



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

400282



61060

"EL PAPEL DE LAS HABILIDADES SOCIALES
PERTINENTE A LA DEMANDA DE SATISFACCION
DE NECESIDADES DE ATENCION MEDICA
EN UNA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA".

P01346/96

Ej. 2

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

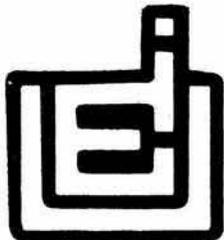
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

BLANCA XOCHITL LANDEROS GUTIERREZ

ELSA OLIVIA SALINAS GARCIA

ASESOR: MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ.



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

1996



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.

NOMBRES: Landeros Gutierrez Blanca Xochitl. 8909264-0
Salinas García Elsa Olivia. 9258392-0

GENERACION: 92-95.

OPCION DE TITULACION: Reporte de Investigación.

TITULO DEL TRABAJO:

EL PAPEL DE LAS HABILIDADES SOCIALES PERTINENTE A LA
DEMANDA DE SATISFACCION DE NECESIDADES DE ATENCION MEDICA
EN UNA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Mtro. en I.S.S. Héctor González Díaz.

NOMBRE DEL ASESOR:

Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez.

Si a través de mi vida

alguien me hizo daño . . . lo he olvidado,
si alguien me hizo un bien . . . se lo agradezco,
pero si alguien me dio amor, ¡yo lo bendigo!
porque el amor ha sido la fuerza y el aliento
que aún me mantiene viva.

En cada párrafo de este trabajo van implícitos los nombres de todas aquellas personas que de alguna forma colaboraron para su realización, por lo que está dedicado a ellas:

A mi Familia.

A mi Madre (B. G. M.) y a mi Hermana (T. S. L. G.) por su apoyo y comprensión en estos años de espera.

A J. S. C. F. por su apoyo.

A mis Asesores.

Un agradecimiento realmente especial por su enriquecimiento del Saber y su disposición incondicional en este trabajo al Mtro. Jorge Luis Salinas Rodriguez, al Mtro. en I.S.S. Héctor González Díaz y al Lic. José Esteban Vaquero Cazares.

Y a una persona que a pesar de ser ajeno a ésto colaboró siempre con nosotros (A. O. N.).

Blanca Xochitl Landeros Gutierrez.

Agradezco a Dios el haber puesto en mi camino a todas las personas que de alguna manera fueron un aliciente para la realización de este trabajo, que no es un logro mío, sino también de ellos.

A mis Padres:

Porque siempre se han preocupado por hacer de mi una persona diferente a los demás
Porque me han dado la base de unos principios sólidos, siendo los mejores cimientos para mi formación como persona.

Por la fortaleza que siempre han demostrado hasta en la adversidad

Y por que los quiero mucho, GRACIAS.

A mi Madre:

Que al ejercer la profesión más difícil ha puesto el mayor de sus esfuerzos, por el cariño y amor que siempre me ha demostrado, llegando a ser mi cómplice y la mejor Madre, Amiga y Esposa.

A mi Padre:

Por el apoyo que siempre me ha dado aún en los momentos más difíciles.
Por sus sabios consejos, sin los cuales las cosas serían más difíciles, por sus oportunas opiniones, y por ser el mejor Padre, Amigo y Esposo.

A mis hermanas Faby, Crys, Caro y May:

Por que siempre han sido una parte importante en mi vida

Por sus demostraciones de cariño y preocupación.

Les recuerdo que las quiero mucho.

A mi Tía Sara:

Por el buen ejemplo que a lo largo de mi vida me has dado y por la comprensión y cariño que siempre ha demostrado.

A mi Tío Roberto:

Por el cariño y amor que siempre me ha demostrado, haciéndome sentir que soy una persona importante en vida.

Aarón:

Porque siempre has estado a mi lado.
 Porque eres una persona importante en mi vida.
 Porque en los momentos de desesperación me dabas la calma.
 Por ser mi Pareja, mi Amigo, mi Maestro, mi fiel colaborador.
 Porque en los tropiezos, siempre estuviste a mi lado.
 Porque has compartido conmigo aquellos logros importantes en tu vida.
 Esperando que este logro forme parte importante en nuestra historia.

TE AMO.

A mis asesores:

Mtro. Jorge Luis Salinas., Dr. Héctor Díaz., Lic. Esteban Vaquero

Por su gran disposición; por haber compartido sus valiosos conocimientos conmigo, y por su incondicional apoyo, el cual facilitó la realización de esta meta.

Elsa Olivia Salinas García.

INDICE

EL PAPEL DE LAS HABILIDADES SOCIALES PERTINENTE A LA DEMANDA DE SATISFACCION DE NECESIDADES DE ATENCION MEDICA EN UNA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA.

RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO 1. LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.....	9
1.1 Desarrollo histórico de la calidad.....	10
1.2 ¿Qué es la calidad de la atención médica?.....	14
1.3 Importancia técnica-científica de la calidad de la atención médica para el cuidado de la salud.....	17
1.4 Importancia económica y social de la calidad de la atención médica.....	18
1.5 Componentes de la calidad de la atención médica.....	20
1.6 Importancia de la evaluación de la calidad de la atención a nivel técnico, médico y social.....	22
CAPITULO 2. SATISFACCION MEDICA DEL PACIENTE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	32
2.1 Importancia de la evaluación de la calidad de la atención médica desde el punto de vista del paciente (satisfacción).....	32
2.2 Evaluación de la satisfacción médica del paciente.....	33
2.3 Problemas conceptuales y metodológicos a los que se enfrenta la definición de satisfacción médica del paciente.....	36
2.4 Elementos a considerar en la satisfacción médica del paciente.....	44
CAPITULO 3. FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN AL REPORTE DE SATISFACCION DEL PACIENTE.....	49
3.1 Habilidades sociales.....	49
3.2 Conceptualización de habilidades sociales.....	51
3.3 Conceptualización de asertividad.....	56
3.4 Habilidades sociales en las relaciones interpersonales.....	59

4. METODO	70
5. RESULTADOS	73
6. DISCUSION	88
7. CONCLUSIONES	100
8. INDICE DE NOTAS	102
9. BIBLIOGRAFIA	103
10. APENDICE	106

RESUMEN

LANDEROS, G. Blanca Xochitl y SALINAS, G. Elsa Olivia.

La presente investigación se realizó en el Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda", tuvo por objetivo determinar el papel que juegan las habilidades sociales (asertivas) del usuario relacionadas a la demanda de servicio conforme a su satisfacción y el reporte del mismo. Se planteó como hipótesis de investigación que "El reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido por el nivel de habilidades sociales (asertivas) de los pacientes. A menor nivel de habilidades sociales (asertivas) menor reporte de satisfacción; a mayor nivel de habilidades sociales (asertivas) mayor reporte de satisfacción". Los participantes fueron 180 mujeres (60 para el piloteo y 120 como muestra) entre 18 y 40 años que ingresaron al área de Gineco-Obstetricia de dicha unidad. Los instrumentos utilizados fueron: un inventario de satisfacción y un inventario de asertividad, además de una guía de entrevista la cual permitió recolectar información sobre incidencias del servicio. El estudio se realizó en 3 fases, fase 1 (construcción y piloteo de los instrumentos (satisfacción, asertividad y guía de entrevista)), fase 2 (afinación de los instrumentos) y fase 3 (aplicación final de los instrumentos). Se obtuvo una confiabilidad de .8592 en Alpha de Cronbach y; 10 Factores que explican el 73.1% de la varianza total del instrumento de satisfacción. Para el instrumento de asertividad una confiabilidad de .8434 y; 9 Factores que explican el 67.6% de la varianza total del instrumento. En base al reporte de satisfacción del paciente el servicio fue evaluado como de buena calidad (con un índice de 4 en una escala Likert de 1 a 5, en donde los aspectos más relevantes para la evaluación del servicio fueron el Trato Humano, Informatividad y Confianza Mutua (Actitud del Profesional); Cuidado Integral, Accesibilidad, Costo, Comodidad, Satisfacción Total y Burocracia (Organización). La dimensión Organización mostró los más altos índices de satisfacción 3.90% en promedio en la escala Likert de 1 a 5, y la dimensión Ejecución Profesional obtuvo los índices más bajos de 3.56% en promedio en la escala Likert de 1 a 5. En cuanto a la relación entre la satisfacción y las habilidades sociales (asertivas) se encontró que el reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido por el nivel de habilidades sociales (asertivas) de los pacientes; encontrándose que a menor nivel de habilidades sociales (asertivas), mayor reporte de satisfacción.

INTRODUCCION

En la actualidad es muy común hacer comparaciones entre los productos o servicios que vamos a adquirir, esto con la intención de elegir aquel que mejor convenga a nuestros intereses, es decir elegir aquel que cuente con mayor calidad, pero en realidad ¿tenemos un concepto definido de lo que es la calidad?.

Se dice que un bien o servicio es de calidad siempre y cuando éste satisfaga las necesidades, expectativas y valores de sus clientes y usuarios, en función a los aspectos de duración, mantenimiento, costo, servicio y funcionalidad.

En relación a este concepto son muchas las investigaciones que se han enfocado a evaluar la calidad de los productos, pero son pocas las investigaciones que se han dirigido a evaluar la calidad de aquellas organizaciones prestadoras de servicios, específicamente los servicios del Sector Salud, ya que este sector es un reflejo del nivel de la calidad de vida con la que cuenta la población consumidora de este servicio, por ello la importancia de su evaluación.

El problema de evaluar la atención médica inicia por un lado en el plano conceptual y por otro en el plano metodológico. En el primero, el principal problema es que no existe una definición precisa sobre lo qué es la calidad de la atención médica, y en el segundo la carencia de un método específico que nos lleve a evaluar una percepción objetiva de la calidad; asimismo es necesario señalar que las pocas investigaciones que se han hecho en el campo de la Salud se han enfocado a evaluar el ámbito técnico-científico del servicio, dejando de lado la aportación que puede proporcionar la percepción del cliente o usuario en relación al servicio.

Los principales elementos determinantes para evaluar la calidad de la atención médica son: la infraestructura, los equipos e insumos y los recursos humanos con los que cuentan las unidades prestadoras de servicios.

Recientemente se ha considerado al reporte de satisfacción del paciente como una medida para evaluar la calidad del servicio en el Sector Salud y en base a éste hacer las correcciones pertinentes y con ello elevar la calidad de éstos; considerándose que dicha evaluación debe ser permanente y periódica.

México carece de estudios dirigidos a la evaluación de la calidad con la que cuentan los servicios de segundo nivel del Sector Salud, y más aun en áreas específicas; aunado a que no existen estudios que dejen ver la influencia de posibles aspectos psicológicos que influyen en el reporte de satisfacción del paciente. Por ello la presente investigación tiene por objetivo determinar el papel que juegan las habilidades sociales (asertivas) del usuario relacionadas a la demanda de servicio conforme a su satisfacción y el reporte del mismo.

CAPITULO 1. LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

En México, la crisis se empezó a manifestar a mediados de la década de los 70's y estalló a principios de la década de los 80's, tal parece que esta década es parte de nuestras vidas. Una crisis bien manejada puede también significar crecimiento y desarrollo. Esta problemática sirve para revisar y mejorar nuestros sistemas de trabajo, niveles de calidad y hasta los valores que nos rigen.

En la situación que se vive en México es fácil revisar creencias sobre las utilidades, los mercados, créditos y financiamientos, la calidad de los productos, etcétera; pero algunos dirigentes se olvidan de revisar los valores y creencias sobre el aspecto que logra conjugar todas estas ideas en un esfuerzo productivo y exitoso.

Cerca del 75 % de las empresas mexicanas sobre todo las medianas y pequeñas empresas, desconocen los beneficios y alcances de la implantación de un sistema de control de calidad; así por esta razón, la consideran como un gasto más y no como una inversión con atractivos rendimientos. De esta manera, es necesario que las empresas revisen sus tradiciones y consideren la relación calidad-productividad para que los consumidores reciban artículos o servicios con calidad.

La inconsistencia en la calidad de productos y la deficiencia en los servicios provoca que nuestros productos tengan poca aceptación en el extranjero y aún en México. Por lo tanto, la única alternativa es producir con calidad y proporcionar un nivel de servicio adecuado, para competir con los productos importados en nuestro mercado e incursionar en los extranjeros.

Hasta el momento, hemos hablado mucho sobre la calidad pero... ¿Qué se entiende por calidad?. En el concepto tradicional se dice que un producto o servicio tiene calidad si cumple con las especificaciones establecidas, en la medida que no las cumpla deja de tener calidad.

Para Vergara (1990), el nuevo concepto de calidad implica la entera satisfacción del cliente y la define de la siguiente manera: "Un producto o servicio tiene calidad en la medida en que satisface las expectativas del cliente" (pp. 8) .

Considera que las expectativas de los consumidores son:

- a).- Funcionalidad, se refiere a que los productos y servicios funcionen con el propósito para el que fueron adquiridos o solicitados.
- b).- Duración, es decir, que funcionen adecuadamente durante el tiempo que se compromete.

c).- Mantenimiento, que después de la adquisición del producto o servicio se proporcione el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo y de esta forma se minimice el número de fallas.

d).- Precio razonable, se refiere a que al incrementar la calidad de los productos o servicios se disminuyen los costos; por que es menor el porcentaje de productos rechazados o que se envían a reproceso. Esto conforme al hecho de que un producto o servicio con calidad no tiene por qué ser más costoso.

e).- Servicio al cliente, se refiere a la entrega en el tiempo y en las cantidades convenidas tomándose en cuenta también la rapidez, cortesía y facilidad.

Todas estas características suelen ser por la mayoría de los consumidores identificadas como sinónimo de calidad.

Por otro lado, Sotomayor (1990) considera a la calidad como una necesidad creciente y continua de los consumidores, necesidad que debe ser considerada como fundamental y prioritaria para la sobrevivencia; sin embargo, puede ir más allá, ya que en realidad puede ser la clave de lo que da sentido a la actividad económica y social de cualquier organización.

Entonces, podemos entender a la calidad como la capacidad que debe tener cualquier empresa para satisfacer las necesidades, expectativas y valores de sus clientes y usuarios.

Concretamente, se puede conceptualizar a la calidad como un generador verdaderamente auténtico de bienestar social, por medio del cual las organizaciones crecen, se desarrollan y trascienden en el tiempo. Cuando se detectan necesidades reales de los consumidores de una organización, se pueden implementar procesos productivos mejorados, corregir las desviaciones, anticiparse con la prestación de servicios continuos, considerar el comportamiento de productos similares, incluir servicios con valor agregado, y obtener finalmente productos y servicios con alta calidad.

1.1 DESARROLLO HISTORICO DE LA CALIDAD.

En la práctica, la calidad tuvo un desarrollo histórico muy importante. Al Reino Unido se le da el mayor reconocimiento por la calidad de sus productos a principios de siglo, siguiendo Alemania y Estados Unidos, este último logra conseguir el liderazgo total en forma ascendente durante la década de los 70's, pero pasando en forma inmediata a la etapa de declinación del producto americano coincidiendo el momento con la crisis del petróleo. y cediendo el terreno a otros países. Para 1945, Japón revitaliza sus productos con la intervención de investigadores estadounidenses; ésta estuvo dedicada principalmente al desarrollo de los círculos de calidad, analizando los problemas y deficiencias detectados en

los procesos productivos y proporcionando soluciones adecuadas que sirvieron para superar la crisis. La consecuencia se hizo notar inmediatamente con la búsqueda y difusión de nuevas estrategias basadas en altas normas de calidad, obteniéndose con ello la colocación del producto japonés en la vanguardia competitiva y trascendiendo así las barreras internacionales.

Es hasta 1973 cuando se introduce en México esta nueva filosofía, con la implantación de círculos de calidad en empresa mexicanas. La promoción fue amplia y en forma organizada con la participación de los trabajadores, los cuales se centraron en el análisis, detección y corrección de problemas y desviaciones de sus organizaciones.

El principal organismo que surgió como líder de la difusión de la calidad fue el Instituto Mexicano de Control de Calidad (IMECA) apoyando los programas de calidad para empresas como Nissan Mexicana, Celanes, Ericsson, Distribuidora Kay, Champion, Prinsa, y en el sector público la Dirección General de Productividad STyPS, Liconsa, Comisión Federal de Electricidad, Pemex, ISSSTE, Perinatología y el IMSS. Es por ello que la calidad al ser un valor compartido por toda organización puede formar parte integral de su cultura, y ser aceptada por el personal como un factor altamente significativo, en el que se puede creer de verdad.

Este valor compartido está apoyado por valores intrínsecos, que deben interactuar en forma continua para el fortalecimiento y desarrollo de las culturas modernas que imperen en un futuro no muy lejano en las empresas mexicanas. Dentro de estos valores podemos encontrar la confianza que requiere el grupo de trabajo para aportar sus experiencias, conocimientos y esfuerzos en una interacción dinámica con el equipo, para el alcance de los objetivos comunes. La flexibilidad que permite amoldarse e integrarse con equipo de trabajo, a fin de lograr una adaptación total hacia nuevas actividades y tareas nuevas, reconociendo la participación de aquellos miembros que aceptan y apoyan solidariamente la práctica de nuevos sistemas para la organización y a la vez coadyuvan al éxito de nuevas filosofías corporativas. El tiempo es un recurso vital e irrenovable, necesario para el desempeño de las funciones empresariales y al mismo tiempo inspira en el personal esa sensación agradable de participación continua y fomenta el espíritu de grupo, incrementando la productividad y el desempeño de las actividades cotidianas en la empresa.

Estos elementos son solamente algunos de aquellos que integran en forma global el concepto de calidad, pero en la práctica se puede requerir de una búsqueda continua de parámetros, indicadores, y estándares de medición, que faciliten a cada una de las áreas de la organización el establecimiento de controles de las funciones desempeñadas, en un marco de seguridad y plena convicción hacia el alcance de la calidad total.

La filosofía de la calidad hace hincapié en un óptimo aprovechamiento de los recursos de las organizaciones a su máxima expresión, con el compromiso y convicción de los

miembros de la misma, asegurando de esta manera un proceso continuo de crecimiento y desarrollo en el tiempo y el mercado de las empresas mexicanas (Sotomayor, 1990).

Al igual que cualquier otra empresa prestadora de servicios a nivel nacional, la calidad de la organización es lo que les da sentido. Con lo que respecta al sector público, refiriéndonos específicamente al Sector Salud, son pocos los dirigentes que se han dado a la tarea de revisar aquellos aspectos que involucran la calidad de la atención. Por lo tanto, ya es tiempo de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesitan, sino también, y de manera fundamental, por su tipo de calidad. Su importancia radica en que el Sector Salud al ser una organización de la cual dependen miles de personas en el país, es al mismo tiempo un aspecto de gran importancia tanto para la población como para la productividad y economía de éste; ya que si la población no cuentan con buena salud, no serán capaces de desarrollar sus actividades adecuadamente; por ello es importante que éste sector cuenten con calidad tanto en sus productos como en sus servicios.

De hecho la evaluación de los servicios se ha realizado principalmente sobre la base de un modelo de atención que restringe sus fundamentos teóricos al conocimiento sólo de las dimensiones biológicas e individuales, que olvidan la promoción de la salud para centrarse en la reparación mecánica de organismos enfermos. Por ello, el análisis del problema de la calidad debe empezar con una definición de modelos de atención que mejor se ajuste a las necesidades de salud, para proseguir con la determinación precisa de normas de calidad en su interior. Si es cierto, como se ha señalado repetidas veces que el acceso franco a la atención médica es un componente de la calidad de la vida, será necesario garantizar, en primer término, la calidad de la atención misma (Donabedian, 1981).

En nuestro país se han analizado los procedimientos seguidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y por la Secretaría de Salud, así como las publicaciones en revistas nacionales sobre aspectos importantes que afectan la calidad de la atención, procedimientos generales y particulares para los diferentes parámetros a evaluar, y resultados de la aplicación de algunos de estos procedimientos.

En 1956 el Hospital de "La Raza" inició en forma extraoficial la revisión de expedientes, formándose para 1957 la Comisión de Supervisión Médica del IMSS (González, 1972; citado por Aguirre-Gas, 1990).

En 1959 se integró la auditoría médica en el IMSS, se formalizó su realización en el Boletín Médico de la institución (1960) y se sentaron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico. En 1962 la Subdirección General Médica del IMSS publicó un Fascículo denominado: "Auditoría médica" (1962) (1), reeditándose nuevamente en 1964, con políticas similares en cuanto a la evaluación.

En el coloquio sobre Medicina Social efectuado en Panamá (1966), con motivo del XXV Aniversario de la Fundación de la Caja del Seguro Social de Panamá, se presentó el trabajo "La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de seguridad social" por el doctor Fernando González Montesinos (1972; citado por Aguirre-Gas, 1990) (2); en dicha ponencia se hace referencia a los antecedentes previos en la evaluación médica desde 1918, haciendo énfasis en la trascendencia del procedimiento para garantizar y promover una atención médica de calidad. En esta reunión se propuso la creación de un grupo de trabajo encargado de definir las normas básicas de calidad.

Para 1972 la Auditoría Médica evolucionó a Evaluación Médica, editándose por la misma Subdirección un fascículo de "Instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico" (IMSS, 1960; citado por Aguirre-Gas, 1990) (3), que representa un modelo que ha sido adoptado por el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (1982) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (1975). Como complemento imprescindible para lograr una evaluación efectiva, en 1973, la Subdirección editó las instrucciones para la correcta integración del expediente clínico en el documento "El expediente clínico en la atención médica" (IMSS, 1973; citado por Aguirre-Gas, 1990) (4), con el cual se definieron con precisión las reglas para su elaboración.

A partir de 1974 el grupo de González Montesinos (Ramos, Santiesteban, Pérez, Remolina, De la Fuente, Maqueo y Hernández; citados por Aguirre-Gas, 1990) iniciaron un número importante de publicaciones, relacionadas con la evaluación médica en aspectos como: la autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención (Pérez, 1974; citado por Aguirre-Gas, 1990); la autoevaluación de los casos de defunción que fueron sujetos a autopsia, con objeto de aprender con base en probables deficiencias médico-administrativas en la atención (González, Pérez y Ramos; citados por Aguirre-Gas, 1990); evaluación de la continuidad de la atención en los traslados interunidades de pacientes (Ramos y cols.; citados por Aguirre-Gas, 1990); evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros (Hernández, Ramos, Pérez y González; citados por Aguirre-Gas, 1990); la evaluación de la eficiencia de un médico con base en su productividad y sus posibles repercusiones en la calidad (Enríquez, 1976; De la Fuente, 1976; citados por Aguirre-Gas, 1990) y por último la publicación de los resultados obtenidos en la evaluación de 26 mil expedientes por el Departamento de Evaluación Médica de la Subdirección General Médica del IMSS (Maqueo, 1976; Hernández y cols., 1976; citados por Aguirre-Gas, 1990).

Aun cuando el enfoque fundamental es con base en la revisión del expediente clínico, ya se plantean otros aspectos que todavía no se han llegado a evaluar como son: las condiciones de dotación y funcionamiento del equipo médico, abastecimientos y dispendios del material de consumo y medicamentos, así como capacitación del personal (González, 1972; citado por Aguirre-Gas, 1990); la importancia de la participación del Jefe de Departamento Clínico (Riva, Aizpuru, Limón, González, Ramos y Pérez; citados por Aguirre-Gas, 1990);

la importancia de la relación médico-paciente (Pucheu, 1979; Tamayo, 1976; Garduño, 1976; citados por Aguirre-Gas, 1990) y el reconocimiento de los aciertos del personal en el desempeño de sus actividades, como factor de promoción de la motivación y como sistema de enseñanza (Pérez, 1974; Hernández, Ramos, Pérez y González, 1975; De la Fuente, 1976; citados por Aguirre-Gas, 1990). Se plantea una división operativa considerando la auditoría médica en interna (autoevaluación) y externa (evaluación) (González, 1972; Pérez, 1974; González y cols., 1975; Hernández y cols., 1975; citados por Aguirre-Gas, 1990).

Posteriormente, han aparecido publicaciones extensas en relación con la evaluación y administración de servicios de salud, que continúan desarrollando y consolidando este procedimiento como promotor de calidad y atención, así tenemos a Simón Feld (1978), Cordera Pastor (1983), Abedis Donabedian (1984) y González Posada (1984) (citados por Aguirre-Gas, 1990).

Con base en esta información se han generado y puesto en operación sistemas de evaluación en el ISSSTE (1985), y el IMSS (1983).

En Julio de 1987, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS" (5), incluyendo un "instructivo" (6) y una "Cédula de registro" (7), documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, que editó ese mismo año las "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud"(8) (Aguirre-Gas, 1990).

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que las Instituciones de Salud, han establecido sistemas de evaluación de la calidad de la atención prestada en dichas unidades, ya que anteriormente no se contaba con esto.

1.2 ¿ QUE ES LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA?

Como ya se ha señalado, son pocos los dirigentes que se han dado a la tarea de revisar aquellos aspectos que involucran la calidad de la atención en los Sectores de la Salud. La mayor parte de las evaluaciones de la atención médica se hayan limitadas a un mero recuento de las acciones emprendidas, sin plantearse el efecto real que dichas acciones tienen sobre la Salud ni la medida en que satisfacen las necesidades de los pacientes individuales y de la colectividad; y es aquí donde subyace el asunto fundamental de la calidad de la atención médica.

La problemática de este asunto se expresa en una serie de preguntas, de cuya respuesta depende hoy el sentido de una parte considerable de los esfuerzos por mejorar los niveles de Salud. Las interrogantes se inician en los planos conceptual y metodológico: partiendo en preguntarnos ¿qué debe entenderse por calidad de la atención médica, es una definición precisa y operacional?; ¿qué métodos pueden desarrollarse para lograr una percepción de la

calidad que, además de objetiva sea relevante en un proceso continuo de evaluación, con lo que ella implica la corrección de las fallas detectadas?. En un plano más concreto, surge la cuestión de quién debe encargarse de evaluar y Monitorear la calidad de la asistencia médica: ¿Son los propios médicos capaces de hacerlo o se requiere de una instancia externa a ellos?; ¿Cómo lograr en el primer caso, que la autoevaluación no sea un simple autoengaño y en el segundo que no se incurra en la creación de una burocracia cuya calidad misma como evaluadora pueda ser puesta en duda?. Dichas interrogantes inciden sobre los propósitos finales de la evaluación de la calidad: ¿debe ser un recurso más para preservar, con mínimos ajustes, el actual sistema de atención o bien un medio que, al detectar las fallas esenciales, acelere su transformación profunda?.

El asunto de la calidad suele enfrentarse a un panorama de indefiniciones conceptuales, de carencias metodológicas. Una situación similar se expresa al aplicarlo al término de la atención médica, donde los intentos por evaluar la calidad se han efectuado tradicionalmente a sólidas estructuras de poder gremial que a su vez encuentran gran parte de su sustento en una serie de recursos y de mitos: la ignorancia primigenia del público con relación a los procesos mórbidos y su incapacidad para definir sus propias necesidades: por ende la legitimidad de una confianza fuera de los conocimientos y la destreza de los médicos; el supuesto carácter singular y estrictamente cerrado de la relación médico-paciente, que aspira a aislarla de cualquier determinación y control social, y como consecuencia de todo ello, el expediente de una autorregulación profesional manteniendo lo más alejada posible cualquier falsa creencia externa.

Una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la calidad de la atención médica es Donabedian (1981), quién estableció los paradigmas básicos del campo de la organización y administración de la atención médica, una disciplina que si bien todavía es incipiente, ha llegado a acumular una gran cantidad de datos e ideas. Su gran aportación ha sido la sistematización de ese cúmulo de información, el esclarecimiento conceptual y la apertura de nuevos y sugestivos horizontes de investigación.

Define a la calidad como “una adecuación precisa de la atención a las necesidades de cada caso” (pp. 69); sugiere la posibilidad de expresar la calidad de la atención no como un valor en sí, sino en términos de su aportación a la duración y, sobre todo, a la calidad de vida; la calidad permite aplicar recursos que incrementen los resultados positivos de atención, dentro de un marco de escasez y estreches económica. En esta forma, los criterios cualitativos lejos de encerrarse a un criterio estrecho, se abren a la calidad en niveles cada vez más amplios y complejos. 7

El análisis del problema de la calidad debe empezar con una definición del modelo de atención que mejor se ajuste a las necesidades de salud, para proseguir con la determinación precisa de normas de calidad en su interior.

Además, considera que la definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres cosas:

- 1) El fenómeno que constituye el objeto de interés.
- 2) Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio.
- 3) Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

Debido a que existe una falta de claridad respecto a cada uno de los elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y confusión.

Con respecto al fenómeno objeto de interés, la mayor división ocurre entre dos escuelas de pensamiento; la primera se limita al desempeño de un profesional o técnico de la salud, o a un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional, en la atención de las personas que se han convertido en los pacientes. La segunda presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso, o incluso un sistema de atención médica. Según este último punto, al juzgarse la calidad de la atención no sólo debe evaluar lo que sucede con quienes la recibe, sino también cuántas personas se encuentran privadas de ella. La evaluación también debe determinar si la distribución de la atención médica entre quienes la necesitan, permite, que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se puede esperar beneficios óptimos. De aquí podemos decir que el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad. Es importante señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. En lo referente a la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención (Donabedian, 1981).

El objetivo de la calidad de la atención médica busca ser, el instrumento para integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica apoyándose en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación o autoevaluación que facilite la identificación de los problemas en la prestación de los servicios, planteando las alternativas de solución, llevando a cabo un seguimiento de la que se considera más adecuada hasta su solución. Con esto se busca contribuir a que la prestación de los servicios se logre con mayor calidad, eficiencia, y sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios.

Se recomienda que ésta se realice en forma programada, tanto en la fecha de su realización como en los aspectos que serán evaluados; esto en forma sistemática, permanente y continua, a fin de lograr identificar con oportunidad la problemática que se presente, para generar de inmediato los procedimientos necesarios que lleven a su corrección, y hacer el

seguimiento del grado de avance en su solución; debe ejecutarse participativamente entre evaluador y evaluado, a fin de analizar conjuntamente la problemática, definirla de común acuerdo y establecer el programa de solución, brindando por parte del evaluador la asesoría que se requiere. Los procedimientos se llevarán a cabo en forma objetiva, evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecida, con fines punitivos (Ruíz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre-Gas, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera, 1990). Más adelante se explicará con detalle los componentes que integran la calidad de la atención.

1.3 IMPORTANCIA TECNICA-CIENTIFICA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

Para México y otros países latinoamericanos, la importancia de la calidad médica radica en las bastas carencias cuantitativas respecto a la cuestión de la calidad de los Servicios de Salud: ya que es tiempo de preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesita, sino también, y de manera fundamental, por su tipo y calidad. De hecho, la aplicación de los servicios se han realizado principalmente sobre la base de un modelo de atención que restringe sus fundamentos teóricos al conocimiento sólo de las dimensiones biológicas e individuales, que olvida la promoción de la salud para centrarse en la reparación mecánica de órganos enfermos, que fragmenta las totalidades corporales y sociales en áreas de un enfoque de subespecialidades, que gravitan en torno a una tecnología muchas veces suntuaria, que encuentra en el hospital su espacio cerrado y jerárquico de operación, y que, en suma se olvida del panorama epidemiológico y de las necesidades, e incluso de las demandas explícitas de la mayoría de la población.

Con respecto a los métodos de evaluación de la calidad de la atención, Donabedian (1981) hace una contribución estimable, pues el desarrollo metodológico constituye una de las principales dificultades en el estudio de la calidad de la atención médica y también, de hecho, en todo el vasto territorio de la ciencia de la Salud. En la revisión que hizo respecto a este punto encontró gran cantidad de fallas profundas en el sistema de la atención médica, las cuales deberían ser motivo de reflexión y eventualmente de investigación en un país como el nuestro. Pero a pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Sin embargo, al revisar y analizar los esfuerzos independientes que se han llevado a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que se enfocan en aspectos muy variados relacionados con este tema.

En México, el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud se abocó a la tarea de elaborar una metodología que permitiera probar mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que se otorgan en las Instituciones de Salud.

Se consideró que, como primer paso para poder promover la calidad de la atención médica, debería conocerse cuáles son los aspectos que la determinan, cómo identificarlos y cómo asignar un juicio de valor a través de su verificación. Es, por tanto, necesario integrar un sistema de evaluación que permita conocer las características con que se otorga la atención, los problemas que la afectan en forma negativa y las situaciones que permiten promoverla y mejorarla; los mecanismos para el registro y seguimiento de los problemas captados hasta su solución y la difusión de aquellos procedimientos que, han demostrado mejorar la calidad y eficiencia, recomendándose su aplicación a un nivel general.

En años recientes, los "Círculos de Calidad" han adquirido relevancia creciente como elementos promotores de "Garantía de Calidad" en la atención médica. Diseñados originalmente como elementos de control de calidad y eficiencia en la industria, han sido adaptados a la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología y en el Hospital General "López Mateos" del ISSSTE. La metodología propuesta mediante la implantación de los círculos de calidad en los diferentes departamentos hospitalarios, es similar a la que se aplica por el cuerpo de gobierno del Hospital en la autoevaluación de la unidad a su cargo, a través del Sistema de Evaluación de la Calidad de la Atención en Unidades Médicas del Sector Salud, habiéndose aplicado desde 1983 en los Centros Médicos y Hospitales de alta especialidad del IMSS. Como paso a seguir deberán aplicarse los procedimientos de autoevaluación del nivel hospitalario en los diferentes servicios y departamentos clínicos del hospital (Ruíz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre-Gas, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera, 1990).

1.4 IMPORTANCIA ECONOMICA Y SOCIAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA.

El manejo de la relación interpersonal es, en gran medida, un "arte" debido básicamente a que no ha sido estudiada tan sistemáticamente como lo amerita. Tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, sobre todo desde el punto de vista del paciente. Por desgracia en los estudios sobre la calidad de la atención se ha hecho hincapié en la primera y se ha tendido a ignorar el segundo.

Al tratar sobre la calidad de la atención médica, un atributo importante para la política social es el costo, este ha sido excluido como si no fuera un obstáculo y cualquier paciente tuviera acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer. Si bien esta posición tiene un sólido fundamento ético, ignora ciertas realidades importantes. Todo mundo coincide en que no se debe nada que no aporte beneficios al paciente o que implique más riesgos que beneficios.

Tales maniobras son costosas y denotan una falta de criterio en el médico. Cuando escasea el dinero, es lógico suponer que se usarán aquellos procedimientos en los que el beneficio no le resulte muy alto en relación al costo. Pero, conforme aumenta la cantidad de dinero disponible, la atención se vuelve más elaborada y se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios netos exigüos en relación al costo.

Según la definición de la calidad, será el médico quien tendrá la obligación de informar al paciente y a su familia del balance de riesgos y beneficios y del costo monetario del beneficio neto esperado, a fin de que fuera posible tomar una decisión conjunta sobre lo que debe hacerse y sobre el momento de detenerse; es de esperarse que la decisión varíe de un caso a otro. Todo esto nos lleva a considerar que cada incremento en la "calidad" corresponde a un costo monetario, esperando que los pacientes que consultan al médico decidan en qué momento la "calidad" agregada no tiene el valor del costo adicional y por lo tanto no se desea, lo cual equivale a decir que ya no se le puede llamar "calidad". Todo esto supone que cada paciente paga por sí mismo los costos y recibe el beneficio completo de la atención médica. En nuestro complejo mundo esta suposición no es válida.

Los seguros de enfermedad y los programas gubernamentales reparten el costo de la atención entre mucha gente. Los beneficios de la atención pueden extenderse a otras personas, además de aquellas que la reciben directamente, y la sociedad puede hacer mayor hincapié en atender la salud de ciertos sectores, por ejemplo los niños, esto significa que la decisión social sobre los casos en que la calidad adicional no corresponde al costo adicional puede diferir de la decisión del individuo. De ahí, que el médico pueda verse confundido entre los intereses y deseos del paciente individual y las obligaciones que la sociedad le impone. El deseo de evadir este dilema moral puede explicar en parte, la resistencia que han mostrado los médicos ante los intentos de imponer normas públicas para la calidad de la atención. En tiempos pasados, el médico debía abstenerse de hacer lo que consideraba mejor para el paciente, cuando éste no podía cubrir los gastos haciéndolo sufrir ante esta situación; ahora quizá deba abstenerse de realizar algo que pudiera ser útil al paciente porque la sociedad lo limita, llevándole a creer que será atacado públicamente.

La mayoría de los sistemas de monitoreo de la calidad de la atención se realiza en dos etapas: en la primera, se identifican los casos que no se apegan a los criterios explícitos; en la segunda se someten dichos casos a un examen detallado por parte de otros médicos, práctica que es conocida como "revisión por colegas". Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado en el seno de la organización que proporciona a la atención, o fuera de ella, cumple con los objetivos del monitoreo, siempre y cuando se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada. Sin embargo, no llena por completo los requisitos más rigurosos de un juicio válido y confiable sobre la calidad de la atención. Para ello es necesario especificar al detalle las estrategias adecuadas de atención juzgadas según los beneficios que proporcionan y los riesgos y costos que implican (Donabedian, 1981).

1.5 COMPONENTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Donabedian (1981) señala que son elementos importantes para la evaluación de la calidad de la atención médica, la estructura, el proceso y el resultado.

La evaluación de la calidad consiste en un juicio sobre el proceso de la atención, proporcionado por los técnicos y profesionales en forma individual o colectiva. Cuando no se cuenta con información directa sobre dicho proceso o cuando ésta resulta incompleta, se pueden deducir algunas cosas sobre el "proceso", estudiando la "estructura" o el "resultado". Se entiende por "estructura" los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención. Se incluyen aquí el número, la combinación, y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control: el espacio, el equipo y otros medios físicos. Cuando evaluamos la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. Las conclusiones del análisis de ésta pueden ser seriamente cuestionables, debido a que aún se comprende poco sobre la relación entre el proceso y la estructura. Hay bases más sólidas para emplear el análisis del "resultado" cuando se quiere determinar la calidad de la atención prestada con anterioridad.

Los resultados de la atención son, básicamente, cambios en el estado de salud que se pueden atribuir a dicha atención. Estos cambios pueden ser dados en los conocimientos relacionados con la salud y en las actitudes y comportamientos del paciente (Kessner, Sanzaro y Williamson, 1968; Starfield, 1974; citados por Donabedian, 1981). El estado de salud en sí puede ser considerado desde una perspectiva limitada, como una función física y fisiológica; o, desde una perspectiva más amplia, que incluye también las funciones psicológicas y el desempeño social (Breslow, 1972, citado por Donabedian, 1981). De hecho, se están realizando numerosas investigaciones con el fin de idear alguna forma que combine todos estos elementos en una medida única que refleje no sólo la supervivencia sino también la calidad de esa vida (Fanshel y Bush, 1970; citados por Donabedian, 1981). Si se logra idear este tipo de medida, se podría expresar la calidad de la atención en términos de su aportación a la duración y a la calidad de la vida. En otras palabras, la calidad de la atención es proporcional al grado de mejoría de la calidad de la vida que logre brindar, suponiendo que el costo no constituya un obstáculo.

En los últimos años, este planteamiento, que resulta lógico y atractivo, ha ganado numerosos adeptos e intensificado la controversia entre quienes dan preferencia a la evaluación del proceso y quienes se basan completamente en el resultado. Dicha controversia surge de una concepción errónea. La evaluación de la calidad no es una investigación clínica destinada a establecer la relación entre el proceso y el resultado. Es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación, tomando en cuenta los límites actuales de la ciencia médica. Es cierto que los elementos del proceso pueden emplearse como indicadores de la calidad únicamente cuando existe una relación válida entre estos elementos y los resultados específicos pueden usarse como

indicadores de la calidad sólo en la medida en que exista una relación válida entre ambos. De esta manera, la validez reside no en la selección de elementos del proceso o del resultado, sino en lo que se sabe acerca de su relación. Si existe una relación válida, puede usarse cualquiera de los dos (depende de cuál pueda ser medido con mayor facilidad y exactitud); pero si no existe, ninguno puede usarse.

La estructura es una característica relativamente estable de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde se trabaja. Es por ello que la estructura es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación; no obstante, sólo puede indicar tendencias generales. Con respecto al proceso, con este término nos referimos a la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. Es éste el objeto primario de la evaluación, es decir, es la base para el juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar.

Con el resultado nos referimos a un cambio significativo en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica; incluyéndose el mejoramiento de la función social y psicológica, además del énfasis común sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la medicina, considerándose también como importantes las actitudes del paciente (por ejemplo, la satisfacción, la adherencia y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud). Es importante resaltar que la evaluación de la calidad de la atención médica tiene dos niveles de análisis interrelacionados: el cuantitativo y el cualitativo. El nivel cuantitativo se refiere específicamente a los aspectos aplicativos técnico-médicos y la suficiencia de recursos dentro de los contenidos de la estructura, proceso y resultado. El nivel cualitativo, aunque también considera los tres contenidos importantes de la evaluación establecidos por Donabedian (1981), se ha enfocado a la evaluación de la calidad de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente.

Se considera que la satisfacción del paciente, en relación a los Servicios de Salud, es 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. Por ello Donabedian (1981), considera que los pacientes tienen una importante contribución en cuanto a la definición de la calidad, ya que estos pueden determinar el valor que se le puede dar a los beneficios y riesgos esperados para la salud, valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal. De aquí que los pacientes son los definidores primarios de lo que significa la calidad de la atención médica.

1.6 IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A NIVEL TECNICO, MEDICO Y SOCIAL.

A través de diferentes mecanismos de evaluación se ha hecho énfasis en establecer juicios de valor relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de Salud, con base en la consecución de objetivos, logros de metas y administración racional de los recursos asignados.

La evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de la calidad eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación. (Donabedian, 1981). Ruelas (1990) la define como un juicio de valor que se emite al comparar una situación actual lograda con el nivel deseado o planteado para tal situación.

En relación con el término evaluación y específicamente la evaluación de la atención médica, se han propuesto numerosas definiciones, dentro de las más útiles podemos considerar las propuestas por Cárdenas de la Peña (1974) (9) (citado por Aguirre-Gas, 1990) quien considera a la evaluación de la atención médica como "la 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" (p.173).

En México, el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación la ha definido 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. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución; extendiéndose a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal" (Ruíz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre-Gas, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera, 1990) (p. 158) "Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos" (10, p. 158).

Cabe señalar que la mayoría de las definiciones concluyen en un mismo concepto: establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta para determinar la calidad con que se presta la atención a los usuarios de los servicios, es lo que se refiere a la infraestructura, equipo e insumos que son utilizados por los prestadores de los servicios, en la realización de las actividades.

INFRAESTRUCTURA

La valoración de la infraestructura física donde son realizadas las actividades por los prestadores de los servicios es uno de los parámetros de gran relevancia para determinar la calidad, por lo que es necesario identificar con precisión los principales sistemas (iluminación, ventilación, intercomunicación, hidráulico y sanitario) y áreas físicas (consulta externa, urgencias, hospitalización, bloque quirúrgico, cuidados intensivos, laboratorio de análisis clínico y gabinetes de radiología) que permitan al usuario un desplazamiento adecuado por los diferentes servicios de la unidad.

EQUIPO

La instrumentación de las diferentes áreas que conforman la unidad, con el equipo adecuado en cada una de ellas, es otro indicador importante que permitirá elaborar juicios de valor en relación con las acciones desarrolladas por el personal, satisfaciendo con ello las necesidades mínimas indispensables para otorgar servicios de buena calidad a los usuarios de los mismos, por lo que es necesario obtener información sobre la cantidad y calidad de los recursos en cada una de las unidades, mismos que deberán ser comparados con las normas emitidas por las áreas responsables de su equipamiento, dándose una calificación con base en el mayor o menor cúmulo de recursos disponibles en cada una de las áreas evaluadas.

INSUMOS

La solución adecuada de la patología detectada en los usuarios de los servicios, va a estar íntimamente relacionada con los insumos utilizados; es por esto que se requiere elaborar perfiles epidemiológicos que sean congruentes con la patología de la región, la patología detectada en los servicios de las unidades y la cantidad de pacientes atendidos, ya que en relación con esto se determinará la calidad y la cantidad de los insumos que deberá tener cada unidad, mismos que serán utilizados para el adecuado manejo de los usuarios en la resolución de sus problemas, bajo la normatividad y esquemas terapéuticos emitidos por las áreas sustantivas.

RECURSOS HUMANOS

Otro de los factores que debe ser evaluado para determinar la calidad de la atención es la utilización de recursos humanos capacitados para tener y resolver en forma oportuna la problemática expuesta por los usuarios de los servicios; así se puede decir que a mejores recursos humanos, mejor será la atención que se de a los usuarios; sin embargo, lo anterior no será suficiente si no se cuenta con la accesibilidad que permita al público llegar hasta la

unidad, por lo que un proceso regionalizado con unidades estratégicamente ubicadas será la mejor solución para la utilización adecuada de los mismos.

El Sistema de Evaluación de la Calidad de la Atención en Unidades Médicas del Sector Salud es susceptible de ser aplicado por diferentes niveles jerárquicos:

- Nivel del servicio o departamento clínico, médico, paramédico, o administrativo de la unidad, por el responsable del mismo en su área de competencia (autoevaluación).
- Nivel de unidad médica por el responsable, jefe directo o cuerpo de gobierno a cargo de la misma, para la supervisión de cada uno de los servicios que la integran o como autoevaluación de su propia unidad.
- Nivel superior estatal, regional, delegacional o zonal para la evaluación de cada una de las unidades médicas incluidas en el ámbito de su responsabilidad.
- Nivel central institucional o sectorial, para establecer juicios de valor con base en la verificación de los resultados informados por niveles jerárquicamente inferiores, o a su comparación con medidas o promedios nacionales, sectoriales, institucionales, regionales, etcétera.

Ruiz de Chávez y cols. (1990) proponen que la evaluación debe ser permanente y periódica; permanente a nivel de autoevaluación de los servicios, sujeta a verificación mensual o cuatrimestral por el cuerpo de gobierno de la unidad médica, el cual en forma periódica estará evaluando los diferentes servicios. Las autoridades en salud estatales o delegacionales supervisarán y evaluarán las unidades médicas cada cuatro o doce meses, dependiendo de su problemática y complejidad, por otro lado, los niveles central, institucional, y sectorial evaluarán anualmente a los niveles estatales o delegacionales y, conforme a programa, a las unidades de salud.

En cuanto a los responsables de la aplicación y la periodicidad éstos dan lugar a que se difiera en forma significativa la identificación de problemas de atención y el establecimiento de programas tendientes a lograr su solución; por lo tanto se recomienda que el sistema tenga una aplicación permanente y programada en cada una de las áreas de la unidad de salud (autoevaluación), con objeto de identificar con oportunidad la problemática existente y de que se puedan establecer las medidas necesarias para resolverla, tan pronto como sea factible, sin tener que esperar varios meses para una nueva visita de evaluación.

Aguirre-Gas (1990) considera que para la aplicación del sistema se puede contar con instrumentos en forma de cédulas, las cuales permiten establecer el diagnóstico situacional e identificar la problemática vigente. Con objeto de lograr la mayor eficiencia en la aplicación de las cédulas, los conceptos contenidos en éstas pueden ser modificados conforme a las características y necesidades específicas de evaluación, en un determinado servicio o unidad. Las unidades del sector salud cuentan con instrumentos tales como instructivos y manuales para el correcto funcionamiento de los comités técnicos de las unidades: Comité de Evaluación del Expediente Clínico; Comité de Detección, Prevención

y Control de las Infecciones Hospitalarias; Comité de Mortalidad y Morbilidad; Comité de Tejidos, Comité de Investigación; Comité de Suministros o Abastecimiento; Comité de Formación y Desarrollo del Personal; Comité de Conservación y Mantenimiento; y Comité de Salud.

Un instrumento fundamental para la evaluación de la calidad de la atención es el expediente clínico, las instituciones médicas del sector salud tienen documentos normativos en los que se encuentran explícitas las características que deben reunir todos y cada uno de los registros.

Especial mención como instrumentos de promoción y evaluación de la calidad de la atención, requieren los comités técnicos de las unidades de atención, en cuanto a sus objetivos y atenciones. La responsabilidad de la atención de las normas correspondientes a los comités, recaerá en el subdirector de la unidad o en su defecto en el director; cada comité estará integrado por un presidente, un secretario y los vocales que se considere convenientes.

Con respecto al Comité de evaluación del expediente clínico.

Es el expediente clínico el que ha sido instrumentado tradicionalmente para evaluar la calidad con que se otorga la atención por el personal médico (Donabedian, 1984; Cordera, 1983; citados por Ruíz de Chávez y cols., 1990), y recientemente por el de enfermería (IMSS, 1983; citado por Ruíz de Chávez y cols., 1990). Su función principal es la verificación de la calidad de los registros del expediente clínico, tanto en presentación como en contenido, como reflejo de la calidad con que se otorga la atención médica, con retroinformación al personal involucrado con objeto de superar los registros y la calidad de la atención. Las funciones de este Comité no son excluyentes de la responsabilidad del jefe de servicio o del departamento clínico, de revisar los registros de los médicos bajo su responsabilidad y la calidad con que se atiende a los pacientes.

Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.

Si consideramos que la principal expectativa de un paciente al recibir atención en una unidad médica es la solución de sus problemas de salud, la adquisición de una infección en ocasiones grave representa la antítesis de la calidad. Dentro de sus funciones para abatir la adquisición de infecciones intrahospitalarias podemos encontrar:

- Detectar, notificar, registrar y analizar las infecciones hospitalarias con objeto de determinar su prevalencia y distribución en el hospital y por área.
- Definir con precisión las actividades y criterios para la correcta realización de los procedimientos por cuya práctica se favorece la adquisición de infecciones intrahospitalarias: elaborar los instructivos correspondientes, difundirlos entre el personal que los requiera para su aplicación y supervisar su cumplimiento; entre otras más.

Comité de mortalidad y morbilidad.

Un parámetro negativo evidente de la calidad con que se otorga la atención es la mortalidad. La función de dicho comité radica en determinar las causas de mortalidad en forma genérica y en casos específicos, para establecer posibles errores u omisiones en los procedimientos de salud pública, con objeto de generar acciones preventivas, modificar procedimientos de diagnóstico o tratamiento, corregir errores o llevar a cabo protocolos de investigación que permitan elevar los conocimientos en determinada patología, mejorar la calidad con que se otorga la atención y abatir las tasas de mortalidad.

Comité de Tejidos.

Su función consiste en verificar la correcta indicación y realización de los procedimientos quirúrgicos, retroinformación al personal involucrado, promover la modificación de criterios o técnicas quirúrgicas, promover la capacitación del personal que lo requiera o evitar que el personal insuficientemente preparado practique determinadas intervenciones.

Comité de Investigación.

El progreso de los conocimientos técnicos en salud pública, primer nivel o unidades hospitalarias requiere de la realización de proyectos y protocolos de investigación que a través de su difusión, permitan elevar el nivel de conocimientos en determinada especialidad, patología, procedimiento o técnica.

Dentro de sus funciones podemos encontrar:

- Establecer y proponer líneas de investigación prioritarias congruentes con los problemas de mortalidad prevalentes y procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Promover la difusión de los trabajos de investigación realizados a través de secciones académicas de la unidad estatales, regionales, delegacionales, nacionales o internacionales; entre otras.

Comité de Suministros y Abastecimientos.

Dicho comité es concebido como una operación integral del proceso de abasto que comprende la compra, resguardo, y distribución de bienes, constituyen la parte medular para la atención integral de la población usuaria de los servicios de salud. Exige implementar tareas de supervisión interna en las actividades relativas al proceso, cuya finalidad es conocer en forma oportuna la realidad que se presente en las compras, el almacenamiento y la distribución de los bienes e insumos; el control que se ejerza constituirá un verdadero filtro que permita captar irregularidades a tiempo, abatiendo los errores en el desabasto y por ende en la atención de la población usuaria. Algunas de sus funciones son:

-Determinar las necesidades de insumos en las áreas sustantivas de los servicios de salud en forma integral.

-Vigilar la calidad de los insumos que se reciben exigiendo que se cumplan los requisitos mínimos de calidad establecidos; entre otras.

Comité de formación y desarrollo del personal.

La calidad con que se realicen las acciones en los servicios de salud tienen relación directa con la capacidad que tenga el personal para solucionar los problemas detectados en la población usuaria de los servicios; es por ello que se requiere de programas de formación y desarrollo del personal que le permitan obtener los conocimientos mínimos que puedan utilizarse en la solución de esos problemas.

Por lo anterior se hace indispensable la creación de un comité técnico encargado del análisis de los programas desarrollados en los servicios de salud para la formación, desarrollo y actualización permanente del personal, elevando la calidad de la atención en beneficio del usuario. Las funciones de este comité son:

- Planear, organizar y evaluar los programas para la formación y desarrollo del personal en las unidades de salud;

-Promover la capacitación y desarrollo del personal, contribuyendo a elevar la calidad del mismo;

-Revisar y evaluar la calidad de los profesores, así como el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se impartan en las unidades de salud.

Comité de conservación y mantenimiento.

El establecimiento de normas y procedimientos para los servicios de conservación y mantenimiento de las unidades de salud, son indispensables para que las operaciones específicas del servicio médico se desarrollen en forma sistemática en un marco de eficiencia y eficacia.

Las actitudes de conservación y mantenimiento se realizan en forma organizada, de acuerdo con los procedimientos que se establezcan y en atención a las características específicas de las instalaciones y equipos con que cuentan los servicios de salud, a fin de evitar interferencias en la prestación de servicios que redunden en la calidad de los mismos.

El Comité de Conservación y Mantenimiento será el encargado de realizar las siguientes funciones:

-Planear, organizar, dirigir y controlar los recursos destinados a la conservación y mantenimiento de las unidades de salud;

- Difundir y hacer cumplir las normas y lineamientos para realizar el mantenimiento oportuno de las unidades;
- Revisar el estado físico y funcional de las unidades de salud; entre otras.

Comité de salud.

Es el organismo de la comunidad integrado con personas prestigiadas por sus atributos de solvencia moral, responsabilidad y capacidad de servicio social, que han sido elegidas y aceptadas por la población para coadyuvar a la solución de los problemas y necesidades de salud, cuyo objetivo principal es el de colaborar en forma voluntaria con los organismos oficiales o instituciones interesadas en la organización de la comunidad para el estudio, ejecución y control de programas preventivos, de asistencia médica y de promoción de la salud; este comité cumplirá con su objetivo a través de las siguientes funciones:

- Representar los intereses de la comunidad en materia de salud y actuar como grupo de enlace entre la comunidad y sus autoridades; con personal de salud y otras dependencias.
- Analizar, conjuntamente con el personal de salud, los problemas y necesidades relacionadas con la salud de la población y las posibles soluciones, dándolos a conocer entre la comunidad.
- Promover la participación activa y organizada de la comunidad en los programas y servicios de salud y de mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas, puede enfocarse desde distintos puntos de vista en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que la requiere.

Expectativas de las instituciones.

La institución o unidad médica que otorga la atención, pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad, calidad en la aplicación de las normas y programas que la propia institución emiten, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la mortalidad, y con ausencia de quejas.

Expectativas del trabajador.

El trabajador espera dar atención a los pacientes contando con instalaciones, equipo e instrumental apropiados; coordinación y apoyo de las diferentes áreas que participan en la atención del paciente; reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas y remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Expectativas del paciente.

Los pacientes que tienen acceso a las instituciones del sector salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en funciones de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención, cortesía y oportunidad; con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura y ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y de enfermería; con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental de consumo suficiente, disponible, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación.

También esperan contar con personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; con una realización óptima del proceso de atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; y con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema o problemas que motivaron el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación, regreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención (Ruíz de Chávez y cols., 1990; Aguirre-Gas, 1990).

Los estudios de psicólogos latinoamericanos que tienen que ver con los Servicios de Salud han sido realizados principalmente en Brasil, Cuba y Venezuela. Los más frecuentes son aquellos que tienen que ver con la conducta de la población hacia los Servicios de Salud, donde se destaca por su número, los estudios cubanos que tratan sobre la evaluación de los Servicios de Salud que recibe la población y su motivación para la utilización de unos y otros servicios. Sobre todo, se ha buscado conocer el grado en que la atención brindada satisface las expectativas y aspiraciones de la población en cuanto a diferentes aspectos de la misma, tales como la comunicación de información y comunicación afectiva en la relación médico-paciente, tiempo de espera para ver al médico, para obtener turno, para los exámenes complementarios, la percepción del estado higiénico de las instalaciones, etcétera. (García, 1985).

Con respecto a la satisfacción Aguirre-Gas (1990) realizó un estudio en donde participaron 33 hospitales (26 generales, un regional, 6 de especialidades); siete del distrito federal, 22 en áreas urbanas de los estados y 4 hospitales rurales. En dicho estudio se llevaron a cabo encuestas de opinión, entrevistándose a 735 pacientes en consulta externa, 853 en hospitalización y a 1353 trabajadores. Las preguntas realizadas durante la entrevista fueron destinadas a explorar la oportunidad en la atención, la orientación en los pacientes sobre la utilización de los servicios, la relación médico-paciente, la información médica, el cumplimiento de las citas en consulta, la oportunidad, el trato cortés, y la calidad de los alimentos.

En los trabajadores se exploraron 10 principales áreas determinantes de satisfacción, estas se plantearon a fin de poder contestar en forma afirmativa o negativa.

Como resultados de este estudio se encontró que el grado de satisfacción de los pacientes de consulta externa varió del 76 al 88%, correspondiendo en primera instancia a información médica en donde la satisfacción alcanzó únicamente el 76% y el cumplimiento de las citas un 88%. En hospitalización, se observaron porcentajes bajos de satisfacción en cuanto a la atención por parte de la dietista (28%) y por trabajo social el 51%. La orientación del paciente a su ingreso obtuvo un 61% de los casos, la calidad de los alimentos se consideró como adecuada en un 71%. En la relación médico-paciente y en la información médica se logró la satisfacción en un 74% y 75% respectivamente; los mayores porcentajes de satisfacción fueron para el servicio de enfermería en cuanto a atención oportuna (82%) y trato cortés (85%). Con respecto a los trabajadores, como era de esperarse dada la situación económica en el país, la satisfacción más baja en relación con las expectativas de los trabajadores fue con el salario que perciben (43%), situación inadecuada en el área de trabajo (62%) y pocas expectativas de superación (75%). Sólo el 68% de los trabajadores consideró que contaban con apoyo institucional; el 75% considera que su trabajo es reconocido por su jefe inmediato superior y un 78% acepta que es importante la satisfacción en el desempeño del trabajo. El 99% de los trabajadores se considera integrado en equipos de trabajo y reconoce la trascendencia del mismo; el 95% estuvo dispuesto a apoyar a sus compañeros y el 97% considera que requieren capacitación.

A través de los diferentes procedimientos para evaluar la calidad de la atención se consideró, inicialmente, que eran importantes los aspectos técnicos-médicos, desarrollándose metodologías de alta calidad para su verificación. Aguirre-Gas (1990) considera que ha sido hasta los últimos años cuando se empezó a tener en cuenta la satisfacción del derechohabiente por los servicios recibidos, misma que no estaba exclusivamente en función de la calidad y resultados del acto médico sino de aspectos relacionados con el trato humano, la oportunidad, la relación médico-paciente, la información, etcétera.

A través de este estudio han quedado patentes varios niveles de insatisfacción por la atención recibida, en relación con los aspectos antes mencionados; esto debe llevarnos a realizar medidas preventivas y correctivas tendientes a lograr que una atención de óptima calidad no sea desvirtuada por aspectos mucho más sencillos de lograr con una buena disposición del personal y organización de los servicios.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención, en virtud de que no es factible conseguir que una persona realice un trabajo de calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo. Con frecuencia la disponibilidad de recursos para realizar un trabajo con la calidad deseada no son accesibles, causando insatisfacción del trabajador; sin embargo existen situaciones que pueden mejorar la satisfacción en el desempeño de las labores cotidianas, como son una mayor participación en la organización del trabajo, expectativas de superación para el

trabajador que actúa con eficiencia y calidad, y especialmente un trato adecuado y reconocimiento por el jefe inmediato superior, cuando los resultados obtenidos en el desempeño de sus funciones hubieran sido los esperados o mejores.

La evaluación sistemática de la satisfacción de los derechohabientes y trabajadores, aporta un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales.

Como podrá observarse, los enfoques en relación con la calidad de la atención son diferentes y la evaluación debe dar atención a cada uno de ellos; sin embargo, en algunos de los aspectos señalados existen concordancia de las expectativas entre dos o inclusive entre los tres actores en la atención médica, debiendo lograrse un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por otra, partiendo de la base del derecho a la salud de los pacientes y de la disponibilidad limitada de recursos del país.

No es factible esperar que se otorgue una atención de calidad cuando no se dispone de los recursos suficientes que permitan satisfacer las necesidades de la población demandante, tanto como cuando dicha atención se otorga por personal que no está satisfecho en el desempeño de sus labores.

No es factible que el presupuesto para la salud sea ilimitado, aún en los países más ricos del mundo, por lo cual debemos propiciar la eficiencia y administración racional de los recursos en las unidades médicas.

La evaluación debe detectar la problemática en estos aspectos, a fin de promover su solución (Ruíz de Chávez y cols., 1990; Aguirre-Gas, 1990).

Por todo ello, se ha dicho que el objetivo principal de la evaluación de la atención médica es el contribuir a que la prestación de los servicios médicos se realicen dentro de las normas establecidas de calidad, con sentido social, humanitario y congruente con los parámetros de eficiencia esperados, a partir del conocimiento de las condiciones con que estos servicios se otorgan.

CAPITULO 2. LA SATISFACCION MEDICA DEL PACIENTE CON RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.1 IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE (SATISFACCION).

La satisfacción del paciente en relación a los Servicios de Salud es 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.

La evaluación del cuidado de la salud hasta ahora ha tendido a ser explorada a través de los estudios de satisfacción del paciente y no sólo hacia lo técnico. Esta ha sido examinada por un gran número de razones. Primero, se ha argumentado que la evaluación del cuidado de la salud debería no sólo contener mediciones de efectividad clínica y eficiencia económica, sino también medidas de aceptabilidad social, considerando a la aceptabilidad social como la visión del público o de la comunidad acerca del cuidado de la salud; otros sugieren que la medición de la satisfacción del paciente es importante no por que ésta sea un resultado para nuestro propio bien, sino por que tiene una influencia en el estatus de salud y en los resultados médicos. En este contexto, la satisfacción del paciente es vista como parte del "proceso" del cuidado de salud y puede tener una influencia en dos formas. Los niveles de satisfacción del paciente han mostrado influencias en el porcentaje de uso de servicio médico y porcentajes de quejas relacionadas con los consejos médicos y régimen médico; se puede ver claramente que el hecho de no usar un servicio adecuadamente o tomar algún medicamento puede influir en los resultados de salud. Se ha encontrado que los niveles de satisfacción del paciente están directamente asociados con resultados terapéuticos y los estatus de salud; aún no es claro por qué existe esta relación, aunque ésta puede proponer el valor terapéutico de la relación médico-paciente o los aspectos sociales del proceso curativo. La segunda razón se debe a que existe un vínculo con las creencias políticas, ya que hay quienes enfatizan la necesidad y la importancia de la perspectiva del paciente como una forma de democratización de los servicios de salud y contrarrestar el poder de los intereses de los profesionales y del Estado. Alternativamente, hay quienes usan una política filosófica diferente, haciendo énfasis en la soberanía del consumidor y en el abastecimiento del cuidado de la salud, esperando responder directamente a las preferencias y demandas del paciente. La tercera razón es vinculada con la ética profesional o con el aspecto humano; la idea fundamental es que el médico trabaje sobre las metas del paciente y con ello responder a las necesidades y deseos de éste (Calnan, 1988).

Por lo anterior, podemos decir que la comunicación en la relación médico-paciente es un factor importante, ya que si el médico conoce las expectativas del usuario, éste podrá hacer cambios para mejorar la calidad de atención y así producir una mayor satisfacción en éste. Por tal motivo se ha considerado que los pacientes son una importante vía de

conocimiento para determinar el valor que se le puede dar a los servicios de salud y con esto evaluar la calidad de la atención médica.

La satisfacción del paciente ha sido considerada como un aspecto importante en el cuidado de salud, pero ¿Qué se entiende realmente por satisfacción?

2.2 EVALUACION DE LA SATISFACCION MEDICA DEL PACIENTE.

En las últimas décadas se han realizado numerosas actividades para mejorar hasta donde sea posible la calidad del cuidado de salud, por ello se le ha dado mayor atención a la contribución que los pacientes pueden hacer (Koninklijke, 1990; Raad, 1990; citados por Wensing, Grol y Smits, 1994). Para esto se han propuesto algunos métodos, por ejemplo, la evaluación sistemática de quejas, inspecciones por comité de pacientes y reporte de los pacientes (investigación de satisfacción).

La satisfacción del paciente puede ser: 1) un medio para alcanzar la calidad en el cuidado; 2) el resultado del cuidado proporcionado; 3) un indicador de esos aspectos de cuidado que pueden ser mejorados (en caso de insatisfacción) o 4) ser usado para evaluación de la calidad del cuidado por medio de valores objetivos previamente determinados (Harteloh y Casparie, 1991; citados por Wensing y cols., 1994).

Un estudio realizado por Wensing y cols. (1994) lo llevó a la conclusión de que en el campo de la práctica general del cuidado relativamente pocos progresos han sido hechos en relación al desarrollo del reporte del paciente como una metodología para mejorar la calidad.

Varias aproximaciones, han tratado de reunir información relacionada con la actitud del paciente hacia los médicos y el cuidado de éstos. El problema en esta cuestión ha sido básicamente doble: la primera, responde a atender a un estereotipo socialmente aceptable en donde con poca frecuencia se expresan actitudes negativas; la segunda, no puede proveer una medida cuantitativa que refleje el nivel de satisfacción de cada respuesta.

Para vencer esas dificultades, una técnica de escala psicológica ampliamente usada por Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (1970), el Thurstone "Method of Equal Appearing Intervals" (p.429) ha sido adoptada al problema de medición de la satisfacción del paciente con el cuidado médico. Esta técnica ha sido exitosamente usada para medir las actitudes hacia fenómenos tales como raza, religión y política; pero no ha sido aplicada al estudio de la satisfacción con el cuidado médico. La técnica requiere del desarrollo de un gran número de planteamientos que ayuden a expresar variedad de desacuerdos ya se favorables o desfavorables hacia el cuidado médico principal. Estos planteamientos son entonces emitidos a uno o más paneles de juicios. Los juicios son solicitudes para ordenar cada planteamiento a lo largo de un rango extremadamente favorable a extremadamente desfavorable. Los juicios no son preguntas para expresar sus acuerdos o sus desacuerdos

personales con los planteamientos, pero indican el grado en el cual el planteamiento refleja un sentimiento favorable o desfavorable hacia el cuidado médico y a estos mismos. Cada planteamiento es entonces una medida mediana y una estimación de la variable dependiente en el grado de la cantidad de aprobación de los juicios; además de equidistar en un punto a lo largo de la escala y exhibir altas aprobaciones que posteriormente son aplicadas a la población en estudio.

En comparación con miembros de Committe of Clinical Investigation of American Academy of General Practice and Support from the Bureau of Health Services, USPHS, una escala para medir la satisfacción del paciente con el cuidado médico ha sido desarrollada para validar la base teórica por la técnica "Equal Appearing Interval". Hulka, Zizanski, Casser y Thompson (1970), realizaron una revisión bibliográfica para determinar apropiadamente las áreas contenidas alrededor de las cuales los planteamientos relacionados a las actitudes hacia los médicos y al cuidado médico deberían ser desarrollados. Las tres áreas contenidas frecuentemente discutidas fueron: competencia profesional, calidad personal y costo / conveniencia. La escala de 1 a 9 fue utilizada, esta iba de más favorable bajo uno, menos favorable bajo 9 y neutral bajo 5. Los planteamientos (149) fueron dados y evaluados en tres grupos diferentes, compuestos por médicos, trabajadores sociales y miembros de un club de mujeres, la escala de valores obtenidos para cada planteamiento fue comparado con la cantidad de los grupos y el coeficiente de correlación por el método de Pearson, éste fue de .98 y .99. Estos altos valores reafirmaron la suposición de que las personas con diferentes actitudes y características pueden realizar juicios confiables.

El pre-test fue reportado con un bajo índice en el grupo de madres blancas y negras en una clínica. Paralelamente, la confiabilidad fue probada para cada una de las tres áreas contenidas con resultados de coeficiente de correlación de .75 para calidad personal, .63 para competencia profesional y .43 para costo/ conveniencia. El bajo valor de la última categoría puede estar en función de la diversidad de contenidos expresados por los planteamientos o debido al tamaño de la muestra.

La utilización del cuestionario en la evaluación del paciente facilita el descubrimiento de un vínculo entre tres tipos de quejas que han llegado a verse como la satisfacción del paciente: mantenimiento de citas, la conducta de intervención para cumplir con las recomendaciones del tratamiento y el uso del medicamento (Williams y cols., 1994).

Recientemente se ha aceptado la idea de estudiar las actitudes en relación a la satisfacción del paciente con el cuidado médico; por ello, la satisfacción o insatisfacción ha sido sugerida como un criterio para medir la calidad del cuidado (Hulka y cols., 1970).

Una amplia definición de actitud es dada por Fishbein y Ajzen (1975; citados por Linder-Pelz, 1982.), quienes representan una escuela de Psicología han hecho una fundamental distinción entre actitud y percepción (McGuire, 1969; citado por Linder-Pelz, 1982). Ellos

sugieren que: “la mejor característica que distingue actitud de otro concepto es esta evaluación o afectividad natural; esto es, una evaluación general o sentimientos favorables o desfavorables hacia el objeto en cuestión. Por lo que sugieren que la “actitud” (p. 578) deberá ser medida por un procedimiento en donde coloque al objeto en una dimensión evaluativa afectiva bipolar frente a frente con un objeto dado”.

De acuerdo a esta distinción, la expresión de satisfacción o insatisfacción es claramente una expresión de actitud y puede ser tratada teóricamente y metodológicamente como tal; es por eso que la satisfacción es considerada una actitud positiva. Fishbein y Ajzen (1975; citados por Linder-Pelz, 1982) definen a la satisfacción del paciente como una evaluación positiva de distintas dimensiones del cuidado de salud. El cuidado bajo evaluación puede ser una visita a una clínica, un tratamiento para una enfermedad, un cuidado o plan de salud particular, o el sistema en general del cuidado de salud.

Una actitud tal como la satisfacción del paciente es basada en dos distintas partes de información: fuertes creencias y atributos de evaluación.

Lawler (1971; citado por Linder-Pelz, 1982) revisó muchos estudios de satisfacción, observando discrepancias entre la teoría de equidad y la teoría de realización. Las discrepancias en la teoría de equidad están en donde la satisfacción es la percepción pero no necesariamente actual, entre lo que un individuo desea y lo que ocurre. La teoría de realización similarmente define a la satisfacción como la diferencia entre lo deseado y lo que es recibido, esta teoría considera la simple diferencia entre lo que ocurre y lo que debe ser / lo que era esperado / y lo que era deseado. El tercer punto de teorías revisada por Lawler (1971; citado por Linder-Pelz, 1982) fue la teoría de equidad; esta propone que la satisfacción es percibida equitativamente, o percibida como un balance de potencia y rendimiento (Williams y cols., 1994).

Fishbein y Ajzen (1975; citados por Linder-Pelz, 1982) distinguieron actitud de percepción. Un tipo de percepción son las creencias. Las creencias se refieren a la cognición, mientras que las actitudes se refieren al afecto. Las creencias representan la información que un individuo tiene sobre un objeto; ellos vinculan un objeto con algún atributo. En su revisión sobre las teorías de actitud ellos encuentran que la mejor explicación de relación entre creencias y actitudes es la teoría de “expectativa-valor”. Las expectativas son creencias de una respuesta que serán seguidas por algún evento; un evento tiene ya sea un balance o afecto positivo o negativo. Entonces de acuerdo al modelo “expectativa-valor”, creer y asociar evaluaciones son los determinantes de una actitud; es decir, “la actitud de una persona hacia un objeto está relacionada a sus creencias de que el objeto posee ciertos atributos y sus evaluaciones de esos atributos”(p. 578) (Fishbein y Ajzen, 1975; citados por Linder-Pelz, 1982).

Thibaul y Kelley (citados por Linder-Pelz, 1982), propusieron que “la gente evalúa circunstancias en relación a lo que ellos creen, otros lo llevan a cabo o en relación a lo que ellos mismos han experimentado en el pasado” (p. 580).

Entonces, el término nivel de comparación se refiere a una norma o punto de referencia en contraste con el cual una relación es evaluada, y es experimentada como satisfactoria o insatisfactoria. Así, el modelo de Thibaul y Kelley (citados por Linder-Pelz, 1982), es útil para generar hipótesis en relación a los determinantes de satisfacción en el cuidado de salud. Lo más importante de este modelo es que demuestra la importancia del estudio de varias escalas que la gente usa para hacer evaluaciones.

2.3 PROBLEMAS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS A LOS QUE SE ENFRENTA LA DEFINICION DE SATISFACCIÓN MEDICA DEL PACIENTE.

Sobre los pasados 30 años numerosos investigadores han dado gran importancia a la satisfacción del paciente en los servicios de cuidados de salud. En particular Donabedian (1966; citado por Like y Zyzanski, 1987) ha sugerido que “La efectividad del cuidado” en ganar y producir salud y satisfacción como definida por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el validador esencial de la calidad del cuidado.

Pascoe y Linder-Pelz (1983, 1982; citados por Hall y Dornan, 1988) consideran que la satisfacción se basa en la función curativa del funcionamiento del sistema; es decir, es un indicador directo. La satisfacción muestra también los valores y expectativas que refleja el paciente en relación a diferentes aspectos del cuidado médico, asimismo, refleja los efectos de variables antecedentes con el actual cuidado de salud (Roberts, Pascoe y Atkinson, 1983; citados por Hall y Dornan, 1988).

Un estudio realizado por Linder-Pelz (1982) presentó una definición conceptual de la satisfacción del paciente como “la evaluación positiva del individuo a distintas dimensiones del cuidado de salud”(p. 583). Aquí, cuatro variables psicosociales fueron identificadas como determinantes probables de esa evaluación positiva, expectativas (percepción), valor (actitud), dar derecho a algo, ocurrencias y comparación personal. Y justo a estas, 6 hipótesis específicas como variables antecedentes que determinan subsecuentemente insatisfacción o satisfacción. Estas fueron:

1. La satisfacción estará directamente relacionada a la suma de los productos de creencias (expectativas) y valoraciones (valores) en relación a aspectos del cuidado.
2. La satisfacción variará positivamente cuando la amplitud de lo que es percibido ocurre coincidiendo con su expectativa a priori.
3. La satisfacción estará directamente relacionada con los índices de ocurrencia; menos los índices de expectativa, todo dividido entre los índices de expectativa.
4. La satisfacción variará positivamente con la frecuencia de ocurrencia y la expectativa sólo cuando el objeto es evaluado.

5. Una combinación de expectativas positiva y ocurrencias positivas mostrarán altos índices de satisfacción mientras las expectativas positivas y ocurrencias negativas darán como resultado bajos niveles de satisfacción.

6. La satisfacción será mejor cuando la ocurrencia sea percibida como buena o mejor que, aquella recibida por otros.

Linder-Pelz y Struening (1982; citados por Linder-Pelz, 1982) definen a la satisfacción del paciente como "la actitud positiva del individuo hacia la evaluación positiva del cuidado o cuidados de salud que él experimentó" (p. 587). La satisfacción del paciente es multidimensional, así como el individuo evalúa distintos aspectos del cuidado y en suma hace una evaluación de los eventos del cuidado como un todo. Estas evaluaciones pueden ser medidas en términos de amplitud de agrado o desagrado con los enunciados afectivos sobre el cuidado de salud.

La cantidad de determinantes probables de la satisfacción de un individuo con un evento de cuidado de salud esta en su o sus percepciones y actitudes a priori del evento. Actitudes a priori son los valores que un individuo atribuye a diferentes aspectos del evento. 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 cuidados de salud.

En el estudio manejó como variable dependiente a la satisfacción y como variables independientes (expectativa, dar derecho a algo, valores). La escala de valores de satisfacción fue identificada como la medida de satisfacción en relación con la conducta del médico, convencimiento de la visita clínica y satisfacción general en la visita. Como resultado del estudio encontró que no hay una interacción efectiva entre expectativas y valores, es decir tienen efectos independientes de la satisfacción. Las expectativas son los más importantes antecedentes de la variable psicológica y tienen efectos independientes significativos en dos de las tres escalas de satisfacción, estos hallazgos sugirieron que la creencia a priori acerca de la conducta del médico juega un papel significativo en la evaluación subsecuente de determinación de la conducta de éste. Esto sugiere que los pacientes probablemente expresan satisfacción no importando el cuidado que el médico dio. Prácticamente los efectos independientes de la expectativa en la satisfacción con la conducta del médico implica que el personal clínico y particularmente los mismos médicos pueden asegurar la satisfacción (porcentaje favorable) en sus clientes provocando expectativas positivas.

Además observó que la percepción de ocurrencia de los pacientes tiene un efecto independiente en la tasa de satisfacción. Las ocurrencias percibidas son, sin embargo, problemáticas para estudio porque ellas se confunden con satisfacción. Por lo tanto se concluye que la satisfacción no está en función de la interacción de expectativas, valores y ocurrencias, sino que está en función de las contribuciones independientes de las expectativas y las ocurrencias percibidas. Esta conclusión coincide con los hallazgos

respecto a que los valores no explican directamente mucha de la variación en la satisfacción.

Locker y Dunt (1978; citados por Like y Zyzanski, 1982) establecieron que es raro encontrar el concepto de satisfacción del paciente, ya que ha sido pequeña la atención que se ha dirigido a desarrollar una buena teoría sociopsicológica que defina la satisfacción.

Un gran número de investigaciones recientes en la práctica general y familiar, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, y clínicas con pacientes psiquiátricos, han sugerido que la satisfacción continuamente se ha derivado de la percepción que los pacientes tienen respecto a los resultados del cuidado y el desacuerdo con el cual éste conoce su o sus expectativas. Linder-Pelz (citado por Like y Zyzanski, 1982) examinó las expectativas del paciente (las que ocurrían anticipadamente), valores que debería tener (que es importante o evaluado), ocurrencias percibidas (que fue percibido para que ocurriera), y satisfacción de la visita a una clínica de cuidado urbano. Dicho estudio probó que las expectativas del paciente fueran o no fueran conocidas, son un determinante importante en la satisfacción del paciente. La satisfacción del paciente provee, potencialmente un indicador directo del sistema de ejecución y una medida de elección entre estrategias alternativas en el cuidado de salud (Fitzpatrick, 1991; citado por Lewis, 1994).

Intentar poner la satisfacción en el contexto de un trabajo teórico incluye un modelo de valor-expectativa (Linder-Pelz, 1982; citados por Lewis, 1994), por lo cual la satisfacción es definida como "una evaluación positiva de distintas dimensiones del cuidado de salud". Usando este modelo autoriza y percibe a las ocurrencias como predictores de satisfacción, siendo las expectativas el predictor más significativo. Similares sistemas incluyen un modelo de solicitudes (satisfacción - premio, deseo - premio recibido) y un modelo de discrepancia (satisfacción = a expectativa-premio) (Wilkinson, 1986; citado por Lewis, 1994). De acuerdo con Pascoe y Attkisson (1983; citado por Lewis, 1994), muchos estudios implícitamente favorables muestran que el sentido de cuidado de salud de los individuos en relación a sus expectativas y satisfacción no son confiables. Sin embargo, las discrepancias entre las expectativas del paciente y sus experiencias en el encuentro clínico han mostrado una significativa relación con su satisfacción. (Brown y Swartz, 1989; citados por Lewis, 1994).

Cartwright y Anderson (1981; citados por Calnan, 1988) mostraron en un estudio que las actitudes de los pacientes en 1964 y nuevamente en 1977 expresaban críticas de ciertos aspectos de cuidado proporcionados por los servicios. Un estudio realizado por Halpern (1985; citado por Calnan, 1988) demostró que el nivel de satisfacción era alto para esos que habían tenido una directa experiencia en los cuidados del hospital, estando muy satisfechos el 62%. Ese mismo estudio mostró que un 26 % de la muestra utilizada había usado una o más formas de medicina alternativa, tales como, osteopatía, herbolaria o acupuntura. El uso de la medicina alternativa, es de alguna forma el reflejo de una insatisfacción general con la medicina científica o puede ser usada sólo para resaltar la insatisfacción con el cuidado de

condiciones específicas y entonces aportar un complemento para un cuidado médico convencional.

Un estudio realizado por Taylor-Gooby (1986; citado por Calnan, 1988), consideró las actitudes públicas hacia el National Health Service comparado con cuidados médicos privados, el estudio reveló una marcada insatisfacción; aunado a que el cuidado de salud privada era vista como superior en comparación al cuidado de salud pública, principalmente en términos de supremacía del consumidor, control e igualdad de provisión. Hay evidencia que sugieren que la suscripción a seguros privados de salud han incrementado en Inglaterra en años recientes. Hay una variedad de posibles explicaciones del incremento en la demanda de los consumidores para los seguros médicos privados y cuidado médico privado (Laring, 1985; citado por Calnan, 1988).

Muchas de las investigaciones en relación a la satisfacción del paciente es deficiente en métodos, también mucha de la literatura relevante ha sido generada en los Estados Unidos (Lewis, 1994). Desde 1960 los investigadores han medido la satisfacción del paciente con sus cuidados médicos y la han correlacionado con variables externas tales como antecedentes del paciente, conducta proporcionada y características situacionales. Muchas de estas investigaciones muestran una débil base teórica y es frecuente que el producto de la combinación de la satisfacción con cualquier otra variable está en estudio. Aunque tales aproximaciones no invalidan los resultados obtenidos, esto da al campo una creencia de dirección y progreso hacia cuestiones particulares. Dos formas de mejorar esta situación es por un lado hacer más investigaciones que estén basadas en teoría, por ejemplo pruebas teóricamente derivadas de modelos de satisfacción como una función de los valores expectativas y experiencias actuales de los pacientes (Linder-Pelz, 1982; citado por Hall y Dornan, 1988) para asegurar el papel de la satisfacción en la conducta en la salud.

Muchas de las investigaciones en satisfacción, se han enfocado a la construcción de variables dependientes (determinadas por los pacientes y características del servicio) o variables independientes (predictiva de conductas subsecuentes). Muy pocas investigaciones de satisfacción han sido diseñadas para proveer datos que expliquen la asociación entre la satisfacción del paciente y características del servicio, o entre satisfacción y conductas subsecuentes de los pacientes (Ware, 1976; 1978; Locker y Dunt, 1978; citados por Linder-Pelz, 1982).

Hay entonces una necesidad de trabajo hacia un modelo explícito de satisfacción con el cuidado de salud; es decir, un modelo que defina el concepto y especifique varias determinantes y consecuencias.

Un punto de discusión en las investigaciones de satisfacción se ha enfocado al problema de la medición. Importantes contribuciones ha hecho Ware (citado por Like y Zyzanski, 1987) propone una taxonomía de 8 diferentes dimensiones para la satisfacción del paciente: arte del cuidado, calidad técnica del cuidado, accesibilidad/ conveniencia, administración,

ambiente físico, disponibilidad, continuidad y eficacia/ resultados del cuidado. Ware (1976; 1978) realizó una revisión de la literatura de satisfacción de los pacientes, lo que le permitió concluir que la cantidad publicada de estudios de la satisfacción del paciente con un gran número de ítems pueden ser agrupados de acuerdo a la construcción que él intentaba medir. Estos parecen ser 10 constructos: accesibilidad/conveniencia, disponibilidad de recursos, continuidad del cuidado, eficacia/resultados del cuidado, financiamiento, humanismo, información recolectada, información dada, agradabilidad de cercanía y calidad/competencia.

Wensing y cols. (1994) propusieron el reporte del paciente como un método de calidad seguro en la práctica del cuidado en general. Hicieron la comparación con una revisión de Hall y Dorman (1988; citados por Wensing y cols., 1994) con reportes del pacientes en relación al cuidado de la salud en general, en donde incluyó aspectos de cuidado similar a aquellos ocurridos en los aspectos usados tentativamente en el estudio de Wensing y cols. (1994); desafortunadamente su lista es mucho más limitada. Los puntos de mayor importancia en su estudio fueron: a) características, b) medición de características, c) discriminación, significado de altos y bajos porcentajes de respuestas de insatisfacción por ítem o dimensión y porcentaje de ninguna respuesta. La medición de los juicios de los pacientes en el campo del cuidado de la práctica general mostraron que fueron relativamente frecuentes las respuestas sobre aspectos fijos como: esmero, humanidad, informatividad y disponibilidad. Aspectos como competencia profesional, indicación, empatía y acomodación fueron incluidos con menor frecuencia. Los aspectos que difícilmente fueron incluidos son:

- Efectividad
- Conformidad, seguridad, higiene, nutrición.
- prevención de cuidados superfluos y tema en los pacientes (los efectos de una enfermedad en el funcionamiento de los pacientes); sin embargo, estos aspectos también pueden ser relacionados con aspectos de esmero.
- Confianza mutua y cooperación: Aspectos concernientes a la relación entre el médico general y el paciente, el cual también puede ser relacionado con aspectos de humanidad.
- Responsabilidad y autonomía: aspectos relacionados a la responsabilidad del paciente por su propia vida.
- Continuidad y eficacia, cuidado integral, privacidad material, accesibilidad física y financiera; fueron aspectos relacionados a la organización del cuidado.

En los estudios de Hall y Dorman (1988) la continuidad, la disponibilidad y la empatía aparecen frecuentemente en comparación a la competencia profesional.

El método que utilizaron fueron entrevistas realizadas en diferentes momentos y lugares para ver los juicios del paciente en el campo del cuidado en la práctica general. El 75% de los estudios de los pacientes fueron directamente contestados a juicios pasados, un 7.5% fueron referidos indirectamente (a través de experiencias) y un 15% usaron preguntas

directas e indirectas. Sólo 8 publicaciones (20%) dan detalles de confiabilidad (Alpha de Cronbach, la cual varió de 0.66 a 0.88. Para establecer la discriminación de valores, el porcentaje de insatisfacción por ítem o dimensión fue examinada. Todos los cuarenta estudios consideraron esa variedad de valores de 0 a 77% respondieron insatisfacción. Para cada estudio por separado los más altos y los más bajos porcentajes por ítem o dimensión fueron registrados. El porcentaje más bajo de insatisfacción fue de 10.4 %, mientras que el mayor porcentaje de insatisfacción fue de 28%. Hubo una variación de acuerdo con el tipo de pregunta o al procedimiento que se usó en la entrevista, el máximo nivel de insatisfacción fue encontrado en entrevistas realizadas por correo, las entrevistas realizadas antes de la visita al médico mostraron porcentajes más altos de insatisfacción y el más bajo mínimo nivel de insatisfacción. El lugar de la entrevista parece que tiene un pequeño efecto en el nivel máximo de insatisfacción, pero el mínimo de insatisfacción fue más alto cuando los pacientes eran entrevistados en sus casas. Considerando la influencia de los aspectos de medición en los porcentajes de insatisfacción, la clase de pregunta parece ser que ejerce fuerte influencia; otra influencia fue el lugar en donde se respondió el cuestionario, como fue el número de ítems (correlación de Pearson entre no-respuestas y número de ítems que fue de 0.02)

Hall y Dornan (1988) utilizaron un instrumento que se puede describir en términos de cuatro factores: franqueza, especificidad, tipo de cuidado y dimensionalidad. En cuanto a franqueza, una pregunta es directa si el paciente está contestando directamente a su satisfacción, e indirecta si ellos contestan sólo para describir o evaluar su cuidado. La especificidad, se refiere a cuestiones tales como a una visita, o una evaluación de los servicios de salud o médicos en general. El tipo de cuidado se refiere al tipo de cuidado o servicio que está siendo evaluado. Dimensionalidad, se refiere a los diferentes aspectos del cuidado que el instrumento requiere sobre aquellos sistemas que están siendo evaluados y la conducta de el personal, sin que ésta sea la que es evaluada (humanismo, informatividad, calidad, competencia técnica, procedimientos burocráticos, acceso o capacidad, costo, facilidades físicas, continuidad, resultados, problemas psicosociales).

De las 16 variables metodológicas que fueron examinadas en relación a la satisfacción, sólo 6 mostraron diferencias significativas.

Se observó que los pacientes estuvieron más satisfechos cuando estaban aún en el tratamiento a diferencia de cuando no lo estaban. Su hipótesis se basó en el proceso cognitivo, en donde una experiencia negativa puede ser más fácil de recordar (está más disponible en la memoria) (Lochman, 1983; citado por Hall y Dornan, 1988), y es dada por la posibilidad de consecuencias catastróficas de un cuidado de salud pobre. Posiblemente los pacientes evalúan el número absoluto de elementos negativos que les han ocurrido. Entonces, un referente más general sería asociado con más eventos negativos. Una segunda hipótesis gira en relación a la motivación de los pacientes, es decir, se observa que existe una relación significativamente lineal entre las primeras tres categorías, todo lo concerniente al propio cuidado del paciente y a la última categoría, la cual se refiere a los

médicos o cuidado de salud en general. Esto sugiere que la distinción subsecuente del paciente es el cuidado de éste contra el cuidado en general. En el cuidado "en general" los pacientes pueden dibujar un estereotipo negativo de los médicos y cuidado médico, y así introducir una vía negativa del extremo general de la atención. Por lo anterior, se sugieren investigaciones en donde el reporte sea más completo con respecto a las características de la muestra y los resultados de satisfacción (ambas satisfacciones medidas en relación a los médicos y correlacionadas con otras variables), además de hacer más investigaciones en relación con el aspecto de satisfacción (por ejemplo satisfacción con problemas psicosociales y resultados del cuidado).

Subsecuentemente estudios de factor analítico confirmaron cuatro factores actitudinales de satisfacción: conducta del médico, disponibilidad de servicios, continuidad/ conveniencia y mecanismos de acceso. Similarmente, Hulka (1970; 1971; citado por Like y Zyzanski, 1987) desarrolló un instrumento de satisfacción el cual examinó las actitudes hacia las tres áreas contenidas, competencia profesional, calidad personal y costo / conveniencia.

Feletti , Firman y Sanson-Fisher (1986; citados por Lewis, 1994) compararon las expectativas (el doctor ideal antes de la entrevista clínica) con resultados (reporte de experiencias del encuentro) en pacientes australianos, encontrando 5 factores significativos como predictivos del resultado, uno de los cuales (competencia técnica) relaciona las cualidades interpersonales: comunicación, cuidado y confianza (24% de varianza), actitudes del médico (5%) y conductas del personal de confianza del paciente (5%), competencia técnica (4%) y confianza generada en el médico (3%). Like y Zyzanski (1982; citados por Lewis, 1994) hicieron una distinción entre las expectativas del paciente y sus solicitudes, ellos separaron 5 dimensiones respecto a solicitudes: información médica, asistencia psicosocial, atención terapéutica, consejos generales de salud y tratamiento biomédico; argumentaron que el hecho de que las solicitudes fueran llenadas pueden ser un mejor determinante de satisfacción. Brody (1989; citado por Lewis, 1994) hizo distinción entre deseos y expectativas: a través de las expectativas parece relacionarse a la satisfacción, siendo menos claro con los deseos. Brody encontró una congruencia entre deseos y resultados percibidos, estos no fueron generalmente relacionados a la expresión de satisfacción. Ware, Davier-Avery y Stewart, 1978; Ware y Snyder, 1975; citados por Lewis, 1994) propuso ocho dimensiones respecto a la satisfacción del paciente: arte del cuidado, calidad técnica del cuidado, accesibilidad/ conveniencia, entorno médico, finanzas, continuidad, disponibilidad y eficacia/ resultados del cuidado. Como resultado de una investigación inicial, estas fueron reordenadas en cuatro factores: conducta del médico, disponibilidad de servicios, continuidad/ conveniencia y costo, este modelo no hace distinción entre arte y aspectos técnicos del cuidado (Like y Zyzanski, 1987). Greenfield y Attkisson (citado en Lewis, 1994) también incluyen estas dos nociones. Ellos encontraron dos factores de satisfacción: 1). Habilidades del médico, el cual incluye seis ítems: manera del médico, conocimiento y competencia, satisfacción general, habilidad para escuchar y entender, entereza y confidencialidad; 2). Resultados percibidos, la cual incluye ayuda relacionada a los síntomas, mantenerse bien/ prevenir enfermedades. Hulka, Zyzanski,

Casser y Thompson (1970; 1971; citado por Lewis, 1994), enfatizaron sólo tres dimensiones: competencia profesional, cualidades personales y costo/ conveniencia, pero hicieron una fundamental distinción entre el arte del cuidado (cualidades personales) y aspectos técnicos del cuidado (competencia profesional). Lupton y Lloyd (1991; citado por Lewis, 1994) también mantuvieron tal distinción, y preguntó a los pacientes sobre las cualidades de un buen doctor, encontrando que el 65 % respondieron en relación a la afectividad y el 56 % a aspectos instrumentales del cuidado. A través de un meta-análisis realizado por Hall y Dornan (1988; citado por Lewis, 1994), categorizaron 12 elementos de la satisfacción del paciente:

- 1) Satisfacción general (total).
- 2) Satisfacción con el acceso (conveniencia, horas de traslado, distancia, disponibilidad percibida, facilidad para hacer citas, etcétera).
- 3) Satisfacción con el costo.
- 4) Satisfacción con la calidad total (Incluyendo el tiempo que el paciente gasta con el proveedor).
- 5) Humanismo (calor, respeto, consideración, deseo de escuchar, conductas no-verbales habilidades interpersonales).
- 6) Competencia técnica.
- 7) Información proveída.
- 8) Organización burocrática (incluyendo tiempo de espera).
- 9) Facilidades físicas (capacidades funcionales, estéticas, estacionamiento, etcétera).
- 10) La atención de problemas psicosociales.
- 11) Continuidad del cuidado.
- 12) Producto del cuidado.

Se han investigado ya varios factores que influyen en el reporte de satisfacción del paciente (Lewis, 1994). Cuando se hacen preguntas generales acerca de la satisfacción se obtienen niveles elevados (95 %) de satisfacción (Williams y Calnan, 1983; citado por Lewis, 1994). Solamente una variable demográfica en este estudio correlación significativamente con la satisfacción: edad ($r = -0.23$ P mayor a 0.001), en donde la gente de más edad muestra mayor satisfacción que la joven; ninguna otra variable parece tener mayor significancia. Sin embargo, parece ser que el nivel de educación está significativamente asociada con la satisfacción (entre más educación menor grado de satisfacción) (Stephoe, Sutcliffe, Allen y Coombes, 1991; citado por Lewis, 1994), al igual que el estatus social (más alto = más satisfecho) y estado marital (casado = más satisfecho), pero no existe evidencia clara de esto. Asimismo no se han encontrado resultados concluyentes respecto a sexo, etnicidad y tamaño de la familia; sin embargo, puede ser debido a que no se hacen las mismas preguntas, no se evalúa el mismo servicio y no se consideran los motivos de la consulta y el ambiente en que se aplica el cuestionario.

Las diferencias psicológicas también han sido abordadas. Se han estudiado diversas habilidades y características como son: el estilo habitual de afrontamiento con el estrés

(Steptoe y cols., 1991; citado por Lewis, 1994) y la búsqueda de información contra la evitación del mismo. Mostrando que aquellos que estuvieron más satisfechos con la información que recibieron fueron los más evitadores en su estilo de afrontamiento, por otro lado los pacientes más informados fueron los menos satisfechos con la información que a ellos se les dio. Se concluye que las tendencias de los pacientes a buscar o evitar la información necesita ser tomada en cuenta.

Otros factores psicológicos que se ha hipotetizando influyen en la satisfacción del paciente son: las estrategias de auto-percepción, el deseo de agradar, una reacción a la extra atención, el efecto de la investigación misma y la disonancia cognitiva (la tendencia a justificar las propias acciones juzgándolas positivamente) (Wilkinson, 1986; citado por Lewis, 1994).

Otros factores han sido el estado de enfermedad, las restricciones y los productos de la atención. En relación al estado de enfermedad aquellos con mayor enfermedad se muestran más agradecidos; y los que tienen menos restricciones, muestran que las expectativas aquí juegan un papel más crítico.

El producto del tratamiento no debe dejarse de lado en la contribución a la satisfacción, sin embargo, es un factor que casi no se aborda (Hall y Dorman, 1988; citado por Lewis, 1994); esto es debido a que los pacientes frecuentemente hacen evaluaciones antes de que los productos se conozcan, sobre todo en investigaciones de atención primaria.

En suma, la valoración de los factores que afectan a 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 tales factores, sus características (naturaleza) y las formas de interacción que adoptan. Establecer las relaciones de tales factores en la población usuaria de los servicios de salud permitirán explicar los datos obtenidos en la evaluación y reorientar los mismos para incrementar su calidad de manera efectiva. No es suficiente evaluar sólo las expectativas y valores como parte de la satisfacción pues éstas sólo explican el 10% de la varianza.

2.4 ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA SATISFACCIÓN MEDICA DEL PACIENTE.

Donabedian (citado por Williams, 1994) establece que la satisfacción del paciente puede ser considerada como un elemento en el estado de salud. La satisfacción del paciente es de importancia fundamental como una medida de calidad del cuidado por que ésta da información del éxito proporcionado y se conoce esos valores y expectativas en los cuales el cliente es la última autoridad. La medida de satisfacción es, entonces, una herramienta importante para investigar, administrar y planear.

La explicación de la Psicología Social sugiere que los niveles de satisfacción están condicionados por las diferencias entre qué espera el paciente y qué es lo que recibe. Sin embargo, algunas evidencias sobre investigaciones de calidad realizadas por Fitzpatrick (1983; citado por Calnan, 1988) sugieren que el concepto de expectativa del paciente es problemática, ya que mucha gente no tiene ninguna expectativa o no está segura acerca de que es lo que espera.

Calnan (1988) considera que el elemento que influye en la percepción del cuidado de salud es la evaluación que el paciente hace del médico; por ejemplo, el doctor familiar puede ser esperado a jugar una variedad de roles, los cuales incluyen médico como técnico para tratar cuidados menores, como diagnosticador e informador dado por los signos y síntomas del problema, como proporcionador de consejos para pacientes ansiosos y como consultor de problemas psicosociales. En estos ejemplos los pacientes hacen diferentes demandas y evalúan el cuidado médico de acuerdo a si esas demandas fueron conocidas. Un segundo elemento es el nivel y la naturaleza de las experiencias del cuidado de salud individual (su o sus redes sociales); así cualquier expectativa del paciente puede llegar a ser creada por sus experiencias. Los dos elementos discutidos muestran que la evaluación puede estar formada por experiencias específicas y razones específicas. Un tercer elemento son los valores o ideologías socio-políticas bajo los cuales el cuidado de salud se basa; esos valores estructuran en una forma general lo que la gente espera. El cuarto elemento son los juicios que se hacen acerca del cuidado de salud, este elemento se encuentra vinculado con el primero, en donde la razón para que un individuo pida ayuda en algún servicio específico, se verá influido por sus ideas acerca de salud y enfermedad; sin embargo, el concepto de salud también puede estar influenciado en cómo la gente evalúa el cuidado de salud. Algunos estudios realizados por Calnan y Williams (1983; citados por Calnan, 1988) han demostrado que la población tiene varias definiciones multidimensionales de salud. Dichas definiciones sus ideas sobre lo que constituye el cuidado de salud y su evaluación. Blaxter y Paterson (1982; citado por Calnan, 1988), ven a la salud como la ausencia de serias enfermedades y define el cuidado de salud principalmente en términos de la provisión de servicios curativos.

Existen probablemente otros elementos que pueden ser de crucial importancia como son las características sociodemográficas de la población, estas podrían ser consideradas como elementos mediadores. Por ejemplo, existen evidencias respecto a que los niveles de satisfacción varían con la edad (Halpern, 1985; citado por Calnan, 1988), esto puede ser explicado por diferencias de salud y experiencias del cuidado asociados con la edad, pudiendo ser relacionadas con diferentes grupos, o con diferencias ideológicas en la aproximación del cuidado de salud asociadas con diferentes generaciones.

Otro respecto de importancia es el impacto del contexto en el cual la investigación de satisfacción ha sido desarrollada. Resultados confusos han sido obtenidos, por ejemplo, en relación a la satisfacción del paciente y las características sociodemográficas tales como la

edad, educación, tamaño de familia, ingresos, estado civil, ocupación, raza, religión, sexo y clase social (Fox y Storms, 1981; citados por Like y Zyzanski, 1987).

Las expectativas, valores y ocurrencias percibidas muestran efectos independientes en la satisfacción del paciente durante la visita clínica; sin embargo, estas variables sociopsicológicas explican al menos el 10% de la varianza en la satisfacción del paciente. La solicitudes del paciente parecen ser una variable sociopsicológica importante pero no examinada en este estudio.

Like y Zyzanski (1987) examinaron las siguientes cuestiones:

- 1) La relación entre el cumplimiento de las solicitudes del paciente en relación al servicio y la satisfacción del paciente con el entorno clínico.
- 2) El grado de satisfacción en el entorno clínico explicada por las cualidades de éste y comparado con las características del paciente, de los médicos y del sistema de cuidado de salud. Dos hipótesis de investigación fueron empíricamente probadas: 1) El cumplimiento de solicitud del paciente es directamente asociada con la satisfacción del paciente y con el entorno. 2) El cumplimiento de solicitud del paciente producirá un gran porcentaje en la varianza de satisfacción en comparación con otras características de los pacientes, médicos y sistema del cuidado de salud. En el estudio participaron 144 pacientes del Hospital de la Universidad de Cleveland Family Practice Center, primero hicieron una entrevista sobre las perspectivas del paciente (PPI) y después aplicaron un inventario de solicitudes del paciente en relación al servicio (PRFSS). El PPI es una entrevista semiestructurada de 23 ítems que explora las razones del paciente para la visita (pre-visita), sobre las expectativa en relación al tiempo de espera con el doctor y características sociodemográficas (edad, sexo, raza, estado civil, educación, ocupación, clase social y métodos de salud para su cuidado). El PRFSS es un cuestionario de 27 ítems auto-administrable en el cual se cuestiona al paciente sobre cómo selecciona un servicio en particular (por ejemplo, yo quiero que el doctor me diga que causó el problema), éste es el tipo de ayuda que a ellos les gustaría recibir todos los días en su visita; 25 ítems son usados para operacionalizar las dimensiones de información médica, asistencia psicosocial, atención terapéutica, consejos generales de salud y tratamiento biomédico. La escala usada fue "sí o no", sí, si ellos consideraban importante la respuesta en particular; usaron una escala Likert, 1, si era un poco importante o 4, si era extremadamente importante.

El PSRS es un cuestionario de 32 ítems auto-administrado después de la visita, está basado en el PRFSS, aquí se les pregunta a los pacientes si ellos recibieron un servicio particular en todo el día de su visita; las opciones de respuesta podían ser "sí o no". La variable independiente fue operacionalizada por cuatro aspectos: 1) Servicio recibido menos servicio deseado, 2) Servicio recibido dividido por servicio deseado, 3) Número de deseos conocidos y 4) Número de deseos no conocidos. Una serie final de 5 preguntas midieron el grado de satisfacción del paciente con el encuentro médico (variable dependiente del estudio), los rangos de satisfacción iban de 0 a 100% satisfechos. Las cuestiones a explorar fueron: 1)

Estuvo satisfecho con el médico sobre las razones por su visita de hoy, 2) Estuvo satisfecho con el médico y con el tipo de ayuda que usted quería recibir., 3) Estuvo satisfecho con el tipo de ayuda que usted recibió hoy, 4) Estuvo satisfecho con la cantidad de tiempo (minutos) que el médico utilizó y 5) Estuvo satisfecho con la visita de hoy.

El PCPQ es un cuestionario de 23 ítems auto-administrado después de la vista, aborda aspectos sobre: 1) El sexo y el nivel de tratamiento médico y el tipo del encuentro clínico, 2) El tipo de ayuda (problema o información relacionado a la salud, pruebas de diagnóstico, tratamiento biomédico, atención terapéutica y asistencia social, 3) Tipo de ayuda que le fue proporcionada, 4) La presentación de quejas de los pacientes, 5) El primero y segundo diagnóstico clínico, 6) Los sentimientos del médico hacia el paciente (se usó una escala Likert de 5 puntos, 1 = no le gustó al paciente a 5 = le gustó al paciente), y 7) La propia satisfacción del médico con el encuentro clínico (de 0 a 100% línea de satisfacción).

Dado el gran número de variables independientes y la línea de intercorrelación éstas se agruparon 5 grupos conceptuales: sociodemografía del paciente, conducta de enfermedad, encuentro con el médico o sistema, y características del cuidado de salud sobre el encuentro de satisfacción del paciente. Las características sociodemográficas y conductas de enfermedad de los pacientes ya han sido explorados por Like y Zyzanski (1987). La continuidad del cuidado entre los pacientes y su médico personal mostró un 40% de los encuentros clínicos y la estimación de los pacientes que ellos habían permanecido 24 minutos en promedio con el médico. En general, los pacientes estuvieron altamente satisfechos con su visita al Centro; significa que la satisfacción con el encuentro basado en la suma promedio de los cinco ítems de satisfacción del paciente en el PSRS fue de 88.8 % (desviación estándar 15.6 % Alpha de Cronbach 0.92). Las variables independientes mostraron ser estadísticamente significativas en relación (usando un criterio Alpha de P mayor a 0.05) a la satisfacción del paciente con el encuentro en donde se incluyeron: características sociodemográficas con el paciente, conducta de enfermedad del paciente, características del sistema de cuidado de salud y características del encuentro con el médico. Se observó un incremento hacia la satisfacción del paciente con el encuentro en pacientes de edad avanzada (P igual a 0.006), de baja clase social (P igual a 0.06) y en aquellos quienes permanecían más tiempo con el médico (P igual a 0.05). Los datos fueron correlacionados utilizando una r de Pearson con las características sociodemográficas del paciente (las pacientes del sexo femenino obtuvieron un 0.17% de satisfacción), y variables como: conducta de enfermedad del paciente y encuentro con el médico. Estadísticamente estuvo relacionada con la satisfacción del paciente y con el encuentro, en donde los sentimientos positivos del médico hacia el paciente, y el incremento en la satisfacción del médico con el encuentro, fue asociado con el incremento en la satisfacción del paciente. Por otro lado, el incremento en el número de solicitudes y en el tiempo deseado por el paciente con el médico fue asociado con el decremento en la satisfacción del paciente. Las variables independientes de los cuatro bloques fueron estadísticamente significativas en relación al encuentro y a la satisfacción del paciente. Posteriormente fueron sometidas a un análisis de regresión (usando P mayor a 0.05 como criterio) para seleccionar la mejor variable de cada

grupo. Las seis variables seleccionadas fueron: 1) Sexo femenino, 2) Número de días entre la primera y segunda visita al Centro y la exigencia de conocer el problema que presentaba el paciente, 3) Sentimientos del médico hacia el paciente y 4). Deseos conocidos y deseos no conocidos. En general los pacientes estuvieron altamente satisfechos con su encuentro clínico en el Centro; la solicitudes (deseos conocidos y deseos no conocidos) obtuvieron menos del 19% de varianza en la satisfacción del paciente con el encuentro. Los investigadores hipotetizan que el hecho de que los cuestionarios sean auto-administrados pueden tener algún efecto en la satisfacción del paciente. Un número de médicos que participaron en el estudio observaron que los pacientes que completaron el instrumento antes de la visita parecen ser más organizados en la forma en que se presentaron clínicamente; por ello sugieren que para futuras investigaciones se incluya un grupo control de pacientes que completen en su visita posterior el PSRS, sí primero había sido administrado en la pre-visita. La importancia de introducir un diseño experimental y cuasi-experimental para futuros estudios es para analizar la relación entre médico-paciente que recientemente ha sido discutida por Garrity (1983; citado por Like y Zyzanski, 1987). El hecho de utilizar entrevistas y cuestionarios de papel es debido a la facilidad en su administración, además de que tiene un excelente aceptación por ambos, tanto por el médico como por el paciente. Por otro lado el estudio de la relación de solicitudes y el entorno de satisfacción necesita una observación directa (uso de vídeo tape, audio tape u observador) para comparar el objetivo con los resultados del proceso clínico y con las impresiones subjetivas obtenidas por las entrevistas y cuestionarios. Por lo anterior, se sugiere que para futuras investigaciones se exploren áreas tales como: inhabilidades del paciente (Patrick, Serivens y Charlton, 1983; citados por Like y Zyzanski, 1987) angustia psicológica, satisfacción general de vida (Greenley y Young, 1983; citados por Like y Zyzanski, 1987), satisfacción previa con un medio o proporcionador del cuidado de salud (Caterinicchio, 1979; Mirowsky y Ross, 1982; citados por Like y Zyzanski, 1987) y otras características del sistema de cuidados de salud, por ejemplo, tiempo de espera, costo del cuidado, tipo de prácticas, tipo de médicos, continuidad del cuidado (Hulka, Kupper, Casser y Bobinears, 1975; Starfield, Steinwachs, Morris, Bause, Siebert y Westin, 1979; Ross, Mirowsky y Duff, 1982; y Zastowni, Raghmann y Henast, 1983; citados por Like y Zyzanski, 1987), además de abordar la perspectiva del paciente sobre el soporte empírico que provee el sistema ya que para nosotros las experiencias de sentido común que suceden en el encuentro clínico son experiencias que son un importante determinante en la satisfacción del paciente (Like y Zyzanski, 1987; Salinas, 1995).

En México, se carece de información amplia acerca de los factores psicológicos que influyen en la satisfacción de los pacientes, falta determinar la naturaleza de las expectativas de los pacientes y las experiencias anteriores a la última consulta que conforman tales experiencias y su vinculación con los componentes que realmente consideran los individuos en su evaluación. Con esto, se estará en posibilidades de modificar los servicios de acuerdo a las necesidades de los pacientes y una mayor validez de las mediciones obtenidas (Salinas, 1995).

CAPITULO 3 FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN EL REPORTE DE SATISFACCION MEDICA DEL PACIENTE.

3.1 HABILIDADES SOCIALES.

Las habilidades del médico juegan un papel importante en el reporte de satisfacción de los pacientes, pero ¿qué hay de las habilidades con las que cuentan los pacientes para solicitar y/o reclamar sus derechos en los servicios de salud?; esto supone que si el cliente tiene habilidades para reclamar el servicio éste reportará mayor satisfacción ¿Que tanto las habilidades para demandar los servicios como lo desea el usuario influyen en la satisfacción del mismo?.

Para decirlo sencillamente, las relaciones humanas son consideradas como el arte de llevarse bien con los demás. Siempre que se reúnan dos o más personas, se establecerá una interacción, lo que lleva a la creación de relaciones agradables o desagradables.

La importancia que se le da a las relaciones humanas tiene una historia relativamente breve. En las más primitivas y sencillas sociedades, el trabajo de una persona se realizaba en solitario, o incluía sólo a pocos individuos, aparte de la propia familia, pero con el desarrollo de nuestra cultura, la interdependencia ha ido aumentando progresivamente.

Aquellas relaciones humanas defectuosas pueden ser el origen de muchos problemas y situaciones desagradables de la vida. El divorcio, el fracaso de los negocios, incluso las infracciones de la ley, pueden atribuirse con frecuencia al fracaso humano de no llevarse bien con los demás. En efecto, pueden tener su origen en el miedo, la rebeldía, sumisión, etcétera.; por el contrario, una injusta consideración de la parte de responsabilidad que atañe a cada cual en un problema humano determinado, o en una acción constructiva para mejorar cualquier situación, puede lograr que estos problemas se solucionen felizmente.

Una mayor comprensión de la conducta humana, así como una buena dosis de paciencia y tacto, ayudarán a establecer buenas relaciones humanas, y tenderán a crear una situación de reciprocidad con los demás. Los amigos se sentirán más inclinados a ayudarle cuando se encuentre usted en alguna dificultad si se ha llevado usted siempre bien con ellos. Sus compañeros de trabajo estarán dispuestos a sacarlo de apuros si usted ha dado siempre muestras de consideración hacia ellos. Existirá menos tensión en las relaciones familiares si cada miembro de la familia intenta hacer lo posible para que la vida transcurra felizmente (Simon y Albert, 1983).

Los sentimientos interpersonales, las transacciones emocionales o afectivas, son los datos esenciales de una relación.

De hecho Simon y Albert (1983) han clasificado a los sentimientos interpersonales en tres categorías.

- Sentimientos dirigidos hacia los demás (amor).
- Sentimientos dirigidos contra los demás (odio).
- Sentimientos dirigidos fuera de los demás (alienación).

El amor de modo normativo, es una relación entre dos personas, que les permite un impacto pleno, completo y espontáneo (todo, aquí, ahora); es una fusión con la esencia de otro individuo; es una preocupación activa por el desarrollo y el porvenir del otro; es una relación, una comunicación válida, una unión existencial. El odio son los sentimientos dirigidos contra los demás, se asocian a la cólera, la irritación, la hostilidad, la competitividad, la explotación y el odio. De hecho éste es tan común y tan real como el amor, es activo, se alimenta del contacto directo y del encuentro. En otras palabras, forma parte de la realidad: "Donde existe el amor existirá el odio". La alienación, consiste en el aislamiento y el repliegue sobre sí o el abandono, el enajenamiento, la soledad, etcétera. El odio y el amor son estilos que entran en contacto con el medio ambiente, pero la alienación está separada y muerta a este nivel.

Prácticamente todo el mundo conoce a personas que pueden describirse como interpersonalmente hábiles o socialmente competentes. Se trata de individuos que parecen poseer la habilidad de relacionarse con los demás de una forma eficaz y que resultan muy reforzantes para aquéllos con quienes interactúan.

En un acto social, son personas que entablan relaciones con facilidad, conversan con otros, transmiten y recaban información sin tropiezos durante las conversaciones y dejan a los demás con una agradable sensación después de la interacción. Algunas personas parecen haber desarrollado un estilo social que les permite alcanzar resultados interpersonales reforzantes, logrando al mismo tiempo que los demás se formen una opinión favorable de ellos. Expresiones como "extrovertido", "con ascendencia social", "asertivo" y "socialmente hábil" se emplean para describir a los poseedores de tales capacidades. Por lo tanto las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo.

Para la mayoría de los individuos, el establecimiento de relaciones con otras personas es un objetivo deseado, o una experiencia reforzante; por consiguiente, las relaciones sociales pueden considerarse como eventos reforzantes para la mayor parte de la gente. Entre estas interacciones, se incluyen cosas tales como conseguir citas, tener amigos con los que se puede charlar cordialmente, para conocer gente nueva en fiestas u otras reuniones informales, así como la buena utilización de los diversos servicios con los que se cuenta. No obstante, para conseguir cada uno de estos objetivos socialmente deseables, es preciso, ante todo, que el individuo domine una serie de habilidades conductuales relativamente bien organizadas. Por ejemplo, para quedar citado con otra persona, el individuo que desee conseguir ese objetivo: 1) deberá encontrarse en un ambiente donde sea posible conseguir citas; 2) deberá iniciar una interacción conversacional adecuada; y 3) deberá formular una petición específica de continuar o renovar la interacción posteriormente. La constelación de

éstas y otras conductas sociales similares que llevan al establecimiento de citas se denomina "habilidades heterosociales o de iniciación de citas".

Para establecer conversaciones o amistades con otras personas a las que uno aún no conoce, se necesita un tipo de competencia social relacionado pero más general. En este caso, tal vez el objetivo no sea conseguir una cita, sino mantener una conversación agradable. Este objetivo, a corto plazo, de la conversación también constituye un prerrequisito para el desarrollo de relaciones amistosas más íntimas; las conductas que llevan a la consecución de tales resultados se denominan "habilidades conversacionales". De modo parecido, las "habilidades de elogio", o "asertividad de elogio", se han descrito como un aspecto importante a la hora de establecer relaciones positivas con los demás (Wolpe y Lazarus, 1966; citados por Jeffrey, 1987).

Las "habilidades de elogiar" hacen referencia a la capacidad de dirigir cumplidos o hacer alabanzas de las acciones agradables de los demás de un modo efusivo y convincente, lo cual, a su vez, puede fomentar respuestas recíprocas positivas.

Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen: reforzamiento positivo directo de las habilidades; experiencias de aprendizaje vicario u observacional; retroalimentación interpersonal; y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Longo, 1982).

3.2 CONCEPTUALIZACION DE HABILIDADES SOCIALES.

Las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos del individuo (Longo, 1982); pero cabe señalar que existen una gran variedad de definiciones.

Phillips (1978; citado por Hargie, 1986) revisó un número de aproximaciones respecto a el análisis de las habilidades sociales, concluyó que una persona es socialmente habilidosa de acuerdo a: "la amplitud con la cual el o ella puede comunicarse con otros, de manera que cumplan bien una de sus necesidades, satisfacciones u obligaciones con un razonable desacuerdo sin perjudicar a la otra persona sus satisfacciones u obligaciones y confiadamente participar esas cosas con otros en libertad y apertura de cambio" (p.10).

La definición enfatiza el marco elemental del entorno social, en términos de reciprocidad entre los participantes. Phillips (1978; citado por Hargie, 1986) pone fuera el conocimiento de como la conducta en una variedad de situaciones es parte de las habilidades sociales. Una aproximación similar es adoptada por Combs y Slaby (1977, citados por Hargie, 1986) quienes definen la habilidad social como: "la habilidad de interactuar uno con otros en un contexto social dado en forma específica, que son socialmente aceptados o valorados y al mismo tiempo benefician personalmente, mutuamente o principalmente a otros" (p.10).

Esta definición difieren de la de Phillips (1978; citado por Hargie, 1986) en cuanto a la claridad de a quienes el funcionamiento de las habilidades debe beneficiar.

Ambas definiciones ven a las habilidades sociales como una habilidad que el individuo puede poseer en gran o menor amplitud. Una ligera diferencia ha sido retomada por otros técnicos, entre ellos Spencer (1983; citado por Hargie, 1986), quien enfatiza el resultado o metas de la interacción social y la conducta de la interacción cuando él define a las habilidades sociales como esos componentes de la conducta social que es necesaria para asegurar que los individuos logren alcanzar sus deseos como resultado de una interacción social.

Otras definiciones de habilidades sociales enfatizan la conducta, incluyendo los conceptos de reacciones positivas o negativas (reforzamiento) por las otras personas como un elemento de conducta habilidosa. Libet y Lewinsohn (1973; citados por Hargie, 1986) definen a las habilidades sociales como la habilidad compleja de maximizar la cantidad de reforzamiento positivo y minimizar la fuerza de castigo de los otros. El problema con esta definición es que no agrega la dimensión social de conducta.

Kelly (1982; citado por Hargie, 1986) define las habilidades sociales como esa identificable conducta aprendida, que el individuo usa en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento de su medio ambiente. Esta definición introduce la noción de situación en la cual la conducta ocurre, y también enfatiza el aspecto del aprendizaje en la conducta que comprende habilidades sociales.

Este aspecto de características situacionales es también retomado por Cartledge y Milburn (1986; citados por Hargie, 1986) quienes ven a las habilidades sociales como conductas que son emitidas por otra persona o personas con respecto a los eventos del medio ambiente presente (por ejemplo, señales, demandas u otras comunicaciones) y son seguidas por respuestas positivas medio ambientales.

Ellis (1980; citado por Hargie, 1986) combina ambas direcciones tanto las metas naturales de las habilidades sociales como el componente interactivo, entendiendo a las habilidades sociales como la secuencia de conductas individuales que integra en alguna forma la entidad de uno o más y que mide por arriba algún criterio predeterminado.

Finalmente un número de teorías definen a las habilidades sociales en relación a estos determinantes conductuales. McGuire y Priestley (1981; citados por Hargie, 1986) consideran a las habilidades sociales como "esos tipos de conductas básicas que comunican efectivamente cara a cara a los individuos. Rinn y Markle (1979; citados por Hargie, 1986) definen a las habilidades sociales como un repertorio de conductas verbales y no verbales. Wilkinson y Carter (1980; citados por Hargie, 1986) consideran a las conductas verbales y no verbales como significados por medio de los cuales la gente se comunica, constituyendo los elementos básicos de las habilidades sociales.

Sin embargo, esto podría no ser aceptable para muchas investigaciones, tanto teóricas y prácticas en habilidades sociales; que considera otros aspectos del carácter humano del proceso de la comunicación interpersonal.

Van Hasselt (1979; citado por Hargie, 1986) evalúa la existencia de la definición de habilidades sociales e identifica tres elementos los cuales son considerados como ejes centrales del concepto:

1. **Habilidad social.**- Son situaciones específicas. Poco o casi ninguna conducta interpersonal tendrá el mismo significado de acuerdo a la situación y cultura. El significado de cualquier conducta en particular varía de acuerdo a la situación en la cual esta ocurre.
2. **Inefectividad interpersonal.**- Es juzgada en base a los componentes de la respuesta verbal o no verbal exhibida por un individuo.
3. **El papel o rol de otras personas.**-La inefectividad interpersonal debería incluir la habilidad para actuar sin causar daño (verbal o físico de otros).

Estos tres elementos constituyen la dimensión central de habilidades sociales. Un individuo socialmente habilidoso poseerá la habilidad de actuar de una manera apropiada en cualquier situación que se le presente. Sin embargo, sólo podrá ser juzgado cómo socialmente habilidoso en base a las características conductuales públicas. Así, las habilidades sociales se refieren a la conducta exhibida por un individuo. La definición dada por Hargie, Sanders y Dickson (1981; citados por Hargie, 1986) se refiere a que las habilidades sociales son un juego o una serie de metas dirigidas, interrelacionadas situacionalmente a una conducta social apropiada que puede ser aprendida y estar bajo control del individuo.

Esta definición enfatiza seis principales características de las habilidades sociales:

1. Las conductas socialmente prácticas son metas dirigidas e interaccionales. Estas conductas son aquellas que un individuo emplea ordenadamente para llevar a cabo un resultado deseado, y es hasta entonces conductas positivas, como oponerse al cambio o conductas sin interacción. Estas metas pueden ser subconscientes durante la interacción social, y en realidad estas son una característica de las habilidades de acción.
2. Las conductas socialmente prácticas son interrelacionadas, es decir, las conductas sincronizadas son empleadas en orden para llevar a cabo un resultado o una meta en común. Un elemento de habilidad incluye un repertorio de conductas interrelacionadas.
3. Las conductas sociales deben ser apropiadas a la situación en donde se desarrollan. Si las conductas son apropiadas, éstas pueden ser inaceptables si se aplican en otro contexto. Conocer los roles o papeles de la situación social son un aspecto importante de las habilidades sociales. Para las conductas relativamente exitosas el contexto viene a ser un elemento importante.

4. Las habilidades sociales son definidas en términos de unidades identificables de conducta que exhiben los individuos. Es decir, todo esto hace ver la forma en cómo la persona se comporta durante la interacción social. El tratamiento en habilidades sociales ha hecho énfasis en el tratamiento para adquirir separadamente pequeñas unidades de conducta para después integrarlas a los elementos de respuesta sociales; esta técnica ha sido empleada para el aprendizaje de muchas habilidades sociales.

5. El quinto aspecto define a las habilidades sociales como compuestos de conductas que pueden ser aprendidas. Esto es generalmente aceptando muchas formas de conducta exhibidas en el contexto social aprendido. Esto mismo se puede observar en hallazgos donde los niños son educados desde otras exhibiciones humanas diferentes a los patrones de conducta socialmente aceptados, no adquiriendo un lenguaje. En un nivel menos extremo esta evidencia sugiere que los niños de un medio ambiente social pobre pueden también desarrollar conductas sociales inaceptadas, mientras que los niños de un medio ambiente cultural rico tienden a desarrollar más conductas sociales apropiadas (Rutter 1972; citado por Hargie, 1986).

Bandura (1971; citado por Hargie, 1986) ha desarrollado una teoría de aprendizaje social la cual propone que todo repertorio de conducta, con excepción de elementos reflejos (tales como mirar a los ojos) son aprendidos. Este proceso de aprendizaje social incluye el modelamiento e imitación de otros significantes. El segundo elemento es el reforzamiento conductual que las personas exhiben. Como regla general, la gente tiende a emplear aquellas conductas que son reforzadas positivamente o premiadas y a exhibir menos aquellas que son castigadas o ignoradas.

6. El elemento final de la habilidad social, característico de la teoría del aprendizaje social, es el grado de control cognitivo que tiene el individuo sobre su o sus conductas. Un individuo socialmente inadecuado puede aprender los elementos básicos conductuales de las habilidades sociales, pero puede no desarrollarlas apropiadamente, sin embargo, el proceso necesita del control y de la utilización de esas conductas. Si una habilidad social está teniendo los efectos deseados, entonces el tratamiento de esa implementación es una consideración crucial.

Caballo (1987; citado en Macia, 1988) define a la conducta totalmente habilidosa como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal en donde expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que normalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

De acuerdo con Carrasco (citado en Macia, 1988), el concepto de habilidad social hace referencia a tres dimensiones:

1.- El tipo de habilidad social. Son muchas las habilidades sociales diferentes; el problema radica en su identificación. Trower, Bryant y Argyle (1978; citados en Macia, 1988) citan comportamientos como mostrarse cálido, mostrarse asertivo, participar en las conversaciones, realizar comentarios espontáneos e interesantes, etcétera. Rinn y Markle (1979; citados en Macia, 1988) enumera cuatro clases: a) habilidades de comunicación, b) habilidades de ayuda a los demás, c) habilidades autoexpresivas y d) habilidades de defensas de derechos personales. Caballo (1987; citado en Macia, 1988) propone doce, algunas de las cuales son: hacer y recibir cumplidos, realizar y rechazar peticiones, expresar amor, agrado, afecto o ira, disgusto y desagrado, manifestar opiniones personales incluido el desacuerdo, defender los derechos legítimos y manejar críticas.

2.- El contexto interpersonal. Un sujeto puede mostrarse habilidoso en una situación social determinada y en otras, en cambio no, por ejemplo, un individuo puede iniciar y mantener fácilmente conversaciones con sus amigos, y, por otro lado, tener problemas para solicitar satisfactoriamente un empleo o un servicio. Con otras palabras, la conducta socialmente habilidosa ocurre en situaciones específicas (casa, oficina, lugares públicos, etcétera) y ante personas concretas (amigos de igual o distinto sexo, familiares, figuras con autoridad, compañeros de trabajos, etcétera).

3.- Resultados de la conducta interpersonal. Cuando afirmamos que un individuo resulta socialmente competente estamos reconociendo implícitamente que su conducta social produce resultados. Libet y Lewinson (1973; citados en Macia, 1988) lo resumen como la obtención del máximo reforzamiento y mínimo castigo por parte de los demás. Sin embargo, como advierte Schroeder y Rakos (1983; citados en Macia, 1988) una conducta no habilidosa e incluso antisocial puede ser reforzada, por ejemplo, el comportamiento agresivo de un delincuente. Por ello Alberti y Emmons (1982; citados en Macia, 1988) destacan el valor autoreforzante de la propia conducta.

Como se ha visto, todas las habilidades interpersonales facilitan el asentamiento de relaciones, tienen en común el hecho de que aumentan el atractivo social o el valor de reforzamiento de la persona que las exhibe. En contraste con las habilidades que, sobre todo, aumentan el propio valor de reforzamiento del cliente y promueven las respuestas de aproximación por parte de los demás, o permite a las personas alcanzar objetivos deseados de naturaleza no social; otras competencias distintas pueden ser necesarias para manejar las conductas poco razonables de los demás. y es la "oposición asertiva" la que sirve para tal propósito. Cuando una persona está realizando una actividad reforzante, o cuando desea expresar sentimientos, creencias u opiniones personales, es posible que otros intenten bloquear o inhibir la conducta dirigida al objetivo de esa persona. En pocas palabras la oposición asertiva se refiere a aquellas competencias que una persona puede poner en juego para evitar que otros bloqueen su conducta dirigida a un objetivo; además de que equipan a la persona con una serie de procedimientos socialmente adecuados para expresar sentimientos, desacuerdos y peticiones para que el antagonista cambie su conducta poco

razonable

razonable (Longo, 1982). Pero, concretamente ¿A qué nos referimos cuando decimos que una persona se muestra asertiva en determinada situación?

3.3 CONCEPTUALIZACION DE ASERTIVIDAD

La expresión asertiva es una de tantas habilidades cuya adquisición suele plantear dificultades a muchos adultos, creándoles ansiedad en aquellas situaciones en las que son precisas (Hargie, 1986).

A nivel teórico Carrasco (citado en Macia, 1988), considera a la conducta asertiva como una de las principales habilidades sociales que el sujeto debe poseer para comportarse eficazmente en situaciones de interacción social. Es por ello que la conducta asertiva es la habilidad social que ayuda al individuo a afirmar las opiniones personales, a expresar sus sentimientos positivos y negativos, a defender sus derechos, sobre todo cuando existe desacuerdo u oposición por parte de los demás; este ratificarse debe hacerse de un modo adecuado, esto es, de forma que sea reforzante para el propio sujeto y no sea aversivo para los otros.

La conducta asertiva, definida como la expresión de emociones diferentes en la respuesta de ansiedad de un modo socialmente aceptable, implica muchas categorías de conducta emocional; la más común es la conducta de oposición (por ejemplo, defender derechos razonables). Los tipos de conducta de oposición que se encuentran fuera de la conducta asertiva son los siguientes: el saberse, provocador, agresivo, violento y con frecuencia sarcástico (Wolpe, 1985).

Rich y Schroeder (1976, citados por Hargie, 1986) definieron que la conducta asertiva es la habilidad de repetir, mantener o realzar reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando tales expresiones arriesgan, refuerzan o castigan. El grado de asertividad puede ser medido por la ineffectividad de una producción de respuesta individual, manteniendo o acrecentando el reforzamiento.

Cabe destacar que la aserción es una habilidad, no un rasgo que alguien tiene o del cual carece. Algunas investigaciones han demostrado que la conducta asertiva está principalmente una función de la situación y de la interacción de las personas y situaciones, más que una formación de cruce situacional y disposición interpersonal de rasgo.

Galassi y Vendder (1981); Heimberg y Becker (1981); Schoroeder y Rakos (1983) (citados por Hargie, 1986), consideran que un individuo puede comportarse asertivamente en un contexto, pero en otro no. Además, como una habilidad en situaciones específicas, la respuesta asertiva es supuesta a ser aprendida a través de la misma modalidad general que otras habilidades son adquiridas (principalmente condicionamiento operante y modelamiento). Segundo, la aserción ocurre en un contexto interpersonal, esta es una

habilidad social. Tercero, ésta es una habilidad expresiva que incluye aspectos verbales y no verbales. Cuarto, la aserción incluye riesgos, estos tienen que ser algunos cambios que el asertor no tiene. Finalmente la amplitud de la asertividad es medida por los resultados.

La conducta asertiva, en suma viene a ser una habilidad de situación específica, enfatiza prácticamente la independencia de las clases de respuesta; desde individuos que pueden ser hábiles para cierto tipo de conductas pero en otras clases no (Galassi, 1981; citado por Hargie, 1986). Schroeder, Rakos y Moe's (1983; citados por Hargie, 1986) identifican cuatro clases de respuestas positivas (admitir pequeños cumplidos personales, iniciación de interacción, dar y recibir cumplidos y expresar sentimientos positivos), y tres negativos o conflictivos (expresiones impopulares o diferentes opiniones, conductas que requieren cambios por otras personas y rechazar respuestas irracionales). Estas pueden ser uno de los conflictos de habilidad de aserción, es importante hacer notar que la aserción también incluye inexpresividades positivas.

La confusión sobre lo que se entiende por asertividad, se ve reflejada en la construcción de los instrumentos destinados a medir este constructo. Así según Ullrich y Ullrich (1978; citados por Fernández y Carroble, 1986), consideran que la asertividad englobaría cuatro áreas conductuales a saber:

- Permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás.
- Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica.
- Establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos.
- Saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar, posteriormente, sentimientos negativos (culpabilidad, excesiva preocupación, etcétera.). Este punto implica, saber decir "no".

Galassi (1974; citado por Fernández y Carroble, 1986), por otra parte, considera otros aspectos de la asertividad:

- La expresión de sentimientos positivos hacia las demás personas (sentimientos de amor, de cariño, de admiración, etcétera).
- La expresión de sentimientos negativos justificados (mal humor, enfado, desacuerdo, etcétera).
- la inexistencia de otras conductas de auto-negación que implican disculparse en exceso ante los demás y una preocupación desmesurada por los sentimientos de las otras personas, etcétera.

Desde que Salter (1949; citado por Fernández y Carroble, 1986) puso de manifiesto que las conductas asertivas pueden utilizarse en la terapia como inhibidores de las reacciones de ansiedad, se ha desplegado una gran labor tanto en el desarrollo de programas terapéuticos

de entrenamiento asertivo como en la construcción de escalas para la evaluación de la asertividad.

Las escalas de asertividad existentes reflejan, en mayor o menor medida, estas diversas manifestaciones de la conducta asertiva. El primer inventario de asertividad, publicado por Wolpe y Lazarus, (1966; citados por Fernández y Carrobles, 1986), consta de 60 ítems y ha servido de modelo para la construcción de otros (Lazarus, 1971; Rathus, 1973; Galassi, 1974; Cautela y Upper, 1976; citados por Fernández y Carrobles, 1986).

El inventario de asertividad de Gambrell y Richey (1975; citados por Fernández y Carrobles, 1986) consta de 40 ítems y recoge tres tipos de información:

- 1) Grado de malestar subjetivo que provocan las 40 situaciones del inventario en el sujeto, según una puntuación que va de 1 a 5 (1 = ninguno; 5 = muchísimo).
- 2) El grado de probabilidad que existe de que la persona lleve a cabo la conducta implicada en la situación descrita (se puntúa de 1 a 5, 1 = siempre; 5 = nunca).
- 3) Finalmente se le pide al sujeto que señale aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo o comportarse de distinta manera o como lo hace habitualmente.

Los 40 ítems que consta el inventario pueden englobarse en las 8 categorías siguientes: rechazar peticiones, admitir limitaciones personales, iniciar contactos sociales, expresar sentimientos positivos, afrontar la crítica de los demás, discrepar sus opiniones, realizar conductas asertivas en lugares públicos y, por último, expresar sentimientos negativos (Fernández y Carrobles, 1986).

La adquisición o mejoramiento de la conducta asertiva ha sido asociada con una variedad de beneficios, incluyendo incremento en la competencia social de niños y/o adolescentes (Jachim, 1981; Rutheram, Armstrong y Booraem, 1982; citados por Hargie, 1986.), auto-concepto (Waksman, 1984; citado por Hargie, 1986), autoestima (Stake, Deville y Pennell, 1983; citados por Hargie, 1986), acrecentamiento de la percepción de parejas de la claridad de comunicación (Epstein, Digoivan y Jayne-Lazarus, 1978; citados por Hargie, 1986), y nivel de confianza e intimidad (Gordon y Waldo, 1984; citados por Hargie, 1986) en sus relaciones, decremento en la intimidad sexual de la mujer (Hammond y Oei, 1982; citados por Hargie, 1986), incremento en su percepción y su rechazo de demandas (Kidder, Boell y Moyer, 1983; citados por Hargie, 1986), incremento en la copia de habilidades en adolescente diabéticos (Johnson, Gross y Weldman, 1982; citados por Hargie, 1986) ventajas en habilidades de trabajo relacionadas con personas alcohólicas (Foy, Massey, Duer, 1979; citados por Hargie, 1986), habilidades para rechazar el ofrecimiento de alcohol (Fuy, Miller, Eister, 1976; citados por Hargie, 1986), y acrecentamiento de la habilidad para resistir la presión para el uso de drogas en los adolescentes (Horon y Wilkams, 1982; citados por Hargie, 1986).

Estudios comparativos entre individuos normales y de una población clínica, específicamente el déficit de habilidades asertivas han sido manifestados por individuos depresivos (Barbare y Davis, 1984; citados por Hargie, 1986), agrofóbicos (Chambless, Hunter y Jackson, 1982; citados por Hargie, 1986), alcohólicos (Twentyman, Greenwald, 1982; citados por Hargie, 1986), hipertensos y pacientes con tensión normal (Keare, Martín, Berler, 1982; Morrison, Bellack y Manuck, 1985; citados por Hargie, 1986). En suma, Hamilton y Maisto (1979; citados por Hargie, 1986) encuentran que los alcohólicos reportaron significativamente gran inconformidad cuando se encuentran en situaciones de conflicto, particularmente cuando una persona de la familia está envuelta.

Estudios descriptivos y correlacionables también indican que la poca asertividad está relacionada a la función y adaptabilidad. Sánchez y Lewinsohn (1988; citados por Hargie, 1986) encontraron una correlación de -0.5 entre depresión y poca asertividad en 12 pacientes depresivos en un periodo de 12 semanas. Más adelante ellos observaron que la cantidad de conductas asertivas emitidas pueden en realidad ser más hábiles para predecir subsecuentemente niveles de depresión, que el nivel de depresión puede predecir subsecuentemente rango o cantidad de emisiones de conductas asertivas, sugiriendo que la adquisición de habilidades asertivas puede ser un componente efectivo en la terapia para la depresión.

Las conductas asertivas pueden ser importante para mantener e intercambiar autorregulación y autocontrol. Miller y Eisler (1977; citados por Hargie, 1986) obtuvieron una correlación de -0.63 entre las conductas de ingestión de alcohol y conflictos en habilidades de aserción, en donde la consistencia de las observaciones de Miller, Hersen, Eisler (1974; citados por Hargie, 1986) en alcohólicos, pero no bebedores sociales incrementan el consumo de alcohol seguido por la exposición de estres interpersonal.

Los individuos asertivos esperan situaciones de conflicto de aserción para producir más consecuencias positivas que pocas negativas (Blankenberg y Heimberg, 1984; Chiauzzi y Heimberg, 1980; Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978; Fieldler y Beach, 1978; Kuperminc y Heimberg, 1983; citados por Hargie, 1986). Más adelante, los resultados potenciales fueron evaluados en forma diferente: los individuos asertivos ven al potencial positivo como más deseables y al potencial negativo como uno de los menos indeseables (Blankenberg y Heimberg, 1984; Kuperminc y Heimberg, 1983; citados por Hargie, 1986). Así, las gente asertiva obtiene resultados de sus expectativas, que difieren de aquellos individuos no asertivos en términos de probabilidad y ocurrencia e importancia subjetiva.

3.4 LAS HABILIDADES SOCIALES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

El siglo XX ha sido testigo de notables logros en relación con el dominio de habilidades sociales. Es muy frecuente encontrarse con médicos, maestros y altos ejecutivos competentes y que conocen bien su trabajo, pero que no interactúan constructivamente con

sus pacientes alumnos o empleados. Hasta hace poco, se empezó a reconocer la necesidad del entrenamiento de las habilidades sociales.

Con frecuencia, los clínicos terapeutas y consejeros observan la extraordinaria dificultad que experimentan muchos de sus clientes para manejar las relaciones interpersonales ya sea por informe del cliente o por observación del terapeuta, es evidente que un gran número de clientes carecen de habilidades necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás en interacciones cotidianas. Durante la infancia, pueden ser esos niños que parecen incapaces de establecer relaciones de juego cooperativo con sus padres y no manifiestan las habilidades de interacción psicosociales necesarias para desarrollar y mantener una amistad. En la adolescencia, el individuo se enfrenta a situaciones nuevas que requieren de habilidades sociales más complejas, incluso al inicio de la conducta heterosocial y en las habilidades conversacionales para conocer gente y hacer más amigos. La expresión asertiva “capacidad para manejar eficazmente interacciones que se salen de la rutina, tales como las entrevistas de trabajo y las habilidades conversacionales” son otras habilidades cuya adquisición suelen plantear dificultades a muchos clientes adultos, creándoles ansiedad aquellas situaciones en las que son precisas.

A lo largo de los 10 últimos años, los terapeutas de la conducta han investigado y desarrollado procedimientos dirigidos directamente a aumentar el repertorio de habilidades sociales en los clientes. La etiqueta general de entrenamiento en habilidades sociales se refiere, de hecho, al método de tratamiento de una serie de déficits interpersonales y específicos que incluyen la falta de oposición y aceptación asertiva de habilidades heterosociales o de petición de citas, de habilidades conversacionales en general, de eficacia en las entrevistas de trabajo y de habilidades prosociales en el caso de los niños. Independientemente del tipo de habilidades específicas que se enseñe, los métodos de entrenamiento en habilidades sociales se basan en los principios de la teoría del aprendizaje social (modelamiento, instrucciones, ensayos de conducta, reforzamiento y retroalimentación). Estos principios se aplican primeramente durante la práctica estructurada en la situación de tratamiento, y después en el ambiente natural.

Una sociedad tan desarrollada y compleja parece tener la necesidad de un gran número de lo que Ellis (1980; citado por Hargie, 1986) ha referido como “profesionales interpersonales”, quienes permanecen gran parte de su vida de trabajo cara a cara en interacción con otros. Tales profesionales incluye médicos, maestros, terapeutas, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeras entre otros.

Al principio, la mayor parte de las interacciones sociales y terapéuticas transcurren en un nivel superficial y evolucionan hacia la intimidad y la participación interpersonal.

En un marco de interacción social, como la que se experimenta con amigos o conocidos, los individuos afectados determinan de mutuo acuerdo el ritmo de evolución y el grado de

participación personal. Esta participación puede evolucionar hacia una amistad íntima o estancarse en un nivel superficial.

Sin embargo, en el desarrollo de las relaciones psicosociales, uno de los principales objetivos es el establecimiento de la intimidad terapéutica. Para que estas interacciones no sufran tropiezos, por ejemplo en un contexto médico, la enfermera, debe entender en qué medida la relación terapéutica íntima difiere de otra.

El paso de la superficialidad a la intimidad, tanto en las relaciones sociales como en las terapéuticas, recorre diversas etapas que pueden considerarse como integrantes de un proceso. La superficialidad, o la dinámica de una relación social recién iniciada, está situada en un extremo del continuo. La dinámica interpersonal de estas interacciones superficiales se caracterizan por una autosinceridad muy limitada, conversaciones sobre temas generales e impersonales y un mínimo conocimiento y entendimiento de los participantes entre sí. Entre estos no existe interdependencia ni pretenden satisfacer su necesidad a través de la relación. Los participantes raramente persiguen metas personales, o el que se compartan percepciones o necesidades. Lo normal es que tales interacciones se produzcan en grandes reuniones sociales en relaciones temporalmente limitadas y en las primeras reuniones en las que se inician nuevas conductas sociales.

Contrastando con este tipo de interacción superficial se encuentran las relaciones interpersonales en el lado opuesto del continuo, que reflejan una sensación de proximidad o intimidad interpersonal psicológica entre dos o más individuos y es un elemento de vital importancia en el desarrollo de unas relaciones sólidas y positivas. La mutua aceptación entre los individuos provoca sensaciones de tranquilidad y seguridad, así como la convicción de que el otro siempre responderá de una forma adecuada y sin prejuicios. El proceso que se sigue para conseguir esta aceptación se caracteriza por la mutua sinceridad de las percepciones, de las necesidades, apetencias o deseos, comportamientos y sentimientos. Esta participación personal estimula la sensación de continuidad y satisfacción en la relación y contribuye a crear una atmósfera de apoyo, aceptación y confianza generalizada. Esto se refleja por una sensación de interdependencia que se caracteriza por la habilidad recíproca de comprenderse y satisfacer necesidades. En este sentido, la intimidad se distingue por la mutua autorealización y no por la estimulación de dependencia. El reconocimiento de que el comportamiento, los pensamientos y los sentimientos de una persona pueden influir en otra persona se asume en la definición de autorealización. En el ámbito de las relaciones sociales, los individuos que participan de relaciones íntimas son los buenos amigos, la familia y aquellos que comparten una vivienda.

El ámbito de las relaciones sociales nos es familiar a todos, pero este entorno no nos traslada completamente al margen de la interacción terapéutica. En este tipo de relación, la sensación de progreso de la superficialidad a la intimidad surge de una forma diferente. Mientras que la superficialidad y la intimidad social se caracterizan por el grado de

participación de comportamientos, pensamientos y sentimientos; la superficialidad e intimidad terapéutica no se caracterizan por tal reciprocidad. La sensación de intimidad y proximidad en una relación terapéutica se deriva del contenido y de la expresión de sentimientos que el paciente comparte con la enfermera y de la utilización del tratamiento médico. Dentro de la esfera de las interacciones terapéuticas, el tratamiento médico respalda al paciente en la medida que éste explora sus necesidades, resuelve sus problemas y adquiere o confirma su habilidad para afrontar y resolver sus problemas.

La sensación de intimidad surge de la interacción terapéutica, a medida que el paciente y la enfermera se centran en el contenido y en los sentimientos que aquél comparte con esto. El cometido del paciente en este proceso de interacción es proporcionar contenidos significativos, es decir, el paciente comparte sus actitudes, pensamientos y sentimientos en la medida en que estos están relacionados con su situación o sus problemas. El papel de la enfermera es ayudar al paciente a fomentar la producción de contenidos significativos y apoyarlo a tal grado de resolver con habilidad sus problemas; esto es lo que Sarason (1990) llama soporte social.

Tanto la enfermera como el paciente deben comprender que en las relaciones terapéuticas no hay sitio para prejuicios por el hecho de mostrarse uno tal como es, lo que, por el contrario, caracteriza a las relaciones sociales. Para mucha gente, ésta es una forma conocida y previsible de interacción que se ha aprendido en la infancia. Sin embargo, dentro del escenario terapéutico es necesario aprender otras técnicas para desarrollar una relación eficaz. Estas técnicas no sólo incluyen el aspecto verbal, sino también la utilización de elementos que contribuyan al desarrollo de la intimidad terapéutica. La mayoría de las relaciones terapéuticas comienzan al principio de la superficialidad del continuo y evolucionan en complejidad e intimidad. Cuando se ha conseguido la intimidad, estas técnicas son necesarias para mantenerla; y es aquí donde entran las habilidades sociales (Longo, 1982).

Recientemente el tratamiento de muchos de estos profesionales se ha enfocado a la adquisición de conocimiento especializado, pero incluyendo poco a poco no directamente el estudio de la comunicación interpersonal. Sin embargo, Hargie (1986) considera que la competencia profesional en muchos tipos de profesiones incluyen la implementación efectiva de tres tipos de habilidades, estas son:

1. Habilidades cognitivas: el conocimiento base de la profesión.
2. Habilidades técnicas: las habilidades de manipulación inherente con una profesión
3. Habilidades de comunicación o sociales: las habilidades de los individuos o interacción efectivo con otros en el contexto profesional.

Probablemente parte de la literatura de Psicología Social se ha enfocado al trabajo de la intimidad y ésta relacionada con el soporte social. Intimidad puede ser definida como una experiencia relacional subjetiva en donde el componente central son los actos, los

descubrimientos de confianza en donde la respuesta es la empatía enunciada (Wynne & Wynne, 1986; citados por Sarason, 1990).

La intimidad puede ser central para ciertos tipos de soporte social. Reis (1984; citado por Sarason, 1990) sugiere que el soporte social y la intimidad son más que cualquier otro aspecto predictores para evaluar el soporte social (los sentimientos son útiles para aconsejar y para guiar) y grupos familiares de soporte. Ambos tipos de soporte social han sido relacionados con los beneficios de la salud. Puede ser que el papel de la intimidad sea como un amortiguador de tensiones (Miller & Lefcourt, 1983; citados por Sarason, 1990) y a la vez es la responsable de los efectos protectores de la salud como efecto del soporte social.

La medición del soporte social ha sido caracterizada como un estado "justamente primitivo" (House & Kahn 1985; citados en Sarason, 1990). En parte, esto puede ser debido a la creencia de la relación conceptual en donde el soporte social es un componente y el proceso por el cual beneficia a individuos psíquica y físicamente. Turner (1983; citado en Sarason, 1990.), propone una clasificación conceptual cuando él separa integración social y red social particularmente de soporte social. House y Kahn (1985; citados en Sarason, 1990), también distinguieron este aspecto pero se refirieron a éste como la estructura existente y funcional de la relación social; sugiriendo que el término soporte social sea reservado para la función de la interacción social y las relaciones sociales. Por tal motivo ha sido definido como la transición que incluye uno o más de los siguientes efectos: expresiones de gusto, amor, admiración y respeto, afirmación (expresión de acuerdo o reconocimiento de lo inadecuado o irrazonable de algún acto, declaración o punto de vista), y ayuda (transacción en la cual la ayuda directa o asistencia es dada, en donde se incluyen cosas como el dinero, información, consejos y tiempo.) (Kahn & Antonucci, 1980; citados por Sarason, 1990).

Hobfoll y Stephens, (citados en Sarason, 1990) define al soporte social como aquella interacción social o relación que provee asistencia actual a un sentimiento de apego de una persona o de un grupo, y es percibido como una cura de amor.

En los últimos años, las investigaciones realizadas por Sarason (1990) se han enfocado a evaluar su modelo hipotético. Este modelo divide el concepto de soporte social en:

- 1) Esos rasgos o aspectos de la personalidad que nosotros llamamos un sentido de aceptación.
- 2) El soporte que es pensado en ser útil o que es usualmente es usualmente llamado soporte percibido útil.
- 3) El soporte que es recibido de otros.
- 4) La percepción del que recibe el soporte y su satisfacción con éste.

La primera parte del Modelo son los antecedentes que dan un sentido de aceptación y que incluye al principio la relación de apego. Esto indica que la primera relación permite el desarrollo individual de un sentido de aceptación que refleja la existencia del individuo en

donde él o ella cree que es amada, valorada y aceptada por otros; esta idea es consistente por investigaciones realizadas por B. Sarason; I. Sarason (1987; citados por Sarason, 1990). Esta primer experiencia también influye en la habilidad de las personas para desarrollar o mantener satisfacción en sus relaciones adultas. La primera relación influye en el desarrollo de las relaciones adultas debido a la influencia de la personalidad en la niñez. Es probable que el sentido de aceptación influya en el desarrollo de las relaciones adultas acrecentando el desarrollo de habilidades sociales, sentimientos de auto-eficacia y comodidad en las relaciones sociales.

Se ha encontrado que el sentido de aceptación de una persona también influye en su o sus percepciones de la naturaleza del soporte social percibido; aquellos con un alto sentido de aceptación son más probables para percibir las acciones de otros como intentos de soporte y estar satisfechos con los resultados de esas conductas. Tales gentes son también menos probables que experimenten emociones negativas tales como culpa, ira o vergüenza para recibir asistencia de otros.

Recientemente muchos investigadores han hecho una distinción en relación al aspecto funcional de la relación social, es decir, entre la utilidad del soporte y el soporte recibido (Barrera, 1986; Gottlieb, 1985; Sarason, Sheorin, Pierce, & Sarason 1987; Wethington & Kessler, 1986; citados en Sarason, 1990). La utilidad del soporte se refiere a la percepción del soporte considerado como útil y necesario. Se ha argumentado que es esta percepción de utilidad del soporte es protectora de la salud. Hasta entonces, muchas concepciones pasadas del aspecto funcional de la relación social tiende a enfatizar la utilidad del soporte social (Barrera, 1981; citado en Sarason, 1990). A pesar de que la terminología usada difiere, los investigadores que trabajan en soporte social tienen claramente establecida la distinción entre la utilidad del soporte y el soporte recibido. La utilidad del soporte se refiere generalmente a como "el soporte es percibido" o "percepción de la utilidad del soporte". En suma, los términos referidos al soporte recibido cargan generalmente connotaciones diferentes. Pero el desafío de la terminología diferida, hacen que todos los investigadores se refieran a que el soporte toma lugar en transacciones o intercambios personales; tales intercambios pueden incluir conductas verbales y no verbales.

Citadas investigaciones han demostrado que la gente que difiere en el soporte social percibido, también difiere en habilidades sociales, al menos en el caso de una interacción diádica (B. Sarason, 1985; citado por Sarason, 1990).

Por otro lado, el Modelo Funcional de efectos negativos ha encontrado que las habilidades sociales y el soporte social tienen alguna influencia en la satisfacción del paciente y en los resultados de salud. En un estudio de adolescentes diabéticos, Kaplan, Chadwick y Schimmel (1985; citados en Sarason, 1990) asignaron arbitrariamente a 21 pacientes en dos grupos. Un grupo participó diariamente en aprender ejercicios sociales diseñados a mejorar sus habilidades sociales y la habilidad para resistir iguales influencias. El segundo grupo permaneció una misma cantidad de tiempo aprendiendo objetivos médicos sobre el cuidado

de la diabetes. Cuatro meses después de la intervención, las medidas bioquímicas del control diabético favoreció la intervención de habilidades sociales, algunas variables fueron significativamente correlacionadas con el control de la diabetes, incluido el auto-reporte con regímenes diabéticos y actitudes hacia auto-cuidado. Uno de los hallazgos inexplicables en este estudio fue una correlación significativa en la satisfacción del soporte social, medido por el cuestionario de soporte social (SSQ) de Sarason (1990), asociado con poco control de diabetes el cual fue medido por un test bioquímico. En suma, una forma de medir la habilidad para resolver problemas fue por medio del uso del The Means-Ends Problem-Solving (MEPS) Test (Spivak, Platt, & Shure, 1976; citados en Sarason, 1990), el cual fue administrado a los participantes. Este test fue diseñado para medir la habilidad de resolver problemas, habilidad para orientar, habilidad para tomar una acción en solución de problemas. Muchos investigadores han usado este test como una escala de medida en habilidades. Los resultados del MEPS estuvieron significativamente correlacionados con poco control de diabetes; esta medida es muestra de que a altos valores indican poco control. Estos hallazgos revelaron que esos adolescentes quienes tenían poco control de su diabetes también obtuvieron altos índices en el MEPS (Chadwick, 1986; Kaplan & Chadwick, 1988; citados en Sarason, 1990).

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado completo de sentirse bien física, social y mentalmente; ésta incluye ausencia de una enfermedad, libre de síntomas, y un estado general de sentirse bien. Una amplia variedad de estudios indican una relación entre la cantidad de soporte social, copia de habilidades y enfermedad física (Wallsten, Whitcher-Alagna, DeVellis, & DeVellis, 1983; citados en Sarason, 1990).

Las personas con enfermedades crónicas (por ejemplo el SIDA) pueden mostrar un mayor porcentaje de necesitar varias formas de soporte social.

Después de casi dos décadas de investigaciones, no es bastante claro que el soporte social verdaderamente tenga favorables efectos en la salud. La aceptación más amplia es que los efectos del soporte social son medidos por una tendencia de la gente a proporcionar sus patrones en una relación con retroalimentación positiva o lo que es igual a un "soporte emocional". Esta hipótesis presume que toda la gente es motivada para conseguir retroalimentación favorable de otros y que al conseguir tal retroalimentación mejora su nivel emocional o de motivación y habilidad para resistir su enfermedad.

El soporte puede ser importante ya que éste puede ayudar a gran cantidad de personas a combatir la tensión; por ejemplo, parientes quienes de repente pierden su trabajo (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981; citados por Sarason, 1990), pueden sentirse mejor si sus amigos íntimos refuerzan su auto-percepción positiva. Swann, Pelham y Krull, (1989; citados por Sarason, 1990), mostraron que la gente con muy baja auto-estima global tiene algunas auto-concepciones positivas. La idea del soporte indirecto viene de un estudio de Gore (1978; citado por Sarason, 1990), en donde encontró que los individuos que muestran altos niveles de soporte social son menos probables que lleguen a estar enfermos como una

función inesperada en cuanto a la pérdida de trabajo. Sus hallazgos apoyan la idea de que las relaciones sociales protegen a los individuos de enfermedades en la salud bajo periodos de alta tensión (Cohler & Wills, 1985; citados por Sarason, 1990). Brown y Siegel, (1988; citados por Sarason, 1990), indican que los eventos de la vida negativos son percibidos como controlables cuando producen menos tensión y es menos probable que produzcan ordinariamente déficits cognitivos y motivacionales vinculados a carencias de control. Evitando estos déficits ayudaría a asegurar que la gente guarde los recursos necesarios para impedir enfermedades o el llegar a enfermarse.

En la literatura referente al soporte social muestra crecientes evidencias de que el soporte social interpersonal puede afectar la salud. Por ejemplo, Blazer (1982; citado en Sarason, 1990) reportó 3 índices de soporte social (roles determinados y apego útil, soporte social percibido y deterioro de la frecuencia de interacción social), prediciendo mortalidad en personas mayores. Otro estudio con adultos mayores sugieren que las redes sociales directamente influye en el auto-reporte de síntomas físicos, aún después de presentarse los niveles iniciales de los síntomas (Cohen, Teresi & Holnes, 1985; citados por Sarason, 1990). Se considera que los mecanismos psicológicos son la base de esas diferencias en la salud, sin embargo, éstos no son bien entendidos.

El hecho de que el soporte social y la tensión estén relacionados indican que el soporte social puede afectar la salud en varias direcciones o en forma directa. Las relaciones sociales pueden afectar la salud mediante efectos psicológicos, animando, estimulando o desanimando ciertas conductas relacionadas a la salud, proporcionando una sensación de significado a la vida y de gusto. Por ellos, se debe considerar ambos aspectos tanto positivos y negativos en las relaciones ya que pueden dirigirse a los efectos de la salud y de algún soporte dado.

Comunicadores psicólogos frecuentemente muestran cómo la base de la comunidad y el soporte de servicios profesionales y paraprofesionales pueden proveer soporte para esos quienes fueron aceptados ineffectivamente y quienes no fueron parte de esa red. Algunas investigaciones muestran, por ejemplo, que el soporte emocional ofrecido por el personal de cuidado de salud u otros fue hecho en beneficio de la salud (Averbach & Kilmann, 1977; Whitcher & Fisher, 1979; citados por Sarason, 1990.).

Muchos de los estudios epidemiológicos fueron iniciados hace algunos años ante mediciones formales del soporte social. Sin embargo, simples medidas de redes sociales aparecieron para predecir resultados en una variedad de estudios relacionados con la salud. Los estudios de Alameda Conty Population Monitoring (citados en Sarason, 1990), demostraron que el simple tamaño de la red social es un predictor significativo de longevidad. La medida incluía estatus marital, número de miembros de la familia y amigos miembros de iglesia y grupo de afiliación. Se encontró que el hombre con débiles redes sociales fue casi 2.5 veces probable que moriría en un periodo de tiempo definido, en comparación con el hombre que tenían extensas redes sociales; encontrándose además que

la mujer es más hábil para establecer redes sociales (Berkman & Breslow, 1983, citados en Sarason, 1990). Similares resultados fueron obtenidos en Tecumseh, Michigan (citados en Sarason, 1990), en donde 2,754 hombre y mujeres fueron estudiados. En esta investigación el hombre que estaba casado, que participaba en organizaciones voluntarias y actividades comunitarias fue significativamente menos probable a morir en un periodo de 10 años en comparación a los hombres quiénes estaban desligados de todo esto. Este estudio no mostró relación similar con las mujeres (House, Rubbins, & Metzner, 1982; citados en Sarason, 1990). En contraste con lo encontrado por Berkman y Breslow (1983) y House y cols. (1982) (citados en Sarason 1990), en el estudio de Durham Country, North Carolina (Blazer, 1982; citado en Sarason, 1990) no se encontraron patrones existentes de incremento en la tasa de mortalidad que fuera asociada con un decremento progresivo de soporte social. El estudio Evans Country, Georgia (Schoenbach, 1986; citado en Sarason, 1990), reportó encontrar similaridad con el estudio de Durham. La relación entre el soporte social y la mortalidad no sugirió un alto grado de riesgo. Sin embargo, esos individuos con menos vínculos tuvieron un incremento de riesgo en mortalidad. Los hallazgos reportaron que fueron significativas para los hombres blancos más viejos y los datos para las mujeres blancas y negras, aunque la dirección esperada fue débil y no significativa. Algunos estudios han sugerido la combinación de alta tensión con bajo soporte social, particularmente parecen ser predictores de resultados negativos en la salud. Por ejemplo, 142 mujeres en el estudio de Framingham Heart, tuvieron más enfermedades vasculares si ellos trabajaban como dependientes o en puestos de oficina y tenían esposos sin soporte (Haynes & Feinleib, 1980; citados en Sarason, 1990.). Un estudio de trabajadores suecos revelaron que las enfermedades cardiovasculares eran excesivas para los trabajadores quienes tenían bajo soporte social, además de que percibían su trabajo como super estresante, y sentían que ellos tenían poco control sobre su medio ambiente de trabajo (Welin, 1985; citado en Sarason, 1990). En un estudio de pacientes con infección en el miocardio, los sobrevivientes de acuerdo al aislamiento social y a la tensión, mostraron que, aquellos quienes se encontraban bajo alta tensión estaban socialmente conectados, obtuvieron 1-4 la tasa de mortalidad en comparación con aquellos quiénes estuvieron bajo alta tensión y aislados (Ruberman, Weinblatt, Golberg & Chauderay, 1984; citados en Sarason, 1990).

Desafiando estos resultados, algunos estudios no han mostrado una relación entre el soporte social y los resultados de salud (Cohen & Syme, 1985; citados en Sarason, 1990). Esto es difícil de comparar, ya que ellos usaron diferentes definiciones de enfermedad del corazón. Algunos usaron infección del miocardio; algunos mortalidad; y otros usaron diagnóstico débil tales como auto-reporte dolor de espalda. La población también varió de estudio a estudio, así como la definición de soporte social. Las medidas de soporte social fueron usualmente crudas. Alguno de los estudios solamente registraron la presencia de un esposo o la participación en grupo de actividades. En suma, ellos frecuentemente no consideraron el grado de satisfacción asociado con esa relación. Sin embargo generalmente muestran una relación entre la relación social y longevidad (Davickson & Shumaker, 1987; citados en Sarason, 1990). Esos hallazgos han instigado a los epidemiólogos a soportar la noción de

que amigos y familia están asociados a la salud. Así, los estudios epidemiológicos proveen pocos índices de porqué la relación social favorece la salud. Es importante destacar que los estudios epidemiológicos usan diferentes variables dependientes e independientes en las investigaciones psicológicas. Para los epidemiólogos, el soporte es usualmente una simple enumeración del tamaño de la red y la salud, y es frecuentemente considerada como mortalidad. Así, estudios epidemiológicos proveen la base para muchos argumentos en donde el soporte social es protector contra las enfermedades. Sin embargo, la relación entre la cantidad de redes y mortalidad no está necesariamente relacionada a la asociación entre satisfacción del soporte social y la enfermedad. Lo mejor de esto es que ha mostrado un gran interés en la relación entre soporte social y la salud; así los datos epidemiológicos proveen sólo una muy pequeña pieza de los enigmas.

En suma, el soporte social viene a ser un aspecto que el paciente considera en relación a un servicio médico, y parte de su reporte de satisfacción se basa en éste; por lo que, la satisfacción del paciente en relación a los servicios de salud es 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. Los estudios sobre la satisfacción del paciente generalmente se han enfocado a los niveles técnicos de la atención, o a la relación interpersonal médico-paciente; por ello el presente trabajo busca ampliar y complementar esta visión considerando el nivel de atención recibida en los hospitales de segundo nivel ya que son pocas las investigaciones que se han realizado en hospitales de este nivel. Todos los hospitales de segundo nivel cuentan con cinco especialidades básicas entre las que se encuentran: medicina externa, medicina interna, pediatría, urgencias y gineco-obstetricia; en esta última las pacientes ingresadas generalmente requieren de una corta hospitalización ya que se recuperan rápidamente de la cirugía y asumen un alto grado de responsabilidad de sí mismas en cuanto a su cuidado físico, pero en ocasiones es muy frecuente que los doctores y enfermeras presenten poca o ninguna atención a la paciente ya que suponen que su responsabilidad se limita a las necesidades físicas más obvias de sus pacientes, privándolas del mejor cuidado posible. Uno de los requisitos fundamentales para la buena asistencia es que los profesionales cuenten con la capacidad para oír las peticiones de las pacientes tratando de tranquilizarlas e informarlas y reconocer sus manifestaciones de ansiedad; esto es parte del soporte social que los profesionales de salud debe proporcionar para elevar la recuperación del paciente (Sarason, 1990). La capacidad para atender las preguntas de un paciente exige escuchar con sensibilidad, porque muchas pacientes, avergonzadas de su ignorancia formularán preguntas en forma anecdóticas o las atribuirán a parientes o amigas. Los profesionales que escuchen tales sutilezas pueden descubrir a menudo la naturaleza de la ansiedad de su paciente y puede ayudar permitiendo expresar sus temores mediante actos y consejos cuando sean necesarios. Sería bueno que los profesionales recuerden que una paciente cuyos síntomas ginecológicos son suficientes para requerir hospitalización es casi seguro que se muestren ansiosas. Muchas de las pacientes sienten temor ante el acontecimiento que viven, por lo que se considera necesario que ellas expresen todos esos temores de la mejor manera

posible para que aquellos profesionales del área puedan resolver sus dudas (Smith, Dorothy y Germain, 1975). Debido a que en nuestro país existen pocas investigaciones acerca de la relación existente entre los factores psicosociales que afectan el reporte de satisfacción del paciente, la presente investigación tiene como objetivo particular "Determinar el papel que juegan las habilidades sociales (asertivas) del usuario relacionadas a la demanda de servicios en el reporte de satisfacción"; considerando a las habilidades sociales (asertivas) como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que normalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1987; citado por Macia, 1988) y a la satisfacción como la evaluación positiva de distintas dimensiones del cuidado de salud (Fishbein y Ajzen 1975; citados en Linder-Pelz, 1982).

Y como objetivos específicos: 1) la creación de un instrumento confiable y válido que permita recolectar información sobre la satisfacción de los pacientes, y 2) la creación de un instrumento confiable y válido que permita detectar las características y habilidades sociales (asertivas) que son funcionales en el servicio de Gineco-Obstetricia en sus diferentes etapas de atención. Por lo que se planteó como hipótesis de investigación que "El reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido por el nivel de habilidades sociales (asertivas) de los pacientes. A menor nivel de habilidades sociales (asertivas) menor reporte de satisfacción; a mayor nivel de habilidades sociales (asertivas) mayor reporte de satisfacción".

METODO

SUJETOS:

En el estudio participaron 180 mujeres (60 para el piloteo y 120 como muestra) entre 18 y 40 años que ingresaron al área de Gineco-Obstetricia del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda". Estableciendo como criterios de inclusión a aquellas mujeres que ingresaron al área de Gineco-Obstetricia que se encontraban en un rango de edad entre los 18 a 40 años, que hubieran permanecido como mínimo un día en hospitalización, y que el producto del parto se encontrara con vida, no importando el método por el cual dieron a luz; y excluyendo a aquellas mujeres que perdieron el producto (bebé).

MATERIALES:

Los instrumentos empleados fueron: un inventario de satisfacción (ver apéndice 1 y 3) realizado con base en tres dimensiones fundamentales establecidas por Hall y Dornan (1988; citados en Lewis, 1994):

Ejecución Profesional, donde se integran las subdimensiones de: efectividad; competencia; indicación; capacidad del médico; seguridad; higiene; nutrición; prevención de cuidados superfluos y tratamiento molesto.

La siguiente dimensión trata de aspectos sobre la Actitud del Profesional, en ésta se incluyen: trato humano; informatividad; confianza mutua; cooperación; responsabilidad; empatía; autonomía del paciente y la atención a problemas psicosociales.

Una tercera dimensión es la Organización, la cual incluye aspectos de continuidad; disponibilidad; eficiencia; cuidado integral; privacidad; accesibilidad; costo; comodidad y burocracia y calidad o satisfacción general.

Así como un inventario de asertividad (ver apéndice 2 y 4) ante situaciones médicas, diseñado con base en seis dimensiones establecidas por Caballo (1987; citado por Macia, 1988). Las dimensiones a evaluar fueron:

Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos.

Expresión de Opiniones y Necesidades.

Rechazo de Demandas Irracionales.

Iniciación y Terminación de Conversaciones.

Afirmación o Defensa de Derechos.

Dar y Recibir Halagos.

Ambos instrumentos fueron diseñados por las investigadoras utilizando una escala Likert; sus valores iban de 1 a 5 (para el instrumento de satisfacción: 1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = no se, 4 = en desacuerdo y 5 = muy en desacuerdo; y para el instrumento de asertividad: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = a veces, 4 = muy a menudo y 5 = siempre).

También se utilizó una guía de entrevista (diseñada por las investigadoras) que permitió recolectar información sobre incidencias en el servicio (ver apéndice 5).

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos en la investigación se utilizó una computadora marca Toshiba, Satellite T-1850C con los siguientes programas: Microsoft Word versión 6.0, SPSS for Windows Release 5.0, Microsoft Excel versión 5.0 y Microsoft Access versión 2.0, así como las impresoras Laser Jet.4P, Desk Jet 310 y Olivetti JP 150.

ESCENARIO

El estudio se realizó dentro del área de Gineco-Obstetricia del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda".

DISEÑO

El diseño utilizado en el estudio fue el diseño ex post facto ya que es el adecuado para aquellas situaciones en donde el investigador se propone explicar o estudiar un fenómeno pasado; es decir, que ya ha ocurrido. Kerlinger (1975; citado en Silva, 1992) define al diseño ex post facto como "una búsqueda empírica sistemática en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables" (p.p. 25). Cabe añadir que en los estudios ex post facto no se puede tener la seguridad de una relación causal entre las variables estudiadas, sino que regularmente se habla de una relación o correlación entre dos o más fenómenos observados o medidos.

Plutchik (1975) y Arnaud (1978) (citados en Silva, 1992) lo denominan correlacional.

Este diseño fue empleado ya que lo que se pretendió fue analizar el resultado de la intervención inmediatamente después de ésta (Campbell y Stanley, 1978; citados en: Programa de Psicología Aplicada Lab. 1, 1992).

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se siguió en el estudio constó de 3 fases las cuales se muestran a continuación.

FASE I (Construcción y piloteo de los instrumentos).

Esta fase se dividió en dos etapas:

Etapas 1. Construcción de los instrumentos. El instrumento de satisfacción se hizo con base en tres dimensiones fundamentales. Este instrumento de evaluación permitió conocer el nivel de satisfacción de las mujeres participantes en el estudio en relación a la atención médica que recibieron en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda". La información proporcionó indicadores para evaluar la calidad de la atención médica en dicha institución. La construcción del instrumento de asertividad se hizo con base en las seis dimensiones antes citadas; este instrumento permitió detectar las características y habilidades asertivas que eran funcionales en el servicio de Gineco-Obstetricia en sus diferentes etapas de atención. Por otro lado, la estructuración de la entrevista proporcionó información sobre las incidencias ocurridas en esta área.

Etapas 2. Piloteo del instrumento. En esta etapa se realizó el piloteo de los instrumentos a 60 mujeres ingresadas al área de Gineco-Obstetricia.

FASE II. (Aplicación y corrección de los instrumentos).

Una vez finalizada la etapa anterior, los reactivos de ambos instrumentos fueron sometidos a un análisis estadístico con una prueba de correlación Alpha de Cronbach para determinar su consistencia interna, una r de Pearson corregida quedándose aquellos reactivos que mostraron una correlación mayor o igual a .20, con un nivel de significancia mayor o igual a 0.05 y una prueba de correlación Phi. Una vez concluido esto, los reactivos que resultaron confiables fueron llevados a una segunda aplicación la cual se realizó de la misma manera que en la etapa "2" de la fase 1. Así mismo se afinaron las preguntas de la guía de entrevista para llevarla a una segunda aplicación.

FASE III. (Aplicación final de los instrumentos).

En esta fase se realizó la aplicación final, tanto de los instrumentos como de la guía de entrevista a la muestra, una vez obtenida la información se realizó el respectivo análisis de resultados, finalizando así la investigación.

RESULTADOS

Los instrumentos para evaluar la satisfacción; la asertividad; y la guía de entrevista fueron aplicados a una muestra de 180 mujeres (60 para el piloteo y 120 como muestra) que ingresaron al área de Gineco-Obstetricia del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda", siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

DATOS DEMOGRAFICOS.

Edad.

La Edad con mayor frecuencia en las mujeres de la muestra fueron de 17 y 23 años, con una media de 23 años (ver tabla 1 "a" y figura 1). La mayor parte de la muestra se concentró en el rango de edad de 20-24 años (ver figura 2).

Lugar de Procedencia.

El mayor porcentaje de la muestra procedían del Estado de México, siguiéndole aquellas que procedían del centro del país (ver tabla 1 "b" y figura 3).

Nivel de Estudios.

Con lo referente al nivel de estudios la mayor parte de la muestra cuenta con estudios básicos (primaria y secundaria), siendo menos frecuentes los estudios técnico/comercial, bachillerato y licenciatura (ver tabla 1 "a" y figura 4).

Ocupación.

La mayor parte de las mujeres están dedicadas principalmente al hogar, siendo muy pocas las que se dedican a estudiar o a trabajar ya sea como obrera, comerciante o empleada de alguna empresa (ver tabla 1 "b" y figura 5).

Servicio de Referencia.

El servicio por el cual fueron referidas la mayor parte de las pacientes fue por Centros de Salud; y son muy pocas aquellas que fueron referidas por dispensarios, médicos particulares, Cruz Roja y Cruz Verde (ver tabla 1 "b" y figura 6).

Transporte.

El transporte usado con mayor frecuencia para trasladarse al hospital fue el auto particular, y son muy pocas las pacientes que lo hicieron por medio de una ambulancia o a pie (ver tabla 1 "b" y figura 7).

Tiempo.

El tiempo que tardaban las usuarias para llegar al hospital fue de 30 minutos en promedio (ver tabla 1 "b" y figura 8).

DATOS OBSTETRICOS.**Gestas.**

La mayor parte de las pacientes eran primigestas, siguiendole aquellas que esperaban su segundo bebé; fueron muy pocas aquellas que se concentraron en el rango de espera de entre 5-10 hijos. (ver tabla 2 y figura 9).

Abortos.

En cuanto al número de abortos la mayor parte de las pacientes reportó no haber tenido ningún aborto, sin embargo un 10% refiere 1 aborto previo (ver tabla 2 y figura 10).

Parto.

La mayor parte de los partos de las pacientes han sido partos normales (ver tabla 2 y figura 11), el 22% tiene como antecedente al menos una cesarea (ver tabla 2 y figura 12).

Edad Gestacional.

Las semanas de gestación de las pacientes osciló entre 38 y 40 semanas con un promedio de 38 semanas (ver tabla 2 y figura 13);

Tipo de Parto.

El tipo de parto por el cual dieron a luz la mayor parte de las pacientes fue el eutócico (ver tabla 2 y figura 14).

DATOS DE ORIENTACION Y ATENCION PRE Y POST PARTO.

A la mayor parte de las pacientes se les preguntó: sobre la fecha de su última regla; sobre si algún familiar padeció diabetes, cáncer o tuberculosis; sobre el registro cardíaco del bebé por lo menos cada 30 minutos; sobre indicaciones tales como caminar y reposar; sobre información nutricional de la lactancia y planificación familiar; sobre la presentación de las enfermeras y si éstas les proporcionaron orientación sobre los cuidados de su bebé; así como del lugar en donde podían presentar sus quejas y sugerencias.

A la mayoría de las pacientes no se les preguntó si contaban con historia clínica perinatal y sobre si algún familiar cercano padeció de gemelares (ver figura 15).

Los datos del piloteo del instrumento de satisfacción y de asertividad fueron sometidos a un análisis de correlación r de Pearson corregida seleccionando aquellos reactivos que tuvieron una correlación total igual o mayor a .20 y con un nivel de significancia de .05. Esto permitió descartar dos reactivos en el instrumento de satisfacción que no contribuían a la confiabilidad general del mismo; y en el instrumento que evaluó las habilidades sociales no hubo cambios significativos; sólo en relación al fraseo (ver apéndices 1-4 donde se muestran los instrumentos utilizados en la investigación).

Los datos obtenidos por ambos instrumentos fueron sometidos a un análisis estadístico integrado por: frecuencias, correlaciones, confiabilidad, un análisis de correlación Phi (con un nivel de significancia de .05) para observar si existía relación entre las categorías de habilidades sociales y las respuestas del instrumento de satisfacción; así como un análisis cualitativo de la información obtenida en las entrevistas.

A continuación se muestran los datos obtenidos en la aplicación final de los instrumentos:

INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

El instrumento de satisfacción fue construido con base en tres dimensiones fundamentales establecidas por Hall y Dornan (1988; citados por Lewis, 1994), quedando finalmente aquellas que fueron funcionales para el área de Gineco-Obstetricia, siendo éstas:

Ejecución Profesional, donde se integraron las subdimensiones: efectividad; impresión subjetiva de que se hace lo indicado; seguridad; higiene; nutrición y tratamiento molesto.

Actitud del Profesional, en ésta se incluyeron aquellas subdimensiones relacionadas a: trato humano; informatividad; cooperación; empatía y atención a problemas psicosociales.

Una tercera dimensión fue Organización, la cual incluyó las subdimensiones de: eficiencia; cuidado integral; privacidad; accesibilidad; comodidad y la subdimensión de satisfacción general (ver apéndice 3 y tabla 3).

De acuerdo al análisis de correlación Alpha de Cronbach (con un nivel de significancia de .05), el instrumento mostró un índice de confiabilidad de .8592.

a) CORRELACION ITEM-TOTAL

Todos los reactivos cumplieron con el criterio de mayor o igual a .20 y un nivel de significancia de .05, excepto aquellos reactivos que se muestran en la tabla 4.

b) CORRELACION ITEM-ITEM

En este análisis se obtuvieron 8 correlaciones significativas entre reactivos. Las correlaciones entre los reactivos 20-14 y 21-17 fueron las que obtuvieron los más altos índices, éstas se muestran en la tabla 4.

c) COEFICIENTE DE CORRELACION r DE PEARSON

La prueba de correlación r de Pearson (con una probabilidad de .05) mostró correlaciones entre los datos demográficos y antecedentes obstétricos. Los datos que se correlacionaron significativamente fueron: la edad de las pacientes con el número de gestas y el número de partos (ver tabla 4).

En cuanto a las correlaciones entre reactivos se observaron 4 correlaciones significativas, la correlación entre los reactivos 20 y 21 obtuvo el índice más alto (ver tabla 4).

d) FRECUENCIA DE RESPUESTAS

En relación a las respuestas de los reactivos 11-41, el máximo puntaje que podían obtener las pacientes en el instrumento de satisfacción fue de 155 puntos. Para ubicar el nivel de satisfacción de las pacientes se calcularon los cuartiles del total de los totales, en donde:

- 1) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 58 a 107 puntos; se consideraron con bajo índice de satisfacción.
- 2) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 108 a 121 puntos; se consideraron con índice medio de satisfacción.
- 3) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 122 a 146 puntos; se consideraron con alto índice de satisfacción.

Los resultados muestran que la mayor parte de los puntajes de las pacientes se ubicaron principalmente en el segundo rango (ver tabla 5 y figura 16).

Por otro lado, se observó que la mayor parte de las respuestas de las pacientes se concentraron en la categoría “de acuerdo” (53.21%), siguiéndole la categoría “muy de acuerdo” (20.26%). Cabe señalar que pocas personas no respondieron algunas preguntas del instrumento (2.88%) (ver tabla 6 y figura 17).

Las frecuencias obtenidas en cada una de las dimensiones que conformaron el instrumento de satisfacción en cuanto a las categorías de la escala Likert se observó que:

EJECUCION PROFESIONAL.

En la subdimensión de Efectividad el 52.1% reportó estar de acuerdo, el 24% no saber y el 2.5% estar en desacuerdo.

En la subdimensión Higiene el 45.5% reportó estar de acuerdo, el 13.2 % en desacuerdo y el 5.8% no saber.

En la subdimensión Tratamiento Molesto el 52.9% se mostró en desacuerdo, el 15.7 % de acuerdo y el 5.8% no saber (ver tabla 7 y figura 18).

El promedio general en esta dimensión fue de 3.56 puntos en la escala Likert de 5 puntos (ver figura 21).

ACTITUD DEL PROFESIONAL

En la subdimensión de Trato Humano: el 53.7% mostró estar de acuerdo, el 25.6 % no supo y el 3.3% en desacuerdo.

En la subdimensión Cooperación el 55.4 % reportó estar de acuerdo, el 9.1% en desacuerdo y el 1.7% no saber:

En la subdimensión Empatía, el 60.3 % estuvo de acuerdo, el 14 % en desacuerdo y el 12.4% no saber.

En la subdimensión Atención a Problemas Psicosociales, el 46.3 % estuvo de acuerdo, el 23.1 % no supo y el 12.4% estar en desacuerdo (ver tabla 7 y figura 19).

El promedio general de esta dimensión fue de 3.72 puntos en la escala Likert de 5 puntos (ver figura 21).

ORGANIZACION

En la subdimensión Eficiencia el 53.7 % mostró estar de acuerdo, el 19.8 % no saber y el 3.3% estar muy en desacuerdo.

En la subdimensión Cuidado Integral el 61.2 % reportó estar de acuerdo, el 9.1 % no saber y el 1.7 % estar en desacuerdo.

En la subdimensión Accesibilidad el 59.5% estuvo de acuerdo, el 22.3 % no supo y el 1.7% en desacuerdo.

En la subdimensión Privacia el 59.5 % se mostró de acuerdo, el 3.3 % no supo y el 1.7% estuvo muy en desacuerdo.

En la subdimensión Comodidad el 57.9 % reportó estar de acuerdo, el 19% no saber y el 1.7% estar en desacuerdo.

En la subdimensión Satisfacción General el 54.5 % mostró estar de acuerdo, el 8.3 % no saber y el 1.7 % estar en desacuerdo.

En la subdimensión Burocracia el 46.3% estuvo de acuerdo, 9.9 % no supo y el 19.8 % en desacuerdo (ver tabla 7 y figura 20).

El promedio general de esta dimensión fue de 3.90 puntos en la escala Likert de 5 puntos (ver figura 21).

e) ANALISIS FACTORIAL.

El análisis factorial con rotación varimax extrayendo los principales componentes agrupó los reactivos del instrumento de satisfacción en 10 factores que explican el 73.1% de la varianza total del instrumento, dandonos un indicador de la validez de cada dimensión.

El factor 1 se compuso de los siguientes reactivos: 15, 17, 21, 24 y 25.

El factor 2 estuvo integrado por los reactivos 18, 22 y 23.

El factor 3 fue integrado por los reactivos 16, 27 y 34.

El factor 4 fue conformado por los reactivos 12, 14, 30 y 31.

El factor 5 integró los reactivos 36, 37 y 38.

El factor 6 conformado por los reactivos 13, 19, 20 y 35.

El factor 7 compuesto por los reactivos 26 y 32

El factor 8 integró los reactivos 33, y 41

El factor 9 integrado por los reactivos 39 y 40.

El factor 10 estuvo conformado con los reactivos 11 y 28.

INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

Con respecto al instrumento de asertividad (ver apéndice 4 y tabla 8), éste permitió detectar las características y habilidades asertivas que eran funcionales dentro del servicio de Gineco-Obstetricia en sus diferentes etapas de atención; éste fue basado en seis dimensiones a evaluar, siendo éstas:

Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos.

Expresión de Opiniones y Rechazo de Demandas Irracionales.

Iniciación y Terminación de Conversaciones.

Afirmación o Defensa de Derechos.

Dar y Recibir Halagos.

De acuerdo al análisis de correlación Alpha de Cronbach (con un nivel de significancia de .05), el instrumento obtuvo un índice de confiabilidad de .8434.

a) CORRELACION ITEM-TOTAL

En el instrumento 6 fueron los reactivos que mostraron un bajo índice de correlación; los reactivos fueron: 2, 4, 5, 12, 14 y 15 (ver tabla 9).

b) CORRELACION ITEM-ITEM

La correlación significativa solamente fue entre los reactivos 23 y 21 (ver tabla 9).

c) ANALISIS DE CORRELACION r DE PEARSON

El coeficiente de correlación r de Pearson (con una probabilidad de .05), mostró correlaciones significativas entre los reactivos 11 y 21, 21 y 24, 23 y 21, 23 y 24 (ver tabla 9).

d) FRECUENCIA DE RESPUESTAS.

En relación a las respuestas de los reactivos, el máximo puntaje que podían obtener las pacientes en el instrumento de asertividad fue de 140 puntos. Para ubicar el nivel de asertividad de las pacientes se calcularon los cuartiles del total de los totales, en donde:

- 1) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 50 a 70 puntos; se consideraron con bajo índice de asertividad.
- 2) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 71 a 95 puntos; se consideraron con índice medio de asertividad.
- 3) Los puntajes de las pacientes que se ubicaron en el rango de 96 a 122 puntos; se consideraron con alto índice de asertividad.

Los resultados muestran que la mayor parte de los puntajes de las pacientes se ubicaron principalmente en el segundo rango (ver tabla 10 y figura 22).

Por otro lado, se observó que la mayor parte de las respuestas de las pacientes se concentraron en la categoría “nunca” (30.14%), siguiéndole la categoría “siempre” (27.57%). Cabe señalar que pocas personas no respondieron algunas preguntas del instrumento (0.95%) (ver tabla 11 y figura 23).

Las frecuencias obtenidas en cada una de las dimensiones que conformaron el instrumento de asertividad (ver tabla 12 y figura 24), en cuanto a las categorías de la escala Likert, se observó que:

En la dimensión Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos el 45.5% reportó hacerlo muy a menudo, el 31.4% siempre y el 19.8% a veces; el promedio general fue de 3.99 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

En la dimensión Expresión de Opiniones y Necesidades el 42.1 % reportó hacerlo a veces, el 32.2% rara vez y el 16.5% muy a menudo; el promedio general fue de 2.82 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

En la dimensión Rechazo de Demandas Irracionales el 38% reportó hacerlo a veces, el 20.7% rara vez y el 9.1% nunca; el promedio general fue de 2.95 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

En la dimensión Iniciar y Terminar una Conversación el 58.7% reportó hacerlo siempre, el 19.8% a veces y el 1.7 % nunca; el promedio fue de 4.09 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

En la dimensión Afirmación o Defensa de Derechos el 33.1% reportó hacerlo a veces, el 31.4% rara vez y el 9.9% nunca; el promedio de este fue 2.72 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

Finalmente, en la dimensión Dar y Recibir Halagos el 35.5% reportó hacerlo siempre, el 29.8% a veces y el 8.3% rara vez. El promedio general fue de 3.79 puntos en la escala Likert de 5 puntos.

e) ANALISIS FACTORIAL

El análisis factorial con rotación varimax agrupó a los reactivos del instrumento de asertividad en 9 factores que explican el 67.6% de la varianza total del instrumento, dándonos un indicador de la validez del instrumento.

El factor 1 estuvo compuesto por los reactivos 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

El factor 2 contó con los reactivos 9, 10 y 19.

El factor 3 compuesto por los reactivos 17 y 28.

El factor 4 conformado por los reactivos 8 y 16.

El factor 5 fue integrado por los reactivos 12 y 14.

El factor 6 mostró 5, 6 y 7.

El factor 7 sólo contó con el reactivo 27.

El factor 8 sólo con el reactivo 2.

El factor 9 con los reactivos 3 y 13.

ANALISIS DE CORRELACION ENTRE EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DE ASERTIVIDAD.

1) ANALISIS DE CORRELACION r DE PEARSON ENTRE REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

El análisis de correlación r de Pearson permitió observar que no existieron correlaciones significativas entre los reactivos individuales del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de asertividad; no obstante, sí existieron algunas relaciones entre dimensiones del instrumento de asertividad con las respuestas a los reactivos del instrumento de satisfacción, como veremos más adelante (ver tabla 15).

2) ANALISIS DE CORRELACION (PRUEBA PHI) PARA EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DE ASERTIVIDAD.

Con respecto al análisis de correlación (prueba Phi) se obtuvo que:

I) Correlación entre reactivos de ambos instrumentos:

No existe correlación singular entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de asertividad.

II) Correlación entre reactivos y Factores:

Los reactivos correspondientes al instrumento de satisfacción que mantuvieron correlación con Factores del instrumento de asertividad se muestran en la tabla 13, éstos fueron:

Factor 1 (Afirmación o Defensa de Derechos) con reactivo 30.

Factor 2 (Expresión de Opiniones y Necesidades) con reactivos 21, 25, 29, 31 y 36.

Factor 3 (reactivos 17 y 28 en los cuales no existe un concepto rector) con reactivo 14.

Factor 4 (Iniciación y Terminación de una Conversación) con reactivos 17, 26, 39 y 40.

Factor 5 (Rechazo de Demandas Irracionales) con reactivos 13, 19 y 36.

Factor 6 (Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos) con reactivos 15, 21 y 41.

Los reactivos correspondientes al instrumento de asertividad que mostraron correlación significativa con los Factores del instrumento de satisfacción fueron:

Factor 1 (reactivos 15, 17, 21, 24 y 25 los cuales no cuentan con un concepto rector) con reactivos 14, 16 y 22.

Factor 2 (reactivos 18, 22 y 23 en los cuales no existe un concepto rector) con reactivos 23 y 26.

Factor 4 (Trato Humano) con reactivo 10.

Factor 5 (Cuidado Integral) con reactivos 14 y 22.

Factor 6 (reactivos 13, 19, 20 y 35 en los cuales no existe concepto rector) con reactivos 6, 12, 16, 25, 26 y 28.

Factor 7 (reactivos 26 y 32 en los cuales no existe concepto rector) con reactivos 4, 14, 16 y 18.

Factor 8 (reactivos 33 y 41 en los cuales no existe concepto rector) con reactivos 6, 7 y 10.

Factor 9 (Burocracia) con reactivos 1 y 15.

Las correlaciones de los reactivos del instrumento de asertividad con los Factores del instrumento de satisfacción se muestran en la tabla 13.

III) Correlación entre los Factores del instrumento de satisfacción y los Factores del instrumento de asertividad.

Las correlaciones encontradas se muestran en la tabla 13, éstas fueron: Factor 1 (reactivos 15, 17, 21, 24 y 25 en los cuales no existe concepto rector) del instrumento de satisfacción con el factor 4 (Iniciación y Terminación de una Conversación) del instrumento de asertividad.

El Factor 4 (Trato Humano) del instrumento de satisfacción con el factor 4 (Iniciación y Terminación de una Conversación) del instrumento de asertividad.

El factor 7 (reactivos 26 y 32 en los cuales no existe concepto rector) del instrumento de satisfacción con el factor 9 (reactivos 3 y 13 en los cuales no existe concepto rector) del instrumento de asertividad.

IV) Correlación entre datos demográficos/ antecedentes obstétricos con los reactivos de ambos instrumentos:

Instrumento de Satisfacción.

Existió correlación entre la edad y el reactivo 17; entre el número de cesáreas y los reactivos 12, 20, 21, 23, y 41; entre el número de abortos y el reactivo 27; entre ocupación y los reactivos 12, 30, 32, 34, 39 y 41; entre el número de partos normales y los reactivos 19, 30 y 34 (ver tabla 14).

Instrumento Asertividad.

En este instrumento existió correlación entre el nivel de estudios y los reactivos 1, 8, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27 y 28; entre el lugar de procedencia y el reactivo 13; entre ocupación y los reactivos 10, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25 y 27; y entre el número de partos y el reactivo 4 (ver tabla 14).

V) Correlación reactivos con dimensiones (definidas por las investigadoras).

Instrumento de Satisfacción.

Los reactivos del instrumento de satisfacción que mostraron una alta correlación con las dimensiones del instrumento de asertividad se muestran en la tabla 15, éstos fueron:

Para la dimensión Expresión de Opiniones y Necesidades: con reactivos 16 y 29.

Para Rechazo de Demandas Irracionales: con reactivos 12, 17, 20, 21, 28, 30, 31, 34 y 38.

Para Iniciar y Terminar una Conversación con el reactivo 27.

Para Afirmación o Defensa de Derechos: con reactivos 12, 13, 17, 25, 32 y 31.

Para Dar y Recibir Halagos: con reactivos 11, 12, 13, 16, 17 y 19.

Instrumento de Asertividad.

Los reactivos del instrumento de asertividad que mostraron un alto índice de correlación con respecto a las dimensiones del instrumento de satisfacción se muestran en la tabla 15, éstos fueron:

EJECUCION PROFESIONAL.

Para Efectividad: con reactivos 4, 17 y 18.

ACTITUD DEL PROFESIONAL.

Para Trato Humano con reactivos 10 y 15.

ORGANIZACION.

Para Cuidado Integral: con reactivos 1, 14, 16, 19 y 28.

Para Comodidad: con reactivos 11, 14, 16 y 23.

Para Satisfacción General: 14, 16 y 22.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA ENTREVISTA.

Con respecto al análisis cualitativo de la entrevista realizada a las pacientes se obtuvo que durante el piloteo de los instrumentos las incidencias reportadas por algunas pacientes fueron:

- Información. Las pacientes consideraron que hace falta que se le proporcione información sobre planificación familiar, ya que durante su estancia en el hospital no les fue proporcionada.

-Actitud del médico. La mayor parte de las pacientes reportaron que los médicos del sexo femenino muestran mayor amabilidad hacia ellas a diferencia de los médicos del sexo masculino.

-Actitud de las enfermeras. El trato que algunas enfermeras dan a las pacientes no siempre es el adecuado ya que muchas veces las regañan por causas injustificadas

-Actitudes del personal. Las pacientes reportaron que personal del área de trabajo social, limpieza y seguridad del hospital se mostraron groseros e incompetentes ante la solicitud del servicio.

-Recursos materiales. Las pacientes consideraron que el hospital necesita un mayor número de batas, ropa y cobijas para los bebés, así como de sábanas y cobertores.

-Alimentos. La mayoría de las pacientes coincidieron en que es necesario mejorar el sabor de la comida que se les proporciona durante su estancia.

-Negligencia. Una paciente se mostró muy molesta ya que casi da a luz en la sala de espera del hospital; en primer lugar, manifestó que la recepcionista que se encontraba en la entrada del área de urgencias no le hizo caso, se molestó por la insistencia de la paciente y no le permitió el acceso al interior del área. La recepcionista tuvo que ver que la paciente estaba por dar a luz para permitirle el acceso al interior del área, la paciente entró a dicha área a las 11:00 p.m. y el parto se registró a las 11:05 p.m.

INCIDENCIAS DURANTE LA RECOLECIÓN DE DATOS.

Durante la aplicación final de los instrumentos las incidencias reportadas por algunas de las pacientes fueron semejantes a las reportadas durante el piloteo de los instrumentos, éstas fueron:

-Actitud del médico. Las pacientes consideraron que los médicos del sexo masculino necesitan mostrar un carácter más accesible hacia ellas, ya que muchas veces son regañones y de actitud hostil.

-Actitud de las enfermeras. Al igual que algunos médicos, las enfermeras se mostraron regañonas e incompetentes ante algunas peticiones de las pacientes ya fuese por olvido o por pasividad; así mismo también las exigencias por parte de éstas han rebasado algunos límites ya que exigen que las pacientes se bañen aunque ellas no se encuentren en condiciones para quedarse solas en el baño.

-Actitud del personal. El personal de limpieza se mostró un tanto grosero y molesto cuando las pacientes sin querer llegaban a ensuciar (manchar de sangre o vomitar) el piso del área.

-Alimentos. Consideran que los alimentos proporcionados en el hospital no tienen un sabor agradable, además de que las raciones son muy pequeñas.

-Recursos materiales. Nuevamente reportaron la escasez de batas, cobertores, sábanas, cobijitas y ropa para bebé, así como la falta de toallas sanitarias.

-Higiene. Una de las pacientes reportó que sería pertinente tomar las medidas necesarias para impedir que algunos insectos penetraran al área de hospitalización, ya que ella cuando fue a los cuneros a ver a su bebé se encontró con que debajo de la cuna donde se encontraba su bebé habían algunas cucarachas y ya que ella había sido sometida a cesárea le fue imposibles inclinarse para matarlas.

-Condiciones inapropiadas. Las pacientes se mostraron un poco molestas ya que durante las noches los médicos y enfermeras del área mantenían prendida una grabadora a un alto volumen, lo cual en ocasiones despertaban a los bebés, así como también no les permitía a ellas conciliar el sueño; las pacientes instaladas en las habitaciones en donde los rayos solares no tienen acceso manifestaron que las habitaciones eran frías y por lo tanto sería conveniente instalar una calefacción.

-Requerimientos hospitalarios. Las pacientes reportaron sentirse temerosas ante el requerimiento del hospital, ya que ellas no contaban con una persona que pudiera donar sangre y así permitir su salida del hospital.

-Negligencia. Una de las pacientes se mostró muy inconforme con la atención dada por el personal en general. El caso de la paciente fue especial ya que ella dio a luz dentro del transporte que utilizó para llegar al hospital; cuando la persona que la acompañaba solicitó al hospital una camilla o alguna silla de ruedas se le fue negada con el argumento de que no tenían, cuando se le pidió al médico que saliera a atender a la paciente éste se negó diciendo que no la podía atender hasta que ésta no ingresara al hospital limitándose sólo a observar todo lo que ocurría.

DISCUSION

La confiabilidad del instrumento de satisfacción resultó con un índice de .8592 en el alpha de Cronbach; y de acuerdo al análisis factorial, 10 fueron los factores que explican el 73.1% de la varianza total del instrumento, dandonos un indicador de la validez de cada dimensión del instrumento. Los reactivos 29, 39 y 40 en el análisis de correlación item-total mostraron un bajo índice, lo cual pudo deberse a que la redacción de los mismos fue dirigida en forma negativa para con el hospital, pensando que si éstos se replantearan en forma positiva posiblemente mostrarían índices más altos de correlación, aunque es posible que la cantidad de reactivos hiciera tedioso el instrumento, la redacción tan larga de las preguntas, el lugar y el tiempo donde fueron aplicados los instrumentos, hizo que no hubiera una lectura adecuada de cada reactivo.

En el piloteo del instrumento no se observaron reactivos con bajo índice de correlación, en comparación con los resultados finales, posiblemente los bajos índices presentados se debieron a que los reactivos fueron replanteados; a lo reducido de la población; y a los tiempos en los cuales el instrumento fue aplicado, por lo que se propone ampliar el tamaño de la muestra a 500 personas con el propósito de hacer una generalización más confiable con los datos obtenidos; así como que previa a su aplicación se analicen los tiempos y así se pueda saber en qué momento no interfieren las actividades del área con la aplicación de los instrumentos. Con esto podemos corroborar lo que menciona Hall y Dorman (1988; citados por Hall, 1988) quienes consideran que el lugar, el momento y el número de reactivos con el que cuentan los instrumentos puede ejercer fuerte influencia en el reporte de satisfacción; sugiriéndose que para posteriores investigaciones el instrumento se aplique sólo a aquellas personas que accedan voluntariamente, ya que posiblemente si el tiempo y el momento de aplicación es el adecuado se podrá obtener una mayor confiabilidad de los instrumentos y por lo tanto datos más confiables sobre la satisfacción; además de no descartar a las pacientes que por algún motivo el producto no sobrevivió y con estos hacer un análisis comparativo sobre su satisfacción.

Por otro lado se sugiere que el reactivo 29 sea eliminado en función de su poca comprensión, además de que involucra elementos de juicio que contienen parámetros de referencia poco claros para la persona. Es decir, es difícil que estas personas pudieran formarse un juicio sobre la molestia o no molestia de un procedimiento técnico-médico y tener puntos de referencia en donde esto son molestos o no molestos. Probablemente se deba a que se trató de evaluar el dolor con un sólo reactivo, por lo que se considera que si se desea evaluar, se haga con un mayor número de reactivos y describiendo situaciones específicas. Consideramos que los reactivos 39 y 40 son importantes, están redactados de manera técnicamente válidos, sin embargo, al preguntarle a las pacientes del área de Gineco-Obstetricia ésto es cuestionable debido a que, regularmente, los trámites no son hechos por la paciente sino por los familiares, por lo tanto ella no es la interlocutora confiable para contestarlos.

El reactivo 11 fue descartado para el análisis de confiabilidad en función de que hace referencia al tiempo de traslado, cuya importancia se basa en determinar si este criterio era cubierto por el hospital como parte de los estándares establecidos. Encontramos que en este rubro no existe problema con el hospital que da un tiempo de acceso promedio de 30 min. en la mayoría y la percepción de los pacientes es de que no hay ningún inconveniente; con lo que se propone que dicho reactivo también sea eliminado del instrumento o se aborde más a fondo o sistemáticamente el efecto de dicha variable en el reporte de satisfacción dado que en este estudio no fue relevante.

De igual manera es conveniente que el reactivo 26 sea eliminado, debido a las mismas causas que los reactivos 39 y 40, además de su baja correlación ítem-total (.35). Al parecer el reactivo 28 que hace referencia a las condiciones de higiene y de infecciones, parece que contribuye de manera pobre al índice de confiabilidad del instrumento debido a las características socioeconómicas de la población, esto es que posiblemente las condiciones de higiene con las que cuentan su comunidad no hacen posible una perspectiva de evaluación en cuanto a la higiene con la que deben contar los Servicios de Salud, por lo que, sugerimos que se investigue más al respecto en muestras comparativas de dicha variable; planteando que se elimine lo referente a las infecciones, pues parece que no tienen representación exacta en la población. El mismo procedimiento se aplica al reactivo 36 (percepción de suficiencia de recursos), pero nunca perder de vista que debe ser una variable a considerar en las evaluaciones técnicas o cuantitativas.

Por otro lado, sugerimos redactar de una manera más clara y concreta los reactivos 34 y 38 debido a que, en algunos casos hacen falta más puntos de referencia (reactivos 36 y 38) y/o los reactivos son muy largos y generales (reactivo 34).

En las correlaciones ítem-ítem del instrumento de satisfacción, se observan que éstas son múltiples y esto puede dar algún punto de referencia en cuanto a la forma en cómo las personas encuestadas perciben la satisfacción de una dimensión y/o subdimensiones del servicio; asimismo, de cómo integran dichos elementos para emitir un juicio de valor acerca de la calidad del mismo. La primera parte corresponde a un análisis factorial, mientras que la segunda, a esa asociación idiosincrática (establecidas como intercorrelaciones) que permiten hacer algunas inferencias en cómo derivan los juicios de valor. En relación a esta última, por ejemplo, encontramos las intercorrelaciones entre los reactivos 20, 13 y 14 en donde la percepción del costo de los servicios parecería que da un valor de aceptabilidad del trato que el personal da y, basado en esto, a la percepción de capacidad del personal. Esto es congruente con los planteamientos que han hecho varios autores entre ellos Donabedian (1981), quien menciona que la mayor parte de los pacientes creen que al aumentar el costo, la atención se vuelve más elaborada y se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios netos exiguos en relación al costo.

Como podemos ver en el análisis de correlación ítem-ítem, las correlaciones más importantes (ver tabla 4) se dieron entre dos reactivos (15 y 17) que hacen referencia a la

Comodidad en la estancia del paciente (como es: la comodidad de la cama y temperatura adecuada) que proporcionó esta institución.

Por otro lado, como se pudo observar (ver tabla 4) el reactivo 20, que hace referencia a la percepción de que el personal está capacitado mantuvo una alta correlación con 2 reactivos (13 y 14), en los que se hace referencia a cosas más específicas relacionadas con el personal médico como son el pago por los servicios médicos (reactivo 13) así como la actitud tomada por parte del personal médico para la atención del usuario (reactivo 14), con esto podemos observar una relación directa entre el costo de los servicios, la percepción de capacidad y trato del personal al paciente; es decir, parece ser que el costo es una variable que influye en la percepción del usuario en relación a la aceptación del nivel de calidad de los servicios como es el trato dado por el personal y su capacidad para atender los asuntos médicos. Aunque no podemos establecer una relación lineal entre estas variables, es indudable que las personas pueden estar percibiendo que el costo de los servicios médicos define el nivel de lo que acepta en cuanto a la calidad.

Con esto podemos corroborar lo que menciona Vergara (1990), en donde el usuario identifica como sinónimo de calidad la cortesía (actitud del médico) y la facilidad (accesibilidad, no obstante, la calidad asociada al costo o posibilidades de pago del usuario) en sus reporte de satisfacción, dejando a un lado la rapidez en este caso. Entonces, el costo es una variable que influye en la percepción de la calidad de la atención médica, pero ésta por sí misma no es la calidad y/o permite definir de manera directa una expectativa más realista del paciente de tal forma que no permita obtener información de cosas, eventos que son de su agrado y preferencias dentro de su idiosincrasia. Por lo cual se propone investigar sus creencias al margen de factores condicionantes como lo es el costo y el origen de los recursos de atención, sugiriéndose más específicamente estudios comparativos entre los Servicios de Salud del Estado vs Servicios Privados.

También se encontraron correlaciones significativas entre los reactivos 21 y 15, 21 y 17, 21 y 20, considerando que los reactivos 15, 17 y 20 giran en torno al reactivo 21, el cual hace referencia a la atención en general prestada por el hospital, mientras que estos últimos consideran cosas más específicas de la atención prestada por el hospital como son: la temperatura, (reactivo 15), la comodidad (reactivo 17) y la capacidad de desempeño del personal en general (reactivo 20). A través de esto podemos entender que para esta muestra, la capacidad percibida está en función de: el pago por los servicios médicos, la actitud del personal y la satisfacción general (resumiéndose ésta en el reactivo 21); es decir, se puede establecer que la satisfacción general reportada por el paciente se define como un interjuego entre la percepción de capacidad, el pago, la actitud de respeto del personal en general y la comodidad. Dada la alta correlación que existe entre el costo (reactivo 13) y la percepción de capacidad del personal (reactivo 20) podemos pensar que si el costo del tratamiento sube pareciéndole exagerado al usuario se pondría entre dicho la percepción de capacidad del personal dando como resultado un cambio en el reporte general de satisfacción.

Lo anterior nos lleva a considerar lo mencionado por Donabedian (1981), en donde el paciente considera como características fundamentales en su reporte de satisfacción para evaluar la calidad de la atención médica el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos. En este caso, la expectativa general de calidad satisfecha está compuesta por aspectos relacionados con la comodidad y la capacidad percibida del personal, demostrándose con esto que no solamente involucra aspectos que hacen referencia al trato humano y la actitud del personal médico en general; sino que el paciente hace juicios integrados por criterios múltiples que involucran, además, su comodidad, pero contextualizándola en función de su capacidad adquisitiva. En este aspecto, creemos que intervienen mecanismos psicológicos como es la disonancia cognitiva; es decir el paciente genera juicios de valor con base en sus posibilidades, condiciones y necesidades y adapta sus explicaciones para justificar la adquisición de un bien o servicio, considerando que ésta fue de la mejor manera.

Encontramos también que los encuestados dan mayor importancia a dimensiones generales como: Organización (específicamente a comodidad y accesibilidad) y Actitud del profesional (específicamente a trato humano). Los diferentes reactivos que integran estas dimensiones generales muestran una alta correlación con reactivos que reportan satisfacción general y la reutilización de los servicios; lo cual es congruente con lo especificado.

La correlación existente entre los reactivos 22 y 23 se puede tomar como reafirmación del nivel de satisfacción que otorga el hospital ya que el reactivo 22 hace referencia a la evaluación de la calidad del servicio prestada por el hospital y el reactivo 23 hace ver al hospital como una buena opción en caso de volver a requerir el servicio médico. Por lo tanto se establece que si el usuario evalúa la atención médica como de calidad en base a sus experiencias pasadas y presentes y éstas en relación a la utilización de los servicios, se puede establecer (con base a sus índice de correlación) que aquellos servicios que sean evaluados como de calidad serán utilizados nuevamente por los usuarios, siendo este aspecto relevante en los productos de la atención médica. Lo cual nos lleva a corroborar lo mencionado por Calnan (1988), en donde los niveles de satisfacción del paciente muestran influencias en el porcentaje de uso del servicio médico. Sugerimos que el reactivo 23 se mantenga y se elimine el reactivo 22 (satisfacción general) ya que a través de él se puede tener un buen indicador predictivo de la respuesta 22.

Con respecto a las correlaciones del reactivo 20 con los reactivos 12, 14 y 21 tomándose al reactivo 20 como base de las correlaciones, concluimos que el tiempo que dedica el personal médico y la actitud que asume éste ante el paciente influyen en el reporte de satisfacción respecto a la atención médica que esperaban del hospital, esto se puede corroborar con los estudios realizados por Like y Zyzanski (1987), en donde el tiempo que el personal médico dedica al paciente influye en el reporte de satisfacción; por lo tanto, si la atención que recibieron los pacientes fue evaluada como de calidad, no titubearán en posteriores demandas de servicio médico para hacer uso del hospital.

Por lo anterior, se considera que, para futuras investigaciones, se establezca un tiempo mínimo y un máximo, en donde el paciente reporte su nivel de satisfacción dado que en este estudio, como en otros, quedo corroborado que el tiempo de atención es importante como una variable que influye en la satisfacción en general.

Con respecto al análisis factorial, en el Factor 1 (carece de un concepto rector), aparece como el más relevante ya que contribuye con un 27.2 % de la varianza total, agrupándose reactivos relacionados con la Comodidad (reactivos 15, 17), Confianza del médico (reactivo 24) tiempo que transcurrió para que llevaran al bebé (reactivo 25) y atención satisfactoria general (reactivo 21). Parece ser que la expectativa satisfecha de la atención general del hospital como buena está compuesta por estas cuatro subdimensiones, que corroboran lo que se había explicado en párrafos anteriores en cuanto a los criterios que retoman los usuarios para formar sus juicios de valor en cuanto a la calidad siendo éstos: la comodidad y la confianza que inspira el personal médico. Sin embargo, no encontramos una consistencia en relación a un concepto rector que valide las dimensiones que hemos establecido al inicio en el instrumento, por lo cual sugerimos que los datos deben ser vistos con precaución así como los resultados. También creemos importante que se replantee el reactivo 24 de tal manera que refleje el concepto "inspirar confianza" más relacionado a la capacidad profesional del médico y no a un aspecto psicológico. Tal vez el problema está en relación al tamaño de la muestra poblacional ya que ésta fue pequeña.

En el Factor 2 (Satisfacción General), contribuye con un 8.1% de la varianza total, agrupando los reactivos 22 y 23 que hacen relación a la Satisfacción General y su reutilización, sin embargo; también se agrupó el ítem 18 (ropa cómoda) que no posee una relación conceptual clara con los dos reactivos anteriores. No obstante es curioso que aunque se hace referencia a la satisfacción en general en los reactivos 22 y 23 nuevamente los encontramos asociados a un reactivo que hace referencia a la Comodidad (reactivo 18) como en el Factor 1. Al parecer, la Comodidad en esta muestra es un factor importante que influye en su grado de satisfacción. Aunque la correlación entre los diferentes Factores es sumamente baja como para sostener dicha aseveración (existe un rango de $-.1373$ a $.46$) y la correlación factorial 1 y 2 es de $.38$.

También sugerimos replantear el reactivo 18 de tal manera que haga referencia a aspectos concretos sobre la comodidad de la ropa, o bien que se desglosen más los contenidos de Comodidad.

El Factor 3 (carece de un concepto rector) contribuye con un 6.6 % de la varianza total, integrado por los reactivos 16, 27 y 34; no encontramos un eje conceptual claro, sin embargo es posible que algunos de los aspectos de Trato Humano (reactivo 34) se complementen con aspectos de Informatividad como la literatura lo sugiere; haciendo las consideraciones pertinentes en relación al reactivo 27 que hace referencia al sabor de los alimentos; por lo que no encontramos razón de ubicarse en este Factor.

El factor 4 (Trato Humano), contribuyó con un 5.9% de la varianza total, agrupando los reactivos 12, 14, 30 y 31 que están relacionados con el Trato Humano como son: el tiempo que el personal médico empleó para atender al paciente fue el suficiente (reactivo 12) y la actitud respetuosa por parte del personal en general (reactivo 14), reactivos que validan de manera perfecta la dimensión previamente definida por nosotros. Podemos considerar que las variables más relevantes que definen al Trato Humano componen a dichos reactivos y concuerda con lo que la literatura reporta. No obstante que hayamos considerado inicialmente al reactivo 32 (orientación del médico a problemas personales) como relevante para el factor ya que hace referencia a la Informatividad y/o al Trato Humano; que debido a una inadecuada redacción del reactivo, poca claridad y a la posición dentro del instrumento (estaba casi al final), no entra en Trato Humano; sugiriendo entonces que sea eliminada.

El Factor 5 (carece de un concepto rector), contribuyó con un 5.2% de la varianza total, agrupando aquellos reactivos que hacen referencia a que la percepción de que los recursos humanos y materiales (reactivos 36 y 37) son suficientes, sin embargo, el reactivo 38 parece no ser parte del patrón conceptual encontrado (tiempo de atención antes del parto); no obstante pudiera ser que si el tiempo previo de atención es adecuado generaría la idea de que esto es posible ya que hay recursos humanos y materiales suficientes. Sin embargo, no podemos asegurar dicha planteamiento debido a la muestra tan pequeña que se encuestó; aunque una gran mayoría de la población concuerda en que el tiempo fue satisfactorio. Anteriormente los reactivos 36 y 37 integraron la subdimensión "Cuidado Integral", definida por nosotros previamente con los cual se valida dicha dimensión.

El Factor 6 (carece de un concepto rector), contribuyó con un 4.6% de la varianza total, agrupando aquellos reactivos relacionados al costo y adecuación del pago (reactivos 13 y 35); sin embargo, no permiten conceptualizar de forma adecuada ya que no existe un eje de patrón claro, asimismo, los reactivos 19 y 20 hacen referencia a la distribución de los servicios y a la capacidad del personal en general. Por lo que podemos decir que dicho factor muestra una tendencia relacionada con el costo y el reactivo 20 solamente es asociada por el impacto o consideración del costo de los servicios, como ya lo habíamos discutido previamente. Sugerimos que se replantee el reactivo 19 de tal manera que sea más específico a los servicios de la unidad de Gineco-Obstetricia, o bien eliminarla dado que parece no ser relevante a la accesibilidad en este caso considerando aspectos deambulatorios, así como para la confiabilidad general del instrumento.

El Factor 7 (carece de un concepto rector), contribuyó 4.2% de la varianza total, agrupó aquellos reactivos relacionados a la orientación (reactivo 26) y apoyo psicológico institucional del paciente (reactivo 32), sin embargo, se recomienda replantear este último para que describa más la orientación de tipo psicológico y no de tipo burocrático-institucional que sugiere el reactivo 26; parece ser que el reactivo 32 se asocia más al tipo de trabajo institucional que lleva la trabajadora social y no a una orientación personal que debe tener el médico en su interacción con el paciente.

El Factor 8 (carece de un concepto rector), contribuyó con un 4.1% de la varianza total, agrupó los reactivos referentes a la informatividad (reactivo 41) y percepción subjetiva de que el médico supo percibir sus necesidades (reactivo 33) por lo que no se puede encontrar un patrón conceptual específico, parece ser que existe una relación entre las instrucciones que da el médico y la percepción de la satisfacción de las necesidades del paciente, por lo cual se sugiere eliminar el reactivo 33 debido a su deficiente redacción; o bien, redactarlo especificando la dimensión a la que hace referencia en término de necesidades (psicológicas o médicas).

El Factor 9 (Burocracia), contribuyó con un 3.9% de la varianza total, agrupando los reactivos relacionados a la percepción de las barreras organizacionales en relación a la accesibilidad del servicio, considerándose pertinentes mantenerlos en el instrumento ya que hacen referencia a la subdimensión Burocracia, validando con esto la subdimensión previamente definida por nosotros.

El Factor 10 (Orientación-Informatividad), contribuyó con un 3.3% de la varianza total, integrado por el reactivo 26 se puede describir como un factor relacionado a la orientación-informatividad correlacionado de manera significativa con reactivos que hacen referencia al interés del personal hacia el paciente y por lo tanto mantiene relación con el trato humano.

Cabe señalar que dos de los reactivos 28 y 29 los cuales abordan las subdimensiones higiene y tratamiento molesto quedaron fuera de los Factores dados por el análisis, llevándonos a corroborar lo encontrado en la investigación realizada por Hall y Dornan (1988), en donde la subdimensión Higiene aparece con menor frecuencia, esto hace pensar que: 1) la Higiene y el Tratamiento Molesto no son importantes dentro de la evaluación de la calidad de la atención ó 2) que se requiere un mayor número de especificaciones de parámetros u otros para evaluar estas dos subdimensiones.

Es necesario señalar que la mayor parte de las subdimensiones contempladas dentro de los Factores corresponden a las dimensiones Organización (Calidad Total, Cuidado Integral, Accesibilidad y Burocracia) y Actitud del Profesional (Trato Humano y Orientación-Informatividad). Atribuyendo esto a que posiblemente en el área de Gineco-Obstetricia los aspectos sobre Organización y Actitud del Profesional son los más funcionales; debido a que:

1) El tiempo que permanecen hospitalizadas las pacientes en esta área es muy corto y; 2) a las características demográficas de la población, ya que el bajo nivel de estudio que reportaron pudo influir en sus expectativas en cuanto a su percepción sobre la actitud del profesional, corroborando los resultados obtenidos en la investigación, donde la dimensión Organización obtuvo un valor de 3.90 puntos en la escala Likert de 1 a 5, siendo más alto que Actitud del Profesional con un valor de 3.72 puntos en la escala Likert de 1 a 5 y Ejecución Profesional de 3.56 puntos en la escala Likert de 1 a 5. En comparación con el estudio realizado por Hall y Dornan (1988), donde la dimensión Organización aparece con

menor puntaje, lo que nos lleva a pensar que el área de aplicación tiene una influencia en esto; considerando que las personas encuestadas se han orientado a calificar al servicio sobre criterios de comodidad, informatividad, pago y satisfacción en general como elementos críticos mientras que la Actitud y Ejecución Profesional, que parece tener más aspectos de subjetividad y por lo tanto recibir una puntuación relativamente menor debido a que aun son poco claros para ellos; es decir, son aspectos en los que pocas veces se detienen a reflexionar en relación al servicio, esto puede ser debido a la influencia de variables demográficas y culturales. Al paciente se le hace difícil observar y racionalizar sobre sus percepciones y la satisfacción que debe proporcionarle el servicio. Es decir, tienden a centrarse, para hacer sus juicios de satisfacción en aspectos más objetivos que en aspectos subjetivos de comodidad e incomodidad, aunque es una variable relevante para tomar su decisión en cuanto a la satisfacción en general; como lo podemos observar a través de las correlaciones antes detalladas. Podemos considerar que la Actitud Profesional muestra un patrón característico y válido en el análisis factorial, siendo la variable más relevante y más confiable sobre la cual basan sus criterios de satisfacción o insatisfacción.

La correlación entre Factor 1 (Satisfacción General) y el Factor 4 (Trato Humano) es la más elevada de todas (.5858). Asimismo el Factor 9 (relacionado con la Burocracia) conforman las dos más altas correlaciones entre factores. Lo cual nos indica que la Satisfacción General está en función del Trato Humano y parte de la Organización con énfasis en aspectos de Burocracia.

Con respecto a la influencia de las habilidades de asertividad en el reporte de satisfacción, la correlación entre los factores obtenidos en el instrumento de satisfacción y en el instrumento de asertividad nos permiten suponer que existe una contribución relativa de algunas habilidades de asertividad en el reporte de satisfacción. Esto debido a que encontramos una correlación significativa entre el factor 4 de satisfacción (Trato Humano), el Factor 4 de asertividad (Iniciar y terminar una conversación), indicándonos que las habilidades de comunicación de los médicos y las del personal en general, se convierte en una variable relevante para el reporte de satisfacción en cuanto a Trato Humano. Sugiriendo esto que la información y la comunicación médico paciente juegan un papel central en el reporte de satisfacción.

No se encontró correlación significativa entre reactivos del instrumento de satisfacción y del instrumento de asertividad, sin embargo, encontramos varias correlaciones significativas entre reactivos del instrumento de satisfacción con los factores del instrumento de asertividad, lo cual haremos referencia más adelante.

El aspecto cualitativo corrobora las correlaciones existentes entre el Trato Humano (Factor 4 del instrumento de satisfacción) y la Comunicación (Factor 4 del instrumento de asertividad), en donde durante la investigación las pacientes reportaron algunas incidencias ocurridas en su estancia en el hospital, observándose que el personal del área de Trabajo Social demostró no contar con las habilidades para desarrollar su trabajo adecuadamente,

demostrando con su actitud no saber las funciones que debe desempeñar; como por ejemplo, dar información adecuada a las usuarias, dar apoyo emocional, proponer alternativas ante los problemas que se presenten con mayor frecuencia. Cabe señalar que durante la investigación por lo menos una persona al día presentó el problema de no poder cubrir el costo de la atención, justificando que no se le había dado la información pertinente respecto a éste.

Se considera pertinente señalar que la presencia de las investigadoras posiblemente pudo influir en la conducta del personal del área de Gineco-Obstetricia, asimismo que la presencia de los familiares de las pacientes durante la aplicación de los instrumentos pudo influir en el reporte de satisfacción de las pacientes, aunado al horario en el cual se realizó la aplicación, ya que esto se realizó dos horas antes (10-12 a.m.) de la alta de las pacientes, coincidiendo con la hora de visita, lo que dejó ver que este horario no es pertinente para la aplicación de los instrumentos ya que las pacientes mostraban mayor interés en platicar con sus familiares y prepararse para acelerar su salida del hospital.

También se sugiere diseñar un instrumento de satisfacción para el área específica de Gineco-Obstetricia de este hospital el cual considere las dimensiones de Organización y Actitud del Profesional, conteniendo un bajo número de reactivos redactados con un lenguaje sencillo y que su aplicación sea en forma de entrevista ya que como lo mencionan Like y Zyzanski (1987), el hecho de que los cuestionarios sean auto-administrados pueden tener algún efecto en el reporte de satisfacción del paciente.

Con respecto al instrumento de asertividad el bajo índice de correlación de los reactivos 2, 4, 5, 12, 14 y 15 (análisis de correlación ítem-total); pudo deberse a que la redacción de los mismos fue dirigida en forma negativa, así como el posible cansancio del paciente para reportar aunado a una redacción defectuosa o poco común de los reactivos debido a que se plantearon condiciones de asertividad poco usuales para ellas en un ambiente médico, considerando que si los reactivos se replantearan mostrarían índices más altos de correlación.

El análisis de correlación prueba Phi mostró correlación significativa entre los reactivos 23 y 21 los cuales hacen referencia a la expresión de quejas (reactivo 23) y solicitud de comportamiento (reactivo 21); dichos reactivos parecen sugerir al paciente que respuesta dar ante esa situación siendo instigadores de un nivel deseable para el paciente, pero que en realidad es poco probable que lo lleven a la práctica. Estos pueden englobarse en dimensiones de demanda, posiblemente el problema se deba a que no existió un sondeo sobre sí lo hacer, como lo hacen y con que grado de comodidad.

Los datos permitieron observar que las pacientes se mostraron asertivas en las dimensiones: Iniciar y mantener una conversación (58.7%, siempre), siguiendole Expresión de sentimientos positivos y negativos (45.5%, a menudo) y Dar y recibir halagos (35.5%, siempre) en comparación con las dimensiones Expresión de opiniones y necesidades

(32.2% rara vez), Rechazo de demandas irracionales (20.7% rara vez) y Afirmación o defensa de derechos (31.4% rara vez) en donde las pacientes no se mostraron asertivas. Hay que señalar que posiblemente las dimensiones que mostraron altos porcentajes pudo ser a que: 1) cuentan con poca cantidad de reactivos (1 ó 2 reactivos), 2) hacen referencia a situaciones a las que se enfrentan con mayor frecuencia. Y las dimensiones que reportaron bajos porcentajes de asertividad hacen referencia a situaciones a las que no se enfrentan cotidianamente. Se recomienda que para futuras investigaciones se establezca como criterio para la construcción de instrumentos el mismo número de reactivos para cada dimensión, así como un sondeo sobre situaciones a las que se enfrentan cotidianamente.

Con respecto a las correlaciones existentes entre los reactivos 11 y 21, 21 y 23, 21 y 24 y 23 y 24 se concluye que hacen referencia a solicitudes razonables de los pacientes hacia los prestadores de servicio como es, el tener cuidado en las revisiones (reactivo 11), seriedad en el comportamiento por parte del médico (reactivo 21) y respeto en el tiempo de atención (reactivo 24), centrándose la actitud que asume el paciente (reactivo 23) haciendo referencia en que ante una falta de ética profesional por parte del personal, el paciente lo hará saber a las autoridades pertinentes. Corroborando con esto que las dimensiones Expresión de Opiniones y Necesidades (en donde se encuentra el reactivo 11) y Afirmación o Defensa de Derechos (reactivos 21, 23 y 24) muestran mayores porcentajes de inasertividad.

La agrupación por Factores permitió corroborar que los reactivos que conformaron el Factor 1 con un 25.3% de la varianza total, fueron los mismos que contemplaron la dimensión Afirmación o Defensa de Derechos por lo que se le asignó el mismo nombre.

El Factor 2 con una varianza total de 8.6% conformado por los reactivos 9, 10 y 19 hace referencia a la solicitud de ropa adecuada (reactivo 9) y petición de explicaciones por medio de un lenguaje simple (reactivos 10 y 19) donde se podría descartarse el reactivo 19 ya que el reactivo 10 puede proporcionar la información, conceptualizándolo como Expresión de Opiniones y Necesidades ya que inicialmente los reactivos 9 y 10 se encontraban dentro de esta dimensión.

El Factor 3 con un 5.7% de la varianza total, integró los reactivos 28 y 17, los cuales no mostraron un patrón que pueda referir a un factor de tipo conceptual. Por lo que se sugiere ampliar el número de reactivos de las dimensiones en las que inicialmente se ubicaron.

El Factor 4 con una varianza total de 5.6%, hace referencia a la iniciativa por parte del paciente para expresar al médico problemas emocionales que están afectando su salud (reactivo 8) y dudas que tiene con respecto a su tratamiento (reactivo 16) lo que lleva a conceptualizarlo con el nombre de Iniciación y Mantenimiento de una Conversación.

El Factor 5 con un 5.4% de la varianza total, recibió el nombre de Rechazo de Demandas Irracionales ya que los reactivos que lo conforman hacen referencia a dar una opinión acerca del tratamiento (reactivo 12) y al miedo a hacer alguna pregunta (reactivo 14).

En el Factor 6 con una varianza total de 4.7%, hace referencia a expresar el desagrado en cuanto a los alimentos (reactivo 7), inconformidad ante la capacidad del médico (reactivo 6) y la falta de confianza por parte del paciente para enfrentarse a situaciones novedosas (reactivo 5) lo cual nos lleva a conceptualizarlo como Expresión de sentimientos Positivos y Negativos.

Al Factor 7 con un 4.4% de la varianza total, recibió el nombre de Dar y Recibir Halagos ya que el reactivo que conforma este Factor (reactivo 27) hace referencia a hacerle saber al médico que fue amable. Señalando que para que esta dimensión sea evaluada es necesario aumentar el número de reactivos.

El Factor 8 con una varianza total de 4.1%, contempló un sólo reactivo el cual hace referencia a la inconformidad de estar junto a otros pacientes (reactivo 2).

El Factor 9 con un 3.8% de la varianza total, integrado por los reactivos 3 y 13 no muestran ningún patrón en común que los pueda llevar a alguna conceptualización.

Los percentiles totales de las pacientes en el instrumento de satisfacción y de asertividad dejaron ver que existieron bajos índices de satisfacción cuando las pacientes obtuvieron un índice bajo de asertividad; pero en los análisis en donde se abordó en forma más particular la relación entre la satisfacción y la asertividad se obtuvieron cosas diferentes.

Las correlaciones entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los Factores del instrumento de asertividad (ver tabla 13); muestran una relación similar en las correlaciones encontradas inicialmente, reportando una tendencia a que en bajos niveles de asertividad, altos niveles de satisfacción, en las dimensiones: Afirmación o Defensa de Derechos, Rechazo de Demandas irracionales, Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos e Iniciación y Terminación de una Conversación. Presentándose algunas excepciones en donde las pacientes mostraron insatisfacción en cuanto al costo, trámites del servicio y en lo referente a las revisiones hechas por el médico.

En las correlaciones existentes entre las subdimensiones del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de asertividad (ver tabla 15), se muestra una misma tendencia, con sus excepciones en donde las pacientes cuando van acompañadas al servicio y el médico utiliza un lenguaje técnico elevan sus niveles de asertividad y su nivel de satisfacción.

También en las correlaciones entre las dimensiones del instrumento de asertividad y los reactivos del instrumento de satisfacción se reafirma dicha tendencia, habiendo también en

ésta algunas excepciones, como es en las dimensiones “Iniciar y terminar una conversación”, y en “Dar y recibir halagos”, en donde a altos niveles de asertividad, altos niveles de satisfacción.

Las correlaciones entre los datos demográficos, antecedentes obstétricos con reactivos de ambos instrumentos, cuantitativamente muestran relación; cabe señalar que el análisis no se puede llevar a cabo debido a que la muestra no se eligió con patrones ni características específicas; en cuanto a los datos demográficos no se estableció que la muestra tuviera la misma edad, el mismo nivel de estudios, ocupación y lugar de procedencia; y en cuanto a los antecedentes obstétricos, no se definió el número de partos, número de abortos ni el número de cesareas. Sugiriendosé que para verificar estas relaciones se delimite más específicamente las características de la muestra.

Se considera que para futuras investigaciones sobre aspectos de asertividad en cualquier área, inicialmente se aplique un test estandarizado y posteriormente un instrumento diseñado por el investigador que contenga situaciones del área de interés y con esto corroborar que la gente se muestra inasertivo en aquellas situaciones poco comunes.

El Modelo Funcional de Sarason ha encontrado que las habilidades sociales y el soporte social tienen alguna influencia en la satisfacción del paciente y en los resultados de salud; cabe señalar que el soporte social puede ser una variable importante para futuras investigaciones ya que esto va dirigido a los resultados en la salud y la satisfacción del paciente, por lo anterior se considera importante abordarlo en áreas en donde 1) el paciente permanezca un mayor tiempo hospitalizado y 2) dentro del área de medicina interna, específicamente con aquellos pacientes que padezcan de alguna enfermedad crónica-degenerativa o que se encuentren en fase terminal.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación permiten concluir que la calidad de la atención médica que proporciona el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" específicamente en el área de Gineco-Obstetricia es considerada como de buena calidad con un índice de 4 en la escala Likert de 1 a 5. El instrumento de satisfacción obtuvo una confiabilidad de .8592, siendo la Organización y la Actitud del profesional las dimensiones más funcionales para dicha área, es decir que los pacientes consideraron los elementos de estas dimensiones como los más importantes para evaluar la calidad de la atención médica en su reporte de satisfacción; considerando más específicamente los aspectos de: comodidad, confianza del médico, el tiempo y la satisfacción general, como los más importantes para la evaluación del servicio.

Por lo anterior se propone analizar más a fondo la dimensión Actitud del Profesional debido a que en el estudio fueron pocas las subdimensiones que se abordaron y por lo tanto no se tiene una idea clara sobre los aspectos que se deben trabajar y con esto elevar los niveles de satisfacción; y con esto poder corroborar lo mencionado por Donabedian (1981) en donde el propósito de la evaluación de la calidad debe ser un medio que, al detectar las fallas esenciales, acelere su transformación profunda; y por otro lado, la satisfacción vista como un indicador de ese aspecto de cuidado en la salud susceptible de mejorar (Harteloh y Casparie, 1991; citados por Wensig, Grol y Smits, 1994).

En suma, el instrumento de satisfacción para el área de Gineco-Obstetricia deberá contemplar las dimensiones Actitud del Profesional y Organización para la evaluación de la atención, haciendo énfasis en las subdimensiones: Trato Humano, Informatividad, Confianza Mutua, Cuidado Integral, Accesibilidad, Costo, Comodidad, Satisfacción General y Burocracia; considerando las observaciones anteriormente señaladas.

Con respecto a las habilidades sociales (asertivas), las pacientes se mostraron asertivas ante situaciones médicas específicas como son: expresar sentimientos positivos y negativos, iniciar y terminar una conversación y dar y recibir halagos, es necesario hacer énfasis en que estas dimensiones pueden ser situaciones a las que se enfrentan cotidianamente las pacientes, tanto dentro como fuera del servicio del área de Gineco-Obstetricia siendo situaciones fáciles de manejar para ellas, pero en el caso contrario en las dimensiones donde no se mostraron asertivas, son situaciones a las que no se enfrentan comunmente por lo que se considera que son situaciones difíciles de manejar. Con respecto a la relación entre la satisfacción y las habilidades sociales (asertivas) se obtuvo un nivel medio en cuanto a las habilidades sociales (asertivas) y un nivel medio de satisfacción referente al servicio. Los niveles obtenidos no dejan ver si existe alguna correlación entre las variables; sin embargo, las correlaciones obtenidas permiten observar que sí existe alguna relación entre las variables. Llevándonos a replantear la hipótesis de investigación en donde "El reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido inversamente por el nivel de

habilidades sociales (asertivas) de los pacientes. A menor nivel de habilidades sociales (asertivas) mayor reporte de satisfacción; a mayor nivel de habilidades sociales (asertivas) menor reporte de satisfacción.

RECOMENDACIONES

- a) Se defina y se le haga conocer a los trabajadores del área de Trabajo Social sus funciones y con esto concientizar al personal sobre la forma en cómo debe desarrollar su trabajo.
- b) Capacitar al personal de Trabajo Social para adquirir las habilidades sobre trato humano necesarias para dar un servicio eficaz a los usuarios.
- c) El área de Trabajo Social debe proponer alternativas para solucionar los problemas que se presenten con mayor frecuencia como es el caso de encontrar soluciones para facilitar el pago de los servicios; asimismo en cuanto al instrumento de satisfacción se considera importante agregar un reactivo que aborde específicamente si se le proporciona información con anterioridad al paciente con respecto al costo de la atención, ubicando a éste en el área de respuestas Si-No.

Para posteriores estudios se propone abordar el perfil del personal de esta área y en base a esto ver si los encargados del área cuentan con las habilidades y conocimientos para desempeñar su trabajo.

Hacer que el personal en general del hospital reconozcan que deben de dar un servicio más humano a los usuarios.

Asignar un número mayor de médicos y enfermeras al área de Urgencias, y que cuenten con la capacidad suficiente para responder cualquier demanda de los usuarios.

En cuanto a la Higiene, se recomienda tener un mayor control en el área de Gineco-Obstetricia, debido a que la madre está más susceptible de infecciones y el pequeño requiere de cuidados para evitar infecciones.

Con lo que respecta a las deficiencias de recursos materiales se observó que debido al bajo presupuesto con el que cuenta el hospital existe una carencia de ropa para bebé, batas para las usuarias y cobertores, por tal motivo se propone que el hospital debe mostrar mayor accesibilidad para que las usuarias que cuenten con estos recursos se les permita su acceso.

INDICE DE NOTAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Instrucciones médicas y médico- administrativas, 1962.
2. González Montesinos F. Evaluación de la Asistencia Médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social Panamá, 12-18 de noviembre, 1972.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Evaluación Médica. Instrucciones, 1972.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica: El expediente clínico en la atención médica. Instrucciones, 1973.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Hospitales: Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS, 1987.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Hospitales: Evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas hospitalarias del IMSS. Instructivo, 1987.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Hospitales: Evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas hospitalarias del IMSS. Cédula de registro, 1987.
8. Sector Salud. Grupo Básico Inter Institucional de Evaluación para la Salud. Bases Para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, 1987.
9. Cárdenas de la Peña E. Servicios Médicos del IMSS. Doctrina e historia. Capítulo VI, Sistemas o procedimientos. Auditoría Médica, IMSS, 1974; 305.
10. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
Dirección de Servicios Médicos. Auditoría Médica México, 1982.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE -GAS, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. En: Salud Pública en México. México: Vol. 32, No.2. , p.p. 170-180.
- CALNAN, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. En: Soc. Sci. Med. Vol 27, No. 9, p.p. 927-933.
- CAMPBELL y STANLEY (1978). En: Programa de psicología aplicada laboratorio I. (1992). México: E.N.E.P.I., p.p. 15-21.
- DONABEDIAN, A. (1981). La calidad de la atención médica. En Ciencia y Desarrollo. México: COPACYC, No. 37, año VII, p.p. 68-89.
- FERNANDEZ Y CARROBLES. (1986). Evaluación conductual. México: Pirámide.
- GARCIA, A. Lourdes. (1985). Las contribuciones de la psicología social a la investigación en salud. En: Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. México: Organización Panamericana de la Salud, p.p 211.
- HALL, A. JUDITH y DORNAN, C. M. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. En: Soc. Sci. Med. Vol 27, No. 6, p.p. 637-644.
- HARGIE, O. (1986). A handbook of communication skills. Washington Square, New York, University Press.
- HULKA, S. BARBARA, ZYZANSKI, J.S., CASSEL, C.J. y THOMPSON, J.S. (1970). Scale for the Measurement of Attitudes toward Physicians and Primary Medical Care. En: Medical Care. Vol. VIII, No.5,p.p. 429-435.
- JEFFREY, A. KELLY. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- LEWIS, R.J.(1994). Patient view on quality care in general practice: Literature review. En: Soc. Sci. Med. Vol. 39, No. 5, p.p. 655-670.
- LIKE, R. y ZYZANSKI, J. S. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. En: Soc. Sci. Med. Vol. 24, No.4, p.p.351-357.
- LINDER-PELZ, SUSIE. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. En: Soc. Sci. Med. Vol.16, p.p. 577-582

- LINDER-PELZ, SUSIE. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. En: Soc. Sci. Med. Vol.16, p.p. 583-589.
- LONGO, D. C. (1982). La práctica clínica en enfermería psicosocial. España: Alhambra.
- MACIA, A. D. (1988). Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta estudio de casos. Madrid: Pirámide.
- RUELAS, B. E. (1990). Garantía de calidad de la atención médica. Glosario de conceptos básicos. Instituto Nacional de Salud Pública.
- RUIZ DE CHAVEZ, M., MARTINEZ, N.G., CALVO, R. J.M., AGUIRRE-GAS, H., ARANGO, R. R., LARA, C.R., CAMINOS, CH. MARIA IRMA, ORTIZ, S.G., UGALDE, G.E. y HERRERA, L. F. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. En: Salud Pública de México, Vol. 32, No. 2, p.p. 156-169.
- SALINAS, R. J.L. (1995). La evaluación de los servicios de salud a través del reporte de satisfacción de los pacientes. México: U.N.A.M. Iztacala (Inédito).
- SARASON, R. Barbara; SARASON, G. I. y PIERCE, R. G. (1990). Social Support: An interactional view. United State of America: Wiley-Interscience Publicación.
- SILVA, A. (1992). Métodos cuantitativos aplicados a psicología. México: Trillas.
- SIMON, P. y ALBERT, L. (1983). Las relaciones interpersonales. España: Herder.
- SMITH, W. DOROTHY y GERMAIN, P.H. CAROL. (1975). Medicina y cirugía para enfermeras. México: Nueva Editorial Interamericana.
- SOTOMAYOR, M. I. J. (1990). Calidad total, ¿Clave del éxito?. En: El Financiero. México: No.2823, año XII, p.p. 23.
- VERGARA, N. L. (1990). Evolución del control de calidad en México. En: El Financiero. México: No. 2823, año XII, p.p. 8.
- WENSING, M., GROL, R. y SMITS, A. (1994). Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. En: Soc. Sci. Med. Vol. 38, No. 1, p.p.45-53.

-WILLIAMS, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. En: Soc. Sci. Med. Vol. 38, No. 4, p.p. 509-516.

-WOLPE, J. (1985). Prácticas de la terapia de la conducta. México: Trillas.

2(am pag.

3 Survan

APENDICES

APENDICE 2.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "Maximiliano Ruiz Castañeda"**

ISEM

UNAM

El presente instrumento pretende identificar el nivel de satisfacción de la calidad de la atención médica a pacientes en trabajo de parto que ingresan al Hospital General de Naucalpan del ISEM, con la finalidad de contar con un indicador que permita evaluar la calidad proporcionada por dicha institución. Cabe mencionar que los datos que usted nos proporciona son de carácter confidencial.

Datos GeneralesEdad Lugar de procedencia Nivel máximo de estudios Ocupación Servicio por el cual fue referida Que tipo de transporte utilizo para llegar a este lugar? Tiempo de traslado de su lugar de residencia al hospital No. de expediente Fecha **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**Gestas Aborto Partos Cesáreas **DATOS PERINATALES**Edad gestacional (clínica) Parto: Eutócico Distócico Cesaria

INSTRUCCIONES: Con las preguntas de este inventario se intenta descubrir distintas características emocionales de la personalidad. No es de ninguna manera una prueba, no hay respuestas correctas o erróneas para ninguna de las preguntas. Después de cada pregunta en contraria una fila de círculos cuyo significado se encuentra en la parte superior. Todo lo que usted tiene que hacer es tachar el círculo de la opción que lo describa mejor.

- 1.- ¿Cuando siento alguna angustia por mi estado de salud se la manifiesto al médico?
- 2.- ¿Cuando estoy ante la presencia de otros pacientes me siento molesto ante estos?
- 3.- ¿Cuando algún personal de salud reacciona de mala gana a mi demanda de atención le pregunto que es lo que me molesta?
- 4.- ¿Cuando el médico me da algún diagnóstico me limito a este sin pedirle me explique las causas?
- 5.- ¿Siento que me falta confianza para hacer cosas o para enfrentarme a situaciones novedosas?
- 6.- ¿Cuando un médico no muestra las habilidades y conocimientos suficientes para resolver mis problemas de salud no itubeo para buscar otra opinión médica?
- 7.- ¿Cuando los alimentos que me proporcionaron en el hospital no son de mi agrado se lo hago saber a los encargados de ello?
- 8.- ¿Cuando se que algunos problemas emocionales y personales están afectando mi salud se lo hago saber al médico?
- 9.- ¿Cuando la ropa de hospitalización no es de mi talla o la siento incomoda le pido a los encargados de esto que me proporcionen otra con la que me pueda sentir mejor?
- 10.- ¿Cuando el médico al darme alguna explicación utiliza términos técnicos sin miedo le pido que me lo explique de una manera más simple?
- 11.- ¿Cuando el médico al estarme revisando me llega a lastimar, sin temor le pido que lo haga con mayor cuidado?
- 12.- Cuando el médico pide mi opinión acerca del tratamiento que se me va a aplicar temo quedar como un tonto con mi respuesta?
- 13.- ¿Cuando el médico me va a aplicar algún tratamiento le doy mi opinión aunque el no me la pregunte?
- 14.- ¿Cuando le hago alguna pregunta al médico siento miedo de que estas puedan parecer absurdas?
- 15.- ¿Cuando asisto al médico me siento más segura si alguien me acompaña?
- 16.- ¿Cuando existe alguna duda sobre la atención que me estan dando y veo al médico fuera de su área de servicio me siento capaz de abordarlo para que aclare mis dudas?
- 17.- ¿Cuando me encuentro en la sección de hospitalización mantengo alguna conversación con las personas que se encuentran en ésta?
- 18.- ¿Cuando algún médico me trata de manera grosera e irrespetuosa se lo hago notar?
- 19.- ¿Cuando el médico me da alguna instrucción sobre mis cuidados de salud y tengo alguna duda le pido que me vuelva a explicar?
- 20.- ¿Cuando el médico me indica que va a realizarme alguna exploración y se encuentra en la habitación una persona extraña le pido al médico que le indique a esta que se retire?
- 21.- ¿Cuando el médico me regaña por alguna causa injustificada o se comporta burlo acerca de mi persona o de mi estado de salud le pido que se comporte con seriedad?
- 22.- ¿Cuando asisto a mi consulta médica y alguien trata de tomar mi turno se lo comunico a la recepcionista?
- 23.- ¿Cuando algún médico o prestador de servicio falta a su ética profesional me dirijo a las autoridades pertinentes ante las cuales hago de su conocimiento el problema?
- 24.- ¿Cuando después de un largo rato de espera por fin me toca mi turno y el médico que me atiende se distrae en otro asunto le recuerdo que es mi turno y que por lo tanto me atienda?
- 25.- ¿Cuando algún aparato que me fue colocado siento que no esta trabajando adecuadamente le pido a algún doctor o enfermera que lo revise y de ser posible que me explique su funcionamiento?
- 26.- ¿Cuando tengo duda sobre la higiene o seguridad de los instrumentos que se van a aplicar a mi persona solicito que estos sean debidamente limpiados y/o checados?
- 27.- ¿Cuando el médico muestra un trato amable hacia mí se lo hago saber?
- 28.- ¿Cuando los tratamientos que el médico me ha proporcionado han actuado eficazmente ante mis problemas de salud se lo agradezco?

Nunca
Rara vez
A veces
Muy a menudo
Siempre

<input type="radio"/>	1				
<input type="radio"/>	2				
<input type="radio"/>	3				
<input type="radio"/>	4				
<input type="radio"/>	5				
<input type="radio"/>	6				
<input type="radio"/>	7				
<input type="radio"/>	8				
<input type="radio"/>	9				
<input type="radio"/>	10				
<input type="radio"/>	11				
<input type="radio"/>	12				
<input type="radio"/>	13				
<input type="radio"/>	14				
<input type="radio"/>	15				
<input type="radio"/>	16				
<input type="radio"/>	17				
<input type="radio"/>	18				
<input type="radio"/>	19				
<input type="radio"/>	20				
<input type="radio"/>	21				
<input type="radio"/>	22				
<input type="radio"/>	23				
<input type="radio"/>	24				
<input type="radio"/>	25				
<input type="radio"/>	26				
<input type="radio"/>	27				
<input type="radio"/>	28				

TOTAL

GRACIAS POR SU COLABORACION

Proy. Ev. en Sistemas de Salud

Servicio de Gineco-Obstetricia

APENDICE 4.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "Maximiliano Ruiz Castañeda"

UNAM

El presente instrumento intenta descubrir distintas características emocionales de la personalidad de las pacientes en trabajo de parto que ingresan al Hospital General de Naucalpan del ISEM. Cabe mencionar que los datos que usted nos proporcione son de carácter confidencial.

INSTRUCCIONES: Después de cada pregunta en contrara una fila de círculos cuyo significado se encuentra en la parte superior. Todo lo que usted tiene que hacer es tachar el círculo de la opción que lo describe mejor. No es de ninguna manera una prueba, no hay respuestas correctas o erróneas para ninguna de las preguntas.

	Nunca	Rara vez	A veces	Muy a menudo	Siempre	
1.- Cuando siento alguna angustia por mi estado de salud ¿se la manifiesto al médico?	<input type="radio"/>	1				
2.- ¿Me molesta estar junto a otros pacientes?	<input type="radio"/>	2				
3.- Cuando algún personal de salud reacciona de mala gana a mi demanda de atención, ¿le pregunto que es lo que le molesta?	<input type="radio"/>	3				
4.- Cuando el médico me da algún diagnóstico me limito a este sin pedirle me explique las causas	<input type="radio"/>	4				
5.- ¿Siento que me falta confianza para hacer cosas o para enfrentarme a situaciones novedosas?	<input type="radio"/>	5				
6.- Cuando el médico no resuelve mis problemas de salud ¿recorro a otro?	<input type="radio"/>	6				
7.- Cuando los alimentos que me proporcionaron en el hospital no son de mi agrado ¿se lo hago saber a los encargados?	<input type="radio"/>	7				
8.- Cuando se que algunos problemas emocionales y personales están afectando mi salud ¿se lo hago saber al médico?	<input type="radio"/>	8				
9.- ¿Cuando la ropa de hospitalización no es de mi talla o la siento incomoda le pido a los encargados de esto que me proporcionen otra con la que me pueda sentir mejor?	<input type="radio"/>	9				
10.- Cuando el médico, al darme alguna explicación, utiliza términos técnicos le pido que me lo explique de una manera más simple.	<input type="radio"/>	10				
11.- Cuando el médico al estarme revisando me llega a lastimar, sin temor le pido que lo haga con mayor cuidado	<input type="radio"/>	11				
12.- Cuando el médico pide mi opinión acerca del tratamiento que se me va a aplicar temo quedar como un tonto con mi respuesta?	<input type="radio"/>	12				
13.- ¿Cuando el médico me va a aplicar algún tratamiento le doy mi opinión aunque él no me la pregunte?	<input type="radio"/>	13				
14.- Cuando le hago alguna pregunta al médico, siento miedo de que estas puedan parecerle absurdas	<input type="radio"/>	14				
15.- ¿Cuando asisto al médico me siento más segura si alguien me acompaña?	<input type="radio"/>	15				
16.- Soy capaz de abordar al médico en cualquier lugar para que resuelva mis dudas	<input type="radio"/>	16				
17.- Me gusta mantener conversaciones con las compañeras de habitación.	<input type="radio"/>	17				
18.- ¿Cuando algún médico me trata de manera grosera e irrespetuosa se lo hago notar?	<input type="radio"/>	18				
19.- Cuando el médico me da alguna instrucción sobre mis cuidados de salud y tengo alguna duda ¿le pido que me vuelva a explicar?	<input type="radio"/>	19				
20.- Cuando el médico me indica que va a realizarme alguna exploración y se encuentra en la habitación una persona extraña le pido al médico que le indique a esta que se retire.	<input type="radio"/>	20				
21.- Cuando el médico me regaña por alguna causa injustificada o se comporta burlo acerca de mi persona o de mi estado de salud le pido que se comporte con seriedad.	<input type="radio"/>	21				
22.- Cuando en la consulta médica alguien trata de tomar mi turno se lo comunico a la recepcionista	<input type="radio"/>	22				
23.- Cuando algún médico o prestador de servicio falta a su ética profesional me dirigo a las autoridades pertinentes ante las cuales hago de su conocimiento el problema	<input type="radio"/>	23				
24.- Cuando después de un largo rato de espera por fin me toca mi turno y el médico que me atiende se distrae en otro asunto le recuerdo que es mi turno y que por lo tanto me atienda.	<input type="radio"/>	24				
25.- Cuando algún aparato que me fue colocado siento que no esta trabajando adecuadamente le pido a algún doctor o enfermera que lo revise y de ser posible que me explique su funcionamiento	<input type="radio"/>	25				
26.- Cuando tengo duda sobre la higiene o seguridad de los instrumentos que se van a aplicar a mi persona solicito que estos sean debidamente limpiados y/o chequeados.	<input type="radio"/>	26				
27.- ¿Cuando el médico muestra un trato amable hacia mí se lo hago saber?	<input type="radio"/>	27				
28.- ¿Cuando los tratamientos que el médico me ha proporcionado han actuado eficazmente para mejorar mi salud se lo agradezco?	<input type="radio"/>	28				
						TOTAL

GRACIAS POR SU COLABORACION

Proy. Ev. en Sistemas de Salud

APENDICE 5

Guía de entrevista.

- 1.- ¿ Durante su estancia hubo algo que le llamara la atención ?.
- 2.- ¿ Le gustaría cambiar algo del Hospital ? ¿ Qué ?.
- 3.- ¿ Existió algo que le agradara o le desagradara del personal en general que la atendió ?.
- 4.- ¿ Existió algo que le agradara o le desagradara del Hospital ?.

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA Y FIGURA.

Tabla 1a. Datos demográficos.....	114
Tabla 1b. Datos demográficos.....	115
Figura 1. Edad de las usuarias.....	116
Figura 2. Distribución de frecuencias de la edad de las usuarias.....	117
Figura 3. Lugar de procedencia de las usuarias.....	118
Figura 4. Nivel de estudios de las usuarias.....	119
Figura 5. Ocupación de las usuarias.....	120
Figura 6. Servicio de referencia de la usuaria al hospital.....	121
Figura 7. Transporte utilizado por la usuaria al hospital.....	122
Figura 8. Tiempo de traslado al hospital.....	123
Tabla 2. Antecedentes obstétricos.....	124
Figura 9. Número de gestas.....	125
Figura 10. Número de abortos.....	126
Figura 11. Partos normales.....	127
Figura 12. Cesáreas de las usuarias.....	128
Figura 13. Edad gestacional al momento del parto.....	129
Figura 14. Tipos de nacimiento.....	130
Figura 15. Porcentaje de respuesta de los reactivos 1-10 del instrumento de satisfacción.....	131
Tabla 3. Dimensiones que integran el instrumento de satisfacción.....	132
Tabla 4. Correlaciones del instrumento de satisfacción.....	133
Tabla 5. Puntaje total de respuestas de las usuarias en el instrumento de satisfacción.....	134

Figura 16. Rangos de satisfacción en los que se ubicaron las usuarias.	136
Tabla 6. Distribución de respuestas en el instrumento de satisfacción de acuerdo a la escala Likert.	137
Figura 17. Porcentajes de respuesta del instrumento de satisfacción.	138
Tabla 7. Porcentajes de respuestas por dimensión del instrumento de satisfacción.	139
Figura 18. Respuestas de la dimensión “Ejecución Profesional” por subdimensiones (instrumento de satisfacción).	140
Figura 19. Respuestas de la dimensión “Actitud del Profesional” por subdimensiones (instrumento de satisfacción).	141
Figura 20. Respuestas de la dimensión “Organización” por subdimensiones (instrumento de satisfacción).	142
Figura 21. Promedio de las dimensiones del instrumento de satisfacción.	143
Tabla 8. Dimensiones que integran el instrumento de asertividad.	144
Tabla 9. Correlaciones del instrumento de asertividad.	145
Tabla 10. Puntaje total de respuestas de las usuarias en el instrumento de asertividad.	146
Figura 22. Rangos de asertividad en los que se ubicaron las usuarias.	148
Tabla 11. Distribución de respuestas obtenidas en el instrumento de asertividad.	149
Figura 23. Porcentajes de respuesta del instrumento de asertividad.	150
Tabla 12. Porcentajes de respuesta obtenidas por dimensión del instrumento de asertividad.	151
Figura 24. Promedio de las dimensiones del instrumento de asertividad.	152
Tabla 13. Correlaciones del instrumento de satisfacción y del instrumento de asertividad.	153
Tabla 14. Correlaciones del instrumento de satisfacción y del instrumento de asertividad.	154
Tabla 15. Correlaciones del instrumento de satisfacción y del instrumento de asertividad.	155

TABLA 1a. DATOS DEMOGRAFICOS .

EDAD	FREC.	%
14	1	0.8
15	2	1.7
16	2	1.7
17	12	9.9
18	10	8.3
19	8	6.6
20	11	9.1
21	10	8.3
22	1	0.8
23	12	9.9
24	7	5.8
25	5	4.1
26	9	7.4
27	8	6.6
28	1	0.8
29	4	3.3
30	5	4.1
32	4	3.3
33	2	1.7
35	3	2.5
36	2	1.7
37	2	1.7

NIVEL ESTUDIOS	FREC.	%
NINGUNO-3	21	17.4
PRIMARIA	47	38.8
SECUNDARIA	39	32.2
TECNICO-COMERCIAL	7	5.8
BACHILLERATO	3	2.5
LICENCIATURA	4	3.3

n =120

TABLA 1b. DATOS DEMOGRAFICOS .

LUGAR DE PROCEDENCIA	FREC.	%
CD. DE MEXICO	7	5.8
EDO. DE MEX.	80	66.1
NTE. DEL PAIS	1	0.8
CENTRO DEL PAIS	13	10.6
SUR DEL PAIS	8	6.7
OCCTE. DEL PAIS	4	3.3
OTE DEL PAIS	7	5.8

SERVICIO DE REFERENCIA	FREC.	%
CENTRO DE SALUD	48	39.7
DIF	27	22.3
MISMA UNIDAD	11	9.1
NINGUNA	11	9.1
CRUZ ROJA	5	4.1
DISPENSARIO	1	0.8
MEDICO PARTICULAR	1	0.8
CRUZ VERDE	1	0.8

OCUPACION ACTUAL	FRE.	%
HOGAR	113	93.4
ESTUDIANTE	1	0.8
OBRERA	1	0.8
COMERCIAL	3	2.5
EMPLE. EMPRESA	2	1.7
EMPLE. DOMESTICA	1	0.8

TIEMPO DE TRASLADO	FREC.	%
5 MIN.	2	1.7
10 MIN.	8	6.6
15 MIN.	19	15.7
20 MIN.	24	19.8
25 MIN.	2	1.7
30 MIN.	46	38
40 MIN.	3	2.5
45 MIN.	3	2.5
60 MIN.	12	9.9
90 MIN.	1	0.8
120 MIN.	1	0.8

TRANSPORTE UTILIZADO	FREC.	%
MICRO-PECERA	39	32.2
AUTOBUS-CAMION	17	14
TAXI	18	15
AUTO PARTICULAR	41	34.2
A PIE	1	0.8
AMBULANCIA	4	3.3

n =120

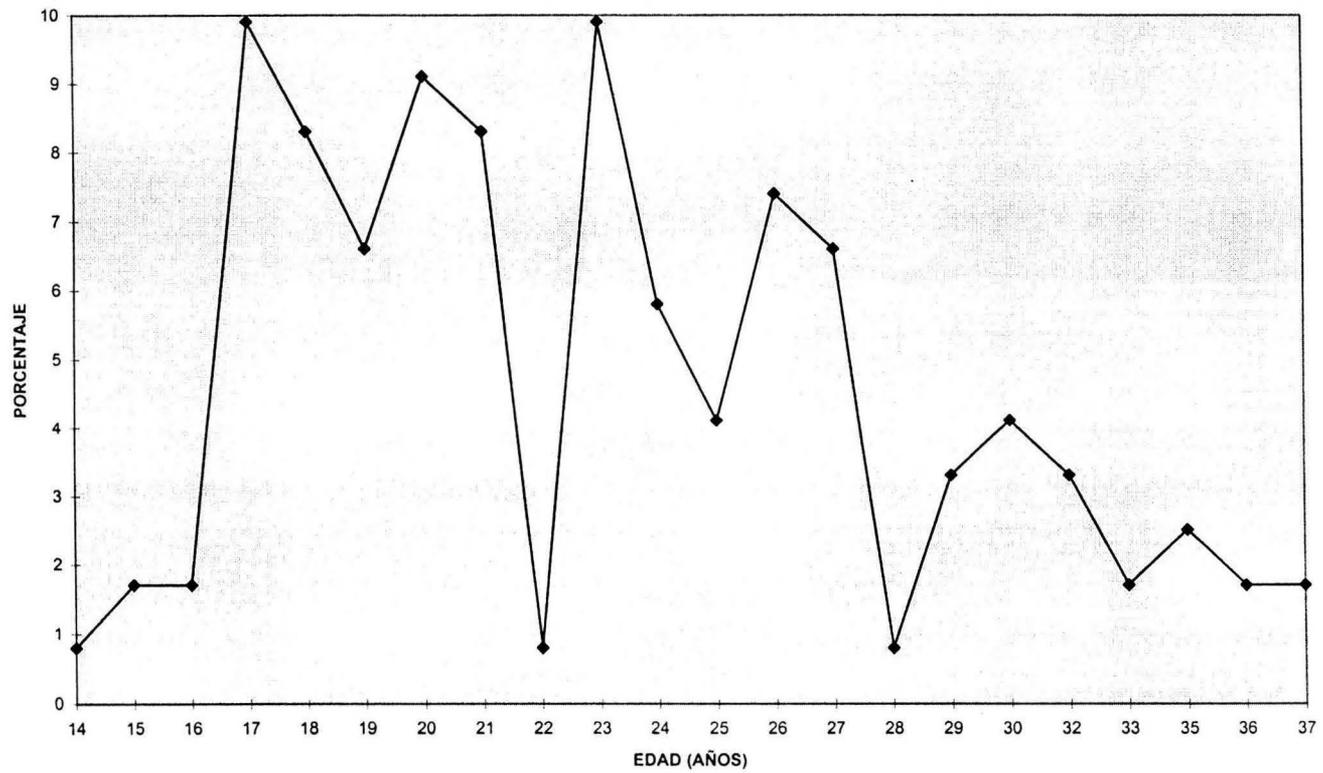
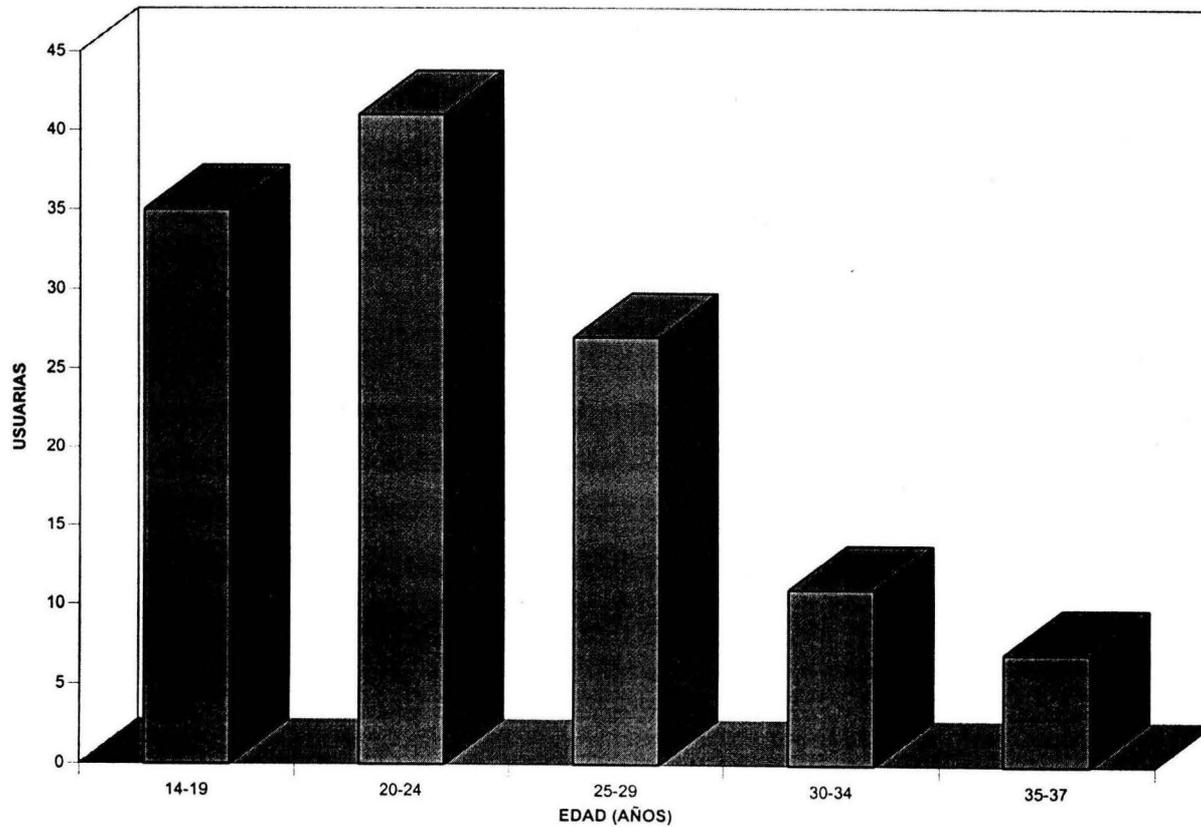


FIG 1. EDAD DE LAS USUARIAS.

n = 120



n = 120

FIG 2. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LAS USUARIAS.

FUENTE: AREA DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" (ISEM), 1995.

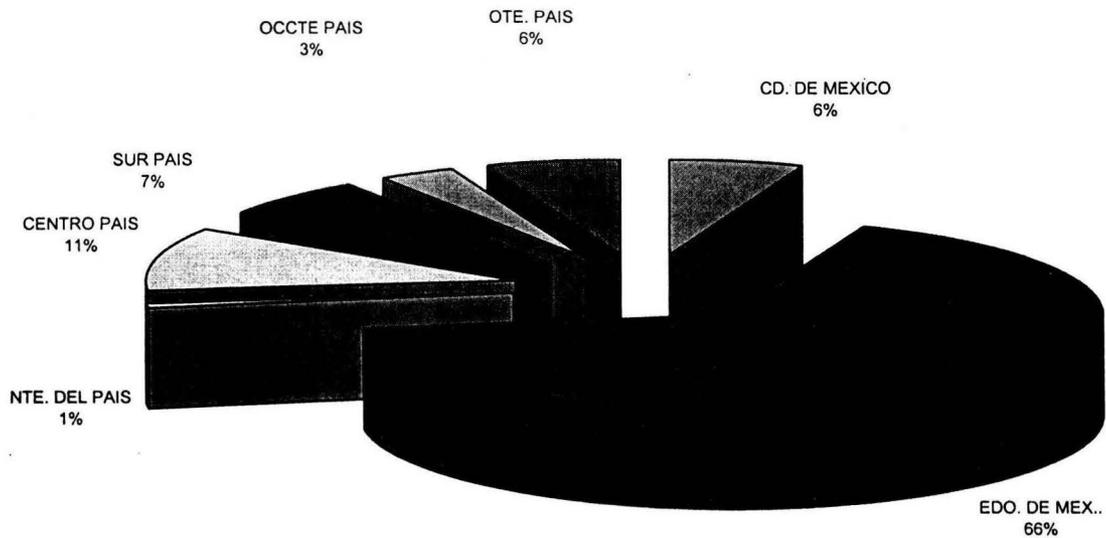


FIG 3. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS.

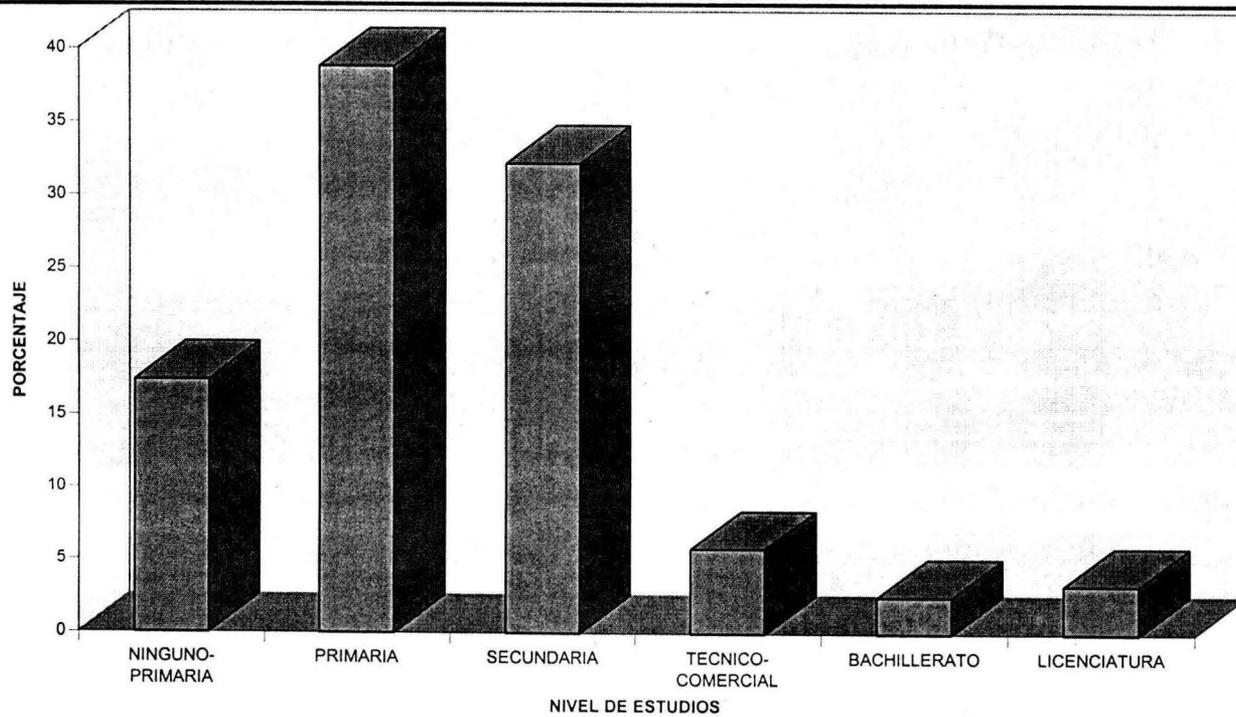


FIG 4. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS USUARIAS.

n=120

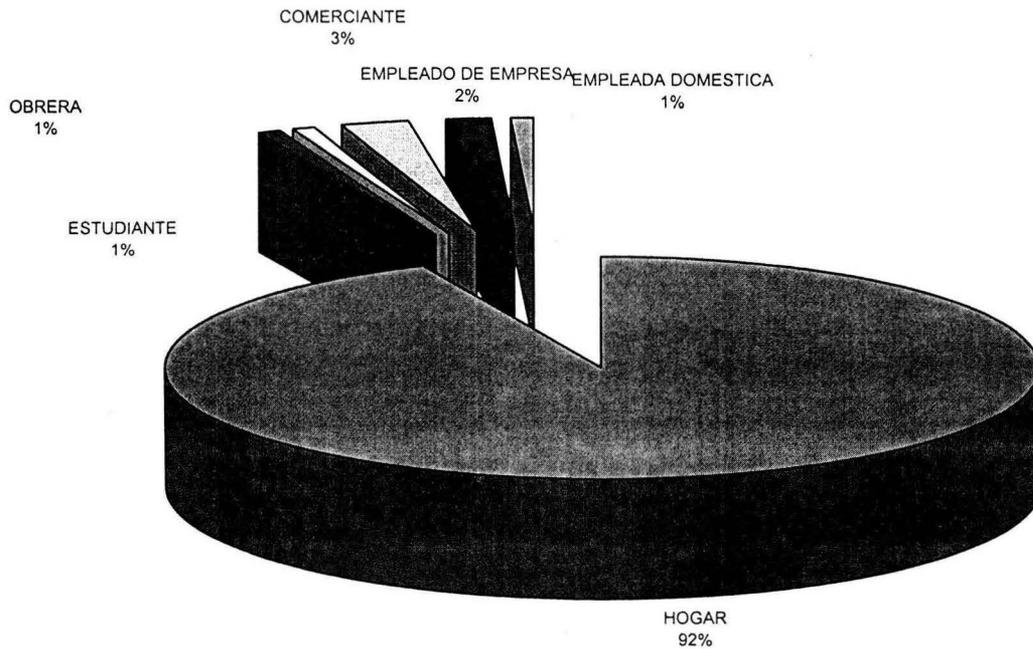


FIG 5. OCUPACION DE LAS USUARIAS.

n = 120

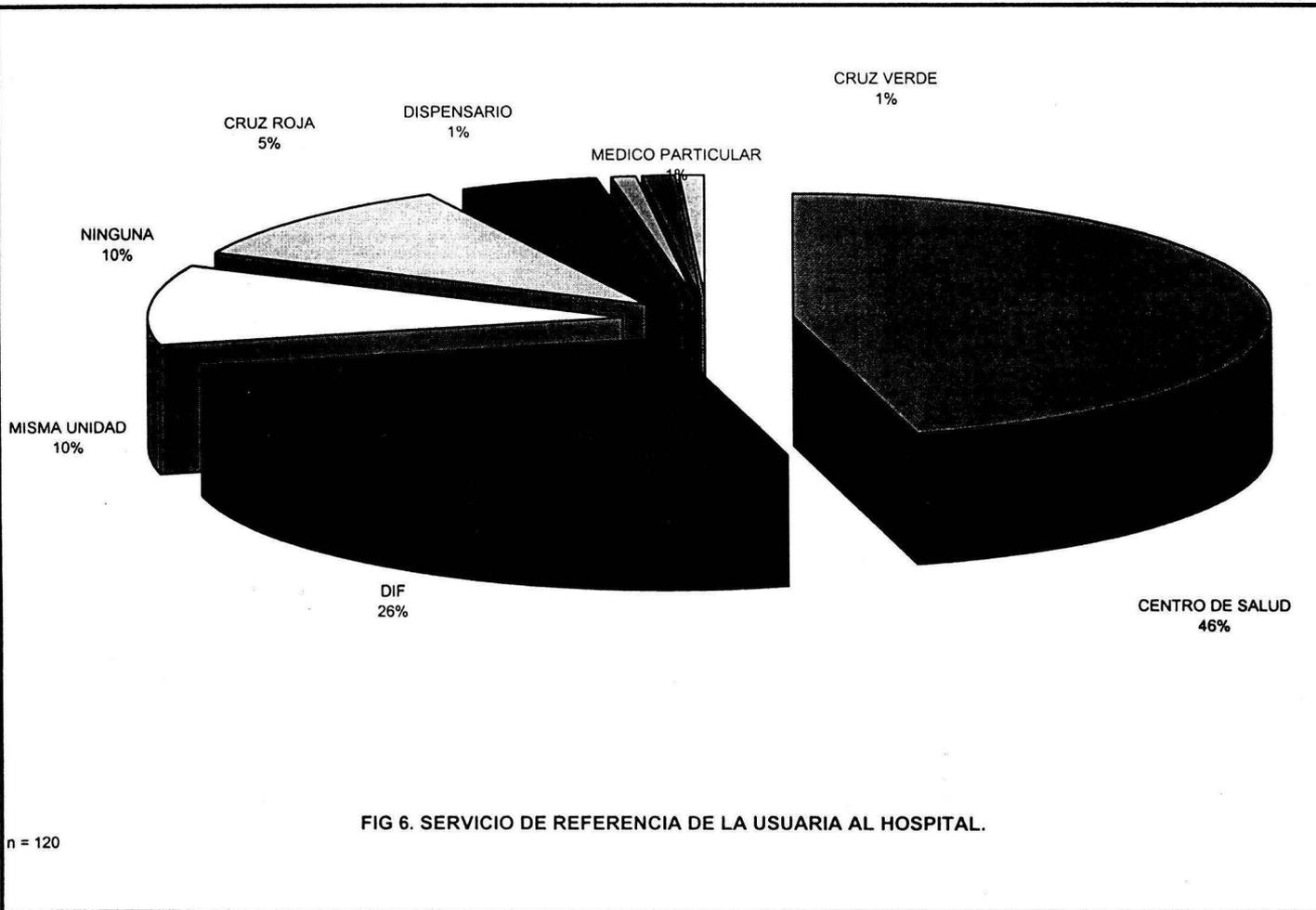


FIG 6. SERVICIO DE REFERENCIA DE LA USUARIA AL HOSPITAL.

FUENTE: AREA DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" (ISEM), 1995.

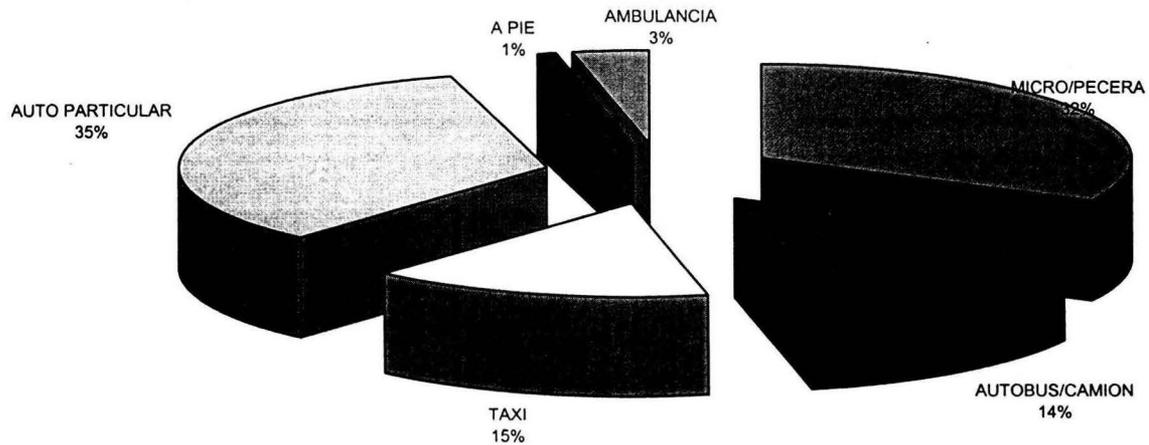


FIG 7. TRANSPORTE UTILIZADO POR LA USUARIA AL HOSPITAL.

n = 120

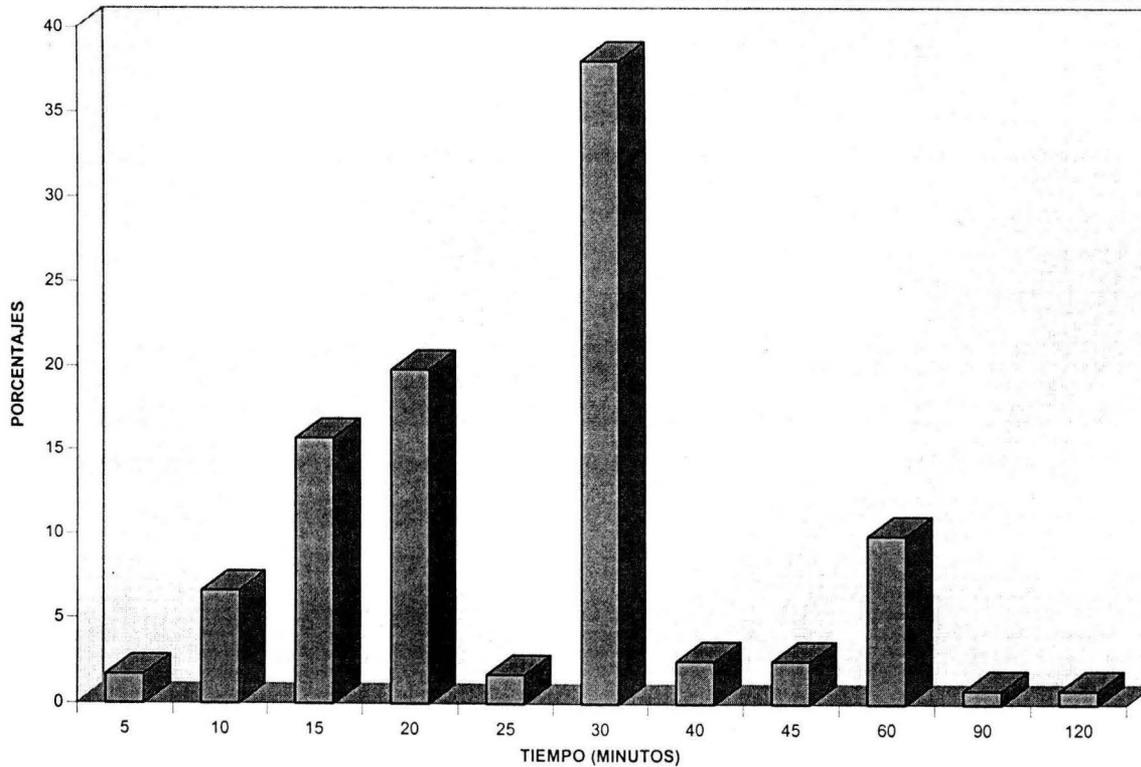


FIG 8. TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL.

n = 120

TABLA 2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

GESTAS	FREC.	%
1	46	38
2	40	33.1
3	13	10.7
4	12	9.9
5	3	2.5
6	3	2.5
7	3	2.5
10	1	0.8

ABORTOS	FREC.	%
0	106	87.6
1	13	10.7
2	2	1.7

EDAD GESTACIONAL	FREC.	%
30	1	0.8
36	6	5
37	5	4.1
38	38	31.4
39	28	23.1
40	39	32.2
42	3	2.5

NORMAL	FREC.	%
0	19	15.7
1	46	38
2	28	23.1
3	12	9.9
4	7	5.8
5	4	3.3
6	2	1.7
7	2	1.7
10	1	0.8

CESAREA	FREC.	%
0	93	76.9
1	17	14
2	9	7.4
3	1	0.8

TIPO DE PARTO	FREC.	%
EUTOCICO	98	81
DISTOCICO	0	0
CESARIA	23	19

n = 120

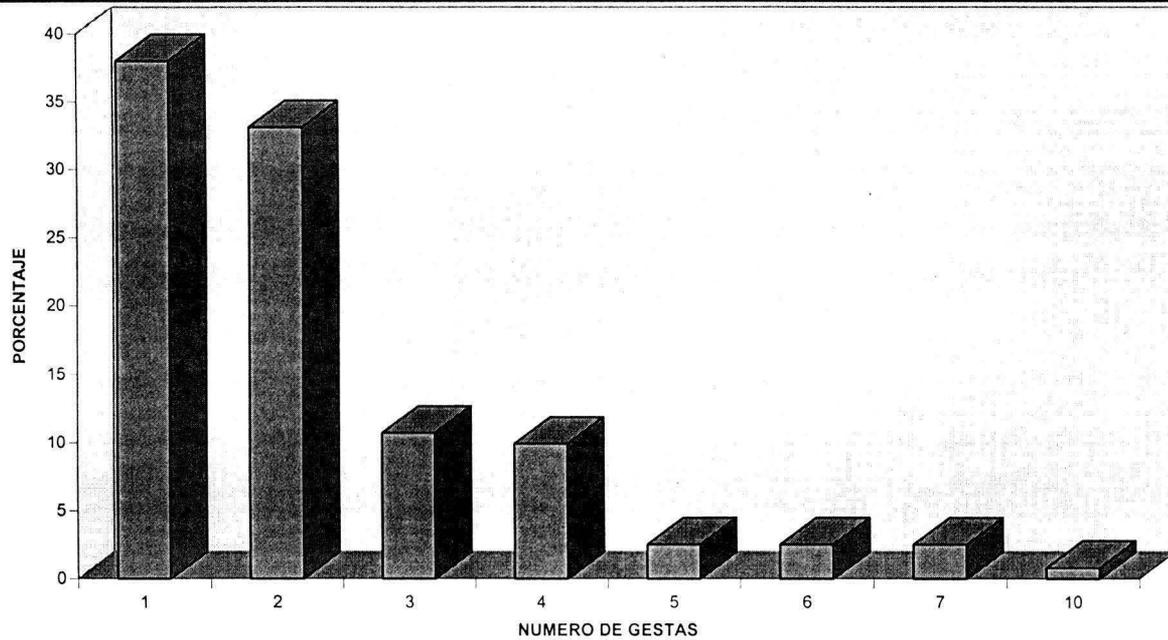


FIG 9. NUMERO DE GESTAS

n = 120

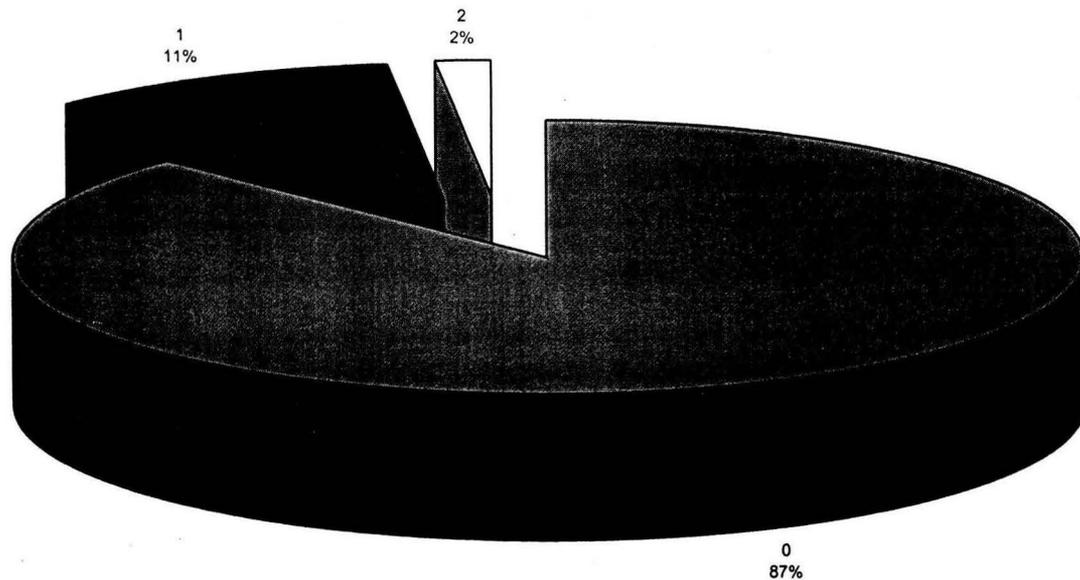


FIG 10. NUMERO DE ABORTOS.

n = 120

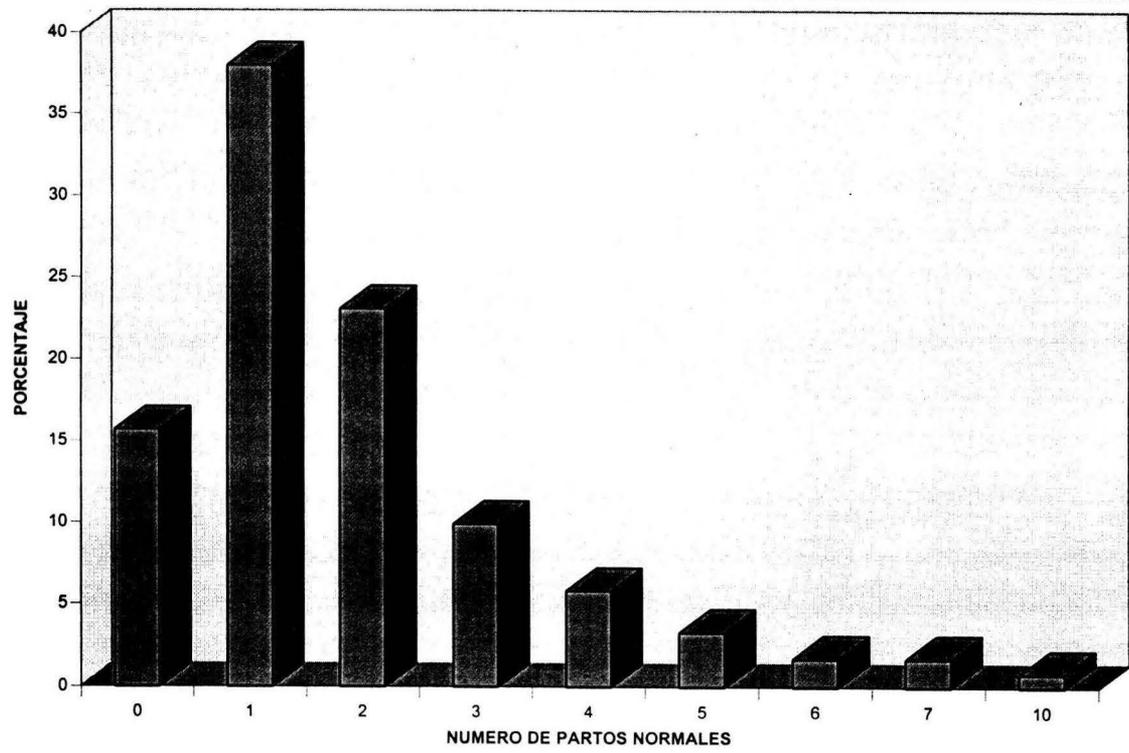


FIG 11 PARTOS NORMALES.

n = 120

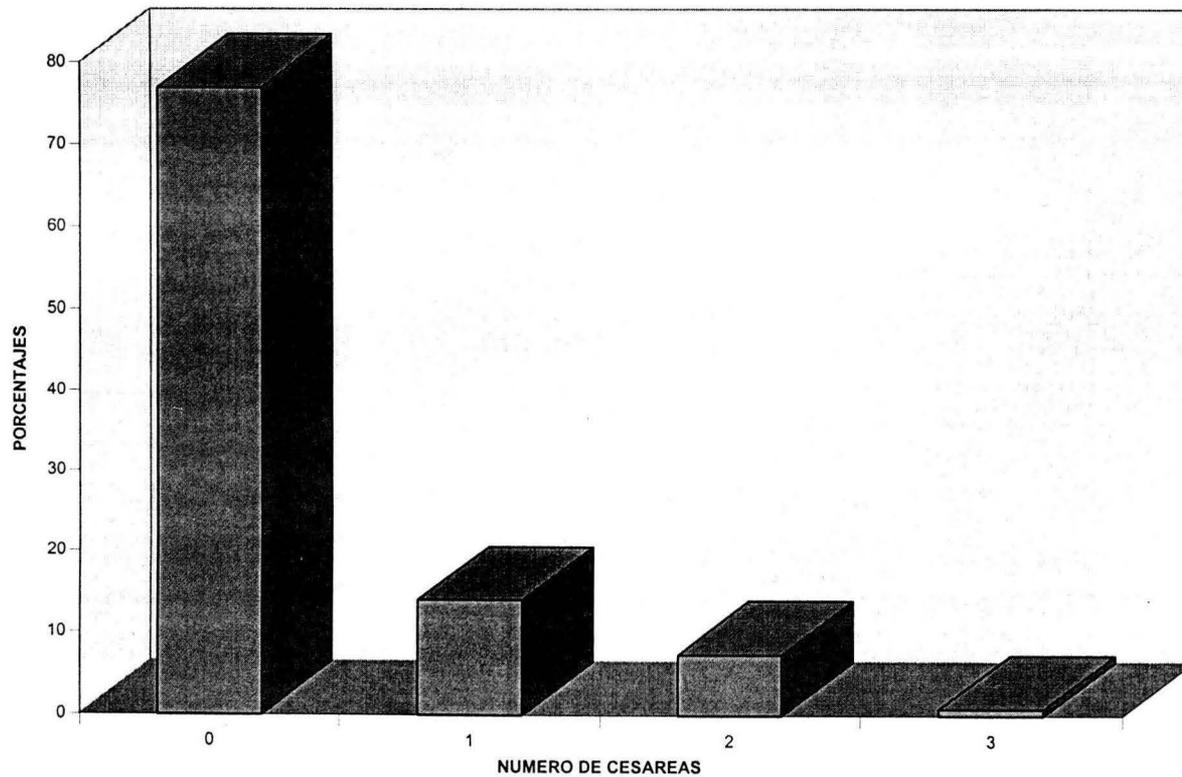


FIG 12. CESAREAS DE LAS USUARIAS.

n = 120

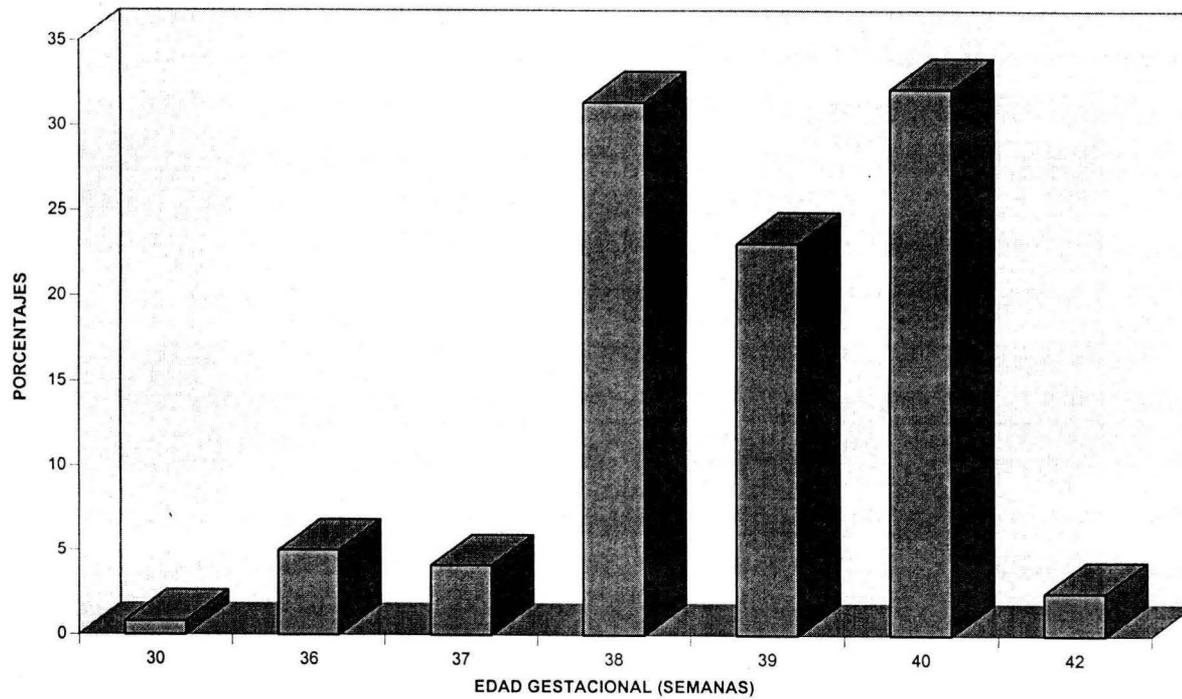


FIG 13. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO.

n = 120

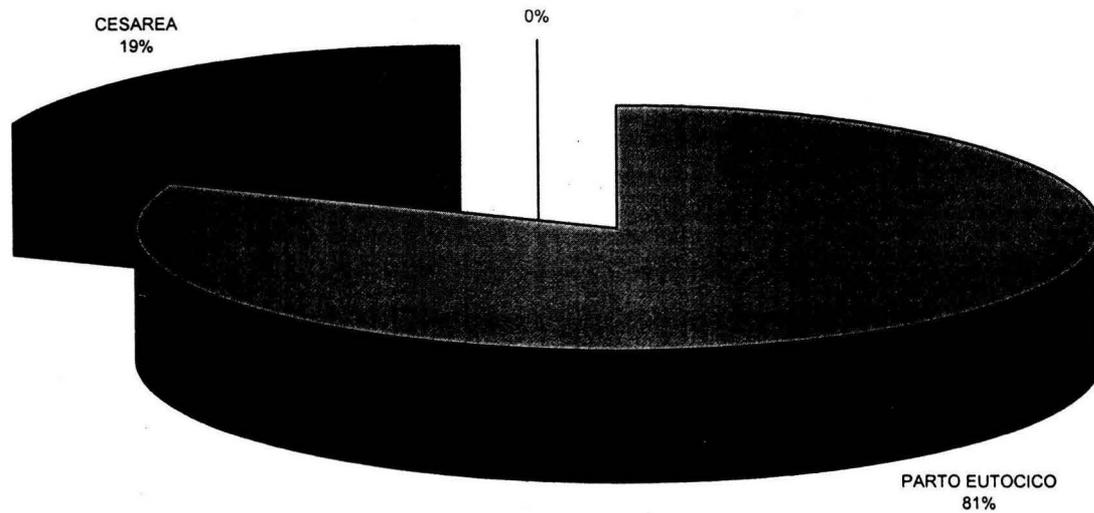


FIG 14. TIPOS DE NACIMIENTO.

n = 120

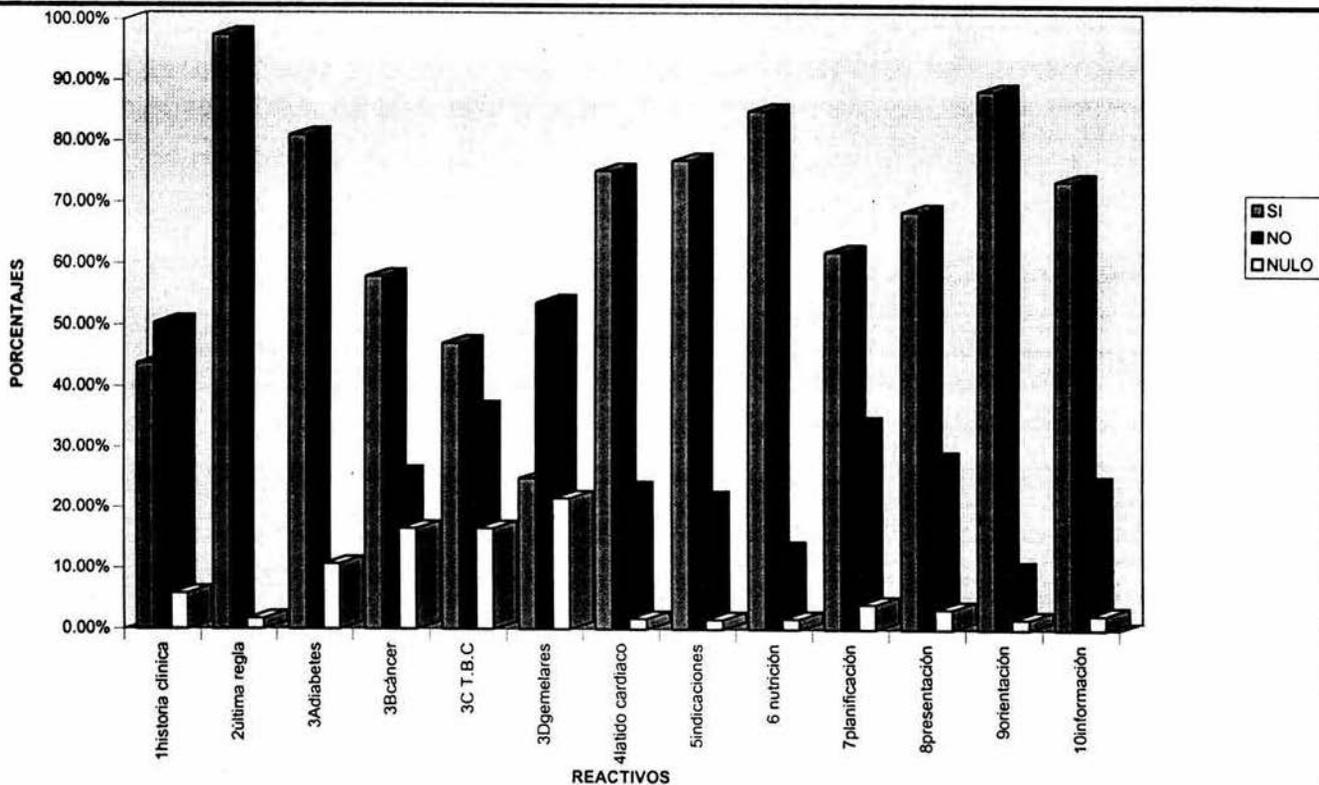


FIG 15. PORCENTAJE DE RESPUESTA DE LOS REACTIVOS 1-10 DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

n = 120

TABLA 3. DIMENSIONES QUE INTEGRAN EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

INSTRUMENTO DE SATISFACCION	
DIMENSION	REACTIVO
EJECUCION PROFESIONAL	
Efectividad	24, 25, 26
Indicación	5
Seguridad	1, 2, 3, 4.
Higiene	28
Nutrición	6, 27
Tratamiento Molesto	29
ACTITUD DEL PROFESIONAL	
Trato Humano	8,30,31,32
Informatividad	7, 9, 10
Cooperación	41
Empatía	33
Atención a problemas psicosociales	34
ORGANIZACION	
Eficiencia	35
Cuidado Integral	36,37
Privacia	14
Accesibilidad	11,12,13,38,39
Comodidad	15,16,17,18,19
Burocracia	40
Satisfacción General	20,21,22,23

n = 120

TABLA 4. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

a)- CORRELACION ITEM-TOTAL.

INSTRUMENTO SATISFACCION.

No.	REACTIVO	INDICE
29	LAS REVISIONES PUDIERON SER MENOS MOLESTAS Y DOLOROSAS	-0.2086
39	COSTO Y HOSPITALIZACION	-0.0058
40	TRAMITES PARA SER ATENDIDO	-0.162

b)- CORRELACION ITEM-ITEM.

INSTRUMENTO SATISFACCION.

No.	REACTIVO	INDICE
17-15	Localización de los baños-Espacio adecuado	0.6111
20-13	Distribución de los servicios-Costo adecuado	0.6088
20-14	Distribución de los servicios-Actitud del personal médico	0.7126
21-15	Suficiente personal-Espacio adecuado	0.6044
21-17	Suficiente personal-Localización de los baños	0.7275
21-20	Suficiente personal-Distribución de los servicios	0.6623
23-22	Buena atención-Personal capacitado	0.6264

c)- COEFICIENTE DE CORRELACION r DE PEARSON.

INSTRUMENTO SATISFACCION.

No.	REACTIVO	INDICE
	EDAD- GESTAS	0.6329
	EDAD-NUMERO DE PARTOS	0.5989
	PARTOS-NUMERO DE GESTAS	0.8966
20-12	Tiempo de atención suficiente-personal capacitado	0.6051
20-14	Actitud respetuosa del personal-personal capacitado	0.6188
20-21	Personal capacitado-buena atención	0.7017
22-23	Atención de calidad-reutilización del servicio	0.6026

n = 120

TABLA 5. PUNTAJE TOTAL DE RESPUESTAS DADAS POR LAS USUARIAS EN EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

No. Usuario	Sumatoria	Bajo 58-107	Medio 108-121	Alto 122-146
1	137	0	0	1
2	122	0	0	1
3	112	0	0	1
4	110	0	0	1
5	113	0	0	1
6	135	0	0	1
7	111	0	0	1
8	102	0	1	0
9	109	0	0	1
10	112	0	0	1
11	108	0	0	1
12	122	0	0	1
13	117	0	0	1
14	131	0	0	1
15	124	0	0	1
16	97	0	1	0
17	100	0	1	0
18	102	0	1	0
19	93	0	1	0
20	116	0	0	1
21	100	0	1	0
22	120	0	0	1
23	117	0	0	1
24	104	0	0	1
25	117	0	0	1
26	118	0	0	1
27	104	0	0	1
28	102	0	1	0
29	122	0	0	1
30	117	0	0	1
31	114	0	0	1
32	105	0	0	1
33	116	0	0	1
34	107	0	0	1
35	96	0	1	0
36	114	0	0	1
37	80	0	1	0
38	127	0	0	1
39	135	0	0	1
40	85	0	1	0
41	102	0	1	0
42	117	0	0	1
43	109	0	0	1
44	121	0	0	1
45	109	0	0	1
46	120	0	0	1
47	117	0	0	1
48	121	0	0	1
49	125	0	0	1
50	89	0	1	0
51	82	0	1	0
52	93	0	1	0
53	110	0	0	1
54	103	0	0	1
55	133	0	0	1
56	127	0	0	1
57	130	0	0	1
58	109	0	0	1
59	134	0	0	1
60	123	0	0	1

n = 120

**TABLA 5.(CONTINUACION) PUNTAJE TOTAL DE RESPUESTAS
DADAS POR LAS USUARIAS EN EL INSTRUMENTO DE
SATISFACCION.**

No. Usuario	Sumatoria	Bajo 58-107	Medio 108-12	Alto 122-148
61	126	0	0	1
62	106	0	0	1
63	109	0	0	1
64	117	0	0	1
65	110	0	0	1
66	113	0	0	1
67	118	0	0	1
68	92	0	1	0
69	108	0	0	1
70	58	0	1	0
71	119	0	0	1
72	98	0	1	0
73	118	0	0	1
74	119	0	0	1
75	114	0	0	1
76	115	0	0	1
77	142	0	0	1
78	105	0	0	1
79	113	0	0	1
80	111	0	0	1
81	107	0	0	1
82	97	0	1	0
83	115	0	0	1
84	123	0	0	1
85	123	0	0	1
86	112	0	0	1
87	78	0	1	0
88	120	0	0	1
89	119	0	0	1
90	146	0	0	1
91	120	0	0	1
92	134	0	0	1
93	129	0	0	1
94	120	0	0	1
95	118	0	0	1
96	116	0	0	1
97	126	0	0	1
98	132	0	0	1
99	104	0	0	1
100	136	0	0	1
101	110	0	0	1
102	132	0	0	1
103	115	0	0	1
104	122	0	0	1
105	131	0	0	1
106	81	0	1	0
107	121	0	0	1
108	105	0	0	1
109	108	0	0	1
110	143	0	0	1
111	114	0	0	1
112	106	0	0	1
113	116	0	0	1
114	115	0	0	1
115	107	0	0	1
116	118	0	0	1
117	126	0	0	1
118	122	0	0	1
119	114	0	0	1
120	118	0	0	1

n = 120

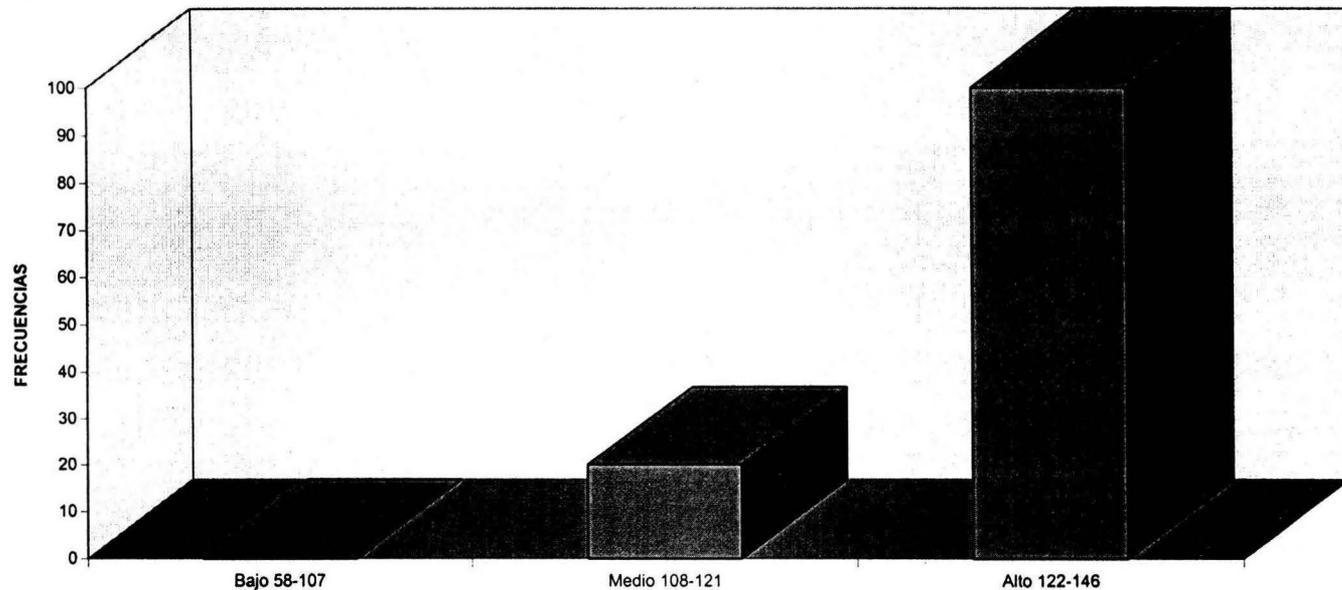


FIG 16. RANGOS DE SATISFACCION EN LOS QUE SE UBICARON LAS USUARIAS

n = 120

TABLA 6. DISTRIBUCION DE RESPUESTAS EN EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION DE ACUERO A LA ESCALA LIKERT.

REACTIVOS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO SE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	SIN RESPUESTA
	%	%	%	%	%	%
11	3.3	3.3	9.9	52.9	27.3	3.3
12	1.7	2.5	5.8	62.8	27.3	
13	1.7	0.8	24.8	45.5	24.8	2.5
14	1.7	3.3	3.3	59.5	30.6	1.7
15	0.8	9.9	9.1	59.5	18.2	2.5
16	10.7	20.7	2.5	44.6	20.7	0.8
17	1.7	3.3	0.8	66.1	26.4	1.7
18	1.7	9.9	4.1	64.5	17.4	2.5
18	2.5	3.3	7.4	62.8	22.3	1.7
20	1.7	3.3	9.9	61.2	23.1	0.8
21	0.8	4.1	7.4	60.3	22.3	5
22	0.8	6.6	8.3	57	24.8	2.5
23		1.7	8.3	58.7	27.3	4.1
24		1.7	5	64.5	25.6	3.3
25	0.8	4.1	4.1	54.5	34.7	1.7
26	13.2	24	14	33.1	10.7	5
27	4.1	8.3	5.8	52.9	22.3	6.6
28		13.2	15.7	45.5	19	6.6
29	21.5	52.9	5.8	15.7	2.5	1.7
30	1.7	2.5	3.3	62.8	26.4	3.3
31	2.5	9.1	8.3	52.9	24	3.3
32	4.1	20.7	16.5	43.8	12.4	2.5
33	1.7	14	12.4	60.3	10.7	0.8
34	2.5	12.4	23.1	46.3	12.4	3.3
35	0.8	3.3	19.8	53.7	21.5	0.8
36	2.5	5	6.6	67.8	15.7	2.5
37	0.8	4.1	7.4	59.5	24.8	3.3
38	4.1	13.2	11.6	51.2	15.7	4.1
39	7.4	21.5	35.5	28.1	4.1	3.3
40	9.1	19.8	9.9	46.3	12.4	2.5
41	7.9	9.1	1.7	55.4	20.7	5.8
TOTAL	113.8	311.6	310.1	1649.7	628.1	89.5
PROMEDIO	3.67%	10.05%	10%	53.21%	20.26%	2.88%

n = 120



FIG 17. PORCENTAJES DE RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION

n = 120

TABLA 7. PORCENTAJES DE RESPUESTAS POR DIMENSION DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

DIMENSION	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO SE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
EJECUCION PROFESIONAL					
EFFECTIVIDAD		2.5	24	52.1	13.2
HIGIENE		13.2	5.8	45.5	19
TRATAMIENTO MOLESTO	21.5	52.9	5.8	15.7	2.5
ACTITUD DEL PROFESIONAL					
TRATO HUMANO		3.3	25.6	53.7	12.4
COOPERACION	7.4	9.1	1.7	55.4	20.7
EMPATIA	1.7	14	12.4	60.3	10.7
ATEN.PROB. PSICOSOC.	2.5	12.4	23.1	46.3	12.4
ORGANIZACION					
EFICIENCIA	0.8	3.3	19.8	53.7	21.5
CUIDADO INTEGRAL	0.8	1.7	9.1	61.2	22.3
ACCESIBILIDAD		1.7	22.3	59.5	5.8
PRIVACIA	1.7	3.3	3.3	59.5	30.6
COMODIDAD		1.7	19	57.9	14
CALIDAD TOTAL		1.7	8.3	54.5	24.8
BUROCRACIA	9.1	19.8	9.9	46.3	12.4

n = 120

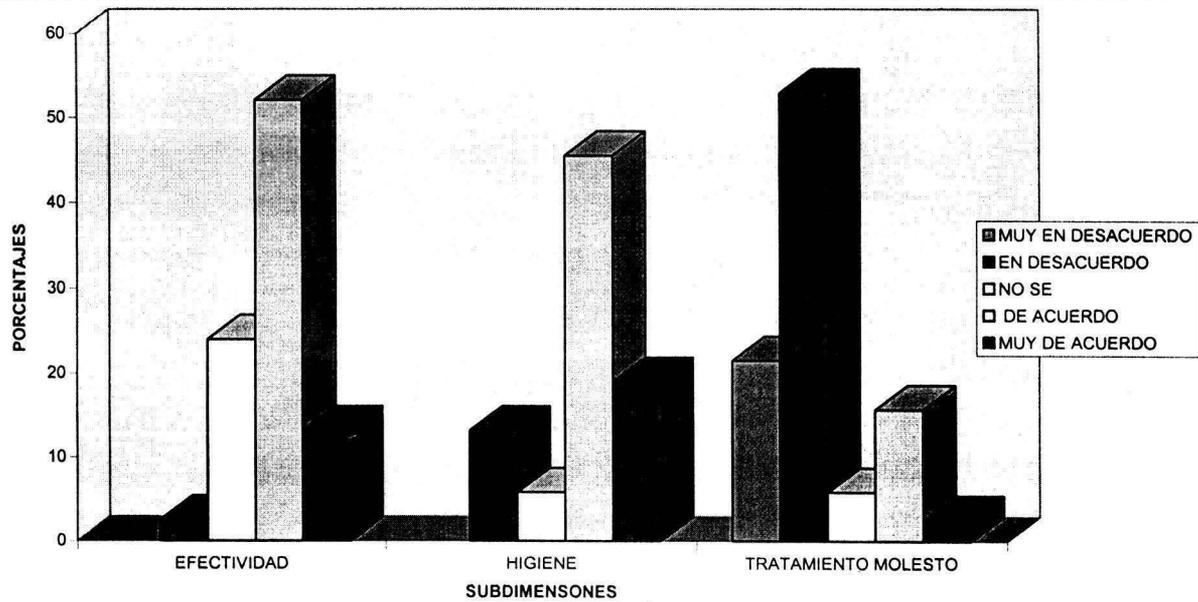


FIG 18. RESPUESTAS DE LA DIMENSION "EJECUCION PROFESIONAL" POR SUBDIMENSIONES (INSTRUMENTO DE SATISFACCION)

n = 120

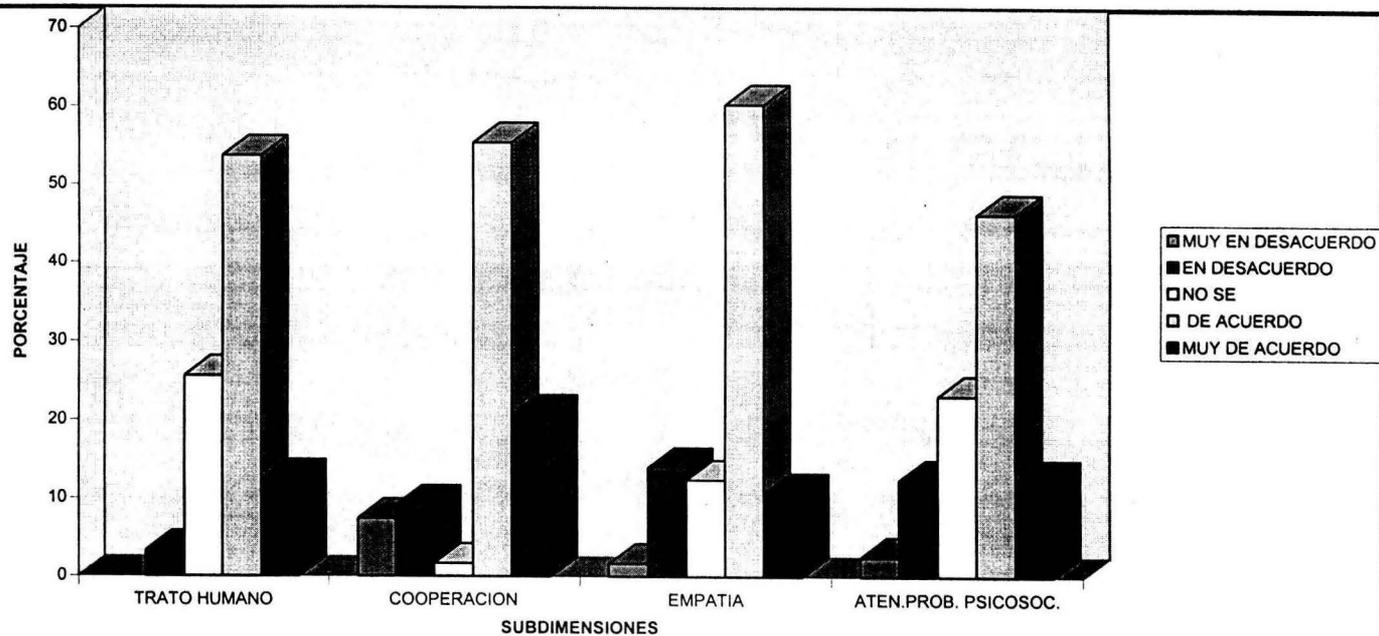


FIG 19. RESPUESTAS DE LA DIMENSION "ACTITUD DEL PROFESIONAL" POR SUBDIMENSIONES (INSTRUMENTO DE SATISFACCION)

n = 120

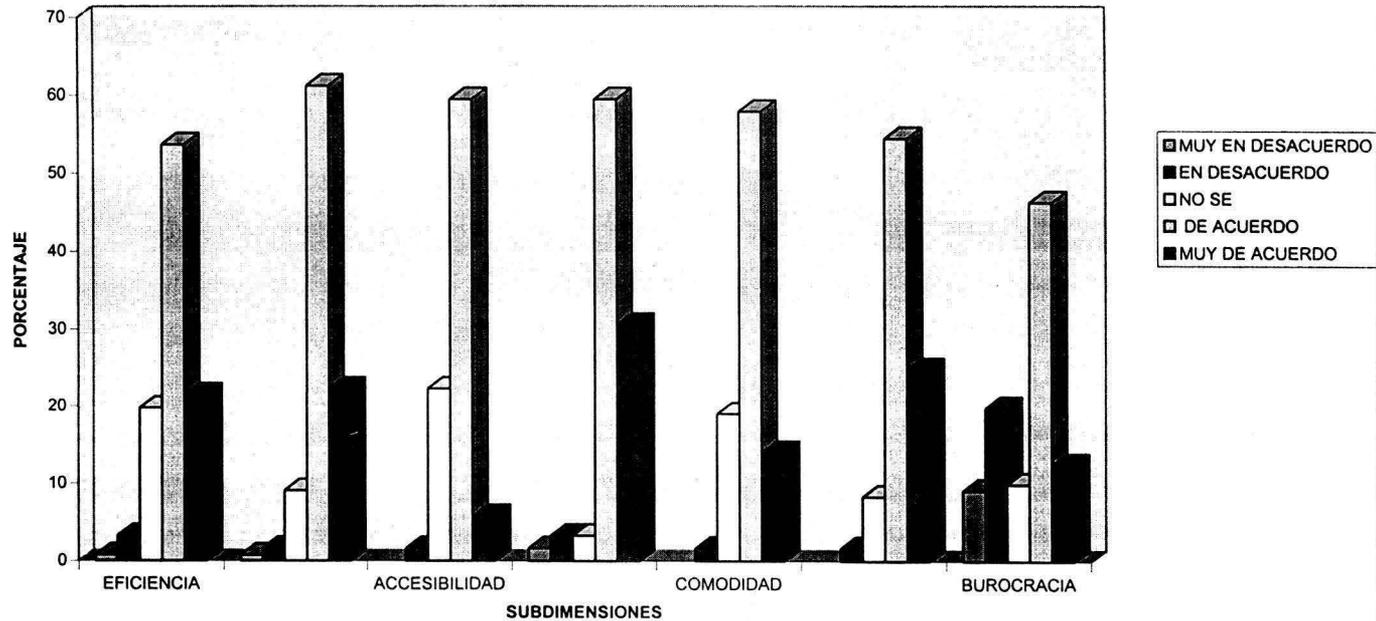


FIG 20. RESPUESTAS DE LA DIMENSION "ORGANIZACION" POR SUBDIMENSIONES (INSTRUMENTO DE SATISFACCION).

n = 120

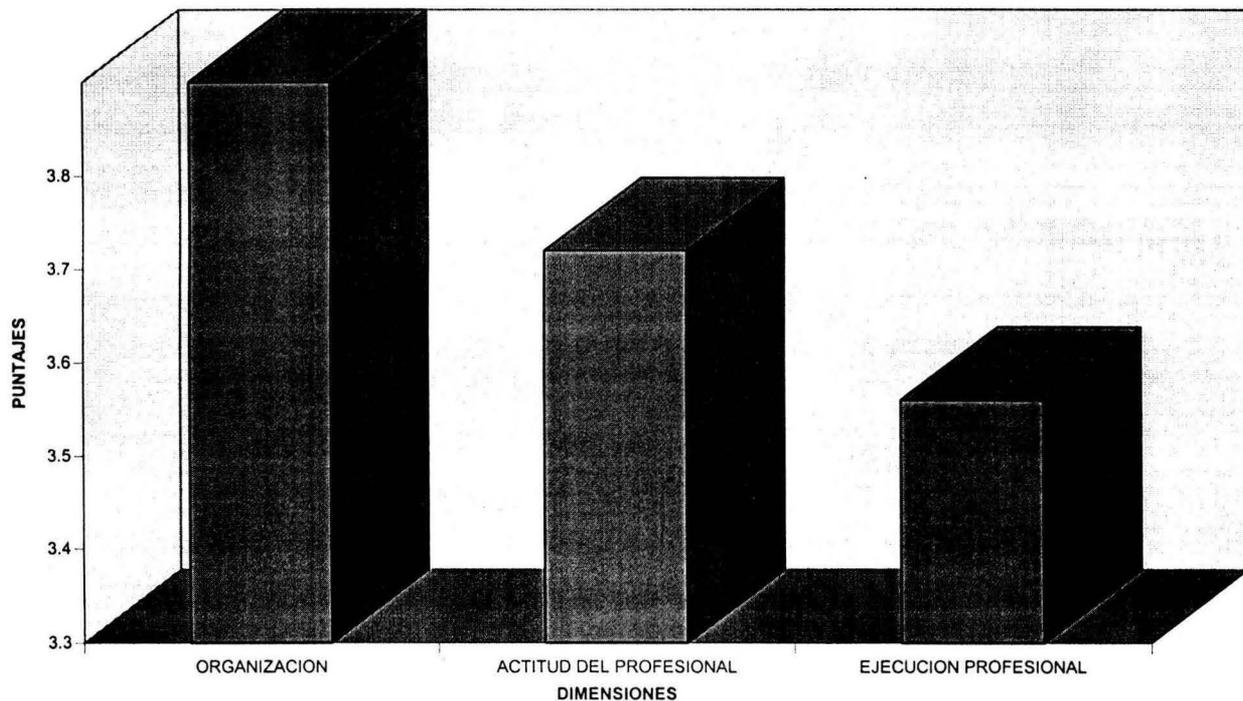


FIG 21. PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

n = 120

TABLA 8. DIMENSIONES QUE INTEGRAN EL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD

DIMENSION	REACTIVO
Expresión de sentimientos positivos y negativos	1,2
Expresión de opiniones y necesidades	4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,16
Rechazo de demandas irracionales	14,15
Iniciación y terminación de conversaciones	17
Afirmación o defensa de derechos	3,18,19,20,21,22,23,24,25,26
Dar y recibir halagos	27,28

n = 120

TABLA 9. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

a)- CORRELACION ITEM-TOTAL.

INSTRUMENTO ASERTIVIDAD.

No.	REACTIVO	INDICE
2	Malestar al estar ante otros pacientes	-0.113
4	Limitarse ante un diagnóstico	-0.2111
5	Recurrir a otro médico	0.0637
12	Respuestas tontas	0.1036
14	Miedo de preguntar	0.0852
15	Suguridad cuando alguien lo acompaña	-0.2196

b)- CORRELACION ITEM-ITEM.

INSTRUMENTO ASERTIVIDAD.

No.	REACTIVO	INDICE
23-21	Ante un problema dirigirse a las autoridades- pedir seriedad al médico	0.6149

c)- COEFICIENTE DE CORRELACION r DE PEARSON.

INSTRUMENTO ASERTIVIDAD.

NO.	REACTIVO	INDICE
11-21	Pedir mayor cuidado en las revisiones-Pedir privacidad en las revisiones	0.5731
21-24	Pedir seriedad al médico-Hacer que el médico respete su turno	0.5976
23-21	Ante un problema dirigirse a las autoridades- Pedir seriedad al médico	0.6229
23-24	Ante un problema dirigirse a las autoridades- Hacer que el médico respete tu turno	0.591

n = 120

TABLA 10. PUNTAJE TOTAL DE RESPUESTAS DADAS POR LAS USUARIAS EN EL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

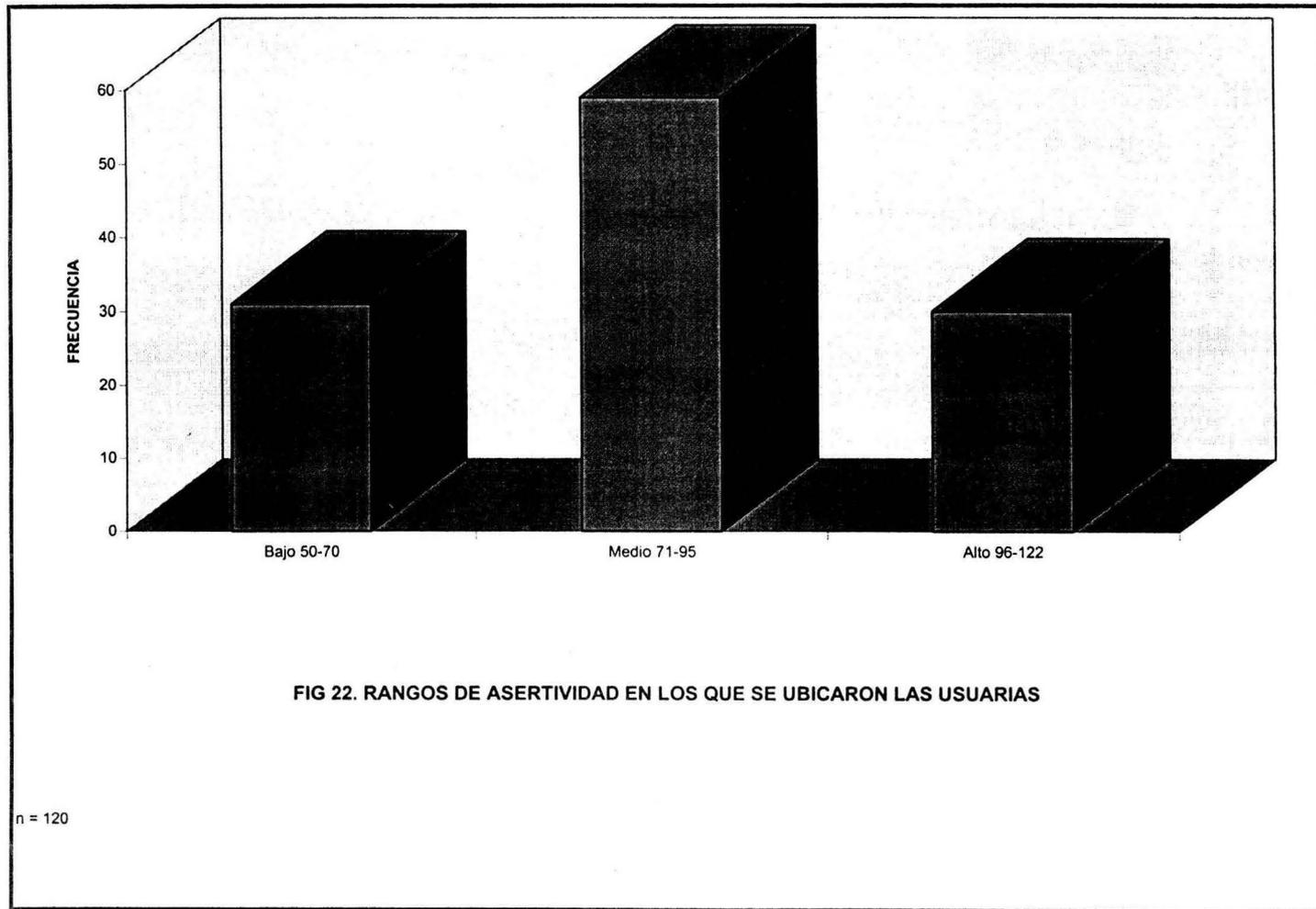
No. Usuario	Sumatoria	Bajo 50-70	Medio 71-95	Alto 96-122
1	68	1	0	0
2	77	0	1	0
3	60	1	0	0
4	52	1	0	0
5	99	0	0	1
6	73	0	1	0
7	89	0	1	0
8	92	0	1	0
9	80	0	1	0
10	74	0	1	0
11	75	0	1	0
12	88	0	1	0
13	78	0	1	0
14	66	1	0	0
15	114	0	0	1
16	54	1	0	0
17	82	0	1	0
18	115	0	0	1
19	119	0	0	1
20	70	1	0	0
21	61	1	0	0
22	50	1	0	0
23	69	1	0	0
24	67	1	0	0
25	105	0	0	1
26	84	0	1	0
27	85	0	1	0
28	110	0	0	1
29	76	0	1	0
30	71	0	1	0
31	69	1	0	0
32	91	0	1	0
33	59	1	0	0
34	93	0	1	0
35	72	0	1	0
36	69	1	0	0
37	78	0	1	0
38	106	0	0	1
39	99	0	0	1
40	119	0	0	1
41	70	1	0	0
42	100	0	0	1
43	82	0	1	0
44	82	0	1	0
45	72	0	1	0
46	122	0	0	1
47	98	0	0	1
48	120	0	0	1
49	106	0	0	1
50	121	0	0	1
51	110	0	0	1
52	64	1	0	0
53	93	0	1	0
54	84	0	1	0
55	95	0	1	0
56	85	0	1	0
57	108	0	0	1
58	72	0	1	0
59	72	0	1	0
60	88	0	1	0

n = 120

TABLA 10.(CONTINUACION) PUNTAJE TOTAL DE
RESPUESTAS DADAS POR LAS USUARIAS EN EL
INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

No. Usuario	Sumatoria	Bajo 50-70	Medio 71-95	Alto 96-122
61	80	0	1	0
62	97	0	0	1
63	75	0	1	0
64	83	0	1	0
65	62	1	0	0
66	80	0	1	0
67	117	0	0	1
68	74	0	1	0
69	80	0	1	0
70	78	0	1	0
71	57	1	0	0
72	63	1	0	0
73	79	0	1	0
74	55	1	0	0
75	69	1	0	0
76	104	0	0	1
77	80	0	1	0
78	67	1	0	0
79	78	0	1	0
80	91	0	1	0
81	80	0	1	0
82	78	0	1	0
83	91	0	1	0
84	82	0	1	0
85	114	0	0	1
86	95	0	1	0
87	72	0	1	0
88	59	1	0	0
89	96	0	0	1
90	91	0	1	0
91	99	0	0	1
92	86	0	1	0
93	88	0	1	0
94	88	0	1	0
95	90	0	1	0
96	66	1	0	0
97	62	1	0	0
98	67	1	0	0
99	70	1	0	0
100	69	1	0	0
101	63	1	0	0
102	55	1	0	0
103	108	0	0	1
104	75	0	1	0
105	62	1	0	0
106	78	0	1	0
107	57	1	0	0
108	92	0	1	0
109	88	0	1	0
110	88	0	1	0
111	101	0	0	1
112	102	0	0	1
113	107	0	0	1
114	109	0	0	1
115	72	0	1	0
116	72	0	1	0
117	114	0	0	1
118	74	0	1	0
119	76	0	1	0
120	107	0	0	1

n = 120



FUENTE: AREA DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" (ISEM), 1995.

TABLA 11. DISTRIBUCION DE RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

REACTIVOS	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	MUY A MENUDO	SIEMPRE	SIN RESP.
	%	%	%	%	%	%
1	18.2	11.6	32.2	9.1	26.4	2.5
2	88.4	6.6	3.3			
3	53.7	17.4	19		9.9	1.7
4	18.2	2.5	23.1	14.9	40.5	0.8
5	28.9	16.5	35.5	4.1	11.6	3.3
6	28.1	14	34.7	3.3	19	0.8
7	63.6	11.6	13.2		9.9	1.7
8	31.4	14	26.4	2.5	23.1	2.5
9	4.3	13.2	21.5	2.5	21.5	
10	17.4	10.7	33.1	4.1	33.1	1.7
11	24	18.2	24	2.5	29.8	1.7
12	9.1	0.8	29.8	16.5	43.8	
13	37.2	12.4	33.1	3.3	14	
14	13.2	3.3	34.7	12.4	33.9	2.5
15	47.1	8.3	19	10.7	14.9	
16	31.4	10.7	24	5.8	27.3	0.8
17	1.7	12.4	19.8	5.8	58.7	1.7
18	45.5	9.9	15.7	2.5	25.6	0.8
19	10.7	9.1	29.8	7.4	41.3	1.7
20	44.6	13.2	15.7	2.5	24	
21	51.2	8.3	19	2.5	19	
22	34.7	9.9	23.1	4.1	27.3	0.8
23	52.1	8.3	20.7	3.3	15.7	
24	27.3	10.7	35.5	5	21.5	
25	16.5	8.3	27.3	5.8	41.3	0.8
26	24.8	9.9	20.7	8.3	36.4	
27	19	9.9	28.9	7.4	34.7	
28	1.7	6.6	20.7	2.5	67.8	0.8
PROMEDIO	30.14%	10.29%	24.41%	5.30%	27.57%	0.95%

n = 120

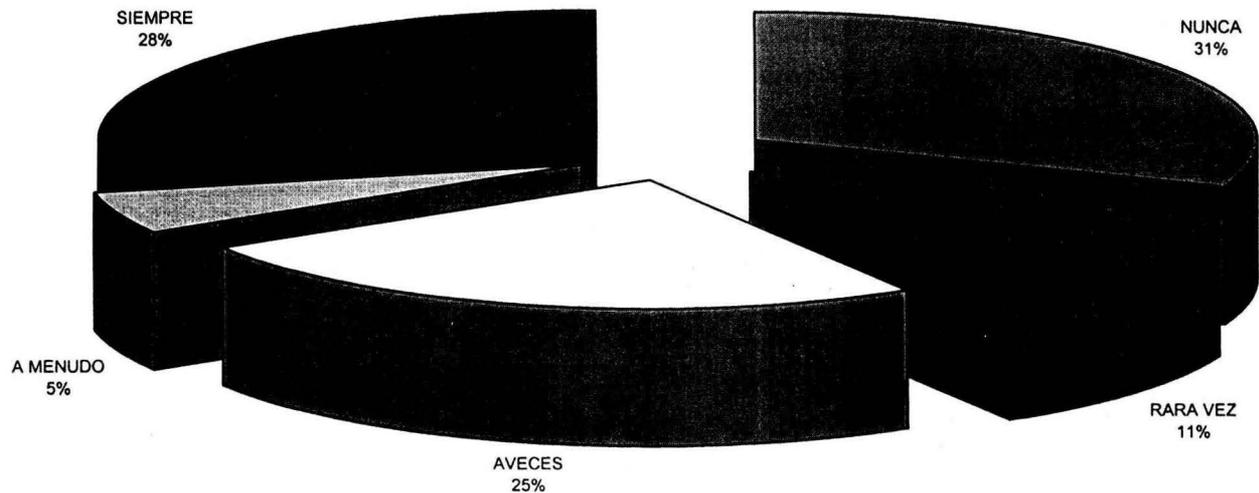


FIG 23. PORCENTAJE DE RESPUESTA DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

n = 120

TABLA 12. PORCENTAJES DE RESPUESTA OBTENIDAS POR DIMENSION DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

DIMENSION	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
EXPRESION DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS			19.80%	45.50%	31.40%
EXPRESION DE OPINIONES Y NECESIDADES		32.20%	42.10%	16.50%	
RECHAZO DE DEMANDAS IRRACIONALES	9.10%	20.70%	38%	15.70%	14%
INICIAR Y TERMINAR UNA CONVERSACION	1.70%	12.40%	19.80%	5.80%	58.70%
AFIRMACION O DEFENSA DE DERECHOS	9.90%	31.40%	33.10%	14%	7.40%
DAR Y RECIBIR HALAGOS		8.30%	29.80%	25.60%	35.50%

n = 120

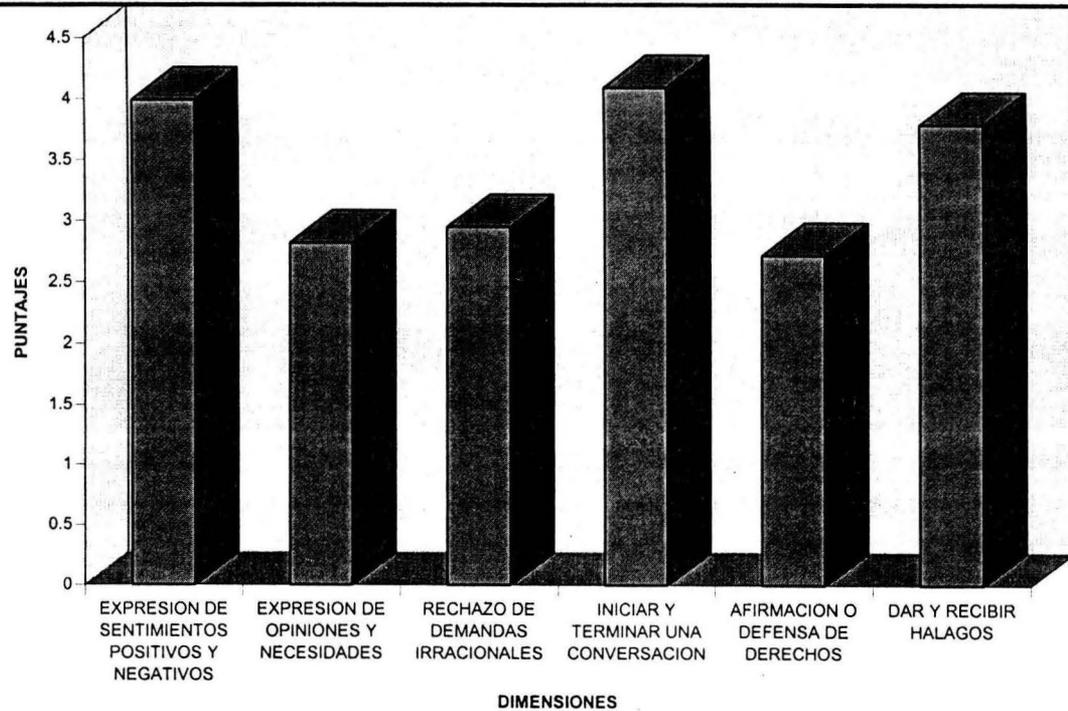


FIG 24. PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

n = 120

TABLA 13. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

II)- CORRELACION REACTIVO-FACTOR.

INSTRUMENTO DE SATISFACCION

FACTOR (ASERTIVIDAD)	No. DE REACTIVO (SATISFACCION)	INDICE
1	30	0.8411
2	21	0.7581
2	25	0.5581
2	29	0.789
2	31	0.7823
2	36	0.7971
4	17	0.8426
4	26	0.6576
4	39	0.8431
4	40	0.699
5	13	0.713
5	19	0.5985
5	36	0.673
6	15	0.7302
6	21	0.7533
6	41	0.749

INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD

FACTOR (SATISFACCION)	No. DE REACTIVO (ASERTIVIDAD)	INDICE
1	14	0.7995
1	16	0.8358
1	22	0.7895
2	23	0.7909
2	26	0.705
4	10	0.724
5	14	0.713
5	22	0.7033
6	6	0.7587
6	12	0.7172
6	16	0.7592
6	25	0.7135
6	26	0.8001
6	28	0.7775
7	4	0.7285
7	14	0.6517
7	16	0.7003
7	18	0.6616
8	6	0.658
8	7	0.5844
8	10	0.6976
9	1	0.8368

III)- CORRELACION FACTOR-FACTOR

FACTOR (SATISFACCION)	FACTOR (ASERTIVIDAD)	INDICE
1	4	1.3788
4	1	0.996
7	9	0.8654

n = 120

TABLA 14. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

IV)- CORRELACION ENTRE DATOS DEMOGRAFICOS/ANTECEDENTES OBSTETRICO- REACTIVOS

INSTRUMENTO DE SATISFACCION			INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD		
	REACTIVO	INDICE		REACTIVO	INDICE
EDAD	17	1.0517	NIVEL DE	1	0.5902
NUMERO DE	12	0.528	ESTUDIOS	8	0.5133
CESAREAS	20	0.6539		13	0.6644
	21	0.5653		16	0.5528
	23	0.5369		18	0.5457
	41	0.7533		20	0.6392
No. ABORTOS	27	0.5115		21	0.5587
OCUPACION	12	0.5797		22	0.6571
	30	0.5272		23	0.6214
	32	0.6419		25	0.5114
	34	0.5812		27	0.6282
	39	0.5415		28	0.5643
	41	0.5474	PROCEDENCIA	13	0.5507
No. PARTOS	19	0.7122	OCUPACION	10	0.5326
NORMALES	30	0.666		18	0.7503
	34	0.7794		19	0.5788
				20	0.6995
				22	0.5192
				23	0.5675
				24	0.5357
				25	0.5745
				27	0.5914
			No. PARTOS	4	0.6686

n = 120

TABLA 15. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD.

V_r- CORRELACION REACTIVO-DIMENSION

INSTRUMENTO DE SATISFACCION			INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD		
DIMENSION (ASERTIVIDAD)	REACTIVO (SATISFACCION)	INDICE	DIMENSION (SATISFACCION)	REACTIVO (ASERTIVIDAD)	INDICE
EXPRESION DE	16	1.182			
OPINIONES Y NECESIDADES	29	1.096	EFFECTIVIDAD	10	0.6692
RECHAZO DE	12	0.5976		13	0.67
DEMANDAS	17	0.59			
IRRACIONALES	20	0.606	TRATO HUMANO	11	0.8274
	21	0.5888		14	0.7664
	28	0.5778		16	0.89
	30	0.5881		23	0.7669
	31	0.6166	COOPERACION	14	0.7664
	34	0.6565		16	0.89
	38	0.6179		22	0.7658
			EMPATIA	4	0.6693
				17	0.6847
			COMODIDAD	11	0.5514
				14	0.5798
				16	0.5565
				19	0.5575
				28	0.622

n = 120