



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la Salud

“Relación entre la Naturalización del Maltrato y la
Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con
Enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud
Pública de la Zona Volcanes del Estado de México”

Tipo de Investigación:
Transeccional Correlacional Exploratorio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ARAMBULA PAEZ EDGAR ADRIAN



Director: Lic. Angélica González Chaparro

Vocal: Mtra. Cindy Elizabeth González García

Secretaria: Rosalinda Sandoval Martínez

Suplente 1: Mtro. José Manuel Rizo Diego

Suplente 2: Mtra. Mayte Ortiz Romero



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Resumen	3
Marco Teórico	4
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivo	15
Metodología	16
Análisis de resultados:	19
Conclusiones	23
Bibliografía	25
Anexos:	30

Resumen

Se presenta un estudio transeccional correlacional exploratorio, cuyo objetivo fue establecer la correlación existente entre la naturalización el maltrato y la adherencia terapéutica. Se aplicó un instrumento elaborado exprofeso que ayudó a determinar la presencia de naturalización del maltrato y el cuestionario Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) en su versión en español ARMS9 con la finalidad de detectar los niveles de adherencia terapéutica en los participantes. La muestra estuvo conformada por 20 personas con enfermedades crónico-degenerativas, usuarios del sistema de salud pública en México, en edades de los 18 a 69 años, se encontró que del total de participantes 10 mostraron no tener niveles de naturalización al maltrato y 10 mostraron tener niveles de naturalización al maltrato. Se realizó un análisis estadístico-descriptivo, y un comparativo en el que se establece la relación entre la naturalización, y los niveles de adherencia terapéutica, considerando a que menor puntuación mejor nivel de adherencia terapéutica, resultó que el grupo que demostró tener presencia de naturalización del maltrato, tuvo un mejor resultado en los niveles de adherencia terapéutica con un promedio de 12.3 puntos siendo 1.6 puntos menor que en el grupo que no demostró presencia de adherencia terapéutica, en el apartado *Administración de la medicación*, y de 6.40 puntos encontrándose 0.15 puntos por debajo del grupo sin presencia de naturalización en el apartado de *Recogida de la Medicación*. Se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Se recomienda desarrollar un instrumento validado que permita medir la adherencia terapéutica, ampliar y homogeneizar la muestra.

Palabras Clave: Naturalización, Maltrato, Adherencia, Tratamiento, Salud.

Abstract

An exploratory cross-sectional correlational study is presented, the objective of which was to establish the existing correlation between naturalization of abuse and therapeutic adherence. An instrument developed exprofeso was applied that helped to determine the presence of naturalization of abuse and the questionnaire Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) in its Spanish version ARMS9 in order to detect the levels of therapeutic adherence in the participants. The sample consisted of 20 people with chronic degenerative diseases, users of the public health system in Mexico, aged 18 to 69 years, it was found that of the total of participants 10 showed no levels of naturalization to abuse and 10 showed have levels of naturalization to abuse. A statistical-descriptive analysis was performed, and a comparison in which the relationship between naturalization and the levels of therapeutic adherence was established, considering that the lower score the better the level of therapeutic adherence, it turned out that the group that demonstrated the presence of naturalization of abuse, had a better result in the levels of therapeutic adherence with an average of 12.3 points being 1.6 points lower than in the group that did not demonstrate the presence of therapeutic adherence, in the section Administration of medication, and 6.40 points being 0.15 points below the group without naturalization presence in the Medication Collection section. The null hypothesis was rejected and the alternative hypothesis is accepted. It is recommended to develop a validated instrument to measure adherence, expand and homogenize the sample.

Key Words: Naturalization, Abuse, Adherence, Treatment, Health.

Marco Teórico

Para comprender mejor el tema, se comenzará por establecer algunas definiciones y conceptos, iniciando por el término de representación social, que de acuerdo a Moscovici (1979) es “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”(p. 17), conformada por constructos cognitivos que se comparten en la interacción social cotidiana cuya función es proveer a los individuos de un sentido común, este sentido común se encuentra regido por lo establecido a nivel sociocultural ya que, como parte de la interacción entre individuos debe encajar en lo *correcto*, así, Marquéz (1981), en el primer capítulo de su libro *No es natural* trata de describir cómo es que los individuos crean una realidad a través de la interacción social, es decir, como es que un individuo adopta inicialmente un nombre que se le ha asignado por los miembros de una sociedad y cómo es que este nombre es utilizado más adelante por el individuo de acuerdo a las circunstancias y cómo es que esas circunstancias varían dependiendo de cómo y cuándo se presentan en la vida del individuo, en este entendido, se tiene como natural aquellos constructos que por cotidianidad se realizan, teniendo como regla, lo que “así es” y del que “no hay de otra”, esa realidad habrá de cambiar de acuerdo al contexto, cultura, tiempo e incluso el espacio geográfico, es así como el autor define a la naturalización como el proceso por el cual los hombres consideran sus acciones y creencias como naturales, cuyo origen suele justificarse con un “desde siempre”, y cuya permanencia se encuentra garantizada por herencia cultural, cabe mencionar que en este caso el autor, no hace mención de una naturalización en sí, si no a aquellos procesos que influyen en la construcción de la sociedad, incluyendo a aquellos que propios del imaginario, tal como deseos e ideas que construye el individuo y que forman parte de su diario vivir.

Es decir, lo natural como especie animal, es ceder a los instintos que buscan satisfacer nuestras necesidades fisiológicas como el dormir, comer, orinar, defecar, y reproducirse, todas ellas de índole natural biológicamente hablando, sin embargo, la sociedad a través del tiempo ha constituido reglas y normas que por repetición se aplican a la satisfacción de estas necesidades y que, de carácter temporal y espacial, exigen tener establecido un determinado tiempo y lugar para ser realizadas y que han sido adoptadas como algo natural, así, mientras que lo natural es estar desnudos y guarecerse del frío, no lo es el elegir telas, colores y texturas para vestir el cuerpo, es natural orinar y defecar, pero no lo es el esperar (tiempo) y tener que buscar un baño (lugar) para hacerlo, mientras que lo natural es alimentarnos, no lo es el hecho de elegir, sazonar y cocinar los alimentos

que se van a consumir, no obstante, son practicas que con el tiempo se han adoptado como naturales, y que la sociedad, dentro de esa *naturalidad* exige que sean cumplidas, de esta forma la repeticion constante de cada una de estas actividades hace que estas sean integradas al contexto social, por lo que comienzan a ser reproducidas, y con el paso del tiempo vistas como algo *normal* y posteriormente como *natural*, que se realiza sin nign cuestionamiento, que es adoptado por la sociedad y reproducida por esta, de manera que el realizarla de otra manera es considerado inadecuado e inceptable por la sociedad en cuestión, lo que causa el rechazo, reprensión y/o gcastigo para quien no las obedece.

Otro de los conceptos a abordar en el presente, es el del maltrato, para lo cual tenemos a la American Medical Association (AMA), que en 1987, definió maltrato como “todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona”. Citado en SEGG (2007, p. 133), esta definición proporciona un panorama general del maltrato, cuya similitud con la definición de violencia permite englobarlas en el entendido de que ambas se basan en la premisa, de la agresión, que esta puede ser o no, física y/o psicológica, y cuya finalidad es causar daño a la persona afectada, por lo cual al hablar de maltrato, también se hace un referente hacia la violencia en cualquiera de sus formas y expresiones, por tanto la diversidad cultural y social, exige crear definiciones más exactas y que atienden a las necesidades particulares de determinada población evitando así la exclusión y por tanto, la falta de atención a los derechos humanos de los individuos, así se enfoca en atender grupos vulnerables como la población infantil, mujeres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes entre otros, aclarando que no solo se trata de la intención de causar daño, si no de la omisión de acciones que promuevan y garanticen el bienestar de estos grupos, que tiene como resultado el daño causado por esta omisión, por lo que no es necesario tener la intensión plena de hacer daño para causar maltrato.

Hoy en día existen también diferentes opiniones acerca de la clasificación del maltrato, como se mencionó antes, estas clasificaciones atienden a una parte de la población en particular, pero para este caso utilizaremos la taxonomia de Sanmartín (2006), que aborda, en términos de violencia aquellos 4 temas que han sido más estudiados y que según el tipo de daño son:

Maltrato físico, cualquier lesión infringida en la persona y que tiene como resultado, hematomas, fractutras u otras lesiones ocasionadas por por el contacto físico persona-persona (golpes, pelliscos, razguños, patadas, morderuras) o utilizando algun otro medio o sustancia.

Abandono o negligencia, se da cuando la persona encargada de brindar cuidados y protección a otra evade de manera intencional, las obligaciones de cuidado que debe proporcionar a la persona bajo su cuidado.

Abuso Sexual, es cualquier acto realizado con la finalidad de obtener estimulación o gratificación sexual y que atenta contra la integridad de la víctima, conlleva acciones como, tocamientos, frotamientos, y en máximo grado la penetración forzada (del pene o algún otro instrumento) por vía oral, anal y/o vaginal, sin el consentimiento de la víctima.

Maltrato emocional, que se da cuando un sujeto, realiza insultos, menosprecios, humillaciones, hacia otra persona, esto puede derivar en que la víctima desarrolle una baja autoestima, depresión, dificultad para relacionarse interpersonalmente e incluso el suicidio. Dentro de este tipo de maltrato se encuentran también el abandono emocional, en el que la persona no recibe afecto y apoyo necesarios de acuerdo a sus necesidades, mismas que suelen ser ignoradas y menospreciadas según el contexto en el que se encuentre (familiar, pareja, etc).

Maltrato económico, el cual consiste en el uso o administración de los recursos económicos, o propiedades de un tercero, sin el consentimiento de este.

Si bien, encontrar una definición exacta de maltrato y de naturalización no es una tarea sencilla, el conjugar ambos términos en una definición exacta que permita explicar que un individuo está percibiendo el maltrato como una parte de su vida cotidiana, al punto de considerarlo como algo natural, aunque así no lo sea, y que pudiese herir susceptibilidades al reconocer que el maltrato se puede estar convirtiendo en algo natural en la vida de una persona, lo que implicaría que el individuo así lo permite de manera cotidiana, por tanto se podrá definir, al menos para esta investigación, como un proceso mediante el cual un individuo a través de la construcción social, y la vivencia diaria, hace suyos los procesos característicos del maltrato hasta el punto de hacerlos parte de su norma y posteriormente naturalizado socioculturalmente, llegando así a la asimilación de los actos de violencia recibidos, de manera que se consideran como algo natural o normal, llevando esta definición al ámbito médico, dentro del proceso de comunicación paciente-profesional de la salud.

Otro término que debe ser entendido, es el de Adherencia Terapéutica o Adherencia al Tratamiento Médico, en este caso, la Organización Mundial de la Salud, define como adherencia, “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con

el profesional sanitario” World Health Organization (2003), por tanto, la adherencia al tratamiento, incluye además de la ingesta de fármacos, la realización de actividades como acudir a las citas médicas en tiempo y forma, llevar una dieta saludable, realizar ejercicio, acudir a atender todas las indicaciones recibidas por el profesional de la salud, y en algunos casos cambios de hábitos que requieren una reestructuración de la vida cotidiana del paciente, sin embargo, en algunos casos el proceso de adherencia no depende únicamente de este, ya que cuando se trata de personas dependientes, el cuidador en turno es quién debe comprender al igual que el paciente los procesos que conlleva la disminución de la sintomatología y/o recuperación del paciente basándose en un adecuado seguimiento al tratamiento médico.

Dentro de este proceso la OMS considera 5 categorías que influyen en la adherencia terapéutica dentro de los cuales se mencionan:

Relacionados con el paciente: Recursos disponibles, creencias religiosas, escolaridad, percepción en la mejora de la enfermedad, nivel de confianza en el médico, autoeficacia y salud mental.

Relacionados con la terapia: régimen médico, duración del tratamiento, fracasos en tratamientos anteriores, cambios constantes de tratamiento, contraindicaciones del tratamiento y disponibilidad del equipo médico para tratarlas, características particulares del padecimiento.

Relacionadas con el personal y el sistema sanitario: Infraestructura inadecuada en centros de salud, deficiencia de recursos, exceso de carga de trabajo y bajo salario en el personal de salud, consultas breves y e impersonales, falta de preparación en el personal de salud, falta de conocimientos sobre la adherencia y condiciones efectivas para mejorarla.

Relacionados con el estado de la Enfermedad: Gravedad de los síntomas, grado de discapacidad (física, social y psicológica), velocidad de evolución, tratamientos efectivos disponibles.

Factores socioeconómicos: Nivel de pobreza, acceso a servicios de salud y medicamentos, acceso a redes de apoyo social, servicios de salud que consideren los factores socioculturales en torno a la enfermedad y su tratamiento.

El contar con una buena adherencia al tratamiento, puede ayudar a disminuir los efectos del padecimiento, por ejemplo, en un estudio sobre la diabetes gestacional, Chávez, Valle, Jiménez, Quintero, & López (2019), en el que se evaluó la adherencia terapéutica en relación con el control glucémico en pacientes con diabetes gestacional utilizando dos tipos de tratamiento, se aplicó el cuestionario de Medición de la Adherencia al tratamiento médico (MAT), a 93 pacientes con

diabetes gestacional, de los cuales 52 eran tratados con metformina, y 41 con insulina, como resultado se obtuvo que a mayor nivel de adherencia, existe un mejor control glucémico.

Otro estudio que refleja la importancia de la adherencia terapéutica es el de Verdecia, Rodríguez, Nelia, Guerra, & Mora (2017), en el cual se aplicó un cuestionario a 182 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de los resultados se encontró que una de las causas del mal control de las enfermedades crónicas se encuentra como predominante la inadecuada adherencia al tratamiento médico.

Es por ello que la importancia de la adherencia al tratamiento debe considerarse como de vital importancia, ya que mejorar la calidad de vida de un paciente, o garantizar la efectividad del tratamiento no es responsabilidad únicamente del equipo médico sino del trabajo integral entre el equipo médico y el paciente.

En México, uno de los principales temas abordados es de la violencia hacia menores de edad, en el año 2006, el hospital infantil de México publicó un estudio de Herrera, Treviño, Guzmán, & Acosta (2006), en donde se aplicó un cuestionario a adolescentes cuyo objetivo fue identificar la probabilidad de que estos hayan recibido algún tipo de maltrato físico, psicológico, verbal o sexual dentro del proceso de atención médica, en el participaron 30 escolares y 23 adolescentes, el resultado fue que existía la presencia de maltrato psicológico y verbal hacia estos pacientes, dentro de la institución, otro de los temas que más se ha abordado es el de la violencia obstétrica, en la cual Guzmán (2020), menciona como principales tipos de violencia o maltrato, a las cesáreas no programadas o por urgencias, siendo estas 64 de cada 100, en el campo de la atención no autorizada se menciona el que la paciente sea presionada para colocarse el DIU o en su defecto realizarse la saplingoclasia, o la realización de cesáreas sin especificar la necesidad de esta, así como la solicitud de firma de autorizaciones sin el conocimiento de las pacientes, siendo aquellas que no tienen pareja más propensas a sufrir estos maltratos que aquellas casadas o en unión libre, se menciona también que este tipo de maltrato tiene relación directa con el nivel socioeconómico de los pacientes, siendo las instituciones de salud estatal quienes presentan niveles más altos de maltrato (29%), seguidas por el IMSS (28.7%), y centros de salud (26.5%), y en el ámbito de atención no consentida con mayor prevalencia el IMSS (22.7%, instituciones de salud estatales (18.7%), y finalmente centros de salud con el (16.7%)

A nivel Nacional, el organismo encargado de recibir, atender y dar resolución a los conflictos médico-paciente es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (2018), considerando

que las quejas parten directamente desde la percepción del paciente o sus familiares, y que es posible que muchas de ellas carezcan de sustento ético, moral e incluso legal, es por ello que dada la necesidad de la resolución de conflictos actualizó el proceso a seguir para la mayoría de estas (Ver Figura 1), describiendo este proceso a grandes rasgos:

1. Se proporciona orientación al usuario, en caso de que no se requiera otro tipo de atención el caso se da por cerrado
2. Si así lo requiere, se le brinda asesoría especializada, si el asunto no compete a la CONAMED se da por concluido
3. Si el caso es procedente y se le puede dar gestión inmediata, esta se realiza ante la institución médica involucrada, si no requiere más atención se da por concluida.
4. Si se ha dado asesoría especializada, y no se puede resolver en forma inmediata, la queja es documentada para ser atendida por el área correspondiente, en donde se llevará a cabo la etapa conciliatoria, si en esta etapa se llega a un convenio de conciliación, se concluye el caso en la CONAMED, de lo contrario se garantizan los derechos de ambas partes y se procede a una etapa de arbitraje, donde después de la emisión de un laudo se concluye el asunto
5. Se realiza la documentación del caso, se turna al área correspondiente para llevar a cabo un proceso conciliatorio, si este se concreta se genera un convenio de conciliación y se da por terminada la atención en la CONAMED, en caso contrario se garantizan los derechos de ambas partes, se puede concluir el asunto o dar paso a una etapa decisoria (arbitraje) donde la CONAMED emite un laudo y hasta entonces se concluye el asunto.
6. Se realiza gestión inmediata y se documenta la queja si así se amerita, la gestión tiene como finalidad resolver la situación urgente y en la etapa conciliatoria se promueve el acuerdo entre ambas partes para la resolución del problema , si se llega a un acuerdo se genera un convenio y concluye la atención por parte de la CONAMED, de lo contrario se garantizan los derechos de ambas partes, se concluye el asunto o en su defecto, se pasa a la etapa de arbitraje, donde la CONAMED emite un laudo y da por concluido el asunto.

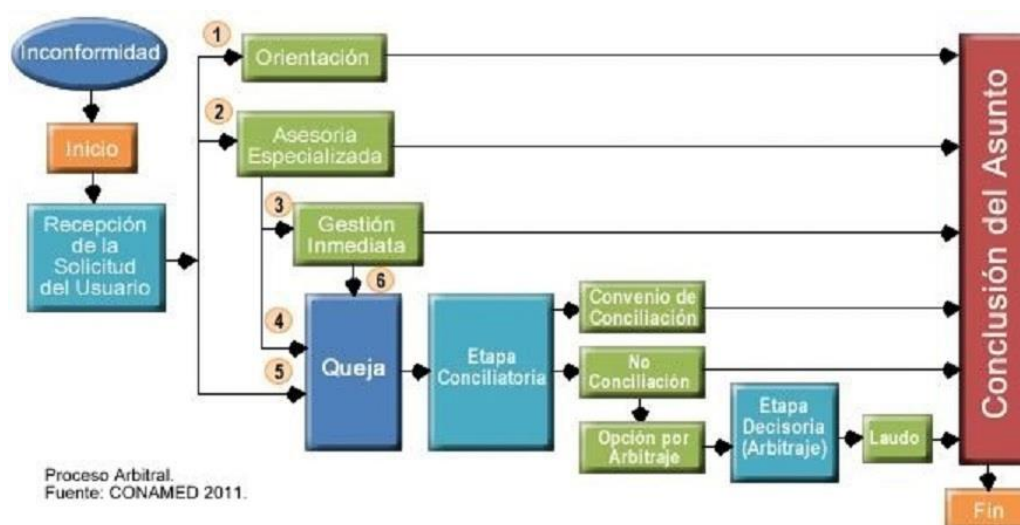


Figura 1 Proceso de atención a quejas CONAMED (2011).

LA CONAMED emitió un boletín elaborado por Fernández (2016), en este se menciona que durante el año 2015 se recibieron 11, 529 quejas de las cuales 2, 516 pertenecen a la relación médico-paciente sobre todo por fallas en la comunicación y cuando el paciente o su familia perciben un trato inadecuado, por parte del médico u otro personal de salud; Las cifras manejadas para finales del año 2014, en el periódico Excélsior (2014), se reportó que del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2012, tan solo en el IMSS se recibieron 58, 072 quejas de las cuales 17, 035 fueron por maltrato al paciente; Saldaña (2014), por su parte en El Universal reportó que en 2015 la CONAMED recibió 11, 529 denuncias en su mayoría por la mala relación médico-paciente. Villavicencio (2017). Sin embargo, conforme avanza el tiempo, las cifras son menos claras ya que para el año 2019, Excélsior publicó la nota: “El 98% de quejas de derechohabientes son resueltas: IMSS” Rodríguez (2019), sin dar mayor información acerca de las características de las quejas, por lo que no todas pueden ser consideradas dentro del maltrato al paciente, lo cual en segundo término muestra la necesidad de la transparencia de este tipo de información, de modo que se pueda conocer a ciencia cierta cuántas de estas procedieron, cuántas fueron rechazadas y por qué motivos y a cuántas se les dio solución.

Como se puede observar, la información dista mucho de ser reciente, sin embargo, nos puede dar un acercamiento a la situación que se vive actualmente, considerando que la mayoría de las quejas fueron por relación médico-paciente, y que no incluyen a la totalidad de los profesionales de la

salud como son enfermeras/os, asistentes médicos, guardias de seguridad, trabajadores/as sociales entre otros.

Dentro de los estudios que abordan temas afines al maltrato y la adherencia terapéutica se encontraron el de Molina & Rivero (2015) cuyo objetivo fue determinar la relación entre la violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis, esto en la ciudad de Lima, se realizó una metodología básica, correlacional y transversal, se utilizó el método hipotético deductivo, la muestra se conformó por 211 pacientes, de entre 15 y 80 años, se aplicó la ficha de tamizaje de violencia familiar y el cuestionario de valoración de la adherencia terapéutica del ministerio de salud, como resultado se encontró una relación significativa entre la violencia familiar y la adherencia terapéutica, que la violencia familiar afecta la dimensión del estado emocional, antecedentes de salud y variables sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis.

En el trabajo de Herrera, Treviño, Guzmán, & Acosta, (2006) se aplicó un instrumento validado a 30 pacientes hospitalizados por alguna enfermedad crónica, cuya finalidad es indagar la probabilidad de haber sido víctima de maltrato físico, psicológico, verbal o sexual, a lo largo del proceso de atención médica; y evaluar su calidad de vida. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos recabados, como resultado se obtuvo que 27 refirieron haber sido víctimas de maltrato; y 4% de una mala calidad de vida, reportando mayor maltrato en mujeres, de un total de 1, 038 episodios 597 correspondieron a maltrato psicológico y verbal, de las cuales 409 se dieron en áreas de hospitalización y urgencias, teniendo como principal fuente de maltrato a las asistentes médicas.

En cuanto a la naturalización del maltrato se refiere, es posible encontrar artículos como el de Valenzuela (2017), dónde se realizó un acercamiento al proceso de naturalización de actos violentos como parte de la crianza de padres hacia niños, niñas y adolescentes, limitado solo a la reflexión acerca de los métodos de crianza en el que se concluyó que el proceso de maltrato es considerado natural al tratarse de una réplica de los métodos de crianza bajo los que el hoy adulto es formado en su infancia, siendo así una cadena que tiende a ser repetida con la creencia que es parte de la *buena crianza* y que se hace *por el bien* del menor, pasando a formar parte del contexto sociocultural . Otra publicación es la de Barriga (2017) en la que se realizó un análisis acerca de la naturalización de la violencia hacia la mujer por parte del personal de fiscalías y ministerios públicos al grado de llegar a la minimización de las lesiones que presentan mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y en casos en los que las mismas familias de las víctimas realizan este acto

de minimización de las agresiones. En cuanto a la naturalización de la violencia obstétrica se refiere se pueden encontrar trabajos como el de Evangelista (2019), en el que se estudió cómo la normalización de la violencia afecta la producción de información, aborda un punto de vista metodológico, lo que impide inferir en este tema, realizó entrevistas a estudiantes universitarias del sureste de México víctimas de violencia sexual en el ámbito escolar público, en cuanto a su formación profesional, se evidenciaron las dificultades con las que se abordan situaciones de baja intensidad, tomadas como micro violencias naturalizadas y normalizadas contra las mujeres.

Por su parte Salgado & Díaz (2017), realizaron un acercamiento documental en el que se analiza la violencia obstétrica como violencia de género, vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes, prácticas que en el ámbito médico se consideran producto de patrones estereotipados en donde se considera a las mujeres como seres incapaces de tomar decisiones autónomas de salud, a lo cual se plantean propuestas para el diseño de políticas orientadas a erradicar esta práctica en el sistema de salud.

Trabajos como el de Herrera & Romero (2014) donde se realizó una investigación de tipo cualitativo, cuyo objetivo consistió en “Reconocer con las mujeres, imaginarios y acciones que en el cotidiano permiten que se desencadenen las situaciones de violencia.” en el que participaron 12 mujeres de entre 15 y 45 años que mediante grupos de discusión fomentaron propuestas de reflexión y autocrítica que verbalizaron sus sueños, se realizó en 12 sesiones, durante el ejercicio fue posible identificar las principales categorías que sustentan la Naturalización de la Violencia como son:

I. Causa para la violencia: generalmente justificada con frases como que el hombre es la cabeza da familia, la utilización de la violencia como factor clave en la educación, o en imaginarios como que el lugar natural de la mujer se encuentra en la casa.

II. Vivencias femeninas de la realidad del mundo de la relación en pareja: como lo es la categorización del *sexo sucio*, la vida en pareja, el determinante de lo que sucede en casa se queda en casa, violencia psicológica, llegando a un proceso de naturalización en ambos miembros de la pareja, invisibilizando las primeras agresiones al grado de hacerlas naturales en la vida en pareja de modo que cuando los niveles de agresión llegan al nivel físico, son alcanzados por este proceso llegando a naturalizarse también.

III. Los múltiples imaginarios ligados a la maternidad: tal como que una mujer que no es madre se encuentra incompleta, que es deber de la mujer criar a los hijos, entre otras que limitan la figura

femenina al actuar social, y que como miembro activo de esta sociedad se ve obligada a cubrir los requerimientos sociales de la misma, anteponiendo su papel madre al de un ser humano independiente, en el que estos imaginarios permean la mentalidad femenina haciendo natural su cumplimiento por regla social.

Como ya se había mencionado antes, son pocos los autores que abordan el tema de naturalización del maltrato, y en estos casos particulares ninguno se acerca a la investigación del proceso de naturalización del maltrato por parte del personal de salud.

Ya sea porque quizás es un tema que no genera interés o por que la población se pudiese estar acostumbrando al maltrato cada que se asiste a consulta médica, este tema ha sido poco estudiado y abordado, por lo que se considera que cualquier información obtenida por medio de esta investigación será valiosa y útil para el futuro.

Planteamiento del problema

Durante la revisión del estado del arte resultó muy difícil encontrar trabajos previos que aborden el tema elegido, es decir la naturalización del maltrato, se encontraron estudios que abordan solo el tema del maltrato, como el maltrato hacia mujeres durante el parto, Tobasía, Pinart, Madeira , Guedes, Reveiz, Valdez, Pileggi, Arenas, Rojas, Piña, Gómez & Paulo (2019); hacia pacientes infantiles en el área de urgencias médicas, Solís , Marañón, Medina, De Lucas, García & Rivas (2019); la mayoría enfocados a la población infantil y femenina, por otra parte en cuanto a la naturalización del maltrato, se encuentran trabajos enfocados hacia las mujeres, Herrera & Romero (2014) y hacia los niños Ghiso & Ospina (2010), como se puede observar, existen trabajos que abordan por separado los temas de naturalización y de maltrato, pero no en forma conjunta, y menos desde la perspectiva médico-paciente, por lo que surgen las preguntas:

¿Es posible que los usuarios de los servicios de salud se estén acostumbrando al maltrato por parte del personal de salud?, ¿Se está haciendo de este maltrato algo natural, que forma parte de la vida cotidiana en clínicas y hospitales?

Se puede decir que al no haber material que aborde en concreto la naturalización del maltrato y la adherencia terapéutica se conoce poco acerca del tema.

Hipótesis

H₀ La presencia de naturalización del maltrato dará como resultado un menor nivel de adherencia al tratamiento médico en los usuarios de los servicios públicos de salud.

H₁ La presencia de naturalización del maltrato dará como resultado un mayor nivel de adherencia al tratamiento médico en los usuarios de los servicios públicos de salud.

Justificación

La adherencia al tratamiento resulta en el apego y seguimiento de las indicaciones médicas, las cuales están compuestas por el conjunto de acciones como la ingesta de medicamentos específicos, una alimentación adecuada, actividades, seguimiento de estudios y todo el conjunto de especificaciones que el cuerpo de salud indique al usuario, por lo que en cualquier padecimiento es necesario y uno de los ejemplos más estudiados es el de los pacientes con diabetes tipo 2 ya que se ha demostrado que “La adherencia terapéutica es un componente importante de la atención en salud y para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor determinante en el control metabólico.” Martínez, Martínez, Lopera, & Vargas (2016), sin embargo, no es un tema particular de la diabetes tipo 2, sino de cualquier tratamiento médico por sencillo que parezca, ya que una vez que se ha establecido diagnóstico y el tratamiento, y dado que es deber del médico tratante dar a conocer las acciones que deben ser llevadas a cabo por el paciente, de manera que a través de estas se pueda lograr la recuperación o disminución de la sintomatología del paciente, habrá que considerar entonces que se trata de la labor de médicos, enfermera(o)s, trabajador(a)es sociales, entre otros; sin embargo, existe en nuestro país una constante, que es la sobresaturación de los servicios de salud, en la que el personal médico se ha visto notoriamente superado por el número de pacientes que acuden a clínicas y hospitales diariamente, lo anterior deriva en aumentar los niveles de estrés en el personal médico en su intento de reducir los tiempos de atención en consulta externa y de atención en general, en la búsqueda de cobertura de atención a los derechohabientes, por lo que esta llega a ser despersonalizada y rápida, otros hechos que los pacientes pudiesen percibir como maltrato son, por ejemplo: que el médico evite mirar a los ojos al paciente, evitar tocar al paciente brindando una revisión meramente sintomática, no responder a las preguntas planteadas por el paciente o realizar comentarios de burla hacia las mismas o ignorarlo completamente, decidir por el paciente en cuanto al tratamiento se refiere sin que este sea informado, el no dar una clara explicación del diagnóstico y tratamiento a seguir así como las implicaciones de este, rechazar, alzar la voz al paciente, apresurarlo a salir del consultorio, lo que algunos pacientes pueden considerar como una forma de maltrato, y que puede llevar al paciente a un distanciamiento con el personal de salud, y por tanto a no comprender del todo, tanto su

padecimiento como las indicaciones del tratamiento a llevar, y mucho menos atreverse plantear alguna pregunta al profesional de la salud, en caso de tener dudas.

Lo anterior permite plantear si la adherencia al tratamiento médico se encuentra vinculada con la falta de comunicación médico-paciente y si es que esta tiene relación con el maltrato percibido por los pacientes.

Desde la perspectiva académica se debe mencionar que durante la investigación documental se encontró casi nula información que aborde el tema de la naturalización, como parte del proceso de la adaptación del ser humano a nuevas normas, que por repetición se considera como algo natural a través del tiempo, y de ésta aplicada al tema del maltrato médico-paciente en relación a la adherencia terapéutica, por lo cual se considera de importancia desarrollar investigaciones que permitan establecer, qué y cuáles son las relaciones existentes entre estas dos variables, de manera que se pueda tener información actual y específica que permita replantear otras hipótesis formuladas en base al presente trabajo de investigación.

Es importante que el psicólogo de la salud, observe e identifique en medida de lo posible aquellos factores que intervienen en los procesos de tratamiento médico, tanto en el trato médico-paciente como en el de la adherencia terapéutica de este, de manera que pueda desarrollar estrategias que permitan lograr la eficiencia del personal médico y la mejora de la relación médico-paciente, enfocándose en la búsqueda del bienestar integral de ambas partes de este proceso.

Por su parte, la búsqueda de la adherencia al tratamiento médico tiene como finalidad principal la recuperación del paciente, lo que representa una mejora en la calidad de vida de este y de su círculo primario, del mismo modo un ahorro en términos económicos en el sistema de salud, esto se ve reflejado en la disminución de la saturación de clínicas y hospitales, disminución de los niveles de estrés en el personal de salud, y por tanto en el aumento de la calidad de la atención prestada a los usuarios de los servicios de salud, por lo que el presente trabajo de investigación puede contribuir a una mejora en la calidad de vida de los usuarios de servicios de salud pública y mejoramiento de la atención brindada por parte de las instituciones.

Objetivo

General:

Establecer la correlación entre la naturalización del maltrato y la adherencia terapéutica en usuarios de los sistemas de salud pública de la zona de los Volcanes del Estado de México

Particulares:

Determinar si existe relación entre la Naturalización del maltrato y la adherencia terapéutica en usuarios de los sistemas de salud pública de la zona de los Volcanes del Estado de México.

Identificar el tipo de influencia que la Naturalización del maltrato tiene sobre la adherencia terapéutica

Metodología

Muestra

Derivado del estado de emergencia de la Pandemia por SARS-CoV-2, se realizaron algunas modificaciones en el método las cuales se enlistan a continuación:

Originalmente se estableció un muestreo no probabilístico intencional Cantoni, (2009), este se reemplazó por el método de bola de nieve, debido a las limitantes para acceder a los participantes en instituciones de salud designadas

La muestra inicial contemplada era de 130 participantes (10 por municipio), cuya guía de elección serán los criterios de inclusión y exclusión establecidos, sin embargo, la muestra final fue de 20 participantes que respondieron a la convocatoria de resolución de los instrumentos Online.

Criterios de Inclusión:

Tener 18 años cumplidos o más al momento de la aplicación.

Género indistinto.

Ser paciente con alguna enfermedad crónica

Aceptar el Consentimiento informado en el documento en línea.

Ser usuario de los servicios de salud pública: IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, INSABI.

Ser usuario regular de los servicios médicos

Criterios de Exclusión:

Personas que no acepten de manera voluntaria la resolución de los instrumentos.

Personas que presenten algún estado inconveniente al momento de la aplicación.

Personas que, aunque acuden al servicio de salud pública reportan reemplazar este tratamiento por el que les es suministrado en una institución privada.

Personal de salud que acuda a consulta médica en el momento de la aplicación

Escenario:

La zona de aplicación comprende la llamada *Zona de los volcanes*, en el Estado de México la cual comprende 13 municipios, que son Amecameca, Atlautla, Ayapango, Cocotitlán, Chalco, Ecatzingo, Juchitepec, Ozumba, Temamatla, Tenango del Aire, Tepetlixpa, Tlalmanalco y Valle de Chalco Solidaridad.

Derivado del estado de emergencia de la Pandemia por SARS-CoV-2, y siguiendo las recomendaciones del personal de salud, se eliminó la posibilidad de realizar trabajo de campo, realizando una convocatoria vía redes sociales, y robustecer la muestra con el método de la bola de nieve.

Materiales:

Consentimiento Informado. **Ver Anexo 1.**

Cuestionario para detectar la naturalización del maltrato (elaboración propia) **Ver Anexo 2**, consta de 12 afirmaciones de respuesta verdadero (V) o falso (F), cuya intención es orientar al participante hacia la aceptación o justificación del posible maltrato recibido por el médico y otros miembros del equipo médico, cada afirmación positiva tiene un valor de 1 por lo que el máximo posible a obtener es de 12 puntos, de manera que, a mayor número de afirmaciones verdaderas, se establece una mayor presencia de naturalización al maltrato.

Cuestionario Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) en su versión en español. González, y otros (2017). **Ver Anexo 3.**

El cuestionario ARMS9, validado en pacientes con bajo nivel de alfabetización, consta de 12 preguntas: 8 dirigidas a evaluar la capacidad del paciente para la adecuada administración de la medicación y 4 a la correcta recogida de la misma. Para cuantificar el grado de adherencia, se asigna un valor de 1 a 4 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo a una escala tipo Likert: nunca (valor 1), algunas veces (valor 2), casi siempre (valor 3) o siempre (valor 4). **Menores puntuaciones globales indican una mejor adherencia.** Sin embargo, no se ha definido una puntuación como punto de corte para considerar a un paciente adherente o no. La propia estructura del cuestionario facilita un abordaje multidimensional de la falta de adherencia, permitiendo individualizar posibles

intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente. González , y otros (2017).

Estos instrumentos materiales se presentaron vía Online utilizando la aplicación de formularios de Google **Ver anexo 4**, lo que permitió la aplicación de los mismos minimizando el contacto entre el aplicador y los participantes, en acorde a la situación sanitaria actual.

Diseño

Se trata de estudio transeccional correlacional exploratorio, ya que su principal función es establecer la correlación existente entre la naturalización el maltrato y la adherencia terapéutica

Variables.

a: Naturalización del maltrato

Conceptual:

La asimilación de los actos de violencia recibidos, de manera que se consideran como algo natural o normal dentro del proceso paciente-profesional de la salud.

Operativa:

Para la evaluación de la naturalización del maltrato se ha creado un documento expreso que permite identificar acciones de maltrato, así como su percepción por parte de los participantes.

Anexo 1.

b: La Adherencia Terapéutica

Conceptual:

La World Health Organization, (2003), define como adherencia, “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”

Operativa:

El cuestionario ARMS9. **Anexo 2**

Procedimiento:

Se lanzó la convocatoria vía redes sociales y se utilizó la técnica de bola de nieve para robustecer la muestra. Se presentaron algunos inconvenientes durante la aplicación, debido a las recomendaciones de las autoridades de salud por la pandemia SARS Cov2, algunas personas optaron por la negativa a participar pensando que la solución del instrumento sería de manera personal y teniendo como principal temor el que el investigador accediera a sus domicilios, se explicó que era totalmente en línea sin necesidad de contacto físico y en algunos casos accedieron. Se solicitó a los participantes que resolvieran el instrumento, en este caso también hubo incidentes con respecto al manejo de las TICS ya que en algunos casos los participantes de mayor edad requirieron de la ayuda de familiares más jóvenes. Una vez recopilados los datos se realizó un análisis estadístico-descriptivo que permitió obtener resultados acerca del tema investigado y la posterior comprobación de la hipótesis.

Análisis de resultados:

Una vez aplicados los instrumentos se recopiló información de 20 participantes, se analizaron los mismos utilizando el programa SPSS versión 22 y de hoja de cálculo, obteniendo los siguientes resultados:

Sociodemográficos:

En cuanto a la edad los participantes se agruparon en los rangos por años, 5 (25.0%) de 18 a 20 años, 6 (30.5%) de 21 a 30 años, 7 (35.0%) de 31 a 40 años, 1 (5.0%) de 41 a 50 años y 1 (5.0%) de 50 a 69 años; con relación al género, se trata de 17 (85.0%) del sexo femenino y 3 (15.0%) masculinos; en cuanto al estado civil, se reportaron 10 (50.0%) casados o en unión libre, 8 (40.0%) solteros y 2 (10.0%) divorciados o separados; en la ocupación los participantes se reportaron 8 (40.0%) trabajadores con seguridad social, 4 (20.0%) estudiantes, 5 (25%) emprendedores y 3 (15.0%) con trabajo estable pero sin seguridad social, del total de participantes 16 (76.2%) reportaron ser los asegurados y 5 (23.8%) ser familia del trabajador, en cuanto al servicio de salud pública al que asisten se encontró que 12 (60.0%) pertenecen al IMSS, 4 (20.0%) al SSA (INSABI) y 4 (20.0%) al ISSEMyM.

En cuanto a la Naturalización del maltrato, de un total de 12 puntos posibles totales, la puntuación media obtenida por los participantes fue de 4.43 puntos con una desviación estándar de 3.1 puntos por lo que se determinó que a partir de 5 puntos obtenidos por los participantes si hay presencia de

naturalización del maltrato, teniendo que 10 (50.0%) se clasificaron como *no hay naturalización* (NN), y 10 (50.0%) clasificaron en el grupo *si hay naturalización* (SN).

Del total de participantes, se realizó un comparativo en el que se mide la presencia de naturalización en relación a los niveles de adherencia, tanto en la toma de la medicación como en la recogida de esta, para ello se tomó la puntuación mayor obtenible en el ARMS9 y se dividió en escala de 4 para poder establecer niveles de adherencia en niveles alto, medio, regular y bajo.

Nivel de adherencia Toma Medicación (Participantes)		Alto	Medio	Regular	Bajo
Presencia de Naturalización al maltrato	NN	0	3	6	1
	SN	0	1	8	1

Tabla 1 Tabla 1 Comparativo Nivel de naturalización/Toma de la medicación

En la **tabla 1** en cuanto a la toma de la medicación (TM) se muestra que en el grupo NN 6 participantes mostraron un nivel regular de adherencia, 3 un nivel medio y 1 en nivel bajo, teniendo como media grupal 13.9 puntos; en el caso de los SN 8 presentaron nivel regular y en igual número con 1 participante, los niveles de medio y bajo y como media grupal 12.3 puntos.

Nivel de Adherencia Recogida de la Medicación (Participantes)		Alto	Medio	Regular	Bajo
Presencia de Naturalización al maltrato	NN	0	1	8	2
	SN	0	1	7	2

Tabla 2 Comparativo del Nivel de naturalización/recogida de la medicación

En la **tabla 2** en cuanto a la recogida de la medicación (RM) el grupo NN 8 participantes se encontraron en nivel regular, 2 en bajo y 1 en nivel medio, teniendo como media grupal 6.80 puntos; por su parte en el grupo SN, 7 participantes se encontraron en nivel regular, 2 en bajo y 1 en medio, y una media grupal de 6.40 puntos.

En cuanto al total de puntos obtenidos se obtuvo lo siguiente:

Grupo No hay Naturalización		
Participante	TM	RM
1	18	8
2	16	9
3	8	7
4	12	8
5	9	6
6	15	7
7	11	6
8	19	5
9	17	8
10	14	4
Media	13.90	6.80
D.E.	3.78	1.55

Tabla 3 Puntuación Obtenida del Grupo No hay Naturalización, por Participante en el Apartado Toma de la Medicación y Recogida de la Medicación

Grupo Si hay Naturalización		
P	TM	RM
1	13	7
2	11	4
3	8	7
4	11	7
5	17	7
6	14	10
7	16	5
8	9	4
9	15	8
10	9	5
Media	12.3	6.4
D. E.	3.16	1.90

Tabla 4 Puntuación Obtenida del Grupo Si hay Naturalización, por Participante en el Apartado Toma de la Medicación y Recogida de la Medicación

Discusiones finales:

Una vez analizados los datos, se debe recordar que para el análisis de los datos del ARMS9, la puntuación más baja es la mejor, por lo que, al comparar las medias resultantes del análisis, se encuentra que los participantes del grupo SN tienen una media más baja que los del grupo NN, por lo que se puede considerar que su nivel de adherencia terapéutica en cuanto a la toma de la medicación es mayor, en cuanto a la recogida de la medicación se presenta también un promedio menor de 4 décimas, por lo que se considera que si existe un mayor nivel de adherencia a la recogida de la medicación por parte de los participantes que presentan naturalización al maltrato, Si se analiza en el entendido de que cualquier tipo de maltrato puede tener efectos diversos en las personas, en este caso se encontró que la presencia del maltrato fortalece el proceso de adherencia terapéutica, de ningún modo se puede afirmar que el maltrato sea una práctica recomendada, sin embargo, habría que analizar otros factores como los mencionados por la OMS en el apartado *relacionados con el paciente*, y las *relacionadas con el personal y sistema sanitario* para establecer a mayor detalle cómo es que se da este proceso, y cuáles son los factores clave que permiten que se dé esta correlación.

Para dar una solución al planteamiento de la hipótesis se debe considerar que una de las partes primordiales del tratamiento terapéutico es la toma de medicamentos, dado que el paciente pudiese estarlos recogiendo a tiempo, pero no tomarlos en tiempo y forma, y si se considera que de acuerdo a los resultados, la naturalización del maltrato tiene un impacto positivo en la toma de medicación, quizás esto se deba a que esta es una actividad que se realiza en casa, y que la recogida de la medicación representa en algunos casos la necesaria visita a clínicas y hospitales, y por ende, el trato con el personal del mismo, situación que los usuarios podrían tratar de evitar debido al maltrato percibido por parte del equipo médico, lo que definitivamente tendría consecuencias negativas en la toma de la medicación.

Por tanto, y de acuerdo a lo anterior, se procede a rechazar la hipótesis nula, y a aceptar la hipótesis alterna que plantea que *La presencia de naturalización del maltrato dará como resultado un mayor nivel de adherencia al tratamiento médico en los usuarios de los servicios públicos de salud.*

Lo anterior sugiere un punto de partida para la labor del psicólogo de la salud, ya que, si bien la naturalización del maltrato demostró tener un impacto positivo, no es por nada una recomendación

ética y profesional que se pueda justificar *por el bien del paciente*, por tanto, el trabajo del psicólogo estaría orientado en desnaturalizar estos procesos de maltrato en los usuarios de los servicios de salud de manera que el paciente se encuentre consiente de qué es y qué no es maltrato, y desarrollar estrategias que permitan que el equipo médico logre fomentar una correcta adherencia al tratamiento terapéutico en un ambiente de respeto y confianza mutua en la relación médico-paciente.

El lograr esto podría contribuir a mejorar los procesos paliativos de los pacientes crónico-degenerativos, mejorando su calidad de vida personal, familiar y económica al minimizar la posibilidad una evolución más grave de su enfermedad, en cuanto a los servicios médicos, evitaría la saturación de trabajo debido a urgencias derivadas de la complicación de las enfermedades crónico-degenerativas, lo que resultaría en la disminución del estrés en el personal médico, la disponibilidad de medicamentos y camas en clínicas y hospitales, y por ende el ahorro económico que representan los servicios de hospitalización, terapia intensiva y cirugías de urgencias, y en mayor medida los problemas legales que representa una denuncia ante la CONAMED.

Conclusiones

La naturalización del maltrato estudiada desde el contexto médico-paciente es un tema que se ha estudiado muy poco en nuestro país, es importante detectar cómo es que se da este proceso y cuáles son los factores que permiten que las personas hagan del maltrato parte de su vida cotidiana, en cuanto al tratamiento médico, seguir las indicaciones y recomendaciones del personal médico influye directamente en la mejora de la calidad de vida del paciente y su círculo primario, disminuye la saturación en los servicios de médicos, principalmente de urgencias, y representa un ahorro en términos de gastos de hospitalización y atención de urgencias médicas, así como la disminución de conflictos médico-paciente que podrían resultar en problemas de carácter legal en contra de los prestadores del servicio de salud, ahondar en otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento médico, como lo son contexto sociocultural, donde quién menos tiene se auto demerita importancia, o quizás factores como sistemas de creencias en los que el maltrato es *por nuestro bien*, y de qué manera influyen estas en la correcta administración de la medicación. Por lo tanto se recomienda que, para futuras réplicas de esta investigación, o futuras investigaciones, ampliar la muestra de manera que esta sea significativa, retomar la idea inicial de la selección por muestreo no probabilístico intencional, verificar que se trate en igual número de

participantes hombre y mujeres, de manera que el sexo se pueda considerar como un indicador sustancial, equiparar en igual cifra el número de participantes por institución de salud a la que acude y de ser posible dividir en grupos por enfermedad crónica que padece.

Como principal recomendación, se plantea la necesidad de un instrumento validado, que permita medir la presencia de naturalización del maltrato, ya sea en los ámbitos hospitalarios o sociales, enfocado a la población común.

Bibliografía

Barriga, M. (Julio de 2017). La Normalización de la Violencia Contra la Mujer. *Revista del Instituto de Defensa Legal (online)*(271). Obtenido de

<https://revistaideele.com/ideele/content/la-normalizaci%C3%B3n-de-la-violencia-contra-la-mujer>

Cantoni, N. (2009). Técnicas de muestreo y Determinación del Tamaño de la Muestra en Investigación Cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales*, 7(2).

Obtenido de www.sai.com.ar/metodologia/rahycs_v7_n2.htm

Caponi, G. (2018). ¿Qué Quiere Decir "Naturalizar"? *Ludus Vitalis*, 26(50), 185-188.

Obtenido de <http://www.ludus-vitalis.org/ojs/index.php/ludus/article/viewFile/791/797>

Chávez, L., Valle, J., Jiménez, C., Quintero, S., & López, M. (2019). Adherencia Terapéutica y Control Glucémico en Pacientes con Diabetes Gestacional bajo Dos Esquemas de Tratamiento. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 574-578. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000500574&script=sci_arttext

CONAMED. (26 de Septiembre de 2018). *Procedimiento Arbitral en la CONAMED*.

Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/procedimiento-arbitral-en-la-conamed>

Evangelista, A. (Octubre de 2019). Normalización de la Violencia de Género cómo Obstáculo metodológico para su Comprensión. *Nómaditas*(51), 85-98. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/338862300_Normalizacion_de_la_violencia_de_genero_como_obstaculo_metodologico_para_su_comprension/link/5e302bcb299bf1cdb9f68f75/download

Fernández, S. (2016). *Características de las Quejas Atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2015*. CONAMED, Organi de Difusión del Centro Colaborador en Materia

de Calidad y Seguridad al Paciente. México: Secretaría de Salud. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/caracteristicas_quejas.pdf

Ghiso, A., & Ospina, V. (Enero-Junio de 2010). Naturalización de la Intimidación entre Escolares: Un Modo de Construir lo Social. (CINDE, Ed.) *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 535-556. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131216061128/art.AlfredoManuelG..pdf>

González , J., Calvo, E., Sevilla, D., Espapuela , J., Codina, C., & Santos, B. (Octubre de 2017). Traducción y Adaptación Transcultural al Español del Cuestionario ARMS para la Medida de la Adheencia en Pacientes Pluripatológicos. *Atención Primaria*, 49(8), 459-454. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300045>

Guzmán, F. (5 de Marzo de 2020). Padecen Mujeres Violencia Obstétrica en México. Maltrato y "Atención no Autorizada" en Instituciones de Salud Públicas y Privadas. *Gaceta Unam (Versión Electrónica)*. Obtenido de <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>

Herrera , J., Treviño, A., Guzmán, M., & Acosta, C. (Marzo-Abril de 2006). Maltrato Hospitalario a Escolares y Adolescentes con Padecimientos Crónicos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(2), 94-106. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200004

Herrera, S., & Romero, M. (2014). Vivencias e Imaginarios Femeninos que Naturalizan la Violencia Intrafamiliar. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 26-30. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100006

Marquéz, J. (1981). Para una Sociología de la Vida Cotidiana. En *No es Natural* (págs. 13-18). Barcelona: Anagrama. Obtenido de <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2018/02/marques-no-es-natural.pdf>

Martínez, G., Martínez, L., Lopera, J., & Vargas, N. (Junio de 2016). La Importancia de la Adherencia Terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(2), 107-116. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003

Molina, M., & Rivero, E. (2015). *Violencia Familiar y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tuberculosis de los Servicios de Salud, Lima-2014 (Tesis de Doctorado)*. Lima: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/9845/Rivero_CER_Molina_BMM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su Imagen y su Público*. Buenos Aires: Huemul S. A.

OMS. (2020). *Maltrato de Menores*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/#:~:text=El%20maltrato%20infantil%20se%20define,salud%2C%20desarrollo%20o%20dignidad%20del

Rodríguez, P. (10 de Diciembre de 2019). El 98% de Quejas de Derechohabientes son Resueltas: IMSS. *EXCELSIOR (Online)*. Obtenido de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/el-98-de-quejas-de-derechohabientes-son-resueltas-imss/1352435>

Saldaña , I. (23 de 12 de 2014). El IMSS Acumula cerca de 60 mil Quejas por Año. *EXCELSIOR (Online)*. Obtenido de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/12/23/999165>

Salgado, F., & Díaz, M. (Julio-Diciembre de 2017). Naturalización de la Violencia Obstétrica mediante el Discurso Médico y sus Prácticas. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 22(49), 153-176. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6786993>

Sanmartin, J. (Noviembre-Diciembre de 2006). ¿Qué es esa Cosa Llamada Violencia? *Diario de Campo, Suplemento*(40), 11-30. Obtenido de <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/articulo:19164>

SEGG. (2007). Negligencia, Abuso y Maltrato. En SEGG, *Tratado de Geriatria Para Residentes* (págs. 133-140). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>

Solís , G., Marañón, R., Medina, M., De Lucas, S., García, M., & Rivas, A. (2019). Maltrato Infantil en Urgencias: Epidemiología, Manejo y Seguimiento. *Anales de Pediatría*, 37-41. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303643>

Tobasía, C., Pinart, M., Madeira , S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez, R., . . . Paulo, J. (2019). Irrespeto y Maltrato Durante el Parto y el Aborto en America Latina: Revisión Sistemática y Metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(e36). doi:10.26633/RPSP.2019.36

Valenzuela , M. (2017). *LA Normalización de la Violencia en la Crianza de NNA*. Temuco: Universidad de la Frontera. Obtenido de https://www.academia.edu/37405383/La_normalizaci%C3%B3n_de_la_violencia_en_la_crianza_de_NNA_Sociolog%C3%ADa_de_la_Infancia

Verdecia, K., Rodríguez, T., Nelia, B., Guerra, C., & Mora, G. (2017). Adherencia Terapéutica en Pacientes con Algunas Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General*, 33(3), 13. Obtenido de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/rt/prINTERfriendly/309/146>

Villavicencio, D. (11 de Febrero de 2017). Maltrato a Pacientes, Queja en Hospitales del IMSS Local. *El universal (Online)*. Obtenido de

<https://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/cdmx/2017/02/11/maltrato-pacientes-queja-en-hospitales-del-imss-local>

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva. Obtenido de

https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

Anexos:**Anexo 1 Consentimiento Informado.**

Relación entre la Naturalización del Maltrato y la Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud Pública en la Zona de los Volcanes en el Estado de México.

Consentimiento Informado

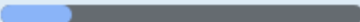
***Obligatorio**

ACEPTO PARTICIPAR en la investigación llamada "Relación entre la Naturalización del Maltrato y la Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con Enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud Pública de la Zona Volcanes del Estado de México" a cargo del alumno: Edgar Adrián Arámbula Paéz, quien garantiza la confidencialidad de la información recopilada. Acepto resolver este cuestionario en línea, informo que mi participación es voluntaria, sin ningún tipo de presión y/o remuneración y, tengo conocimiento que si lo considero pertinente, puedo retirar mi participación en cualquier momento, sin que esto tenga alguna consecuencia de cualquier tipo para mí. *

☐ Acepto

☐ No Acepto

Siguiente

 **Página 1 de 5**

Anexo 2

Cuestionario para la identificación de la Naturalización del maltrato (elaboración propia).

Conteste la afirmación con verdadero (V) o falso (F), según corresponda a su respuesta.

Afirmación	V	F
1. El tiempo de espera para ser atendido por el médico debe ser largo		
2. Es normal que la asistente médica se encuentre estresada, tiene mucho trabajo		
3. Si yo fuera el médico también me enojaría que mis pacientes no lleven el tratamiento		
4. Es mi culpa que el médico se enoje, porque no llevo mi tratamiento al pie de la letra		
5. alguna vez he recibido gritos por parte del personal médico		
6. alguna vez he recibido jalones o empujones por parte del personal médico		
7. alguna vez he recibido ofensas por parte del personal médico		
8. Vale la pena denunciar el maltrato por parte del personal médico		
9. Las enfermeras maltratan más que los médicos		
10. Común que el personal médico maltrate a los pacientes		
11. No he denunciado maltrato por que no sé cómo hacerlo		
12. El maltrato ya es algo natural cuando acudo a consulta		

Anexo 3:

Cuestionario ARMS9

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas:	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas? ^a				
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas? ^a				
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado? ^b				
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas? ^b				
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico? ^a				
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor? ^a				
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal? ^a				
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido? ^a				
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)? ^a				
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día? ^a				
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero? ^b				
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben? ^b				
a Ítems relacionados con la administración de la medicación.		b Ítems relacionados con la recogida de la medicación.		

Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PSICOLOGÍA A DISTANCIA

Relación entre la Naturalización del Maltrato y la Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud Pública en la Zona de los Volcanes en el Estado de México.

*Obligatorio

Datos Sociodemográficos

Elija la opción deseada

Municipio que habita: *

Elegir



Edad (años) *

- ☐ 18 - 20
- ☐ 21 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 60
- ☐ 61 - 70
- ☐ 71 - 80
- ☐ 81 - 90
- ☐ 90 - +

Género *

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Prefiero no decirlo
- ☐ Otros: _____



Estado Civil *

- ☐ Soltero (a)
- ☐ Casado (a)/Unión Libre
- ☐ Union Libre
- ☐ Divorciado/Separado (a)
- ☐ Viudo
- ☐ Otros: _____

Ocupación *

- ☐ Estudio
- ☐ Trabajo y tengo seguro
- ☐ Trabajo y no Tengo seguro
- ☐ Soy Emprendedor (trabajo por mi cuenta)

Institución de Salud Pública a la que acude *

- ☐ SSA. (salubridad), (INSABI), antes Seguro Popular
- ☐ IMSS
- ☐ ISSSTE
- ☐ IMSS/ISSSTE

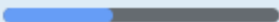


Soy *

- ☐ Derechohabiente (El trabajador)
- ☐ Asegurado (familia del trabajador)

Enfermedad Crónica que padezco

- ☐ Diabetes (cualquier tipo)
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Cáncer
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Enfermedad Respiratoria
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Otros: _____

 Página 2 de 5[Atrás](#)[Siguiete](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PSICOLOGÍA A DISTANCIA

Relación entre la Naturalización del Maltrato y la Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud Pública en la Zona de los Volcanes en el Estado de México.

Cuestionario para la identificación de la Naturalización del maltrato.

Conteste la afirmación con verdadero (V) o falso (F), según corresponda a su respuesta.

1. El tiempo de espera para ser atendido por el médico debe ser largo

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

2. Es normal que la asistente médica se encuentre estresada, tiene mucho trabajo

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso



3. Si yo fuera el médico también me enojaría que mis pacientes no lleven el tratamiento

☐ Verdadero

☐ Falso

4. Es mi culpa que el médico se enoje, por que no llevo mi tratamiento al pie de la letra

☐ Verdadero

☐ Falso

5. alguna vez he recibido gritos por parte del personal médico

☐ Verdadero

☐ Falso

6. alguna vez he recibido gritos por parte del personal médico

☐ Verdadero

☐ Falso



7. Alguna vez he recibido ofensas por parte del personal médico

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

8. Vale la pena denunciar el maltrato por parte del personal médico

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

9. Las enfermeras maltratan más que los médicos

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

10. Es común que el personal médico maltrate a los pacientes

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

11. No he denunciado maltrato por que no sé cómo hacerlo

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

12. El maltrato ya es algo natural cuando acudo a consulta



☐ Verdadero

☐ Falso

Página 3 de 5

Atrás

Siguiente

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PSICOLOGÍA A DISTANCIA

Relación entre la Naturalización del Maltrato y la Adherencia al Tratamiento Médico, en Pacientes con enfermedades Crónicas, Usuarios del Sistema de Salud Pública en la Zona de los Volcanes en el Estado de México.

*Obligatorio

El cuestionario ARMS9

Responda seleccionando la opción que mejor le represente 1 Nunca, 2 Algunas veces, 3 Casi siempre, 4 Siempre

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas? *

1	2	3	4
---	---	---	---



Nunca

☐☐☐☐

Siempre

3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado? *

1

2

3

4

Nunca

☐☐☐☐

Siempre

4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas? *

1

2

3

4

Nunca

☐☐☐☐

Siempre

5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico? *

1

2

3

4

Nunca

☐☐☐☐

Siempre

6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor? *

1

2

3

4

Nunca

☐☐☐☐

Siempre



7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre



11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben? *

	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

Página 4 de 5

[Atrás](#)

[Siguiete](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

