sino en términos de cómo conceptualiza la situación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esto determina que sea su comportamiento lingüístico el que regule y determine las propiedades y eventos que serán funcionales para el individuo, al margen de las contingencias efectivas momentáneas.

Además, en éste tipo de interacción no sólo pueden cambiarse las propiedades funcionales de los eventos y contingencias afectivas en una situación, sino que se pueden cambiar los criterios mismos de afectividad que definan a dicha circunstancia. Ejemplo de ellas son las dietas bioenergéticas o vegetarianas que establecen propiedades para ciertos alimentos respecto del comportamiento.

Cabe señalar que si estos estilos interactivos son propuestos como un modelo psicológico de la salud, entonces pueden ser extrapolados a circunstancias como las que implica ser un enfermo crónico, para tratar de explicar el afrontamiento de la enfermedad en relación a las competencias funcionales que presenten dichos enfermos. Es decir, como Ribes (1990) lo señala, éste modelo permite la comprensión del por qué el comportamiento del individuo frente a las contingencias contenidas en su entorno de vida puede constituir un factor crítico en el aumento o disminución de su vulnerabilidad biológica de las enfermedades.

Entonces bajo estas consideraciones es posible señalar que de acuerdo a este modelo psicológico, la enfermedad implicaría un estado de baja vulnerabilidad biológica y el ejercicio de conductas instrumentales productoras de contactos o efectos con alto riesgo de inducir patología biológica, lo cual sería el resultado tanto en lo individual como en lo cultural, de competencias situacionales efectivas de cada persona; mientras que la vulnerabilidad biológica constituye el estado resultante de la interacción de dichas competencias con las categorías situacionales que modulan reacciones de estrés e inmunitarias en el organismo.

Es importante mencionar que dichas conductas instrumentales pueden ser las que permitan aumentar el riesgo de pérdida de la salud o para contraer una enfermedad o patología, así como para disminuir los riesgos de la salud, cuando el individuo actúa preventivamente. Por lo tanto pueden ser conductas instrumentales preventivas o de riesgo.

Además se puede distinguir a las conductas instrumentales con base en sus efectos o consecuencias, el criterio se identifica con la proximidad temporal de las consecuencias o efectos del comportamiento, como las de efectos inmediatos en la salud, donde se facilita que el individuo evite realizarlas y las de demora en la salud en combinación con efectos inmediatos agradables, donde se dificulta más eliminar dichas conductas instrumentales.

Así las conductas preventivas y de riesgo están reguladas por factores adicionales a los efectos que tienen sobre el estado de salud del individuo.

Otra consideración importante respecto al tema, es que las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas determinarán en gran medida la presencia o no de cierto tipo de enfermedades, así como las prácticas referentes a la salud, por lo tanto serán diferentes de un país a otro, así como de un individuo a otro. Todo esto puede ser entendido y analizado desde la óptica planteada por Ribes (op.cit), permitiendo una postura más aproximada al fenómeno de la salud enfermedad, así como del ya mencionado afrontamiento, el cual bien puede ser retomado no con los modelos citados, sino desde el marco de las competencias individuales y de los estilos interactivos, dado que es el único modelo que toma en cuenta las creencias del individuo, su historia, su estado actual física y emocionalmente, la situación específica y las características de la misma, entre otras cosas; englobando y perfilando a la vez cada una de las cosas señaladas para cada individuo. Entonces, permite observar qué competencias interactivas posee el individuo que padece una enfermedad específica como es la Diabetes Mellitus. De tal forma que éste modelo sí permite un análisis teórico práctico acorde para tratar de explicar el ya mencionado "afrontamiento de la enfermedad".

Además, si se retoma que las competencias interactivas del diabético ante su enfermedad dependen de varios factores como: la edad de aparición del padecimiento, su inteligencia, las circunstancias familiares, el ambiente social y las condiciones de vida; así como la eficacia en la relación paciente diabético-médico, que en gran medida determinará la manera en que el diabético encare su enfermedad. Entonces, es posible englobar de alguna manera dichos factores,

cuestionando ahora la existencia de posibles relaciones que de alguna forma puedan dar explicación a dicho fenómeno. Sin olvidar, claro, la importancia que tiene la satisfacción del usuario que permite la evaluación de la calidad hospitalaria.

Asimismo, puede pensarse que la enfermedad de la DM, es el móvil para que el sujeto afronte su enfermedad y determine el nivel de adherencia terapéutica; sin embargo, esto ha sido evaluado (Hanson 1989 y Carbellido 1992, op.cit) y no deja en claro como se da éste proceso y que ocurre en el mismo; por ello se propone:

Considerar a las competencias interactivas como un mecanismo psicológico que subyace a la adherencia, lo cual permitirá reconocer y explicar por qué un paciente se apega o no a su tratamiento, ya que explica el papel del comportamiento en la modulación en de los estados biológicos y la efectividad del individuo ante situaciones que afectan o favorecen su estado de salud, lo cual no puede ser explicado claramente por el afrontamiento, ya que éste alude a estilos generales de respuesta ante un acontecimiento y las competencias son habilidades específicas a partir de estilos interactivos iniciales que nos permiten el reconocimiento y análisis de cada sujeto en relación a su adherencia terapéutica.

Esto es, si el médico pudiese identificar que nivel de competencia tiene el paciente podrá reconocer que tipo de prescripciones puede llevar a cabo el mismo y considerarlo para tratar de adherirlo al tratamiento. Por ejemplo: en lugar de intentar habilitar un afrontamiento de tipo Efectivo; trabajaría con un estilo interactivo de competencias que éste ya posea, lo cual le permitirá el estudio particular de cada diabético específicamente, dejando de lado el afrontamiento que generaliza respuestas y no reconoce las características de cada individuo.

Si se considera a las competencias interactivas como un recurso conductual que subyace a la adherencia y ésta última como una forma efectiva de relación con la enfermedad, entonces se reconoce y explica el que un paciente lleve a cabo su tratamiento. Dado que la intervención del comportamiento modula los estados biológicos y la efectividad de las practicas del individuo favorecen su estado de salud y tiene que ver con estilos generales de respuesta ante un acontecimiento.

Las competencias son habilidades específicas a partir de estilos interactivos iniciales que permiten el análisis de los pacientes en relación a su adherencia terapéutica.

Por lo tanto, el objetivo general del presente trabajo, fue:

***"Determinar la relación entre el tipo de competencias interactivas que los diabéticos tienen respecto al nivel de Adherencia Terapéutica y su reporte de Satisfacción con la Atención Médica".***

**Objetivos particulares:**

- 1) *Determinar el reporte de Satisfacción de la Atención Médica del diabético.*
- 2) *Determinar el tipo de competencia que tiene el diabético en su adherencia a las prescripciones médicas.*

La hipótesis alterna de la presente investigación fue:

*Si los pacientes diabéticos tienen un tipo de competencia "Transituacional" hacia la adherencia terapéutica de su enfermedad, entonces reportarán mayor satisfacción con respecto al servicio que los pacientes que poseen un tipo de competencia Instrumental, No Instrumental y Extrasituacional.*

*Y la hipótesis nula: Los pacientes que no presenten un tipo de competencia Transituacional reportarán menor nivel de satisfacción con la atención recibida.*



## CAPITULO V

### METODO

#### 5.1 SUJETOS.

La investigación se llevó a cabo con 130 pacientes diabéticos de ambos sexos, todos acudieron a consulta externa en el Hospital General de Naucalpan: Maximiliano Ruíz Castañeda. Sus edades oscilaban desde los 18 hasta los 80 años. En su mayoría fueron mujeres (64.6%), sin ningún tipo de estudio (44.6%) y ellas se dedicaban al hogar (58.5%). De los 130 diabéticos, 77 estaban casados y 85 eran católicos. (Ver gráfica dos, tres y cuatro).

Entre los datos obtenidos en la aplicación de ambos instrumentos a 130 pacientes; sobre las características demográficas, es posible mencionar que se presentaron los siguientes resultados:

Al realizar los rangos correspondientes a la edad de los pacientes se encontró una media de 54 años promedio, el 11.5% de los encuestados tenía de 18 a 35 años, un 22.3% correspondió al rango de 36 a 50 años, el porcentaje más alto se observó de 51 a 65 años con un 43%, mientras que de 66 a 80 años se dio un 23%. (Ver gráfica 1)

En cuanto al sexo de los diabéticos se observó que un 64.6% de la muestra son mujeres y sólo un 35.4% pertenecen al sexo masculino, lo cual indica que la población diabética que acude con mayor frecuencia al H.G. de Naucalpan son mujeres. (Ver gráfica 2)

Sobre la ocupación de los pacientes se encontró la siguiente distribución:

El porcentaje más alto fue de 58.5%, el cual correspondió al hogar; un 12.3% eran vendedores no hijos, un 4.6% se dedicaba al comercio, hubo también obreros y trabajadoras domesticas, cada uno con 1.5% respectivamente, mientras que el 9.2% fue estudiante y el 12.3% se dedicaba a otra actividad no especificada. (Ver gráfica 3).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En relación al nivel escolar o educativo presentado por los diabéticos es posible describir lo siguiente:

Las porcentajes más elevados en cuanto al nivel académico se observaron en las personas que no tenían ningún tipo de estudios con un 44.6% y en aquellas que únicamente habían concluido la educación primaria con un 40.8%; los porcentajes más bajos se dieron en otros rangos como el de Licenciatura con un .8%, así como en aquellos que tenían un nivel técnico o de estudios comerciales y en los que habían terminado su bachillerato, ya que se dio un 3.8% respectivamente, finalmente un 6.2% estudió la Escuela Secundaria.(Ver gráfica 4).

Sobre el estado civil de los encuestados, se observó que el 6.9% eran Solteros, el 59.2% Casados, un 14.6% vivían en Unión libre, el porcentaje más bajo fue de .8% el cual correspondió a los divorciados y el 18.5% eran viudos. (Ver gráfica 5).

De los 130 diabéticos entrevistados, un 17.7% eran Creyentes; mientras que la mayoría de la población era de religión Católica con un 65.4%, el 3.1% eran Testigos de Jehová, el 1.5% fue para los Evangelistas y el 12.3% profesaba Otra religión no especificada.(Ver gráfica 6).

Con respecto a la pregunta de si se tenía información acerca de la Diabetes antes de que les fuera diagnosticada a los pacientes, se encontró que un 69.2% no tenía información en relación a su padecimiento, mientras que un 30.7% sí tenía conocimiento de la misma. (Ver gráfica 7) A las personas que sí poseían información, se les preguntó cuál era la fuente de donde la habían obtenido y se encontró lo siguiente:

El 4.6% sabía de la enfermedad por medio de sus amigos, el 13.8% tenía conocimiento a través de su familia, el 11.5% reportó saber sobre el tema por Otros medios no especificados, mientras que el porcentaje mínimo encontrado fue de 0.7% que lo había leído en los libros. Cabe reiterar que el porcentaje más elevado (69.2%), se observó en aquellas personas que no tenían conocimiento de la enfermedad. (Ver gráfica 8).

Los rangos promedio del tiempo que tienen los diabéticos de padecer su enfermedad se exponen de esta manera:

El porcentaje más alto fue encontrado en aquellos pacientes que tenían de 0 a 1 año con su padecimiento con un 29.2%, el 13.8% tenía de 2 a 3 años con el mismo, un 10.7% fue reportado en los diabéticos que tenían de 4 a 5 años con la enfermedad; en el caso de aquellos que llevaban de 6 a 7 y de 7 a 8 años de ser diabéticos se vio un 5.3% respectivamente, para los que poseían de 10 a 11 años se encontró un 8.4%. Otro porcentaje elevado correspondió a los pacientes diabéticos de 12 años de padecimiento o más, con un 26.9%.(Ver gráfica 9).

Otros aspectos a considerar sobre la muestra encuestada es que el 56.9% de los pacientes no tenían familia con diabetes y el 43.1% reportan tener antecedentes familiares con dicho padecimiento.(Ver gráfica 10).

También se observó que el 29.2% asistía regularmente a sus citas con el médico, mientras que 70.8% había dejado de asistir 2 veces o más en los últimos seis meses de su tratamiento.(Ver cuadro 1).

Al preguntarles sobre si habían requerido internamiento hospitalario en los últimos meses a causa de sus niveles de glucosa, se encontró que: el 36.9% sí había sido internado, mientras que el 63.1% no lo había requerido. (Ver cuadro 1)

En cuanto al número de veces que los pacientes han requerido de los servicios del hospital es posible señalar:

Que el 71% los había necesitado de 2 a 4 veces, el 25% de 5 a 8 veces y el 4% restante los utilizó más de 10 veces.(Ver cuadro 2).

El 69.2% de los entrevistados sí realiza algún tipo de ejercicio y sólo el 30.8% no lleva a cabo dicha práctica. (ver cuadro 4)

El 56.2% de diabéticos lleva a cabo la dieta prescrita por su médico y el 43.8% no la realiza adecuadamente. (ver cuadro 4)

Sobre los niveles de glucosa encontrados se observó que la mayoría de los pacientes tenía su glucosa elevada con un 59.2%, en segundo lugar estaban aquellos que la tenían normal con 30.8% y el 10% restante presentaron niveles bajos en la misma. (ver cuadro 5)

Estos datos fueron proporcionados por los diabéticos verbalmente sobre su última prueba de niveles de glucosa; no se establecieron rangos, solo se retomó la información que los médicos o enfermeras habían dado al paciente.

Con respecto a sí habían presentado complicaciones de salud a causa de su diabetes, el 51.5% sí tenía complicaciones, mientras que el 48.4% no tenía ningún otro padecimiento. Entre las complicaciones más comúnmente encontradas se citaron:

El 10% tenía complicaciones de tipo renal, el 7.6% presentó problemas en sus ojos, 2.3% había sufrido la amputación de algún miembro, el 0.7% se convulsionaba, el 22.3% tenía otra complicación no especificada, el 8.4% presentó problemas circulatorios y el 48.4% ya citado no reportaba ninguna alteración a causa de su diabetes. (ver cuadro 6)

En cuanto a la asistencia a sus citas, el 78.5% reportó acudir regularmente a ellas, mientras que el 10.8% no la hace. (ver cuadro 4)

## **5.2 MATERIALES E INSTRUMENTOS**

Se utilizaron 2 inventarios, uno de satisfacción del usuario en relación a la calidad de la atención en el servicio de consulta externa y otro de competencias interactivas.

El reporte de satisfacción y las competencias de los diabéticos se evaluaron mediante dos instrumentos tipo Lickert, enfocados al objetivo del presente trabajo, ambos poseían un lenguaje sencillo con objeto de que fuera claro a la población estudiada.(Ver anexo).

## **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.**

El cuestionario de Satisfacción contiene veintitres reactivos con sus respectivas instrucciones y un apartado para datos demográficos e información sobre la enfermedad; algunos de ellos fueron retomados de la investigación de Landeros y Salinas (1996). Solo se incluyeron aquellas preguntas que se adaptaban a las características del servicio de consulta externa.

Este tuvo como fin evaluar que tan satisfecho se encontraba el paciente con la Calidad de la atención hospitalaria y contenía 5 opciones de respuesta que iban desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo.

En el instrumento de satisfacción se modificó después del piloteo; ya que se obtuvo inicialmente un alpha de Cronbach de .9155. En específico la pregunta 22 en relación a los tramites administrativos del servicio y se aumentaron algunas preguntas en relación a la asistencia al hospital. Y en el de competencias se modificó la estructura de las preguntas haciéndolas más breves y directas y desaparecieron los ítems 7, 12, 14, 16, 18, y 20. (Ver anexo- instrumentos).

El instrumento de Satisfacción contenía preguntas con 5 opciones de respuesta desde Muy de Acuerdo, De acuerdo, No sé, En desacuerdo, hasta Muy en Desacuerdo, todas ellas en función de una escala tipo Lickert. También contenía preguntas sobre datos demográficos y en específico sobre el padecimiento. Y se dividió por categorías.

En la dimensión de **Ejecución Profesional**, se incluyeron las subcategorías: Efectividad, Identificación, Seguridad, Capacidad, Información y Atención.

En la dimensión de **Actitud Profesional** se encuentran las subcategorías: Comunicación, **Trato humano y amabilidad**, Empatía, Atención a problemas psicosociales y Cooperación.

Otra dimensión es la de **Organización**, donde se incluyeron: la Eficiencia, Accesibilidad y los Recursos.

En la dimensión de **Satisfacción General**: la Recomendación del servicio a otras personas y la Recurrencia o asistencia al servicio médico.

En éste instrumento se encontró que todos los reactivos alcanzan el criterio de inclusión mayor a  $p = 0.20$  con un nivel de significancia de 0.05, lo cual indica que existe una correlación reactivo-total en los 23 casos; dando una consistencia interna al instrumento; con un Alpha de Cronbach Estandarizado de .9157 al .05 de significancia.

El análisis factorial con rotación varimax con extracción de los principales componentes agrupó los reactivos del instrumento de satisfacción en 5 factores. Cabe señalar, que la categoría de Satisfacción General es la que en su mayoría coincide con la propuesta de agrupación inicial. Dicho factorial será descritos posteriormente. (Ver cuadro 8).

### **CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS.**

En cuanto al cuestionario de competencias contenía 20 reactivos y algunas preguntas complementarias acerca del control del paciente, éste fue diseñado por primera vez en base al modelo psicológico propuesto por Ribes (1990) y en base a los aspectos más relevantes de la Adherencia terapéutica que debe llevar a cabo un paciente diabético, englobando cuidados, instrucciones médicas, experiencias y creencias, apoyo familiar, entre otras cosas. Con el podría identificarse que tipo de competencia poseía el paciente y sus opciones de respuesta tener, que ver con la frecuencia de los eventos.

Dicho instrumento contuvo cuatro categorías:

- *Instrumental.*
- *No Instrumental.*
- *Extrasituacional.*
- *Transituacional.*

El instrumento de Estilos de Competencias se construyó de 20 ítems, de los cuales 5 correspondían a cada una de las categorías, con 5 opciones de respuesta como: Nunca, Rara vez, A veces, Muy a menudo y Siempre.

En cuanto al análisis de varianza del cuestionario de Competencias en el piloteo se encontró un Alfa de Cronbach de .7014. Por lo tanto se realizaron los ajustes

necesarios para las posteriores aplicaciones. La pregunta 4 se cambió de la categoría no instrumental a la instrumental, se aumentó la pregunta cinco, diez y veinte; desaparecieron los ítem siete, doce, catorce, dieciséis, dieciocho, y veinte.

Cabe señalar que en éste instrumento se encontró que todos los reactivos alcanzan el criterio de inclusión mayor a  $p=.20$  de significancia, lo cual indica que existe una correlación reactivo-total en los 20 casos; dando una consistencia interna al instrumento; con un Alpha de Cronbach Estandarizado de .8568 al .05 de significancia.

Además se llevó a cabo un análisis global o total en el instrumento de competencias, es decir; se sumaron todos los reactivos pero sin dividirlos entre sí; lo cual permitió observar que todos los ítems alcanzan el criterio de inclusión ya que los porcentajes totales oscilaron de 60% a un 80%.

En el factor 1 y 5 se agruparon algunas preguntas como se esperaba. (Ver cuadro 9)

El análisis factorial con rotación varimax y extracción de los principales componentes agrupó los reactivos del instrumento de competencias en 5 factores, los cuales serán descritos posteriormente. (ver cuadro 9). Cabe señalar que no todos se agruparon como se esperaba que lo hicieran.

### **5.3 SITUACION**

El consultorio contaba con un escritorio, una silla y un sillón de exploración médica. También las entrevistas se realizaron en la sala de espera del consultorio No.1. Siempre de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

### **5.4 PROCEDIMIENTO**

#### **DISEÑO**

Se utilizó un diseño cuasi experimental de comparación estática entre grupos. Y los sujetos fueron elegidos con la condición de ser diabéticos y acudir al servicio de consulta externa.

### **FASE 1.**

Por principio, se elaboraron los instrumentos tanto de Satisfacción, como de Estilos de Competencias. Posteriormente se pilotearon con 60 pacientes diabéticos, eliminando las preguntas menores a 0.20 de correlación ítem-total con un nivel de significancia de .05 y algunas otras se replantearon enfocándose básicamente al servicio de consulta externa, sin alterar el sentido de las mismas.

Se pidió directamente al diabético que contestara los cuestionarios y se les explicó que: "el presente cuestionario pretende identificar el nivel de satisfacción con la atención médica que brinda este hospital a los pacientes que asisten al servicio de consulta externa con la finalidad de contar con un indicador que permita evaluar la calidad proporcionada por esta institución. De ésta manera, agradeceremos de ante mano su valiosa colaboración al respondernos, lo más sinceramente, el presente cuestionario. La información que usted amablemente nos proporcione será utilizada de manera confidencial anónima" y en el caso del instrumento de competencias se les informó que: "El presente cuestionario tiene como fin conocer la manera como usted responde a algunas situaciones relacionadas con su problema de salud y sus intentos para controlarlo. Por lo tanto, agradeceremos su colaboración contestándolo de forma honesta. Los datos que nos proporcione serán tratados de manera seria y confidencial".

Esto se indicó puntualmente en cada uno de los casos. En la mayoría de ellos el investigador leyó al paciente el instrumento y lo llenó, dado que no sabían leer, ni escribir o en su defecto padecían de la vista. Por último, se despejaron dudas y se reiteró el agradecimiento por su cooperación.

Después del análisis correspondiente y la reformulación de los instrumentos se procedió a la fase de investigación donde se aplicaron 130 inventarios a pacientes diabéticos, siguiendo el mismo procedimiento e instrucciones descritas en la primer fase.



**FASE 2.**

En ésta fase se realizó el análisis de resultados, donde una vez más los resultados de ambos instrumentos fueron sometidos a un análisis estadístico. En esta fase también se llevó a cabo la discusión y conclusiones correspondientes.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

Los resultados fueron analizados por medio del programa SPSS versión 7 para Windows obteniéndose descriptivas, totales de los instrumentos de satisfacción y de competencias; media, desviación estándar y análisis factorial en cada caso.

Los datos serán presentados de la siguiente manera:

- 1. De manera general se describirán los porcentajes de respuesta encontrados en ambos instrumentos implementados.*
- 2. Después se analizarán las categorías encontradas de acuerdo a los percentiles.*
- 3. Se describan algunas de las agrupaciones dadas a partir del análisis factorial. (Ver cuadro 8 y 9).*

#### RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCION.

Ahora se describirán los resultados obtenidos en relación a la propuesta de instrumento referente a la Satisfacción del usuario conforme a sus dimensiones y las categorías de las mismas:

#### Dimensión de Organización.

En la Categoría referente a la Eficiencia (pregunta 1); cuando se cuestionó a los diabéticos sobre sí la atención que habían recibido bien valieron la pena el dinero y tiempo invertido, un 20.8% reportó estar muy de acuerdo, un 67.7% estuvo de acuerdo, el 6.2% no sabía; mientras que el 3.1% estaba en desacuerdo y el 2.3% estuvo muy en desacuerdo. (ver cuadro 3)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Categoría de Recursos (preguntas 9 y 13) se observó que el 13.1% está muy de acuerdo con que el hospital cuenta con el equipo necesario para controlar su problema de salud, un 55.4% está de acuerdo; el 18.5% no sabe acerca de la afirmación. Además en ésta misma categoría, el 14.6% está muy de acuerdo con que el personal que atiende el área de consulta externa es suficiente, el 48.5% señala estar de acuerdo y tan solo el 16.9% afirma estar en desacuerdo, mientras que el 15.4% no sabe al respecto. (ver cuadro 3)

#### **Dimensión de Actitud Profesional.**

En relación a la Categoría Comunicación (pregunta 2), en el reactivo acerca de si el médico mostró interés en que se le contaran sus dudas acerca del padecimiento y tratamiento, los porcentajes más elevados fueron nuevamente en la opción de acuerdo con un 60% y muy de acuerdo con un 20.8%, sólo el 5.4% señaló estar muy en desacuerdo. (ver cuadro 3).

En la Categoría de Empatía, (pregunta 4), al preguntarles si el médico les había inspirado confianza para contarles sus problemas personales, 47.7% estuvo de acuerdo, el 19.2% no sabía y el 15.4% estuvo en desacuerdo. Cabe señalar que en dicho reactivo se observó una tendencia de respuesta más proporcional, no así en los casos anteriores donde el índice de respuesta se distribuye con porcentajes elevados para la opción de acuerdo.

En la Categoría de Trato Humano-Amabilidad (pregunta 7), los porcentajes más altos correspondieron a aquellas personas que respondieron que el médico las atendió amablemente con un 66.2%, mientras que el 17.7% estuvo muy de acuerdo y el 7.7% no sabe al respecto. (ver cuadro 3)

En la Categoría Trato Humano-Empatía, (pregunta 17), el 64.6% creyó que el médico fue sensible a sus necesidades como persona, 16.9% señaló no saber, mientras que el 6.2% estuvo en desacuerdo.

### **Dimensión de Ejecución Profesional.**

En la Categoría de Efectividad, (pregunta 3). En el reactivo "el tratamiento que me indicó el médico mejorará mi salud", el 65.4% afirmó estar de acuerdo con ello, 3.1% muy en desacuerdo y en desacuerdo con 3.8%.

En la Categoría de Atención (pregunta 10), acerca de si el médico supo elegir el tratamiento menos riesgoso y molesto para ellos, el 64.6% estaba de acuerdo, el 16.9% no sabía, y el 3.1% estaba en desacuerdo. (Ver cuadro 3)

Referente a la Categoría de Seguridad, (pregunta 11), sobre si el medico mostró seguridad en el manejo del padecimiento, 73.1% estaba de acuerdo, el 3.8% no sabía y el 4.6% refirió estar en desacuerdo.

Sobre la Categoría de Información, (pregunta 14), 17.7% estaba muy de acuerdo, el 66.2% estuvo de acuerdo en que el médico le explicó de manera clara su problema de salud, mientras que el 10% no sabía y el 4.6% se mostró en desacuerdo.

En relación a la Categoría de Capacidad, (pregunta 16), el 15.4% estuvo muy de acuerdo, en que el médico que les atendió era muy capaz, el 68.5% estuvo de acuerdo y el 11.5% no sabía.

En la Categoría de Identificación (pregunta 19) el 16.2% se mostró muy de acuerdo en que el médico identificó correctamente sus molestias antes de decidir el tratamiento, el 16.2% se mostró muy de acuerdo, mientras el 11.5% no sabía y el 1.5% estaba en desacuerdo.

### **Dimensión de Accesibilidad.**

En la Categoría del mismo nombre (Accesibilidad, preguntas 5 y 20), el 48.5% está de acuerdo en que es fácil localizar los servicios del hospital, el 26.2% no sabe y el 11.5% está en desacuerdo.

El 11.5% estuvo muy de acuerdo en el tiempo que tardaron en ser atendidos fue el adecuado, el 62.3% estuvo de acuerdo, el 8.5% no supo y el 14.6% en desacuerdo.(ver cuadro 3)

#### **Dimensión de Atención a Problemas Psicosociales.**

En la Categoría de Problemas Psicosociales,(pregunta 6 y 8), el 7.7% muy de acuerdo en que el médico le proporcionó orientación para resolver algunos problemas personales, el 45.4% estuvo de acuerdo; el 22.3% no sabía y el 20% estuvo en desacuerdo.

El 69.2% pensaba que el médico se comportó de manera responsable, el 16.2% estuvo muy de acuerdo, el 6.9% no sabía y el 5.4% estaba de acuerdo.

En la Categoría de Cooperación, (pregunta 18), 17.7% muy de acuerdo en que el médico le informó de manera clara lo que tenía que hacer para seguir su tratamiento, el 67.7% estuvo de acuerdo, el 6.2% no sabía y el 6.9% estaba en desacuerdo.(ver cuadro 3)

#### **Dimensión de Satisfacción General.**

En la Categoría de Satisfacción en General, (pregunta 12 y 21), referente a la afirmación: "en éste hospital respetaron mi dignidad como persona", el 13.8% muy de acuerdo, el 68.5% estaba de acuerdo, el 10% no sabía y el 6.2% en desacuerdo.

El 73.1% reportó que le gustó la atención médica que recibieron en éste hospital, el 13.1% estuvo muy de acuerdo con dicha cuestión, el 5.4% no sabía y el 6.9% estaba en desacuerdo.

En la Categoría de Recurrencia, o asistencia al servicio médico (pregunta 15 y 23), el 65.4% estuvo de acuerdo en que si necesitara atención médica regresaría al

hospital, el 17.7% muy de acuerdo, el 12.3% no sabía y el 2.3% estuvo muy en desacuerdo.

El 6.2% estuvo muy de acuerdo en que los tramites para recibir atención médica son excesivos, 29.2% no sabía y el 19.2% reportó acuerdo con los trámites y El 37.7% estuvo en desacuerdo.

En la Categoría de Recomendación del servicio o otros, (pregunta 22), el 14.6% de los encuestados no sabe si recomendarían a otras personas los servicios del hospital, el 65.4% si lo haría, el 3.8% está en desacuerdo y el 3.1% muy en desacuerdo. (ver cuadro 3)

## RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO DE COMPETENCIAS

Se encontraron los siguientes promedios de respuesta, los cuales corresponden a cada una de las categorías:

### *Media*

1. *No Instrumental* 3.5
2. *Instrumental* 3.4
3. *Extrasituacional* 3.4
4. *Transituacional* 3.4

De lo cual puede observarse que el promedio de respuestas se distribuyó uniformemente para cada una de las categorías. (ver cuadro 7)

Entre los resultados generales que se encontraron en el cuestionario de Competencias, es posible señalar lo siguiente:

En la Categoría de **No Instrumental** ( preguntas uno, dos, tres, cuatro y cinco), el 21.5% de la población reconoció que para seguir su control de azúcar, su familia a

veces tiene que estar pendiente de ellos; un 49.2% señaló que siempre, el 7.7% rara vez y el 8.5% nunca.

El 36.2% siempre se acordaba de seguir las instrucciones del médico cuando aparecían algunos síntomas de la diabetes, el 28.5% a veces y el 12.3% nunca.

El 34.6% reportó que sus hábitos de alimentación, descanso y actividad física a veces los cambia cuando aparecen algunos síntomas de azúcar elevada, el 30% siempre los cambia, y el 8.5% nunca lo hace.

El 10% nunca siente angustia aún cuando le recuerden que su enfermedad mal cuidada tiene consecuencias graves, el 20% rara vez la siente, el 25.4% a veces, el 11.5% muy a menudo y el 33.1% siempre la siente.

El 30.8% a veces vive de acuerdo a como se lo permite su enfermedad; el 35.4% siempre, el 14.6% muy a menudo, el 12.3% rara vez y el 6.9% nunca vive así.

En la Categoría de **Instrumentales** (preguntas seis, siete, ocho, nueve y diez), los porcentajes más altos fueron: el 43.8% opina que le es fácil llevar el control de su enfermedad gracias, a que el médico siempre le explica todo lo que tiene que hacer, el 32.3% a veces, el 6.9% rara vez y el 6.2% nunca.

En el reactivo 7, se observó que el 18.5% aunque no se sientan con ánimos, siempre se obligan a salir a caminar o hacer ejercicio, el 8.5% muy a menudo lo hace, el 31.5% a veces, el 24.6% nunca y el 16.9% rara vez lo lleva a cabo.

El 13.1% de los encuestados opinó que no importa cuán apetitosa esté la comida, si no es la que me indicó el médico, nunca la comen, el 12.3% rara vez la consume, el 40.8% a veces y el 22.3% siempre lo hace.

En cuanto a tratar de mantener la mente ocupada para dejar de pensar en la enfermedad, el 12.3% nunca lo hace, el 3.1% rara vez, los porcentajes más elevados fueron 36.2% en las personas que siempre se mantienen ocupadas y 32.3% a veces lo realizan.

El porcentaje más elevado correspondió a aquellos diabéticos que siempre hacen todo lo posible por mejorar su estado de salud con un 42.3%, seguido de un 28.55% que a veces lo hace, luego un 15.4% con muy a menudo y los índices más

bajos fueron para rara vez y nunca con un 6.2% y un 7.7% respectivamente. (ver cuadro 7)

En la Categoría de **Extrasituacional**, (preguntas once, doce, trece, catorce y quince), se encontró que los pacientes siempre se sienten culpables cuando comen mucho con un 29.2%, el 36.2% fue para aquellos que a veces se culpan, mientras que el 10% de ellos nunca lo hace.

El 5.4% de los diabéticos nunca siente ánimos para seguir adelante con el control de su enfermedad aún cuando saben que su glucosa está en los niveles normales, el 6.9% rara vez, el 29.2% a veces y el 42.65% siempre se anima en su control.

El 36.2% reconoce que siempre antes de comer ciertos alimentos que le hacen daño, tiende a pensar mucho en lo que puede pasarle, el 26.9% a veces lo piensa, mientras que el 13.8% nunca lo hace y el 8.5% rara vez.

El 10% de los pacientes nunca se reprocha en el momento en que come y bebe alimentos que tiene prohibidos, otro 10% lo hace muy a menudo. Los porcentajes altos se dieron en la opción siempre con 33.8% y un 31.5% para a veces, mientras que el 14.6% rara vez se reprocha sobre los alimentos.

Los porcentajes fueron más equitativos cuando se les preguntó: Llevo mi vida como si no tuviera ninguna enfermedad que me aqueje o necesite cuidado, con un 22.35% para las personas que nunca lo hacen, un 23.8% para las que a veces lo realizan, y un 26.9% para las que siempre lo hacen y los niveles bajos fueron para rara vez con 12.3% y 14,6% para muy a menudo. (ver cuadro 7)

En la Categoría de **Transituacional**, (preguntas dieciseis, diecisiete, dieciocho, diecinueve y veinte), los porcentajes se distribuyeron así: El 32.3% señaló que siempre ha pensado que no importa lo que coma, siempre y cuando no sea en exceso, 26.9% a veces lo piensa, el 10.8% rara vez y el 13.1% nunca lo ha pensado.

El porcentaje más alto fue de 31.5%, para las personas que creen que no les afecta llevar a cabo actividades que implican desvelarse, cansarse o sentirse



tenso, seguidas por el 28.5% que a veces lo creen, luego el 18.5% con rara vez, el 10% muy a menudo y el 11.5% con nunca.

El 36.2% a veces supone que con el tiempo su enfermedad puede agravarse independientemente de que siga las indicaciones del médico o no, seguido por un 34.6% que siempre lo supone, un 10.8% muy a menudo y los porcentajes más bajos fueron en nunca y rara vez con 9.2% respectivamente.

El porcentaje más bajo fue de 13.8% y correspondió a las personas que rara vez sienten que su enfermedad les impide llevar o disfrutar la vida como lo hacen otras personas, el 14,6% muy a menudo lo siente, el 15.4% nunca, el 26.2% a veces y el 30% siempre.

El 33.8% reportó que a veces controla su enfermedad, de acuerdo a su pensar y su sentir, seguidos por el 30.8% que siempre lo hace, luego el 20% con muy a menudo y los índices bajos estuvieron en 8.5% para rara vez y 6.2% para los diabéticos que nunca lo hacen. (ver cuadro 7).

Al analizar los puntajes totales encontrados en ambos instrumentos se determinaron percentiles encontrando la siguiente distribución: (ver grafica 11)

En el cuestionario de satisfacción el 1.5% reportó nula satisfacción, es decir; que se encuentran en totalmente en desacuerdo con la atención recibida en el hospital. En baja satisfacción, se encontró un 0%, ningún sujeto respondió dentro de éste rango.

En satisfacción termino medio se observó un 10% de incidencia.

El porcentaje mayor fue de 76.1% reconociendo estar satisfechos con el servicio.

Y un 12.3% señalaron estar muy satisfechos con la atención recibida.

Cabe señalar que el rango mínimo de respuesta fue de 23 y el máximo de 115. (Ver cuadro 10).

Al llevar a cabo la suma de los totales por cada categoría en el instrumento de competencias, se encontró que la categoría No instrumental tuvo un puntaje de 74%. el más elevado que el resto de las competencias. (Ver gráfica 14).

## ANALISIS Y DISCUSION

Al analizar los totales de los reactivos del instrumento de satisfacción por categoría resultó que los puntajes más elevados fueron para la categoría de Ejecución Profesional con un 78%. En ésta categoría se hace referencia a que el tratamiento que les indicó el médico mejorará su estado de salud, es el menos riesgoso y molesto para el paciente puesto que el médico identificó correctamente todas las molestias presentadas, también a que el médico mostró seguridad en el manejo del padecimiento; además que se le explicó al paciente de manera clara su problema de salud, y en general el doctor es muy capaz. (ver gráfica 13)

Aquí, cabe resaltar el factor humano tan importante para la satisfacción de los enfermos, retomando los planteamientos de Ischikawa (citado en Franco 1995), acerca de que es importante tomar en cuenta el medio dentro del cual se atiende el paciente y el trato que le dé el proveedor de la atención médica, ya que de ello dependerá que tan satisfecho esté con el servicio.

Bloom (1973), al hablar sobre la atención médica señala que ésta debe contener un proceso de atención que involucre el aspecto humano y el técnico para alcanzar los objetivos esperados. Sobre el trato humano resalta que es un aspecto subjetivo que se refiere al trato recibido por los usuarios, que depende de elementos tanto del acto médico como de la estructura administrativa. Así se comprueba que en la evaluación de la calidad de la atención influyen elementos de interrelación entre las personas como es el factor humano tan importante para quien recibe la atención.

También Donabedian (1990), al definir el concepto de calidad, retoma el aspecto interpersonal representado por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor. Además, retoma la "calidez" que hace alusión a una de las dos dimensiones que integran el concepto "calidad", es decir, la dimensión interpersonal que de manera muy efectiva debe enfatizarse, dado que la calidad no sólo se refiere a la dimensión técnica.

Aquí el 65.4% de los pacientes afirmó que el tratamiento que el médico les indicó mejorará su salud. El 64.9% mencionó que el tratamiento que le dieron es el menos riesgoso y molesto. Asimismo, el 66.2% señaló que el médico les explicó claramente su problema de salud.

Cabe señalar que estos planteamientos señalan la importancia del trato humano al paciente y respaldan el hecho de que el porcentaje que sigue al de la categoría de Ejecución Profesional es el de Actitud Profesional, donde en general se rescata la sensibilidad del médico respecto de la enfermedad del paciente.

En ésta parte el 68.5% señaló que en el hospital respetaron su dignidad como persona. El 66.2% mencionaron que el personal médico fue amable; mientras que el 64.6% señaló que el médico fue sensible a sus necesidades como persona.

Por otra parte, al realizar el análisis factorial del instrumento de satisfacción se dieron diferentes agrupaciones, pero solo se rescataron las que son más significativas, en éste caso la agrupación del factor uno, dado que es la que se agrupó de manera similar a como se esperaba. (ver cuadro 8 e instrumento 3).

Otro elemento que resalta la importancia del trato humano es la manera en que se agrupó el factor 1 dado que en su mayoría son preguntas que se refieren a la Categoría de Satisfacción General, lo cual pudiese estar asociado con los reactivos restantes, dado que al parecer, es importante para los pacientes que los médicos sean responsables y de ahí se derivaría que estén de acuerdo con la Calidad de la Atención que se les prestó. De hecho en el caso del ítem 1, (aún cuando se refiere a la organización) se corrobora lo mencionado, ya que puede verse representado en que los pacientes crean que valió la pena el tiempo y dinero invertido en el hospital. Esto se contrapone a lo mencionado por Haynes (1979, citado en James y Snyder, 1989), quien afirma que las conductas del paciente deben de coincidir con las recomendaciones de la adherencia; pero el paciente en ocasiones experimenta disgusto en el tiempo y dinero empleados en el tratamiento, lo cual puede influenciar el no seguimiento de instrucciones. En éste se observó de manera inversa con tendencias positivas.

En el factor dos, es clara la influencia que tiene el médico sobre la satisfacción del paciente, ya que en cada uno de los ítems se hace referencia de alguna manera a la ejecución del médico que se refleja en la seguridad del manejo del tratamiento, su capacidad, en la atención e informatividad presentada ante el enfermo; lo cual es evidente que repercute en la evaluación general que se hace del servicio y que trae como consecuencia que el paciente considere la posibilidad de regresar al hospital en caso de requerirlo. Entonces, es posible afirmar que de acuerdo a la ejecución y trato que se le dé al paciente, éste podrá hacer un juicio de valor que le permita decidir si regresa o no al servicio. (Ver cuadro 8)

De manera similar al factor anterior, en el factor tres también se asociaron elementos de la relación médico-paciente sólo que en ésta categoría se agruparon los reactivos que van más en función del tratamiento propiamente, claro que tiene que ver con el trato hacia al enfermo, pero todas ellas aluden a su problema de salud. También es importante reconocer que al parecer existe un reactivo que pudiera englobar todos los demás; es decir, el ítem 7 pudiera ser la consecuencia de todos los demás, como si el poner interés en el paciente y explicarle el tratamiento adecuadamente, fuera de fundamental importancia para evaluar en general todo el servicio a partir de solo ese elemento descrito.

En el factor cuatro, es posible que se hayan relacionado los ítems que tienen que ver con la confianza que el paciente le puede llegar a tener al médico, a partir de la actitud que éste adopte; dado que el profesional de la salud no sólo se limita a dar consulta, sino que establece un diálogo ameno y de confianza que posibilita que el paciente confíe en él. Sin embargo, es confuso añadir la asociación con la localización del los servicios del hospital, dado que al parecer no tiene ninguna relación el que alguien le tenga confianza a su médico con la distribución en general del servicio.

En todo caso pudiese pensarse que para ellos es importante la ubicación de los servicios, ya que les puede facilitar el acceso a consulta externa y estar agusto en

las instalaciones; en específico en el consultorio donde les atiende el médico o bien considerar que es un ambiente cálido que les permite confiar en su médico.

El factor cinco, agrupó aspectos relacionados a la organización del hospital, ya que de hecho una mala organización recae en el tiempo de espera del paciente, por ello de manera general es posible considerar que aquí van implícitos aspectos a nivel administrativo que recaen en cada uno de los reactivos previamente descritos. Así no es raro suponer que con equipo y personal necesario; el tiempo de espera por parte del paciente sea menor que si no se contara con dichos recursos.

Otros elementos importantes sobre el comportamiento de la población en relación específicamente con sus resultados en el instrumento de satisfacción son los siguientes:

Al comparar los totales de Satisfacción con si los pacientes llevaban o no a cabo su dieta, se encontró que si había diferencias entre ambos, encontrando mayores puntajes en los pacientes que si llevan a cabo su dieta, lo cual puede influenciar su estado de salud y permitir que estos valoren de manera diferente el servicio, incluso más favorablemente. (con una  $F=5.2$  a un nivel de  $.02$ ). Esto tiene que ver con la adherencia al tratamiento y con el afrontamiento como parte de la adhesión, que en éste caso pudiera indicar que el individuo lleva a cabo un afrontamiento centrado en el problema, es decir lleva a cabo acciones concretas para el manejo de su padecimiento. (Moss y Cols 1986; citados en González 1996).

Además, se encontró que hay diferencias entre la gente que lleva a cabo su dieta y la que no a nivel Transituacional, ( $F=6.3$  al  $.01$  de significancia). Cabe señalar que los pacientes que obtuvieron mayor puntaje en satisfacción son los mismos que llevan a cabo su dieta.

En éste caso los planteamientos de Haynes (op.cit) cobran mayor sentido, dado que señala que las conductas del paciente deben de coincidir con la adherencia; porque cuando éste manifiesta disgusto con el servicio puede influenciar el no seguimiento de instrucciones. Aquí los pacientes con mayores características de

adhesión a su tratamiento son los mismos que reportan mayor satisfacción con el servicio.

En relación al instrumento de competencias se observó que el 63.8% de la población se comportó dentro de la competencia Transituacional, el 30.7% en la Estrasituacional y el 3.8% en un nivel Instrumental y en el No instrumental 0% y sin determinar su tipo de interacción por puntajes bajos el 1.5%. (Ver gráfica 12).

Aquí el rango mínimo encontrado fue de 20 y el máximo de 100. (Ver cuadro 11).

De lo cual se puede destacar que no existe relación entre el tipo de competencia transituacional y el reporte de satisfacción como se esperaba.

Pero puede suponerse que a la inversa sí, dado que en los dos rangos de menores puntajes se encontraron los mismos porcentajes, 1.5% y 0% respectivamente. Es decir, aquellas personas que calificaron la satisfacción como nula y aquellas que por puntaje bajo no determinaron en específico un tipo de competencia interactiva obtuvieron los mismos porcentajes. Asimismo, en el caso de las competencias de tipo no instrumental y la baja satisfacción, donde no se dio ningún tipo de respuesta. Pareciera que aquellas personas que no establecen un tipo de adherencia en relación a su tratamiento son las personas que no se encuentran satisfechas con el servicio.

Al llevar a cabo la suma de los totales por cada categoría se encontró que la categoría No instrumental tuvo puntajes más elevados que el resto ya que obtuvieron un 71% y la categoría más cercana fue la Extrasituacional, con un 69% y las categorías Instrumental y Transituacional con un 68% respectivamente. (ver gráfica 14).

Esto se contrapone a las predicciones acerca de que las categorías deberían presentar puntajes diferentes.

Es importante aclarar que se esperaba específicamente un mayor puntaje en la categoría Transituacional y lo que se ha encontrado es que la categoría Extrasituacional ha presentado diferencias y relaciones más marcadas que otras

categorías. Como si en esta categoría englobara en determinada forma un comportamiento menos lineal y clasificadorio de interacción con el medio.

También se compararon entre sí cada uno de los niveles de competencia a través de la Prueba T de Student para determinar si existen diferencias significativas entre grupos y su total de satisfacción y solo se encontraron entre el nivel No instrumental y el Extrasituacional. Lo cual puede deberse a lo señalado por Ribes (1990), dado que en el primer nivel señalado el individuo regula su actuar por los factores presentes en la situación y en el nivel extrasituacional el individuo responde de acuerdo a su experiencia o con base en propiedades no explícitas en ese momento de la situación.

La diferencia radical entre los totales de satisfacción y el nivel de competencia, estaría dada en el sentido de que cuando el diabético se comporta de manera extrasituacional existe una mediación del ámbito lingüístico del individuo producto de su propia conducta y no de las circunstancias como en el primer caso.

Esto es de suma importancia, ya que de alguna manera rescataría la parte, de la presente investigación que asume diferencias comportamentales en las categorías; ya que se dan diferencias entre ellas y en relación a la variable de total de satisfacción ya descrita. Entonces, se da pauta a considerar que existen diferencias significativas entre el reporte de satisfacción y el nivel de competencia que presenta el diabético ante su enfermedad, las cuales pueden estar dadas como lo señala Ribes (op.cit), por su nivel de funcionalidad ante contingencias contenidas que pueden disminuir o aumentar su vulnerabilidad biológica a las enfermedades.

De acuerdo al modelo teórico descrito la vulnerabilidad biológica constituye una resultante de la interacción de las competencias que tiene el individuo con las categorías situacionales que modulan reacciones de estrés e inmunitarias del organismo. (Ribes 1990).

Esto de alguna manera respalda el modelo psicológico de la salud retomado aquí, dado que postula que el individuo se comporta de manera funcional y produce efectos sobre la situación y su propio comportamiento. Por ello es de esperarse

que no tengan el mismo juicio de valor al determinar si estuvieron satisfechos con el servicio, puesto que las interacciones que hayan tenido fueron diferentes dado que sus interacciones son diferentes y el organismo vulnerable.

Al realizar la prueba T de Student entre los niveles de competencia y el instrumento de satisfacción, se encontró que existen diferencias entre los niveles de competencia de los pacientes en cuanto a la percepción del tratamiento indicado y el trato humano del médico.

Esto es, al comparar el nivel de competencia Instrumental (1) y no Instrumental (2), se encontraron diferencias en los reactivos S2, S3, S10 Y S18. Donde, en general se hace alusión al manejo que hace el médico del padecimiento. Que como lo señala Osorio (1997), la enfermedad se ve afectada por el tipo de padecimiento, edad y actitudes culturales, que a su vez afectan la toma de decisiones clínicas, el ámbito hospitalario y la relación paciente médico. Es decir, estas diferencias podrían relacionarse con el tipo de padecimiento específico y sobre todo con la manera en que fue tratado el paciente.

Al comparar el nivel Extrasituacional (3) y Transituacional (4); existieron diferencias en S5, S17 y S20. Encontrando diferencias en cuanto a la percepción del tratamiento indicado; la localización de los servicios, los trámites requeridos en la atención y la confianza hacia el médico. Esto se relaciona con lo mencionado por Cox (1994), quien afirma que los profesionales de la salud deben dar información general a los pacientes y aconsejarlos, dado que requieren expresar sus sentimientos y deben ser provistos de un soporte emocional.

En el nivel Instrumental y Extrasituacional, en S2, S10 y S14. Estas diferencias pueden deberse a lo que señala Zárate (1989), ya que aún cuando estas preguntas refieren una vez más la confianza y pericia del médico ante su paciente. La actitud del diabético ante su enfermedad puede variar psicológicamente en cada ser humano de acuerdo a su experiencia, personalidad, inteligencia, circunstancias familiares, que influyen en gran medida en el nivel Extrasituacional descrito por Ribes (1990).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



En el Instrumental y Transituacional se dieron mayores diferencias: S2, S3, S4, S5, S10, S16, S17 y S20. La mayoría de los ítems refiere Actitud y Ejecución profesional del médico, solo se incluyen 2 reactivos sobre la localización de los servicios y el tiempo de espera para ser atendido. Aquí las diferencias pueden responder a los tipos de interacciones presentadas por los pacientes, dado que en el nivel instrumental el individuo puede presentar cambios en la situación y en su comportamiento mientras que a nivel Transituacional el individuo abstrae las características de otras situaciones y actúa conforme conceptualiza la situación. Finalmente al comparar el nivel No instrumental y Extrasituacional, sólo se dieron diferencias en S13 y S19.

Al llevar a cabo la T de Student, para comparar el total de competencias con cada uno de los cuestionamientos incluidos antes de los reactivos referentes a la satisfacción, se observó que no existen diferencias significativas con una  $P=.05$  entre los mismos, a excepción de la pregunta que refiere si ha acudido regularmente a sus citas en los últimos 6 meses, con una  $F=6.4$ , un nivel de significancia de  $.012$ . Cabe señalar que dicha diferencia se comprueba en el instrumento de competencias con una pregunta similar, donde también se encontraron diferencias significativas.

Al comparar el total de satisfacción con el de competencias del modelo teórico descrito inicialmente, en relación a la religión, se encontró que existen diferencias significativas entre los Testigos de Jehová y los evangelistas, a nivel instrumental, (con una  $F=13$ , a un nivel de significancia de  $.022$  con una  $P=.05$ ). Asimismo en el nivel Transituacional (con una  $F=10.6$  y un nivel de significancia de  $.03$ ), lo cual puede ser debido a las ideologías y costumbres que implican dichas religiones. Ya que en éste nivel de interacción el individuo recurre más a sus experiencias y pensamientos; y al hablar sobre la religión pudiese ser que se tenga ya definido (ver gráfica 6).

Pero cuando se analizó la asistencia subsecuente de primera vez a 2 a 5 veces, sólo se encontraron diferencias en estos promedios de respuesta Extrasituacional Teórico, (con una  $F=4.9$  y un nivel de significancia de .03). Lo cual sugiere que en las primeras citas no se da de manera inmediata la adherencia terapéutica, sino que para responder en éste nivel, pudiese necesitarse de citas subsecuentes. Ya que como lo mencionan James y Snyder (1989) dentro de la adherencia al tratamiento las acciones del paciente son diversas y no incluyen solo la toma de medicamentos en un horario determinado; sino también el acudir al seguimiento del tratamiento con el especialista, así como el cambio de hábitos personales.

Otra clase de diferencias fueron las encontradas en los niveles de glucosa Normal y Alta en relación y sus categorías de respuesta teórica (sin sumarlas) en los niveles No Instrumental y Transituacional, (el primero con una  $F=4.2$  y el segundo de  $F=10.1$  con niveles de significancia de .04 y .002 respectivamente), aquí pudiera suponerse que el nivel de glucosa pudiera actuar biológicamente en la vulnerabilidad del comportamiento del sujeto, ya que éste en determinados casos puede impedir o posibilitar acciones en el individuo, que van desde acudir de emergencia a un hospital hasta poder salir de vacaciones sin problema alguno y con pocas restricciones. Es de suponerse que puede ocurrir lo mismo para el caso de la comparación entre niveles de glucosa bajo y alto. (con una  $F=5.1$  y el nivel de .02).

Asimismo, se encontraron diferencias entre el nivel de glucosa verbalizado por los pacientes entre el Normal y Baja a nivel Extrasituacional ( $F=4.6$  al .03) Esto puede estar dado porque en éste nivel existen varias formas de responder, lo cual repercute en su nivel de glucosa. Aunque es subjetivo dado que no comprobó la prueba del paciente.

Además sí se considera lo señalado por Jhonson (1975, citado en James y Snyder 1989), acerca de que existen efectos no específicos que tienen el poder de influenciar a las personas a nivel fisiológico y conductual como respuesta al tratamiento y que tienen que ver con los estilos de afrontamiento; se pudiese

explicar de alguna manera las diferencias encontradas entre los pacientes a nivel orgánico.

En relación a la comparación entre la gente que lleva a cabo su ejercicio y la que no, se encontró que existen diferencias solo en la categoría Extrasituacional (con una  $F=4.9$  y nivel de .02); el puntaje de media más alto fue para aquellos pacientes que si llevan a cabo su ejercicio.

Si observamos el nivel extrasituacional presenta puntajes y diferencias en relación con otros niveles, lo cual puede estar dado por las características de ésta competencia ya que es la que propone mayores combinaciones de interacción. Esto es, el individuo puede reaccionar en ausencia de una situación como si esta estuviera presente, o bien como si estuviera en ella; también como si fuera distinta, etcétera. Cabe aclarar que un 30.7% de la población se ubicó dentro de este tipo de competencia y existen características comportamentales que pudieran facilitar las diferencias con otras variables. Sobre todo tomando en cuenta que en esta interacción existen combinaciones posibles con otras categorías.

Esto se complementa con la realización del análisis factorial del instrumento de competencias, dado que en el factor 1 se agruparon en mayor medida aquellas preguntas que corresponden a la Categoría Extrasituacional donde existe mayor participación efectiva por parte del individuo en la situación, dado que actúa frente a elementos presentes en una situación como si estuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias. O bien, en base a propiedades no explícitas en ese momento. (Ver cuadro 9)

Tomando en cuenta esto, en el caso específico del reactivo número 8 aunque éste pertenece a la Categoría de Instrumental, pudiese ser que el individuo responde ante la situación como si estuviera en otra, es decir, el podrá ver la comida apetitosa, sin embargo su criterio de efectividad está relacionado por los elementos que le indicó el médico. Lo mismo para el caso del reactivo número 6, donde una vez más las instrucciones del médico regulan el comportamiento del individuo.

El único ítem que al no concuerda con la relación y lógica es el 18, ya que se contrapone a lo ya señalado.

De manera general, es posible señalar que el factor 1 agrupó aquellos reactivos donde el individuo reacciona en ausencia de la situación como si estuviera en ella, o bien en una situación "X" con las interacciones instrumentales características de una situación "Y". Lo cual indica que el factor 1, corresponde a la categoría Extrasituacional ya descrita. Por lo tanto existen 2 alternativas: una, eliminar los reactivos 18, 8 y 6, o bien retomar los dos últimos pero cambiarlos a la Categoría Extrasituacional.

Al parecer el factor dos, agrupó aquellos reactivos donde el paciente hace todo lo posible por llevar a cabo su adherencia favorablemente, a partir de considerar que se tiene un padecimiento, es decir, el agrupar aquí el reactivo 5 sugeriría la concientización del paciente acerca de su enfermedad que posibilitaría todos los demás reactivos. Incluso el 12, que corresponde a otra categoría. (ver cuadro 9)

Así, es posible señalar que el factor dos, incluye ciertas características en su mayoría de tipo Instrumental, donde el sujeto se comporta de manera efectiva dentro de circunstancias definidas por una situación particular; produciendo cambios en ella o en su propio comportamiento.

Entonces, sería interesante proponer estos reactivos agrupados así, para una categoría Instrumental únicamente en futuras investigaciones.

Los factores tres y cuatro guardan relación dado que en ambos el individuo no enfrenta la situación con base a lo que ocurre en ella, sino en términos de cómo la conceptualiza. Entonces no responde a las contingencias efectivas, sino en relación a su comportamiento lingüístico que regula y determina los eventos que le son funcionales.

Aquí es posible suponer que los reactivos 19 y 15, pueden confrontarse o corroborarse, sin embargo independientemente del sentido positivo o negativo del reactivo, ambos permiten reconocer que en función de conceptualizar que se puede vivir con la enfermedad o bien, que el padecimiento impide una vida como la llevan otros se derivarían los reactivos restantes; por lo tanto se propone

agrupar los factores 3 y 4 por su similitud a reserva de considerar si es necesario seleccionar sólo un reactivo, ya sea el 19 ó el 15.

El factor 5 del instrumento de competencias vale la pena destacarlo puesto que se agrupó favorablemente, ya que se incluyeron 4 de los 5 reactivos que se tenían considerados para la Categoría de No Instrumental, donde el individuo actúa reaccionando a las relaciones que se dan en la situación, sin que su comportamiento intervenga en la regulación o alteración de tales relaciones. Así, puede observarse que en cada uno de los reactivos se hace alusión a un estímulo, que recuerda al enfermo que debe cuidarse y pudiese ser que es, hasta que éste aparece cuando responde el paciente a dichas contingencias. Por ello, se propone que ésta categoría quede así, omitiendo el reactivo número 5 para representar a las interacciones No Instrumentales.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que los pacientes diabéticos que acuden al Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruíz Castañeda" en el área de Consulta Externa están satisfechos con la Calidad de la atención que se les proporcionó.

Recordando los resultados obtenidos en el análisis correspondiente se observó que los instrumentos utilizados presentan un Alpha arriba de un .80, lo cual da cierta consistencia al instrumento sobre todo en el caso del instrumento de satisfacción.

Encontrando mayores puntajes en las dimensiones de Ejecución Profesional y Actitud Profesional. Ya que los pacientes refirieron tener confianza en su médico, estar de acuerdo con el manejo de su padecimiento, en que fueron amables, empáticos, se mostraron seguros y les dieron la información necesaria.

Por lo tanto, sí fue posible determinar la calidad de la atención hospitalaria a través del reporte de satisfacción del paciente.

También se estableció que existen diferencias significativas entre el nivel de competencia y el reporte de satisfacción a nivel No instrumental y Extrasituacional. Lo cual puede deberse a lo señalado por Ribes (1990), dado que en el primer nivel señalado el individuo regula su actuar por los factores presentes en la situación y en el nivel extrasituacional el individuo responde de acuerdo a su experiencia o con base en propiedades no explícitas en ese momento de la situación. Y esto se ve reflejado en la satisfacción que el paciente reporte hacia el servicio.

Además, se concluye que los pacientes cuyo nivel de respuesta fue más alto fueron los considerados como no instrumentales. Esto es, esos pacientes, se rigen más en función de su contexto y de situaciones específicas y presentes. Entonces

dichas competencias no predominan como parte de su comportamiento, sino se van modificando de acuerdo a acciones o situaciones presentadas. Por ello se cree que no se pudieron establecer diferencias claras entre los pacientes diabéticos, ya que cada uno se adhiere de manera diferente al tratamiento y sus competencias interactivas se combinan de acuerdo a las situaciones que se le van presentando.

Cabe señalar que en relación al instrumento de competencias, no existió ningún tipo de referente en la realización del mismo, dado que actualmente no se ha trabajado, lo cual sugiere que se requiere de un análisis y aplicación más profundos que permitan resultados más completos. En este caso se puede retomar el instrumento diseñado en la presente investigación sobre todo considerando las agrupaciones que se esperaban para las categorías No instrumental y Extrasituacional.

Sin embargo, en un sentido innovador, el instrumento permitió reconocer tanto carencias del modelo, así como múltiples variables que se relacionan someramente con las competencias.

De lo cual se puede destacar que no existe relación entre el tipo de competencia transituacional y el reporte de satisfacción como se esperaba.

Pero puede suponerse que a la inversa sí, dado que en los dos rangos de menores puntajes se encontraron los mismos porcentajes, 1.5% y 0% respectivamente. Es decir, aquellas personas que calificaron la satisfacción como nula, son las mismas que no establecen un tipo de adherencia en relación a su tratamiento y por lo tanto no se encuentran satisfechas con el servicio.

Y las competencias no instrumentales con baja satisfacción hacia el servicio, donde no se dio registro de ningún usuario en ambas variables.

Sobre el instrumento de satisfacción se encontró que los diabéticos están satisfechos en mayor medida en relación a la Ejecución Profesional de su médico y que por tanto para ellos es más importante el factor humano que el aspecto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

técnico de la calidad de la atención que reciben, como lo menciona Donabedian (1990).

Además, se recomienda realizar un análisis por separado de ambos instrumentos, para posteriormente intentar encontrar diferencias y similitudes entre ambos campos. Esto con mayor énfasis en el caso de las competencias; ya que es un campo nuevo que tiene muchas variables que pueden ser estudiadas en el aspecto de la salud.

Esto puede ser contemplado si se revisa que en los resultados obtenidos los diferentes tipos de competencias sí mostraron diferencias con variables como la religión, el tiempo de padecer la enfermedad, el nivel educativo, el tipo de práctica realizada, etcétera.

Para futuras investigaciones se debe contemplar a la población de manera más cerrada para obtener resultados más específicos y poco generales.

Asimismo, tener un mayor control sobre la población captada que permita el seguimiento de la misma sí es que las investigaciones así lo requieren.

Se debe tratar de ser empáticos ante los pacientes entrevistados, dado que en su mayoría no están acostumbrados a evaluar la calidad de la atención hospitalaria, al parecer solo la reciben pero difícilmente la cuestionan, por lo tanto habrá que ser muy objetivos no sugiriendo respuestas en el afán de explicar lo que se pretende.

Finalmente se reconoce que la satisfacción da información clara de la calidad de la atención que se presta en un hospital; es decir, indica el grado de acuerdo o desacuerdo que el paciente tiene del servicio que se le otorga.

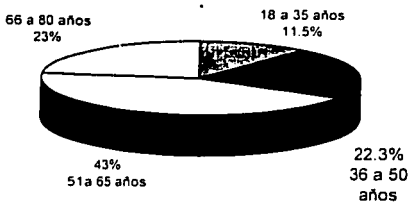


JAL

# **ANEXOS**

142

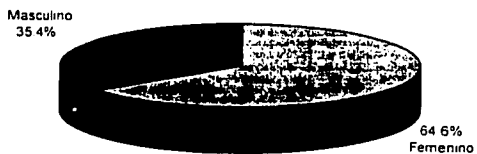
Gráfica 1. Edad de los encuestados en porcentaje por rangos de edad.



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

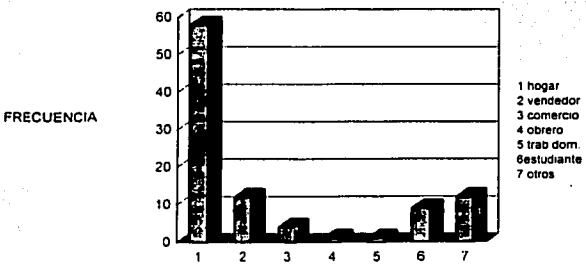
Gráfica 2. Sexo de los encuestados en porcentaje.



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

Gráfica 3. Ocupación de los diabéticos encuestados por frecuencia.



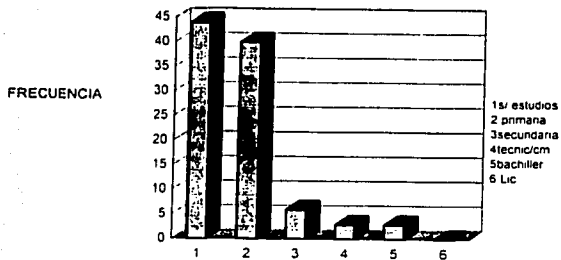
n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

143

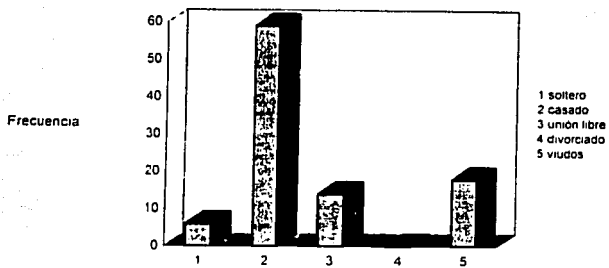
Gráfica 4. Porcentaje del Nivel Escolar de los diabéticos encuestados.



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

Gráfica 5. Porcentaje del Estado Civil de los encuestados.



n=130

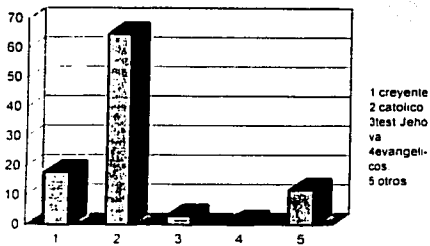
FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

147

Gráfica 6. Porcentaje de la religión que practican los encuestados.

Gráfica 6 Religión que practican los diabéticos.



n=130

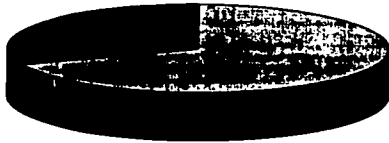
FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" (ISEM). 1998-1999).

Gráfica 7. Encuestados que tenían información sobre Diabetes antes de que se las diagnosticaran.

pacientes que si  
tenían  
información sobre  
la D M 38.8%



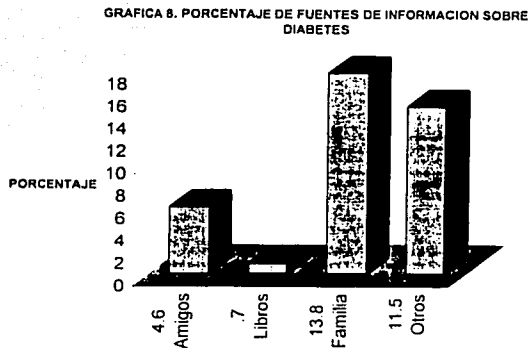
69.2%  
pacientes que no  
tenían información  
sobre la diabetes

n=130

FUENTE AREA C. EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"



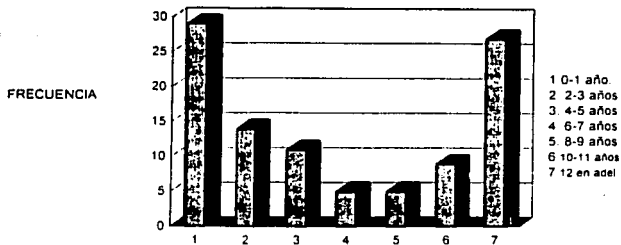
Gráfica 8 Porcentaje de fuentes de información sobre diabetes



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA

Gráfica 9. Tiempo que tienen de padecer la enfermedad los pacientes diabéticos en rangos por años.



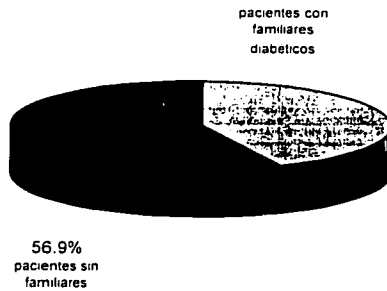
n=130

FUENTE: ÁREA C EXT. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

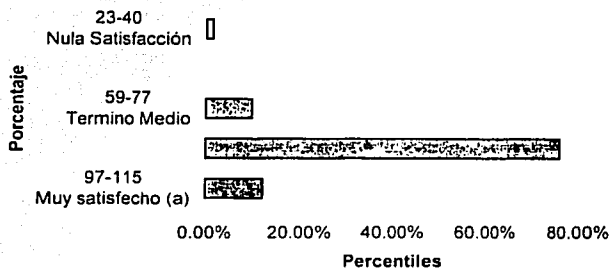
Gráfica 10. Los pacientes que tienen familiares con diabetes.



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

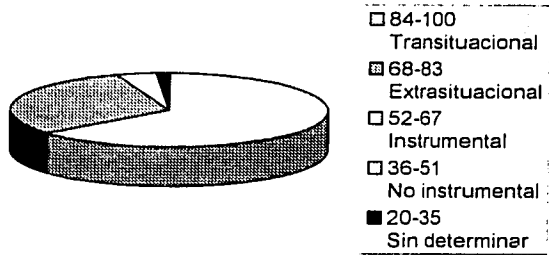
Gráfica 11. Porcentaje del nivel de satisfacción de los diabéticos.



nº 130

FUENTE: AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUÍZ CASTAÑEDA"

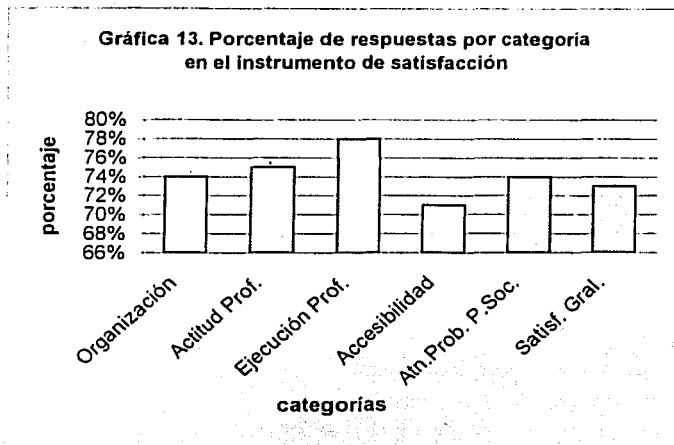
Grafica 12. Percentiles del nivel de Competencias de los diabéticos.



n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

Gráfica 13. Porcentaje de respuestas por categoría en el Instrumento de Satisfacción

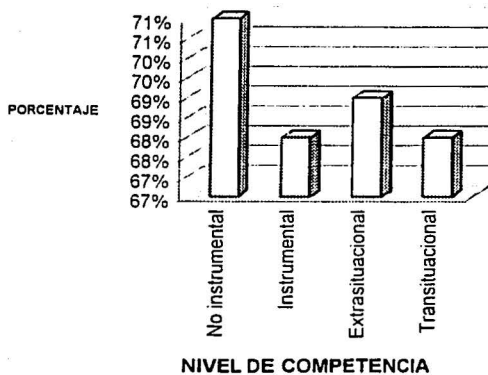


n=130

FUENTE: AREA C. EXT. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

\*MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA\*

Gráfica 14 Porcentaje de las categorías del Instrumento de Competencias de los Diabéticos.



n° 130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

138

**Cuadro 1. Porcentaje de los diabéticos que sí asistieron a sus consultas médicas y de los que requieren internamiento a nivel hospitalario.**

	Asistencia	Internamiento
SI	29.2%	36.9%
NO	70.8%	63.1%

**Cuadro 2. Porcentaje del número de veces que los pacientes han requerido de otros servicios del hospital y no de consulta externa.**

No. de veces	Frecuencia	Porcentaje
De 2 a 4	93	71
De 5 a 8	33	25
10 o más	6	4

n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"



**Cuadro 3. Porcentaje de los resultados obtenidos en el Instrumento de Satisfacción del paciente.**

ITEM	Muy en Desac		En Desacuerdo		No se		De Acuerdo		Muy de Acuerdo	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
S1	3	2.3	4	3.1	8	6.2	88	67.7	27	20.8
S2	7	5.4	5	3.8	13	10	78	60	27	20.8
S3	4	3.1	5	3.8	17	13.1	85	65.4	19	14.6
S4	4	3.1	20	15.4	25	19.2	62	47.7	19	14.6
S5	5	3.8	15	11.5	34	26.2	63	48.5	13	10
S6	6	4.6	26	20	29	22.3	59	45.4	10	7.7
S7	4	3.1	7	5.4	10	7.7	86	66.2	23	17.7
S8	3	2.3	7	5.4	9	6.9	90	69.2	21	16.2
S9	7	5.4	10	7.7	24	18.5	72	55.4	17	13.1
S10	2	1.5	4	3.1	22	16.9	84	64.6	18	13.8
S11	1	.8	6	4.6	5	3.8	95	73.1	23	17.7
S12	2	1.5	8	6.2	13	10	89	68.5	18	13.8
S13	6	4.6	22	16.9	20	15.4	63	48.5	19	14.6
S14	2	1.5	6	4.6	13	10	86	66.2	23	17.7
S15	3	2.3	3	2.3	16	12.3	85	65.4	23	17.7
S16	2	1.5	4	3.1	15	11.5	89	68.5	20	15.4
S17	4	3.1	8	6.2	22	16.9	84	64.6	12	9.2
S18	2	1.5	9	6.9	8	6.2	88	67.7	23	17.7
S19			2	1.5	15	11.5	92	70.8	21	16.2
S20	4	3.1	19	14.6	11	8.5	81	62.3	15	11.5
S21	2	1.5	9	6.9	7	5.4	95	73.1	17	13.1
S22	4	3.1	5	3.8	19	14.6	85	65.4	17	13.1
S23	10	7.7	49	37.7	38	29.2	25	19.2	8	6.2

n=130

FUENTE: AREA C. EXT. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

\*MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA\*

Cuadro 4. Porcentaje acerca del ejercicio,dieta, complicaciones y medicamentos de los pacientes diabéticos.

	EJERCICIO	DIETA	COMPLICACIONES	TOMA DE MEDICAMENTO
SI	30.8%	56.2%	51.5%	89.2%
NO	69.2%	43.8%	48.4%	10.8%

n=130

FUENTE: AREA C. EXT. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

"MAXIMO RUIZ CASTAÑEDA"

Cuadro 5. Porcentaje del nivel de glucosa de los diabéticos.

Nivel de Glucosa	Porcentaje
Normal	30.8%
Alta	59.2%
Baja	10%

Cuadro 6. Porcentaje del tipo de complicación de los pacientes.

Tipo de Comp.	Frecuencia	Porcentaje
Sin Complicaciones	63	48.4%
Renal	13	10%
Ocular	10	7.6%
Amputacion	3	2.3%
Convulsion	1	.76%
Circulatorio	11	8.4%
Otro	29	22.3%

n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA\*

Cuadro 7. Porcentaje y Frecuencia de los resultados obtenidos en el Instrumento de Competencias.

ITEM	NUNCA		RARA VEZ		A VECES		MUY A MENUDO		SIEMPRE	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
C1	11	8.5	10	7.7	28	21.5	17	13.1	64	49.2
C2	16	12.3	11	8.5	37	28.5	19	14.6	47	36.2
C3	11	8.5	17	13.1	45	34.6	18	13.8	39	30
C4	13	10	26	20	33	25.4	15	11.5	43	33.1
C5	9	6.9	16	12.3	40	30.8	19	14.6	46	35.4
C6	8	6.2	9	6.9	42	32.3	14	10.8	57	43.8
C7	32	24.6	22	16.9	41	31.5	11	8.5	24	18.5
C8	17	13.1	16	12.3	53	40.8	15	11.5	29	22.3
C9	16	12.3	4	3.1	42	32.3	21	16.2	47	36.2
C10	10	7.7	8	6.2	37	28.5	20	15.4	55	42.3
C11	13	10	14	10.8	47	36.2	18	13.8	33	29.2
C12	7	5.4	9	6.9	38	29.2	16	12.3	60	46.2
C13	18	13.8	11	8.5	35	26.9	19	14.6	47	36.2
C14	13	10	19	14.6	41	31.5	13	10	44	33.8
C15	29	22.3	16	12.3	31	23.8	19	14.6	35	26.9
C16	17	13.1	14	10.8	35	26.9	22	16.9	42	32.3
C17	15	11.5	24	18.5	41	31.5	13	10	37	28.5
C18	12	9.2	12	9.2	47	36.2	14	10.8	45	34.6
C19	20	15.4	18	13.8	34	26.2	19	14.6	39	30
C20	8	6.2	11	8.5	44	33.8	27	20.8	40	30.8

n=130  
 FUENTE: AREA DE C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
 MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA

**Cuadro 8. Distribución del cuestionario de Satisfacción de acuerdo al análisis factorial**

NUMERO DE ITEMS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	1	10	2	4	9
8	11	3	5	13	
12	15	7	6	20	
21	16	14			
22	17	19			
	18				

n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTANEDA"

**Cuadro 9 Distribución del cuestionario de Competencias de acuerdo al análisis factorial**

NUMERO DE ITEMS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	6	5	17	15	1
8	7	19	16	2	
11	9	20		3	
13	10			4	
14	12				
18					

n=130

FUENTE AREA C EXT HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTANEDA"

Cuadro 10. Distribución de percentiles de los totales del instrumento de satisfacción.

RANGO	PORCENTAJE
97-115	12.3
78-96	76.1
59-77	10
41-58	0
23-40	1.5

Cuadro 11. Distribución de percentiles de los totales del instrumento de competencias.

RANGO	PORCENTAJE
84-100	63.8
68-83	30.7
52-67	3.8
36-51	0
20-35	1.5

n=130

FUENTE: AREA C EXT. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN  
"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"



164

El presente cuestionario tiene como fin conocer la manera en como Ud. Responde a algunas situaciones relacionadas con su problema de salud y sus intentos para controlarlo. Por lo tanto, agradeceremos su colaboración contestandolo de forma honesta. Los datos que nos proporcione serán tratados de manera ser a y confidencial

Hace ejercicio SI NO Lleva a cabo su dieta SI NO Cual es su nivel actual de glucosa Normal/ Alto/Bajo.
¿Ha tenido alguna complicacion de salud por la diabetes? SI NO ¿Cual?
¿Toma su medicamento segun se lo indico el medico? SI NO ¿Asiste regularmente a su cita? SI NO

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene algunas afirmaciones referentes a su pensar, sentir y/o actuar con respecto a su enfermedad y tratamiento, por favor elija la opción que más se acerque a lo que hace, siente, piensa o le ocurre. No existen opciones correctas o incorrectas.

- 1 Reconozco que para seguir bien mi control de azucar mi familia tiene que estar al pendiente de mi
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
2 Tiendo a acordarme de seguir las instrucciones del medico solo cuando aparecen algunos sintomas de la diabetes
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
3 Mis habitos de alimentacion descanso y actividad fisica los cambio cuando aparecen algunos sintomas de azucar elevada
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
4 Tiendo a sentir angustia solo cuando me recuerdan que mi enfermedad mal cuidada tiene consecuencias graves
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
5 Vivo de acuerdo a como me lo permite mi enfermedad
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
6 Me es facil llevar el control de mi enfermedad gracias a que el medico me explica todo lo que tengo que hacer.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
7 Aunque no me sienta con animos me obligo a salir a caminar o hacer ejercicio
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
8 No importa cuan apetitosa este la comida, si no es la que me indico el medico, no la como.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
9 Trato de mantener mi mente ocupada para dejar de pensar en mi enfermedad
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
10 Hago todo lo posible por mejorar mi estado de salud
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
11 No dejo de sentirme culpable cuando como mucho
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
12 Siento animos para seguir adelante con el control de mi enfermedad cuando se que mi glucosa está en niveles normales
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
13 Antes de comer ciertos alimentos que me hacen daño, tengo que pensar mucho en lo que puede pasarme.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
14 Me reprocho a mi mismo en el momento en que como y bebo alimentos que tengo prohibidos.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
15 Llevo mi vida como si no tuviera ninguna enfermedad que me aqueje o necesite cuidado.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
16 Pienso que no importa lo que coma, siempre y cuando no sea en exceso.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
17 Creo que no me afecta llevar a cabo actividades que implican desvelarme, cansarme o sentirme tenso (a).
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
18 Supongo que con el tiempo mi enfermedad puede agravarse, independientemente de que siga las indicaciones del medico o no lo haga
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
19 Siento que mi enfermedad me impide llevar o disfrutar la vida como lo hacen otras personas.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre
20 De acuerdo a mi experiencia, a mi pensar o sentir, controlo mi enfermedad.
a) Nunca b) Rara vez c) A veces d) Muy a menudo e) Siempre

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



El presente instrumento está dirigido a los pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital General de Naucalpan del ISEM, con la finalidad de evaluar las competencias de afrontamiento en pacientes con diabetes.

Los datos brindados son de carácter confidencial.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene algunas preguntas referentes al pensar, sentir y actuar en relación a su enfermedad, por favor elija la opción que más se acerque a su opinión.

	Nunca	Rara vez	A veces	Muy a menudo	Siempre
1. Reconozco que, para seguir mi control de azúcar mi familia tiene que estar al pendiente de mi.					<input type="checkbox"/>
2. Tiendo a acordarme de seguir las instrucciones del médico sólo cuando aparecen algunos síntomas de la diabetes.					<input type="checkbox"/>
3. Mis hábitos de alimentación, descanso y actividad física los cambio cuando aparecen algunos síntomas de azúcar elevada.					<input type="checkbox"/>
4. Creo que me es fácil llevar el control de mi enfermedad gracias a que el médico me explica detalladamente todo lo que debo hacer.					<input type="checkbox"/>
5. Tiendo a sentir angustia sólo cuando me recuerdan que mi enfermedad mal cuidada tiene consecuencias graves.					<input type="checkbox"/>
6. Siento ánimos para seguir adelante con el control de mi enfermedad cuando se que mi glucosa está en los niveles normales.					<input type="checkbox"/>
7. Me es fácil seguir las indicaciones del médico debido a que mi familia me ayuda quitando de mi vista todas las cosas que me hacen daño.					<input type="checkbox"/>
8. Aunque no me sienta con ánimos o este muy ocupado, me obligo a salir a caminar o hacer ejercicio.					<input type="checkbox"/>
9. No importa cuan apetitosa esté la comida, si no es la que me indicó el médico, no la como.					<input type="checkbox"/>
10. Trato de mantener mi mente ocupada, o hago cosas, para dejar de pensar en mi enfermedad					<input type="checkbox"/>
11. Antes de comer ciertos alimentos que me hacen daño, tiendo a pensar mucho en lo que puede pasarme.					<input type="checkbox"/>
12. Actuo como si no tuviera ninguna enfermedad que me aqueje o que necesite cuidado.					<input type="checkbox"/>
13. Tiendo a llevar a cabo actividades que implican desvelarme, cansarme o sentirme tenso.					<input type="checkbox"/>
14. No dejo de sentirme culpable, cuando olvido tomar mi medicamento, o como en exceso.					<input type="checkbox"/>
15. Me reprocho a mí mismo en el momento en que como y bebo alimentos que tengo prohibidos.					<input type="checkbox"/>
16. No importa si no hago ejercicio o llevo mi dieta, siempre y cuando no coma azúcares y harinas en exceso.					<input type="checkbox"/>
17. Creo que con el tiempo mi enfermedad se agravará, independientemente de que siga las indicaciones del médico o no.					<input type="checkbox"/>
18. Tomo algunos remedios caseros y/o naturistas pueda controlar mejor mi enfermedad.					<input type="checkbox"/>
19. Mi enfermedad me impide llevar o disfrutar la vida como lo hacen otras personas.					<input type="checkbox"/>
20. No me afecta el que alguna vez falte a una consulta de control y/o deje de tomar mi medicamento.					<input type="checkbox"/>

125

Satisfacción

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES -ZTACALÁ**  
**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "MAXIMILIANO RUÍZ CASTAÑEDA".**

Consulta  
Externa

El presente cuestionario pretende identificar el nivel de satisfacción con la atención médica que brinda este hospital a los pacientes que asisten al servicio de Consulta Externa con la finalidad de contar con un indicador que permita evaluar la calidad proporcionada por esta institución. De esta manera, agradeceremos de antemano su valiosa colaboración al responderlo, lo más sinceramente, el presente cuestionario. La información que Ud. Amablemente nos proporcione será utilizada de manera confidencial y anónima

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F M OCUPACION: \_\_\_\_\_ NIVEL ESCOLAR: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: S U L C D V RELIGION: \_\_\_\_\_

¿Tiene información acerca de la Diabetes antes de que se la diagnosticaran? SI NO

Lugar donde obtuvo información: escuela amigo libro familia otro

¿Cuánto tiempo hace que padece la enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Algun familiar ha padecido diabetes? SI NO

¿En el tiempo que lleva bajo control médico su diabetes, ha tenido que faltar a sus citas más de dos veces en los últimos 6 meses? SI NO

¿En los últimos 6 meses ha tenido niveles de glucosa que requirieron la intervención médica o el internamiento? SI NO

¿Aproximadamente, cuántas veces a utilizado el servicio que le proporciona este hospital? \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** La parte siguiente de este cuestionario contiene algunas afirmaciones acerca del servicio médico que se le proporcionó y de cómo se sintió al recibirlo. Por favor, le cuidadosamente dichas afirmaciones y elija, de las opciones de respuesta de la darscha, aquella que más se acerque a su opinión o sentir

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No es	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
1. La atención médica que ha recibido bien vale el tiempo y el dinero que se ha invertido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
2. El médico mostró interés en que le dijera sus dudas acerca de su padecimiento y tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
3. El tratamiento que me indicó el médico mejorará mi salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
4. Siento que el médico me inspiró tal confianza, que podría contarme mis problemas personales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
5. Es fácil localizar todos los servicios en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5
6. El médico me ha proporcionado orientación para resolver algunos de mis problemas personales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6
7. Considero que el médico me atendió amablemente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7
8. Pienso que el personal del médico se comporta de manera responsable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8
9. Considero que este hospital cuenta con todo el equipo necesario para controlar mi problema de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
10. El médico supo elegir el tratamiento menos riesgoso o molesto para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10
11. El médico que me atendió mostró seguridad en el manejo de mi padecimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11
12. Siento que en este hospital respetaron mi dignidad como persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12
13. El personal que atiende esta área médica es suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13
14. El médico me explicó de manera clara mi problema de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14
15. Si necesitara atención médica regresaría a este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15
16. Creo que el médico que me atendió es muy capaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16
17. Siento que el médico que me atendió fue sensible a mis necesidades como persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17
18. El médico me informó de manera clara lo que tenía que hacer para seguir mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18
19. El médico identificó correctamente todas mis molestias antes de decidir el tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19
20. El tiempo que tarde en ser atendido por el médico fue el adecuado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20
21. Me gustó la atención médica que recibí en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21
22. Recomendaría a otras personas los servicios de este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22
23. Para recibir atención médica en este hospital tuve que hacer trámites a los que no veo necesidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23
						<b>Total</b>

¿Desea Ud. añadir alguna queja o comentario?: Por favor, utilice el reverso de la presente hoja.

## BIBLIOGRAFIA

Aguilar, G. E. (1990) *Cartas a un Diabético. México, D.F.* Trillas

Aguirre, G.H. (1990a) *"Evaluación de la Calidad de la atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas"*. Salud Pública de México. 32. 170-180.

Aguirre, G.H. (1991b) *"Evaluación y Garantía de Calidad de la atención médica"*. Salud Pública de México. 33. 623-629.

Alquicira, P., y Torres. A.. (1995) *"Aplicación de la Hipnosis como una alternativa de tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas"*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. p.1-29.

Anderson, L. A., and Zimmerman, M. A. (1993) *"Patient and Physian perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease managemen"*. Patient Educación and Counseling. 20. 27-36.

Auerbarch, S. M., (1989) *"Stress Management and Coping Research in the Healt Care Setting: An Overview and Methodological Commentary"*. Journal of Consulting and Clínica Psychology. 57. 386-395.

Biel, F., (1983) *Investigación y Salud*. Revista Médica. 3. 605-610.

Blanchard, C.G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., Blanchard, E, B., (1990) *"Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalizad adult cancer patients"*. Cancer. 65. 189-192.

Campero, C.L., (1990) *"Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca"*. Salud Pública de México. 32. 192-204.

Carbellido, A., (1992) *"El Afrontamiento y el apoyo Social en pacientes con Cáncer Ginecológico"*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Cartwright, A and Anderson. R. (1981) *General Practice Revisited. Tavistock. London.*

168

Castillo, P. Y Vieyra, S. (1995) **"Calidad Total, Calidad de Vida y Salud Ocupacional"**. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. Cap. I y II.

Cedeño, P., (1997) **"Tendencias Organizacionales en los servicios de Salud en México: Un caso de Planeación estratégica"**. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. p.42-78

Cohen, G., (1996) **"Age and health status in a patient satisfaction survey. Soc. Sci. Med."**. 42 (7), 1085-1093.

Cox, S., (1994) **"How i Coped Emotionally with Diabetes in my Family"** Journal Article ISSN. 4 (5) 139-141.

Cruz, E, J. (1995) **"Enfoque Socioecológico: Relación entre desarrollo personal y respuestas de Afrontamiento en Mujeres en Edad Fertil"** Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México.

Cuevas, V. M., Avila, M.I., Marquez. I. O, Sumano, C. M., Palomares. H. G., Garduño, E, J., (1991) **"Relación entre el Médico y paciente en la consulta externa de Unidades de primer nivel de Atención médica"**. Salud Pública de México. 33. 576-584.

Davidson, M., Boland, E. A., Grey, M., **Teaching teens to cope: Coping skills training for adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus"**. Journal Soc. Pediatric Nurs. 2(2), 65-72.

Day, J. L., Bodmer, C. W., Dunn, O. M., **"Development of a questionnaire identifying factors responsive for successfull self-management of Insulin-treated Diabetes"**. Sourse Diabet Med. 13(6), 564-573.

De Morales, N.H., (1993) **"Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe"**. Salud Pública de México. 35. 248-258.

Delgado, A., López, F., and De Dios, L, J., (1993) **"Influence of the doctors gender in the Satisfaction of the Users Medical Care"** Soc. Sci. Med. 31, 795-800.

169

Donabedian, A. (1990a) "**La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad**". Salud Pública de México. 32(2), 113-117.

Donabedian, A. (1993b) "**Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención**". Salud Pública de México. 35, 94-97.

Díaz, N. L., Galán, C. S, Fernández, P. G., (1993) "**Grupo de Autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II**". Salud Pública de México. 35, 169-176.

Franco, N. (1995) "**La Psicología inserta en los círculos de calidad**". Salud Pública de México. 32, 156-169.

Fernández, R. C., (1993) "**La adhesión a los tratamientos terapéuticos**". Depto de Psicología. Universidad de Oviedo.

Gallegos, N. y Romero, R. (1996) "**Evaluación en Sistemas de Salud en el Hospital de Segundo nivel de atención**". Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. Cap. I y II.

González, C. L., (1996) "**Adolescentes embarazadas: Ansiedad y Estilos de Afrontamiento**". Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. p.1-60.

González, V. G., Stern, M. P., Arredondo, P. B. (1988) "**Utilización de Servicios Hospitalarios por Pacientes Diabéticos: Estudio de Población Abierta**". Salud Pública de México. 36, 415-419

Gordon, C. W., "**Futuro del Tratamiento de la Diabetes**". Atención Médica. 8(8), 15-45.

Hanson, C. L., Cigrang, J. A., Harris, M. A., Carle, D. L., Relyea, G., Burghen, G, A., (1989) "**Coping Styles in youths with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus**". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57, 644-651.

Hare, J. W., (1987) **Endocrinología Clínica Signos y Síntomas. México, D.F.:** Interamericana. Mc Graw Hill. Mex.

James, J., y Snyder, A., (1989) **Health Psychology and Behavior Medicine. HQV.**

King, H., (1995) **Prevenir la Diabetes**. Salud Mundial. 48(2), 14.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Laguna, G. (1991) **"Las relaciones entre los problemas prioritarios de la salud y la determinación de las prioridades en investigación en salud"**. Salud Pública de México, 33, 632-639.

Landeros, G., y Salinas, G., (1996) **"El papel de las habilidades sociales pertinente a la demanda de satisfacción de necesidades de atención médica en una unidad de gineco-obstetricia"**. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México.

Larrea, P. (1991) **"El Coste de la no Calidad"**. Boletín de Estudios Económicos XLVI, (143), 225-239.

Lazarus, R y Folkman, S., (1991) **Stress y Procesos Cognitivos**. México. Roca, México. Caps. 5-7.

Lazarus, R (1991) **"Emotion y Adaptation"**, N. Y. Oxford Press.

Like, R. y Zizanski, S., (1987) **"Patient Satisfaction with the Clinical encounter: Social Psychological determinants"**. Soc. Sci. Med. 24(4), 351-357.

Linder-Perlz, S., (1982) **"Toward a Theory of Patient satisfaction"**. Soc. Sci. Med. 16 (4) 577-582.

Materson, B., Quintana, O. (1993) **El Costo de la Garantía de Calidad**. Salud Pública de México, 35, 305-310.

Nájera, A., Duran, A. y Ramírez, S., (1992) **"La Calidad de la Atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud"** Instituto de Salud Pública Cuernavaca, 5-11.

Newbold, D., (1996) **"Coping with Rheumatoid Arthritis. How can Specialist Nurses influence it and promote Better outcome?"** Clin. Nurs. 5 (6), 373-380.

Omar, G., (1995) **Stress y Coping. Las estrategias de Coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico**. 11-75.

Osorio, G., (1997) **"Programa de Afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia. La perspectiva de la Psicología de la Salud"**. Tesis de

Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. Cap.1-3.

Pérez,C., Libreros,V., Reyes, S., SantaCruz, J., Alanis, V y Gutierrez, G. (1994) **"Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos"**. Salud Pública de México. 34, 492-502.

Phillips, D., (1996) **"Medical Professional Dominance and Client Dissatisfaction"**. Soc. Sci. Med. 42 (10), 1419-1425.

Reyes, E. P., y Arizmandi, E. G., (1987) **"La participación del Psicólogo en la Reeducción de riesgos de Trabajo. Propuesta metodológica"**. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México.

Ribes, I, E. (1990) **Psicología y Salud: Un análisis Conceptual. Barcelona.** Martines y Roca.

Rojas, H. (1995) **Afrontamiento del paciente osteomielítico.** Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Rojas, S.E., (1993) **"El papel del psicólogo en la implantación del programa de "Calidad Total" en la empresa TEBO, S.A. de C.V."**. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. Cap. I,III y IV.

Ruelas, B.E. (1993) **"Calidad, productividad y costos"**. Salud pública de México. 35, 298-304.

Ruíz de Chavez,M., Martínez, N. G., Calvo,R., Aguirre,G., Arango,R., Lara, C. R., Caminos, CH., Ortiz,S., Ugalde, G., y Herrera, L., (1990) **"Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. En: Salud Pública de México"**. 32, 156-169.

Saponaro, A. (1993) **Los Tests de Salud. España, De Vecchi.** 5-20.

177

Schlaepfer, L., Pedrazzini, M., Infante, C. C., (1990) "**La medición de Salud perspectivas Teóricas y metodológicas**". Centro de Investigaciones en salud Pública, 32 (2), 141-155.

Sitzia, J., Y Wood, N., (1997) "**Patient satisfaction: a review of issues and concepts**". Soc. Sci. Med. 45 (12), 1829-1843.

Varela, B., (1990) "**El Aprendizaje de las habilidades de afrontamiento: un estudio diagnóstico**". Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Estado de México. Cap.1-3.

Vázquez, R.M., y Escobedo de la P. J., (1990) "**Análisis de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en el Instituto Mexicano del seguro Social**". Rev. Med. IMSS, 28, 157-169.

Vidal, P., y Reyes, Z., (1993) "**Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad**". Salud Pública de México, 35, 326-331.

Williams, B. (1994) "**Patiet Satisfaction: a valid concept?**" Soc. Sci. Med. 38 (4), 509-516.

Zárate, T., (1989) **Diabetes Mellitus. Bases para su tratamiento. México, D.F:** Trillas.

Zurro, A. M., y Cano, P., (1987) **Manual de Atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona.**