



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

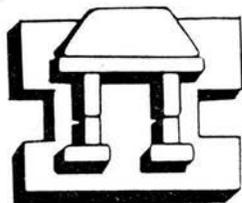
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

"INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN EL REPORTE
DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL AREA DE
URGENCIAS DE UN HOSPITAL PUBLICO"

PO 1534/97
g.1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MIJANGOS TORRES VERONICA KARINA



IZTACALA

ASESORES: MTRO. EN I.S.S. HECTOR GONZALEZ DIAZ
MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
LIC. ESTEBAN VAQUERO CAZERES

LOS REYES IZTACALA EDO. DE MEX.

1997



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.

NOMBRE: MIJANGOS TORRES VERONICA KARINA

NUMERO DE CUENTA: 8906910-7

GENERACION: 93-96

FORMA DE TITULACION: REPORTE DE INVESTIGACION

TITULO DEL TRABAJO: "INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN EL REPORTE DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL AREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PUBLICO".

NOMBRE DE LOS ASESORES: MTRO. EN I.S.S. HECTOR GONZALEZ DIAZ.
MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
LIC. J. ESTEBAN VAQUERO CAZERES

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida y la sabiduría para elegir la profesión que va a ser parte de mi vida y de la cual me siento orgullosa.

A MI PADRE (+):

Ya que desde donde esta, él ha sabido guiarme por el buen camino y me ha ayudado a enfrentarme y a salir adelante de los obstáculos que se han interpuesto en mi camino. Pero principalmente porque me dejó la mejor herencia que pudo darme Mi Educación. Gracias te doy por todo ello y solo te puedo decir que te extraño y que todo esto está dedicado a ti.

A MI MADRE:

Porque siempre ha estado pendiente de nosotros.

Porque sus sacrificios han sido muy grandes para que nosotros podamos ser gente de bien.

Por sus desvelos, su cariño y su amor que siempre nos ha demostrado a su manera.

Pero sobre todo porque ella es la que pudo hacer realidad esto, al darme la vida y al brindarme cuanto tenía para que yo llegara a donde estoy.

GRACIAS Y TE QUIERO MUCHO.

A MIS HERMANOS:

Porque me han demostrado su cariño, su preocupación y sobre todo su apoyo para poder llegar hasta aquí.

Los quiero mucho.

JAVIER:

Porque ahora formas parte de mi vida.

Porque has estado conmigo en los momentos difíciles y también en los buenos momentos.

Porque has sido quien ha luchado junto conmigo para llegar al final de esto.

Porque tú eres el que me da la calma, me hace reflexionar y sobre todo me ayudas a reconocer mis errores.

Porque hemos compartido muchas cosas juntos y nuestros sacrificios han sido muy grandes, pero al final han valido la pena.

Esperando que a partir de hoy, nuestra vida sea mejor apoyándonos mutuamente y queriéndonos cada día más.

TE AMO.

CARLITOS Y ANA GABY:

Porque ustedes me sirvieron de mucho para poder entender muchas cosas que exige mi profesión y que ustedes me brindaron, sin saberlo, con su forma de ser, con su crecimiento y sobre todo con su amor.

A MIS ASESORES:

Dr. Hector González Díaz.

Mtro. Jorge Luis Salinas.

Lic. José Esteban Vaquero C.

Porque confiaron en mí, para realizar este trabajo.

Porque compartieron conmigo sus conocimientos y sobre todo por su apoyo incondicional, con lo que lograron que yo terminara mi proyecto y me sintiera orgullosa de mi profesión y de mi trabajo.

Verónica K. Mijangos Torres.

INDICE.

"LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN EL REPORTE DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL AREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PUBLICO"

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO 1. CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

1.1. Calidad en general	3
1.2. Calidad de la atención medica	4
1.3. Evaluación de la calidad de la atención medica	10
1.4. Componentes de la evaluación de la calidad de la atención medica	15
1.5. Expectativas en cuando a la calidad de la atención medica	17

CAPITULO 2. SATISFACCION DEL PACIENTE.

2.1. Definición de satisfacción	19
2.2. Componentes de la satisfacción del paciente	22
2.3. Factores psicológicos que influyen en la satisfacción del paciente	23
2.4. Metodología de evaluación	26

CAPITULO 3. REDES DE APOYO SOCIAL

3.1. Apoyo social	29
3.2. Formas de evaluación del apoyo social	33
3.3. Componentes del apoyo social	35

4. METODO	37
5. RESULTADOS	40
7. DISCUSION	47
8. CONCLUSIONES	54
9. RECOMENDACIONES	56
10. BIBLIOGRAFÍA	
11. APENDICES.	

RESUMEN

MIJANGOS, T. Verónica Karina

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 general evaluar la influencia que tiene el apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente al solicitar y recibir atención médica en el servicio de Urgencias de un hospital de Salud Pública. Se planteó como hipótesis de investigación que "El reporte de satisfacción de la calidad de la atención medica es influido por el nivel de apoyo social con que cuentan los pacientes. A mayor apoyo social , menor será la tendencia a buscar dicho apoyo en el hospital y a evaluar mas efectivamente los servicios, no sólo en el trato humano". Los participantes fueron 180 usuarios (60 para el piloteo y 120 como muestra) que ingresaron al área de Urgencias (interna y externa) de dicha unidad. Los instrumentos utilizados fueron: un inventario de satisfacción y un inventario de apoyo social. El estudio se realizó en tres fases: fase 1, piloteo de los instrumentos (satisfacción y apoyo social); fase 2, afinación de los instrumentos y fase 3, aplicación final de los instrumentos. Se obtuvo una confiabilidad de 0.7882 en Alpha de Cronbach y 7 factores que explican el 63.2% de la varianza total del instrumento de satisfacción. Una confiabilidad de 0.7398 y 7 factores que explican el 67.9% de la varianza total del instrumento de apoyo social. En base al reporte de satisfacción del paciente en el servicio de Urgencias fue evaluado como de buena calidad (con un índice de 4 en una escala Likert de 1 a 5). En cuanto a la relación entre la satisfacción y el apoyo social se encontró que el reporte de satisfacción de la calidad de atención medica es influido por el nivel de apoyo social de los pacientes, encontrándose que a mayor nivel de apoyo social, mayor reporte de satisfacción.

INTRODUCCION.

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar, consecuentemente, la fundamentación de la existencia del medico radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria en tratar enfermos, experiencia plagada de aciertos y errores, practica que deben realizar los médicos con un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, es decir, dando características éticas y efectuando su actividad con un alto grado de calidad.

La medicina requiere ser transmitida para acrecentarse, mejorar y hacerse cada día mas útil, por lo que se necesita un particular juicio crítico-analítico, para aprender de los errores y fortalecer la infraestructura que se ha construido para ello; evidentemente este ejercicio de constante autocritica ha provocado un permanente crecimiento profesional y obliga a mantenerse alerta y actualizado. Sin embargo, este espíritu de autocritica con frecuencia conduce a magnificar los fracasos, a minusvaluar los logros y éxitos ante la enfermedad y a no ponderar con justicia los beneficios, por lo que se requiere apreciar objetivamente las aportaciones a la salud del país.

A raíz de todo esto, garantizar la calidad de los servicios de salud es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio, no solo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica, sino mas aún en todos los hospitales de Salud Pública, ya que aquí es donde se otorgan servicios a la mayor parte de la población mexicana.

En general, 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 los Servicios del Sector Salud, y ya que este sector es un reflejo del nivel de la calidad de vida con la que cuenta la población consumidora de este servicio, es importante que sea evaluada.

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 usuario en relación al servicio, es por ello que se torna necesario empezar a abrir el campo de la investigación dirigido hacia la evaluación del Sector Salud pero que dicha evaluación se haga a través del reporte que da el paciente respecto al servicio que le fue otorgado, para así tener una panorámica más amplia y más real de las fallas que existen en dicho Sector, pero sobre todo para hacer las correcciones pertinentes y así mejorar la calidad de estos servicios tan imprescindibles para la

población, pero teniendo en cuenta que dicha evaluación sea permanente y periódica en todos los hospitales del Sector Salud.

Por otro lado el apoyo social con que cuenta cada persona es un aspecto psicológico bastante importante que puede tener influencia en la salud física y emocional de dicha persona, ya que quien no cuenta con el suficiente apoyo social con las personas mas allegadas a ella o general con las personas con las que se relaciona, trata de buscar ese apoyo en otras partes y con otras personas y este puede ser el caso por el que muchos usuarios ingresan a los diversos hospitales del Sector Salud, aunque respecto a esto no existen hasta el momento suficientes estudios que dejen ver la influencia de dichos aspectos psicológicos en el reporte de satisfacción del paciente. Por ello la presente investigación tiene por objetivo "evaluar la influencia que tiene el apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente al solicitar y recibir atención medica en el servicio de urgencias de un Hospital de Salud Pública".

CAPITULO 1.

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

CALIDAD EN GENERAL.

El nuevo concepto de calidad implica la entera satisfacción del cliente y se define de la siguiente manera: "Un producto o servicio tiene calidad en la medida en que satisface las expectativas del cliente" (Versara, 1980. P. 8).

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 numero de fallas.
- d) Precio razonable, se refiere 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 envía a reproceso. Esto conforme al hecho de que un producto o servicio con calidad no tiene por que 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 identificados como sinónimo de calidad (Vergara, 1990).

Por otro lado Sotomayor (1990) considera a la calidad como una necesidad creciente y continua de los consumidores, misma que debe ser considerada como fundamental y prioritaria para la sobrevivencia; sin embargo, esto puede ir más allá, por encima de todo, ya que puede ser en realidad la

clave de lo que da sentido a la actividad económica y social de cualquier organización.

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

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).

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Cabe señalar que pocos dirigentes se han dado a la tarea de revisar aquellos aspectos que involucran la calidad de la atención en los sectores de la salud; considerando como sectores de salud a todas aquellas instituciones que brindan atención médica. Por lo tanto, ya es tiempo de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesitan, sino también por su tipo de calidad. De hecho, la aplicación 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 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. Si es cierto 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).

La garantía de calidad es una estrategia del logro de la calidad, por lo que es importante mencionar que los antecedentes de garantía de calidad en los servicios de salud se remontan a finales del siglo pasado, cuando se registran los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada durante la guerra de Crimea. Durante muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodologías para evaluar la calidad más que a establecer mecanismos que asegurarán que los hallazgos de las evaluaciones realmente mejorarán los servicios proporcionados (Ruelas y Vidal, 1990).

Durante la etapa del desarrollo estabilizador de México de 1930 a 1980, predominó en la política social de los sucesivos gobiernos, el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud a todos los mexicanos. Esta meta aún no se alcanza, pero durante los últimos años ha crecido el reclamo de la sociedad para que mejore la calidad de los servicios de salud que el Estado otorga. Se transita de lo cuantitativo a lo cualitativo, de la ampliación de la cobertura a la mejoría de calidad, y de la evaluación, a la garantía de calidad (Treviño y Valle, 1992).

En los últimos diez años se han desarrollado estrategias que incluyen diferentes enfoques para evaluar la calidad y para distinguirla de lo que significa garantía de calidad. En México desde la década de los 60's el IMSS inició programas de evaluación, constituyéndose como la institución pionera en lo que se refiere a evaluación de calidad de la atención, principalmente a través de su sistema de auditorías.

Es hasta 1973 cuando se introduce en México una nueva filosofía, con la implantación de círculos de calidad en empresas 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.

Fue en 1982 cuando la administración de ese periodo pronunció de manera explícita, a través de la Secretaría de Salud, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios.

En 1987, la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) marca una nueva era en el desarrollo de la investigación y de la educación superior en este campo y representa la adopción de un impulso renovador en el estudio de la salud pública, motivado por el afán de conocimiento y la urgencia de responder a las necesidades de la población. Los estudios sobre la calidad de la atención que ya se venían desarrollando mantienen continuidad y se incorporan nuevos proyectos (Ruelas y Vidal, 1990).

En general, los desarrollos en materia de evaluación y garantía de calidad, en México, se han orientado más fuertemente al segundo y tercer nivel de atención. Es evidente la necesidad de reforzar los aspectos de calidad en el primer nivel de atención, a través de algún tipo de programas (Reyes, Melendez y Vidal, 1990).

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.

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.

El ambiente de la atención se refiere a las características del medio dentro del cual se proporciona ésta, que las hacen aceptables o deseables.

La relación entre el paciente y el proveedor de la atención médica también tiene que variar entre un lugar y otro. Los valores que se incorporan, la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en las transacciones paciente-proveedor. Y estos valores influyen, a su vez, en cuales estilos de los que se usan para manejar las transacciones lograrán que los pacientes participen con la mayor efectividad en su propia atención.

Es preciso calificar la calidad tomando en cuenta lo que es razonablemente posible dentro de un ambiente determinado (Ruelas, et.al, 1990).

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar, consecuentemente, la fundamentación de la existencia del médico radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria en tratar enfermos, experiencia plagada de aciertos y errores, practica que deben realizar los médicos con un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, es decir, dando a su actuación características éticas y efectuando su actividad con un gradiente elevado de calidad (Velazco, 1993).

En la literatura existen numerosos sinónimos respecto al tema de la calidad de la atención médica: Mejoría de calidad, conservación de calidad, garantía de calidad y garantía total de calidad. La calidad puede definirse esencialmente como "conformidad con normas" y la calidad de la atención médica como "El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras a la salud". También podríamos expresar coloquialmente que la Calidad de la Atención Médica es la característica que esperaríamos recibir de las instituciones de salud, para atendernos como pacientes o bien a nuestros familiares (Treviño, 1992).

La garantía de la calidad es una estrategia para lograrla, pero no es una característica definitoria de la misma, pero es útil pensar en la garantía de la calidad como consistente en dos componentes. Uno es el diseño de sistemas y los recursos, y el otro es la monitoría del desempeño del sistema. Los recursos y el diseño del sistema afectan la calidad de la atención profundamente, pero sólo de un modo general. Necesitamos la monitoría del desempeño a fin de poder adecuar la atención más exactamente los criterios y normas de calidad (Donabedian, 1989).

Treviño (1992) propone una clasificación de tres tipos de calidad: la absolutista o técnica, definida como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de la salud y los riesgos; la calidad individualizada, que se refiere a la relación interpersonal; y la calidad social, definida como el beneficio neto para toda una población y la distribución social de dicho beneficio.

El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación (1985 en Ruiz de Chavez, et.al, 1988) ha definido a la evaluación de la calidad de la atención médica 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, también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico personal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha definido a la calidad como: "el atributo tanto de los elementos que constituyen un sistema y de su organización como de las acciones que se realizan al producir un bien o al proporcionar un servicio y de los productos obtenidos mediante dichas acciones y que se logra cuando se han alcanzado los estándares previstos para el logro de los objetivos". También toma en cuenta a la calidad de la atención médica y la

definen de la siguiente manera: "Atributo tanto de los elementos y su organización que constituyen el servicio de atención médica como de las acciones de prevención secundaria y terciaria que realizan y de los resultados obtenidos al manejar los daños a la salud y que se logra cuando se han alcanzado los estándares previstos para el logro de los objetivos". Por último definen a la calidad total de la atención médica como: "Atributo de la atención médica resultante de que todos los elementos y la organización del proceso funcionen conforme a los estándares previstos para manejar los daños a la salud del individuo o su familia" (IMSS, 1993. P.p. 65-66).

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.

Con respecto a los atributos sobre los cuales había de emitirse un juicio, se distinguen dos aspectos. Uno es la aplicación de conocimiento médico y de la tecnología médica en forma tal que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, tomando en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente en forma apegada a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente. No debe pensarse que decisión corresponde a la distribución entre la creencia y el "arte" de la medicina.

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 de la "calidad" corresponde a un costo monetario y de que se espera que los pacientes que consultan al médico decidan en que momento la "calidad" no tiene el valor del costo adicional y por lo tanto no se desvíe, lo cual equivale a decir que ya no se le puede llamar "calidad". Todo esto equivale a decir que cada paciente paga por sí mismo los costos y recibe el beneficio completo de la atención médica. En nuestro mundo esta suposición no es válida (Donabedian, 1984).

En el complejo sistema de salud la mayoría de las variables, si no es que todas, pueden influir en la calidad de la atención médica. En este campo existe un amplio marco teórico, pero escasean las aportaciones prácticas que puedan utilizarse en las unidades operativas para mejorar la calidad (Treviño y Valle, 1992).

Las actividades de la calidad de la atención tienen que conformar un sistema interrelacionado, de algunas partes nuevas y otras antiguas; de algunas centralizadas y otras descentralizadas; de algunas de control y otras de motivación; de algunas que detectan fallas y otras educativas; de algunas que previenen riesgos y otras que promuevan la calidad. Asimismo, es necesario, contar con el apoyo tanto de los elementos internos a una institución, como con los externos; sin embargo, estos elementos no deberían obstaculizarse entre sí.

Otro aspecto de gran prioridad, es el de prestar mayor atención a los consumidores como agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, tomando en cuenta que pueden ser:

1. Productos de la atención médica.
2. Quienes fijan las pautas de la atención.
3. Reguladores de la atención.
4. Jueces de la calidad de la atención.

Los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cual deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger. Finalmente, juzgan la atención médica al expresar sus satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

La calidad debe convertirse en una parte conocida, aceptable, incluso necesaria, de la vida profesional (Donabedian, 1993).

Recientemente las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Sector Salud y del propio Ejecutivo Federal han manifestado su interés por conocer la calidad con que se otorgan los servicios de salud, como punto de partida para promover la mejoría. Esto 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.

Esto se está llevando a cabo a partir de algunas actividades y acciones encaminadas a lograr la calidad total. La primera de estas actividades es: "Establecer los criterios, estándares e indicadores de calidad total para la

promoción y protección específica de la salud, desarrollar acciones para realizarlas con calidad total y evaluar los resultados". Las acciones que se llevan a cabo para cumplir dicha actividad son:

1. Establecer los criterios, estándares e indicadores de calidad total para la promoción y protección específica de la salud.
2. Utilizar los recursos disponibles para que la promoción y protección específica de la salud se realicen con calidad total.
3. Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar la calidad con que se realizan la promoción y la protección específica de la salud.

Otra actividad que el IMSS está llevando a cabo, para lograr dicha calidad es: "Establecer los criterios, estándares e indicadores de calidad total de la atención médica, desarrollar acciones para otorgar atención médica con calidad total y evaluar los resultados"; y las acciones encaminadas a esto son (IMSS, 1993. P.p. 8-9,25):

1. Establecer los criterios, estándares e indicadores de calidad total de la atención médica.
2. Utilizar los recursos disponibles para que la atención médica que otorgue con calidad total.
3. Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar la calidad con que se otorga la atención médica (IMSS, 1993. P.p. 8-9, 25).

Hasta el momento únicamente se cuenta con el registro médico, en el que muy a menudo se basan los juicios de calidad, así como con el análisis de las personas que proporcionan la atención (médicos) y de quienes la reciben (pacientes) (Hidalgo y col., 1994).

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

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; citado por Aguirre, 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).

El objetivo principal de la evaluación de la atención médica es el contribuir a que la prestación de los servicios médicos se lleve a cabo 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 (Aguirre, 1990).

Las evaluaciones de la atención técnica también pueden variar debido a que los pueblos que la reciben varían en tres maneras: 1) en sus características biológicas, 2) en su comportamiento y 3) en sus preferencias.

Bajo el encabezado de características biológicas se incluyen diferencias en riesgo y susceptibilidad, así como en reacción a terapia. Estas podrían surgir, en parte, de diferencias genéticas, y en parte, de diferencias en exposición pasada y actual a patógenos infecciosos y no infecciosos. Estas diferencias deben tomarse en cuenta al diseñar las estrategias de atención más efectivas y eficientes, ya sea en el diagnóstico o en el tratamiento.

A veces, las diferencias en el comportamiento de los pacientes durante la atención de su salud surgen de las diferencias en valores, cultura, conocimiento y situación. A su vez, estas diferencias deben influir en la elección entre las estrategias de atención disponibles.

Diferencias en preferencias, la tercera manera en que los pacientes suelen variar entre sí, alteran el significado de calidad del modo más fundamental. Surgen en parte de valores culturalmente determinados. El apego a la vida, miedo a la muerte, aceptación del riesgo, aceptación de la incapacidad y el valor del futuro en relación con el presente, son todas diferencias que probablemente están determinadas culturalmente, por lo menos en parte. Otras diferencias en preferencias reflejan lo que es funcional o útil en una sociedad dada, según el estilo de vida dominante, los papeles sociales y las ocupaciones.

Entre las circunstancias locales que pueden influir en cómo se evalúa la atención técnica, se encuentran diferencias en la disponibilidad y las características de los recursos humanos y materiales. Desde luego, es posible pasar tales diferencias por alto, basándose sólo en sí se ha diseñado y ejecutado de una manera tendiente a producir los mayores beneficios de salud que posibilitan la ciencia y la tecnología actuales. Esta es una norma importante que hay que establecer, pero en muchas situaciones no tiene relevancia inmediata. Más bien, puede haber necesidad de calificar el rendimiento de los

proveedores de la salud comparándolo con los mejores resultados posibles a partir de los recursos que estos disponen (Ruelas, et.al, 1990).

El esfuerzo por mantener y mejorar la calidad de la atención médica es una preocupación permanente en los servicios de salud; esto ha motivado que se hayan desarrollado diversos mecanismos para evaluar la calidad y, durante la última década, para garantizarla. Los mayores avances en el campo de la garantía de calidad han sido evidentes en Norteamérica y algunos países europeos (Reyes, Meléndez y Vidal, 1990).

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 (Donabedian, 1981).

Es necesario trascender de la evaluación aislada de los casos, así como tener un visión más integral de la atención completa que se brinda a nivel individual y a nivel comunitario. Y en este último nivel, se debe considerar no sólo los costos y los beneficios, sino también la equidad (Donabedian, 1993).

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de medicina institucional y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla.

Entre los temas que requieren de atención para redefinir el sentido de calidad, están los siguientes:

1. Desarrollar la base científica para la medición de la efectividad y la eficiencia.
2. Equilibrar la atención que se presta a los aspectos técnicos e interpersonales de la atención.
3. Equilibrar la atención entre la efectividad y los costos.
4. Equilibrar la valoración individual y la social.

Es importante tener en cuenta que nuestra habilidad para identificar lo que es más efectivo y eficiente en la atención a la salud, depende del

conocimiento científico previo. Sin ese conocimiento, nuestros juicios sobre la calidad son dudosos y se mantienen sujetos a prueba.

Debido a que los aspectos técnicos e interpersonales de atención están interrelacionados, ambos se deben incluir en todo sistema de gestión de calidad. Asimismo, es importante considerar el costo de la atención y encontrar los medios que permitan evaluar los costos y los beneficios de la atención, desde el punto de vista tanto individual como social, sin afectar el compromiso de cada proveedor de salud para el bienestar individual de cada uno de sus pacientes.

Las medidas a través de las cuales se puede ampliar el campo de la garantía de la calidad, son:

1. Considerar toda la atención que reciben los individuos.
2. Considerar a la población como un todo.

Los métodos para evaluar la calidad de la atención se pueden mejorar a través de:

1. La valoración coincidente del proceso y el resultado.
2. La inclusión de la calidad de vida como una medida de resultado.
3. La redefinición de los criterios de severidad de la enfermedad.
4. El desarrollo de criterios más flexibles de acuerdo con la variabilidad entre casos.

En vez de discutir continuamente acerca de si es mejor la evaluación del proceso o la evaluación de resultados, se debe evaluar a ambos simultáneamente, y comparar los juicios que resulten de estas evaluaciones.

Al medir resultados, necesitamos urgentemente de medios para tomar en consideración no solamente la duración de la vida, sino también su calidad. Necesitamos mejores métodos para adaptarse a la gravedad del caso, a fin de extraer conclusiones sobre la calidad de la atención a partir de los criterios del resultado (Donabedian, 1993).

Se recomienda que la evaluación de la calidad de la atención se lleve a cabo con apego a las siguientes políticas:

- En forma programada
- En forma sistemática, permanente y continua, a fin de lograr identificar con oportunidad la problemática que se presente, generar de inmediato los procedimientos necesarios para 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 requiera.
- Los procedimientos se llevarán a cabo en forma objetiva, evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecidas, con fines punitivos.

Otros aspectos importantes que deben tomarse en consideración 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.

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 de las acciones desarrolladas, por lo que es necesario identificar con precisión los principales sistemas y áreas físicas que permitan al usuario un desplazamiento adecuado por los diferentes servicios de la unidad entre los que destacan:

- * Sistemas: iluminación, ventilación, intercomunicación, hidráulica y sanitario.
- * Areas: consulta externa, urgencias, hospitalización, bloque tocoquirurgico, cuidados intensivos, laboratorios de análisis clínicos y gabinetes de radiología.

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 se hace 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 cumulo de recursos disponibles en cada una de las áreas evaluadas.

La utilización de recursos humanos capacitados para atender y resolver en forma oportuna la problemática expuesta por los usuarios de los servicios, es otro de los factores que deben ser evaluados para determinar la calidad de atención, así se puede decir que a mejores recursos humanos, mejor será la atención que se dé a los usuarios.

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.

El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar que tan exitosos han sido en ello; y el propósito del monitoréo de la calidad es el de ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido.

COMPONENTES DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Donabedian (1986; citado por Hidalgo, Aparicio y Cedillo, 1994) propone el abordaje de la calidad de la atención medica analizando los aspectos de como se establece y maneja el sistema de atención a la salud, el quehacer de los médicos desde el punto de vista técnico en la conducción de la atención a la salud y en la interacción que se establece con los pacientes y, por último, en la consecuencias de la atención o de la falta de ella en la salud de quienes la reciben, desean recibir o dejan de recibir.

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

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 a 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 este 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 actuación médica, 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 han enfocado a la evaluación de la calidad de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente (Ochoa, Sánchez y Martínez, 1994).

La ampliación de la cobertura y el incremento en la calidad de los servicios de atención a la salud son objetivos que, de satisfacerse, lograrán para los pacientes un mayor beneficio con un menor riesgo. Es pertinente que esta estrategia se desarrolle en todas las instituciones de atención a la salud, ya que son necesarias líneas de acción que aseguren que las condiciones bajo las cuales se proporcionen los servicios sean las más propicias a fin de otorgar la mejor atención con los recursos disponibles, es decir, su instrumentación y desarrollo van encaminados a abatir los costos y disminuir los riesgos en la prestación de los servicios.

Las necesidades de atención a la salud de la población podrán ser satisfechos en forma óptima cuando la calidad técnica y las relaciones interpersonales en los servicios sean acordes con su nivel de desarrollo, con un diseño y un desarrollo organizacional satisfactorio y con los valores socialmente establecidos (Ruelas y Vidal, 1990).

Los aspectos de monitoria, evaluación, diseño de programas y desarrollo organizacional son componentes que operacionalizan el concepto de garantía de la calidad de la atención a la salud. Este concepto puede ser desarrollado en los servicios médicos a través de lo que se denomina Programa de Garantía de Calidad (Reyes, Meléndez y Vidal, 1990).

EXPECTATIVAS EN CUANTO A LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

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.

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

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.

Los pacientes que tienen acceso a las instituciones del sector salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función 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, 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 la 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, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención (Ruiz de Chavez, Martínez, Calvo, Aguirre, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera, 1988).

Con respecto a las expectativas de la institución, se pretende que esta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con: oportunidad, calidad, conforme a las normas y programas que la institución emite, en cuanto a las expectativas del trabajador, éste espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con equipo instrumental apropiados; y por último en cuanto a las expectativas del paciente estos esperan contar con servicios médicos accesibles (Aguirre, 1990).

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 con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo. En la actualidad existen factores difíciles de modificar en función de la actual crisis económica, como son el nivel salarial y la adecuación física y arquitectónica de las unidades donde se prestan los servicios médicos, mismas que requieren en numerosos casos modificaciones substanciales y costosas. 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.

Por otro lado, es necesario conocer y evaluar que tan satisfecho o insatisfecho queda el paciente con el servicio que se le proporcionó, ya que esto es el componente cualitativo de la calidad que nos va a permitir darnos cuenta que tan real y que tan buen es la calidad de la atención, que brinda el servicio, con el fin de que si esta calidad es baja, los servicios de salud se den cuenta de sus errores y puedan mejorar su calidad, para que así el paciente acuda al hospital con la seguridad de que va a ser bien atendido y al salir quede satisfecho con los resultados de haber asistido a dicha unidad.

CAPITULO 2.

SATISFACCION DEL PACIENTE.

DEFINICION DE SATISFACCION

La satisfacción en los pacientes que acuden a consulta médica ha sido considerada muy importante para comprender el funcionamiento de los servicios de salud y en efecto las relaciones empíricas en el cuidado de la salud poseen una gran variedad de variables y resultados.

La satisfacción se basa en la exactitud de la valoración que hace el paciente acerca del funcionamiento del sistema, así esta es un indicador potencial directo del funcionamiento del sistema de atención. La satisfacción tomando en cuenta a la conformidad y el retirarse del servicio médico a buen tiempo indica que esta puede ser un determinante importante del servicio médico (Hall y Dornan, 1988).

La satisfacción del paciente en relación a los servicios de salud es una dimensión de la calidad de la atención y una medida de resultados 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 algunos autores y principalmente Donabedian (1984), consideran 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.

De acuerdo a los planteamientos de Donabedian (1994), la satisfacción del paciente se ha enfocado a evaluar el resultado de la atención y algunos aspectos relacionados con la estructura y el proceso. Cabe señalar que se le ha prestado mayor atención a la evaluación que el paciente hace de los componentes técnicos, y que están relacionados con la evaluación "técnico-científicos", dominio, comunes a este, de la profesión médica, y no a los aspectos psicológicos, los cuales también son factores que influyen en las apreciaciones que los pacientes hacen. La evaluación de la satisfacción de los pacientes tiene como finalidad recolectar la información de la percepción del paciente acerca de los procedimientos de la atención que se consideran

importantes, esto con criterio profesional de la medicina, como por ejemplo: la explicación del diagnóstico o pronóstico de la enfermedad, o el padecimiento del paciente.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, el grado de satisfacción del usuario es "la expresión cuantitativa de la magnitud del bienestar que experimenta el individuo o su familia por la atención médica recibida" (IMSS, 1993. P. 80).

Por otro lado la satisfacción del usuario que utiliza los servicios de atención médica es la "sensación de bienestar que experimenta el individuo o la familia que recibe la atención médica, como resultado de la congruencia que encuentra entre sus expectativas y su apreciación de la calidad de la atención médica que se le proporcionó" (IMSS, 1993. P. 89).

Se ha sugerido que la efectividad del cuidado médico para producir salud y satisfacción, es definido por los miembros individuales y por una sociedad o subcultura particular, que es el último validador de la calidad del servicio (Donabedian, 1994).

Los pacientes que acuden a los servicios médicos de la Secretaría de Salud, proceden por lo común de niveles socioeconómicos bajos y en general se muestran satisfechos con los servicios (Treviño y Valle, 1992).

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social está tomando en cuenta la satisfacción de los pacientes, lo que pretenden lograr es: "determinar los aspectos de la atención a la salud que influyen en la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos y los problemas que la afectan, realizar acciones pertinentes dirigidas a incrementarla y evaluar en forma constante el grado de satisfacción alcanzado". A partir de ello, están llevando a cabo algunas acciones para cubrir dicho objetivo, entre las cuales se encuentran:

1. Determinar los aspectos de la atención a la salud que influyen en la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos.
2. Establecer los criterios, estándares e indicadores de satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.
3. Identificar el grado de satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.

4. Identificar los problemas que dificultan la satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.
5. Realizar las acciones pertinentes para resolver los problemas que dificultan la satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.
6. Utilizar en forma adecuada los recursos que permiten incrementar la satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.
7. Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar en forma constante la satisfacción de los usuarios por los servicios de atención a la salud recibidos.

Otra actividad que el IMSS esta llevando a cabo es "determinar los aspectos de la atención medica que influyen en la satisfacción del usuario por los servicios recibidos y los problemas que la afectan, realizar acciones pertinentes dirigidas a incrementarla y evaluar en forma constante el grado de satisfacción alcanzado". A partir de esto, se realizan las siguientes acciones (IMSS, 1993. P.p. 8 y 24):

1. Determinar los aspectos de la atención médica que influyen en la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos.
2. Establecer los criterios, estándares e indicadores de satisfacción del usuario por la atención médica recibida.
3. Identificar el grado de satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida.
4. Identificar los problemas que dificultan la satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida.
5. Realizar acciones pertinentes para resolver los problemas que dificultan la satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida.
6. Utilizar en forma adecuada los recursos que permitan incrementar la satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida.
7. Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar en forma constante la satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida.

Es necesario comprender el concepto de satisfacción antes de poder realmente explicar porque ciertos factores la causan y porque otros son causados por ella.

COMPONENTES DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE

No existe un acuerdo acerca de las dimensiones relevantes de satisfacción, pero aun así algunos autores han propuesto ocho diferentes dimensiones que muestran la satisfacción del paciente (Like y Zyzanski, 1987).

- Tipo de cuidado.
- Calidad técnica de cuidado
- Accesibilidad - Conveniencia.
- Finanzas (Costo del servicio)
- Ambiente físico
- Disponibilidad
- Continuidad
- Eficacia - Resultados.

Se ha encontrado que los factores que confirman la validez de la actitud de satisfacción del paciente son:

- Disponibilidad de los servicios
- Continuidad - Conveniencia
- Mecanismos de acceso

La diferencia de respuestas en cuanto a la satisfacción de los pacientes va a depender de:

- si su propio doctor es quien le pregunta
- si se encuentra en una clínica específica
- doctores y sistema médico en general
- el lugar donde se realiza la atención (clínica, oficina, hogar, lugar de trabajo) (Like, et.al, 1987).

Algunos investigadores (como Linder-Pelz, 1982) consideran que publicar estudios empíricos sobre la satisfacción de los pacientes con gran cantidad de ítems que podrían ser agrupados de acuerdo al hecho de cuales de ellos guían implícitamente tal fin de medición. Pueden ser agrupados en 10 hechos:

- Accesibilidad -Conveniencia
- Disponibilidad de recursos
- Continuidad del servicio
- Eficacia - Resultados
- Finanzas (costo del servicio)
- Recursos humanos
- Información proporcionada
- Asambleas
- Agrado del medio ambiente
- Calidad - Competencia

Este tipo de análisis es un camino indirecto para dar una definición de la satisfacción del paciente (Linder-Pelz, 1982).

FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCION.

1) Se ha hipotetizado sobre la existencia de factores psicológicos que influyen en la satisfacción del paciente, por ejemplo: el deseo de agradar, la reacción a la extra atención, el efecto de la investigación misma, las experiencias, la disonancia cognitiva (tendencia a justificar las propias acciones juzgándolas positivamente), las expectativas, etc. (Willkinson, 1986; citado por Salinas, 1995).

2) La valoración de los factores psicosociales 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 identifique cuales son tales factores, su naturaleza y las formas de interacción que adoptan; establecer las

comunalidades de tales factores en la población usuaria de los servicios de salud permitirá explicar los datos obtenidos en la evaluación de los servicios de salud y reorientar los mismos para implementar su calidad de manera efectiva (Bertakis, 1991; citado por Lewis, 1994).

3 A través de varios instrumentos de evaluación de la satisfacción Lewis (1994) establece la existencia de diversas dimensiones en la atención médica primaria las cuales se encuentran principalmente asociadas con las relaciones interpersonales como: las actitudes, la competencia técnica del médico, la calidad de la relación interpersonal, y el comportamiento de los profesionales.

4 Las formulaciones no teóricas sobre la satisfacción se encuentran en la literatura sobre satisfacción del consumidor, aparte de la teoría de la preferencia revelada, como siempre, las teorías muestran lo insignificante de las cuestiones de cómo define la satisfacción del consumidor y qué la determina.

5 De acuerdo a la definición de Fishbein y Ajzen (1980) sobre actitud se puede decir que la expresión de satisfacción o insatisfacción son expresiones claras de una actitud y puede ser tratada teórica y metodológicamente como tal.

La satisfacción es una actitud positiva. La gente evalúa objetos y eventos por una referencia a los estándares morales, por ejemplo sus valores. El sistema de evaluación individual es un conjunto culturalmente transmitido de ideas normativas o evaluación - orientación estándar. La gente evalúa circunstancias en relación a lo que cree, informado por otros o en relación a como han sido sus experiencias pasadas. El término "nivel de comparación" refiere a un punto estándar acerca de la evaluación de una relación; esto es, si una relación es experimentada como satisfactoria o insatisfactoria. Más importante que las actitudes, la satisfacción esta relacionada con otras variables de percepción, completamente atractivas y alternativas; la estimación individual de estas variables esta en función de los procesos de la influencia social y además, la satisfacción es un resultado comparativo de evaluaciones, implícitas o explícitas (Linder-Pelz, 1982).

Generalmente el paciente y sus familiares son personajes frecuentemente olvidados en los programas que se orientan a mejorar la calidad de la atención. Algunos factores que se relacionan con la satisfacción del usuario son: trato humanizado, trámites, informes médicos, encuestas y atención a quejas.

El trato frío, impersonal y deshumanizado, tal vez sea el talón de Aquiles de la medicina institucional. Es característica de difícil corrección y debe ser objeto de atención constante en todo programa orientado a mejorar la calidad.

Los directivos, sin perderse en las complejidades teóricas del comportamiento humano, deben diseñar medidas de trato humano o al menos cortés (Treviño y Valle, 1992).

El comprender la satisfacción de los pacientes significa específicamente establecer sus determinantes y consecuencias. La satisfacción de los pacientes fue definida como una actitud positiva hacia el servicio médico, que él experimenta. La satisfacción del paciente es multidimensional, a medida que el individuo evalúa distintos aspectos del cuidado en suma a una completa evaluación del servicio médico.

6 Entre las probables determinantes de la satisfacción individual en el servicio médico están sus percepciones y actitudes acerca del evento. Entre las actitudes están los valores y la adjudicación individual de diferentes aspectos del evento. Entre las percepciones se incluyen creencias y expectativas del próximo evento del servicio médico.

Se considera que para que cualquier estudio provea suficiente información, la estandarización debe presentar el resultado del cálculo de lo que los pacientes piensan. El propósito es describir la satisfacción en una escala común que permita comparaciones entre diferentes estudios.

Se debe considerar el estudio en el que las respuestas de los pacientes sean reportadas en términos de proporciones entre "no satisfacción" vs "satisfacción" de los pacientes.

El índice de proporción de la satisfacción, presenta un problema que puede ser interpretado debido a que los investigadores usan un criterio variable para definir satisfacción-insatisfacción. En ocasiones, algunos pacientes simplemente responden si están satisfechos o no. Nunca se calcula la satisfacción de uno mismo basado en una completa distribución de resultados que atraviesen por categorías de "muy insatisfecho", "moderadamente insatisfecho", etc., se hace un corte en el punto intermedio entre "insatisfecho" y "satisfecho" en la categoría de respuestas, aunque esto también es válido porque lo importante es que refiere a la actitud.

7 Fishbein y Ajzen (citados por Linder-Pelz, 1982) proporcionan una definición de actitud: "La mejor característica que distingue una actitud de otro concepto es que esta evalúa la naturaleza afectiva. Es una evaluación general de sentimientos favorables a desfavorables sobre el objeto en cuestión.

Sugieren que una actitud debe ser medida con un procedimiento que coloque al sujeto en afectos bipolares o una dimensión vis-a-vis del objeto determinado.

Estos autores distinguen las actitudes de las percepciones. Un tipo de percepción son las creencias, que refieren a procesos cognitivos; en tanto que la actitud refiere a los afectos. Las expectativas son creencias que proporcionan una respuesta que podría ser regulada por algún evento, un evento es una valencia de afecto positivo o negativo. Así, creencias y evaluaciones asociadas son determinantes de una actitud.

Una actitud (como la satisfacción del paciente) se basa en dos distintas piezas de información: lo fuerte de una creencia y el atributo de la evaluación (Linder-Pelz, 1982).

Además del trabajo de psicólogos sociales en investigación sobre actitudes en general y en particular en la satisfacción, existen otras formulaciones de las ciencias sociales que afirman que la satisfacción es función de percepciones (creencias y expectativas particulares).

METODOLOGIA DE EVALUACION

Por todo lo anterior podemos decir que la construcción de un cuestionario para evaluar la satisfacción del paciente debe contener preguntas acerca de la satisfacción en general del mismo, preguntas sobre incidencias particulares o subcategorías con indicadores ya establecidos, por lo tanto, se recurrirá a incidencias que arrojen información sobre las experiencias tanto positivas como negativas que tiene el paciente en relación a la atención de los servicios de salud, por ejemplo, cuando algún paciente ha sido atendido de manera desagradable, es decir, el médico no prestó interés en su estado de ánimo, trato brusco por parte de las enfermeras, realización de trámites burocráticos engorrosos, etc., o bien que el usuario haya recibido una atención satisfactoria, por ejemplo, que la atención recibida fuese rápida, interés por parte de las enfermeras en cuanto a las necesidades del paciente o inclusive que el ambiente físico sea agradable. Todo esto hará que los usuarios construyan una idea de lo que pasará cuando recurran a un servicio de salud; es decir, esa idea o expectativa de lo que pasará tiene relación con lo que anteriormente le haya sucedido. Por lo que consideramos que, si la experiencia que los usuarios tuvieron al recurrir a un servicio son positivas, entonces sus expectativas irán más enfocadas a una expectativa igualmente positiva, y si por el contrario, las experiencias son negativas entonces, sus expectativas se enfocarán hacia lo negativo. No debemos desechar la existencia de otros procesos psicológicos

que intervienen en este proceso, al contrario sabemos que intervienen otros como los valores, la creencias, etc. (Smith, 1975).

Donabedian (1994), sugiere que para interpretar el instrumento que evalúa la satisfacción del paciente se deben tomar en cuenta:

- 1.- Sus características biológicas
- 2.- las diferencias de valores por cultura o conocimiento de la situación
- 3.- sus valores relacionados con el apego que tengan a la vida, miedo a la muerte, aceptación del riesgo, etc.

De lo anterior podemos observar que los valores juegan un papel importante en la comparación activa que hace el individuo al reportar su satisfacción, ya que sus prácticas corporativas son las que determinan el rango (negativo o positivo) de lo aceptable para el paciente (Willkinson, 1986; citado por Salinas, 1995).

La satisfacción, al ser afectada por factores psicosociales al igual que los cuestionarios deben ser analizados a la luz de tal conjunto de factores y su dinámica interactiva. En México, se carece de información amplia acerca de los factores psicológicos que influyen en la satisfacción de los pacientes, así como también de la redes de apoyo social con que cuenta la persona hospitalizada, 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. 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 (Smith, 1975).

Los estudios sobre la satisfacción del paciente generalmente se enfocan a los niveles técnicos de la atención o a la relación interpersonal médico paciente. 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 tipo.

Sin embargo no se han hecho estudios sobre las influencias que tienen los tipos de satisfacción que se da entre el médico y el paciente en el momento de la satisfacción por los servicios que se ofrecen.

Por último, también resulta indispensable estudiar las redes de apoyo social con que cuenta el paciente, ya que esto puede ser un indicador muy importante para evaluar la influencia que tienen dichas redes en la valoración que el paciente hace del servicio médico, y por consiguiente en su satisfacción o insatisfacción con dicho servicio.

CAPITULO 3.

REDES DE APOYO SOCIAL

APOYO SOCIAL

El apoyo social, visto desde un modelo de estrés, es un factor importante que influye en los resultados de la salud del paciente. Recientemente la literatura de apoyo social enfatiza los efectos benéficos de dicho apoyo en el bienestar individual. Esta perspectiva ahora es reconocida como muy simplista. Lo implícito en la investigación del apoyo social es el asumir que la recuperación y adaptación del paciente será negativamente afectada cuando el apoyo social está ausente o cuando el apoyo familiar proyectado es percibido como inadecuado, sin forma, sin guía, excesivo o no se requiere.

Recientes estudios sobre interacciones sociales negativas han estimulado el interés de los investigadores sobre el apoyo social en el contexto interpersonal y los procesos asociados con la provisión y recepción del mismo.

La comunicación es un conducto vital para proveer apoyo. El soporte social y la investigación médica ha sido estimulada primeramente por datos epidemiológicos más que por la teoría. La investigación sobre dicho apoyo social frecuentemente se refiere a la integración social, la interacción simbólica y el vínculo con otras teorías ha estancado de manera importante la investigación sobre el apoyo social, y su reciente atención se ha centrado en teorías del desarrollo y de la personalidad (Ostergren, Hanson, Isacsson y Tejler, 1991).

Los principales ingredientes de las ciencias socio-culturales se encuentran yuxtapuestos a los de la medicina. Para dar cuenta de ello se centrara en la antropología. Actualmente, la antropología tiene un carácter teórico-filosófico dominante. El tipo de antropología que tiene más prestigio es descriptiva, interpretativa y reflexiva. Muchos antropólogos que quieren ser respetados por sus colegas se deberían de preocupar por las aplicaciones prácticas de su investigación.

Consecuentemente los antropólogos no se preocupan por calcular su tiempo para darse prisa para investigar y escribir sus datos recolectados.

Existen dos ironías remarcadas en el cambio de los estereotipos egocéntricos. La primera se refiere al compromiso con la gente. Los antropólogos, que se dicen expertos en los derechos humanos, han reflejado que su disciplina no se ha preocupado por el bienestar de la gente. Ellos practican una observación participante, viven con las personas, comparten sus vidas, y aun ellos se muestran más interesados en los papeles inertes que en la vida humana. Ellos están en contra de la asistencia a los humanos para no interrumpir el curso "natural" de los cuentos. La no intervención es otra falla de los antropólogos que se contrasta con la intervención médica básica.

La segunda ironía es que los antropólogos que se han centrado en el exterminio del egocentrismo practican este hábito muy seguido. Se esperaría que con su filoso ojo para el trabajo de la cultura, serían mas conscientes de las características culturales de su propia disciplina.

Todas las sugerencias para una mayor y mejor cooperación en el campo de las ciencias sociales y de la medicina deberían ser precedidas por el reconocimiento y confesión del profundo egocentrismo por ambos lados. Sin ello la investigación interdisciplinaria podría fallar o resultaría marginal.

La interdisciplinarietà sólo tiene oportunidad si las ciencias socio-culturales y la cultura de la medicina abandonan su miedo egocéntrico al liberar sus creencias y aceptar las consecuencias practicas de la convicción de que realmente ellos son multidisciplinarios (Ell, 1996).

Un gran hallazgo acerca de la literatura sobre enfermedad es que los pacientes conciben a la enfermedad de forma diferente que los médicos. Los pacientes típicamente responden al dolor y desconfort y sobrevalúan el sentimiento de bienestar. Ellos atienden cuidadosamente a si sus síntomas interfieren con sus habilidades en su vida cotidiana y en los roles que desempeñan, solo así inician un tratamiento cuando sus funciones son interrumpidas. Los pacientes también asimilan aspectos del modelo médico y aprenden a responder convenientemente hacia ciertos síntomas. La reacción a los síntomas que prevalecen cada día se afirman sustancialmente a sus consecuencias funcionales.

Por el contrario, los médicos afirman que la lógica del diagnóstico diferencial, se centra en los patrones internos consistentes de los síntomas que indican cierto desorden. Ellos siguen esta tarea selectivamente; investigando patrones sobre hipótesis preconcebidas. Para muchos médicos esto es como la resolución de un rompecabezas.

Existen dos iniciativas que eventualmente pueden crear un trato para modificar la práctica médica. Mayores esfuerzos deben de hacerse en el proceso de educación médica en el que se deben incluir médicos con una amplia o general concepción de la práctica, así como proporcionar mas experiencias supervisadas en el trato con factores psicosociales y resolver las funciones que afecten la calidad de vida. El sistema de cuidado médico están incrementando sus miras a evaluar resultados en términos de la función y satisfacción del paciente, para ello la medicina debe de tener en cuenta aspectos psicosociales del cuidado (Mechanic, 1995).

Actualmente el IMSS está tratando de llevar a cabo un cambio en su sistema, con lo que pretende tomar en cuenta al apoyo social con que cuenta el paciente, para esto una de las actividades que se plantea es "identificar los factores fisicoquímicos, biológicos, psicológicos y sociales determinantes de los problemas de salud, realizar acciones dirigidas a disminuir sus efectos y evaluar los resultados de dichas acciones" (IMSS, 1993. P. 4). Para lograr dicho cambio se están llevando a cabos las siguientes acciones:

- 1.- Identificar los factores fisicoquímicos, biológicos, psicológicos y sociales determinantes de los problemas de salud.
- 2.- Seleccionar y realizar acciones dirigidas a disminuir el efecto de los factores de tipo fisicoquímicos, biológicos, psicológico determinantes de los problemas de salud y las que correspondan en lo social.
- 3.- Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar los resultados de las acciones realizadas

Otro de los cambios que pretende lograr el IMSS es otorgar la atención médica integral dirigida primordialmente a la atención de los problemas biológicos y psicológicos del individuo y su familia, sin dejar de incorporar los sociales, para ello están tratando de identificar en los daños a la salud que sufren el individuo y su familia, sus componentes biológicos y psicológicos, así como los de tipo social, llevando a cabo las acciones para atenderlos y evaluar los resultados a través de las siguientes acciones:

- 1.- Identificar en los daños a la salud que sufren el individuo y su familia sus componentes biológicos y psicológicos, así como los de tipo social.
- 2.- Establecer los criterios, estándares e indicadores de manejo de los componentes biológicos y psicológicos del daño a la salud, así como los de tipo social.

3.- Realizar acciones de educación para la salud que permitan que el individuo y su familia conozcan que los daños a la salud tienen componentes biológicos y psicológicos, así como sociales y, en consecuencia, utilicen adecuadamente los servicios de atención médica.

4.- Realizar acciones para atender los componentes biológicos y psicológicos de los daños a la salud que sufren el individuo y su familia y, en función de los recursos disponibles del marco legal del IMSS, los sociales.

5.- Diseñar y aplicar los mecanismos para evaluar los resultados de las acciones dirigidas a los componentes biológicos, psicológicos y sociales de los daños a la salud.

Con cambios en la organización de la práctica de la medicina, la tecnología y en el estilo de vida, los médicos estarán más gustosos de trabajar en grupo aceptando la colaboración de enfermeras, asistentes, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales que pueden brindar un amplio equipo en el cuidado de la salud de los pacientes. Esto también requiere que los profesionistas envueltos en este proceso posean una adecuada y supervisada experiencia y que se les den incentivos para un equipo constructivo (Mechanic, 1995).

El soporte psicosocial pueden concebirse como producto de los vínculos sociales que proveen al individuo con: 1) beneficios y servicios, como es ayuda financiera o en el trabajo, 2) información y guía, como son sugerencias acerca de a quien o donde consultar a alguien para pedirle ayuda y/o 3) apoyo psicosocial, como es el carácter, el confort emocional y la intimidad. El rol de ayuda práctica e instrumental proveída por pacientes y amigos ha sido estudiada extensamente en relación a la necesidad de institucionalización de las personas muy enfermas o muy grandes de edad; la decisión de acudir a buscar cuidados médicos y otros aspectos de este tipo de servicios. Mientras un número creciente de teóricos e investigadores están encaminados a unir el apoyo social a la promoción de la salud y el bienestar. Se conoce poco acerca de como el apoyo psicosocial puede y afecta el curso de la enfermedad o cambia el nivel de salud. El aspecto social contribuye al bienestar individual a través de la provisión de apoyo psicosocial que produce particulares influencias importantes en la supervivencia, recuperación de la enfermedad, el curso de la misma, en el proceso de rehabilitación y otros resultados del tratamiento médico.

Los orígenes sociológicos de la idea de que el contexto social es importante, se explican por medio de variaciones en susceptibilidad o adaptación a la enfermedad por parte de los individuos. Algunos científicos sociales y epidemiólogos de investigaciones conductuales de la salud pública

(psicología, antropología, religión y psiquiatría) han contribuido con evidencia adicional de que el apoyo social es un influencia importante del bienestar personal (Patrick, Morgan y Charlton, 1986).

Un grupo de estudios sugieren que el apoyo social puede ser un efectivo regulador o modificador del estrés. Un cuerpo adicional de evidencia apoyó el hecho de que el apoyo social influencia la salud y el bienestar, independientemente del nivel de adversidad del estrés.

FORMAS DE EVALUACION DEL APOYO SOCIAL.

Los estudios sobre la naturaleza del apoyo psicosocial se han dirigido hacia dos grandes direcciones. La primera se concentra en la calidad de afectos o sentimientos del vínculo social. La segunda se centra en la cantidad de contacto social proveída por la red social y la extensión de gente que integra la comunidad a la sociedad a través de relaciones interpersonales, trabajo y participación en religión, social, recreación y otros grupos formales e informales.

El apoyo social opera para modificar los efectos de las circunstancias estresantes de la vida, por ello el estrés es un factor de riesgo para la enfermedad, dependiendo de la presencia, ausencia o nivel del apoyo social.

Dicho apoyo opera directamente para mantener, o improvisar la salud y prevenir la enfermedad. En este caso, la ausencia de apoyo social o la presencia de estrés son considerados como otros factores de riesgo o modificando influencias.

La medida de contacto social se hace mediante la convivencia de miembros integrantes del hogar, otras personas ajenas al hogar pero vistas regularmente, contacto con otra gente en el trabajo, asistencia a clubes y sociedades y contacto con seleccionados servicios de asistencia médica y social.

La medida operacional de contacto social y apoyo emocional se ha construido en una concepción de los recursos de apoyo como providencia de ambos: informal (familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos) o formal (médicos, trabajadores sociales, guías religiosos). La medida del contacto social refleja ambos; la diversidad y la cantidad de apoyo, en todos ellos lo social contribuye en mayor medida.

Al examinar las medidas de contacto social es fácil concebir, construir e interpretar las reflexiones sobre la participación e integración social.

La medición de influencia social, tentativamente asesora el grado de control del ambiente personal que el individuo puede obtener por el empleo de sus recursos sociales. Teóricamente esto podría ser un aspecto importante de la habilidad del paciente.

La influencia del contacto social en adultos enfermos es importante porque provee la posibilidad de identificar personas de alto riesgo para su deterioramiento en su funcionamiento mediante la medida de su nivel de contacto social. Promocionar oportunidades para actividades sociales y habilidades para interrelacionarse o proveer tratamiento psicosocial puede hacer posible la intervención a personas de alto riesgo (Geest, 1995).

La importancia de recursos sociales adecuados como red y apoyo social, para diferentes resultados de salud se han ido incrementando durante la última década de investigación epidemiológica. Varias perspectivas de estudios provenientes de diferentes países y poblaciones han mostrado su importancia en asociación con los recursos sociales y la tasa de mortalidad y morbilidad.

La utilización del servicio de urgencias se ha incrementado considerablemente durante las últimas décadas y previas investigaciones han confirmado la asunción de que muchos de estos pacientes tienen problemas psicosociales. La investigación ha demostrado una fuerte asociación entre la carencia de recursos sociales y la utilización del servicio de urgencias. Estos resultados indican que la prevalencia de exposición a redes y bajo apoyo social podrían proporcionar una gran comparación con los pacientes con mayor utilización de este tipo de cuidado. Esto ha conducido varias investigaciones que sugieren que la exposición a problemas psicosociales y/o a tipos de modelos inadecuados es como tener una informal y débil red de apoyo social y puede guiar hacia el principio de síntomas físicos provocados por mecanismos psicosociales. Débil apoyo y red social podría fallar, también, al suplir la ayuda y soporte cuando una experiencia individual sobre sus síntomas y puede hacerlos más propenso a consultar a profesionales del cuidado de la salud (Ostergren, Hanson, Isacson y Tejler, 1991).

El ambiente social es un recurso crucial en el modelado con potenciales y establece dos estresores en la vida de las personas. Las redes sociales son consideradas como un aspecto estructural del ambiente social; el soporte

social significa un ángulo funcional. El concepto de influencia social fue creado para describir la habilidad de la influencia individual en ciertas situaciones utilizando recursos de su red social.

COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL.

Se utilizan cinco subconceptos de soporte social que se han usado en algunas investigaciones (Patrick, Morgan y Charlton, 1986):

- 1.- Soporte emocional (estima).- refleja el grado de percepción social experimentado de diferentes dominios de la red social.
- 2.- Soporte emocional (general).- estima la habilidad para satisfacer las necesidades individuales partiendo de emociones y problemas y recibiendo consejos seguros y ánimos de personas específicas unidas con otros miembros de la red.
- 3.- Soporte informativo.- mide el acceso individual al guía, consejo de información.
- 4.- Soporte material.- refleja el acceso a servicios prácticos y recursos materiales a través de específicas redes de unión.
- 5.- También se evalúa la confianza, quien podría ser soporte en conexión con eventos y situaciones estresantes.

Así el asesoramiento del soporte social por el significado de las entrevistas personales está destinado a ser subjetivo, el empleo de dos aproximaciones ha sugerido comparar una escala de percepción concebida de la valoración del soporte social y otra concibiendo la adecuación. El aspecto de valoración es generalmente considerado menos subjetivo que el aspecto de adecuación.

Los pacientes con un bajo apoyo social y red social son mas propensos a experimentar manifestaciones psicosociales de estres, en quejas inespecíficas.

Es necesario proveer habilidades en el cuidado y tratamiento de pacientes con problemas psicosociales. En una perspectiva preventiva, se ha concluido que los hallazgos sobre el soporte es una prioridad que también proporciona una estrategia general de prevención, tratando con medidas interventivas en ambientes de alto riesgo; por ejemplo, en áreas residenciales

con gran población cambiante o en circunstancias que causan una selección de personas con bajos recursos que muestran una asociación con gran prevalencia de bajo apoyo social (Patrick, et.al, 1986).

A partir de todo lo anteriormente mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación: Cuál es la influencia que tiene el apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente al solicitar y recibir atención médica en el Servicio de Urgencias.

Para todo esto, se está planteando la hipótesis de que a mayor apoyo social, menor será la tendencia a buscar dicho apoyo en el hospital y a evaluar más efectivamente los servicios, no sólo en el trato humano.

El objetivo general de la presente investigación, es evaluar la influencia que tiene el apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente al solicitar y recibir atención médica en el Servicio de Urgencias de un hospital de Salud Pública.

El primer objetivo particular es evaluar el nivel de satisfacción del paciente al acudir al Servicio de Urgencias del Hospital General de Naucalpan.

El segundo objetivo particular plantea la necesidad de evaluar las redes de apoyo social con que cuenta el paciente que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Naucalpan, así como también cuales son las áreas de ese apoyo que impacta a la satisfacción en el servicio de Urgencias.

M E T O D O .

S U J E T O S :

En el estudio participaron 180 sujetos (60 para el piloteo y 120 como muestra representativa) que ingresaron al área de Urgencias (interna y externa) del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda". Estableciendo como criterio de inclusión a aquellos sujetos que ingresaron al área de Urgencias, que hubieran permanecido hospitalizados como mínimo 12 horas en dicha área, o que también hayan recibido atención en consulta externa.

M A T E R I A L E S :

Los instrumentos empleados fueron: un inventario de satisfacción (Ver apéndice 1) realizado con base en 3 dimensiones fundamentales establecidas por Hall y Dornan (1988; citados en Lewis, 1994): EJECUCION PROFESIONAL que consta de varias subdimensiones que son: efectividad, competencia, indicación, capacidad del médico, seguridad higiene, nutrición, prevención de cuidados superfluos y tratamiento molesto. ACTITUD DEL PROFESIONAL con las subdimensiones: trato humano, informatividad, confianza mutua, cooperación, responsabilidad empatía, autonomía del paciente y atención a problemas psicosociales. ORGANIZACION en esta dimensión se incluyen: continuidad, disponibilidad, eficiencia, cuidado integral, privacidad, accesibilidad, calidad total o satisfacción general y burocracia.

El otro instrumento fue un inventario que mide las redes de apoyo social (Ver apéndice 2) y es una escala tipo likert.

Ambos instrumentos fueron diseñados utilizando una escala Likert; los puntajes de las respuestas iban de 1 a 5. En el instrumento de satisfacción: 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no sé, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo para los reactivos 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25 y 26; mientras que para los reactivos 2, 6, 10, 13, 20, 21 y 24 los puntajes de las respuestas son: 1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = no sé, 4 = en desacuerdo y 5 = muy en desacuerdo. Por su parte en el instrumento de apoyo social: 1 = nada, 2 = poco, 3 = no sé, 4 = regular y 5 = bastante.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos en la investigación se utilizó una computadora marca Digital Venturis 466 con velocidad de 66 mhz, así como una impresora de la misma marca.

ESCENARIO:

El estudio se realizó en las diferentes camas que se encontraban ocupadas dentro del área de Urgencias, así como a los usuarios que entraban a Urgencias por medio de consulta externa en el 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 (Campbell y Stanley, 1978; citados en: Programa de Psicología Aplicada Laboratorio I, 1992) ya que es el adecuado para aquellas situaciones en donde el investigador se propone explicar un fenómeno pasado inmediatamente después de la intervención. Este diseño permite analizar dicha información por medio de un análisis de correlación entre las diferentes variables consideradas en la investigación.

Kerlinger (1975; citado 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. 25).

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento que se siguió en el estudio se dividió en tres fases:

FASE 1.- Piloteo de los instrumentos.

Se procedió a solicitar la autorización de las personas encargadas de esa área del hospital; una vez obtenida dicha autorización de estas personas, se procedió a acudir al Hospital para entrevistar a las personas hospitalizadas, pidiéndoles para ello su consentimiento. Se les dijo que la investigación

consistía en saber como se sintieron al estar hospitalizados en el área de urgencias, para evitar que las respuestas que proporcionaban afectaran negativamente los datos requeridos para la presente investigación, es decir, que se vieran afectados los datos referentes a la influencia que tiene el apoyo social para el reporte de satisfacción del paciente al solicitar y recibir atención médica.

FASE 2.- 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 de 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. Así como también se llevo a cabo una afinación de los reactivos que si cumplían con dichos requisitos. Una vez concluido esto, se reelaboró el instrumento para llevarlo a la segunda aplicación.

FASE 3.- Aplicación final de los instrumentos.

La segunda aplicación del instrumento se aplicó a la muestra representativa y se realizó de la misma manera que en la fase 1. Al terminar con la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos, finalizando en este momento la investigación.

ANALISIS DE DATOS:

Se analizó la información de manera estadística, a partir de frecuencias, correlaciones, análisis factoriales, índices de confiabilidad de Alpha de Cronbach.

RESULTADOS.

Los resultados que se obtuvieron del piloteo permiten observar que el 65% de los encuestados fueron del sexo femenino, en tanto que el 35% restante fue del sexo masculino.

La edad de las personas al momento de ser encuestadas fluctuó entre los 9 y los 67 años, encontrándose el mayor porcentaje, 8.3% en los 24 y en los 32 años de edad.

El 50% de los pacientes eran casados, el 23.3% vivían en unión libre, el 21.7% era soltero y el 5% restante estaba divorciado.

En cuanto al nivel de estudio de los encuestados, el 32.2% no tenía ninguna escolaridad, el 28.8% concluyó la primaria, el 25.4% finalizó la secundaria, el 10.2% estudió una carrera técnica o comercial y sólo el 3.4% restante estudió hasta el bachillerato.

Para el 61.7% de las personas era la primera vez que ingresaban al hospital y el otro 38.3% ya había ingresado en ocasiones anteriores a dicho hospital.

El tiempo de traslado que ocupan en llegar de su casa al hospital osciló entre los 5 y los 180 minutos, detectándose el mayor porcentaje del 32.8% en los 30 minutos de recorrido.

La mayor parte de los pacientes, 96.7% utilizan algún tipo de transporte para trasladarse de su casa al hospital y tan solo el 3.3% no ocupan ninguna clase de transporte para llegar a dicho hospital.

Con respecto al instrumento que se aplicó para evaluar satisfacción-insatisfacción con el servicio médico, se sometió a un análisis estadístico con una prueba de correlación de Alpha de Cronbach para determinar su consistencia interna, una r de Pearson corregida, eliminando aquellos reactivos que no mostraron una correlación mayor o igual a .20, con un nivel de significancia mayor o igual a 0.05, siendo eliminados los reactivos 6, 9, 12, 19, 21 y 30, también se afinaron las preguntas 5, 8 y 31 ya que evaluaban cosas similares entre sí, por lo que se omitió la pregunta 8, quedando la 5 y la 31 evaluando los mismo que la pregunta omitida, lo mismo sucedió con las preguntas 2 y 23, siendo omitida en esta caso la pregunta 23 y por último de las preguntas 7 y 28, se omitió la número 28 y quedó la pregunta 7 evaluando lo mismo (Ver apéndice 1).

Por su parte, al instrumento que evalúa apoyo social también se le realizó el mismo análisis estadístico para sacar los índices de confiabilidad de Alpha de

Cronbach con una correlación mayor o igual a .20 y un nivel de significancia mayor o igual a 0.05, con esto se pudo notar que las preguntas 14, 17, y 25 no cumplían con este requisito, por lo que dichos reactivos se anularon y se quitaron del instrumento, en tanto que las preguntas 6, 7 y 8 evaluaban cosas similares, resultando que sería omitida la pregunta 6 para que la 7 y 8 se encargaran de evaluar por ella; lo mismo resultó con las preguntas 11 y 12 siendo omitida la pregunta 11, con las preguntas 2 y 21 siendo omitida la número 21 y por último con los reactivos 9, 18 y 23 siendo anulado en este caso el reactivo 23 (Ver apéndice 2). Al final ambos instrumentos quedaron más concretos, precisos y entendibles para una mayor facilidad en su contestación.

Posteriormente se obtuvieron los resultados de la muestra representativa (120 usuarios) que ingresaron al área de urgencias del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.), Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda", cumpliendo con el criterio de inclusión mencionado anteriormente.

Dentro de los **DATOS DEMOGRAFICOS** de dicha muestra, las edades de los usuarios fluctuaron entre los 10 y los 83 años, siendo las más frecuentes las edades de 30 y 35 años, con un porcentaje del 5.8% cada una y con una media de 39 años (Ver tabla 1 "a" y figura 1).

Respecto al estado civil, el mayor porcentaje de la muestra, 53.3% estaban casados, siguiéndole el 26.7% de solteros, el 12.5% que vivían en unión libre, el 5% de viudos y el 2.5% de divorciados (Ver tabla 1 "b" y figura 2).

Con lo referente al nivel de estudios, la mayor parte de los usuarios cuentan con estudios básicos, primaria terminada el 41.7%, y secundaria el 25.8%, siguiéndole los que no cuentan con ninguna escolaridad o cursaron hasta tercer año de primaria con un 11.7%, siendo menos frecuentes los estudios técnico/comercial 10%, el bachillerato 6.7% y la licenciatura 4.2% (Ver tabla 1 "c" y figura 3).

Para la mayor parte de los pacientes era la primera vez que ingresaban a dicho hospital 76.7% y sólo para el 23.3% no era el primer ingreso (Ver tabla 1 "d" y figura 4).

El sexo de los usuarios estuvo distribuido equitativamente, 50% del sexo masculino y 50% del sexo femenino (Ver tabla 1 "e" y figura 5).

Con respecto a si utilizan algún tipo de transporte para trasladarse de su hogar al hospital, el 100% de los usuarios respondieron que si a dicha afirmación, no dándose ningún caso en el que no utilicen dicho transporte.

El tiempo que tardaron los pacientes para llegar de su casa al hospital fluctuó entre los 10 y 120 minutos, dándose el mayor porcentaje 22.5% en los 30 minutos de traslado (Ver tabla 1 "f" y figura 6).

El **INSTRUMENTO DE SATISFACCION** fue construido en base a 3 dimensiones fundamentales establecidas por Hall y Dornan (1988; citados por Lewis, 1994), quedando finalmente aquellas que fueron funcionales para el área de urgencias, siendo estas:

EJECUCION PROFESIONAL, donde quedaron las subdimensiones de efectividad, indicación, higiene, prevención de cuidados superfluos y tratamiento molesto.

ACTITUD DEL PROFESIONAL en la que se incluyeron las subdimensiones de trato humano, informatividad, confianza mutua, cooperación, empatía y atención a problemas psicosociales.

ORGANIZACION con sus respectivas subdimensiones de disponibilidad, eficiencia, privacidad, accesibilidad, calidad total, burocracia y comodidad (Ver apéndice 1 y Tabla 2).

Los resultados obtenidos en dicho instrumento podían tener un rango potencial de respuesta de 1 a 5 puntos, pero en la mayoría de los reactivos el rango real de respuesta siempre se mantuvo muy cerca de 4, lo que significa que la mayor parte de los usuarios respondieron en el valor 4 que fue "de acuerdo", a excepción de los reactivos 2 y 24, donde su rango real de respuesta de ambos reactivos fue muy amplio (Ver tabla 3).

Al realizar la sumatoria de las medias sobre el número de reactivos se obtuvo el valor de 3.97, lo que demuestra que la mayor parte de los valores estuvo muy cerca del reactivo 4 que significa de acuerdo, tal como se pudo observar en los resultados de la mayor parte de los reactivos, confirmando así que el rango real de respuesta se acerca a 4.

Por su parte en el **INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL** también existía un rango potencial de respuesta de 1 a 5 puntos y aquí se puede observar que en algunos reactivos (1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 14, y 17) el rango real de respuesta se acerca a 4. Pero en todos los reactivos restantes dicho rango real de respuesta se amplía demasiado, no observándose un valor específico en el que hayan concordado las respuestas que ofrecieron los diversos pacientes, esto se puede observar más claramente en los reactivos 2, 12, y 18, donde dicho rango es demasiado amplio, lo que significa que los diversos usuarios no respondieron en un solo valor, sino que dichas respuestas cayeron en los diversos valores (Ver tabla 4).

Con respecto a la sumatoria de las medias sobre el número total de reactivos, el valor resultante fue de 3.711, lo que nos puede hablar de que la mayor parte de las respuestas estuvieron muy cerca del reactivo 4.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en los diferentes análisis estadísticos que se realizaron:

INSTRUMENTO DE SATISFACCION

De acuerdo al análisis de correlación de Alpha de Cronbach (con un nivel de significancia de 0.005), el instrumento mostró un índice de confiabilidad estandarizado de 0.7985.

a) Correlación item-total.

En el primer análisis que se realizó, los reactivos 3, 9, 16 y 24 no cumplieron con el criterio de mayor o igual a .20 y un nivel de significancia de .05, por lo que dichos reactivos tuvieron que ser eliminados y se llevó a cabo otra corrida de análisis factorial y de correlación, sin tomar en cuenta estos reactivos, dando como resultado que solo los reactivos 10 y 14 no cumplieron con dicho criterio como se muestra en la tabla 5; sin embargo, dada su importancia de contenido se dejaron en los resultados finales, pero deben tomarse con precaución.

b) Correlación item-item.

En este análisis solo se obtuvieron dos correlaciones significativas (con un nivel de significancia de .05), que se dieron entre el reactivo 8 y 7 con un nivel de correlación de 0.691 y entre los reactivos 25 y 15 con un nivel de correlación igual a 0.5080. En general ambas correlaciones no obtuvieron índices muy altos, como se puede observar en la tabla 5.

c) Análisis factorial.

El análisis factorial con rotación varimax extrayendo los principales componentes agrupó los reactivos del instrumento de satisfacción en 7 factores que explican el 63.2% de la varianza total del instrumento.

El factor 1 estuvo conformado por los reactivos 12, 13, 15, 17 y 25 que hacen referencia a aspectos ambientales.

El factor 2 se integró con los reactivos 7 y 8 que se refieren a satisfacción general.

El factor 3 fue integrado por los reactivos 2, 6, 10 y 20 que hablan de la ejecución profesional y tratamiento.

El factor 4 agrupó a los reactivos 1, 18, 21 y 22 que tratan del manejo médico y la atención recibida.

El factor 5 contó con los reactivos 5 y 11 que se refieren a actitud del profesional.

El factor 6 estuvo compuesto por los reactivos 19 y 23 que hacen referencia al cumplimiento de expectativas e indicaciones.

El factor 7 constó de los reactivos 4, 14 y 26 que tratan de la comunicación y la informatividad. Todo esto se puede observar en la tabla 6.

d) Frecuencia de respuestas.

En relación a las respuestas del instrumento de satisfacción el máximo puntaje que podían obtener los pacientes fue de 130 puntos. Para ubicar el nivel de satisfacción de los pacientes se calcularon los cuartiles del total de los totales, donde:

1) Los puntajes que se ubicaron en un rango menor a 94 puntos, se consideraron con bajo índice de satisfacción.

2) Los puntajes que se ubicaron en el rango de 95 a 111 puntos se consideraron con índice medio de satisfacción

3) Los puntajes que se ubicaron en un rango mayor a 112 puntos, se consideraron con alto índice de satisfacción.

En los resultados se observa que la mayor parte de los puntajes de los pacientes se ubicaron principalmente en el segundo rango, es decir 95 pacientes que es el 79.16% se ubicaron en el grado medio de satisfacción; 14 usuarios que conforman el 11.66% se ubicaron en el tercer rango y solo 11 pacientes que fueron el 9.16% se ubicaron en el primer rango, es decir con un índice bajo de satisfacción, como se puede observar en la tabla 7 y figura 7.

INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL

Con respecto al instrumento de apoyo social, permitió detectar el grado de apoyo social con que cuenta el paciente que ingresa al área de urgencias.

De acuerdo al análisis de correlación de Alpha de Cronbach (con un nivel de significancia de 0.05), el instrumento obtuvo un índice de confiabilidad estandarizado de 0.7623.

a) Correlación ítem-total

En este instrumento solo fueron dos los reactivos que mostraron un bajo índice de correlación, dichos reactivos fueron el 2 con un nivel de correlación de 0.1967 y el 17 con un nivel de correlación de 0.1833, como se muestra en la tabla 8.

b) Correlación ítem-ítem.

En el instrumento de apoyo social no existió ninguna correlación significativa entre los reactivos.

c) Análisis factorial

El análisis factorial con rotación varimax agrupó a los reactivos del instrumento de apoyo social en 7 factores que explican el 67.9% de la varianza total del instrumento, dándonos un indicador de la validez de dicho instrumento.

El factor 1 agrupó a los reactivos 1, 3, y 9 que hacen referencia a la vida en comunidad.

El factor 2 constó de los reactivos 7, 10, 15 y 18 que se referían a las relaciones entre amigos y compañeros.

El factor 3 estuvo integrado por los reactivos 13, 14 y 16 que tienen que ver con las relaciones familiares.

El factor 4 se compuso con los reactivos 5 y 6 referentes a las relaciones entre vecinos.

El factor 5 conformado por los reactivos 2, 4 y 8 que hablan de las relaciones sociales y políticas.

El factor 6 obtuvo al reactivo 17 que se refiere a el orden y control en la colonia.

El factor 7 solo contó con los reactivos 11 y 12 que hablan de las relaciones de pareja. Esto se muestra en la tabla 9.

d) Frecuencia de respuestas.

En relación a las respuestas del instrumento de apoyo social, el máximo puntaje que podían obtener los pacientes fue de 90 puntos. Para ubicar el nivel de apoyo social de los pacientes se calcularon los cuartiles del total de los totales, en donde:

- 1) Los puntajes de los pacientes que se ubicaron en un rango menor a 57 puntos; se consideraron con un bajo índice de apoyo social.
- 2) Los puntajes de los pacientes que se ubicaron en el rango de 58 a 75 puntos se consideraron con un índice medio de apoyo social.
- 3) Los puntajes que se ubicaron en un rango mayor a 76 puntos se consideraron con alto índice de apoyo social.

Los resultados muestran que la mayor parte de los puntajes se ubicaron en el segundo rango, es decir, 89 pacientes que conformaron el 74.16% se ubicaron en un índice medio de apoyo social; 17 usuarios que fueron el 14.16% se colocaron en el tercer rango que significa un alto índice de apoyo social y 14 personas con el 11.66% se encontraron en el primer rango con un bajo índice de apoyo social, como se puede observar en la tabla 10 y figura 8.

ANALISIS ENTRE EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION Y DE APOYO SOCIAL.

a) Correlación ítem-ítem

No existió ninguna correlación significativa entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de apoyo social

b) Correlación r de Pearson entre reactivos del instrumento de satisfacción y reactivos del instrumento de apoyo social.

El análisis de correlación r de Pearson permitió observar que existieron correlaciones significativas entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de apoyo social, no obstante de que dichas correlaciones fueron bastante significativas presentaron un bajo índice de correlación, por lo que sería importante mencionarlas, como es el caso del reactivo 5 del instrumento de satisfacción con el reactivo 1 del instrumento de apoyo social con una correlación de 0.3100 y una $P = .001$, otro caso es el reactivo 22 del instrumento de satisfacción y el reactivo 6 del instrumento de apoyo social que contaron con una correlación de -0.3198 y una $P = .0001$, también el reactivo 25 del instrumento de satisfacción y el reactivo 11 del instrumento de apoyo social presentaron una correlación de 0.3817 con una $P = .0001$. Por su parte el reactivo 25 del instrumento de satisfacción y el reactivo 17 del instrumento de apoyo social mantuvieron una correlación de 0.4222 con una $P = .0001$ y por último existió una correlación de 0.2909 con una $P = .001$ entre el total del instrumento de satisfacción y el reactivo 17 del instrumento de apoyo social, como se muestra en la tabla 11.

DISCUSION.

La confiabilidad del instrumento de satisfacción resultó con un índice estandarizado de 0.7985 en el Alpha de Cronbach. En el análisis de correlación ítem-total los reactivos 3, 9, 16 y 24 mostraron un índice muy bajo, lo cual pudo deberse a la redacción de dichos reactivos o a que en la mayoría de los casos los usuarios no contaban todavía con elementos suficientes para poder responder acertadamente dichos reactivos, por lo que tendrían que ser redactados mas específicamente o de plano eliminarlos del instrumento. Debido a todo esto, los cuatro reactivos mencionados anteriormente se eliminaron del análisis, llevándose a cabo otra corrida de análisis de correlación, factorial, t de student, etcétera, sin tomar en cuenta a los mencionados reactivos.

De acuerdo al análisis factorial, fueron 7 los factores que permitieron explicar el 63.2% de la varianza total del instrumento. Los reactivos 10 y 14 en el análisis de correlación ítem-total mostraron un bajo índice, lo cual pudo deberse a que los reactivos contenían palabras un tanto ambiguas, a las cuales los usuarios les dieron el significado que ellos creía, pensando que si estos reactivos se replantearan dándoles un significado claro y específico a dichas palabras y haciéndolos más entendibles mostrarían índices más altos de correlación, aunque también es posible que lo largo del instrumento lo hiciera tedioso y cansado y por otro lado el lugar y el momento en el que fueron aplicados los instrumentos influyera para que no se diera una contestación adecuada a cada reactivo.

Posiblemente los bajos índices que se presentaron se debieron a que algunos reactivos fueron replanteados, a lo reducido de la población y a los momentos en que fueron aplicados los instrumentos, por lo que se propone ampliar un poco el tamaño de la muestra con el fin de poder hacer una generalización más confiable con los datos que se obtengan; así como que los instrumentos fueran aplicados en el momento en que el enfermo es dado de alta y se encuentra en mejores condiciones físicas y morales.

Por otro lado se sugiere que el reactivo 14 sea replanteadado de tal manera que no quede tan largo y pesado al ser leído y hacer un poco más entendible. Por su parte en el reactivo 10 se debe explicar más claramente lo que se quiere dar a entender con "se hicieron cosas que iban en contra de mi intimidad" ya que dicha frase no quedó muy clara para muchos de los pacientes. Es decir que cada usuario respondió de acuerdo a lo que el entendía o creía que se le estaba preguntando y las respuestas estuvieron muy diversificadas debido a ello, por todo esto sería conveniente que dicho reactivo se replanteara logrando hacer más explícito lo que se pretende preguntar y así quede muy claro para el paciente y puede contestar verazmente.

Es conveniente que el reactivo 21 sea eliminado, debido a que al preguntarle al paciente de urgencias, esto es cuestionable debido a que regularmente los tramites no son realizados por los pacientes sino por sus familiares, por lo tanto el paciente muchas veces no sabe responder a ello y tampoco es la persona más confiable para contestar dicho reactivo. Al parecer los reactivos 7, 15, 17 y 25 que hacen referencia a condiciones ambientales, de higiene, comodidad, temperatura, etc., contribuyen de una manera significativa al índice de confiabilidad del instrumento, esto puede deberse a las expectativas con que cuenta el paciente al ingresar a un hospital del sector salud. Con esto podemos corroborar lo que mencionan Ruiz de Chavez, Martínez, Calvo, Aguirre, Arango, Lara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera (1988) quienes consideran que los pacientes que tienen acceso a las instituciones de salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de estancia 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, ventilación, privacidad, comodidad, orden y aseo.

En las correlaciones item-item se observa que solo fueron dos correlaciones significativas las que se dieron (ver tabla 5), estas fueron entre los reactivos 8 y 7 y 25-15. El reactivo 8 que hace referencia a una higiene adecuado mantuvo correlación con el reactivo 7 que se refiere a la buena atención, con esto se puede observar una relación directa entre la higiene y la buena atención, es decir, parece ser que la higiene es una variable que influye en la percepción del usuario en relación a la aceptación del nivel de calidad del servicio como es la buena atención que recibió por parte de médicos y enfermeras. Aunque no se pudo establecer una relación lineal entre ambas variables, es indudable que la persona puede estar percibiendo que el encontrarse en un ambiente limpio y en general agradable define el nivel de lo que puede ser aceptado como calidad en el servicio médico.

También se encontró una correlación significativa entre el reactivo 25 que se refiere a una temperatura agradable y el reactivo 15 que hace referencia a que existe suficiente personal de salud en dicho hospital, con lo que se puede corroborar que el paciente toma en cuenta las cuestiones ambientales para dar una respuesta satisfactoria en cuanto a calidad se refiere.

Con respecto al análisis factorial, en el factor 1 (aspectos ambientales) parece como el más relevante, ya que contribuye con un 20.5% de la varianza total, agrupándose reactivos relacionados con aspectos ambientales como son el personal suficiente (reactivo 15), la organización (reactivo 17), la temperatura (reactivo 25), el dinero y tiempo invertido para ser atendido (reactivo 12) y la preferencia de asistir a otro lugar para obtener atención médica (reactivo 13). Parece ser que los aspectos ambientales son condicionantes para que el paciente tenga una buena satisfacción con el servicio, es decir, que si el área cuenta con suficiente personal, que se encuentre bien organizada, con una temperatura agradable y que hayan invertido poco dinero y tiempo para ser

atendidos, será más probable que el paciente prefiera regresar al hospital para obtener atención médica nuevamente en el área en que fue atendido anteriormente. Se puede decir que la satisfacción general será obtenida por el paciente si el hospital cuenta con aspectos ambientales agradables, esto concuerda con lo mencionado por Ochoa, Sánchez y Martínez (1994) que se refieren a que la valoración de la infraestructura física donde son realizadas las actividades por los prestadores de servicios es uno de los parámetros de gran relevancia para determinar la calidad de las acciones desarrolladas.

El factor 2 (satisfacción general) contribuye con un 10.3% de la varianza total, agrupando a los reactivos 7 que hace referencia a la higiene en el lugar de atención médica y el reactivo 8 que habla de la satisfacción general en cuanto a la atención recibida. Con esto se puede comprobar lo que se mencionó en el factor 1, de que los aspectos ambientales como en este caso la higiene son factores importantes que influyen en el grado de satisfacción que el paciente reporte, es decir, que el usuario reportará mayor satisfacción entre mejores sean las condiciones ambientales con que cuente el servicio y en general el hospital.

El factor 3 (ejecución profesional y tratamiento) contribuye con un 9.2% de la varianza total, integrado por los reactivos 2, 6, 10 y 20; el reactivo 2 habla del tratamiento molesto, el 6 de la dificultad para llegar la hospital, el 10 de si se hicieron cosas que iban en contra de la intimidad del paciente y el 20 se refiere a si le realizaron algún tratamiento innecesario. Es posible que estos reactivos se relacionen de tal manera que si el tratamiento no fue molesto y tampoco le realizaron algún tratamiento innecesario entonces el paciente considera que fue bien tratado y que en ningún momento le realizaron cosas que fueran en contra de su intimidad. El único reactivo que no encaje concretamente en este factor es el reactivo 6 que se refiere a la dificultad para llegar al hospital, pero podríamos suponer que su relación se encuentra en que el paciente considera de calidad el servicio si su tratamiento no fue molesto, si no se le realizó algo innecesario, si no perturbaron su intimidad y aquí podríamos agregar si no tuvieron dificultad en llegar la hospital, todos estos reactivos se conjugan para que el paciente quede satisfecho o insatisfecho con el servicio.

El factor 4 (Manejo médico) contribuyó con un 6.7% de la varianza total, agrupando a los reactivos 1, 18, 21 y 22 que están relacionados con el manejo médico y la atención recibida como son: manejo médico correcto para solucionar el problema de salud (reactivo 1), la atención recibida mejorara la salud (reactivo 18), tiempo de atención adecuado (reactivo 22) y trámites para ser atendido (reactivo 21). Podemos considerar que las variables mas relevantes del manejo médico componen a dichos reactivos. Todos estos reactivos tienen una relación muy fuerte en cuanto a que si el manejo médico y la atención fueron adecuadas entonces el paciente mejorará su salud, pero otra variable que está influyendo para que estas dos se den es el tiempo de atención. Se puede decir que el usuario esta percibiendo si el manejo médico y la atención fueron las adecuadas a partir del tiempo que tardaron en atenderlo al llegar a pedir el servicio y esto también esta ligado con que si en el tiempo que tardaron en atenderlo tuvo que

llevar a cabo muchos trámites para poder ser atendido, aunque en la mayoría de los casos dichos trámites no fueron llevados a cabo por ellos, ya que se tiene que tomar en cuenta que el servicio es el de urgencias y que el paciente que ingresa a dicho servicio se encuentra en muy malas condiciones físicas, por lo que sería recomendable que dicho reactivo (21) fuera eliminado del instrumento por las causas mencionadas.

El factor 5 (actitud del profesional) contribuyó con un 5.9% de la varianza total y agrupó al reactivo 5 que se refiere a que el médico es capaz de comprender los problemas personales y al reactivo 11 que se refiere a si el tiempo de atención que el médico le dio fue suficiente. Aquí podríamos suponer que el usuario considera al médico capaz de comprender y entender sus problemas personales o familiares a partir del tiempo que dicho médico le dedica a dicho usuario, es decir, que si el médico estuvo bastante tiempo con el paciente, este lo considera capaz de entenderle sus problemas.

El factor 6 (cumplimiento de expectativas) contribuyó con un 5.8% de la varianza total agrupando a los reactivos 19 y 23 que hacen referencia a si la atención recibida fue como se esperaba y a que el médico y personal le indicaron como cooperar en su tratamiento. Es importante señalar que la expectativa en cuanto al servicio se refiere, se cumple si el paciente recibe información pero sobre todo si se le indica como cooperar el mismo en su tratamiento. Al respecto Smith (1975) considera que si la experiencia que los usuarios tuvieron al recurrir a un servicio son positivas, entonces sus expectativas irán más enfocadas a una expectativa positiva, y si por el contrario las experiencias son negativas entonces sus expectativas se enfocan hacia lo negativo.

El factor 7 (Informatividad, comunicación) contribuyó con un 4.7% de la varianza total del instrumento; integrado por los reactivos 4, 14 y 26 que hacen referencia en general a la comunicación que el paciente estableció con el medio y a los informes que este le dió a aquel, es decir, que la calidad y por ende la satisfacción están relacionadas con que el médico informe claramente acerca de la enfermedad, haga caso a todas las quejas y dudas del paciente y que conozca las necesidades de atención médica de su paciente.

Es necesario comentar que los datos no se pueden generalizar debido a lo pequeño de la muestra y a las características sociales, culturales y económicas de la población, ya que como lo mencionan Ruelas y Vidal (1990) las características biológicas y las preferencias influyen en las evaluaciones de la atención médica.

Por otra parte, el instrumento tuvo una buena confiabilidad y contenía reactivos que pretendían medir diversos aspectos tanto positivos como negativos del servicio de urgencias para evaluar la satisfacción del paciente, esto de acuerdo con Smith (1975) de que el instrumento debe contener preguntas acerca de la satisfacción general, sobre incidencias particulares o

subcategorías que arrojen información sobre las experiencias tanto positivas como negativas que tiene el paciente en relación a la atención de los servicios de salud.

Con respecto al instrumento de apoyo social se obtuvo un índice de confiabilidad estandarizado de 0.7623 en el Alpha de Cronbach y en el análisis de correlación ítem-total los reactivos 2 y 17 mostraron un bajo índice, lo cual pudo deberse a lo poco claro de algunas palabras de dichos reactivos, por lo que sería conveniente que se concretara el sentido de las palabras, por ejemplo, concretar el sentido de ordenada y bajo control del reactivo 17 y en el reactivo 2 concretar lo de velan por mi bienestar o hacer más específica la pregunta planteando a que funcionarios o líderes del gobierno se hace referencia y que se intenta decir con lo de velan por mi bienestar, con este replanteamiento de los reactivos probablemente se darían índices más altos de correlación.

En la agrupación por factores, resultaron 7 factores que explican el 67.9% de la varianza total del instrumento. El factor 1 (vida en comunidad) contribuyó con el 20.8% de la varianza total y estuvo conformado por los reactivos 1, 3 y 9 que hacen referencia a lo placentero y alegre de los alrededores del hogar (reactivo 1), a si es respetado por otras gentes (reactivo 3) y a que se siente seguro en su hogar y colonia (reactivo 9), debido a que los 3 reactivos tienen relación con aspectos relacionados a la comunidad se le dio ese nombre y así se puede ver que cuando se les pregunta si son respetados por otras gentes los pacientes responden de acuerdo a las relaciones que llevan con sus vecinos de la comunidad.

El factor 2 (relaciones entre amigos y compañeros) con una varianza total del 11.4%, conformado por los reactivos 7, 10, 15 y 18 hacen referencia a las relaciones entre amigos y compañeros esto se observa en el reactivo 7 que afirma que las cosas que hacen con los amigos son estimulantes para el paciente y en el reactivo 18 que hace referencia a si tienen un buen número de amigos y compañeros nobles, ambos se relacionan con el reactivo 15, ya que al preguntar si las fiestas con momentos de alegría, ellos lo relacionan con las amistades y a que a dichas fiestas han de asistir con sus amigos, al igual que el reactivo 10 que se refiere a si se adaptan y disfrutan de las responsabilidades sociales que también fue relacionada con amistades y compañeros.

El factor 3 (relaciones familiares) que contribuyó con un 8.3% de la varianza total estuvo integrado por los reactivos 13, 14 y 16. El reactivo 13 se refiere a si son parte de una relación familiar unida y fuerte, mientras que el 14 hace referencia a poder contar con alguien que le ayude y el 16 menciona si hay un lugar a donde pueda ir para estar quieto o en paz cuando se quiere. Estos reactivos están relacionados en el orden en que son mencionados, es decir, que el paciente forma parte de una relación familiar unida, sabe que puede contar con alguien de su familia para que le ayude cuando lo necesite y también el lugar para estar tranquilo y en paz puede ser en su casa o en casa de algún familiar o en su compañía.

El factor 4 con una varianza total del 8.2% hace referencia a las relaciones entre vecinos, es decir a que se siente bien con sus vecinos (reactivo 5) y a que la gente que le rodea es simpática y atenta (reactivo 6), aquí el reactivo 6 está en función del 5, es decir, que si la persona se siente bien con sus vecinos considera que la gente que le rodea es simpática y atenta con dicha persona.

El factor 5 que contribuyó con el 7.0% de la varianza total estuvo integrado por los reactivos 2, 4 y 8 que hablan de si los funcionarios del gobierno velan por el bienestar (reactivo 2), a si obtienen una buena cantidad de elogios por parte de otras personas (reactivo 4) y a si pertenecen a algún grupo que este atento a su bienestar (reactivo 8). Sería conveniente replantear el reactivo 8 para especificar a que tipo de grupo se trata de hacer referencia, o especificar que es lo que significa pertenecer a algún grupo y sobre todo hacer más explícito que cosas se tendrían que considerar para saber que alguien esta atento al bienestar.

El factor 6 con un varianza total del 6.5% solo cuenta con el reactivo 17 que hace referencia a si la vida en la comunidad es ordenada y está bajo control. Como ya se explicó anteriormente, sería conveniente concretar el sentido de las palabras ordenada y bajo control de dicho reactivo.

En el factor 7 se agruparon los reactivos 11 y 12 con una varianza total del 5.7%. Dichos reactivos hacen referencia a si hay algunas personas con las que se puede compartir su vida de manera segura y a si mantienen una relación de amor fuerte respectivamente. Este factor lo podríamos llamar relaciones de pareja, ya que es con su pareja con quien mantienen una relación de amor fuerte y por supuesto confían en que es también con su pareja con quien comparten su vida de manera segura.

En general, se puede considerar bastante confiable al instrumento, ya que contó con un buen índice de confiabilidad, aparte de que mide diversos aspectos que son contemplados como parte del apoyo social, tales como las diferentes relaciones que se dan entre amistades, familiares, pareja, vecinos, compañeros, etc., esto tal como lo menciona Geest (1995) de que para medir los contactos sociales se hace mediante la convivencia con personas ajenas al hogar pero vistas con regularidad, en el contacto con gente en el trabajo, en la asistencia a clubes y sociedades y contacto con seleccionados servicios de asistencia médica y social.

Con respecto a la influencia del apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente, las correlaciones encontradas entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de apoyo social muestran una tendencia a que en altos niveles de apoyo social, altos niveles de satisfacción presentándose algunas excepciones como es el caso del reactivo 22 del instrumento de satisfacción con el reactivo 6 del instrumento de apoyo social

donde se dió una correlación inversa, es decir, a mayor apoyo menor satisfacción y a mayor satisfacción menor apoyo, estos resultados encontrados podrían apoyar lo que mencionan Ostergren, Hanson, Isacsson y Tejler (1991) de que la recuperación y adaptación del paciente será negativamente afectada cuando el apoyo social esta ausente o cuando es percibido como inadecuado. Para mejorar el presente trabajo sería conveniente estudiar la relación entre apoyo social y satisfacción más a fondo y relacionarlo con lo que demostró la investigación de Ostergren y sus colaboradores (1991) respecto a que la utilización del servicio de urgencias se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas debido a que estos pacientes tienen problemas psicosociales, de aquí se demostró una fuerte asociación entre la carencia de recursos sociales y la utilización del servicio de urgencias. Estos resultados indican que la prevalencia de exposición a redes y bajo apoyo social podrían proporcionar una gran comparación con los pacientes con mayor utilización de este tipo de cuidado.

Se considera pertinente señalar que la presencia de la investigadora así como el requisito de presentarse con bata blanca posiblemente pudo influir en el reporte de satisfacción del paciente, así como también pudo influir en la conducta el trato del personal del área de urgencias, mientras la investigadora se encontraba presente en dicha área.

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 Urgencias es considerada como de buena calidad con un índice de 4 en la escala Likert de 1 a 5, pero a pesar de que los pacientes (en su mayoría) reportaron satisfacción, la investigadora se pudo dar cuenta, por medio de entrevistas con médicos de la institución y con otros pacientes, que esto no es del todo cierto; ya que estas personas manifiestan que la calidad de la atención médica no es totalmente buena debido a condiciones propias de la institución y de la misma cultura e ideología médica, ya que como menciona Geest (1995) los médicos se limitan a resolver problemas concretos con intervenciones concretas, en un tiempo que es sumamente valioso y que no se puede perder, además de que su status profesional está determinado por la salud del paciente y no por su satisfacción; aún cuando los mismos médicos de la institución reportan que el que se les asesore en un trato diferente hacia los pacientes los haría sentir mejor.

También es importante hacer notar que muchos médicos afirman que no es necesaria la participación de otros profesionistas en el área de la salud, ya que ahí solo ellos pueden atender las enfermedades físicas, pero por otro lado diversos autores, entre ellos Geest (1995) mencionan que es necesario que tanto la medicina como las ciencias sociales (la psicología entre ellas) dejen de lado su egocentrismo y acepten trabajar y cooperar mutuamente para el desarrollo y praxis de ambas disciplinas.

Asimismo, Mechanic (1995) menciona que se deben hacer mayores esfuerzos en la educación médica para incluir aspectos psicosociales relacionados con la salud, para así resolver las funciones que afectan la calidad de vida de los pacientes. Pero no solo deben existir cambios en la educación médica, sino también en la educación social, para que ambas disciplinas amplíen su campo de acción y de esta forma pueden tener mayor conocimiento, disciplina y experiencia en la unión de factores psicosociales de la salud.

Como es de esperarse, el servicio de urgencias solo es una parte del proceso de salud-enfermedad dentro de un hospital, es importante tenerlo en cuenta ya que el hecho de que muchos individuos acudan a solicitar este tipo de servicio, se debe a que la gran mayoría de ellos tienen problemas psicosociales y en ello radica la importancia del presente trabajo.

Ostergren y col. (1991) afirman que es necesario proveer a los médicos de habilidades en el cuidado y tratamiento de pacientes con problemas

psicosociales. Los hallazgos acerca de la importancia del apoyo social indican que este factor es una prioridad que al mismo tiempo proporciona una estrategia general de prevención para evitar un uso indiscriminado del servicio de urgencias de los hospitales de salud pública.

Con respecto al apoyo social, los pacientes contaron con índices medios de dicho apoyo, lo cual se podría considerar como que cuenta con un buen apoyo social en su ambiente, pero cuando se llevo a cabo la correlación entre satisfacción y apoyo social, los niveles obtenidos nos dejaron ver que si existía una correlación significativa entre los reactivos del instrumento de satisfacción y los reactivos del instrumento de apoyo social, dicha correlación se dió como a mayor reporte de satisfacción, mayor apoyo social, es decir, que podríamos llegar a la conclusión de que los pacientes que cuentan con un buen apoyo social en su entorno familiar reportan mayor satisfacción ya que sólo evalúan el servicio como tal sin necesidad de tomar en cuenta si en dicho servicio les fue dado un poco de ese apoyo, en cambio los pacientes que no cuentan realmente con un buen nivel de apoyo social son más exigentes al evaluar el servicio y si no encuentran un poco de dicho apoyo entre el personal reportan menor satisfacción, una alternativa para mejorar esto último sería que dicho personal brindara un mejor trato, una mejor atención, etc., para que el paciente sienta un poco de apoyo en el servicio y así mejore su reporte de satisfacción con dicho servicio. Todo esto nos lleva a replantear la hipótesis de investigación, de tal forma que quedaría como: "El reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido por el nivel de apoyo social con que cuenta el paciente. A mayor nivel de apoyo social, mayor reporte de satisfacción; a mayor nivel de apoyo social, mayor reporte de satisfacción.

RECOMENDACIONES.

Sería conveniente llevar a cabo una buena selección de personal, y dar una buena motivación y capacitación, ya que son los factores que influyen en la calidad de la atención médica. Por ello se considera recomendable organizar un comité de evaluación que asigne un mayor peso a los méritos académicos y profesionales de los solicitantes. En las instituciones de salud, deben implantarse los perfiles curriculares mínimos para cada puesto.

Todo programa que aspire a mejorar la calidad de los servicios de salud, debe incluir la mejoría de sueldos y prestaciones al personal.

De igual importancia que los beneficios materiales, es la capacitación personal del equipo de salud.

Es preciso reducir la tramitación, diferimientos y tiempos de espera.

También es preciso establecer en los trabajadores, la cultura de programación de las actividades médicas, y el concepto de cumplimiento de metas como requisitos para la obtención de recursos.

Se proponen comités que investiguen las muertes, infecciones o complicaciones que pudieran evitarse; si los expedientes clínicos reflejan el cuidado y el conocimiento médico y si los trabajadores que ingresan a la institución son los más competentes; se responde a las necesidades de capacitación y educación.

Todas las instituciones deben contar con procedimientos sencillos de orientación y información para el uso de servicios y programas educativos para la salud, dirigidos a pacientes y familiares.

La aplicación permanente de encuestas a usuarios y trabajadores son también instrumentos recomendables que pueden proporcionar información valiosa para corregir errores.

Dar un curso o plática al personal en general del hospital para que reconozcan que es necesario y benéfico para todos el dar un servicio más humanitario a los usuarios, que sean tratados como un todo y no como una parte de ese todo.

Lograr poco a poco que el campo de la medicina se abra un poco para que exista una multidisciplinariedad con otras ciencias que pueden contribuir a la mejoría general del paciente y no solo a una mejoría física.

BIBLIOGRAFIA.

- Aguirre, G.H. (1990). "Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades básicas". Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2. P.p. 170-180.
- Campbell y Stanley (1978). Programa de Psicología Aplicada Laboratorio I. (1992). México: ENEPI. P.p. 15-21.
- Donabedian, A. (1981). "La calidad de la atención médica". Ciencia y Desarrollo. México, CONACYT, No. 37, año VII, P.p. 68-89.
- Donabedian, A. (1989). "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad". Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2. P.p. 113-117.
- Donabedian, A. (1993). "Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención". Salud Pública de México. Vol. 35, No. 1. P.p. 94-96.
- Donabedian, A. (1994). La calidad de la atención médica. México: Prensa Médica Mexicana.
- Ell, K. (1996). "Social networks social support and coping with serious illness: The family connection". Social Science and Medicine. Vol. 42, No. 2. P.p. 173-183.
- Geest, S. (1995). "Overcoming ethnocentrism: How social science and medicine relate and should relate to one another". Social Science and Medicine. Vol. 40, No. 7. P.p. 869-872.
- Hall, J. A. y Dornan, M.C. (1988). "Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels". Social Science and Medicine. Vol. 27, No. 6. P.p. 637-644.
- Hidalgo, M.A.; Aparicio, R.A. y Cedillo, N.M. (1994). "Calidad de la atención médica en muerte perinatal". Revista Médica del IMSS. Vol. 33, No. 2. P.p. 161-166.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1993). Modelo Moderno de atención a la salud. México.

- Lewis, R.J. (1994). "Patient view on quality care in general practice: literature review". Social Science and Medicine. Vol. 39, No. 5. P.p. 655-670.

- Like, R. y Zyzanski, S.J. (1987). "Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants". Social Science and Medicina. Vol. 24, No. 4. P.p. 351-357.

- Linder-Pelz, S. (1982). "Toward a theory of patient satisfaction". Social Science and Medicina. Vol. 16. P.p. 577-582.

- Linder-Pelz, S. (1982). "Social satisfaction: a test of five hypotheses". Social Science and Medicine. Vol 16, P.p. 583-589

- Mechanic, D. C. (1995). "Sociological dimensions of illness behavior". Social Science and Medicine. Vol. 40, No. 7. P.p. 869-872.

- Ochoa, D.H.; Sánchez, P.H. y Martínez, G.L. (1994). "Modelo para la evaluación y monitoreo del desempeño de servicios de atención primaria a nivel de sistemas locales de salud (SILOS)". Revista Médica del IMSS. Vol. 33, No. 2. P.p. 223-230.

- Ostergren, P.; Hanson, B.; Isacson, S. y Tejler, L. (1991). "Social network, social support and acute chest complaints among young and middleaged patients in an emergency department -a case- control study". Social Science and Medicine. Vol. 33, No. 3. P.p. 257-267.

- Patrick, D.; Morgan, M. y Charlton, R. (1986). "Psychosocial support and change in the Health status of physically disabled people". Social Science and Medicine. Vol. 22, No. 12. P.p. 1347-1354.

- Reyes, Z. H.; Meléndez, C. V. y Vidal, P. L. (1990). "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2. P.p. 232-242.

- Ruelas, B. E. y Vidal, P.L. (1990). "Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica". Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2. P.p. 225-231.

- Ruiz de Chavez, M.; Martínez, N.G.; Calvo, R.I.; Aguirre, G.H.; Arango, R.R.; Lara, C.R.; Caminos, M.; Ortiz, J.G.; Ugalde, G.E. y Herrera, L.F. (1988). "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud". 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.

- Silva, A. (1992). Métodos cuantitativos aplicados a Psicología. México, Trillas.

- Sotomayor, M.I.J. (1990). "Calidad total. Clave del éxito?". El Financiero. México. No. 2823, año XII. P.p. 23.

- Treviño, G. N. y Valle, G. A. (1992). "Mejoría de la calidad de la atención médica". Gaceta Médica de México. Vol. 128, No. 4. P.p. 467-474.

- Velazco, O. R. (1993). "Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a veintidós años de establecida". Revista Médica del IMSS. Vol. 33, No. 1. P.p. 61-65.

- Vergara, N.L. (1990). "Evolución del control de calidad en México". El Financiero. México, No. 2823, año XII. P. 8.

APENDICE 1

APENDICE 2

El presente cuestionario intenta recabar información de cosas o hechos que la gente que le rodea hace (o puede hacer) por usted, para sentirse bien y seguro, asimismo de lo que usted hace por ellos o a quienes puede recurrir en caso de que lo necesite emocional y materialmente en algún momento. Solicitamos amablemente su colaboración leyendo cuidadosamente cada oración y anotar en los cuadros de la derecha con una cruz "X", que tanto es cierto o NO lo que se le pregunta. Los datos que nos proporcione son solo con fines de investigación y absolutamente confidenciales.

	nada	poco	no se	regular	bastante	no invade	
1- Los alrededores de mi hogar son placenteros y alegres	<input type="checkbox"/>		1- <input type="checkbox"/>				
2- Los funcionarios o líderes del gobierno velan por mi bienestar	<input type="checkbox"/>		2- <input type="checkbox"/>				
3- Soy respetado por otra gente	<input type="checkbox"/>		3- <input type="checkbox"/>				
4- Obtengo una buena cantidad de elogios por parte de otras personas	<input type="checkbox"/>		4- <input type="checkbox"/>				
5- Me siento bien con mis vecinos y familiares	<input type="checkbox"/>		5- <input type="checkbox"/>				
6- La gente que me rodea es simpática y atenta conmigo	<input type="checkbox"/>		6- <input type="checkbox"/>				
7- Las cosas que hago con mis amigos son muy estimulantes para mí	<input type="checkbox"/>		7- <input type="checkbox"/>				
8- Perteneces a algún grupo que está atento a mi bienestar y prosperidad	<input type="checkbox"/>		8- <input type="checkbox"/>				
9- Me siento seguro en mi hogar y colonia	<input type="checkbox"/>		9- <input type="checkbox"/>				
10- Me adapto bien y disfruto de mis responsabilidades sociales (ej. trabajo, compromisos sociales, familiares etc)	<input type="checkbox"/>		10- <input type="checkbox"/>				
11- Hay algunas personas con las que puedo compartir mi vida de manera segura	<input type="checkbox"/>		11- <input type="checkbox"/>				
12- Mantengo una relación de amor fuerte	<input type="checkbox"/>		12- <input type="checkbox"/>				
13- Soy parte de una relación familiar unida y fuerte	<input type="checkbox"/>		13- <input type="checkbox"/>				
14- Puedo contar con alguien que me ayude	<input type="checkbox"/>		14- <input type="checkbox"/>				
15- Las fiestas y reuniones son momentos de alegría para mí	<input type="checkbox"/>		15- <input type="checkbox"/>				
16- Siempre hay un lugar a donde puedo ir para estar quieto y en paz cuando cuando lo quiero o deseo	<input type="checkbox"/>		16- <input type="checkbox"/>				
17- La vida en mi comunidad o colonia es ordenada y está bajo control	<input type="checkbox"/>		17- <input type="checkbox"/>				
18- Tengo buen número de amigos y compañeros nobles y fieles	<input type="checkbox"/>		18- <input type="checkbox"/>				
TOTAL							Tot <input type="checkbox"/>

Puede Ud. enumerar otras afirmaciones, cosas o situaciones que le indiquen que cuenta con un buen apoyo social?

(p.ej. que sienta un buen apoyo de cosas que otra gente haga por Ud., o que pueda recurrir a ellos/as) cuando sea necesario o lo requiera

<input type="checkbox"/>	O1 <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	O2 <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	O3 <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	O4 <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	O5 <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	O6 <input type="checkbox"/>					
TOTAL - Opc -						TO <input type="checkbox"/>

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1 "a"	Datos demográficos (edad)
Figura 1	Edad de los usuarios
Tabla 1 "b"	Datos demográficos (Estado civil)
Tabla 1 "c"	Datos demográficos (Nivel de estudios)
Tabla 1 "d"	Datos demográficos (Primera visita)
Tabla 1 "e"	Datos demográficos (sexo)
Figura 2	Estado civil de los usuarios
Figura 3	Nivel de estudios de los usuarios
Figura 4	Ingresos de primera vez
Figura 5	Sexo de los usuarios
Tabla 1 "f"	Datos demográficos (tiempo de traslado)
Figura 6	Tiempo de traslado al hospital
Tabla 2	Dimensiones que integran el instrumento de satisfacción
Tabla 3	Resultados obtenidos en el instrumento de satisfacción
Tabla 4	Resultados obtenidos en el instrumento de apoyo social
Tabla 5	Correlaciones del instrumento de satisfacción
Tabla 6	Carga factorial de cada reactivo del instrumento de satisfacción
Tabla 7	Puntaje total de respuestas dadas por los usuarios en el instrumento de satisfacción

Figura 7	Rangos de satisfacción en los que se ubicaron los usuarios
Tabla 8	Correlaciones del instrumento de apoyo social
Tabla 9	Carga factorial con que cuenta cada reactivo del instrumento de apoyo social
Tabla 10	Puntaje total de respuestas dadas por los usuarios en el instrumento de apoyo social
Figura 8	Rangos de apoyo social en los que se ubicaron los usuarios
Tabla 11	Correlaciones de los instrumentos de satisfacción y apoyo social

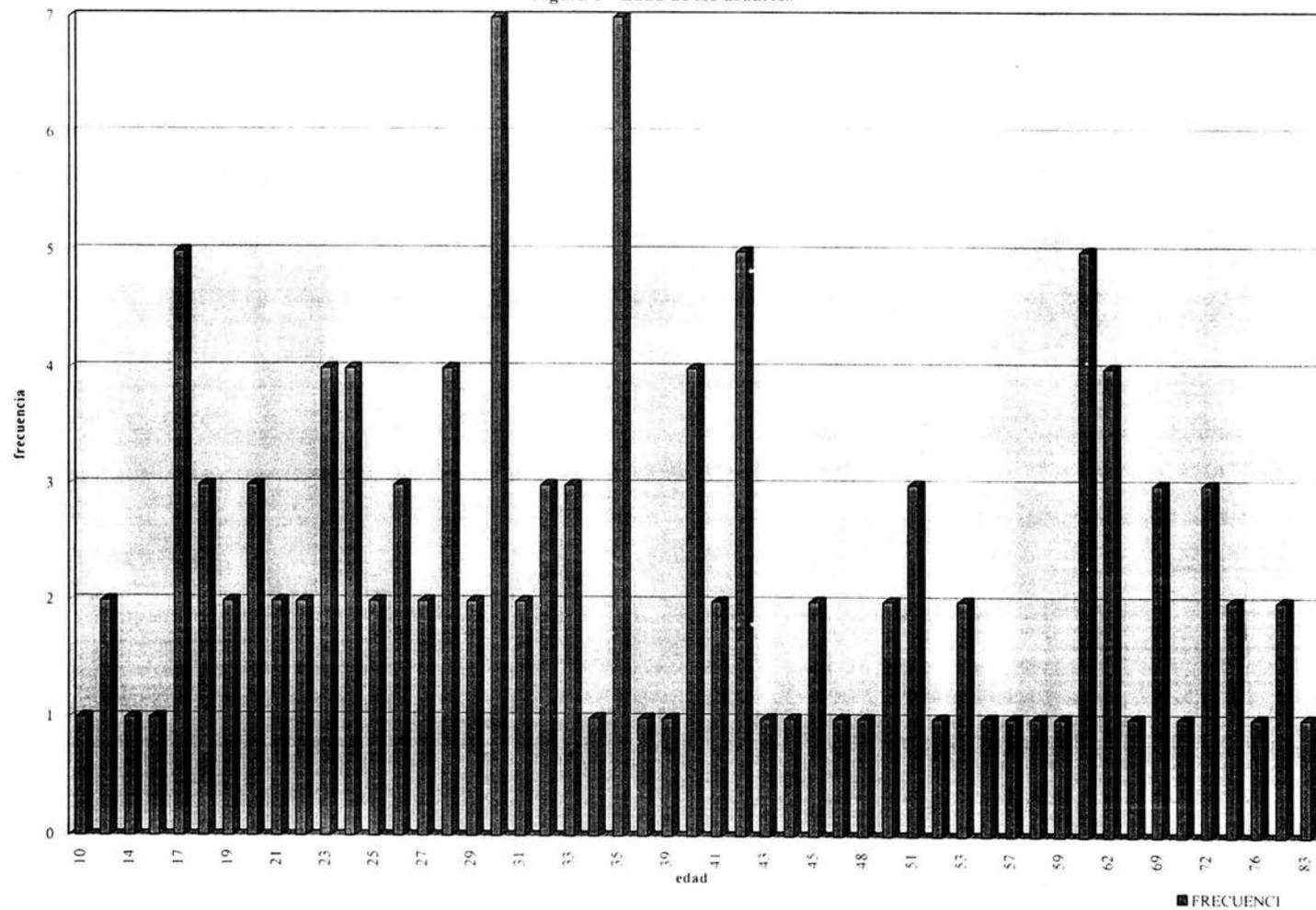
TABLA 1 "a" DATOS DEMOGRAFICOS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	1	0.8
12	2	1.7
14	1	0.8
15	1	0.8
17	5	4.2
18	3	2.5
19	2	1.7
20	3	2.5
21	2	1.7
22	2	1.7
23	4	3.3
24	4	3.3
25	2	1.7
26	3	2.5
27	2	1.7
28	4	3.3
29	2	1.7
30	7	5.8
31	2	1.7
32	3	2.5
33	3	2.5
34	1	0.8
35	7	5.8
38	1	0.8
39	1	0.8
40	4	3.3
41	2	1.7
42	5	4.2
43	1	0.8
44	1	0.8
45	2	1.7
47	1	0.8
48	1	0.8
50	2	1.7
51	3	2.5
52	1	0.8
53	2	1.7
55	1	0.8
57	1	0.8
58	1	0.8
59	1	0.8
60	5	4.2
62	4	3.3
63	1	0.8
69	3	2.5
70	1	0.8
72	3	2.5
73	2	1.7
76	1	0.8
82	2	1.7
83	1	0.8

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996.

n=120

Figura 1 - Edad de los usuarios



Fuente: Ev. Urgencias (ISEM 1996)

TABLA 1 "b" DATOS DEMOGRAFICOS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	34	26.7
CASADO	64	53.3
UNION LIBRE	15	12.5
DIVORCIADO	3	2.5
VIUDO	6	5

TABLA 1 "c" DATOS DEMOGRAFICOS

NIVEL ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	14	11.7
PRIMARIA	50	41.7
SECUNDARIA	31	25.8
TECNICO/COMERCIAL	12	10
PREPARATORIA	8	6.7
LICENCIATURA	5	4.2

TABLA 1 "d" DATOS DEMOGRAFICOS

PRIMERA VISITA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	92	76.7
NO	28	23.3

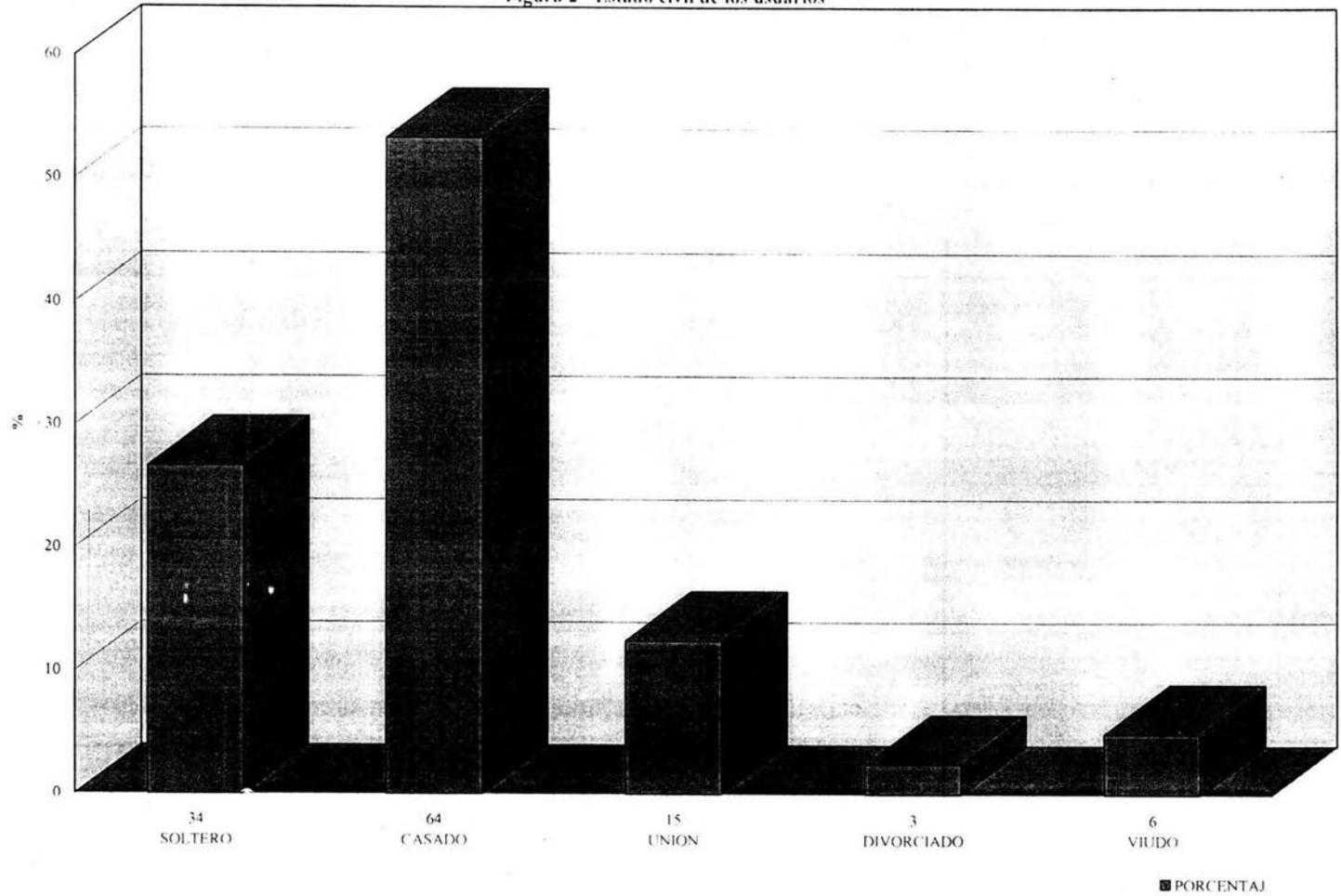
TABLA 1 "e" DATOS DEMOGRAFICOS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	60	50
FEMENINO	60	50

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (JSEM) 1996.

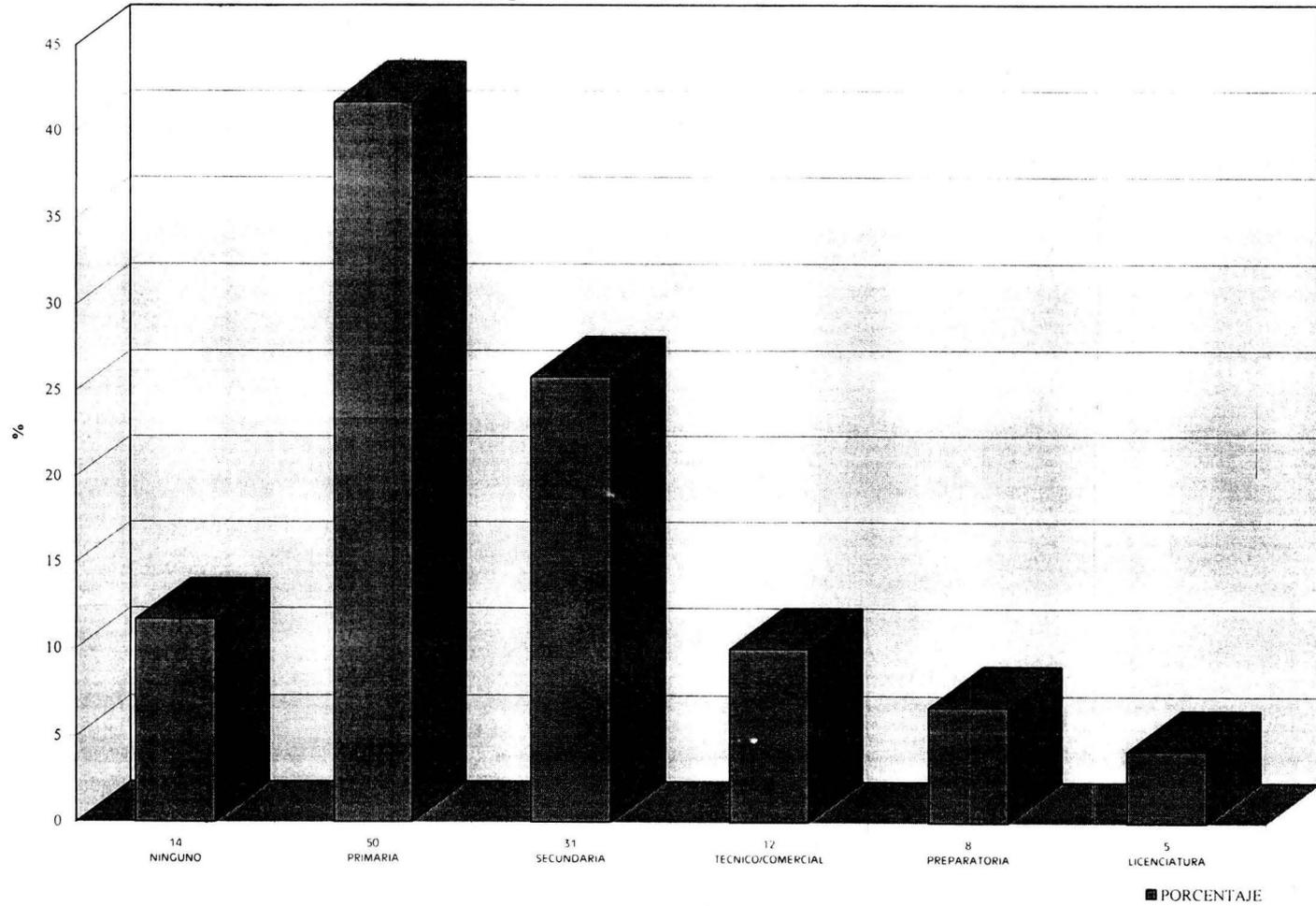
n = 120

Figura 2 - Estado civil de los usuarios



Fuente: Ev. Urgencias (ISEM 1996)

Figura 3 - Nivel de estudios del usuario



Fuente: Ev. Urgencias (ISEM 1996)

Figura 4 - Ingresos de primera vez

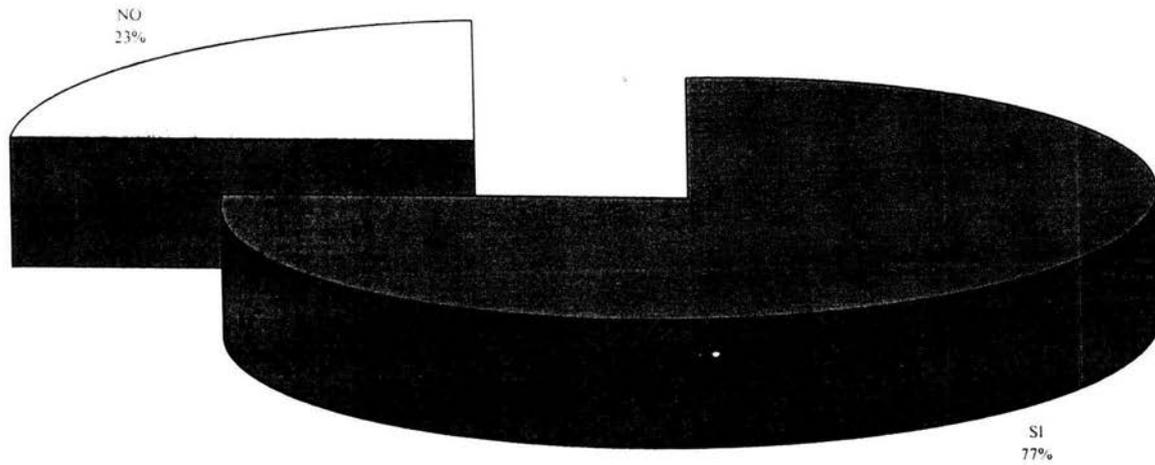
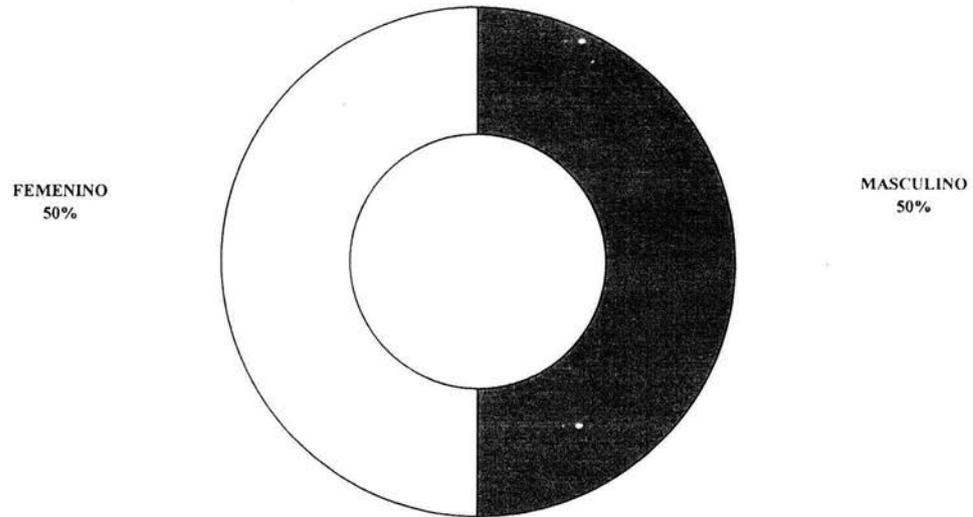


Figura 5 Sexo de los usuarios



Fuente: Ev Urgencias (ISEM 1996)

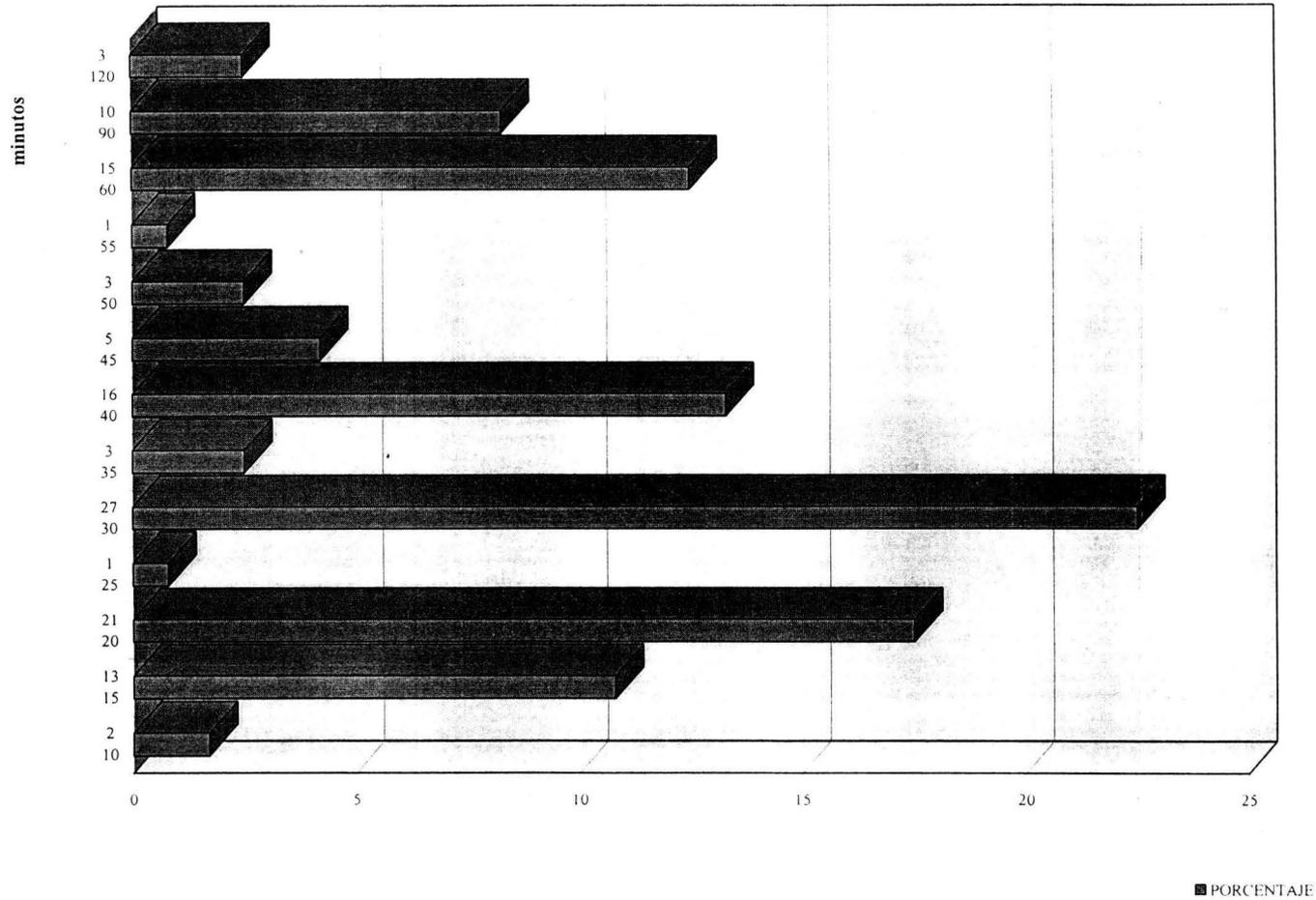
TABLA 1 "f" DATOS DEMOGRAFICOS.

TIEMPO TRASLADO (minutos)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	2	1.7
15	13	10.8
20	21	17.5
25	1	0.8
30	27	22.5
35	3	2.5
40	16	13.3
45	5	4.2
50	3	2.5
55	1	0.8
60	15	12.5
90	10	8.3
120	3	2.5

n=120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996.

Figura 6 Tiempo de traslado al hospital



Fuente : Ev. Urgencias (ISEM 1996)

TABLA 2. DIMENSIONES QUE INTEGRAN EL INSTRUMENTO DE SATISFACCION.

DIMENSION	REACTIVO
EJECUCION PROFESIONAL	
Efectividad	1
Indicación	9
Higiene	7
Prevención de cuidados superfluos	20
Tratamiento molesto	2
ACTITUD DEL PROFESIONAL	
Trato humano	3-4
Informatividad	26
Confianza mutua	16
Cooperación	23
Empatía	14
Atención a problemas psicosociales	5
ORGANIZACION	
Disponibilidad	15
Eficiencia	12-17
Privacfa	10
Accesibilidad	6-11-22
Calidad total	8-13-19
Burocracia	21
Comodidad	25

n=120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996.

TABLA 3. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION

Item	PORCENTAJE DE RESP. 1	PORCENTAJE DE RESP. 2	PORCENTAJE DE RESP. 3	PORCENTAJE DE RESP. 4	PORCENTAJE DE RESP. 5	MEDIA	DESV. ESTANDAR	MAS 1 DESV ESTANDAR	MENOS 1 DESV. ESTANDAR
1	0	2.5	0.8	92.5	4.2	3.983	0.0228	4.0058	3.9602
3	0.8	2.5	0.8	70.8	25	4.167	0.1672	4.3342	3.9998
4	0.8	11.7	0.8	74.2	12.5	3.858	0.4356	4.2936	3.4224
5	0	9.2	9.2	75	6.7	3.792	0.2361	4.0281	3.5559
7	0	0.8	0	60	39.2	4.375	0.0823	4.4573	4.2927
8	0	1.7	0	58.3	40	4.367	0.1122	4.4792	4.2548
9	0	3.3	0	80.8	15.8	4.092	0.0817	4.1737	4.0103
11	0	5	0.8	81.7	12.5	4.017	0.1128	4.1298	3.9042
12	0	3.3	0.8	85	10.8	4.033	0.063	4.096	3.97
14	0	6.7	2.5	84.2	60.7	3.908	0.1246	4.0326	3.7834
15	1.7	5	0	72.5	20.8	4.058	0.3136	4.3716	3.7444
16	0	0.8	0.8	90.8	7.5	4.05	0.0132	4.0632	4.0368
17	0	6.7	0.8	66.7	25.8	4.117	0.2745	4.3915	3.8425
18	0	0.8	0	71.7	27.5	4.258	0.0595	4.3175	4.1985
19	0.8	17.5	0	65.8	15.8	3.783	0.7992	4.5822	2.9838
22	0.8	5.8	0.8	68.3	24.2	4.092	0.308	4.4	3.784
23	1.7	10.8	0	78.3	9.2	3.825	0.4225	4.2475	3.4025
25	0.8	7.5	0.8	64.2	26.7	4.083	0.4199	4.5029	3.6631
26	0.8	1.7	0.8	73.3	13.3	3.867	0.4502	4.3172	3.4168

REACTIVOS
(NEGATIVOS)

2	0.8	27.5	0	61.7	10	3.525	1.1193	4.6443	2.4057
6	0.8	11.7	1.7	69.2	16.7	3.892	0.5169	4.4089	3.3751
10	0	3.3	0.8	74.2	21.7	4.142	0.1162	4.2582	4.0258
13	0	8.3	1.7	65	25	4.067	0.3612	4.4282	3.7058
20	0	5	0.8	75	19.2	4.083	0.1568	4.2398	3.9262
21	0.8	1.7	2.5	70	15	3.867	0.497	4.364	3.37
24	1.7	40.8	15.8	36.7	5	3.025	1.1025	4.1275	1.9225

n=120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996

TABLA 4. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL.

Item	PORCENTAJE DE RESP. 1	PORCENTAJE DE RESP. 2	PORCENTAJE DE RESP. 3	PORCENTAJE DE RESP. 4	PORCENTAJE DE RESP. 5	MEDIA	DESV. ESTANDAR	MAS 1 DES. ESTANDAR	MENOS 1 DESV. ESTANDAR
1	1.7	5	0	75	18.3	4.033	0.2883	4.3213	3.7447
2	55	26.7	0.8	15	2.5	1.833	1.8686	3.7016	-0.035
3	1.7	1.7	0	54.2	42.5	4.342	0.2798	4.6218	4.0622
4	508	26.7	0	44.2	23.3	3.525	2.6017	6.1267	0.9233
5	1.7	1.7	0	36.7	60	4.517	0.3069	4.8239	4.2101
6	3.3	5	0	45	46.7	4.267	0.8154	5.0824	3.4516
7	10	10	0	40.8	39.2	3.892	2.8696	6.7616	1.0224
8	93.3	0	0	1.7	5	1.25	0.801	2.051	0.449
9	0.8	0.8	0	43.3	55	4.508	0.1624	4.6704	4.3456
10	0.8	3.3	0	58.3	37.5	4.283	0.257	4.54	4.026
11	5	1.7	0	39.2	54.2	4.358	0.8798	5.2378	3.4782
12	32.5	13.3	0	36.7	17.5	2.933	6.3352	9.2682	-3.402
13	7.5	20	0	40.8	31.7	3.692	2.9275	6.6195	0.7645
14	4.2	3.3	0	30.8	61.7	4.425	0.9063	5.3313	3.5187
15	8.3	15	0	26.7	50	3.95	3.4707	7.4207	0.4793
16	11.7	15.8	0	44.2	28.3	3.617	3.3672	6.9842	0.2498
17	9.2	7.5	0	65	18.3	3.758	1.5876	5.3456	2.1704
18	9.2	23.3	0	30.8	36.7	3.625	4.004	7.629	-0.379

n=120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996

TABLA 5. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION**a) Correlación ítem-total**

Numero	Reactivo	Indice
10	Sentí que en algun momento de mi atención se hicieron cosas que iban en contra de mi intimidad	0.1892
14	Siento que el médico supo cuales eran mis necesidades de atención médica, adn aquellas que no le pude decir o comentar	0.1485

b) Correlación ítem-ítem

Numero	Reactivo	Indice
8-7	Higiene Adecuada. Buena atención	0.6914
25-15	Temperatura agradable. Suficiente personal.	0.508

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996.

n = 120

TABLA 6. CARGA FACTORIAL DE C/REACTIVO DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCION

FACTOR 1 Asp. Ambientales	FACTOR 2 Satisfacción gral.	FACTOR 3 Ejecución prof. y tratamiento	FACTOR 4 Manejo médico y atención recibida	FACTOR 5 Actitud del profesio- nal	FACTOR 6 Cumplimiento de expectativas y indicaciones	FACTOR 7 Comunicación e Informatividad
R12 = .65458	R7 = .85416	R2 = .71243	R1 = .66851	R5 = .65647	R19 = .55985 R23 = .68723	R4 = .75656
R13 = .72277	R8 = .83787	R6 = .43305	R18 = .57295	R11 = .75328		R14 = .4574
R15 = .77279		R10 = .59724	R21 = .44406			R26 = .53494
R17 = .52935		R20 = .78828	R22 = .69190			
R25 = .74308						

N=120

Fuente: Area de Urgencias, Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda"
(ISEM) 1996

TABLA 7. PUNTAJE TOTAL DE RESPUESTAS DADAS POR LOS USUARIOS EN EL INSTRUMENTO

No. Usuario	Sumatoria	Bajo -94	Medio 95-111	Alto +112
1	106	0	1	0
2	100	0	1	0
3	108	0	1	0
4	105	0	1	0
5	113	0	0	1
6	104	0	1	0
7	104	0	1	0
8	113	0	0	1
9	106	0	1	0
10	108	0	1	0
11	100	0	1	0
12	112	0	0	1
13	103	0	1	0
14	105	0	1	0
15	103	0	1	0
16	93	1	0	0
17	100	0	1	0
18	102	0	1	0
19	106	0	1	0
20	103	0	1	0
21	102	0	1	0
22	104	0	1	0
23	101	0	1	0
24	107	0	1	0
25	104	0	1	0
26	106	0	1	0
27	113	0	0	1
28	104	0	1	0
29	113	0	0	1
30	106	0	1	0
31	112	0	0	1
32	104	0	1	0
33	103	0	1	0
34	101	0	1	0
35	100	0	1	0
36	102	0	1	0
37	105	0	1	0
38	103	0	1	0
39	100	0	1	0
40	108	0	1	0
41	104	0	1	0
42	102	0	1	0
43	106	0	1	0
44	103	0	1	0
45	100	0	1	0
46	93	1	0	0
47	104	0	1	0
48	105	0	1	0

cont... tabla

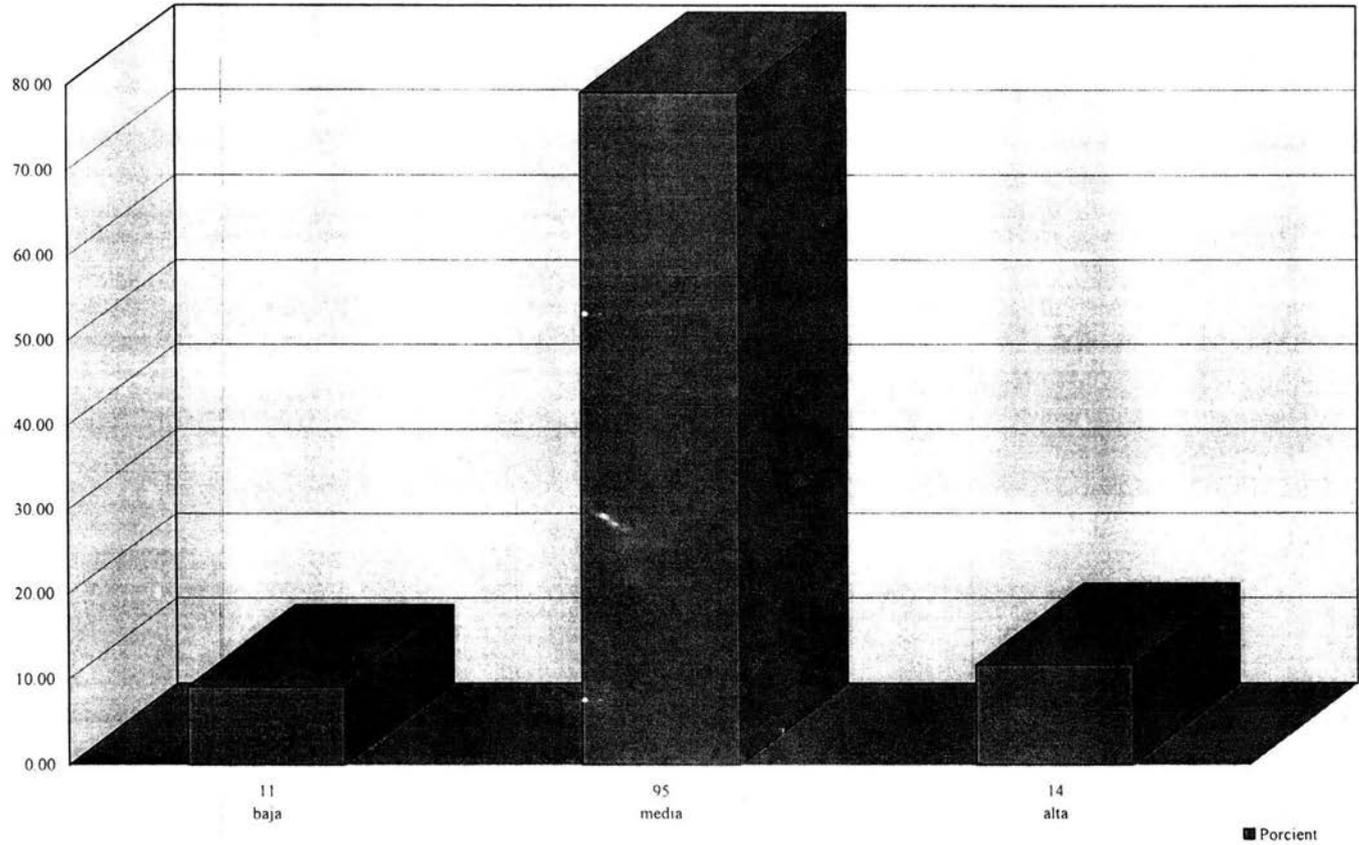
No. Usuario	Sumatoria	Bajo -94	Medio 95-111	Alto +112
49	108	0	1	0
50	100	0	1	0
51	113	0	0	1
52	102	0	1	0
53	98	0	1	0
54	110	0	1	0
55	103	0	1	0
56	100	0	1	0
57	100	0	1	0
58	90	1	0	0
59	106	0	1	0
60	102	0	1	0
61	100	0	1	0
62	100	0	1	0
63	107	0	1	0
64	98	0	1	0
65	108	0	1	0
66	102	0	1	0
67	84	1	0	0
68	99	0	1	0
69	119	0	0	1
70	100	0	1	0
71	92	1	0	0
72	97	0	1	0
73	107	0	1	0
74	101	0	1	0
75	102	0	1	0
76	105	0	1	0
77	94	1	0	0
78	106	0	1	0
79	103	0	1	0
80	94	1	0	0
81	104	0	1	0
82	109	0	1	0
83	100	0	1	0
84	105	0	1	0
85	111	0	1	0
86	98	0	1	0
87	105	0	1	0
88	113	0	0	1
89	107	0	1	0
90	110	0	1	0
91	110	0	1	0
92	109	0	1	0
93	104	0	1	0
94	110	0	1	0
95	97	0	1	0
96	112	0	0	1
97	100	0	1	0

No. Usuario	Sumatoria	Bajo -94	Medio 95-111	Alto +112
98	108	0	1	0
99	112	0	0	1
100	113	0	0	1
101	81	1	0	0
102	67	1	0	0
103	105	0	1	0
104	68	1	0	0
105	111	0	1	0
106	107	0	1	0
107	107	0	1	0
108	106	0	1	0
109	96	0	1	0
110	96	0	1	0
111	102	0	1	0
112	105	0	1	0
113	113	0	0	1
114	99	0	1	0
115	103	0	1	0
116	105	0	1	0
117	117	0	0	1
118	98	0	1	0
119	99	0	1	0
120	92	1	0	0
TOTAL		11	95	14
		9.17	79.16	11.67

n=120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruíz Castañeda" (ISEM) 1996

Figura 7 Rangos de satisfacción



Fuente: Ev. Urgencias (ISEM 1996)

TABLA 8. CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL.

a) Correlación ítem-total

Numero	Reactivo	Indice
2	Los funcionarios o líderes del gobierno velan por mi bienestar	0.1967
17	La vida en mi comunidad o colonia es ordenada y está bajo control.	0.1833

n = 120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996

TABLA 9. CARGA FACTORIAL DE CADA REACTIVO DEL INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL

FACTOR 1 Vida en comunidad	FACTOR 2 Rel. amigos y compañeros	FACTOR 3 Rel. familiares	FACTOR 4 Rel. vecinos	FACTOR 5 Rel. sociales y políticas	FACTOR 6 orden y control de la colonia	FACTOR 7 Rel. de pareja
R1 = .70215	R7 = .78123	R13 = .75810	R5 = .68235	R2 = .78115	R17 = .87230	R11 = .53732
R3 = .57384	R10 = .53030	R14 = .76298	R6 = .76727	R4 = .56803		R12 = .84371
R9 = .71064	R15 = .65387	R16 = .59213		R8 = .61537		
	R18 = .68849					

n = 120

Fuente: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan. "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996

TABLA 10. PUNTAJE TOTAL DE RESPUESTAS DADAS POR LOS USUARIOS EN EL INSTRUMENTO

No. Usuario	Sumatoria	Bajo -57	Medio 58-75	Alto +76
1	70	0	1	0
2	72	0	1	0
3	78	0	0	1
4	66	0	1	0
5	72	0	1	0
6	72	0	1	0
7	71	0	1	0
8	76	0	1	0
9	58	0	1	0
10	63	0	1	0
11	64	0	1	0
12	71	0	1	0
13	67	0	1	0
14	69	0	1	0
15	69	0	1	0
16	59	0	1	0
17	61	0	1	0
18	65	0	1	0
19	75	0	1	0
20	62	0	1	0
21	75	0	1	0
22	76	0	0	1
23	68	0	1	0
24	61	0	1	0
25	69	0	1	0
26	70	0	1	0
27	72	0	1	0
28	72	0	1	0
29	76	0	0	1
30	63	0	1	0
31	76	0	0	1
32	77	0	0	1
33	69	0	1	0
34	68	0	1	0
35	64	0	1	0
36	75	0	1	0
37	69	0	1	0
38	62	0	1	0
39	65	0	1	0
40	63	0	1	0
41	76	0	0	1
42	65	0	1	0
43	75	0	1	0
44	67	0	1	0
45	61	0	1	0
46	59	0	1	0
47	71	0	1	0
48	66	0	1	0

cont. tabla 10

No. Usuario	Sumatoria	Bajo -57	Medio 58-75	Alto +76
49	78	0	0	1
50	72	0	1	0
51	68	0	1	0
52	68	0	1	0
53	53	1	0	0
54	65	0	1	0
55	62	0	1	0
56	72	0	1	0
57	80	0	0	1
58	90	0	0	1
59	77	0	0	1
60	53	1	0	0
61	69	0	1	0
62	67	0	1	0
63	77	0	0	1
64	83	0	0	1
65	69	0	1	0
66	72	0	1	0
67	76	0	0	1
68	61	0	1	0
69	58	0	1	0
70	80	0	0	1
71	42	1	0	0
72	61	0	1	0
73	66	0	1	0
74	73	0	1	0
75	69	0	1	0
76	68	0	1	0
77	52	1	0	0
78	43	1	0	0
79	61	0	1	0
80	45	1	0	0
81	65	0	1	0
82	58	0	1	0
83	70	0	1	0
84	58	0	1	0
85	75	0	1	0
86	59	0	1	0
87	70	0	1	0
88	72	0	1	0
89	85	0	0	1
90	65	0	1	0
91	62	0	1	0
92	52	1	0	0
93	44	1	0	0
94	73	0	1	0
95	75	0	1	0
96	76	0	0	1
97	54	1	0	0

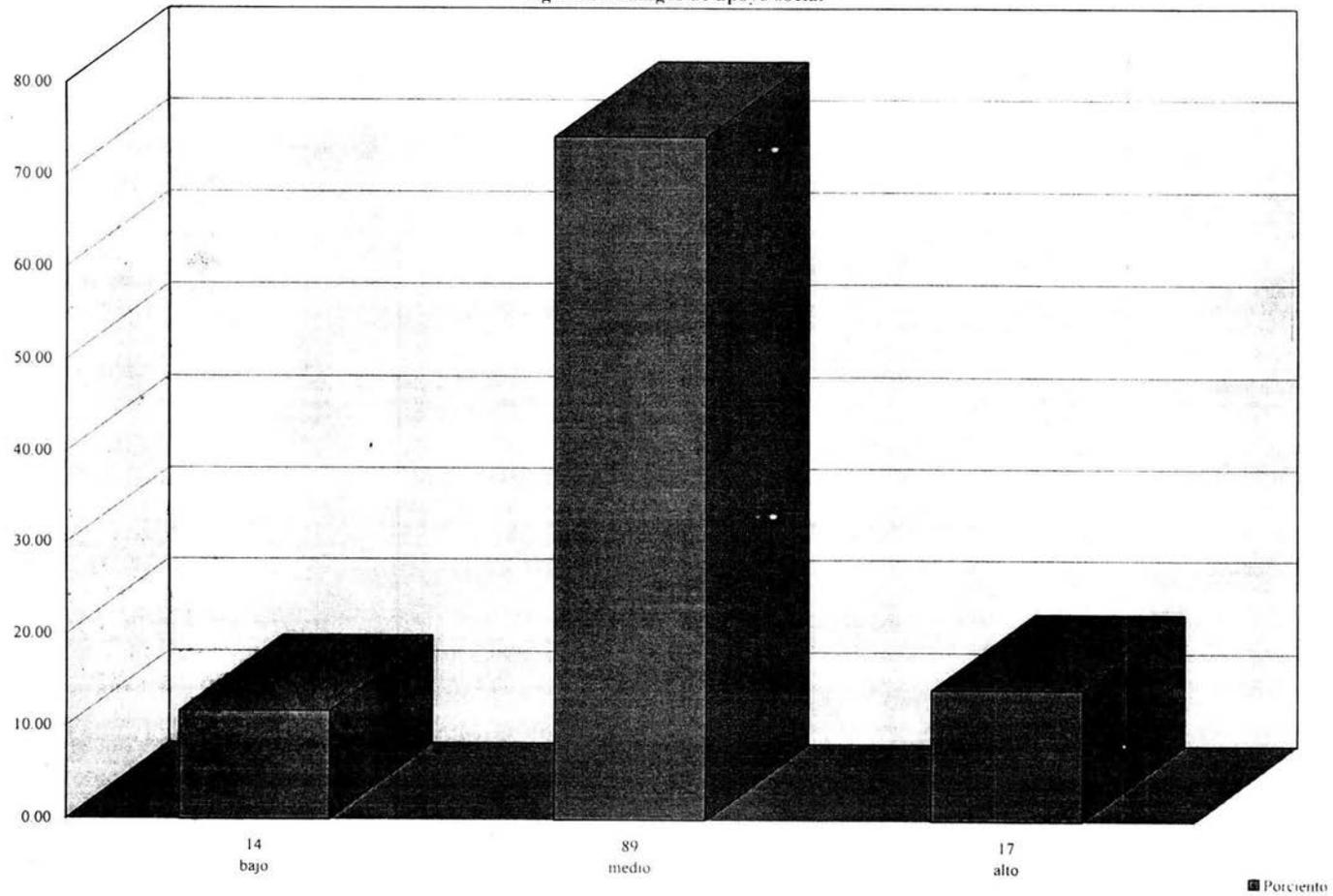
cont. tabla 10

No. Usuario	Sumatoria	Bajo -57	Medio 58-75	Alto +76
98	75	0	1	0
99	57	1	0	0
100	74	0	1	0
101	57	1	0	0
102	80	0	0	1
103	61	0	1	0
104	68	0	1	0
105	63	0	1	0
106	61	0	1	0
107	62	0	1	0
108	72	0	1	0
109	57	1	0	0
110	64	0	1	0
111	57	1	0	0
112	54	1	0	0
113	75	0	1	0
114	68	0	1	0
115	63	0	1	0
116	65	0	1	0
117	63	0	1	0
118	67	0	1	0
119	61	0	1	0
120	58	0	1	0
TOTAL		14	89	17
		11.67	74.17	14.16

n = 120

FUENTE: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996

Figura 8 : Rangos de apoyo social



Fuente : Ev. Urgencias (ISEM 1996)

TABLA 11 CORRELACIONES DE LOS INSTRUMENTOS DE SATISFACCIÓN Y APOYO SOCIAL

b) Correlación item-item con la prueba r de Pearson

Reactivo satisfacción	Reactivo apoyo social	índice de correlación	nivel de significancia p=
5	1	0.31	0.001
22	6	-0.3198	0.001
25	11	0.3817	0.001
25	17	0.4222	0.001
Total	17	0.2909	0.001

n=120

FUENTE: Area de Urgencias. Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1996