

11290

7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

PATRONES DE BUSQUEDA DE LA ATENCION
EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO DE
ORIGEN REUMATICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
AREA EPIDEMIOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A:

Psic. María del Pilar Deyanira Lavielle Sotomayor

TUTOR: DRA. PATRICIA CLARK
CO-TUTORES: DR. MARIO BROFMAN
DR. HOMERO MARTINEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MI HIJO:

Porque siempre ha sido la fuente de motivación para emprender nuevos caminos y la fuerza para afrontar las adversidades

A MI PADRE:

Por heredarme el amor hacia el conocimiento

A LUIS:

Por su apoyo incondicional, su amor y su fe en mi

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Franco por su gran calidad como maestro y ser humano.

A la Dra. Patricia Clark

Al Dr. Homero Martínez

Al Dr. Rubén Burgos

A la Dra. Ma. Del Carmen Martínez

A la Dra. Dulce María Hernández

A la Lic. Teresa de la Torre

Un especial reconocimiento al CONACYT por su apoyo para la realización de este trabajo de investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

DOLOR CRONICO Y PADECIMIENTOS REUMATICOS

- 1.1 Definición e impacto de dolor crónico
- 1.2 Aspectos biológicos y psicológicos del dolor crónico

CAPITULO II

SECTORES DE LA ATENCION

- 2.1 Sector popular
- 2.2 Sector Tradicional
- 2.3 Sector profesional

CAPITULO III

BUSQUEDA DE LA ATENCION

- 3.1 Antecedentes
- 3.2 Modelos teóricos
- 3.3 Apreciación crítica de los estudios de conducta de búsqueda de la atención

CAPITULO IV

METODOLOGIA CUALITATIVA

- 4.1 Ubicación Epistemológica

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 4.2 La investigación cualitativa en el área de la salud.
- 4.3 Métodos de la investigación
- 4.4 Determinación de la muestra
- 4.5 Métodos de análisis

CAPITULO V
METODOLOGIA

- 5.1 Justificación
- 5.2 Objetivos
- 5.3 Diseño
- 5.4 Población
- 5.5 Instrumentos
- 5.6 Procedimiento
- 5.7 Análisis de los datos
- 5.8 Aspectos éticos

CAPITULO VI
RESULTADOS

CAPITULO VII
DISCUSION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

Tradicionalmente, los profesionales de la salud y los enfermos han diferido en su visión respecto al proceso salud - enfermedad. Mientras que la visión del médico se enfoca básicamente a los aspectos biológicos y orgánicos, los enfermos involucran además los aspectos sociales, culturales, psicológicos y económicos conformando, una experiencia personal de su padecer [1].

Para los profesionales de la salud, los síntomas y signos son evidencia de que el cuerpo humano esta en un estado de desorganización biológica, la cual afecta el funcionamiento fisiológico adecuado, y por lo tanto requiere de tratamiento médico para el retorno al estado original de salud. Antes del diagnóstico y tratamiento, el médico examina la evidencia que se deriva de los síntomas y signos. Los signos son la manifestación objetiva de la enfermedad (descubierta en la exploración física o exámenes complementarios), mientras que los síntomas son expresiones subjetivas de la enfermedad, identificados, seleccionados y reportados por el paciente, siendo él mismo quien decide si requiere algún tipo de acción o no.

Por otro lado, en todas las sociedades los individuos que sufren de un malestar físico o emocional tienen varias opciones para ayudarse a si mismos o para buscar ayuda de otras personas. Pueden decidir, por ejemplo descansar o tomar algún remedio casero o pedir un consejo a los amigos, consultar a curanderos tradicionales o al médico. Pueden seguir todos estos pasos o quizá solo uno o dos. Llegado este momento, pueden surgir algunos problemas que hacen más complejo el proceso salud -enfermedad:

- a) Cuando los signos y síntomas que presenta el sujeto no son considerados por su grupo social de pertenencia como enfermedad, esto es, no se legitima el padecimiento y
- b) Cuando para los diferentes grupos de pertenencia del sujeto, la medida terapéutica adoptada no tiene legitimidad. Estos dos problemas, finalmente llevarán a un conflicto entre el sujeto y su grupo de pertenencia o implican algún nivel de estigmatización y por ende puede producir algún cambio en la conducta del sujeto en relación a la enfermedad, por el alto costo social que implica para él [1]. Un ejemplo de estos problemas, es el dolor crónico.

El objetivo de la siguiente investigación fue explorar las conductas ante la enfermedad en

pacientes con dolor crónico de origen reumático, con la finalidad de establecer patrones en la búsqueda de atención en los pacientes, y describir el proceso que el paciente transita desde que percibe su dolor hasta que decide acudir a un tercer nivel de atención. Esta descripción de la conducta ante la enfermedad, permitirá vislumbrar como se estructura el padecimiento alrededor del dolor crónico y comprender en que puntos o aspectos la aproximación biomédica al fenómeno del dolor es limitada, lo que dificulta implementar un tratamiento adecuado.

En la primera parte de la presente investigación se presentan los diferentes abordajes teóricos sobre la conducta de búsqueda de la atención o conducta de enfermedad. Se describe como se ha ido desarrollando el estudio de este fenómeno a lo largo del tiempo, además de los modelos más importantes sobre el tema y las diferentes investigaciones que se han llevado a cabo en base a estos modelos. En la segunda parte se presenta el desarrollo de la investigación, y se describen los objetivos, metodología y resultados.

CAPITULO I

DOLOR CRONICO Y PADECIMIENTOS REUMATICOS

1.1 DEFINICION E IMPACTO DEL DOLOR CRONICO

El dolor crónico es definido como una experiencia personal, única y privada, comunicada por aquel que la sufre mas como una conducta que como una sensación, y cuya duración es de meses o años [2].

En sí mismo el dolor crónico rara vez es una amenaza para la vida y no necesariamente se relaciona con deterioro fisiológico, pero hasta el momento no existe un tratamiento eficaz para combatirlo, por lo que la prescripción médica más común es "aprender a vivir con él", para minimizar el impacto negativo en la vida diaria del sujeto que lo padece [3, 4].

El dolor crónico tiene un gran impacto a nivel social e individual. Según estadísticas de los Estados Unidos de América, se estima que aproximadamente 40 millones de personas lo padecen con un costo por atención, medicamentos, y compensaciones por incapacidad de alrededor de 40 a 50 millones de dólares [3]. En México no se tiene un estimado preciso del impacto del dolor crónico, ya que la estimación debe hacerse de manera indirecta, esto es, a través de enfermedades donde el dolor es uno de los síntomas predominantes, tal es el caso de las enfermedades de origen reumático. De acuerdo a una estudio de tamizaje en una comunidad en México [5], se encontró que el 46.3% de la muestra estudiada padecía algún tipo de afección reumática. En el IMSS en 1999, se reportó en una cohorte de trabajadores una prevalencia de este síntoma, del 58.8% en mujeres y el 44.2% en hombres [6].

El dolor crónico es un fenómeno multicausal, donde interactúan los factores biológicos, que determinan la localización, duración y severidad del dolor; los factores psicológicos, que están asociados a la respuesta emocional de afrontamiento y ajuste al dolor crónico [7-9] y por último los factores sociales que implican la percepción y significado que el individuo le da a su dolor y las acciones que lleva a cabo para aliviarlo. Este concepto global es lo que se denomina la conducta de enfermedad o de búsqueda de la atención [10].

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DEL DOLOR

Las variaciones en la intensidad del dolor se deben a diferentes niveles en la tolerancia y umbral al dolor. El dolor puede ser evocado por diversos estímulos físicos (térmicos, isquémicos, eléctricos y mecánicos) y puede medirse su umbral y tolerancia a través de diferentes instrumentos como por ejemplo el Algotmetro de presión.

Hay evidencia que el umbral (momento en el cual el organismo percibe y reconoce el estímulo doloroso) y la tolerancia (momento en el cual el paciente refiere no soportar más el estímulo doloroso) están determinados por aspectos fisiológicos pero su respuesta puede también verse influida por aspectos culturales y psicológicos [11].

La respuesta al dolor que puede experimentar un individuo, está en parte determinada por sus experiencias previas y por el significado que el estímulo tiene en cada individuo. Algunos estudios en niños han reportado que la repetida exposición a intervenciones dolorosas durante la infancia puede afectar la conducta hacia el dolor en etapas posteriores de desarrollo. Por ejemplo, aquellos sujetos que fueron circuncidados en una etapa temprana, respondían exageradamente a los estímulos dolorosos producidos por inmunización [12].

Asimismo, la atención, la ansiedad y la percepción de control son factores que influyen sobre la sensación dolorosa. Si una persona concentra su atención en el estímulo doloroso, tenderá a percibirlo como más intenso. De la misma manera la anticipación del dolor es un estímulo suficiente para elevar los niveles de ansiedad y por lo tanto la intensidad del dolor. Por último, la sensación de no tener control sobre el dolor es otra variable que interviene en el fenómeno de la percepción del dolor.

El dolor es un síntoma que, de acuerdo a la percepción de gravedad de quien lo experimenta, lleva a la persona a realizar una serie de conductas para atenuar el dolor, que puede incluir desde el simple descanso hasta la búsqueda de alternativas profesionales. Algunas de las diferentes estrategias dirigidas al control del dolor son mencionadas a continuación:

1. Control farmacológico (administración de medicamentos analgésicos, narcóticos, etc.)
2. Neuroquirúrgico (bloqueo permanente de los nervios periféricos, cordotomía, etc.)

3. Terapia física (masaje, calor, estimulación eléctrica, acupuntura, etc.)
4. Tratamiento psicológico (retroalimentación biológica, condicionamiento operante, hipnosis, relajación, habilidades cognitivas de afrontamiento, etc.) [13].

Hasta ahora no existe ningún tratamiento aislado que controle efectivamente el dolor crónico. La utilización de abordaje multidisciplinario con la combinación de dos o más diferentes tipos de terapia poseen mayores índices de efectividad, ya que su efecto es acumulativo y se impactan las diferentes dimensiones del fenómeno del dolor. Por ejemplo Melzac [8] refiere que la utilización de medicamentos analgésicos y antidepresivos junto con las técnicas de relajación y electroacupuntura han demostrado tener un efecto positivo sobre los pacientes.

CAPÍTULO II

SECTORES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Todas las sociedades exhiben un pluralismo de atención, cada uno de los cuales ofrece al paciente su propia forma de explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad. Aunque todas estas formas de atención coexisten, se basan en premisas totalmente diferentes. Helman [14] hace una interesante descripción de los diferentes sectores de atención a la salud, los cuales describiremos a continuación :

2.1 SECTOR POPULAR

El sector popular es un dominio secular, no profesional de la sociedad. Es el primer lugar donde la enfermedad se reconoce y define y donde se inician las actividades de atención a la salud. Incluye todas las opciones terapéuticas que la gente utiliza sin tener que pagar y sin consultar a los curanderos tradicionales o al médico. Entre estas opciones están: la auto-medicación, consejos o tratamientos dados por la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y grupos de auto-ayuda.

En este sector , la gente usualmente utiliza los recursos de atención de manera jerárquica, que va desde la auto-medicación hasta la consulta a otros. El auto-tratamiento está basado en creencias seculares acerca de la estructura y función del cuerpo y los orígenes y naturaleza de la enfermedad. Se incluyen una variedad de sustancias y tratamientos tales como la medicina de patente, remedios tradicionales y cambios en los estilos de vida como dieta y conducta.

2.2 SECTOR TRADICIONAL

Es un sector especialmente extendido en algunas sociedades. Algunos individuos se especializan en alguna forma de curación las cuales pueden ser sacras (en las cuales queda

implícito el concepto religioso: uso de agua bendita o uso de imágenes) o seculares, o una mezcla de las dos [15].

En ciertas sociedades, el proceso de salud enfermedad es explicado por lo menos de dos formas: La sobrenatural, relacionadas con los dioses y espíritus, y las sociales, relacionadas con la brujería y el mal de ojo. En ambos casos se utiliza la curación sacra; su método de tratamiento es frecuentemente holístico, enfrentándose con todos los aspectos de la vida del paciente incluyendo las relaciones con otras personas, con el medio ambiente natural y con fuerzas sobrenaturales.

Este tipo de atención para la salud aparentemente ofrece varias ventajas sobre la medicina moderna científica a aquellas personas que lo utilizan: involucra a la familia en el diagnóstico y tratamiento, comparte la visión del mundo (entre ambas partes) y existen en los encuentros cercanía, calidez, informalidad y el uso del lenguaje coloquial en la consulta [16].

La relación entre la medicina tradicional y la profesional está marcada por la suspicacia y mutua desconfianza. La medicina moderna ve a la tradicional como poco seria, ya que no se somete al método científico para validarla. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia de este tipo de curanderos y desde 1978 recomendó que la atención a la salud tradicional fuera integrada, donde fuera posible, con la medicina moderna y subrayando la necesidad de "asegurar el respeto, reconocimiento y colaboración entre los diferentes practicantes de los diferentes sistemas de atención" [14].

2.3 SECTOR PROFESIONAL

Este comprende la atención para la salud organizada y sancionada legalmente conocida también como *alopatía* (incluyendo la homeopatía), la cual incluye no solo a los médicos de varios tipos y especialidades, sino también a las profesiones paramédicas reconocidas como las enfermeras, parteras, o fisioterapeutas, etc.

Según el tipo de sociedad será el tipo de sistema médico y las diferentes actitudes hacia la salud y la enfermedad. Una sociedad puede tener la atención a la salud como un derecho básico, o el derecho será para sólo para los muy pobres o viejos, mientras en otras sociedades la atención médica puede ser una comodidad que se debe adquirir. En este último

caso, están excluidos de la atención médica los miembros más pobres de la sociedad que no tienen los recursos para pagarla. En cualquier sociedad, el sistema médico no sólo refleja los valores básicos e ideología, sino también ayuda a mantenerlos.

Dentro del sistema médico, los que practican la medicina forman un grupo que se caracteriza por compartir sus propios valores, conceptos, teorías acerca de la enfermedad y reglas de comportamiento, como también una organización jerárquica de roles de atención. Es importante reconocer que la medicina científica proporciona solo una parte de la atención para la salud.

CAPÍTULO III

CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN

Como fue referido en la introducción, la conducta de búsqueda de la atención o conducta de enfermedad es definida como todas aquellas acciones que lleva a cabo los individuos para obtener un diagnóstico y tratamiento para su malestar.

3.1 ANTECEDENTES

En la investigación en el campo de la búsqueda de atención, Pescosolido [17] distingue varias etapas:

- a) La primera etapa o inicial (1930 a 1955), en la cual los investigadores se enfocaron a estudiar diversos tópicos relacionados con el área de la salud en la comunidad. La pregunta de investigación en este período estaba centrada en el uso de los servicios tradicionales Vs los médicos.
- b) En la segunda etapa (que abarca un período de casi 20 años, de mediados de los cincuentas a finales de los sesentas) se demostró que las ciencias sociales podían explicar cómo el sistema médico, los prestadores y el público respondían a los problemas de salud. Durante esta época surge el concepto de "rol de enfermo" de Parson, quien legitimó la aproximación sociológica en el área médica y los tópicos relacionados con la medicina en la sociología. Esta época se caracterizó por ignorar otras formas de atención (como la tradicional y popular) y centrarse en la utilización de los servicios profesionales.
- c) La tercera etapa (que abarca el período de principios de los años sesentas y continua hasta los setentas) está caracterizada por el dominio de modelos. Las preguntas respecto a las enfermedades crónicas, y el tema del acceso a la atención y a un tratamiento igualitario se convirtieron en el centro del debate sobre la atención médica. Unido parcialmente al crecimiento de los programas de entrenamiento, los sociólogos médicos comenzaron a tener un lugar en las escuelas de Salud Pública, lo que permitió que en la

investigación sobre la utilización de los servicios aparecieron modelos multivariados de causalidad. Los dos modelos más importantes en esa época son: a) El modelo de creencias acerca de la salud (Health Beliefs Model) enfocado fundamentalmente a las conductas preventivas o saludables y, b) el Modelo Sociocomportamental (Socio Behavioral Model), enfocado a la conducta de enfermo y el uso de los servicios de atención.

- d) La cuarta etapa (de 1981 al presente). El interés sobre el tema de la utilización de los servicios de salud sale del campo de la sociología hacia la "psicología de la salud" utilizando el modelo de creencias y otros nuevos modelos como el de la acción razonada de Ajzen e ingresa el área de "economía de la salud".

3.2 MODELOS TEORICOS SOBRE LA CONDUCTA DE BUSQUEDA DE ATENCION

Ciertamente, son muchas las variables que intervienen sobre la conducta de enfermedad, por lo que a lo largo del tiempo han aparecido varios modelos que tratan de explicar lo que hacen los sujetos al reconocer los síntomas y por qué.

McKinlay, Shumaker y Wolinsky [18-20] identificaron algunas aproximaciones teóricas en este tema de estudio. Entre las más importantes están las orientaciones sociopsicológicas y socioculturales, debido a que en ellas se encuentran los modelos más relevantes en el estudio de las conductas de búsqueda de atención.

3.2.1 Teoría General de búsqueda de ayuda de Mechanic

Mechanic toma la aproximación de la psicología social para estudiar la conducta de enfermedad. En esencia, Mechanic está interesado en explicar las variaciones en la conducta de enfermedad, la cual define como la conducta relevante para alguna condición que causa, o podría causar, que el individuo se preocupe por sus síntomas y busque ayuda. La teoría de Mechanic sobre búsqueda de atención se centra en la comprensión del proceso conductual que toma lugar antes de que el individuo busque atención con un proveedor de la atención.

El tema central de su modelo es que la conducta de enfermedad es una respuesta social y culturalmente aprendida. Cada vez que el individuo es confrontado con los síntomas de una enfermedad, esos síntomas serán percibidos, evaluados y actuados con base a las

definiciones individuales de la situación, las cuales están determinadas por su herencia sociocultural, producto de sus patrones de socialización. Por lo tanto, los individuos de una misma herencia sociocultural deberían percibir, evaluar y responder a las condiciones de la enfermedad con patrones similares.

Los 10 determinantes de la teoría general de búsqueda de atención representan los criterios a través de los cuales cada síntoma de una enfermedad es evaluado por el individuo. Estas determinantes son:

- Visibilidad, relevancia percibida de los síntomas y signos.
- El grado en que los síntomas se perciben como serios.
- El grado en que los síntomas interrumpen las actividades familiares, laborales y sociales.
- La frecuencia de aparición de los síntomas, su persistencia y la frecuencia de la recurrencia.
- El grado de tolerancia de los demás hacia los síntomas del individuo.
- La información disponible, conocimientos y creencias del paciente
- Negación de los síntomas
- Necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad (ej. Necesidades de alimentación vs necesidades de atención)
- Interpretaciones alternas que pueden ser asignadas a los síntomas cuando son reconocidos
- Disponibilidad de fuentes de atención, proximidad física, psicológica y monetaria

Uno de los trabajos más importantes sobre este modelo es un estudio de seguimiento por 16 años de 350 niños. El cual llevó a Mechanic a incluir un nuevo factor a su modelo. Una de las más importantes críticas a su modelo es que no especificó la interdependencia entre los 10 determinantes de búsqueda de la atención, además el modelo en su totalidad no ha sido llevado a comprobación

3.2.2 Estados de la enfermedad de Suchman

Igual que Mechanic, Suchman se preocupó por la conducta de enfermedad, la cual definió como la forma en la cual los síntomas son percibidos, evaluados y actuados por una persona cuando reconoce algún tipo de dolor, malestar u otros signos de mal funcionamiento. El objetivo de Suchman fue desarrollar un modelo que siguiera al individuo desde que

reconocía y percibía los síntomas de la enfermedad, y las conductas y acciones que llevaba a cabo para regresar a su estado de salud. En este modelo, Suchman presentó la secuencia de eventos en 5 etapas:

1. Experiencia de los síntomas. En esta etapa se decide que algo no está funcionando bien y esta evaluación se basa en tres factores:
 - a) Primero, hay la experiencia física de dolor o malestar.
 - b) Segundo, hay el reconocimiento de que esas cosas son síntomas que implican una enfermedad.
 - c) Tercero, hay una respuesta emocional que acompañan al reconocimiento de la presencia de una enfermedad como una condición que potencialmente puede ser una amenaza para la vida.
2. Asumir el rol de enfermo. En esta etapa se reconoce la enfermedad y la necesidad de atención. El individuo comienza a buscar alivio para sus síntomas a través de remedios caseros o auto-medicación. Al mismo tiempo busca información y consejo de sus amigos y familiares para sus síntomas. Además, el individuo enfermo requiere de una legitimación de su estado en su entorno social (familia, trabajo, amistades). En esencia, en este estado el proceso de atención proviene del sistema lego de referencia.
3. Contacto con la atención médica. En esta etapa, se busca atención medica profesional. La búsqueda de tratamiento cambia del sistema lego de referencia al sistema de referencia profesional. El movimiento a este estado podría ser pospuesto, dependiendo de su sistema de referencia lego. La fuente de atención profesional reflejará el conocimiento individual, la disponibilidad y la conveniencia de los servicios profesionales. Además, el diagnóstico inicial y el tratamiento propuesto por el profesional jugará un papel muy importante en la conducta futura del individuo; el individuo puede encontrar que el diagnóstico del primer médico no es congruente con el suyo, como resultado, puede presentarse una conducta donde el paciente cambia frecuentemente de médico ("doctor shopping") hasta que encuentre una evaluación médica congruente [21].
4. Rol de paciente. En este, el paciente transfiere el control de su enfermedad al profesional de la salud y acepta cumplir el tratamiento que se le prescribe; de acuerdo a Suchman, un individuo no es un paciente hasta que toma esta decisión. Esta decisión puede ser

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reconsiderada y quizá terminada debido a diferentes concepciones del paciente y el proveedor de la atención. La comunicación y la interacción entre el médico y el paciente son esenciales para que la etapa de rol de paciente sea exitosa. Aquí también hay que destacar las barreras y obstáculos que las actividades de la vida diaria implican para el proceso de tratamiento (trabajo, accesibilidad al médico, costo del servicio)

5. Recuperación o rehabilitación. En esta etapa el paciente es alentado a dejar el rol de paciente y asumir su antiguo rol o adoptar un nuevo rol como un individuo crónicamente enfermo. Durante esta fase, el individuo tiene un período para retomar de forma gradual su rol previo a la enfermedad. En la tabla 3.1 se resumen las principales características de este modelo.

Tabla 3.1 Principales características del Modelo de Schuman

Estrato	Experiencia de los síntomas	Asumir el rol de enfermo	Consejo de atención médica	Rol de enfermo	Recuperación o rehabilitación
Decisión	Algo está mal		Búsqueda de ayuda profesional	Aceptación del tratamiento profesional	
Conducta	Aplicación de medicina tradicional, auto-medicación	Requerimiento de validación del rol de enfermo provisional del sistema lego de referencia	Buscar legitimación profesional del rol de enfermo, negociación del tratamiento	Llevar a cabo el tratamiento	Asumir el rol habitual
Resultado	Negación Retardo Aceptación	Negación Aceptación	Negación Shopping Confirmación	Rechazo Ganancias secundarias Aceptación	Rol de enfermo crónico Aceptación

Fuente: F. Wolinsky [20]

Una de las críticas que ha recibido el modelo propuesto por Schuman es el que se ha enfocado a personas que ya han recibido atención médica, por lo que no se sabe si su modelo puede ser aplicado a aquellas personas que deciden no acudir al médico.

3.2.3 Modelo de conducta social de Andersen

Este modelo fue desarrollado a finales de los años sesenta, con el fin de comprender

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

por qué las familias utilizan los servicios de salud. El modelo de utilización de los servicios se enfocó originalmente a la familia como unidad de análisis; sin embargo, en los trabajos subsecuentes Andersen encontró más viable trabajar con el individuo como unidad de análisis debido fundamentalmente a la complejidad del estudio de la familia.

En su modelo sugiere que la utilización de los servicios por parte de los individuos estaba asociada a factores predisponentes, a las barreras y beneficios y a las necesidades de atención [22].

1.- Factores predisponentes :

- a) Factores demográficos, como la edad y el género, que aumentan la probabilidad de que la gente requiera de los servicios de salud.
- b) La estructura social considera los factores que determinan el estatus de la persona en la comunidad, su capacidad para enfrentarse a los problemas y allegarse recursos para resolverlos (clase social y económica).
- c) Las creencias acerca de la salud, las cuales son valores, actitudes y conocimientos que la gente tiene acerca de la salud y sus servicios.

2.- Barreras y beneficios:

- a) Accesibilidad de los Servicios: Las instalaciones y el personal deben estar disponibles donde la gente vive o trabaja. Por otro lado, los individuos deben tener los medios y el conocimiento de cómo obtener esos servicios y hacer uso de ellos. El ingreso, las instalaciones de salud, los tiempos de transporte y de espera son algunos de los indicadores importantes para medir la disponibilidad.

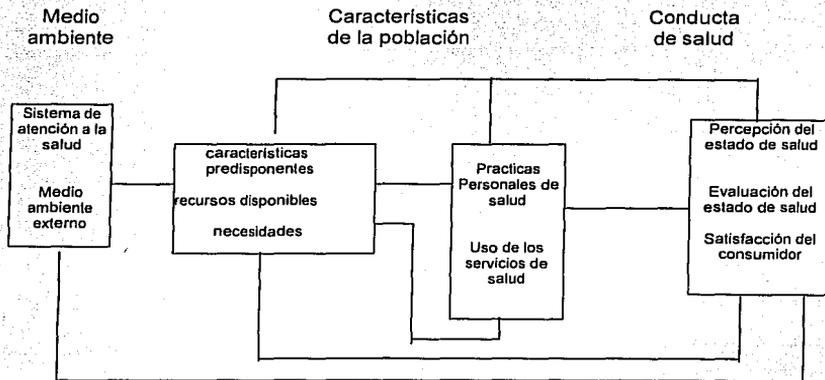
3.- Necesidades de atención:

Representan un juicio acerca del estado de salud de las personas y sus necesidades de atención. La evaluación de las necesidades no es simplemente la medición de factores biológicos sino también de sus componentes sociales.

Andersen hipotetizó que los factores predisponentes, los recursos disponibles y las necesidades tendrían un poder diferencial para explicar la utilización de los servicios, dependiendo qué tipo de servicio es estudiado, esto es, debe existir una medición específica

para una condición en particular, tipo de servicio, proveedor o episodio de la enfermedad. Los conceptos anteriores se resumen el diagrama 3.1.

Diagrama 3.1 **Modelo de Conducta Social de Andersen**



Fuente: R. Andersen [22]

3.2.4 Modelo de Creencias de la Salud.

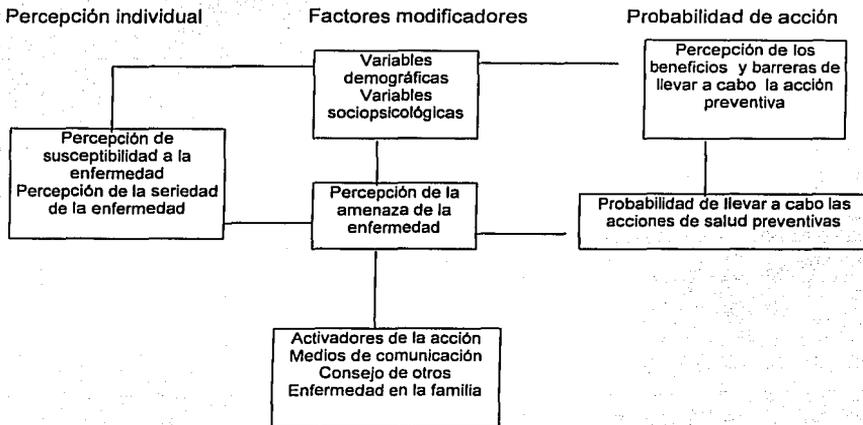
El modelo de creencias de la salud es uno de los modelos mejor conocidos en la utilización de los servicios de salud [23]. Este modelo surge del esfuerzo de varios investigadores en el área de la investigación de salud pública.

Basado en la teoría Lewiniana de Campo, esta aproximación considera que existen cuatro factores que están involucrados en la toma de decisión del individuo acerca de la enfermedad:

- a) Percepción de la susceptibilidad a la enfermedad, en la cual el individuo debe considerarse como vulnerable a la enfermedad;
- b) Percepción de la seriedad de la enfermedad: el individuo debe percibir la seriedad de contraer una enfermedad;
- c) Percepción de los beneficios y de las barreras de llevar a cabo una acción: aquí el individuo ha percibido que es vulnerable, así como las consecuencias de contraer la

- enfermedad, por lo que toma la decisión de llevar a cabo algún tipo de acción que dependerá de cómo evalúa los beneficios y barreras para llevar a cabo dicha acción;
- d) Los detonantes que motivan la acción: estos se definen como los motivos o razones por las cuales el enfermo lleva a cabo una acción determinada; es necesario que el individuo sea impulsado por algún factor externo.

Diagrama 3.2 Principales características del Modelo de Creencias de la salud



Fuente:Shumaker [19]

Son varios los estudios que se han llevado a cabo para evaluar el modelo de creencias acerca de la salud, sin embargo, se ha sugerido que estos estudios han mostrado que la estructura de las creencias es diferente para cada padecimiento, por lo que la utilidad práctica de este modelo parece ser bajo [20].

3.2.5 Modelo de Sistemas de Referencia de Freidson:

En su análisis, Freidson [24] intenta desarrollar un modelo predictivo sobre la utilización de los servicios de salud como variable dependiente, en tanto que las variables

independientes se componen del contenido y estructura social. Con estas variables crea una tipología de sistemas de referencia que permitirán predecir la proporción de utilización de los servicios profesionales.

Según Freidson, es la cultura común la que crea el "mal" como significado social (así como la profesión médica crea la "enfermedad") por ello, si alguien se considera enfermo y necesita ayuda médica, encontrará apoyo y aceptación de su entorno social siempre y cuando muestre síntomas que a juicio de otros sean una enfermedad [10]. Esto es, en el proceso de atribuir significados a su experiencia, el individuo no inventa los contenidos por sí mismo, sino que utiliza los significados y las interpretaciones que le ha proporcionado su vida social. De este modo, se puede predecir la conducta de un conjunto de personas sin hacer referencia a sus características individuales, sino refiriendo únicamente el grupo social en el que participa [24].

La organización de la gente en familias y grupos de parentesco, vecinos, grupos de trabajo y otros semejantes opera para imponer visiones particulares de la enfermedad y de su tratamiento independientemente de las visiones aisladas de los individuos que los integran. En este sentido, el tipo de interacción entre las personas determina la dirección de la conducta, por lo que se puede hablar de un sistema profano de referencia.

Existen 3 sistemas de referencia que a continuación expongo:

1. En el primero, los sujetos participan de una cultura nativa, muy diferente a la de los profesionales de la salud, que tiene una estructura de referencia personal muy cohesiva. En este sistema se puede predecir que los individuos muestran un alto grado de resistencia a utilizar los servicios de salud, y acudirán más frecuentemente a practicantes nativos (ej áreas rurales en diferentes países).
2. El segundo sistema se caracteriza por la participación del individuo en un sistema nativo similar al anterior, pero donde el sistema de referencia no es tan cohesivo, lo cual permite que los sujetos actúen más libremente. En este caso se puede suponer que la utilización de los servicios médicos se encontrará también restringido (ej. comunidades semirurales)[25].
3. El tercer tipo se presenta cuando la cultura del sujeto es muy parecida a la profesional y cuando la estructura social no es tan cohesiva. Dado que el conocimiento de los sujetos es muy similar al de los médicos, el individuo tratará de curarse a sí mismo en situaciones

en las cuales se considera competente para hacerlo y pasará directamente del auto-tratamiento a la consulta de un profesional. En este último sistema, es poco probable que el individuo utilice otro tipo de servicios que no sean los profesionales, ya que este tipo de sistema se caracteriza por ser muy cohesiva y culturalmente muy similar a la profesional (ej. Pacientes admitidos en centros hospitalarios).

3.2.6 Redes sociales de apoyo de Mckinlay

McKinlay [26] utilizó las redes sociales para explicar las formas en las cuales responden tanto el paciente como la familia a sus necesidades de salud. McKinlay utiliza el término *redes sociales* para referirse al grupo de contactos con los familiares, amigos, vecinos, etc. a través de los cuales el individuo mantiene una identidad social y recibe apoyo emocional, material, servicios e información y desarrolla nuevos contactos sociales

McKinlay resalta la importancia de factores mediadores, que son eventos y situaciones que intervienen entre la presentación de los síntomas y la conducta de búsqueda de atención. Estos eventos y situaciones pueden incluir el contexto en el cual los síntomas se presentan y las características individuales o del grupo social.

Una vez que el individuo reconoce la presencia de los síntomas o percibe la necesidad de algún tipo de ayuda, se enfrenta a varias posibles formas de acción (popular, tradicional, profesional). Esta fase es conocida como de pre-paciente y se caracteriza porque el sujeto es más receptivo a la información y sugerencias relacionadas con algún curso de acción. Es durante la fase de pre-paciente, en el camino de búsqueda de atención, cuando los miembros de la red de apoyo pueden influenciar lo que hará el sujeto en por lo menos en dos formas:

1. Identificando las fuentes de ayuda profesional. En algunos casos asegurándose de un encuentro positivo a través de la recomendación ("dile que yo te envío") o dando una serie de instrucciones al sujeto.
2. Los miembros de la red social pueden tener influencia en las expectativas que el sujeto se hace respecto al encuentro con el proveedor del servicio. Los miembros predicen lo que le sucederá al sujeto (cómo serán examinados, qué preguntas se les harán, qué curso de acción se le recomendará, etc.) Si el encuentro es diferente a las expectativas de los

membros de la red, el sujeto puede sentirse insatisfecho o alarmado.

El concepto de red social tiene gran utilidad para explicar la conducta en las etapas tempranas del proceso de búsqueda de ayuda.

Se ha sugerido que las diferentes categorías de edad y grupos culturales responden a las crisis de manera diferente. Actualmente, estas diferencias pueden ser explicadas, en gran parte, por las diferentes redes sociales de apoyo que se sabe están asociadas con estas categorías.

Actualmente existe la tendencia a retomar algunos de estos modelos, como el modelo de etapas de Mechanic [27] la carrera de enfermedad de Pescosolido [28] y las redes sociales de Freidson [24]. Estos modelos son un intento de dar un componente dinámico a los conceptos de conducta de búsqueda de la atención o conducta de enfermedad [17].

3.2.7 Convergencia de los modelos

Como puede observarse, existe una gran convergencia entre los modelos propuestos, aunque el grado de convergencia no ha sido ampliamente documentado empíricamente.

En 1979, Becker y asociados llevaron a cabo un estudio en donde se agruparon por categorías las variables de los diferentes modelos que fueran similares, utilizando el método de escalamiento multidimensional no métrico. Los autores encontraron que las variables de los diferentes modelos podrían ser agrupados en 6 categorías: 1) percepción de la enfermedad 2) grado de amenaza de la enfermedad 3) conocimientos acerca de la enfermedad 4) redes sociales 5) variables demográficas y 6) acceso a la atención a la salud.

Esto llevó a Becker a concluir que las similitudes identificadas entre las variables de los diferentes modelos son importantes para la comprensión de las conductas de los individuos en relación a su salud.

Aunque los modelos están lejos de ser independientes, a pesar de las diferencias en la etiquetación y definición de las variables, parece poco probable que aparezca, en un plazo corto, una aproximación unificada para el estudio de la conducta de enfermedad.

A continuación se resumen las características mas importantes de los modelos (tabla 3.2).

Tabla 3.2 Resumen de los principales modelos en la conducta de búsqueda

AUTOR	MODELO	PERSPECTIVA	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Mechanics (1995)	Conducta de búsqueda de la atención	Socio psicológica	Estudia la conducta de enfermedad desde que el paciente percibe el síntoma hasta la consulta con el médico. Los factores que están involucrados en el proceso de búsqueda de ayuda: visibilidad, frecuencia y persistencia, tolerancia de los demás, información disponible, negociación de los síntomas, necesidades, interpretaciones, disponibilidad de fuentes de atención
Suchman (1988)	Patrones de búsqueda de la atención	Socio Psicológica	Identifica los patrones de búsqueda, hallazgo y seguimiento de la atención. Los cuales divide en 5 etapas (de las cuales solo describiremos la primera): experiencia de los síntomas a) experiencia física del malestar, b) reconocimiento de los síntomas, c) respuesta emocional
Andersen (1995)	Socio Conductual	Socio Psicológica	La utilización de los servicios está asociada a: a) características predisponentes (factores demográficos, estructura social, creencias acerca de la salud) b) recursos disponibles (accesibilidad de los servicios) c) necesidades de atención (juicio acerca del estado de salud)
Becker (1974)	Creencias de la salud	Socio Psicológica	La utilización de los servicios de salud están relacionados con: a) percepción de la seriedad de la enfermedad b) percepción de la susceptibilidad a la enfermedad c) percepción de los beneficios y barreras de llevar a cabo una acción d) los eventos desencadenantes que motivan la acción
Freidson (1978)	Sistemas de Referencia	Socio Cultural	El sistema de relaciones en las que participa el individuo determina la dirección de su conducta o también conocido como sistema profano de referencia. a) sistema nativo cohesivo en el cual la visión es muy diferente a la del profesional, se muestra gran resistencia a la utilización de los servicios b) sistema nativo no cohesivo, la utilización también se encuentra restringida c) sistema cosmopolita, cuando la cultura del sujeto es muy parecida a la profesional, donde el individuo tratará de curarse a sí mismo cuando se considera competente para hacerlo y parará directamente del auto-tratamiento a la consulta con el profesional
McKinlay (1985)	Redes Sociales	Socio Cultural	Resalta la importancia de factores mediadores entre la presentación de los síntomas y la conducta de atención (utilización de servicios). Cuando el sujeto percibe los síntomas o la necesidad de ayuda (fase de pre-paciente en la conducta de búsqueda), negocia con los "otros" significativos acerca de la etiqueta que debe ser aplicada, qué tan severo es el episodio y cuál es la conducta de búsqueda más apropiada

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.3 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN

Existen muy pocos estudios que relacionen la conducta de búsqueda de la atención en pacientes con dolor crónico de origen reumático, que es el objeto de estudio de esta tesis. Entre las perspectivas teóricas para abordar el fenómeno de la búsqueda de la atención en dolor crónico encontramos tres: La sociopsicológica, la de los servicios de salud y la sociocultural.

3.3.1 Perspectiva Sociopsicológica

Algunos estudios han sugerido que la percepción de traumas emocionales y los trastornos psiquiátricos son factores asociados a un mayor uso de los servicios. Esto se ha descrito en pacientes con fibromialgia, padecimiento que se caracteriza por dolor crónico generalizado de origen reumático [29, 30].

En otros estudios en pacientes con dolor crónico se ha encontrado una relación entre la utilización de los servicios de salud y ciertas características psicológicas: como la personalidad [31], depresión o ansiedad [32], necesidad afiliativa latente (establecer relaciones sociales con grupos) [33] y estrés emocional [34]. En todos estudios se demostró que a mayor presencia de disfunción emocional, mayor número de visitas al médico. Estos resultados son de esperarse si notamos que una de las esferas involucradas en la experiencia del dolor es la psicológica, que se encuentra relacionada tanto en el aspecto conductual como en el biológico en los pacientes expuestos a dolor crónico, independientemente de la intensidad o severidad del dolor.

3.3.2 Perspectiva de los Servicios de Salud

Otros estudios que tratan de explicar la utilización de los servicios lo hacen desde la perspectiva de algunas características de los proveedores de la atención.

En este tipo de acercamiento teórico se ha tratado de relacionar la accesibilidad de los servicios de salud (de tipo geográfico), la afiliación (que se refiere a la existencia de una relación entre el proveedor y el cliente) y la relación médico paciente (como barrera en la atención, debido a diferencias culturales entre el médico y el paciente) para explicar el uso de los servicios de salud [35-37].

3.3.3 Perspectiva Sociocultural

En esta perspectiva sobresale el estudio de la etnicidad en las diferencias de uso y tipo de servicios utilizados.

Se ha encontrado que el tratamiento elegido (tradicional o profesional) para combatir algún tipo de enfermedad está relacionado con la asignación de ciertas categorías de significado (daño del alma debido a agentes extra-humanos, brujería, daño orgánico debido a un agente inmanente) [38] y con el contexto sociocultural de los individuos; esto es, con el grado de aculturación de la población [39]. Algunas características del padecimiento, como la percepción de la causa pueden explicar el tipo de alternativa de búsqueda que se elige, así como la percepción de la eficacia de una supuesta alternativa tiene peso en la elección [40, 41].

Otros factores que influyen en la conducta de búsqueda y han sido mencionadas son: las diferencias de tipo racial [42, 43][44], la definición y percepción de la intensidad o seriedad de la enfermedad, los recursos económicos del sujeto que se encuentran en relación con los costos del tratamiento médico [45], el estado civil (divorciados o separados), condición laboral [46], diferencias sexuales [47] o por el área de residencia [48].

En la siguiente tabla podemos observar los estudios realizados en dolor crónico y en algunos padecimientos reumáticos:

TABLA 3.3 Estudios relacionados con la búsqueda de la atención

PRIMER AUTOR	PERIODICIDAD	VARIABLES	SUBJETOS	MÉTODO	RESULTADOS
Aaron 1996, 97	Socio - Psicológica	Traumas emocionales y trastornos psiquiátricos	Fibromialgia	Encuesta	Los trastornos psiquiátricos se asocian a la búsqueda de la atención
Cread 1981	Socio- Psicológica	Depresión/ansiedad	Artritis	Pruebas Psicológicas	Asociación de la depresión y utilización de los servicios
Egan 1987	Socio- psicológica	Respuesta a la enfermedad	Dolor crónico	Encuesta	Las actitudes se relacionan con la utilización de los servicios
Carey 1996	Socio- psicológica	Tipo de atención	Dolor de espalda	Encuesta	El 91% de los pacientes acudió al médico
Darmawan 1992	Socio- cultural	Tipo de atención	Enfermedades reumáticas	Encuesta	Los pacientes del área rural se atienden en su mayoría con tratamientos tradicionales
Turp 1998	Servicios	Tipo de atención	Dolor músculo - esquelético facial	Encuesta	Los pacientes recurrieron al médico, quiropráctico, terapias de relajación
Chaturvedi 1997	Servicios	Utilización de los servicios	Dolor de pecho	Encuesta	Barreras de los servicios
Parnass 1982	Socio- psicológica	Características determinantes	Inmigrantes	Encuesta	Las necesidades filiativas determinan la utilización de servicios
Cameron 1995	Socio- psicológica	Utilización de los servicios	Con síntomas	Encuesta	El estrés no afecta la búsqueda de la atención
Lasker 1981	Servicios	Atención médica vs tradicional	Comunidad	Encuesta	Accesibilidad geográfica y económica
Knonenfeld 1978	Servicios	Utilización de los servicios	Comunidad	Encuesta	La afiliación a un servicio y los ingresos
Romanucci 1968	Socio- cultural	Atención médica vs tradicional	Comunidad	Entrevista	Las creencias respecto a las causas de los síntomas como determinantes del tipo de atención elegida
Press 1969	Socio-cultural	Atención médica vs tradicional	Pacientes de hospital y de curanderos	Entrevista	El grado de aculturación como determinante del tipo de atención elegida
Colson 1971	Socio-cultural	Atención médica vs tradicional	Comunidad indígena	Entrevista	La percepción de la eficacia como determinante del tipo de atención elegida
Crawford 1993	Socio-cultural	Diferencias raciales en la utilización	Blanco y negro	Encuesta	No existe diferencias raciales en la utilización de los servicios
Echebarria 1992	Socio-cultural	Representación de la enfermedad y la medicina	Comunidad	Encuesta	El tipo de representación como determinante de la acción elegida

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Todos estos estudios son descriptivos, se restringen a relacionar algunas de las variables que están asociadas con la utilización de los servicios de salud profesional o tradicional. Los investigadores tienden a utilizar a un grupo de la población que utiliza un servicio en una determinada forma, y rara vez se hace referencia a cómo los individuos de un grupo en particular hacen una decisión en particular; además, existen pocos estudios que muestren los "detonantes" necesarios para producir una determinada conducta o establecer de manera específica los diferentes procesos, etapas y tipos de decisión que los individuos hacen en búsqueda de la atención [18].

CAPITULO IV METODOLOGIA CUALITATIVA

4.1 UBICACION EPISTEMOLOGICA

Existen al menos dos corrientes epistemológicas que explican dos diferentes teorías utilizadas en la investigación en salud. Una de ellas se centra en la cuantificación de los datos, y la comprobación de hipótesis, y la otra en los datos cualitativos.

Desde finales del siglo XIX hasta la fecha, el modelo dominante en la ciencia ha sido el de la cuantificación de los datos; aquellas ciencias que llevan en sí mismas la cuantificación como las matemáticas o la física, son conocidas como ciencias "duras" y las áreas menos cuantificables, como la biología y particularmente las ciencias sociales, son llamadas ciencias "blandas" término que de alguna manera trata de explicar cierto grado de imprecisión en este tipo de ciencias.

Estas diferentes visiones de la ciencia descansan en diversos paradigmas: el cuantitativo proveniente del postpositivismo y el cualitativo del constructivismo. Ambos comparten tres preguntas fundamentales que tratan de contestar de acuerdo con su metodología:

1. Pregunta ontológica.-Cuál es la forma y la naturaleza de la realidad y por lo tanto, qué puede ser conocido.
2. Pregunta epistemológica.-Cuál es la naturaleza de la relación entre el conocedor y lo que quiere conocer
3. Pregunta metodológica.-Cómo puede el investigador encontrar lo que él cree que puede ser conocido.

4.1.1 Positivismo

El positivismo asume que existe una realidad aprehensible, la cual está manejada por leyes y mecanismos. La postura básica del paradigma es reduccionista y determinista. Se asume que el investigador y el "objeto" investigado son entidades independientes y que el investigador es capaz de estudiar el objeto sin influenciarlo o ser influenciado por él. Cuando es reconocida o sospechada algún tipo de influencia (lo cual amenaza la validez), se siguen

varias estrategias para reducirla o eliminarla. Por último, su método de investigación está basado en la experimentación y la manipulación. Esta visión de la ciencia concentra sus esfuerzos en la verificación de una hipótesis a priori, la cual es establecida como una proposición matemática que expresan una relación funcional. Este tipo de formulación tiene enorme utilidad cuando el objetivo de la ciencia es la predicción y control de los fenómenos de la naturaleza.

4.1.2 Postpositivismo

El postpositivismo asume que existe una realidad que sólo puede ser aprehensible de manera imperfecta debido a los mecanismos del intelecto humano y de la naturaleza intratable del fenómeno. En este paradigma, la objetividad permanece como un "ideal de regulación", o estándar, poniendo énfasis en mecanismos de control externos de la objetividad tal como la crítica de la comunidad (tales como editores, profesionistas, etc.). Los hallazgos que son replicados son *probablemente* verdaderos (pero siempre sujetos a ser falseados). Se pone gran énfasis en la "crítica múltiple" como una forma de falsación (más que verificación) de las hipótesis.

Para el positivismo y postpositivismo el objetivo de la investigación es la explicación, predicción y control de un fenómeno, físico o humano. Los criterios de calidad de la investigación se basan en la validez interna y externa, confiabilidad y objetividad. Sin embargo, el isoforismo con la realidad puede no ser encontrado, la generabilidad es imposible y la estabilidad no puede ser evaluada con la investigación porque los fenómenos son cambiantes (sobre todo a nivel humano) y la objetividad no puede ser lograda porque no hay nada de lo que uno pueda ser "distante".

4.1.3 Constructivismo

Este paradigma asume que la realidad es aprehensible en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, pues están basadas en la experiencia, de naturaleza local y específica (aunque los elementos son frecuentemente compartidos entre los individuos a través de la cultura). Esas construcciones no son más o menos "verdaderas", en sentido

absoluto, pero pueden ser más o menos sofisticadas. Las construcciones son alterables y están asociadas a "realidades". El investigador y su objeto de investigación están ligados interactivamente, por lo que los "hallazgos" son literalmente creados. Estas construcciones pueden ser evocadas sólo a través de la interacción entre el investigador y el entrevistado. El objetivo final es lograr un consenso de la construcción que es más informativa y sofisticada que alguna otra construcción anterior [49].

En años recientes, sin embargo, ha emergido una fuerte presión en contra de la cuantificación. Son varias las críticas que han llevado a reconsiderar la importancia de los datos cualitativos. Una de las críticas más importantes se refiere a que la conducta humana, a diferencia de los objetos físicos, no puede ser comprendida sin hacer referencia a su significado y los propósitos asignados por los actores. Los enfoques cualitativos son los únicos que pueden dar claridad sobre los conceptos de la conducta humana. Otra de las críticas se refiere a la falta de aplicabilidad de los datos generales a casos individuales. La generalización, aunque quizá estadísticamente pueda ser significativa, no tiene aplicabilidad en los casos individuales, y los datos cualitativos pueden ayudar a evitar tal ambigüedad [49].

4.2 INVESTIGACION CUALITATIVA EN LA INVESTIGACION MEDICA.

La metodología cualitativa se practica con mayor frecuencia en las ciencias sociales y ha sido incorporada a la investigación en salud. Uno de los objetivos de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que ayuden a comprender un fenómeno social, poniendo énfasis en los significados, experiencias y puntos de vista de los participantes [50]. Los estudios cualitativos están encaminados a definir los fenómenos, cómo varían en diferentes circunstancias y por qué.

Debido a que la investigación cualitativa no busca enumerar las características del fenómeno, es vista como la antítesis de los métodos cuantitativos. Esta dicotomía sugiere que mientras los métodos cuantitativos ayudan a la confiabilidad por medio del uso de herramientas tales como cuestionarios estandarizados, los métodos cualitativos ayudan más a la validez, obtenida a través de la descripción de cómo la gente se comporta realmente.

Las crítica más común hacia la metodología cualitativa es que es meramente el

recuento de impresiones personales, fuertemente sujeta a sesgos; se argumenta que le falta reproducibilidad y finalmente se critica su falta de generabilidad.

Lo que subyace en estas críticas es el supuesto de que estos dos métodos son diferentes en su capacidad de asegurar la validez y confiabilidad de sus hallazgos. Esta distinción es más de forma que de fondo. En el análisis cuantitativo es posible generar representaciones estadísticas de un fenómeno, el cual puede o no ser justificado, igual que en el trabajo cualitativo, ya que depende del juicio y las habilidades del investigador. Toda investigación es selectiva, no existe ninguna forma en que el investigador pueda capturar el fenómeno real de los eventos. Todo investigador depende de la recolección parcial de la evidencia, a través de una serie de métodos, los cuales tienen sus debilidades y fortalezas. Por ejemplo, en una encuesta, es difícil para el investigador asegurar que las preguntas, categorías y lenguaje utilizado en el cuestionario son compartidos uniformemente por todos los entrevistados y que las respuestas tengan el mismo significado para todos ellos. De la misma forma, la investigación que se basa exclusivamente en la observación de un sólo investigador está limitada por definición a la percepción e introspección del investigador. En resumen los métodos cuantitativos pueden ser confiables pero no válidos y los métodos cualitativos pueden ser válidos pero no confiables [51].

El aparente conflicto entre métodos cualitativos y cuantitativos puede ser superado, por lo menos en la investigación en salud, a través de una combinación apropiada de ellos. Las ciencias experimentales no son el único campo en el cual el "método científico" puede ser aprendido y no necesariamente es el mejor. Probablemente, las ciencias sociales son de los mejores terrenos donde desarrollar el juicio crítico, construir hipótesis, modificar hipótesis a la luz de nueva evidencia [52]. No se trata de un cambio de un conocimiento por otros, sino que el concepto de ciencia en medicina debe ser ampliado [53, 54]. El desarrollo de una hipótesis o evaluación de un fenómeno no puede ocurrir sin la interpretación humana, la subjetividad del científico en la interpretación de una observación no puede ser excluido [55]. La complementariedad de ambos métodos se puede dar por medio de:

1. El trabajo cualitativo puede ser llevado a cabo como una parte preliminar de la investigación cuantitativa. Las técnicas cualitativas tales como la observación, entrevistas a profundidad y grupos focales, pueden ser utilizados para proporcionar una descripción

y comprensión de la conducta. En su forma más básica, esas técnicas pueden ser usadas simplemente para descubrir los términos que pueden ser utilizados en un cuestionario.

2. Pueden ser utilizados como un complemento del trabajo cuantitativo. Pueden ser parte del proceso de validación, donde tres o más métodos son utilizados y los resultados son comparados por convergencia.
3. Explorando un fenómeno complejo o áreas donde no es posible acceder por medio de los métodos cuantitativos [56].

4.3 METODOS EN LA INVESTIGACION CUALITATIVA

Existen varios métodos y técnicas en la Investigación cualitativa, por medio de los cuales el investigador logra recolectar la información. A continuación mencionaremos los que con mayor frecuencia han sido utilizados en el área de investigación médica:

4.3.1 La entrevista

Por entrevista se define una conversación verbal entre dos o más personas, cuya finalidad es reunir datos, donde una persona se dirige a otra y da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con el problema específico.

La entrevista comienza a ser utilizada ampliamente por las ciencias sociales en las tareas de investigación, en algunas disciplinas como la psicología o los estudios sociológicos. Esta técnica se generaliza en dos usos que, hasta ahora han marcado la tradicional distinción entre lo cualitativo y lo cuantitativo; por un lado la entrevista extensiva (encuesta) y por otro la entrevista intensiva (entrevista abierta).

En general, la utilización de la entrevista cualitativa en la investigación se fundamenta en tres principios esenciales:

1. Permite la reconstrucción de acontecimientos del pasado a los que de otro modo no se podría acceder.
2. La entrevista permite esclarecer las experiencias humanas subjetivas desde el punto de

vista de los propios actores sociales. La experiencia, siempre vicaria, encuentra la narración e interpretación igualmente vicaria, un excelente soporte para la descripción densa de la realidad fenomenológica.

3. La entrevista favorece un menor esfuerzo de tiempo y recursos que debe aportar el investigador en su acercamiento al objeto de estudio [57].

4.3.2 Grupos focales

Se define un grupo focal como una discusión en la cual un pequeño grupo de participantes (de 6 a 10 personas) que comparten algunas características específicas en relación al tema de estudio, guiadas por un facilitador, hablan abierta y espontáneamente acerca de temas relevantes para la investigación. Los participantes son seleccionados de un grupo blanco cuyas opiniones e ideas son de especial interés para el investigador [58].

Los grupos focales se desarrollaron inicialmente en el campo de la mercadotecnia para conocer los conocimientos, actitudes y respuestas emocionales hacia ciertos productos y servicios. Han sido adoptados en la investigación en salud (principalmente en Servicios de Salud) de una manera eficiente para conocer las expectativas y experiencias con los servicios de salud.

Los miembros del grupo son homogéneos en términos de características personales como la edad o el género y dependiendo del problema a investigar.

Tanto en la entrevista como en los grupos focales, se debe tener una *guía de entrevista*, esto es, una lista de temas o preguntas, ya sea escrita o memorizada, que serán formuladas durante la entrevista. Generalmente, el entrevistador es libre para preguntar en la forma que sea más apropiada para cada entrevistado. Es importante que exista rapport entre los entrevistados y el investigador.

En las entrevistas cualitativas (individuales o en grupo) formular preguntas es una habilidad que debe ser desarrollada y practicada. El entrevistador debe saber escuchar sin interrumpir (cortar el relato del entrevistado), recordar la información que se le ha proporcionado al inicio de la entrevista, reconocer qué temas ya han sido cubiertos y construir preguntas para obtener más información. Si se incluyen segmentos del texto en una publicación, deben ser lo suficientemente extensas para demostrar la profundidad de los

comentarios del entrevistado. El investigador no debe forzar al entrevistado hablar acerca de temas con los que no se siente a gusto. Si el método no proporciona el tiempo suficiente para que se pueda hablar con honestidad, no es el método adecuado. Las preguntas que producen un simple "sí" o "no" se deben evitar y el investigador debe tener algunas preguntas de sondeo para evitar respuestas superficiales, ya que éstas son un indicador de una técnica inadecuada de entrevista. Las entrevistas deben ser grabadas todas las veces que esto sea posible y ser complementadas con notas por parte del investigador, para mantener el contexto de la entrevista [59-61].

4.3.3 Observación participante

La observación participante o trabajo de campo etnográfico es el fundamento de la cultura antropológica. Esta técnica es mucho más difícil y consume más cantidad de tiempo que las entrevistas, lo cual hace que sea menos utilizada en el área de la salud. Consiste en observar y recolectar información acerca de la vida de las personas con la finalidad de obtener información acerca de actitudes, valores de la gente y conocimiento de lo que la gente realmente hace.

Existen dos estrategias de observación: a) se puede ser obvio y reactivo (observación directa), en donde las personas saben que están siendo observados, o b) no intrusivo, en donde los individuos no saben que están siendo observados.

En la observación directa, existe un continuo monitoreo, se observa a las personas y se registra su conducta tan verazmente como sea posible. La técnica fue desarrollada en el área de la administración y se ha extendido en todas las ciencias del comportamiento. Los primeros ejemplos de esta técnica son atribuidos a Charles Babbage en el siglo XIX. Babbage estudió la conducta de los trabajadores de una fábrica y determinó cuantas libras de un producto eran elaborados durante un determinado número de horas. Por medio de esos estudios se pudo proporcionar recomendaciones acerca de la fatiga y el incremento de la producción a través de la motivación.

El monitoreo es utilizado todavía en el área laboral. En psicología clínica es utilizado para evaluar los desórdenes de conducta. En la investigación organizacional se utiliza para evaluar el desempeño de los profesionales tales como maestros o evaluar la interacción entre los empleados y los empleadores.

La observación no intrusiva incluye todos aquellos métodos para estudiar la conducta donde los informantes no saben que están siendo estudiados. Estos métodos incluyen:

- A) Estudios de vestigios o rastros; la conducta humana frecuentemente deja rastros y su estudio nos dice mucho. Por ejemplo, analizando los graffitis de un baño, para conocer las actitudes hacia la sexualidad en cierta cultura o el estudio de los patrones de consumo a través de revisar la basura de las casas. Sin embargo, tiene problemas éticos importantes.
- B) La investigación de archivos
- C) El análisis de contenido, el cual cubre una serie de técnicas para hacer inferencias de textos (periódicos, películas, anuncios, fotografías, canciones, etc.) [62].

4.4 ESTIMACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS

A diferencia de la investigación cuantitativa, el estimado de la muestra en la investigación cualitativa no requiere la generación de una hipótesis nula y alterna y de los cálculos estadísticos que habitualmente se realizan en la investigación cuantitativa. Ya que el objetivo de la investigación cualitativa es la descripción completa de un fenómeno, en este caso de salud, donde se busca la riqueza de información, el investigador necesita asegurar que esta descripción sea lo mas completa posible. Así, la muestra cuantitativa se relaciona con la representatividad, la cualitativa con la riqueza de información.

En la investigación cualitativa, el investigador no puede fijar a priori el número de entrevistas necesarias para el desarrollo de la investigación. Por ejemplo, algunos investigadores siguen el criterio de entrevistar al máximo número de personas relacionadas con el tema objeto de estudio. Otra estrategia habitual es la del muestreo teórico, independientemente del número de casos a estudiar. En este caso el criterio que orienta el trabajo de campo es el desarrollo de la comprensión teórica que da consistencia al tema de investigación, analizando exhaustivamente la pluralidad de actores sociales contemplados como universo. Por supuesto, este procedimiento presupone un mínimo de exhaustividad en la selección de las personas entrevistadas, según el principio de cobertura máxima de información [57] [63].

Obviamente, existen algunos criterios de muestreo que deben ser tomados en cuenta, los cuales tienen que ver con los criterios que a continuación se exponen:

1. La redundancia y saturación teórica. Para lograr estos objetivos, la muestra es ajustada continuamente, existiendo una selección progresiva de sujetos hasta lograr la redundancia e incluye la búsqueda de los casos negativos. Aunque no existen reglas, la experiencia ha mostrado que de 6-8 fuentes de datos o unidades serían suficientes para una muestra homogénea, en tanto que de 12-20 son necesarias cuando la muestra es más heterogénea [64].

Como Patton sugiere, uno debe considerar el impacto de los trabajos de Piaget y Freud para saber que el tamaño de la muestra no es lo determinante en una investigación significativa; la validez y la significancia generada de la investigación cualitativa está más relacionada con la riqueza de la información de los casos seleccionados y de las habilidades analíticas y de observación del investigador que con el tamaño de la muestra [65].

4.5 METODOS DE MANEJO Y ANALISIS DE DATOS EN LA INVESTIGACION CUALITATIVA

A diferencia de los estudios experimentales o transversales, los estudios cualitativos tienden a tener un ciclo de vida peculiar, que va y viene de la recolección hasta el análisis de los datos. Esta forma de investigación tiene sus ventajas: en primer lugar, esto permite que los errores que se van cometiendo en el trayecto puedan ser resueltos en una fase posterior, segundo, los instrumentos pueden ser ajustados. De hecho, a diferencia de estudios cuantitativos, los cambios en los estudios cualitativos usualmente reflejan una mejor comprensión del fenómeno. Pero también tiene sus desventajas. Por ejemplo, el investigador puede enfrentarse con la tarea de tratar de reducir la cantidad de datos recabados.

Los procedimientos de análisis incluyen el uso de la inducción analítica. El corazón de la inducción analítica sostiene la tesis de que en el mundo físico y social se pueden encontrar regularidades (situaciones repetidas). Las teorías o constructos que se construyen expresan esas regularidades con la mayor precisión de la que seamos capaces. Para descubrir esos constructos, utilizamos un procedimiento interactivo – una sucesión de ciclos de preguntas y respuestas- que son examinados en una serie de casos y entonces se redefinen o modifican

estos constructos y son aplicados a casos subsecuentes. Cuando el investigador identifica un tema o patrón, entonces se dirige a la verificación, tratando de confirmar o calificar los hallazgos. Entonces comienza un nuevo ciclo inductivo. Con estas ideas en la mente, podemos generar una serie de "tácticas" para generar significados:

- 1.- Encontrar patrones y temas, buscar la plausibilidad (en el sentido intuitivo)
- 2.- Agrupamiento conceptual
- 3.- Buscar las conexiones entre los temas o conceptos
- 4.- Hacer contrastes y comparaciones
- 5.- Buscar variables intervinientes (variable de union)
- 6.- Finalmente construir una cadena lógica de la evidencia
- 7.- Comparación de los constructos encontrados con los de la literatura [49].

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4.1 Diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa

METODOLOGÍA CUALITATIVA	METODOLOGÍA CUANTITATIVA
<p><u>Corriente Filosófica:</u> Constructivismo</p> <p>Asume que la realidad es aprehensible a través de construcciones mentales que son basadas en la experiencia, de naturaleza local y específica (aunque los elementos son frecuentemente compartidos entre los individuos a través de la cultura) .</p> <p><u>Objetivo:</u> El desarrollo de conceptos que ayuden a comprender un fenómeno social, poniendo énfasis en los significados, experiencias y puntos de vista de los participantes.</p> <p><u>Método de recolección de datos:</u> Entrevista intensiva. Comunicación expresiva cuyo objetivo es conocer a profundidad la visión subjetiva de un comportamiento objetivo.</p> <p><u>Tipo de muestreo:</u> Muestreo por conveniencia. La muestra permite incrementar la cantidad de datos sobre múltiples realidades</p> <p><u>Análisis de los datos:</u> Va y viene de la recolección al análisis de los datos. Permite que los errores que se van cometiendo en el trayecto puedan ser resueltos en una fase posterior y los instrumentos puedan ser ajustados, los cambios reflejan una mejor comprensión del fenómeno.</p>	<p><u>Corriente Filosófica:</u> Pospositivismo</p> <p>Asume que existe una realidad aprehensible manejada por leyes. La postura básica del paradigma es reduccionista y determinista.</p> <p><u>Objetivo:</u> La falsación de una hipótesis a prior</p> <p><u>Método de recolección de datos:</u> Encuesta</p> <p>Comunicación descriptiva previamente estandarizada, donde el sujeto sólo puede suscribir la alternativa con la que más se identifica o mayor acuerdo demuestra.</p> <p><u>Tipo de muestreo:</u> Muestreo probabilístico. La muestra debe ser representativa de una población con la esperanza de poder generalizar los hallazgos de la investigación</p> <p><u>Análisis de los datos:</u> Con un método establecido de antemano, se utilizan pruebas estadísticas</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO V

METODO

5.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El estudio de las conductas de búsqueda de atención es importante ya que permite conocer los diferentes patrones y las razones que los pacientes tienen para la utilización de las diferentes alternativas que se les presentan al enfrentarse a un estado de enfermedad. Como se vio en los antecedentes, esta conducta obedece a una serie de condiciones de tipo cultural, social, económico y de severidad en la presentación de la enfermedad. Específicamente con relación al dolor crónico, conocemos muy poco de estas conductas y cómo los pacientes acceden a los servicios de salud, lo cual es importante ya que la efectividad de los tratamientos para el dolor crónico, radica principalmente en la motivación del paciente de seguir el tratamiento propuesto. Esta motivación se encuentra fuertemente asociada a sus creencias y percepciones acerca de lo que el dolor significa, sus causas y métodos de tratamiento, por lo que llegar a conocerlas permitirá incidir sobre ellas con el fin de modificarlas. Estos conocimientos deben de ser accesibles a los proveedores de salud para realizar programas de tratamiento donde el manejo sea multidisciplinario y con enfoque cultural específico a nuestras necesidades, lo que aumentará la satisfacción de los pacientes y por tanto también su adherencia, incrementando su efectividad y disminuyendo la demanda de los servicios de salud.

5.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los patrones de búsqueda de la atención en pacientes con dolor crónico de origen reumático.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el tipo de acciones que llevan a cabo los pacientes cuando perciben su dolor.
- Describir el evento desencadenante de la conducta de búsqueda de la atención.

5.3 DISEÑO

El tipo de diseño de este estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio, para conocer los patrones de búsqueda de la atención de los pacientes con dolor crónico de origen reumático.

5.4 POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio es constituida por pacientes con los diagnósticos reumatológicos de Artritis Reumatoide (AR) y Fibromialgia (FM), procedentes de la consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital General de México.

Estimado de la Muestra:

Se basa en el criterio de robustez teórica, la cual se deriva de:

- Coherencia teórica (cuando se puede explicar la relación entre los componentes del fenómeno) y
- Saturación y redundancia (cuando ninguno de los elementos del fenómeno están ausentes) [63, 66].

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico reumatológico de AR y FM de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología.
- De 18 años en adelante
- Que otorguen su consentimiento a participar en el estudio.

5.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

En este estudio se empleó la entrevista a profundidad semi-estructurada. Las preguntas eje sobre las que se desarrolló la entrevista a profundidad fueron:

- a) Acciones que llevó a cabo el paciente cuando percibió su dolor.
- b) Eventos que desencadenaron la conducta de búsqueda de la atención.

5.6 PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron captados en la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital general de México SSA. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, después de su consentimiento verbal a participar en el estudio, fueron canalizados por el médico especialista al entrevistador, posterior a su evaluación clínica.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, éstas fueron grabadas y durante el transcurso de la entrevista la investigadora tomo notas pertinentes para preservar el contexto en el cual se ésta fue llevada a cabo [66].

Inicialmente se realizó un estudio piloto con el objetivo de conocer como se desarrollaban las entrevistas y los diferentes problemas que pudieran presentarse en el transcurso de éstas, así como la estandarización de las preguntas.

5.7 ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo por medio de la técnica de análisis de texto de Grounded theory, que es uno de los métodos de análisis de texto más difundido (Ryan and Russell, no publicado). La grabación de las entrevistas fue transcrita y posteriormente, el texto se leyó línea por línea y se procedió a la identificación los temas que emergieron de cada párrafo de cada una de las entrevistas; posteriormente, se agruparon los temas que se repitieron con mayor frecuencia (proceso de codificación). Una vez que se tuvieron los temas, cada grupo de respuestas se etiquetó de acuerdo al significado que cada una tenía (proceso de etiquetación).

5.8 ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

El protocolo de investigación fue sometido a un comité evaluador del centro hospitalario. Por el carácter observacional del estudio no se requirió de carta de

consentimiento. Únicamente se pidió la cooperación de los pacientes de manera verbal secundario a la explicación de la razón de las entrevistas.

CAPITULO VI RESULTADOS

6.1 ESTUDIO PILOTO

Se llevó a cabo un estudio piloto con 10 pacientes con diferentes diagnósticos reumatológicos (2 FM, 2 Gota, 2 Espondilitis Anquilosante, 2 AR y 2 Osteoartritis).

Los objetivos de este estudio piloto fueron: 1) la capacitación y aprendizaje de la técnica por el investigador así como el aprendizaje de todos los aspectos logísticos alrededor de estas entrevistas (grabación, espacio físico, horario, calendarización, etc.) y 2) La elaboración de una guía que sería utilizada con los pacientes subsecuentes.

La información que se derivó de las 10 entrevistas de este estudio piloto ha sido resumida en la siguiente tabla 6.1

Tabla 6.1 Información obtenida del estudio piloto

OBJETIVO	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el funcionamiento de la Consulta Externa del Servicio de reumatología 	<ul style="list-style-type: none"> a) Inicialmente existió mucha interferencia en las entrevistas por parte del personal
<ul style="list-style-type: none"> a) Horario más conveniente para entrevistar a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> b) La inexperiencia con la técnica de entrevistas grabadas, hizo que algunas fueran de muy mala calidad
<ul style="list-style-type: none"> b) Establecer una adecuada relación con el personal del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> c) Algunas entrevistas fueron muy cortas debido a que se comenzó a entrevistar como si fuera una entrevista estandarizada
<ul style="list-style-type: none"> c) Probar como se desarrollaba la entrevista 	
<ul style="list-style-type: none"> - Familiarizarse con la técnica de la entrevista (lograr una buena calidad de la grabación) 	
<ul style="list-style-type: none"> a) Familiarizarse con las preguntas 	
<ul style="list-style-type: none"> b) Probar la conducta más adecuada para establecer un rapport adecuado 	
<ul style="list-style-type: none"> c) Lograr que el paciente proporcionara la información suficiente 	
<ul style="list-style-type: none"> d) Checar las preguntas (que fueran entendibles, elaborar preguntas secundarias que evocaran la información faltante). 	
<ul style="list-style-type: none"> e) Elaborar una guía de entrevista 	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El estudio piloto cumplió con sus objetivos y permitió el adiestramiento de la investigadora, estandarización del procedimiento y la elaboración de la guía que se utilizaría subsecuentemente en toda la muestra. Inmediatamente después del análisis del estudio piloto y estando satisfechos con su desarrollo se procedió al inicio de la recolección de los datos en la muestra del estudio.

6.2 DESCRIPCION DE LA MUESTRA:

Durante el período del 28 de mayo de 1999 al 31 de marzo del 2000, de acuerdo a los criterios de inclusión de la muestra, se seleccionaron y entrevistaron 53 pacientes de la Consulta de Reumatología del Hospital General de México. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa, exploración física incluyendo la evaluación de puntos hipersensibles y dolorimetría, evaluación de la intensidad del dolor con una Escala Visual Análoga (EVA), Descriptores Verbales (EDV) y entrevista a profundidad.

Las características demográficas del grupo y su clasificación por diagnóstico pueden verse en la tabla 6.2. La mayoría de las pacientes fueron mujeres. La escolaridad en promedio de este grupo de pacientes fue baja.

Tabla 6.2 Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes (n=53)

Edad (X+DE) años	44.0 (12.43)
Escolaridad (X+DE) años	6.8 (3.6)
Sexo (%)	
Femenino	92.5
Masculino	7.5
Diagnóstico (%)	
Artritis Reumatoide	62.3
Fibromialgia	37.7
Duración de la enfermedad en años (X+DE)	7.16 (5.55)
Intensidad del dolor medido con EVA (X+DE) 0-100mm	45.9 (28.7)

6.3 ANALISIS DE TEXTO

Las entrevistas se llevaron a cabo en la consulta externa del Servicio de Reumatología. La duración promedio de las entrevistas fue de 45 minutos; para su grabación se utilizó una grabadora portatil Olympus para microcassettes.

Como fue explicado con anterioridad (Capítulo 5) la investigadora llevó a cabo el análisis de texto, a través del cual se codificaron y etiquetaron los temas que surgieron de la entrevista. Los resultados de este proceso fueron revisados y ajustados de acuerdo a la opinión de una reumatóloga, y se expone a continuación:

Se agruparon las respuestas de los pacientes acerca de:

- a) **La primera acción al percibir el dolor.** Se clasificaron las acciones que los pacientes llevaron a cabo de acuerdo a la definición de los tres sectores de la atención que se presentó con anterioridad en el capítulo 2 de este estudio.

En el sector popular se identificaron 3 acciones: i) *no hacer nada*, ii) *utilizar remedios de tipo casero* y iii) *auto-medicación*. En el sector tradicional, se agruparon los servicios en tres categorías: i) *los curanderos o brujos* ii) *el naturista o yerbero* ii) *sobador o quiropráctico*. Por último el sector profesional, constituido por profesionales de la salud como: i) *médicos generales* ii) *acupunturistas* y iii) *homeópatas*

- b) **Evento desencadenante de la búsqueda de la atención.** Se identificaron dos categorías: cuando los pacientes refirieron que buscaron ayuda debido a que los síntomas les producían incapacidad, y cuando el dolor persistió o aumentó en intensidad.
- c) **Razones de espera de búsqueda:** Del texto emergió lo que podríamos llamar las razones por las cuales los pacientes decidieron esperar algún tiempo para buscar ayuda fuera de casa o acudir a algún tipo de sector.
- d) **Cuantificación de tiempo para la búsqueda:** Se cuantificó el tiempo para buscar ayuda en el sector tradicional o profesional y el número de veces que se consultó a alguna persona dentro del sector tradicional o profesional.

Por último se codificaron e identificaron las secuencia de sectores consultados que los pacientes consideraron más relevantes.

Para ejemplificar este proceso de análisis de texto se presentan las siguientes tablas que muestran la codificación y las etiquetas que se le pusieron a cada uno de los temas con

sus respectivas frases literales.

Tabla 6.3 Clasificación de las acciones llevadas a cabo al percibir el dolor y algunas frases representativas de estas acciones

CODIGO	FRASES LITERALES
SECTOR POPULAR	
1 No hacer nada	"No le tomé mucha importancia", "aguantarme", "nada, porque no me gusta tomar pastillas y untarme cosas".
2 Remedio	"Tomaba mucho ajo y mucho limón" "me curaba con aceite caliente" "tomar té de manzanilla" "me eché una pomada y me vende".
3 Automedicarse	" Solo tomaba pastillas", "tomaba analgésicos" "fui con un farmacéutico y me recetó pastillas".
SECTOR TRADICIONAL	
4 Curandero o brujo	"Mi esposo me llevó a que me hicieran una limpia".
5 Naturista o yerbero	"fui con una persona que le hacia a las yerbas".
6 Sobador	"fui a que me sobaran".
SECTOR PROFESIONAL	
7 Médico	"fui al doctor".
8 Acupunturista	"fui con el que pone agujas".
9 Homeópata	"me llevaron con el de los chochitos".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6.4 Evento desencadenante de la búsqueda de la atención y algunas frases literales representativas de estos eventos

CÓDIGO	FRASES LITERALES
1 Intensidad y persistencia del dolor	"me dolía muchísimo", "vi que fue avanzando", "no se me quitaba el dolor", "empece a sentir un poco más de dolor", "porque los dolores eran más fuertes", "mis dolores eran más frecuentes" "precisamente el dolor" "ya no aguantaba los dolores" "porque el dolor se me quitaba y me venía"
2 Incapacidad	"porque no podía desempeñarme bien en mi trabajo"" "ya no podía hacer nada" "ya no podía caminar "no me podía mover de mis dolencias"

Tabla 6.5 Razones para buscar o no ayuda y algunas frases literales representativas de estas razones

CÓDIGO	FRASES LITERALES
Accesibilidad (costo, geográfica)	"no tenía dinero"
Percepción de que la enfermedad no es grave	"pensé que me había golpeado" "dije, es un dolor que se me va a pasar" "mi mamá me dijo que era parte de mi imaginación" "lo tomaba como natural"
Percepción de que la enfermedad es grave	"pensé que era un problema de reumatismo" "porque la gente me decía que a lo mejor era artritis" "porque tengo formación en medicina"

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.4 FRECUENCIA DE LA UTILIZACION DE LOS DIFERENTES SECTORES

De acuerdo a la clasificación de los diferentes sectores, se cuantificó la utilización por sector y la jerarquización que los mismos pacientes realizaron tomando en cuenta de la primera a la quinta elección de los diferentes sectores.

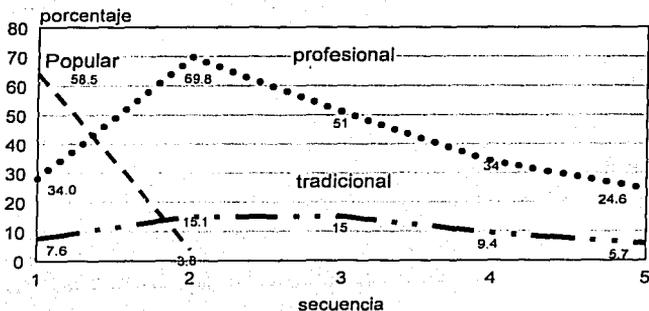
Como primera acción, los pacientes seleccionaron con mayor frecuencia el sector popular (58.5%), el cual baja abruptamente en la segunda acción (3.8%) a la vez que la utilización del sector profesional se incrementa en las subsecuentes acciones.

La utilización del sector tradicional mantiene una utilización baja a través de las diferentes acciones como puede observarse en la figura 6.1

En relación a la utilización del sector profesional, en la primera acción el 85.7% fue a un médico particular, en tanto que en la segunda y subsecuentes elecciones disminuyó al 63.6%. Las instituciones públicas a las cuales este grupo de pacientes acudieron fueron con mayor frecuencia a la SS y al IMSS únicamente en 2 de los casos.

Figura 6.1

porcentaje de utilización de los diferentes sectores



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.5 EVENTO DESENCADENANTE

El evento que desencadenó la búsqueda de atención fuera de casa (ya sea el sector tradicional o el profesional) fue la intensidad del dolor (73.6%) y la razón principal por la cual los pacientes dejaron transcurrir un determinado tiempo antes de buscar ayuda fue que consideraron que el síntoma (dolor) no era de gravedad (63.3%). Entre las creencias acerca de la gravedad o no del dolor, hubo diferencia en el tiempo que transcurrió para llegar a la segunda elección. En el grupo de pacientes que consideraron su dolor como grave transcurrió 1 mes en promedio antes de elegir la segunda alternativa, mientras que en el grupo que consideró su dolor como no grave el tiempo transcurrido en promedio fue de 15 meses. En la siguiente tabla (6.6) se pueden observar las frecuencias de los otros eventos desencadenantes y razones de búsqueda en el grupo.

Tabla 6.6 Evento desencadenante y razones para la búsqueda o no de la atención

Evento y razones para la búsqueda de la atención	Frecuencia	
Evento desencadenante		
Intensidad y persistencia del dolor	39	73.6
Incapacidad	14	26.4
Razones para no buscar ayuda		
Accesibilidad (costo)	8	16.3
Percepción de no gravedad	31	63.3
Razones para buscar ayuda		
Percepción de gravedad	10	20.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.5 ANALISIS DE LAS SECUENCIAS

Con los datos existentes se procedió a realizar el análisis de las secuencias. En este tipo de análisis cada secuencia está compuesta de una serie ordenada de tratamientos (o de sectores de la atención a los que este grupo de pacientes acudieron de manera jerárquica). Se representaron estas secuencias como la combinación de los diferentes sectores consultados antes de acudir al Hospital General de México. Las secuencias son representadas como una serie de letras que identifican cada uno de los diferentes tipos de tratamientos utilizados por los pacientes. Para el análisis, se incluyeron sólo aquellas secuencias que hubieran sido mencionadas dos o más veces.

Los pacientes reportaron haber utilizado entre cero a 12 veces los diferentes sectores de atención, con un promedio de utilización de 2.9 (DE=2.5) sectores consultados.

En los 53 pacientes hubo 44 diferentes tipos de secuencias, lo que indica la diversidad de alternativas en los diferentes tipos de acciones. De esas 44 tipos de secuencias, únicamente en 6 (13.6%) se repitieron 2 o más veces, como puede apreciarse en la tabla 6.7

Tabla 6.7 Secuencias que se presentaron con mayor frecuencia (tomando en cuenta todas las transiciones)

Secuencia	Frecuencia	Porcentaje
N	2	3.8
NM	2	3.8
MM	3	5.7
AMM	3	5.7
MMMMMY	2	3.8
AMMMMMM	2	3.8

N= no hacer nada A= auto-medicarse Y= naturista o yerbero M= médico

Si restringimos el número de secuencias a sólo 3 transiciones (el cambio de un sector al otro), en la tabla 6.8 vemos las secuencias que mas se repiten.

Al comienzo del proceso, los pacientes utilizaron con mayor frecuencia modalidades de tratamiento dentro de casa (prefirieron no hacer nada, auto-medicarse y utilizar remedios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caseros) y en sólo el 3.8% se pasó de esta acción directamente a solicitar atención al Hospital General (HG). En general, los pacientes después de intentar alguna modalidad de tratamiento (dentro del hogar), pasaron directamente al sector profesional y continuaron sobre esta misma línea de tratamiento. Esto quiere decir que la estrategia más importante de buscar atención fuera de casa, fue el acudir al médico. En el 49% los pacientes acudieron al médico por lo menos en dos ocasiones antes de llegar al HG.

Tabla 6.8 Secuencias que se presentaron con mayor frecuencia (tomando en cuenta las 3 primeras transiciones)

Secuencia	Frecuencia	Porcentaje
N	2	3.8
NM	2	3.8
AM	2	3.8
MM	5	9.4
NMY	2	3.8
NMM	3	5.7
RYM	2	3.8
RMM	4	7.5
AMM	5	9.4
CMM	2	3.8
MMM	7	13.2

N=no hacer nada M=médico A=auto-mediacarse Y=yerberero R=remedio C=curandero

Las figuras 6.2 y 6.3 son una representación gráfica de cómo se presentaron estas transiciones de una modalidad de tratamiento a otro que fue seguida por los pacientes desde la percepción del dolor hasta que acudieron al Hospital General.

En la primera figura, las flechas al final de cada línea indican la dirección del movimiento. Como puede observarse, solo existe una conexión bidireccional en el caso del médico-yerberero; esto significa que en algunos casos los pacientes acudieron a buscar ayuda profesional para después acudir con un yerbero y posteriormente volver con el profesional. La línea puntea hace referencia al posible uso de remedios caseros conjuntamente con la visita al médico.

En la segunda figura se presenta la proporción de pacientes que siguieron las

diferentes modalidades de atención

Figura 6.2 Transiciones de modalidad de tratamiento

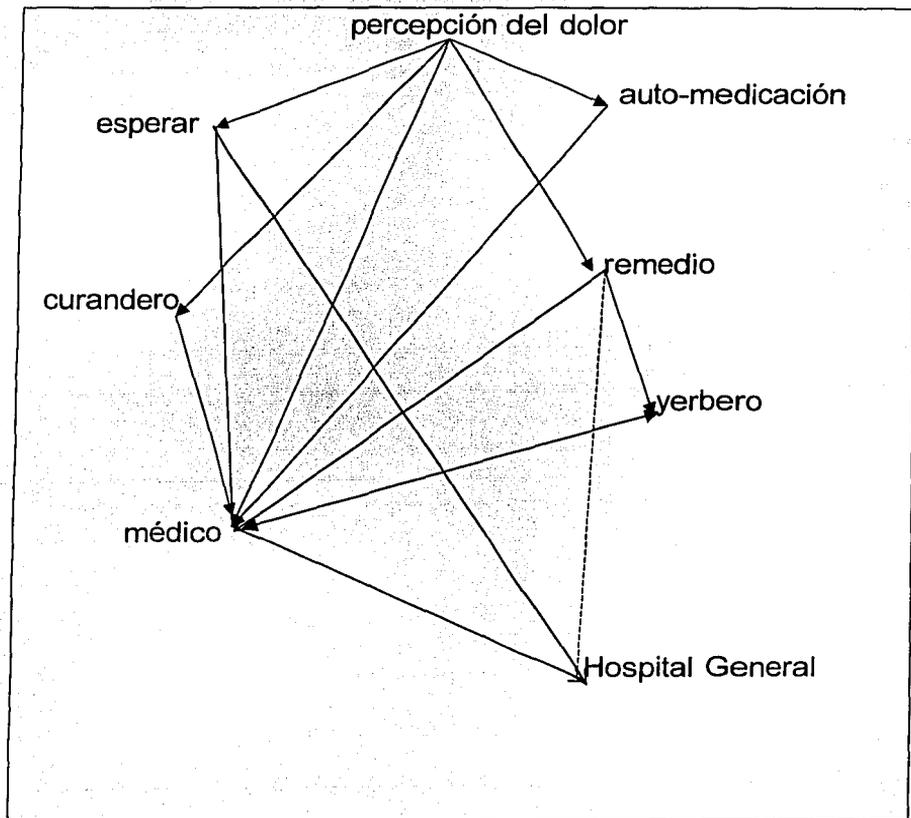


Figura 6.3 Proporción de pacientes que siguieron las diferentes modalidades de tratamientos

			Tradicional	1.9	
	Sector Popular	3.8			
			HGM	1.9	
SECTOR POPULAR	58.5		Tradicional	1.9	
		Sector Tradicional	9.4	Profesional	5.2
				HGM	1.9
		Sector Profesional	39.6	Tradicional	9.4
				Profesional	24.5
			HGM	5.7	
	HGM	5.7			
	Sector Popular	0			
SECTOR TRADICIONAL	7.5	Sector Tradicional	1.9	Profesional	1.9
		Sector Profesional	3.8	Profesional	3.8
		HGM	1.9		
	Sector Popular	0			
SECTOR PROFESIONAL	34.0	Sector Tradicional	3.8	HGM	3.8
				Tradicional	1.9
		Sector Profesional	26.4	Profesional	15.1
				HGM	9.4
		HGM	3.8		

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de estudio fue el describir el proceso por el cual los pacientes con dolor crónico de origen reumático, transitan de una modalidad de tratamiento a otra, hasta llegar al tercer nivel de atención. Esto permitió conocer algunas de las variables que se encuentran inmersas en la toma de decisión de los pacientes, acerca de cual tipo de atención elegir cuando se encuentran expuestos al dolor crónico.

Existe poca información en relación a este fenómeno tan importante. En la literatura revisada, se pone mayor énfasis en los aspectos que están involucrados en la toma de decisión acerca de la utilización de los servicios de salud, sin tomarse en cuenta que los individuos en muchas sociedades, y particularmente en la nuestra, tienen varias opciones para tratar sus problemas de salud, esto es, no se toman en cuenta importantes sectores de la atención como son el popular y el tradicional. El denominado fenómeno "iceberg", donde en las instituciones únicamente vemos los casos graves de las enfermedades, en parte podría explicarse no "únicamente" por la accesibilidad a los servicios de salud, sino por las diferentes alternativas que los pacientes tienen además del sector profesional.

Es de gran importancia reconocer, como se observa en este estudio, que todos los individuos realizan una decisión racional en cada una de sus acciones, influyendo en éstas sus recursos económicos, cognitivos y culturales, y la pluralidad en los sectores de la atención[67]

La presente discusión girará en torno a las conclusiones del estudio con relación a la utilización del sector popular y así como de los otros dos sectores.

En nuestro estudio se vio que la conducta más frecuente al percibir por vez primera el malestar fue el recurrir al sector popular en un 58.5% (utilizar remedios, automedicarse y no hacer nada) para aliviar el dolor. La utilización de esta estrategia para enfrentarse al dolor, se debió principalmente a que la mayoría de nuestros pacientes consideró que el malestar que estaba experimentando no era de gravedad.

En la evaluación de los síntomas, los pacientes consideraron de manera importante cómo se inició el malestar, esto es, los pacientes intentaron relacionar la aparición del dolor

con algún evento significativo, pero también con el conocimiento que se tiene respecto a las posibles causas conocidas del por qué puede aparecer el dolor muscular o articular. En este proceso evaluativo, se consideró el síntoma de manera jerárquica, lo que implica considerar las causas desde las menos graves hasta las más graves. Es difícil que de primera instancia se considerará el dolor como un indicador de una enfermedad ya que podemos observar que la evaluación de no-gravedad estuvo relacionada con la forma de presentación del síntoma, si el dolor era de baja intensidad, si el dolor aparecía con una relativa poca frecuencia y si le permitía al paciente llevar a cabo las actividades de su vida cotidiana.

Para Ryan [68] la gente decide tratar sus problemas de salud dentro de casa debido a que esta alternativa resulta más económica y más accesible que otro tipo de sector de la atención. En su estudio pudo constatar que las personas de una comunidad de Camerún trataron el 80% de las enfermedades dentro del hogar. Para Hellman [14], el auto-tratamiento está basado en las creencias acerca del funcionamiento del cuerpo y de las causas de la enfermedad, él estimó que entre el 70-90% de la atención se lleva a cabo dentro del sector popular, tanto en las sociedades en vías de desarrollo como en las industrializadas.

¿Qué es lo que hace que una persona prefiera utilizar un remedio casero en lugar de la automedicación o no hacer nada? Posiblemente las variables involucradas en la elección de cada una de estas conductas sean diferentes.

En nuestro estudio existió una relación entre la creencia respecto al origen del dolor y la acción que llevaron a cabo los pacientes. Por ejemplo, los pacientes que reportaron que consideraban que el dolor se debía a cansancio, que era normal, que se debía al ejercicio, que era parte de su imaginación o que el dolor era debido a un golpe, utilizaron como estrategia para contender con el dolor el no hacer nada; así mismo, los pacientes que utilizaron remedios caseros pensaban que el dolor era pasajero.

Lo anterior está relacionado con la idea de Segal y Goldstein [69], quienes suponen que la evaluación de las condiciones corporales (auto-diagnóstico) y la elección de alguna alternativa de auto-tratamiento está relacionada con la presentación de los síntomas.

En relación a la utilización de remedios caseros, algunos autores han sugerido que las personas al percibir ciertas regularidades en las enfermedades, hacen una elección de tratamientos de acuerdo a la clasificación que hacen de los padecimientos: se pueden tener enfermedades que no tienen tratamiento médico (como el susto o el mal de ojo),

padecimientos que regularmente no requieren de tratamiento médico (cortadas, diarrea, quemaduras, etc.) y enfermedades que los pacientes perciben que el sistema médico no ha podido curar o eliminar (como el cáncer terminal, diabetes o artritis). Entonces, la elección de algún remedio casero se debe a que se clasifican los síntomas dentro de alguna de las categorías anteriores. [70]

Otra de las conductas presentadas por los pacientes de nuestro estudio fue recurrir a la automedicación, a través del uso de analgésicos. Existe cierta controversia con relación a si la automedicación es un sustituto o complemento de la atención profesional. Se ha encontrado por un lado que la automedicación es una conducta complementaria de la atención profesional, apoyado por el hecho de que las personas que se automedican consultan más tempranamente al médico que aquellas que no lo hacen, sin embargo, otros estudios han encontrado una frecuencia baja de consultas con el médico en aquellas personas que se automedican, lo que apoyaría la idea de que la automedicación es un sustituto de la atención médica. [71-73] En nuestro estudio, la automedicación en los pacientes, podría indicar que esta conducta es un sustituto de la atención médica de manera temporal, los pacientes que recurrieron a la automedicación reportaron que mientras los analgésicos calmaban sus dolores, no requirieron de acudir a buscar ayuda fuera del hogar.

Se ha sugerido que la edad y el nivel de escolaridad son dos variables muy importantes para explicar el tipo de acción en el sector popular que van a elegir los individuos. Según Segal y Goldstein [69] la auto-medicación está relacionada con el nivel alto de escolaridad en tanto que el uso de remedios caseros lo está con un bajo nivel de escolaridad y de ingresos. Además, la edad está significativamente relacionada con la auto-medicación; las personas jóvenes utilizan con mayor frecuencia este tipo de acción. Los días de incapacidad estuvieron asociados negativamente con las conductas de automedicación. Por otro lado aquellas personas que tienen una mejor comprensión del diagnóstico médico son más propensas a utilizar la auto-medicación.

Se ha encontrado también relación entre el autocuidado y el género; se ha reportado que las amas de casa son la fuente de consejos con relación al tratamiento de los síntomas mientras que los hombres tienen una mayor inclinación a buscar ayuda profesional. [71]. En nuestro estudio ni la edad ni la escolaridad estuvieron asociadas con la utilización de alguna de las alternativas dentro del hogar, además no se pudo constatar si el género era un factor

importante en la conducta de auto cuidado dado que nuestra muestra estuvo constituida principalmente por mujeres.

Escasa atención se le ha dado al rango de respuestas de auto-cuidado a la enfermedad, sobre todo a la conducta de no hacer nada, ya que existe la idea muy difundida de que los síntomas deben ser tratados, por lo que la decisión de no hacer nada en relación a los síntomas no se le ha dado igual importancia que otro tipo de respuestas.[71]. En general, a los individuos que seleccionan este tipo de acción, la cual es etiquetada como "ignorar los síntomas", se les considera que tienen rasgos psicológicos negativos [74]. Sin embargo, este tipo de conducta debe ser considerada como otra opción que tienen los individuos para enfrentarse a los síntomas.

El retardar la acción (no hacer nada, en nuestro caso) permite a las personas minimizar la incertidumbre, esto es, debido a que los individuos tienen múltiples opciones de tratamiento y poco o nada conocimiento médico, la gente debe tomar una decisión bajo condiciones de extrema incertidumbre; las personas pueden no estar seguras acerca del diagnóstico, la causa de la enfermedad o de la probabilidad de que un determinado tratamiento pueda ser efectivo para tratar la enfermedad. Decidir no llevar a cabo ninguna acción, permite a las personas evaluar mejor la enfermedad. Además de reducir la incertidumbre, el retardar la acción no requiere de algún tipo de gasto económico, lo que hace que esta opción sea la más barata. [68, 75-77].

En resumen, en muchas sociedades la atención primaria para la salud se da principalmente dentro del hogar [78] Algunos autores conceptualizan esta conducta como parte de un continuum de respuestas a la enfermedad.[71]. Otros estudios por el contrario, los cuales reflejan un sesgo profesional, consideran las conductas en el sector popular, como una conducta que debe ser evitada o cambiada, en el extremo más negativo ha sido denigrada como una conducta peligrosa y desinformada [71].

El autocuidado se ha convertido en un tema muy importante desde que se ha tendido a restablecer la autonomía y control personal sobre la salud. Algunos autores consideran que las acciones dentro del hogar permiten a las personas tomar decisiones respecto a su salud por ellos mismos e incrementan la eficiencia del sistema de salud, elevando los niveles de bienestar. Lo que puede también observarse en este fenómeno, es que existe una tendencia hacia la medicalización de las acciones dentro del sector popular [69, 79]. Las personas han

sido sometidas por años a la publicidad de las instituciones de salud que urgen a las personas a considerar a los médicos como los expertos responsables de la salud. Sin embargo, si se quiere tener éxito en los programas de salud utilizando con éxito los recursos provenientes de la conducta de autocuidado, los sistemas de salud deberían enseñar a las personas cuándo se requiere ver a un profesional o cómo atender los padecimientos crónicos [80, 81]. Los médicos y otros proveedores de la atención, deben aprender a aceptar a personas más seguras de sí mismas y con más conocimiento médico, deberán estar preparados para enfrentarse con pacientes mejor informados que no aceptan un tratamiento solo porque el médico lo dice, para brindar una mejor orientación de los padecimientos y tratamientos [82].

La segunda opción más utilizada por los pacientes de nuestro estudio, fue el sector profesional. Mucho se ha escrito al respecto de la utilización de los servicios, dejando fuera la consulta con profesionales del sector privado. En nuestro estudio se recurrió con mucha frecuencia al profesional, sin embargo en un 83.2% se hizo en el sector privado.

De los resultados de nuestro estudio pudimos observar que los factores asociados a la búsqueda de la atención fuera del hogar, son similares a los propuestos por Mechanic en su modelo general de conducta de búsqueda de la atención: las características de los síntomas (visibilidad, percepción de gravedad, persistencia, grado de limitación que producen); actitud ante los síntomas (conocimientos y creencias respecto al síntoma, negación, umbrales de tolerancia de los demás hacia los síntomas, necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad) accesibilidad (proximidad física, psicológica y monetaria de los servicios). En nuestro estudio pudimos constatar que las características del síntoma (su persistencia y las limitaciones que producían) y las creencias acerca de la enfermedad fueron los dos factores relacionados con la conducta de búsqueda fuera del hogar.

Así mismo podemos observar que existe también cierto grado de congruencia entre los resultados de nuestro estudio y lo que propone Suchman, quien considera que la conducta de búsqueda de la atención es un proceso que va desde la experiencia física, al reconocimiento de que los síntomas implican una enfermedad, hasta asumir el rol de enfermo en donde se toma la decisión de que necesita atención. En nuestro caso, los pacientes se reconocieron enfermos, sólo hasta que el dolor fue intenso e incapacitante.

Por otro lado de los factores propuestos en el modelo de Andersen [22], como son la edad, el género, disponibilidad de las instalaciones y los medios para obtener esos servicios

y las necesidades de atención, sólo los factores económicos y las necesidades de atención estuvieron presentes en nuestro estudio.

Así mismo pudimos constatar que nuestros resultados estuvieron de acuerdo parcialmente con los resultados de otros estudios [83] donde se encontró que la discapacidad, pero no así las características del dolor (severidad, persistencia e incapacidad), fue un fuerte predictor de la utilización de los servicios médicos. El incremento en la utilización de los servicios se observó en una pequeña proporción de la población con dolor severo y persistente, acompañado por 6 o más días de incapacidad. Sin embargo, el dolor severo y persistente no mostró ser predictor de la alta utilización, lo cual sugiere que se debe poner atención en el papel de la limitación en la actividad como una causa potencial de la utilización.

Algunos estudios han enfocado su interés en la relación entre las creencias acerca de la enfermedad y la selección de algún sector de la atención; se ha pensado que el grado de acuerdo entre las concepciones acerca de la enfermedad de las personas con la medicina moderna es un factor determinante en si las personas consultarán o no a un médico. Si tratamos de explicar la conducta de los pacientes en relación a su decisión de consultar principalmente al sector profesional, consideramos que el grupo de pacientes que estudiamos pertenecen al tercer sistema cultural descrito por Freidson, en donde el sistema de creencias del sujeto es muy parecida al profesional de la salud. Dado que el conocimiento de los sujetos es muy similar a la de los médicos, el individuo tratará de curarse a sí mismo en situaciones en las cuales se considera competente para hacerlo y pasar directamente del auto-tratamiento a la consulta de un profesional. En este último sistema, es poco probable que el individuo utilice otro tipo de servicios que no sea el profesional, ya que este tipo de sistema se caracteriza por ser culturalmente muy similar al profesional [24]. La pertenencia a este tipo de sistema podría explicar el por qué los pacientes que estudiamos, después de llevar a cabo acciones dentro del sector popular, pasaron a la utilización del sector profesional, siendo muy poca la frecuencia de utilización del sector tradicional.

Sin embargo, otros autores como Young [84] al tratar de relacionar si las creencias de las personas de dos poblados de México son una barrera en la elección de los servicios médicos, encontró que la aparente variación en el uso de tratamientos médicos ocurre sin el correspondiente grado de variación en las creencias acerca de la enfermedad. Los autores sugieren que lo que estarían influenciando fuertemente el proceso son factores tales como

costos, distancia geográfica y percepción de las tasas de éxito o fracaso de este tipo de tratamiento.

Otras de las variables estudiadas en relación al uso del sector profesional, son las variables sociodemográficas. Ha sido reportado que la consulta con el médico se incrementa con la edad y es más frecuente su uso entre las mujeres. Otras variables que se han asociado con la utilización es el ser desempleado o pensionado [74].

Ingham [46] en su estudio sobre las variables socio - demográficas como determinantes de la conducta de búsqueda encontró que el género es un factor importante. Por ejemplo las mujeres viudas, separadas o divorciadas acuden con más frecuencia a consulta, independientemente de la sintomatología, lo que el autor interpreta como una necesidad de apoyo social.

Egan y cols. [31] llevaron a cabo un estudio para determinar cuándo los individuos buscan ayuda profesional. Para los autores, la búsqueda de ayuda profesional es una respuesta a la percepción y evaluación de los síntomas que los individuos experimentan. La minimización de la sintomatología da como resultado una baja utilización de los servicios médicos, así como la amplificación produce un efecto contrario. Los amplificadores de la sintomatología representan un grupo heterogéneo, los cuales pueden reportar sus síntomas sólo a amigos o familiares, otros acuden a la medicina alternativa (quiropáticos, curanderos, masajistas, etc.) y otros utilizan la medicina profesional. Además tienen una tendencia a buscar al médico por problemas de salud pequeños y checarsé regularmente con el médico. Estas dos respuestas involucran la búsqueda de la atención profesional más que hacer esfuerzos de auto-cuidado. En este artículo se sugiere que el grupo de pacientes que reportó daño serio es el de aquellos que viven inmersos en su dolor y para quienes todos los aspectos de su vida han sido afectados no tanto por el dolor como por su respuesta a él. Estos pacientes relacionan los síntomas de la enfermedad como serios y en respuesta a esta amplificación perceptual buscan ayuda profesional; también tienen una tolerancia menor al malestar.

Otra de las conductas de búsqueda de atención fuera del hogar que mostraron los pacientes de este estudio, fue la utilización del sector tradicional. En nuestro estudio existió una frecuencia baja de utilización de la medicina tradicional y su utilización se debió principalmente a las creencias acerca de causas sobrenaturales del dolor (brujería) y acerca

de que este tipo de alternativa era menos dañina que la medicina alópata.

En algunos estudios se ha tratado de mostrar la relación entre utilización del sector tradicional y algunas variables socioculturales [85, 86].

Algunos estudios consideran que el uso más frecuente de la atención tradicional en comparación con el profesional puede indicar que el sector tradicional es más accesible y más barato. En países desarrollados como Noruega, el 22% de las mujeres y el 29% de los hombres con AR nunca han sido pacientes; en el Reino Unido el 19% de los hombres y el 38% de las mujeres con AR nunca han visto al médico [48].

Conclusiones

- 1) La conducta de búsqueda de la atención se da de manera jerárquica (lineal) Se recurre inicialmente a las alternativas más baratas y accesibles
- 2) La primera acción de los pacientes con dolor crónico de origen reumático, está relacionado con conductas de autocuidado.
Esta conducta está en parte determinada por:
 - A. Ser la alternativa más económica y accesible
 - B. Está basada en las creencias acerca de las causas de la enfermedad
 - C. Permite a las personas evaluar mejor la sintomatología y decidir si requiere o no de algún tipo de tratamiento fuera del hogar
 - D. Las conductas de auto – cuidado más frecuentes fueron: el utilizar remedios caseros, auto-medicarse y no hacer nada. La utilización de remedios y no hacer nada estuvieron relacionadas con las creencias de **no-gravedad**, no pudimos obtener una conclusión al respecto a la automedicación
- 3) Las conducta más frecuente de búsqueda de la atención fuera del hogar fue:
 - A. Consultar a un médico general del sector privado
 - B. Se debió principalmente a características propias del padecimiento reumatológico: incapacidad e intensidad del dolor
 - C. La conducta de “ doctor shopping” (consultar varios médicos y en algunos casos

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

además recurrir a la medicina alternativa) se debió a los esfuerzos de los pacientes para recibir un diagnóstico y tratamiento adecuados

- D. El uso de curanderos, relacionado con creencias de las causas sobrenaturales de la enfermedad, fue muy poco frecuente.

Limitaciones del estudio:

1. Debido a que nuestra muestra estuvo constituida por pacientes que acuden al tercer nivel de atención, no fue posible que conocer las creencias y las causas del dolor de otros grupos de personas con padecimientos reumáticos que no acuden al tercer nivel de atención. En este sentido la información de este estudio resulta incompleta sobre estos aspectos.
La elección de la muestra se debió principalmente a la accesibilidad a pacientes hospitalarios y a limitaciones de índole económica para la realización de este estudio.
2. No se exploró si una vez que los pacientes eran tratados en el Hospital, recurrían a otras prácticas para contender con el dolor o si por el contrario consideraban suficiente la atención en este tercer nivel. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por el mismo grupo de investigadores (Clark, trabajo no publicado) se encontró que los pacientes que acuden al Hospital General, se sienten satisfechos con la atención recibida y no buscan más alternativas de tratamiento.
3. Otra importante limitación que emana de la muestra elegida y del diseño seleccionado fue la exactitud de los datos. Es probable que exista un sesgo de memoria en la muestra de pacientes, secundario a la cronicidad de los padecimientos, ya que la duración promedio de la enfermedad al tiempo de la entrevista fue de más de 7 años, lo cual pudo haber influido en el reporte de la secuencia de los sectores consultados. Aunque consideramos que se pudo lograr un grado alto de consistencia en los datos generados en las entrevistas a profundidad.
4. Debido a estas limitaciones consideramos importante que se lleven a cabo estudios donde se utilicen muestras en otros niveles de atención o que acuden al sector tradicional (brujos o curanderos) con estos padecimientos y se considere la posibilidad de llevar a cabo un estudio de tipo cuantitativo para poder realizar análisis bivariado de las variables.

REFERENCIAS

1. **Módena, M.E.** *IV Congreso Latinoamericano de ciencias sociales y medicina.* in *Cultura, Enfermedad-Padecimiento y atención alternativa.* 1997. Cocoyoc, Mor. México.
2. **Clark, P.,** *Medición Clínica del dolor.* Revista Mexicana de Reumatología, 1990: p. 4-8.
3. **Kotarba, J.A.,** *Perception of death, belief systems and the process of coping with chronic pain.* Soc. Sci. Med., 1983. 17: p. 681-189.
4. **Baszanger, I.,** *Pain: Its Experience and Treatments.* Soc. Sci. Med., 1989. 29: p. 425-434.
5. **Bennett K, C.M., Ferraz B, et al,** *Community Screening for rheumatic disorders: Cross cultural adaptation and screening characteristics of the COPCORD Core questionnaire en Brazil, Chile and Mexico.* J Rheum, 1997. 24: p. 160- 168.
6. **Clark, P.,** *Prevalencia de la sintomatología musculoesquelética en una cohorte de trabajadores del IMSS.* Revista Mexicana de Reumatología, 2000. 15, suplemento 1: p. 81.
7. **Jensen, M.P. and P. Karoly,** *Control Beliefs, Coping Efforts, and Adjustment to Chronic Pain.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991. 59: p. 431-438.
8. **Jensen, M.P., et al.,** *Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment.* Pain, 1994. 57: p. 301-309.
9. **Bates, M.S. and L. Rankin-Hill,** *Control, Culture and Chronic Pain.* Soc. Sci. Med., 1994. 39: p. 629-645.
10. **Fitzpatrick R, H.J., Newman S, Scambler G, Thompson J,** *La enfermedad como experiencia.* 1990: Fondo de Cultura Económica.
11. **Melzack, R. and P. Wall,** *The challenge of pain.* 1982, Great Britain: Penguin Books.
12. **Taddio, A.,** *Effects of early pain experience: The human literature, in Chonic and recurrent pain in children and adolescents,* P. McGrath and A. Finley, Editors. 1999, IASP Press: Seattle.

13. **Allegrente, J.,** *The role of adjunctive therapy in the management of chronic nonmalignant pain.* Am J Med., 1996. 101: p. 33S-39S.
14. **Helman, C.,** *Culture, health and illness.* 1990, Great Britain: Butterworth-Heinemann.
15. **Young, A.,** *The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care.* Soc. Sci. Med., 1983. 17: p. 1205-1211.
16. **Wetzel, M., D. Eisenberg, and T. Kaptchuk,** *Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools.* JAMA, 1998. 280: p. 784-787.
17. **Pescosolido, B.A. and J.J. Kronenfeld,** *Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era: Challenges From and For Medical Sociology.* Journal of Health and Social Behavior, 1995: p. 5-33.
18. **McKinlay, J.B.,** *Some Approaches and Problems in the Study of Use of Services- An Overview.* Journal of Health & Social Behavior, 1972. 13: p. 115-152.
19. **Shumaker, S., E. Schron, and J. Ockne,** *The handbook of health behavior change,* New York: Springer Publishing Co.
20. **Wolinsky, F.,** *The sociology of health principles, practitioners and issues.* 1988: Publishing Co.
21. **Kroger, A.,** *Antropological and socio-medical health care research in developing countries.* Soc. Sci. Med., 1983. 3: p. 147-161.
22. **Andersen, R.M.,** *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* Journal of Health and Social Behavior, 1995. 36: p. 1-10.
23. **Becker, M.H.,** *Theoretical Models of Adherence and Strategies for Improving Adherence,* in *The Handbook of Health Behavior Change,* S.P. Company, Editor: New York. p. 5-43.
24. **Freidson, E.,** *La construcción popular de la enfermedad,* in *La profesión médica.* 1978: Barcelona.
25. **Slikkerveer, L.,** *Rural Health development in Ethiopia.* Soc. Sci. Med., 1982. 16: p. 1859-1872.
26. **McKinlay, J.,** *Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking.,* in *Dordrecht.,* R.P. Co., Editor. 1985. p. 77-107.
27. **Mechanic, D.,** *Social Dimensions of illness behavior.* Soc. Sci. Med., 1995. 41: p.

1207-1216.

28. Pescosolido, B.A., *Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help*. *AJS*, 1992. 97: p. 1096-1138.
29. Aaron, L.A., et al., *Psychiatric Diagnoses in Patients With Fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness*. *Arthritis & Rheumatism*, 1996. 39: p. 436-445.
30. Aaron, L.A., et al., *Perceived Physical and Emotional TRauma as Precipitating Events in Fribromialgia*. *Arthritis & Rheumatism*, 1997. 40: p. 453-460.
31. Egan, K.J. and W.J. Katon, *Responses to Illness and Health in Chronic Pain Out patients and Healthy Adults*. *Psychosomatic Medicine*, 1987. 49: p. 470-481.
32. Creed, F., *Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus?* *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1990. 49: p. 808-812.
33. Honing-Parnass, T., *The Effects of Latent Social Needs on Physician Utilization by Immigrants: a Replications Study*. *Soc. Sci. Med.*, 1982. 16: p. 505-514.
34. Macfarlane, G., et al., *Chronic widespread pain in the community: The influence of psychological symptoms and mental disorders on health seeking behavior*. *J. Rheumatol*, 1999. 26: p. 413-9.
35. Lasker, J.N., *Choosing among therapies: illness behavior in the ivory coast*. *Soc. Sci. Med.*, 1981. 15A: p. 157-168.
36. Kronenfeld, J.J., *Provider variables and the utilization of ambulatory care services*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978. 19: p. 68-76.
37. Chaturvedi, N., H. Rai, and Y. Ben-Shlomo, *Lay diagnosis and health-care-seeking behaviour for chest pain in south Asians and Europeans*. *The Lancet*, 1997. 1997: p. 1578-1583.
38. Romanucci, L.S., *The Hierarchy of Resort in Curative Practices: The Admiralty Islands, Melanesia*. *Journal of Health and Social Behavior*, : p. 201-208.
39. Press, I., *Urban Illness: Physician, Curers and Dual Use in Bogota*. *Journal of Health and Social Behavior*, : p. 209-217.
40. Colson, A.C., *The differential Use of Medical Resources in Developing Countries*. *Journal of Health & Social Behavior*, 1971. 12: p. 226-237.
41. Echebarria, A.E., C.G. Sanjuan, and J.A. Ozamiz, *Representations of health*,

- illness and medicines: Coping strategies and health-promoting behaviour*. British Journal of Clinical Psychology, 1992. 31: p. 339-349.
42. Crawford, S.L., et al., *Do Blacks and Whites Differ in Their Use of Health Care for Symptoms of Coronary Heart Disease?* American Journal of Public Health, 1994. 84: p. 957-964.
 43. Weissman, J.S., et al., *Delayed Access to Health Care: Risk Factors, Reasons, and Consequences*. Annals of Internal Medicine, 1991. 114: p. 325-331.
 44. Mutchler, J.E. and J.A. Burr, *Racial Differences in Health Care Service Utilization in Later Life: The Effect of Socioeconomic Status*. Journal of Health and Social Behavior, 1991. 32: p. 342-356.
 45. Fabrega, H. and P.K. Manning, *Illness Episodes, Illness severity and treatment options in a pluralistic setting [1]*. Soc. Sci. & Med., 1979. 13 B: p. 41-51.
 46. Ingham J, M.P., *Self-referral: Social and demographic determinants of consulting behavior*. J Psychosom Res, 1983. 27: p. 233-242.
 47. Nathanson, C., *Sex, illness, and medical care*. Soc. Sci Med., 1977. 11: p. 13-25.
 48. Darmawan, J., et al., *Epidemiology of rheumatic diseases in rural and urban populations in Indonesia: a World Health Organisation International League Against Rheumatism COPCORD study, stage I, phase 2*. Ann. Rheum. Dis., 1992. 4: p. 525-528.
 49. Denzin, N.K., *Handbook of Qualitative Research*. 1994, New York: Sage.
 50. Nigenda, G. and A. Langer, *Métodos Cualitativos en la investigación en salud pública*. Perspectivas en Salud Pública, 1995.
 51. Editorial, *Basic Science: Medical practice*. JAMA, 1970. 214: p. 1317.
 52. Frenk, S., *Ciencias Sociales en medicina*. Gaceta Médica de México, 1980. 116: p. 11-13.
 53. Rivero, O., *Educación en sociología Médica*. Gaceta Médica de México, 1980. 116: p. 13.
 54. Holman, H., *Qualitative inquiry in medical research*. J. Clin. Epidemiol., 1991. 46: p. 29-36.
 55. Pope, C. and N. Mays, *Reaching the parts others methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*. BMJ,

1995. 311: p. 42-45.
56. Cáceres, J., *Técnicas de investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. 1998: Addison Wesley Longman.
 57. Quandt, S. and T. Acury, *Qualitative methods in arthritis research: Overview and data collection*. Arthritis Care and Research, 1997. 10.
 58. Britten, N., *Qualitative interviews in medical research*. BMJ, 1995. 311: p. 251-253.
 59. Russell, B., *Research methods in anthropology*. 1995: Altamira Press.
 60. Crabtree, B. and W. Miller, *Doing qualitative research*. 1992: Sage Publications.
 61. Gerhardt, U., *Qualitative research on chronic illness*. Soc. Sci. Med, 1990. 11: p. 1149-1159.
 62. Mays, N. and C. Pope, *Rogour and qualitative research*. BMJ, 1995. 311: p. 109-112.
 63. Sandelowski, M., *Sample size in qualitative research*. Research in Nursing and Health, 1995. 18: p. 179-183.
 64. Bernard, R., *Sampling*, in *Research Methods in Antropology*. 1995. p. 71-101.
 65. Editorial, *Social issues and scientific medicine*. Arch. Inter. Med., 1971. 127: p. 157.
 66. Willms DG and Johnson NA, *Essentials in qualitative research: A notebook for the field*, ed. I. inc. 1996: INCLLEN, inc.
 67. Young, L., *The ethnography of health care decisions*. Soc. Sci. Med, 1982. 16: p. 1451-1452.
 68. Ryan, G., *What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: modeling home case management of acute illnesses in rural Cameroonian Village*. Soc. sci. med., 1998. 46: p. 209-225.
 69. Segall, A. and J. Goldstein, *Exploring the correlates of self-provided health care behaviour*. Soc. Sci. Med., 1989. 29: p. 153-161.
 70. Trotter, R., *Remedios caseros: Mexican American Home remedies and community health problems*. Soc. Sci. Med, 1981. 15B: p. 107-114.
 71. Dean, K., *Self-care responses to illness: a selected review*. Soc. Sci. Med., 1981. 15A: p. 673-687.
 72. Fleming, G., et al., *Substitute, suplement, or stimulus for formal medical care*

- services? Medical care*, 1984. 22: p. 950-966.
73. Bush, P. and D. Rabin, *Who's using nonprescribed medicines? Medical care*, 1976. XIV: p. 1014-1023.
 74. Dean, K., *Lay care in illness*. Soc. Sci. Med., 1986. 22: p. 275-284.
 75. Lea, M., *Care seeking for musculoskeletal and respiratory episodes in a medicare population*. Medical Care, 1991. 29: p. 1130-1145.
 76. Safer, M., et al., *Determinants of three stages of delay in seeking care at medical clinic*. Medical Care, 1979. XVII: p. 11-29.
 77. Stoeckle, J.D., I.K. Zola, and G.E. Davidson, *On Going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical AID*. J. chron. Dis., 1962. 16: p. 975-989.
 78. De la Cuesta, c., *Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección*. Salud Pública de México, 1999. 41: p. 124-129.
 79. Ngohwey, N., *Home remedies and doctor's remedies in Feira (Brazil)*. Soc. Sci. Med., 1995. 40: p. 1141-1153.
 80. Cirigliano, M. and A. Sun, *Advising patients about herbal therapies*. JAMA, 1998. 280: p. 1565-66.
 81. Farrell, R., *Herbal remedies*. BMJ, 1990. 300: p. 47-48.
 82. Kronenfeld, J., *Sel care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment*. Soc. Sci. Med., 1979. 13A: p. 263-267.
 83. Von Korff, M., et al., *Chronic pain and use of ambulatory health care*. Psychosom. Med., 1991. 53: p. 61-79.
 84. Young, J. and L. Young, *Variation in the choice of treatment in two mexican communities*. Soc. Sci. Med., 1982. 16: p. 1453-1465.
 85. Bathia, J., et al., *Traditional healers and modern medicine*. Soc. Sci. med., 1975. 9: p. 15-21.
 86. Eisenberg, D., et al., *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997*. JAMA, 1998. 280: p. 1569-1575.