31821
100

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA RELACION ENTRE LAS HABILIDADES SOCIALES DE LOS MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA Y EL REPORTE DE SATISFACCION DEL PACIENTE.

REPORTE DE INVESTIGACION

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

VICTOR MANUEL LOPEZ RUIZ

ASESOR: MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
DICTAMINADOR: MTRO. HECTOR E. GONZALEZ DIAZ
DICTAMINADOR: LIC. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS

IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2003

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

GRACIAS

A Dios,

Por darme el coraje y la tenacidad necesaria para llegar a este momento de mi vida.

A mis padres: Susana y Victor,

Por el apoyo y el cariño a lo largo de todos estos años.

A mi hermana: Carolina,

Por los dias de lluviosos y soleados que pasamos juntos.

A Mamito,

Por las tardes de buena comida y compañía en los trabajos.

A Gaby,

Por las pequeñas voces que me decían: "¿cuándo ves a Jorge Luis?"; "ya te falta bien poquito"; "guau... ¿para cuando el examen?". Te amo.

A Judith, Miguel Ángel, Ivonne, Jaqueline, Gerardo y Belegui,

Por el apoyo, la confianza y por inspirar este presente trabajo.

A Sigfrido, Gloria y Diana,

Por su compañía en el empinado y largo camino que iniciamos el dia que escogimos carrera.

A mis compañeros y amigos de la carrera,

Por las enseñanzas, las discusiones acaloradas y las risas que compartimos durante nuestros estudios.

A Jorge Luis,

Por los pequeños empujoncitos y su compañía en el proceso de elaboración de este trabajo.

A Héctor,

Por las sugerencias que llevaron a enriquecerlo.

A Juan Antonio,

Por sus comentarios para mejorar este trabajo.

Y sobre todo a mí,

Por hacer de la terquedad una virtud que lleva a cruzar océanos incontrolables y tormentas inclementes.

Quiero dedicar este trabajo a todas aquellas personas que llegaron a pronunciar algunas de las siguientes frases: "por qué no te fusilas una tesis de la biblioteca", "ya deja esa tesis", "olvídate de la carrera y la tesis y ya búscate un trabajo", entre otras.

"El que tiene imaginación sin conocimientos, tiene alas pero no pies".
Joseph Joubert en Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw Hill.

"El hombre pone su esperanza en el hombre".
Proverbio rumano en Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw Hill.

"Espero que no hayas llevado una vida doble, aparentando ser malo y siendo en realidad bueno. Eso sería hipocresía"
Oscar Wilde en Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw Hill.

"Si echo mi misma sombra en mi camino, es porque hay una lámpara en mi que no ha sido encendida"
R. Tagore en Castanyer, O (1997). La asertividad: expresión de una sana autoestima Bilbao, España: Desclée De Brouwer

DECÁLOGO DEL BUEN TRABAJADOR DE LA SALUD

1. Ofrece trato humanitario y respetuoso al paciente.
2. Reconoce la importancia del expediente clínico y lo utiliza en todos los casos.
3. Sólo indica los estudios y tratamientos necesarios.
4. Sabe que es importante explicarle al paciente su enfermedad y ser claros cuando se le indica el tratamiento.
5. Sabe la importancia de las acciones preventivas de salud y las transmite a sus pacientes.
6. Es respetuoso con la intimidad del paciente.
7. Es honesto, evita el desperdicio y cuida sus instrumentos de trabajo.
8. Reconoce el trabajo de sus compañeros y lo respeta.
9. No falta, se actualiza, cumple con su horario y le da su tiempo al paciente.
10. Promueve una cultura médica dentro de su comunidad.

Dobler, I. (1999). La responsabilidad en el ejercicio médico. México: Manual Moderno.

10 DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no consentimiento para procedimientos de riesgo.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención recibida.

Cartel publicado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Cruzada por la Calidad del Instituto de Salud del Estado de México. (ISEM)

ÍNDICE

RESUMEN 7
INTRODUCCIÓN 8
CAPÍTULO 1. LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE. 11
1.1. LA ATENCIÓN MÉDICA. 11
1.2. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. 15
1.3. LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE SALUD. 25
1.4. FACTORES QUE AFECTAN EL REPORTE DE SATISFACCIÓN. 36
CAPÍTULO 2. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE 42
2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 45
2.2. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 49
2.3. FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 53
2.4. HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVAS EN EL CONTEXTO MÉDICO. 62
CAPÍTULO 3. MÉTODO 75
3.1. SUJETOS. 75
3.2. INSTRUMENTOS. 77
3.3. ESCENARIO. 81
3.4. PROCEDIMIENTO. 82
CAPÍTULO 4. RESULTADOS. 84
CAPÍTULO 5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN. 87
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES. 95
BIBLIOGRAFÍA. 99
ANEXOS. 103
FIGURAS Y TABLAS. 110

RESUMEN

De acuerdo a la literatura revisada, conceptos tales como comodidad, respeto, dar información, confidencialidad, entre otros, son esenciales en la buena práctica médica y además se revela una influencia entre el reporte de satisfacción y estas nociones. Sin embargo estos conceptos sólo han contribuido a incrementar la confusión y la distorsión sobre cómo debe de comportarse un médico en una situación de consulta, lo anterior porque aquellos son muy generales y ambiguas.

Para poder tener una visión concreta sobre el comportamiento del médico se propuso una traducción de los conceptos propuestos por la literatura a términos de las habilidades sociales, y en especial al de la asertividad; bajo estas premisas se planteo como objetivo general establecer la relación entre la percepción que tienen los pacientes de la asertividad de los médicos durante la consulta externa y su reporte de satisfacción en la atención médica primaria. Para lo anterior se aplicaron dos instrumentos, uno que evaluó la asertividad y otro que se ocupó del reporte de satisfacción, dichos instrumentos se aplicaron en un muestra de 120 sujetos del sexo femenino en proceso de seguimiento de embarazo en un hospital de segundo nivel del sector salud del área metropolitana, los cuales fueron respondidos al termino de la consulta a la que asistieron.

Se concluye que existe una relación positiva entre la asertividad y el reporte de satisfacción, asimismo se hizo una descripción de las habilidades más importantes que incrementan el reporte, ya que no todas las habilidades planteadas impactaron de la misma manera; además, y dadas las características del estudio se discute sobre el poco control de variables como la edad y el nivel educativo, entre otras; los comentarios finales giran entorno a los problemas, limitaciones y algunas formas de resolverlas para estudios futuros.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado que puede ser muy ventajoso, para las instituciones que proporcionan atención médica, poder determinar el grado de funcionamiento que se brinda en el servicio de salud, para ello se valen de lineamientos que permiten la identificación de elementos que obstruyen o facilitan las diferentes funciones de dicha institución, uno de los conceptos útiles en la identificación de estos elementos es: el reporte de satisfacción (Aguirre-Gas, 1990).

Mira, Vitaller, Herrero y Buil (1992) consideran que el reporte de satisfacción es una dimensión de la calidad de la atención y un indicador sobre cómo es percibido el servicio por el paciente; Linder-Pelz (1982) y Mijangos (1997) lo definen como una actitud de agrado o desagrado hacia el servicio que puede evaluar tres elementos, tales son: el elemento técnico, la organización y la relación interpersonal.

Dentro del elemento técnico, se busca evaluar la percepción del usuario sobre los conocimientos técnicos del médico que los lleve a la eficiente y eficaz solución de los problemas que los pacientes les presentan.

En la parte de la organización se busca información sobre el funcionamiento administrativo y las comodidades necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales, como por ejemplo: si el paciente percibe que el hospital cuenta con una ubicación adecuada que facilite el acceso de los pacientes, si se percibe que se cuenta con el material e instrumental necesario y suficiente para el eficiente y eficaz servicio que se presta en la institución, si los trámites que el paciente debe realizar para poder tener acceso a la institución son sencillos e informados con oportunidad, entre otros (Landeros y Salinas, 1996).

En el rubro de la relación interpersonal, la información obtenida se refiere al tipo de relación que el médico establece con el paciente, dicha relación debe de darse a partir de características como la amabilidad, la cordialidad, el respeto, además de tener que comunicarse en un lenguaje claro y entendible tomando en cuenta el nivel social y cultural de los pacientes; de esta manera, Medina y Rubio (1996) consideran que la recuperación no sólo depende de los aspectos técnicos propios de las ciencias biomédicas sino que además se condiciona por los factores psicológicos que rigen dicha relación; en este sentido la literatura revisada presenta conceptos generales y ambiguos que no contribuyen a establecer el tipo de habilidades concretas que un médico debe de poseer.

El presente trabajo es un intento por aterrizar en elementos concretos nociones tales como: amabilidad, respeto, cordialidad, entre otros; para ello se recurre al concepto de habilidades sociales, y en específico a uno de sus componentes, tal es: la asertividad.

Dentro de este contexto se plantean preguntas como: ¿qué tipo de relación establecen el reporte de satisfacción y la asertividad como tal?, ¿Qué habilidades debe de tener el médico para enfrentar la relación con el paciente en el contexto de la consulta externa? Estas preguntas están encaminadas a establecer la relación entre la percepción que tienen los pacientes de la asertividad de los médicos durante la consulta externa y su reporte de satisfacción en la atención médica primaria.

Para poder alcanzar el objetivo plateado se comenzó definiendo y discutiendo los conceptos de atención médica, calidad de la atención y satisfacción del paciente; dicha revisión permitió conocer a la relación médico-paciente como un elemento más que afecta y compone el reporte de satisfacción.

Posteriormente, se conocieron las características de la relación médico-paciente, los modelos y los factores involucrados en ella, se observó que una de

las caracteristicas que se resaltan son los conceptos generales y ambiguos que no contribuyen a determinar el tipo de habilidades que el médico debe de poseer para la buena práctica médica, aquí se propone a la asertividad como un elemento que da concreción a los conceptos propuestos en la literatura revisada.

Para determinar el tipo de habilidades se realizó una traducción de los términos propuestos por los médicos a la lógica de la asertividad y se planteó un diseño no experimental transversal correlacional capaz de abordar la problemática de la relación existente entre el reporte de satisfacción, la asertividad y el tipo de habilidades necesarias en el servicio de consulta externa; dicho diseño incluyó la aplicación de dos instrumentos que evaluaron el reporte de satisfacción y la asertividad respectivamente en una muestra de 120 sujetos del sexo femenino en proceso de seguimiento de embarazo en un hospital de segundo nivel del área metropolitana.

El presente trabajo concluye con la presentación de los resultados encontrados y las conclusiones extraidas del estudio. Entre las que destacan el tipo de relación que se establece entre el reporte de satisfacción y la asertividad; una descripción de las habilidades del médico, durante la situación de la consulta externa en el servicio de gineco-obstetricia, necesarias para elevar el reporte de satisfacción de los pacientes y los comentarios sobre los problemas y limitaciones que se presentaron durante la elaboración de este trabajo

CAPÍTULO 1. LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Una de las demandas que la sociedad hace a sus instituciones es la de recibir atención médica de calidad, ésta les permitirá conservar o recuperar la salud que, asumen, han perdido. Es desde esta premisa que surgen diversos lineamientos que buscan develar las dinámicas que se presentan en los servicios de salud, para así aportar soluciones a los problemas que se reportan. Para ello ha sido indispensable definir términos como atención médica y calidad de la atención médica, mismos que justifican la evaluación de los servicios prestados.

Parte importante de esas dinámicas es el reporte de satisfacción que el paciente hace del servicio, éste sirve de criterio básico para determinar la calidad de la atención médica. Pero, ¿qué es la atención médica y la calidad de la atención?, ¿cómo se relaciona la calidad de la atención con el reporte de satisfacción del paciente?, ¿cuáles son los elementos que están involucrados en el reporte de satisfacción? Para dar respuestas a estas preguntas se delineará un panorama general dentro del tema de la calidad de la atención médica, así como de la satisfacción del paciente y su elemento más humano.

1.1. La atención médica.

La atención médica es un concepto multidimensional que involucra factores sociales, económicos, organizacionales, biológicos, psicológicos, es por ello que se han presentado varias definiciones tratando de abarcarla en todos sus elementos. Entre algunas de estas definiciones nos encontramos las siguientes:

La OMS define la atención médica como "...un concepto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención médica y del fomento a la salud" (San Martín, 1991, Pág. 653), es decir, la atención abarca todas las formas y estrategias posibles encaminadas a mejorar y mantener la salud de los individuos de una manera eficiente y eficaz.

Fajardo Ortiz (1990; citado en García, 2000) entiende por atención médica "todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud que, actuando sobre las personas en forma directa, promueve la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral" (Pág. 28).

Según la Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de la Secretaria de Salud (1990), la atención médica esta definida por un conjunto de acciones y procesos que lleva a cabo el médico para cuidado de las demandas de los pacientes.

García (Ibíd.) define la atención médica como el proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención, diagnóstico, control y rehabilitación.

Para Lee y Jones (1990) el concepto de buena atención médica implica:

1. Una práctica racional y sustentada, en bases científicas, de las ciencias médicas.
2. Enfatizar la prevención
3. Una cooperación entre el público y otros profesionales de la salud, tal es el caso de la formación de equipos multidisciplinarios.

4. Considerar los factores emocionales, psicológicos y biológicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento.
5. La consideración del individuo como un todo; no debe olvidarse que "...ningún grado de especialidad técnica, ni de combinación alguna de aparatos de laboratorio es tan útil en el diagnóstico de muchos padecimientos, como el conocimiento personal de la historia clinica del paciente, su situación familiar y sus idiosincrasias física y mental". (Lee y Jones, Ibid.; Pág. 246)
6. La coordinación con el trabajo social.
7. Coordinarse con diferentes tipos de servicio médico.
8. Que puede (y debe) ser aplicado a las necesidades de salud de todas las personas.

A partir de las definiciones anteriores podemos darnos cuenta de que se hace referencia a una serie de acciones, procedimientos o estrategias, encaminadas a prevenir, diagnosticar, tratar o rehabilitar un estado específico denominado enfermedad; además, en dichas descripciones no sólo se contemplan las técnicas avaladas por el quehacer médico sino también los comportamientos o estilos de relación entre el médico y el paciente

Pero ¿cómo sabemos que dichas acciones, procedimientos o estrategias realmente están resolviendo los problemas que se les presentan con la utilización de los recursos de la forma más eficiente posible? Para saberlo, se han establecido un conjunto de lineamientos como una forma para mantener la eficiencia de la atención médica, dichos lineamientos permiten evaluar el nivel de calidad que dicha atención está mostrando

Para poder hablar de un servicio de salud con calidad es necesario respaldar la buena práctica de la medicina mediante la identificación de los elementos eficaces y eficientes, así como indicar las areas que deben ser mejoradas y brindar a los médicos una enseñanza constante acerca de su propia

práctica, todo ello mediante la evaluación de la atención del servicio recibido, esto considerando que el derecho a la atención, conlleva el derecho de una atención de buena calidad. Por ello las evaluaciones de la calidad de la atención en servicios de salud no deben tener como finalidad única el satisfacer una mera curiosidad, sino que los resultados obtenidos deben aplicarse como insumos en alguna parte del sistema a favor de la eficiencia (Aguirre-Gas, 1990).

La Subdirección General Médica del IMSS (1978; citado en Garcia, op. cit.) definió la evaluación de la calidad de la atención médica como un conjunto de procedimientos establecidos con el fin de identificar las acciones realizadas o los resultados, el apego o alejamiento de los objetivos previamente señalados. Su evidente finalidad es corregir, adecuar y hasta modificar sustancialmente los planes iniciales.

Según Mijangos (1997), para evaluar la calidad de la atención médica es necesario que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

a) La aplicación adecuada de conocimientos médicos y de tecnologia, considerando a cada uno de los pacientes.
b) El manejo de la relación personal con el paciente en forma apegada a los principios éticos, convenciones sociales, expectativas y necesidades legitimas del mismo.

Por su lado, Landeros y Salinas (1996) señalan que la evaluación de la calidad es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación, tomando en cuenta los límites actuales de la ciencia médica.

La evaluación de la calidad, por lo tanto, consiste en la aplicación de estrategias o técnicas encaminadas facilitar elementos que nos permitan elaborar

un juicio sobre el proceso de la atención, dichas técnicas pueden involucrar a los técnicos y profesionales en forma individual o colectiva.

Para un mayor entendimiento de estos contenidos, es conveniente hacer una revisión más a fondo sobre la calidad de la atención médica, para ver cuál es la importancia de la satisfacción del paciente en la evaluación de ésta.

1.2. La calidad de la atención médica.

El término calidad es usado como sinónimo de superioridad, importancia y excelencia que se aplica a diferentes contextos con el propósito de satisfacer las demandas o necesidades del cliente y poder mejorar las expectativas de éste. La Fundación Mexicana para la Calidad Total FUNDAMECA (1993) ha establecido algunos indicadores que delinean, guían y controlan el proceso de la calidad de un servicio determinado, tales son:

1. Conocer el grado de satisfacción del cliente sobre el servicio otorgado, sus sistemas de respuesta, los estándares de la atención recibida y sus resultados.
2. A través de la capacitación que recibe el personal, el reconocimiento que la empresa da a su trabajo.
3. Conocer la calidad de vida de los trabajadores por medio de la información que maneja la empresa y el correcto procesamiento de sus datos.
4. En función del análisis del servicio y productos otorgados.

García (2000) sugiere que la calidad es dar al cliente lo que requiere, ya sea un producto o un servicio adecuado para su uso y hacer esto de tal modo que cada tarea se realice correctamente desde la primera vez. La calidad no siempre es el servicio que se presta, sino la imagen que la gente toma del servicio. En su esencia, "calidad" significa conformidad con las normas

Los servicios de salud han retomado los conceptos y mecanismos de la calidad en general para intentar dar cuenta de la atención recibida. El hablar de calida en la atención médica implica una diversidad de factores íntimamente relacionados que van desde el apego a ciertas normas establecidas, la aplicación de conocimientos y tecnologías vigentes en la medicina, la intervención oportuna para evitar el mayor número de riesgos posibles estableciendo una relación positiva entre él y el paciente, en forma amable, cordial y respetuosa, dentro de un ambiente confortable y personalizado, todo encaminado a incrementar la salud del usuario que se reflejará en su satisfacción plena (Aguirre- Gas, op. cit.).

Jessee (1990) ha señalado que en los hospitales de los Estados Unidos ha sido una actividad importante evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud. Los aspectos que se toman en cuenta en esos hospitales son: el desempeño profesional (calidad técnica); el empleo de recursos (eficiencia); el riesgo del paciente (el riesgo de lesión o enfermedad en relación con los servicios suministrados) y la satisfacción del mismo con los servicios suministrados.

La Norma para la Garantía de la Calidad de la Asociación Médica (1990; citado en Garcia, op. cit.) define a la calidad como una característica de la atención médica que puede analizarse desde dos puntos de vista, estos son: el técnico y el humano. El técnico se refiere a la forma en que la ciencia y la tecnología se aplican de manera que rindan el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El humano se refiere al grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares y que es fundamental para la calidad de la atención médica.

El concepto de calidad de la atención médica es definido por el IMSS (1993; citado en Mijangos, op. cit.) como " el atributo tanto de los elementos y su

organización que constituyen el servicio de atención médica como de las acciones de prevención secundaria y terciaria que realizan y de los resultados obtenidos al manejar los daños a la salud y que se logra cuando se han alcanzado los estándares previstos para el logro de los objetivos" (Pág. 8).

La Secretaría de Salud a través de la Norma Técnica (1990) define la calidad de la atención médica como el análisis metodológico que permite determinar las características del proceso y los resultados de la atención que se presta en los servicios, a través de juicios de valor basados en criterios vigentes en cada institución.

Donabedian (1984; citado en Cruz, 1999) distingue tres perspectivas del concepto de calidad: la primera denominada "absolutista" que depende exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio; la segunda llamada "individualista" porque la definición surge de cada caso particular; y la última de tipo "social" en donde el concepto se contextualiza en el marco de los valores y las necesidades sociales existentes.

Donabedian (1991; citado en García, op. cit.), partiendo de un enfoque de tipo social, define la calidad de la atención como la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud, atribuible a la atención misma.

Ramírez, Nájera y Nigenda (1998), al analizar la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, retoman el modelo para el análisis de la calidad de la atención médica desarrollado por Donabedian (1989; citado en Ramírez, Nájera y

Nigenda, Ibid.), en donde menciona que los componentes para dicho análisis son los de índole técnicos, interpersonales y amenidades; éstos a su vez tienen tres niveles: de estructura, de proceso y de resultado.

Donabedian (1990) define los componentes involucrados para la evaluación de la calidad de la atención de la siguiente manera:

1. La atención técnica: que se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos encaminados a la solución de los problemas de salud del paciente. Las evaluaciones de la atención técnica también pueden variar debido a que los pueblos que la reciben varían en tres maneras: en sus características biológicas, en su comportamiento y en sus preferencias. Bajo el encabezado de características biológicas, debemos incluir las diferencias en riesgo y susceptibilidad, así como en la reacción a los tratamientos.
2. El manejo de la relación interpersonal: que incluye la relación personal que se da entre el proveedor del servicio y el paciente. Los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en las transacciones entre el paciente y el proveedor. Y estos valores influyen, a su vez, en cuáles son los estilos que lograrán que los pacientes participen con la mayor efectividad en su propia atención.
3. Las amenidades, comodidades o ambiente físico: que implican las condiciones físicas bajo las cuales se da el servicio. Lo aceptable o deseable del medio ambiente en que se proporciona la atención, depende de nociones culturales determinadas de lo que es bueno o correcto.

Donabedian mismo (1981) señala que tanto los componentes, antes mencionados, como los niveles son muy importantes para la evaluación de la calidad de la atención médica, dichos niveles son: la estructura, el proceso y los resultados.

Se entiende por "estructura" los elementos materiales y sociales empleados para proporcionar la atención. Se incluyen aquí el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control. Cuando se evalúa la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que facilitan u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. La estructura es una característica relativamente estable de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde se trabaja.

El "proceso" se refiere a todas las actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. Es éste el objeto primario de la evaluación, es decir, es la base para el juicio de la calidad, es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud, el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que éstos le dan a la salud y al bienestar.

Los "resultados" de la atención son, básicamente, cambios en el estado de salud que se pueden atribuir a dicha atención. El resultado es un cambio significativo en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica; incluyéndose el mejoramiento de la función social y psicológica, además del énfasis común sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la medicina; considerándose también como importantes las actitudes del paciente. Estos cambios pueden ser dados a diferentes niveles: a nivel de conocimientos relacionados con la salud y el nivel de las actitudes y comportamientos del paciente. La calidad de la atención es proporcional al grado de mejoría de la calidad de la vida que logre brindar, suponiendo que el costo no constituya un obstáculo.

A través de los diferentes mecanismos de evaluación, que involucran componentes y niveles, se ha hecho énfasis en establecer juicios de valor

relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud, esto con base en la consecución de objetivos, logro de metas y administración racional de los recursos asignados.

Otros aspectos, que debe tomarse en cuenta para determinar la calidad con que se presta la atención a los usuarios de los servicios, son los que se refieren a la infraestructura, equipo e insumos que son utilizados por los prestadores de los servicios, en la realización de las actividades (Landeros y Salinas, op. cit.).

- La infraestructura: es uno de los parámetros de gran relevancia para determinar la calidad. Identificar con precisión los principales sistemas (iluminación, ventilación, intercomunicación, hidráulico y sanitario) y áreas físicas (consulta externa, urgencias, hospitalización, bloque quirúrgico, cuidados intensivos, laboratorio de análisis clínicos y gabinete de radiología) que permitan al usuario un desplazamiento adecuado por los diferentes servicios de la unidad.
- El equipo: es otro indicador importante, por lo que es necesario obtener información sobre la cantidad y calidad de los recursos en cada una de las unidades, mismos que deberán ser comparados con las normas emitidas por las áreas responsables de su equipamiento, dándose una calificación con base en el mayor o menor cúmulo de recursos disponibles en cada una de las áreas evaluadas.
- Los insumos: se requiere elaborar perfiles epidemiológicos que sean congruentes con la patología de la región, la patología detectada en los servicios de las unidades y la cantidad de pacientes atendidos, ya que en relación con esto se determinará la cantidad y calidad de los insumos que deberán tener en cada unidad, mismos que serán utilizados para el adecuado manejo de los usuarios en la resolución de sus problemas, bajo la normatividad y esquemas terapéuticos emitidos por las áreas sustantivas

- Los recursos humanos: éstos deben de ser capacitados para tener y resolver en forma oportuna la problemática expuesta por los usuarios de los servicios; así se puede decir que a mejores recursos humanos, mayor será la atención que se dé a los usuarios; sin embargo, lo anterior no será suficiente si no se cuenta con la accesibilidad que permita al público llegar hasta la unidad, por lo que un proceso regionalizado con unidades estratégicamente ubicadas será la mejor solución para la utilización adecuada de los mismos.

Desde otra perspectiva, la evaluación de la calidad de la atención médica tiene dos niveles de análisis: el nivel cualitativo que se refiere a los aspectos aplicativos técnicos-médicos y la suficiencia de recursos dentro de los contenidos de la estructura, el proceso y resultado. El nivel cuantitativo se refiere a la evaluación de la calidad de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente, es de notar que en este nivel también deben de considerarse los tres contenidos establecidos por Donabedian (1981).

Donabedian (1990) observa que es preciso calificar la calidad tomando en cuenta lo que es razonablemente posible dentro de un ambiente determinado. Pero al mismo tiempo, debe establecerse una norma más universal, por lo menos como una meta que se propone alcanzar. Mientras tanto, se podría aprender mucho al comparar lo que realmente ocurre con lo que razonablemente se podría esperar que ocurriese, y también con lo que debería suceder si se eliminarán las limitaciones de los recursos.

Es útil pensar en la calidad de la atención como consistente en dos componentes: uno es el diseño de sistemas y de recursos, y el otro es el monitoreo del desempeño del sistema. Para que la evaluación y el monitoreo de la calidad sean exitosos deben adaptarse cuidadosamente a las situaciones particulares de cada país (Donabedian, Ibid.).

Podemos encontrar algunos elementos comunes a los diversos autores consultados cuando hablan de calidad de la atención, y estos son:

- La satisfacción del paciente.
- La obtención del producto o servicio a bajo costo.
- El cumplirse las promesas hechas a los clientes.
- El cumplir las expectativas de los consumidores sin embargo esto es realmente difícil porque las expectativas de los clientes cambian, éstas suelen modificarse con el tiempo y las experiencias.

La calidad de la atención en servicios de salud puede enfocarse desde diferentes puntos de vista en función de las expectativas, éstas determinarán en una importante medida el grado de satisfacción que se obtenga como resultado de la atención médica. Las expectativas pueden contarse desde el punto de vista del paciente, del prestador y de la institución, algunas de ellas son (García, Ibid.; Landeros y Salinas, Ibid.).

Expectativas de la institución:

1. La institución pretende que la atención sea proporcionada con oportunidad.
2. Con calidad conforme a las normas y programas que la propia institución emite o en acuerdo con otras instituciones, dentro de los rangos de productividad esperados.
3. Atención acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la mortalidad, y con ausencia de quejas.

Expectativas del trabajador:

1. El trabajador espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención con instalaciones adecuadas, equipo e instrumental apropiados.
2. Coordinación y apoyo de las diferentes áreas en la atención de los pacientes.
3. Reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas.
4. Remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Expectativas del paciente:

1. Atención con cortesía y en forma oportuna con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura y ventilación, privacía, comodidad.
2. Los pacientes esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos.
3. Resultados satisfactorios de la atención en cuanto a la solución del problema que motivó la búsqueda de atención.
4. Personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; entre otras.

García (1985) señala que la mayoría de los estudios de psicólogos latinoamericanos se han enfocado al estudio de la conducta de la población hacia los servicios de salud. Se ha buscado conocer el grado en que la atención brindada satisface las expectativas y aspiraciones de la población en cuanto a diferentes aspectos de la misma, tales como la comunicación de información y comunicación afectiva en la relación médico-paciente, tiempo de espera para ver al médico, para obtener turno, para los exámenes complementarios, la percepción del estado higiénico de las instalaciones, etcétera.

Inicialmente, sólo se consideraron aspectos importantes en la calidad los elementos técnico-médicos, de esta manera se desarrollaron metodologías sofisticadas para su verificación. Aguirre-Gas (Ibid.) considera que ha sido hasta los últimos años cuando se empezó a tener en cuenta la satisfacción del derechohabiente por los servicios recibidos, misma que no está exclusivamente en función de la calidad y los resultados del acto médico sino de aspectos relacionados con el trato humano, la oportunidad, la relación médico-paciente, la información, etcétera.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención, en virtud de que no es factible conseguir que una persona realice un trabajo de calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo (Landeros y Salinas, Ibid.).

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

Por lo anterior podemos decir que no es factible esperar que se otorgue una atención de calidad cuando no se dispone de los recursos suficientes que permitan satisfacer las necesidades de la población demandante, tanto como cuando dicha atención se otorga por el personal que no está satisfecho en el desempeño de sus labores. Asimismo, no es factible que el presupuesto para la salud sea ilimitado, aún en los países más ricos del mundo, por lo cual debemos propiciar la eficiencia y administración racional de los recursos en las unidades

médicas. La evaluación de la calidad debe de detectar la problemática en estos aspectos, a fin de promover su solución (Landeros y Salinas, Ibíd.).

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

Para lograr que la atención sea proporcionada con calidad es necesario, además ciertos índices cuantitativos, establecer una medida o criterio que complemente esa información, éste es la satisfacción reportada por el paciente que contempla elementos de tipo técnico, interpersonal y amenidades a nivel de resultados. Dicha información se convierte en muy importante en la medida en que nos acercamos a esa parte específica de la evaluación de la calidad de la atención médica, pues es la que traduce, en la práctica, la razón de ser del servicio de salud. Es por ello que se considera indispensable abordar este tema en el siguiente apartado.

1.3. La satisfacción del paciente con la atención médica.

La satisfacción del paciente es un concepto muy importante en la evaluación de la calidad de la atención por diferentes motivos; Landeros y Salinas (op. cit.) señalan tres razones principales:

En primer lugar, la evaluación del cuidado de la salud debería contener no sólo mediciones de efectividad clínica y eficiencia económica, sino también medidas de aceptabilidad social, considerando a la aceptabilidad social como la

visión del público o de la comunidad acerca del cuidado de la salud; también la medición de la satisfacción del paciente es importante no porque esta sea un resultado para el bien del usuario sino porque tiene una influencia en el estatus de salud y en los resultados médicos, dicha atribución se da de dos formas: por un lado, los niveles de satisfacción tienen dominio en el porcentaje de uso del servicio médico y, por otro lado, los porcentajes de quejas están relacionados con los consejos del médico y el régimen de tratamiento; además de que los niveles de satisfacción del paciente están directamente asociados con los resultados terapéuticos.

Una segunda razón se debe a que existe un vínculo con las creencias políticas, pues la necesidad y la importancia de la perspectiva del paciente es una forma de democratización de los servicios de salud y de contrarrestar el poder de los intereses de los profesionales y del Estado. Alternativamente se piensa en una política filosófica diferente, haciendo énfasis en la soberanía del consumidor y en el abastecimiento del cuidado de la salud, esperando responder directamente a las preferencias y demandas del paciente.

En tercer lugar, se pude aludir a la ética profesional o al aspecto humano; la idea fundamental es que el médico trabaje sobre las metas del paciente y con ello responder a las necesidades y deseos de éste. En este sentido la comunicación en la relación médico-paciente es un factor importante, ya que si el médico conoce las expectativas del usuario, éste podrá hacer cambios para mejorar la calidad de atención y así producir una mayor satisfacción en éste. Los pacientes significan una vía de conocimiento que busca determinar el valor que los servicios de salud pueden adquirir.

La satisfacción del paciente es considerada un indicador consistente y suficiente para la gestión sanitaria, pues es información sobre cómo es vivido el encuentro con las diferentes unidades que conforman el hospital, centro de salud,

consulta, etcétera y ésta representa el objetivo y resultado deseable por los servicios de salud (Mira, Vitaller, Herrero y Buil, 1992).

Landeros y Salinas (Ibid.) mencionan que las investigaciones sobre la satisfacción del paciente sólo son importantes en la medida en que:

- Ayudan al directivo en la planeación y mejoramiento de sus actividades clínicas,
- Ayudan a identificar problemas en el proceso administrativo,
- Permiten ajustar metas en los programas de salud,
- Sirven para estudios de mercado en la apertura de nuevos programas o servicios,
- Mejoran el clima de la organización tanto en el interior como al exterior,
- Establecen estándares de desempeño,
- Mejoran o previenen los riesgos en la práctica administrativa
- Son relativamente pocos los costos en función de la cantidad e impacto de los beneficios que pueden otorgar.

García (op. cit.) menciona que este tipo de investigaciones responden a que la satisfacción puede ser:

1) Producto de una presión social de búsqueda de mejores productos o servicios manifestada a través de la demanda concreta de estas características por parte de los consumidores
2) Es un indicador indirecto de la utilización de los servicios sanitarios y del adecuado apego y cumplimiento de las prescripciones médicas.
3) Es considerada como un determinante de la futura utilización de servicios de salud, o bien, como una consecuencia de la actual utilización de servicios
4) Un medio para alcanzar la calidad en el cuidado médico.
5) El resultado del cuidado proporcionado

6) Un indicador de esos aspectos de cuidado que pueden ser mejorados (en caso de insatisfacción).
7) Ser usado para la evaluación de la calidad por medio de valores objetivos previamente determinados.

Por ello Rodhmann, Hengut y Zastoniny (1979, citados en Mira y colaboradores, op. cit.) dicen que la satisfacción del paciente es un concepto que se enmarca en los aspectos de la relación interpersonal entre el médico y el paciente, aunque no se restringe a éste; se parte de la idea de buscar un servicio de salud con la mejor calidad posible a partir de las expectativas del usuario del servicio. El grado de satisfacción del usuario con los cuidados de salud recibidos es un factor que contribuye a la evaluación final de los niveles de calidad global de la atención en los centros de salud; en forma particular decimos que es el grado de satisfacción derivado de experiencias anteriores en la utilización de un servicio de salud dado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (1993; citado en Mijangos, Ibid.) define la satisfacción como la "...sensación de bienestar que experimenta el individuo o la familia que recibe la atención médica, como resultado de la congruencia que encuentra entre sus expectativas y su apreciación de la calidad de la atención médica que se le proporcionó" (Pág. 89).

A su vez Linder-Pelz (1982) y Mijangos (op. cit.) coinciden en definir la satisfacción como "una actitud positiva, de la cual se deriva por lo tanto una evaluación hacia un servicio, el cual es un conjunto de normas culturalmente transmitido" (Pág. 24). De esta manera, la satisfacción se compone de: actitudes y percepciones. Las primeras a su vez se conforman de valores que se adjudican a diferentes aspectos; y las segundas se subdividen en: creencias y expectativas, las cuales regulan las respuestas a determinados eventos.

Para Donabedian, (1972; citado en Mira y colaboradores, Ibid.) la satisfacción del paciente con los servicios de salud es un aspecto importante para determinar la calidad de la atención médica que se presta, ésta debe de ser entendida como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud. La satisfacción del paciente es un concepto que debe entenderse como "...una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional, un dispositivo sanitario o la red asistencial en su conjunto" (Pág. 92), es decir, se habla más bien, de calidad sentida o de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención.

García (op. cit.) entiende la satisfacción como una reacción o actitud que muestra el paciente hacia los aspectos más relevantes de la estructura, proceso y resultados de su interacción con los servicios de salud. Los procesos psicológicos que determinan el nivel de satisfacción son, principalmente, los emotivos y la parte cognoscitiva.

La satisfacción del paciente es una dimensión de la calidad de la atención y una medida de resultado que permite identificar aquellos atributos de los servicios que tienen mayor importancia para la población, así como la adecuación de la calidad de la atención a sus necesidades y aspiraciones. Donabedian (1981) considera que los pacientes pueden determinar el valor que se le puede dar a los beneficios y riesgos esperados para la salud, valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal. Por ello Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (1970) consideran que es aceptable la idea de estudiar las actitudes en relación a la satisfacción del paciente con el cuidado médico; por ello, la satisfacción o insatisfacción ha sido sugerida como un criterio para medir la calidad del cuidado.

Tomando en cuenta lo anterior, debemos de considerar que la satisfacción es una actitud que nos da información sobre la manera en que es percibido el servicio por el paciente, esto nos coloca en una posición privilegiada en el momento de querer hacer cambios en el sistema general de salud. Dichos

cambios deben de considerar ciertos lineamientos técnicos, las condiciones generales del país que se trate y las preferencias de los usuarios.

Una amplia definición de actitud es dada por Fishbein y Ajzen (1975; citados en Linder-Pelz, 1982) ellos sugieren que: "la mejor característica que distingue actitud de otro concepto es esta evaluación o afectividad natural; esto es, una evaluación general o sentimientos favorables o desfavorables hacia el objeto en cuestión. Por lo que sugieren que la 'actitud' (Pág. 578) deberá ser medida por un procedimiento en donde coloque al objeto en una dimensión evaluativo afectiva bipolar frente a frente con un objeto dado" (Pág. 35).

Una actitud, como lo es la satisfacción del paciente, está basada en dos fuentes de información diferentes, estas son: unas fuertes creencias y los atributos de evaluación.

Un tipo de percepción son las creencias y estas se refieren a la cognición, a diferencia de las actitudes que describen al afecto. Por su parte las expectativas son creencias de que una respuesta será seguida por algún evento; dicho evento tiene un balance o afecto, sea este positivo o negativo. "La actitud de una persona hacia un objeto está relacionada a sus creencias de que el objeto posee ciertos atributos y sus evaluaciones de esos atributos" (Fishbein y Ajzen, 1975, Pág. 578; citados en Linder-Pelz, Ibid.).

Por lo tanto, las expresiones de satisfacción o insatisfacción son actitudes del paciente hacia el servicio de salud y deben ser tratadas como tales; ésta se va a ver influenciada por las expectativas y las creencias de lo que se piensa debe de ocurrir. también esta actitud es tomada en cuenta como un índice de evaluación hacia el servicio. El servicio a evaluar puede ser una visita a una clínica, un

tratamiento para una enfermedad, un cuidado, un plan de salud particular o un sistema en general del cuidado de salud.

Thibaul y Kelley (1976; citados por Linder-Pelz, op. cit.), parten del supuesto de que "la gente evalúa circunstancias en relación a lo que ellos creen, otros lo llevan a cabo o en relación a lo que ellos mismos han experimentado en el pasado" (Pág. 580). El modelo de Thibaul y Kelley, es útil para generar hipótesis en relación a las determinantes de la satisfacción en el cuidado de la salud. Lo más importante de este modelo es que demuestra que la gente usa diferentes escalas para llevar a cabo su evaluación del servicio.

Para vencer esas dificultades, Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (op. cit.) utilizan una técnica de escala psicológica, esta es el Thurstone "Método de Intervalos Aparentemente Iguales" que ha sido adoptada para el problema de la medición de la satisfacción del paciente con el cuidado médico. Ellos mismos realizaron una revisión bibliográfica para determinar qué áreas deberían ser desarrolladas, para que los planteamientos relacionados hacia las actitudes con la atención médica y al cuidado giren alrededor de ellas; las tres áreas encontradas fueron: la competencia técnica, la calidad personal y el costo/conveniencia.

Wolf y colaboradores (1978; citado en García, op. cit.), consideran que la satisfacción debe de contar con tres dimensiones, tales son:

a. La cognitiva: se refiere a la calidad, tipo y cantidad de la información recibida;
b. La afectiva: es el interés y comprensión que muestra el prestador del servicio y
c La comportamental: se describe sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional.

García (Ibíd.) considera que las dimensiones más sobresalientes de la satisfacción de los usuarios son las siguientes calidad general, humanidad,

competencia, resultado, facilidades, la continuidad de cuidados, el acceso, la información, el costo, la burocracia y la atención a problemas psicosociales. La evaluación de la calidad que hace el paciente sobre el servicio recibido, expresada como satisfacción o insatisfacción, puede ser notablemente detallada. Podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal o a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Una suma o balance subjetivo de estos juicios detallados representarían la satisfacción total.

Sin embargo, debemos de tener en cuenta que no basta con contar con los elementos técnicos necesarios para calificar el servicio como satisfactorio, ya que el elemento interpersonal contribuye con una serie de variables que van a determinar la manera en que es ejercida la práctica médica.

La valoración de los factores que afectan a la satisfacción de los pacientes son determinantes de la particularidad que asume el concepto para cada individuo, por lo que es necesario que se identifiquen cuáles son tales factores, sus características y las formas de interacción que adoptan. Establecer las relaciones de tales factores en la población usuaria de los servicios de salud permitirá explicar los datos obtenidos en la evaluación y reorientar los mismos para incrementar su calidad de manera efectiva (Landeros y Salinas, op. cit.).

La satisfacción del paciente es, entonces, la actitud del usuario hacia el servicio de salud que sirve como medida sobre, básicamente, tres elementos: competencia técnica, relación interpersonal y aspectos organizacionales de la misma institución.

La evaluación de la satisfacción se ha llevado a cabo a través de diversos métodos como los cuestionarios La utilización del cuestionario en la evaluación

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

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

Hulka y cols. (1970) desarrollaron un instrumento, el cual examinó las actitudes hacia tres áreas contenidas: competencia profesional, calidad personal y costo/conveniencia.

Ware, Davier-Avery y Stewart y Ware y Snyder (1978; 1975; citados en Lewis, 1994) propusieron cuatro factores para evaluar la satisfacción del paciente: la conducta del médico, la disponibilidad de los servicios, la continuidad/conveniencia y el costo; estos factores tienen el inconveniente de no hacer una distinción entre el arte del cuidado y los aspectos técnicos del mismo.

A través de un meta-análisis realizado por Hall y Dornan (Ibíd.), ellos categorizaron 12 elementos de la satisfacción del paciente:

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

Por su parte, Landeros y Salinas (op. cit.) construyeron un inventario de satisfacción conformado por 3 dimensiones fundamentales:

1. Ejecución profesional: trata de evaluar la percepción del usuario sobre los conocimientos técnicos del médico. Dicha dimensión esta subdivida en efectividad del tratamiento y seguridad del mismo;
2. Actitud profesional: esta dimensión busca dar información sobre el tipo de relación que el médico ha establecido con el paciente. Esta dimensión se dividió en trato humano, informatividad, cooperación, empatía y atención a problemas psicosociales;

3. Organización: esta parte del inventario da información sobre el hospital en general, no sólo a nivel de administración de recursos sino también tomando en cuenta el espacio físico disponible; por ello esta dimensión se integro por eficiencia, cuidado personal, privacía, accesibilidad, comodidad, burocracia y satisfacción general.

Dicho inventario fue probado y usado para medir la satisfacción de pacientes del área de obstetricia en consulta interna, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.8592 y una validez del 73.1%. Las dimensiones del instrumento que ellas presentan fueron tomadas y reagrupadas con base en las establecidas por Hall y Dornan (op. cit.).

De esta revisión podemos decir que la satisfacción es una dimensión de la evaluación de la calidad de la atención, y con ella se pueden evaluar diferentes aspectos del cuidado, algunos de ellos son: la percepción del paciente hacia la competencia técnica de los médicos, la relación interpersonal o el factor humano del cuidado, la percepción de los recursos con que se disponen, etcètera; además se ha señalado que la principal forma con la que es tiene acceso a esta información es a través de los instrumentos de escala tipo likert.

Es importante resaltar que el concepto de satisfacción del paciente está compuesto por 3 niveles: el de ejecución profesional, la actitud profesional y la organización, el nivel de actitud profesional puede llegar a presentarse en la literatura con el sinónimo de trato humano y, éste es definido por García (op. cit.) como aquellos factores que hacen de la relación médico-paciente una interacción agradable, cálida, plena de valores socialmente aceptados y válidos dentro de una ética profesional. El mismo autor define respeto al paciente como la protección que mantiene el equipo de salud de los valores del paciente, sus derechos, su intimidad e integridad física y psicológica.

La satisfacción del paciente está influida por diferentes elementos que se deben de tomar en cuenta para obtener una visión más clara sobre la actitud que los usuarios tienen hacia ese servicio en particular, dichos elementos están relacionados con características tanto del médico como del paciente, como veremos a continuación.

1.4. Factores que afectan el reporte de satisfacción.

La satisfacción es un concepto que se ve afectada por diferentes elementos que van a variar la evaluación que el paciente haga del servicio. Landeros y Salinas (op. cit.) señalan que algunos elementos que pueden ser de crucial importancia en el momento de evaluar la satisfacción del paciente son: las características sociodemográficas de la población (edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, etc.) como elementos mediadores; también las conductas de enfermedad del paciente; los sentimientos positivos del médico hacia el paciente; el incremento de la satisfacción del médico con el encuentro; y la relación interpersonal.

Lewis (1994) ha investigado varios factores que influyen en el reporte de satisfacción del paciente, él apunta que solamente una variable demográfica correlacionó significativamente con la satisfacción, esta es la edad (a mayor edad, mayor satisfacción); sin embargo parece ser que el nivel de educación también está asociada (a mayor nivel educativo, menor satisfacción), sucede lo mismo con el estatus social (con un nivel social alto, más satisfacción) y el estado civil (los casados reportan más satisfacción); pero, el autor señala que no existe evidencia clara sobre estos resultados. Asimismo no se han encontrado resultados concluyentes respecto a otras variables como el sexo, la etnicidad y el tamaño de la familia, no obstante se ha observado que lo anterior podría pasar debido a que no se hacen las mismas preguntas cuando se evalúa la satisfacción en relación a

esas variables, además de no tomar en cuenta el tipo de servicio, los motivos de la consulta y el ambiente en donde se recolecta la información.

La valoración de los factores psicosociales que afectan a la satisfacción de los pacientes son determinantes de la particularidad que asume el concepto para cada individuo, por lo que es necesario que se identifique con precisión cuáles son estos factores; entre las variables psicológicas estudiadas podemos encontrar las siguientes: el estilo de afrontamiento al estrés; las estrategias de auto-percepción, el deseo de agradar, la reacción a la atención extra, el efecto de la misma investigación, las experiencias y la disonancia cognitiva (Willkinson, 1986; citado en Mijangos, 1997); además de la búsqueda de información contra la evitación de la misma, el estado de la enfermedad, las restricciones y los productos de la atención.

El sistema de evaluación representado por la satisfacción es un conjunto culturalmente transmitido de ideas normativas, por ello, se parte de la idea de que la gente evalúa circunstancias de la relación involucradas a lo que cree, informado por los procesos de la influencia social (Mijangos, 1997).

Lewis (1994) establece la existencia de diversas dimensiones en la atención médica primaria que podrian afectar la satisfacción, entre las cuales se encuentran las asociadas con la relación interpersonal, estas son: las actitudes, la competencia técnica del médico, la calidad de la relación interpersonal y el comportamiento de los profesionales. Algunos otros factores que se relacionan con la satisfacción del usuario son: el trato humano, trámites médicos, encuestas y atención a quejas.

De la Fuente (1997) menciona que el médico tiene mucho poder, y esto suele corromper a la gente, por ello es un peligro real que el médico acumule esa

fuerza sin adquirir la sabiduría y la comprensión necesarias para hacer uso de él, lo cual puede verse reflejado en una carencia de satisfacción en los usuarios. Por otro lado, es claro que los valores implicados en muchas acciones médicas tienen grandes consecuencias personales y sociales por eso se exige que no sólo los valores del médico sean criterios para la toma de decisiones sino también los del paciente y los de la sociedad.

Linder-Pelz (1982) realizó un estudio en el cual la definición conceptual de satisfacción presentada era: "la evaluación positiva del individuo a distintas dimensiones del cuidado de salud" (Pág. 583); se identificaron cuatro variables psicosociales como determinantes probables de esa evaluación positiva: expectativas (percepción), valor (actitud), dar derecho a algo, ocurrencias y comparación personal. Parte del estudio dio a pensar en el supuesto de que la cantidad de determinantes probables que afectan la satisfacción de un individuo con un evento de cuidado de salud está en su o sus percepciones y actitudes a priori del evento, entendiendo que las actitudes a priori son los valores que un individuo atribuye a diferentes aspectos del evento; de este modo la creencia a priori acerca de la conducta del médico juega un papel significativo en la evaluación subsecuente de determinación de la conducta de éste, esto sugiere que los pacientes probablemente expresan satisfacción no importando el cuidado que el médico dio. Prácticamente los efectos independientes de la expectativa en la satisfacción con la conducta del médico implica que el personal clínico y particularmente los mismos médicos pueden asegurar la satisfacción (porcentaje favorable) en sus clientes provocado expectativas positivas.

Linder-Pelz (1982; citado en Lewis, 1994) examinó las expectativas del paciente (las que ocurrían anticipadamente), los valores que debería tener (que es importante o evaluado), las ocurrencias percibidas (que fue percibido para que ocurriera), y la satisfacción de la visita a una clínica de cuidado urbano. Dicho estudio probó que las expectativas del paciente fueran o no fueran conocidas, son

un determinante importante en la satisfacción. Este reporte del usuario provee, potencialmente un indicador directo del sistema de ejecución y una medida de elección entre estrategias alternativas en el cuidado de salud.

Un estudio realizado por Halpern (1985; citado en Calnan, 1988) demostró que el nivel de satisfacción era alto para esos pacientes que habían tenido una experiencia directa en los cuidados del hospital. Ese mismo estudio mostró que un 26% de la muestra utilizada había usado una o más formas de medicina alternativa, esa información fue interpretada como el reflejo de una insatisfacción general con la medicina científica o puede ser usada para resaltar la insatisfacción con el cuidado de condiciones específicas y entonces aportar un complemento para un cuidado médico convencional.

Calnan (Ibíd.) considera que los elementos que influyen en la percepción del cuidado de salud es la evaluación que el paciente hace del médico y para eso los usuarios toman en cuenta diferentes criterios como: la percepción de reconocimiento de las demandas del beneficiario por parte del doctor. Un segundo elemento es el nivel y la naturaleza de las experiencias del cuidado de salud individual; así cualquier expectativa del paciente puede llegar a ser creada por sus experiencias. Un tercer elemento son los valores o ideologías socio-políticas bajo las cuales el cuidado de salud se basa; esos valores estructuran en forma general lo que la gente espera. El cuarto elemento son los juicios que se hacen acerca del cuidado de salud, este elemento se encuentra vinculado con el primero, en donde la razón para que un individuo pida ayuda en algún servicio específico se verá influido por sus ideas acerca de salud y enfermedad; sin embargo, el concepto de salud también puede estar influenciado en cómo la gente evalúa el cuidado.

Fábrega y Manning (1973) han ilustrado las discrepancias entre pacientes y médicos acerca de la naturaleza y las diferentes causas de las enfermedades que afectan la relación entre ambos y restan efectividad a las acciones terapéuticas

Aguirre-Gas (op. cit.) realizó una investigación en donde el objetivo fue contribuir a que la prestación de servicios médicos se lleve a cabo dentro de las normas establecidas de calidad, con sentido social, humanitario y congruente con los parámetros de eficiencia esperados, a partir del conocimiento de las condiciones con que estos servicios se otorgan. Para ello se tomó una muestra de 33 hospitales del D. F. en donde se aplicaron 735 encuestas a derechohabientes en consulta externa, 853 en hospitalización y 1353 a trabajadores. Se encontró que en consulta externa los porcentajes más elevados de insatisfacción se relacionaron con la información médica y la relación médico-paciente. En hospitalización los problemas principales se observaron en la alimentación de los pacientes y la atención por parte de trabajo social, con problemas en la relación médico-paciente y en la información médica, además de la deficiente orientación del usuario a su ingreso.

Davis (1971; citado en De la Fuente, 1997) estimó que aproximadamente una tercera parte de un grupo total de enfermos descuidaba su tratamiento debido a fallas en la comunicación con los médicos, incluyendo tensiones y asperezas, a veces sutiles, que surgen en el trato que al no ser reconocidas ni manejadas dañan la relación.

De la Fuente (Ibid.) comenta que los enfermos estiman las competencias de los médicos no tanto por sus habilidades técnicas y sus conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas.

Tanto Fábrega y Manning (Ibid.) como De la Fuente (Ibid.) se refieren a aspectos muy concretos de la relación médico-paciente, a partir de esto podemos pensar que la forma en cómo se establezca y se desarrolle dicha relación va a influir en la manera en que el usuario va a calificar la atención

La relación médico-paciente nos da diversos elementos que influyen la satisfacción del paciente, como se ha mencionado entre los componentes que podemos encontrar están el tipo de relación que se entable entre el médico y el paciente, la comunicación con los médicos (el tipo y la forma de dar la información), el tiempo dedicado a la consulta, la percepción de competencia del médico, voluntad de escuche percibida por los pacientes, entre otras.

La importancia de la relación médico-paciente para la satisfacción radica en que la práctica médica actual no está respondiendo a las expectativas de mucha gente. Los médicos diagnostican y tratan enfermedades, es decir, anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas corporales, en tanto que los pacientes sufren padecimientos, es decir, cambios en la subjetividad y la función social; es un hecho establecido que la mitad de las visitas a los médicos se deben a quejas que no tienen una base biológica identificable, y el curso de una enfermedad puede ser distinto al del padecimiento que la acompaña; no obstante, su eficaz acción farmacológica, algunos remedios prescritos por los médicos suelen fracasar en la curación porque los pacientes no siguen sus indicaciones ya que no confían en ellos. La causa principal de esta desconfianza es la mala calidad de la relación entre el médico y el paciente en términos de comunicación, interés genuino, dedicación de tiempo y la incomprensión por los enfermos de las explicaciones e indicaciones que les dan los médicos (De la Fuente, 1997).

Dados los diversos componentes que integran la relación médico-paciente y su impacto en la satisfacción reportada, este tema se revisará en el siguiente capítulo con más detenimiento para tener una visión más clara de los componentes individuales que pueden contribuir a establecer un tipo de relación médico-paciente determinada y el tipo de correspondencia de ésta con la satisfacción

CAPÍTULO 2. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Todo avance tecnológico trae consigo algunas ventajas y desventajas, en el caso de los servicios de salud, estos adelantos aunados a la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población cada vez mayor, hicieron indispensable crear nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficientes, también la divulgación de la información sobre las enfermedades ha contribuido al progreso, todo ello ha constituido una ventaja; sin embargo De la Fuente (1997) ha señalado que las consecuencias han sido diversas, estás son:

1. Muchos médicos se encuentran bajo una carga excesiva de trabajo rutinario.
2. Las relaciones entre médicos y enfermos se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros.
3. Los enfermos dudan del interés que por ellos sienten los médicos.
4. A muchos médicos les falta entusiasmo y se limitan a cumplir, y muchos enfermos no siguen con fidelidad las indicaciones que les dan los médicos o bien abandonan los tratamientos.
5. La medicina está perdiendo su sentido humano, es decir, a los médicos les falta vocación y compasión.
6. Entre el médico y el enfermo existen demasiados aparatos y trámites. Entre el médico y los enfermos se ha introducido un nuevo elemento: la institución.
7. La pérdida de la facultad de escoger, tanto médico como paciente.
8. La salud como tema popular ha develado su misterio, sus debilidades han quedado al descubierto y los médicos han perdido prestigio y autoridad.
9. Las personas que tienen fe en la ciencia y conocen sus derechos exigen, cada vez más, que se les atienda con oportunidad y eficacia, y están dispuestas a reclamar sus errores y atribuirles negligencia y falta de interés.

Para Medina y Rubio (1996), lo anterior ha dado paso a acontecimientos que han causado una crisis en la relación médico-paciente, dichos sucesos son:

- Enorme desarrollo de las ciencias médicas y de otras aplicaciones.
- Gran tecnificación de los medios diagnósticos y terapéuticos.
- Superespecialización, traducido en reduccionismo en el estudio del hombre.
- Transformación del hospital en empresa de alta tecnología.
- Socialización de la medicina.
- Conversión del médico en asalariado.
- Desarrollo de una burocracia creciente en el ejercicio.
- Transformación de la salud en derecho.
- Politización de la asistencia médica.
- La calidad técnica es más importante que la humana.

De acuerdo a los mismos autores, los criterios que se emplean para diagnosticar dicha crisis en la relación médico-paciente, son:

- Disminución del contacto directo con el enfermo como consecuencia del *telón instrumental*.
- Transformación del enfermo, hombre doliente con identidad personal, en cartilla o documento de asistencia, hijo natural de la planificación, el desarrollo y la organización asistencial. Es el *telón administrativo* que crea condiciones coercivas.
- La desaparición del médico de cabecera y su sustitución sucesiva por el de zona y el especialista en medicina de familia y comunitario.
- El abuso de la medicina hospitalaria.
- La inclusión de enfermos en programas elaborados lejos de la realidad clínica y su subordinación a ellos en detrimento de la medicina individualizada basada en el diagnóstico clínico.

- La pérdida brusca de valores éticos profesionales mantenidos a lo largo de veinticinco siglos sin que hayan sido sustituidos por otros.

El hospital moderno ha sido criticado por la crudeza de los planteamientos que hace el personal y por el aislamiento de los enfermos desahuciados; un derecho fundamental del hombre es vivir y morir con dignidad y el aislamiento no contribuye en nada a ello. Es frecuente, también, que algunos enfermos y sus familiares conserven hasta el fin la esperanza de que algo insólito deba alterar el curso inevitable de los acontecimientos, y no es raro que ni unos ni otros acepten la sentencia irremediable; la responsabilidad del médico sería percibir las necesidades del enfermo que va a morir y responder a ellas "como la madre responde a las necesidades de un hijo" (De la Fuente, op. cit.; Pág. 210).

En los últimos años se ha experimentado un cambio en la práctica médica, se ha pasado de una medicina ofensiva frente a la enfermedad y sus causas, a una medicina defensiva con respecto a los derechos, tanto del médico como a los del paciente. El error médico es posible, humana y científicamente, pero ahora se persigue y preocupa, añadiéndose a ello una presión extra a las inherentes a la relación (Medina y Rubio, op. cit.).

Las causas de la crisis son, en parte, ajenas a los propios médicos y difíciles de evitar, sin embargo el mismo clínico puede hacer mucho para contrarrestar y restaurar lo que debe conservarse de la relación. El primer paso debe ser impedir que los criterios, antes citados, empleados para diagnosticar dicha crisis, no obstruyan la realidad que se representa día a día en la atención a la enfermedad. El segundo, aceptar el riesgo en libertad, porque solamente quien lo ama puede elevar su ejercicio a la altura de su responsabilidad. El acto médico se apoya en una confianza que va en busca de una conciencia, y cada nuevo pacientes es, para cada médico, un riesgo y una oportunidad (Medina y Rubio. Ibid.)

Otro problema esencial, que no ha sido resuelto, es encontrar formas de obtener la expansión de los servicios sin sacrificar innecesariamente la calidad de la atención individual. Una respuesta en esa dirección puede ser el retorno del médico a la medicina general y el regreso, ahora con mejores recursos, al interior de la familia. Esta "nueva" práctica requiere otras modalidades del ejercicio profesional, pero más que nada un marco de orientación humanístico, es decir una medicina cuyo centro está en las necesidades y expectativas personales de los enfermos (De la Fuente, Ibid.).

Por lo mencionado, la relación médico-paciente debe de ser un vínculo que conecte al médico con el enfermo y con la enfermedad; aquí es donde se hace necesario el establecimiento de una relación especial, con sus propias características y su propia dinámica que a continuación se describirá.

2.1. Características de la relación médico-paciente.

La relación médica es una de tantas relaciones interpersonales posibles entre los seres humanos que, por ello, tendrá características generales compartidas con cualquier otra forma de relación, y características particulares que son las que proporcionan su peculiaridad específica. La importancia de la relación médica no corresponde a su aspecto de faceta humana o humanitaria de la medicina solamente, ni debe ser considerada, exclusivamente, desde el punto de vista de la sociología médica.

Para Medina y Rubio (Ibid.) la relación médica es algo más que una simple relación de asistencia y ayuda humanas; es la base de la comunicación que permite el ejercicio de su poder como agente terapéutico, desde sus modos más elementales que puede y debe realizar cualquier médico con una suficiente formación en psicología médica, hasta los más complejos que corresponden a la

psicoterapia, el psicoanálisis u otros modos de modificación conductual que requieren por parte del médico una completa y amplia formación, pasando por algo tan frecuente como es el efecto psicológico y el efecto placebo de los medicamentos.

La relación médica es, en la práctica, un conjunto de procedimientos, recursos y pericias o habilidades para usarlos, que tienen como finalidad lo que se conoce con el nombre de anamnesis y se integra con otros datos en un documento, que es la historia clínica; ésta es la forma que adapta el diálogo médico para averiguar todo aquello que permita el establecimiento de los juicios clínicos que corresponden al momento cognoscitivo de la relación (Medina y Rubio, op. cit.).

Cortés (1997) define esta relación como "...una interacción entre personas, que se produce en el quehacer clínico y constituye el núcleo de la medicina; es iniciada por el enfermo o su familia y produce beneficios para ambos; para éste, la satisfacción por la atención recibida y por la conservación o recuperación de la salud, la limitación del daño o la rehabilitación lograda; para el facultativo la satisfacción por la relación personal, la educación continua a través de la experiencia y la remuneración recibida" (Pág. 37).

Por su parte, De la Fuente (1997) entiende la relación médico-paciente como una transacción, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro; dicho intercambio lo denomina "alianza terapéutica" en la que ambos unen sus fuerzas para lograr un mismo fin: la salud del usuario. La relación médico-paciente caracterizada como una alianza terapéutica es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza. Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación.

La relación médica surge porque médico y paciente se encuentran juntos cuando el enfermo siente la necesidad de ser ayudado y sabe que dispone del médico para que le proporcione ayuda. El reconocimiento de las diferencias, -entre el médico y el paciente-, están ligadas a la comprensión del fenómeno psicológico, de la dependencia del paciente y a la aceptación de ellas por parte del médico; también base de los sentimientos de espera y esperanza que desaparecen cuando la ayuda no existe, es insuficiente o se muestra inútil en la superación de las diferencias (Medina y Rubio, Ibid.).

La relación tiene lugar siempre en un determinado ambiente o marco inmediato, que se encuentra influido más o menos, directa o indirectamente, por otro marco más amplio y mediato, en el que se integra una serie de circunstancias de todo tipo que pueden agruparse en cuatro apartados, según Medina y Rubio (Ibid.); tales características tienen influencia no solamente en el ambiente de la relación sino en el médico y el enfermo a través de la personalidad de ambos, modificando los papeles que desempeñan mutuamente, tales características son:

- Características del perimundo geofísico y biológico.
- Características sociales y económicas.
- Características culturales y subculturales.
- Características médico-asistenciales

Es evidente que el tipo de asistencia, con lo que se supone de espacio y tiempo, da libertad o no de elección al médico y al paciente. El ambiente mediato en que se desarrolla la relación estará determinado por cuatro factores: los referentes al enfermo, al médico, a la enfermedad y al marco apuntado. El ambiente es el resultado de una combinación de factores físicos y psico-socio-culturales.

Un aspecto de gran importancia en el estudio del marco inmediato de la relación es el espacio-realidad entre paciente y médico. A Hall (1966) se debe el concepto de "*proxemia*", que se refiere a la posición y la distancia de los miembros de la relación, y la iniciación de investigaciones en este campo. En este sentido, se le ha llamado "*distancia crítica*" a aquella que, si se acorta, provoca reacciones agresivas en los animales. En la clínica humana no es difícil observar algo semejante, desde discretas resistencias hasta reacciones violentas en algunos pacientes psicóticos. Y se ha llamado "*distancia personal*" a aquella en la que las interacciones tienen lugar de manera óptima. Cada individuo y cada situación pueden tener su distancia personal, pero no la misma siempre, ni en todos los sujetos. Hall (Ibíd.) ha establecido las distancias que limitan cuatro zonas y que están relacionadas con el tipo de relación que se establece, estas son: íntima (de límite 45cm), personal (de 45 a 120cm), social (de 120cm a 4m) y pública (de 4 a 10m).

Ligado al espacio, debe de considerarse el tiempo, el cual es comparable a la dosificación de fármacos. El estudio del tiempo se refiere también a la frecuencia de los actos médicos, al número de los mismos, a toda forma de asistencia impuesta que limite, más allá de lo razonable, el tiempo del acto médico, su frecuencia o el número de actos por enfermo, pues este elemento puede llegar a entorpecer la relación médica y a considerarse como un elemento iatrogénico (Medina y Rubio, Ibíd.).

El desarrollo general de la relación médica tiene como punto de partida la ocasión que supone la enfermedad del paciente y, en el modelo ideal de relación médica, la disposición del médico a dedicar parte de su existencia al ejercicio de la medicina, es decir, su interés vocacional. El primer hecho, o acto médico, es el encuentro de ambos en el marco inmediato y ambiente de la relación, y el primer proceso psicológico que tiene lugar es la percepción interpersonal mutua.

Sin embargo, el encuentro no siempre se da de manera ideal, considerando las diversas situaciones por las que puede pasar un paciente se pueden entablar diversos tipos de relación médico-paciente, dichos tipos se han llegado a considerar como modelos de interacción, los cuales se explican en seguida.

2.2. Modelos de la relación médico-paciente.

Dentro del sentido humanístico, que hipotéticamente tiene la relación médico-paciente, podemos observar que se pueden identificar diferentes matices, ellos han sido denominados *modelos de la relación*, las cuales son simplificaciones teóricas que han resultado útiles para su estudio.

La evolución de la relación médica depende en gran parte del modo que adopta. Determinadas circunstancias y la misma especialización de la medicina, hacen que la relación médica adopte ciertos aspectos particulares. Medina y Rubio (1996) exponen tres modelos: el de Tatossian, el de Von Gebsattel y el de Hollender.

Según estos autores y siguiendo el modelo de Tatossian, la relación médica puede inscribirse desde el punto de vista sociológico entre las relaciones humanas que corresponden al sector de servicios. La relación médica sería un servicio de reparación que ha sido denominado, como modelo técnico de servicio. Según esto, el enfermo (E) se dirige al médico para que, de acuerdo con el tipo asistencial de la relación, repare el objeto (O) estropeado que se oculta bajo los síntomas que padece. De tal manera, la relación se centra en el objeto y no es directa de persona a persona; la conducta interpersonal excluye todo aquello que no se refiera al objeto de cuyo arreglo se trata. Este modelo es propio de las especialidades, pues en el caso del médico general la relación puede aproximarse más al modelo interpersonal o humanístico.

De la Fuente (1997) describe el modelo humanístico cuando el enfermo es visto como una persona. Es entonces cuando el médico está interesado en la subjetividad del enfermo y la relación tiene un componente afectivo importante. Por ejemplo: ante una fractura simple. Desde el modelo técnico el médico dará un escueto examen de la parte dañada para proceder a repararla. El propio enfermo sólo espera que el médico de una solución rápida y eficaz. Cuando una persona sufre un padecimiento transitorio y hay la posibilidad de solucionarlo rápidamente, el modelo técnico puede no parecer del todo inadecuado, pero si el mal persiste y el cuidado del enfermo se prolonga, entonces este modelo es claramente insuficiente; pues se requiere que el médico no sólo se preocupe de la enfermedad sino de prestar atención a la persona enferma, es aquí donde entra en juego el modelo humanístico, pues la influencia personal del médico juega un papel mucho más importante. En la relación humana, más que una cuestión de tiempo, es una cuestión de actitud. Por lo tanto el acercamiento del médico a su paciente no es algo que se agrega al acto médico sino un elemento de su misma esencia.

El modelo de Von Gebsattel, según Medina y Rubio (Ibíd.), en toda relación se suceden tres fases bien diferenciadas. La primera es esencialmente humanitaria y se inicia por la necesidad que mueve al paciente hacia el médico, por ser éste la persona que puede ayudar. Es una fase de acercamiento por parte del enfermo y de acogida por parte del médico. Para el primero es como si dijera le necesito y el segundo responde aquí estoy. que implica una disposición de servir. La segunda fase se caracteriza por la objetivización del paciente por parte del médico, lo que exige un distanciamiento en el segundo para observar con más imparcialidad el caso; el enfermo, por tanto debe aceptar la situación confiando en el saber del médico. La tercera fase es de personalización y se inicia cuando el momento cognoscitivo ha alcanzado una suficiencia en el médico. El enfermo adquiere la confianza de que el médico le comprende y va a ayudarle, y el médico la razonable seguridad de que puede hacerlo y la conciencia de que lo hará; es

cuando el paciente siente que se encuentra ante *su* médico y el médico ante *su* enfermo.

Por su parte, Medina y Rubio (op. cit.) señalan que el modelo de Hollender, basándose en el grado de actividad o pasividad que cada situación patológica permite al enfermo y exige al médico, y comparando las posibles situaciones con las prototípicas de las relaciones humanas básicas, estableció tres modelos de base para la relación.

El primero corresponde a situaciones de urgencia médico-quirúrgica, intervenciones quirúrgicas, estados de coma, intoxicaciones graves y cualquier otra en la que el estado del enfermo obliga a su pasividad y a la máxima actividad del médico. El médico hace algo por el paciente sin que él participe en la acción. Nada más apropiado que el médico asuma el control total. El segundo se caracteriza porque la dependencia no es total; corresponde a las enfermedades agudas, ciertos accidentes, y todos los casos en los que el paciente puede colaborar pero necesita la dirección y orientación del médico que ha de ejercer toda su autoridad. En este tipo de interacción es cuando el paciente está consciente y, debido a que sufre y teme, está deseoso de cooperar con el médico, en quien reconoce su sabiduría y capacidad para ayudarle a luchar con la enfermedad; aquí ambos participantes son activos; el médico es el guía y el enfermo acepta y sigue sus indicaciones por ello se dice que la autoridad del médico debe de estar racionalmente justificada; sin embargo, como en cualquier relación entre personas cuyo poder es desigual, hay el peligro de que el fuerte abuse del débil, y es posible que el médico, aun sin percatarse de ello, no persiga el interés del enfermo por encima de cualquier otra consideración. El tercero es propio de las enfermedades crónicas sin una gran afectación del desenvolvimiento del enfermo, convalecencias y rehabilitación. En este modelo la participación es mutua, la actividad se reparte; tanto el médico como el paciente se distribuyen la responsabilidad de las acciones a realizar. El médico actúa como un guía

experimentado pero toma muy en cuenta los deseos y opiniones del enfermo (De la Fuente, op. cit.).

Es posible que en una misma relación se produzca una de las tres situaciones, pero lo frecuente es que en el curso de la enfermedad se sucedan dos y hasta tres situaciones distintas y, por eso, dos y tres modelos. Es importante considerar que la relación puede caer en modos viciosos de vinculación afectiva que son frecuentes en situaciones en las que se presentan ciertas desviaciones en el momento afectivo del modelo ideal de relación y pueden llegar a determinar incorrecciones diagnósticas y terapéuticas.

Medina y Rubio (Ibid.) reconocen dos grupos de modos viciosos: aquellos en los que la afectividad se altera por exceso o por defecto, y los que se basan en vinculaciones no amistosas. En el primer grupo el exquisito equilibrio que deben guardar en el médico los componentes afectivos, tendenciales y cognoscitivos se altera; y el dominio de los afectos mengua la eficacia técnica y del pensamiento. Cabe la posibilidad de que la relación se entorpezca a causa de la frialdad afectiva del médico o de inadecuadas reacciones afectivas.

Se puede hablar de tres causas cuando la relación afectiva que une al médico con el enfermo no es amistosa: la primera de ellas hay que buscarla en el médico que puede estar más dominado por su egoísmo, sus aspiraciones económicas o por su afán de notoriedad en vez mostrar un verdadero deseo de ser hombre-médico para el hombre-enfermo. Aunque la relación en este caso sea aparentemente cordial, sólo encierra amabilidad, cortesía y paternalismo. Una segunda causa es que el enfermo esté dominado por exigencias en el ejercicio de sus derechos sociales y jurídicos. Y, finalmente, la tercera causa que es en muchas ocasiones ajena al médico y al paciente, esta es la falta de tiempo (Medina y Rubio, Ibid.).

Se puede observar que en la relación médico-paciente confluyen diferentes y muy variados factores que afectan el curso de la relación. Se hablará de manera más extensa de estos factores en el siguiente apartado.

2.3. Factores involucrados en la relación médico-paciente.

Los factores involucrados en la relación médico-paciente pueden ser de diversos tipos, entre ellos tenemos los socio-culturales, los determinados por el tipo de asistencia recibida, los personales como la historia de aprendizaje tanto del médico como del enfermo, o la dinámica propia de la relación.

De la Fuente (Ibid.) distingue tres polaridades que dan la medida en la interacción en la situación clínica: autoridad-aceptación, estimación-hostilidad y cercanía-distancia.

En cuanto a la autoridad-aceptación conviene tener presente que la autoridad del médico se justifica por su competencia y responsabilidad moral, además de tener el respaldo de la sociedad. La autoridad del médico y aceptación de ella por parte del enfermo son dos polos de la relación que se establecen entre ambos. El reconocimiento de la autoridad suscita en el paciente confianza y también la esperanza de ser ayudado, es por ello necesario distinguir entre autoridad racional y otras formas de autoridad que expresan irracionalidad, arbitrariedad y despotismo.

Lo que puede afirmarse de la polaridad estimación-hostilidad es que si en la relación médico-paciente existe la confianza y el aprecio mutuos, el enfermo se sentirá bien con la atención aunque en su recuperación no se observen resultados

positivos. La desconfianza abierta o encubierta anula la influencia del médico. El médico que sabe escuchar percibe más allá de los signos convencionales que sirven tanto para comunicar como para ocultar los motivos verdaderos. En cualquier situación en la que una persona necesita de otra hay por lo menos un germen de antagonismo y de hostilidad. En este sentido podemos pensar en lo fácil que resulta aceptar el amor y el elogio de los enfermos pero a la vez lo difícil que es aceptar su hostilidad. Por ello, los médicos deben mostrar una capacidad para recibir serenamente y sin indignación las protestas y las críticas de un enfermo, es decir deben de responder a ellas sin cólera o con mengua en el interés hacia él, dicha capacidad puede ser un excelente indicador de la madurez de un médico.

Otra medida de la relación es la cercanía o el alejamiento psicológico. Se puede observar una "distancia" óptima que facilita la comunicación, por ello cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja. Cuando la confianza del enfermo se abate, cuando lo domina el desaliento, la distancia aumenta por ello se debe tener cuidado, pues a cierta distancia las palabras del médico no alcanzan al enfermo.

De la Fuente (op. cit.) apunta que el médico debe de tener en cuenta que la enfermedad, además de ser un evento objetivo, es una experiencia personal que el paciente conoce a través de su reflexión y de su autocrítica y que puede comunicar al doctor que sabe escuchar, interrogar y comprender. Los grados y formas de experimentar y expresar los estados de vulnerabilidad varían de una persona a otra y es necesario que el médico observe detenidamente las actitudes y necesidades emocionales de sus enfermos así como las propias, para que infiera cuál es el significado que para cada paciente tiene su enfermedad, demás de poder tener un punto rojo de advertencia de lo que ocurre en el enfermo como persona, es decir, lo que ocurre a nivel del padecimiento

No hay razón para suponer que el único motivo que una persona tiene para someterse a un tratamiento médico es mejorar la salud dañada y recuperar su bienestar. Otros motivos pueden dejarse sentir en el curso de la relación, por ello deben de ser identificados y tomados en cuenta.

Por otro lado, otro factor importante que da dirección a la forma en que se entabla la relación médico-paciente son las tendencias de comportamiento arraigadas en el carácter de cada uno. Algunas de estas tendencias son (De la Fuente, Ibíd.):

- El narcisismo: es la tendencia a eliminar selectivamente de la percepción aquellos acontecimientos que son contrarios a nuestros deseos e intereses, así como a sobrevalorar lo que es nuestro: tanto capacidades, ideas y posiciones.
- El autoritarismo: es la tendencia que se manifiesta por una necesidad excesiva de ejercer poder sobre los demás. Cuando esta inclinación se manifiesta en el médico lo vuelve insensible a los derechos de sus enfermos. Con frecuencia esta tendencia esconde sentimientos de debilidad.
- Sentimientos de omnipotencia: es cuando se experimenta un sentimiento de ser capaces de curar a todas las personas que acuden en busca de ayuda.
- La indecisión: es la necesidad de la confirmación reiterada de aceptación y competencia. Para lograrla el médico hace ante cada uno de sus pacientes un despliegue de su ciencia, su bondad o del poder de su intelecto.
- Sentimientos de soledad: es cuando el médico experimenta un apego extremo en sus pacientes. Es importante hacer la diferencia entre establecer una liga humana que nos ponga en contacto con otro ser humano y otra es involucrarse indebidamente en su vida.

La tendencia a someterse, la receptividad, el anhelo de poder, la envidia y los celos son otras tendencias que pueden determinar la relación y pueden ser

advertidas por el sujeto. La personalidad, como tendencia de comportamiento puede jugar un papel central en la relación médico-paciente, pues el objetivo al cual se debe de supeditar el médico es a cualquier deseo o interés de procurar el bienestar de quien se pone bajo sus cuidados profesionales. Las condiciones personales que desvían más gravemente a los médicos de sus metas de servicio son: la codicia, el afán de lucro y de fama, que no son compatibles con un interés real en los pacientes como personas. El médico debe tomar nota de esas tendencias en su carácter que, en formas a veces sutiles, pueden desvirtuar su función de médico.

Por todo lo anterior, la naturaleza de los actos médicos requiere que quien practique la medicina posea, además de competencia profesional, cualidades tales como: integridad, sensibilidad, objetividad, intuición y autoridad. El médico puede neutralizar, en un primer momento, algunas de sus necesidades y tendencias negativas si tiene "conciencia" de ellas y del impacto negativo que ejercen sobre sus enfermos. Cuando la tendencia es poderosa e inadvertida puede ser un obstáculo importante para relacionarse con los enfermos en el momento de respetar su individualidad y su libertad.

Para Medina y Rubio (op. cit.) el médico que no reconoce sus tendencias depresivas diagnostica más depresiones, y por lo tanto receta más fármacos antidepresivos, que el que carece de ellas o las acepta. De esta manera, dentro del conjunto de factores inherentes al médico el que más influirá en el enfermo es lo que el médico es, su actitud interior profunda; en segundo lugar, lo que el enfermo cree que el médico dice; y en tercero, lo que el enfermo cree que el médico sabe.

Además y como parte de esas tendencias podemos encontrar las palabras y los gestos, ya que algunos médicos no advierten el poder que aquellas tienen en los usuarios, por ejemplo, ante un comentario "inocente", una mirada que expresa

duda o preocupación, el exceso de exámenes de laboratorio, la tendencia a relacionar síntomas que de momento no son explicables con algún hallazgo trivial, etcétera, pueden suscitar en los pacientes una angustia innecesaria pues se puede sugerir alguna enfermedad orgánica grave, o la atención excesiva que se presta a un síntoma trivial puede generar o puede reforzar un temor hipocondríaco; en este sentido el médico puede alentar en un enfermo una actitud positiva o bien, con o sin advertencia de ello, estimular sus temores y sentimientos de incapacidad. La realidad es que muchos médicos no advierten el efecto de sus palabras y de sus acciones, porque "las víctimas" los abandonan y consultan a otros médicos; aunque en principio los enfermos tienen el derecho de "saberlo todo", el médico no debe perder de vista que "la verdad médica" no es necesariamente la verdad a secas.

En otro orden de ideas, algunos médicos subestiman la magnitud de las diferencias de su propia cultura y la de sus pacientes, y no se percatan de que estas diferencias interfieren seriamente en la asimilación por parte del enfermo de las instrucciones y consejos. Esta dificultad en la comunicación se agrava si el médico tiene la costumbre de no permitir a sus pacientes expresarse libremente y rehúsa a tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica, por ello es necesario que el clínico esté dispuesto a explorar el marco de referencia de sus enfermos y a manejar con respeto sus creencias y suposiciones.

La educación del enfermo determina en gran parte sus actitudes ante la enfermedad y la forma como expresa sus quejas. Médicos y pacientes suelen orientarse por conceptos de enfermedad muy diferentes. Si el médico desconoce esta situación se encontrará entablando "un dialogo de sordos" y es posible que después se sorprenda de la forma como el paciente interpretó y asimiló sus opiniones e instrucciones. La buena clínica requiere que el médico pueda ver la enfermedad como la ve el enfermo que la padece y que conduzca sus entrevistas

usando términos que el enfermo pueda comprender. Pues lo que es relevante para el médico como científico, puede no serlo para el enfermo; para éste la enfermedad significa la pérdida de integridad corporal, de la certidumbre y de la libertad para actuar en las formas que desea. Algo que es esencial en la medicina clínica es cruzar el abismo entre la explicación científica que el médico se da a sí mismo y la experiencia del paciente, y construir un puente transitable en ambas direcciones (De la Fuente, op. cit.).

Harwood (1982; citado en Seguin, 1982) señaló la frecuencia con la que se producen diferencias conceptuales en la comunicación de la relación médica debido a la categorización de objetos y acontecimientos, así como también a las creencias de los comunicantes. Estableció cinco clases de diferencias:

- Paciente y médico usan términos semejantes pero con significado distinto.
- Términos y conceptos se corresponden, pero su valoración causal es muy diferente.
- Las diferencias son nosológicas.
- Las diferencias se deben a los distintos significados emocionales.
- Paciente y médico no utilizan los mismos términos.

De la Fuente (op. cit.) considera que la influencia psicológica del médico es un ingrediente esencial en los actos médicos y su modo de acción no es algo que la ciencia haya establecido satisfactoriamente; menciona que desconocemos los límites y los ingredientes realmente efectivos de la cura por medios psicológicos, pero hay algunos aspectos que deben tomarse en consideración, tales son:

1) Lo que es esencial, en las influencias psicoterapéuticas del médico, está contenido en su relación con el enfermo;
2) En general; lo enfermos tienden a confiar en los médicos y aceptan sin muchas dudas sus ideas preconcebidas y sus teorías;

3) Los enfermos razonablemente sensibles pronto perciben la autenticidad o falta de autenticidad del interés del médico, y
4) Aun cuando trate deliberadamente de evitarlo, el médico está involucrado activamente con sus pacientes en un proceso de influencia interpersonal.

Las influencias psicológicas pueden ser terapéuticas en tres aspectos: atenúan la angustia, remueven síntomas e inducen cambios favorables en la vida del enfermo. La eficacia de la influencia del médico depende de la autenticidad de sus motivaciones y su fe en el tratamiento, mientras que por parte del enfermo intervienen sus expectativas y su confianza; entender la necesidad que tienen los pacientes de ser escuchados y amparados es esencial. Un elemento importante para lograrlo es que el médico sea capaz de formular sus preguntas y de expresar sus opiniones en forma adecuada a las características cognitivas de su paciente y al escenario cultural en que se da la acción médica; esto da la impresión al enfermo de que sus opiniones son vistas con interés por el médico, y estará dispuesto a comunicarlas más espontáneamente (Medina y Rubio, Ibid.).

Es claro que el buen clínico nunca niega al paciente la oportunidad de manifestar sus explicaciones y su perspectiva. Su buen juicio indica al médico si es o no pertinente intentar persuadir a su paciente de lo erróneo de sus creencias, pero en todo caso, podrá comunicar su pensamiento en los términos que le sean comprensibles al enfermo y susciten su apego al tratamiento. El deseo de cooperar, la deserción y el frecuente incumplimiento por parte de los enfermos de las prescripciones están íntimamente asociadas a las explicaciones que el médico da al paciente, la claridad y si el paciente entendió correctamente las explicaciones (De la Fuente, op. cit.).

Como en todo proceso comunicativo, el de la relación médica tiene sus propios canales o vías, debiéndose entender por canal de comunicación el de la misma sensopercepción. En lo referente a los canales de comunicación, los

medios principales que utilizan médico y enfermo en los distintos momentos de la relación son la mirada, el silencio, la palabra y el tacto, los cuatro complementarios en el juego completo de la expresión-impresión.

El diagnóstico integral sólo puede elaborarse tras un interrogatorio individual y ajustado, para el que no basta el sentido común ni la intuición, sino que exige conocimientos, experiencia, empatía y tiempo. Cuando, como consecuencia de la empatía, el enfermo se siente comprendido, amplía y profundiza su comunicación; no se limita a enumerar sus molestias, sino que expresa recuerdos, opiniones y conflictos conscientes, y el interrogatorio con fines diagnósticos se hace también diálogo terapéutico al disminuir la ansiedad. En este sentido, una cuestión técnica de gran importancia es el dominio de la pregunta; las preguntas constituyen más de la mitad del diálogo médico, y no se obtiene la misma información con cualquier pregunta.

Escuchar al paciente y permitirle una libre expresión es la primera norma para un completo diálogo médico y necesario para el diagnóstico psicosomático, norma que debe ser aplicada desde el principio de la entrevista, puesto que los primeros minutos pueden resultar decisivos para la relación médica. El interrogatorio riguroso con formularios sólo posibilita una comunicación semántica, mientras que la entrevista flexible y no directiva facilita la comunicación expresiva que es clave en la comprensión de la importancia de los factores psicosociales (Medina y Rubio, Ibid.).

Hasta este momento se han delineado las principales habilidades necesarias en el médico para una buena práctica médica, dichas habilidades han sido extraídas en la reflexión sobre el ejercicio médico, y no de la evidencia empírica resultado de la investigación; esto, ha ocasionado que la mayoría de los conceptos tengan una gran generalidad e imprecisión, lo que ha generado confusión en los médicos. Conceptos como expresión-impresión, sentirse comprendido, conflictos conscientes, alianza terapéutica, sentimientos de

esperanza, subestimación de características culturales, etcétera; son objeto de malas interpretaciones que han llevado a los médicos a muy diversos resultados en el rubro de trato humano; es por ello que dichos conceptos no aportan elementos concretos de análisis que nos permitan objetivizar y delinear el estilo de interacción dentro de la relación médico-paciente. Uno de los conceptos que nos da la posibilidad de "aterrizar" las nociones sugeridas por los médicos es el de habilidades sociales, pues éste nos proporciona elementos observables y susceptibles de ser analizados; también es importante resaltar que muchos de los conceptos descritos por los médicos están relacionados con el proceso de comunicación lo que nos permite pensar en que el concepto de habilidades sociales esté emparentado con las habilidades involucradas en la práctica clínica.

Podemos decir que, las habilidades sociales son elementos que favorecen el trato humano de los médicos a los pacientes, y podemos entenderlas como series de unidades de conducta elementales identificables, observables y medibles que tienen un carácter secuencial y sirven para establecer relaciones que faciliten abrir los canales de comunicación, además es conveniente decir que el termino describe una característica de la conducta y no de las personas (Hargie, 1986; Roth, 1986; Smith, 2001; Vizcarro, 1994; Kelly, 1987; Gil y León, 1998).

Las habilidades sociales se componen de diversas conductas, entre ellas podemos encontrar, las siguientes: el contacto visual, los gestos, el tono de la voz, el volumen, la duración de las intervenciones, la asertividad, entre otras. Para el caso de la práctica médica uno de los componentes que sobresalen como necesarios es la asertividad, ya que ésta tiene que ver con el tipo de mensajes enviados en un contexto particular y las variaciones en las ejecuciones pueden ir desde no asertivas, asertivas y agresivas. Encontramos que la asertividad posee sus propios elementos que la conforman, y aunque podemos afirmar que ésta es un factor involucrado en la relación médico-paciente y en el reporte de satisfacción, no conocemos cual de sus subcomponentes entra en juego en la practica médica de calidad. una revisión detallada de la relación de la asertividad

en el contexto médico nos permitirá cimentar las bases del estudio que se presentará más adelante.

2.4. Las habilidades sociales y la asertividad en el contexto médico.

La importancia de las habilidades sociales en la práctica médica estriba en el hecho de que el médico tiene que establecer relaciones, con pacientes y colegas, en caminadas a conseguir su colaboración para facilitar las tareas de diagnóstico y tratamiento, principalmente. Pues sin una buena relación médico-paciente las probabilidades de fracasar en los resultados de la atención médica pueden llegar a ser muy altas.

A pesar de su importancia, a nivel práctico, el entrenamiento de las habilidades sociales en los médicos son un aspecto muy olvidado, pues suele dejarse en manos del azar o de la experiencia profesional (Gil y León, Ibíd.), esto puede llevar a una disminución en la satisfacción de los usuarios, y por ende a un decremento de la calidad de los servicios de salud.

En esta misma línea, Gil y León (op. cit.) enmarcan, lo que ellos consideran, las habilidades sociales necesarias para la comunicación profesional de los médicos, y estas son:

- La mirada: que debe de ser directa, horizontal y relajada.
- La expresión facial: debe de ser coherente con lo que se dice.
- La sonrisa: debe de ser franca, abierta, sincera y coherente con la situación.
- Las posturas y orientación corporal: debe de ser erecta, relajada y ligeramente inclinada hacia delante en dirección al interlocutor.

- Los gestos y movimientos de cabeza: deben mostrarse coherentes con el estado de ánimo y con lo que se dice, además de sincronizados con el mensaje.
- La distancia: debe de mantenerse correspondiente al tipo de relación propia de la consulta (intima, personal, social o pública).
- La apreciación personal: es importante ser cuidadoso en cuanto a las vestimentas y aspecto general del médico.
- El habla: se deben decir las cosas de forma audible, fluida y clara.

Tal vez una de las habilidades sociales más importantes en la práctica médica sea la asertividad, ya que ésta coloca a los médicos en mejor posición para mantener, reforzar y/o re-establecer la salud. Debemos de considerar que la asertividad es la expresión de sentimientos, creencias, opiniones y deseos de forma directa, clara y honesta haciendo respetar nuestra dignidad y los derechos de los otros.

Los investigadores ya han tomado nota de esta importancia en la práctica y ante la falta de información sobre qué componentes asertivos son los que impactan directamente en al ejercicio, se han hecho aproximaciones interesantes como el realizado por Cuñado, Gil y García (1995; citada en Gil, León y Jarana, 1995) que dirigieron una investigación que tenia por objetivo principal delimitar las conductas y habilidades asertivas más relevantes de los profesionales de la salud, teniendo en cuenta el contexto del proceso operatorio y a partir de la información ofrecida por los destinatarios del servicio de salud, tomando medidas de una batería de pruebas en distintos momentos (antes y después de la operación) encontrando que las conductas más requeridas por los pacientes antes de la operación fueron: las relacionadas con la información (ser oído, recibir información y explicaciones), la persuasión, además de conductas que tranquilicen y den ánimos. Para después de la operación los pacientes preferían que los profesionales estén disponibles, les visiten y entablen conversación con ellos mostrando afecto, paciencia y comprensión hacia ellos.

Por su parte, Carmel y Glick (1996) investigaron las diferencias en las características personales de los médicos y los factores a nivel de organización laboral que promueven o inhiben la conducta compasiva-empática de los médicos, y consideraron a la empatía como asociada a actitudes prosociales tales como la responsabilidad para con otros, las actitudes mostradas durante la relación médico-paciente, la función personal y las competencias sociales; y suponiendo que la conducta compasiva-empática no está dentro de los criterios más importantes para que ellos se consideren buenos doctores. El estudio se dividió en dos etapas: en la primera se identificaban a los médicos compasivos-empáticos a partir de:

- Características socio-demográficas.
- Características de personalidad y orientación social hacia los pacientes.
- Cualidades percibidas de "un buen médico".
- Características de trabajo, organización laboral y políticas de promoción.
- Satisfacción y agotamiento durante el trabajo.

Para la segunda etapa se identificaron esas mismas características después de un periodo de tiempo. Ellos encontraron que los médicos más jóvenes en edad y experiencia son más empáticos, también que el concepto de que tienen los médicos sobre ser compasivo-empático hace énfasis en dos elementos: el científico-técnico y el socio-emocional (curación y atención), además las cualidades deseables en "un buen médico" que enumeraron fueron: la honestidad, la aproximación humana al paciente, la responsabilidad, el conocimiento y destreza profesional

A ellos se les une Durana (1984) pues considera que las habilidades asertivas que debe de tener un trabajador de atención primaria son:

1. Conciencia de la influencia de su percepción sobre la acción.

2. Ser productivos en diversos contextos sociales.
3. Saber dialogar con personas diversas.
4. Comprender que distintas personas valoran el tiempo de diferente manera.
5. Utilización de conocimientos tomados de diversas disciplinas.
6. Ser empáticos.

El mismo autor supone, cuando escribe empático, que el trabajador debe conocerse a sí mismo para después conocer a los demás y de esa manera poder compartir los conocimiento y la responsabilidad.

Largerløv, Leseth y Matheson (1998) investigaron las diversas formas de enseñar a los pacientes enfermos de asma el qué, cómo y por qué de su enfermedad, ellos entienden por cooperación la manera en que el médico adapta las reglas a partir de la experiencia del paciente y encontraron que los médicos más cooperativos son los que suelen tener más éxito en la enseñanza a los pacientes y la propuesta es para que se analicen los parámetros con los cuales se les enseña a los médicos a enseñar.

Hopkins (2002) analizó 23 estudios observacionales de comunicación entre doctores y pacientes y tres estudios largos basados en el reporte de los propios doctores. En total se contaron con cerca de 900 médicos (entre internistas, residentes y estudiantes de medicina) y más de 3700 pacientes; los médicos fueron considerados especialistas de atención primaria en los Estados Unidos, es decir, pertenecían a las áreas de medicina interna, práctica familiar, práctica general, pediatría y ginecología y obstetricia. Los pacientes en algunos estudios todos eran mujeres, en otros estudios los pacientes mujeres estaban buscando atención pediátrica para sus hijos. En otros estudios había pacientes hombres y mujeres, pero no se registraron estudios en donde había sólo pacientes hombres. Los estudios no trataron los resultados en la salud de los pacientes.

De los estudios, Hopkins (Ibid.) realizó un análisis que cubría los siguientes aspectos: información dada, contenido y formulación de preguntas, colaboración entre el doctor y el paciente, conversación social (conversación amena no médica), habla positiva (confianza, acuerdos y estado de ánimo), habla negativa (crítica de desaprobación), habla con focus emocional (preguntas acerca de las emociones y sentimientos, exploración de la preocupación emocional y la expresión empática o de las preocupaciones), comunicación no-verbal (sonrisas, movimientos de cabeza, gestos, tono o voz) y la duración de la visita. Se encontró que los médicos mujeres tardan por consulta un promedio de 23 minutos con sus pacientes, comparado con los 21 minutos de los doctores hombres. Las mujeres médicos también hablaron más acerca de temas psicosociales, dieron más habla positiva y buscaron más la aportación activa del paciente. Sin embargo, los sexos de los médicos no difieren en la información biomédica acerca del diagnóstico, la prognosis y el tratamiento. Un meta-análisis efectuado por separado indica que los pacientes responden de forma similar a las actitudes de sus doctores, es decir, que los pacientes de los médicos mujeres hablan más, hacen más declaraciones positivas, analizan más información psicosocial y expresan más colaboración que los pacientes de doctores hombres.

Goodacre (2002) describe los beneficios de conocer e involucrarse en los mecanismos psicológicos de los pacientes para la práctica en general pues esto facilita la comprensión y comunicación de los pacientes en su padecimiento. Él recoge estas conclusiones de una revisión hecha sobre los grupos Balint (1957, citado en Goodacre, Ibid.) de corte psicoanalista, en donde se estudiaron la naturaleza de la consulta en la práctica general y cómo las fuerzas del inconsciente la ponían en marcha. Otra fuente que resulto importante para sus conclusiones fue la revisión hecha por Recordon (1972, citado en Goodacre, op. cit.) que es un ejemplo de cómo el médico puede involucrarse emocionalmente con los pacientes, dar apoyo y colaboración para que puedan recobrar su salud.

Goodacre (op. cit.) manifiesta que la educación médica contemporánea guía a los estudiantes de medicina al distanciamiento emocional con los pacientes, para el autor esto significó un cambio en la manera de concebir la práctica médica y una total re-educación para dirigir su ejercicio futuro, de esta manera él ha conseguido involucrarse son sus pacientes y ha logrado una práctica más comprensiva para con ellos.

En los documentos de Recordon (Ibíd., citado en Goodacre, Ibíd.) se reconoce la importancia de la comunicación verbal y el problema que implica mantener la distancia con el paciente pues se pierden las razones reales de la consulta. Goodacre (op. cit.) encontró un poder contra el enojo, el sufrimiento y las afecciones que mostraban los pacientes para ser usadas por él mismo como un conocimiento acerca de los usuarios que le dan una ventaja terapéutica.

Loring (2002) plantea que The Expert Patient (los pacientes expertos) (2001; citado en Loring, Ibíd.) son aquellos pacientes que llevan la responsabilidad de las decisiones tomadas día-a-día acerca de su salud, y que el trabajo con los proveedores de los cuidados a la salud es como colaboradores y compañeros para producir la mejor salud posible teniendo los recursos a la mano. El nuevo rol que asumen los pacientes expertos implica necesariamente una capacitación que les permita un mejor desenvolvimiento, como parte de dicha capacitación se han desarrollado programas auto-administrados los cuales enseñan a resolver un solo problema de salud, dicho programa es muy diferente a la visión tradicional en donde se recurre al profesional de la salud para que él les solucione sus problemas.

Se ha señalado que los pacientes que están seguros de sus habilidades para manejar sus padecimientos son los que tienen mejores resultados en la recuperación y mantenimiento de su salud; ante esta nueva propuesta las habilidades del médico cambian radicalmente, ya que las exigencias de los pacientes son diferentes a las que se plantean en la práctica tradicional. En este

contexto los profesionales de la salud se convierten en un instrumento de ayuda para los pacientes; en el sentido de colaborar con los pacientes en el establecimiento de metas a corto plazo para dominar las nuevas habilidades; ésta permite a los pacientes hacer cambios que son reales y factibles. Una segunda manera es dar a los pacientes la oportunidad para reunirse en grupos de apoyo. Un tercer modo es que los pacientes entiendan perfectamente bien sus síntomas, pues usualmente pueden ser explicados en términos de causas que ofrecen la posibilidad de diferentes acciones. Una cuarta manera es que los profesionales tengan práctica social de persuasión. Para las personas es más probable cambiar sus conductas y su confianza dentro de los hechos, sobretodo si ellos perciben que aquella conducta afecta su entorno, incluidos sus cuidados a la salud (Loring, op. cit.).

Para poder establecer programas auto-administrados es necesario, no sólo, que los pacientes cumplan con el entrenamiento específico que implica, sino que es necesario que los médicos cuenten con habilidades específicas como lo serían: la asertividad, para facilitar el entendimiento de los pacientes; las habilidades de empatía para poder tener elementos para la persuasión; las habilidades para guiar a los pacientes en el establecimiento de metas, entre otras; lo anterior facilitaría la comprensión y la colaboración con el paciente.

Es necesario que se realicen diferentes apuntes antes de continuar; en primer lugar, podemos mencionar que no basta con hacer "concientes" las tendencias de comportamiento para minimizar los efectos negativos que estos tienen, sino además es necesario saber la manera en que el médico debe de comportarse cuando un paciente, por ejemplo, expresa opiniones o sentimientos contrarios o agresivos al médico; en ese sentido las habilidades o cualidades enumeradas por los investigadores son generales y poco claras, entre las cualidades más mencionada están las relacionadas con la comunicación (dar información, entablar una conversación), sin embargo no se enumeran los elementos específicos que intervienen o son cruciales en el proceso de

comunicación dentro del contexto médico, en este sentido la asertividad puede ser un auxiliar que salve esos huecos que las propuestas anteriores presentan, ya que ella se encarga de las formas sobre en las que se sustenta el proceso comunicativo. En este sentido, la asertividad ayudaría a delinear claramente las demandas de comunicación de la situación clínica, aspectos como explicar, retroalimentar, indagar información y otorgar reforzamiento se convierten en elementos concretos y susceptibles de ser abordados a diferencia de dimensiones como dar información o entablar una conversación que están llenas de ambigüedad.

Las investigaciones antes citadas también aluden a un componente afectivo de la relación interpersonal en el contexto clínico, dicho elemento es denominado como: disponibilidad, comprensión, involucramiento emocional, dar ánimos o, simplemente, mostrar afecto; este conjunto de habilidades también es contemplado por la asertividad, los elementos mencionados se conocen como expresión de sentimientos y empatía, cada uno de ellos se refiere a una dimensión diferente y ambos son elementos verbales que pueden ser considerados como expresiones concretas y medibles.

La persuasión, la negociación y la cooperación mencionadas en las propuestas están relacionadas con la búsqueda de acuerdos y las peticiones del cambio entre el médico y el paciente, dichas habilidades permiten al ejecutante transmitir y dar dirección a mejores estilos de comportamiento que permitan al paciente permanecer saludable

Algunos investigadores consideran a la honestidad y a la responsabilidad como componentes importantes para el ejercicio médico, dichos son contemplados por la asertividad, ya que su definición implica que las expresiones que se realicen se hagan de forma honesta y ésta trae consigo a la responsabilidad que recae en el respeto de nuestros derechos y en la dignidad de los demás.

Sin embargo, las respuestas asertivas se sostienen por las habilidades básicas o precurrentes, ya que sin ellas de nada valdría expresar sentimientos o peticiones de cambio pues la interpretación de dichos componentes asertivos está ligada a la generalidad de las habilidades sociales; entre las unidades más elementales de conducta utilizadas por los médico dentro de la práctica médica están: la expresión facial, la sonrisa, el tono de voz, los gestos, los movimientos de cabeza, las posturas, la orientación corporal, el contacto visual o mirada, los manerismos, la fluidez o dicción de la voz y el volumen de voz.

En resumen, las habilidades más requeridas por los médicos en su practica diaria son las asociadas a la comunicación, dicho proceso por ser demasiado general debería ser concretado a través del concepto de asertividad, del cual se derivan las dimensiones que lo permiten, tales son: las habilidades empáticas, las habilidades de búsqueda de acuerdos, las habilidades de petición de cambios, las habilidades de expresar sentimientos, las habilidades de explicar y retroalimentar, las habilidades para indagar información, las habilidades básicas, las habilidades de saludo y las habilidades para otorgar reforzamiento.

Así consideramos que se podrían operacionalizar de la siguiente manera con base en la asertividad:

- Habilidades de empatía: es una respuesta asertiva en donde el interés y la preocupación por los demás es el factor que la define. Puede decirse que es un tipo de mensaje dividido en dos partes: la primera consiste en reconocer las expresiones de nuestro interlocutor; y la segunda parte se describe la expresión reconocida. Aquí el médico cumple una función de acompañante en el proceso de atención.
- Habilidades de búsqueda de acuerdos: es un tipo de respuesta verbal asertiva que consiste en encontrar un punto intermedio entre lo que una persona propone y lo que la otra pide. Para este caso el médico tendría que

comprender el punto de vista del paciente para poder proponer alternativas que el paciente este dispuesto a cumplir. Se define más concretamente como un mensaje en donde se expresa una opinión y se pide al interlocutor exprese sus sugerencias u oposiciones en relación a esa opinión con el propósito de establecer una posición que deje satisfechas a ambas partes.

- Habilidades de petición de cambio: es una respuesta asertiva en donde se expresa el deseo de que el interlocutor modifique su comportamiento en determinada circunstancia. Este tipo de habilidades es sumamente importante para el médico, pues él debe ser capaz de pedir que el paciente modifique su comportamiento pues este podría resultar contraproducente a su estado de salud actual o futuro.
- Habilidades de expresión de sentimientos: es una respuesta asertiva en donde se le comunica al interlocutor el grado de afecto que se le tiene. Cuando el paciente percibe sentimientos de afecto positivo será más probable que quiera adherirse al tratamiento y que regrese a la siguiente consulta a la que se le cite.
- Habilidades para explicar y retroalimentar: son expresiones asertivas en donde la información transmitida es totalmente clara, concreta y directa para que el interlocutor comprenda las indicaciones realizadas o, en caso dado lleve a cabo, siga o corrija las acciones establecidas para el cuidado de su salud. Los médicos al explicar a sus pacientes las causas y consecuencias de su padecimiento deben evitar tecnicismos en sus mensajes, de esta manera será más probable que el paciente quiera adherirse al tratamiento de manera satisfactoria.
- Habilidades para indagar información: son expresiones asertivas encaminadas a recolectar información de otra persona, dicha información estará enfocada a proponer procedimientos terapéuticos pertinentes al padecimiento. Una manera de obtener información relevante sobre los síntomas de un padecimiento es elaborando preguntas. Podemos suponer que entre más preguntas abiertas se realicen mayor será la información recabada y menores serán las probabilidades de fracaso terapéutico.

- Habilidades básicas: también llamadas habilidades precurrentes. Son todas aquellas conductas que dan soporte e integración a habilidades más complejas (como la asertividad); las conductas requeridas por los médicos para la consulta externa son: la expresión facial, la sonrisa, el tono de voz, los gestos, los movimientos de cabeza, las posturas, la orientación corporal, el contacto visual o mirada, el manerismos, la fluidez o dicción de la voz y el volumen de voz. Si alguno de estos falla el mensaje puede ser mal interpretado e incluso ignorado, e incluso se podría considerar que el comportamiento tuvo un déficit en las habilidades sociales ejecutadas.
- Habilidades de saludo: son ejecuciones verbales asertivas en donde el médico le da la bienvenida al paciente al consultorio. Es la forma en que el médico recibe al paciente en el consultorio. El médico debe ser capaz de comunicar su nombre durante la primera consulta y de expresar cortesía como: hola o buenos días a sus pacientes.
- Habilidades para otorgar reforzamiento: es un componente asertivo orientado a elevar la probabilidad de respuesta del paciente. Cuando un paciente debe de seguir indicaciones por un tiempo determinado, estas habilidades ayudan a que el paciente mantenga la respuesta de cuidado a su salud o la incremente.

Las habilidades expuestas establecen formas de comportamiento especificas que el médico usa para relacionarse con sus pacientes; sin embargo se crea un vacío, con relación a los datos empíricos y a la forma en que se objetiviza dichas formas de relación, lo anterior nos impide asegurar el tipo de habilidades que intervienen en la evaluación que hace el usuario sobre el servicio, e incluso aun no contamos con evidencia que relacionen a la satisfacción del paciente con la asertividad, ya que simplemente se han establecido traducciones entre los términos propuestos por los médicos y los asociados a la asertividad, es por ello que el objetivo general del presente estudio es establecer la relación entre la percepción que tienen los pacientes de la asertividad de los médicos durante la consulta externa y su reporte de satisfacción en la atención médica primaria.

Se plantea como objetivo particular:

1) Determinar el tipo de habilidades asertivas que están involucradas en la relación médico-paciente y que afectan el reporte de satisfacción.

Para alcanzar los objetivos es necesario planteamos dos preguntas principales, éstas son:

1. ¿Existe alguna relación entre la asertividad percibida y el reporte de satisfacción del paciente?;
2. ¿Cuáles son las habilidades que tienen mayor impacto en el reporte de satisfacción?

Tentativamente se propone como hipótesis la siguiente:

- Si el paciente percibe habilidades asertivas en el médico, entonces la influencia en el reporte de satisfacción en la atención médica será mayor.

La hipótesis nula es:

- Si el paciente percibe formas de comportamiento no asertivo o agresivo en el médico, entonces la influencia en el reporte de satisfacción de la atención médica será menor.

La hipótesis alterna es.

- La percepción de habilidades o inhabilidades asertivas no tiene ningún tipo de relación con el reporte de satisfacción del paciente.

En este sentido, podemos suponer que en la medida en que impacten esos comportamientos en la relación, será la misma en que varíe el reporte de

satisfacción, en caso de que ésta sea considerada como un indicador del agrado que tenga el usuario de la relación interpersonal en la consulta, ya que si el médico se comporta de forma en que el paciente lo interprete como agresivo y sea mal visto por su grupo de referencia, entonces es probable que dicha relación sea calificada de insatisfactoria y será muy probable que dicho paciente no se adhiera al tratamiento y que no regrese a ese servicio de salud.

CAPÍTULO 3. MÉTODO.

3.1. Sujetos.

Participaron 120 pacientes del sexo femenino de consulta externa del servicio de gineco-obstetricia en proceso de seguimiento de embarazo de un hospital público de segundo nivel del sector salud del área metropolitana. El criterio de inclusión elegido fue el que las pacientes deberían de tener al menos 2 consultas con su médico y el criterio de exclusión, por lo tanto, fue el que las pacientes tuvieran una consulta o menos con el médico asignado y no presentaran problemas de afectación psicológica (como retardo o esquizofrenia).

De las 120 pacientes que participaron 18 pacientes tenían entre 17 y 14 años, 25 pacientes tenían entre 18 a 21 años, 26 pacientes tuvieron de 22 a 25 años, 27 pacientes tenían de 26 a 29 años y 24 pacientes tenían entre 30 años o más; se registró un mínimo de 14 años y un máximo de 36 años (figura 1).

Para el rubro de ocupación de las pacientes: 103 pacientes se dedicaban al hogar, 6 eran estudiantes, 4 eran empleadas, 3 profesionistas, 3 se dedicaban al comercio y 1 no contestó (figura 2).

El estado civil de la gente encuestada se repartió de la siguiente manera: 53% de las pacientes eran casadas, 27% eran solteras, 18% vivían en unión libre, 1% era separada y 1% no contestó (figura 3).

En lo referente al nivel de estudios: 3% no tenían estudios, 22% estudió sólo la primaria, 43% contaban con secundaria, 22% estudiaron hasta la preparatoria, 4% tenían una licenciatura, 3% estudiaron una carrera técnica y 3% no contestaron (figura 4).

Para el número de meses de embarazo, los datos fueron los siguientes: 27% tenía 6 meses o menos, 15% tenía 7 meses, 39% tenía 8 meses, 16% contaba con 9 meses y el 3% no contestó (figura 5).

El número de partos anteriores de la muestra varió de la siguiente forma: 39% eran primerizas, 28% reportaron un parto anterior, 19% tuvieron 2 partos anteriores, 5% con 3 partos anteriores, 3% con 4 partos anteriores, 2% con 5 partos anteriores y 4% no contestaron (figura 6).

La asistencia a algún tipo de seguridad social con anterioridad arrojó los siguientes resultados: 35% no habían asistido a ningún tipo de seguridad social anteriormente, 20% había asistido al IMSS, 5% asistieron al ISSSTE, 7% a algún servicio privado, 14% al algún otro diferente, 4% al IMSS con alguna combinación entre algún otro y 15% no contestó (figura 7).

El número de consultas anteriores que reportaron las sujetos fue de: 68% había asistido a 4 consultas o menos anteriormente, 22% asistieron entre 5 y 8 consultas anteriormente, 9% dijeron haber asistido 9 o más veces a consulta y se reporta 1% que no contestaron (figura 8). Se registró un mínimo de 1 consulta y un máximo de 22 consultas.

Para el tipo de transporte: 77% usan el microbús, 3% usa el metro, 3% el carro particular, 8% el camión, el 3% ningún tipo de transporte, 3% reportaron alguna combinación entre microbús y algún otro medio de transporte y el metro con otro distinto, con 3% que no respondió (figura 9).

El tiempo que tardaron las pacientes en llegar al hospital se repartió de la siguiente manera: 18% dijeron tardar entre 30 minutos o menos, 20% tardan entre 35 y 45 minuto en llegar al hospital, 21% se atrasan de 50 a 75 minutos y 11% se

tardan 90 minutos o más en llegar (figura 10). Se reporta un mínimo de 10 minutos y un máximo de 240 minutos.

Se encuestaron a 24 pacientes de cada médico adscrito a la unidad, cada uno dando consulta un día de la semana.

Se presentan los datos promedio de los pacientes por cada médico: en el caso de la ocupación el dato más frecuente es el del hogar; y para el tipo de transporte, el microbús. En relación a las edades, las medias por cada día de la semana oscilan entre 20.5 y 26.5 años; para los meses de embarazo las medias oscilan entre 6.91 a 7.79 meses; el número de partos anteriores va de 0.65 a 1.52, lo que implicaría que la mayoría de las pacientes son primerizas; el número de consultas anteriores va de 3 a 4.67 consultas; y las medias del tiempo de traslado van de 39.78 a 57.17 minutos. Pese a que el estado civil más frecuente es el de casada, el miércoles se observó una variación pues el registró más común fue el de unión libre; en relación al nivel de estudios el dato más frecuente fue el de secundaria, aunque el lunes indicó a los niveles de primaria y secundaria en un empate como los más comunes; asimismo el tipo de seguridad social, más frecuente, que habían visitado las pacientes fue el de ninguno y el lunes se registró el seguro social y otro diferente como los más comunes (tabla 1).

3.2. Instrumentos.

Se aplicaron dos instrumentos: uno en donde se evalúo el reporte de satisfacción de los pacientes, dicho instrumento se retomo del realizado por Landeros y Salinas (1996), el segundo evaluó las habilidades asertivas que los médicos despliegan en la consulta; ambos se calificaron de acuerdo a la escala Likert de 5 puntos y fueron auto-aplicados, es decir, los contestaron los usuarios del servicio.

Inicialmente el instrumento de reporte de satisfacción contó con las siguientes dimensiones a evaluar:

- Ejecución profesional, dividido a su vez en efectividad y seguridad;
- Actitud profesional, subdividido en trato humano, informatividad, cooperación, empatía y atención a problemas psicosociales;
- Organización, constituido por eficiencia, cuidado integral, privacia, accesibilidad, comodidad, burocracia y satisfacción general

Desarrollándose un total de 30 reactivos, con un Alpha de Cronbach de 0.8717 en la aplicación de campo. Al someter los resultados al análisis factorial con rotación varimax, éste detectó 9 elementos, los cuales sirven para explicar el 74.812% del total de la varianza. Posteriormente se eliminaron todos aquellos reactivos que obtuvieron un valor menor a 0.20 en correlación ítem total; además, también se eliminaron aquellos que implicaban un hecho como elemento de indagación; como resultado se eliminaron del análisis factorial los siguientes reactivos: 1, 2, 3, 4, 10, y 19.

Los 24 reactivos restantes dieron un alpha de 85.92. En un nuevo análisis factorial se detectaron 4 elementos que explican el 72.351% del total de la varianza. De los 4 factores obtenidos sólo se tomaron en cuenta 3 para el análisis, ya que el cuarto sólo contenía un reactivo y poca participación en la explicación de la varianza, tales factores fueron (anexo 2):

- Satisfacción general, que incluye los siguientes reactivos. tiempo de atención suficiente, pago adecuado del servicio, respeto y dignidad. espacio adecuado, temperatura adecuada, distribución de servicios de fácil localización, personal suficiente, personal capacitado, atención cumple expectativas buenas, atención de buena calidad, regresaría a usar el servicio, personal inspira

confianza, personal de enfermería amable, personal médico interés-salud, tiempo y dinero valen la pena e indicó médico como cooperar en tratamiento;

- Atención a problemas psicosociales (actitud prosocial) que se conformó con los siguientes reactivos: proporciona ayuda a problemas personales, médico percibe necesidades, médico observó problemas personales y costo caro (accesibilidad económica); e
- Instalaciones, que se conforma por: higiene y limpieza sin infección, hospital bien equipado y humano y Burocracia.

Se incluyó una pregunta abierta para tratar de determinar si algún elemento no contemplado influyó en la evaluación del servicio. Es importante señalar que el instrumento de satisfacción no fue sometido a una aplicación piloto, dado que se retomó de uno ya confiabilizado y validado.

Para las habilidades asertivas se construyó un instrumento destinado a evaluarlas, el proceso de elaboración fue el siguiente:

Primero, se elaboraron 32 reactivos divididos en 6 categorías, dichas fueron obtenidas de la objetivación de las habilidades propuestas por los médicos como necesarias en la relación a términos concretos, derivados de las habilidades asertivas; dicho instrumento fue piloteado en un hospital de segundo nivel con 60 sujetos del género femenino en proceso de seguimiento de embarazo.

En segundo lugar se sometió a análisis estadístico utilizando el programa SPSS 11 para Windows; para determinar la confiabilidad y validez del instrumento. Los métodos de estadística descriptiva utilizados revelaron una media de 124.93 puntos y una mediana de 126 puntos en el total del instrumento.

Posteriormente se hizo un análisis de covarianza y uno de correlación. De esta manera se eliminando 4 reactivos (8, 12, 18, 30), bajo los criterio de inclusión (porque estos eran inferidos en otros) y repetición (si la idea original se repetía con

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

otra redacción). Además se modifico la redacción de 6 reactivos (3, 15, 19, 24, 25, 26), por haber estado correlacionados con algún otro. De esta manera el instrumento corregido dio un Alpha de Cronbach estandarizada de 0.8427.

El análisis factorial con rotación varimax identificó 11 factores a diferencia de los 6 contemplados inicialmente. De esto se eliminaron 2 factores bajo los criterios de igualdad conceptual (los elementos contenidos son conceptualmente iguales a otra categoria), por su bajo valor (eingevalue) en la participación de la varianza y por no contribuir a evaluar las variables estudiadas, es decir, no eran relevantes al estudio.

El resultado de dicho proceso fue un instrumento con 9 dimensiones, tales son: habilidades de empatía, habilidades de búsqueda de acuerdos, habilidades de petición de cambio, habilidades de expresión de sentimientos, habilidades para explicar y retroalimentar, habilidades para indagar información, habilidades básicas, habilidades de saludo y habilidades para otorgar reforzamiento. Desarrollándose un total de 30 reactivos (anexo 3).

En la fase de aplicación, el instrumento (con 30 reactivos) tuvo un Alpha de Cronbach de 0.7614 y el análisis factorial detectó 10 elementos, los cuales explicaron el 78.263% del total de la varianza.

De los treinta reactivos del instrumento en fase de aplicación, se eliminaron todos aquellos que obtuvieron un valor menor a 0.20 en correlación ítem total; como resultado se eliminaron los reactivos 2, 4, 5, 7, 9, 12, 16, 17 y 25.

Los 21 reactivos restantes dieron un valor total de alpha de 0.8724. En un nuevo análisis factorial se detectaron 5 elementos que explican el 71.709% del total del instrumento. De los 5 elementos reportados solo se usaron 4 para el

análisis final, ya que uno de ellos obtuvo un bajo valor en la contribución a la varianza. Los factores analizados fueron (anexo 1):

- Aspectos generales de la asertividad (comunicación), que contiene los siguientes reactivos: contacto visual, tiempo necesario para hablar de salud, entiendo lo que dice, saludo inicial, médico afectuoso, médico se preocupa por ella, retroalimentación-información ella, médico describe exactitud síntomas, da gracias cuando alabo trabajo, toma en cuenta comentarios del cuidado, expresa satisfacción por adherencia y me hace sentir segura;
- Otorgar reforzamiento (adherencia), con los siguientes reactivos: retroalimentación-adherencia, da felicitación por adherencia y da muchas vueltas para información;
- Confianza, cuenta con los siguientes reactivos: puede contar con el médico, cumple lo que dice; y
- Agresividad (regaño), el cual lo conforman los siguientes reactivos: habla serio, médico regaña y hace preguntas abiertas del embarazo.

3.3. Escenario.

Los instrumentos se aplicaron en la sala de espera de un hospital de segundo nivel del sector salud del área metropolitana, cuando cada paciente había finalizado su consulta del servicio de gineco-obstetricia.

La sala de espera es una habitación amplia, la cual es compartida con otras áreas del hospital (pediatría, familiar, dental, ortopedia y los baños). El consultorio se localiza al final de un pequeño y angosto pasillo el cual también es usado como área de espera; enfrente del servicio de gineco-obstetricia se encuentran los sistemas computacionales del hospital; la iluminación en la sala es buena, ya que

además de contar con ventanas grandes por donde entra la luz siempre se encuentran encendidas las lámparas; existen aproximadamente 15 sillas de plástico destinadas al área, además es importante apuntar que no son las únicas sillas en la sala ya que hay otras zonas en la estancia con asientos.

3.4. Procedimiento.

Se procedió al establecimiento de un diseño no experimental de tipo transversal correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 1996), dicho diseño fue requerido a partir de la necesidad de poder establecer relaciones entre las dos variables antes descritas (asertividad y satisfacción del paciente), ya que el fenómeno a estudiar fue medido en su contexto original sin el control estricto de las variables extrañas que participaron. Las pacientes que participaron en el estudio fueron escogidas a través del método no probabilistico de sujetos voluntarios.

El estudio se dividió en los siguientes pasos:

En primer lugar se elaboró, confiabilizó y validó el instrumento de asertividad antes descrito; para tal efecto se llevó a cabo una aplicación piloto con 60 pacientes y se obtuvo el coeficiente de confiabilidad y validez, para después dar inicio al estudio propiamente dicho.

Después del piloteo se inició la aplicación de los instrumentos de satisfacción y de asertividad. Se acudió a la unidad de salud antes descrita y se aguardó a que las pacientes salieran de consulta, posteriormente el investigador se les acercó y les preguntaba si estaban dispuestas o querían contestar los instrumentos, lo anterior previa explicación del propósito de la investigación. Cuando se abordó a las pacientes se les dijo: "Estamos realizando un estudio para

mejorar el servicio que se les ofrece en el hospital y para eso es necesario que contesten los siguientes cuestionarios"; cuando ellas aceptaban se les invitaban a tomar asiento en alguna de las sillas de la sala de espera, se les daban los cuestionarios y se les prestaba un lápiz, y se les explicaba que lo único que tenían que hacer era leer el enunciado y tachar si lo que decía el enunciado les había ocurrido siempre, casi siempre, a veces, raras veces o nunca; para la pregunta abierta sólo se les pedía que la leyeran y la contestaran. Posteriormente se les daba un tiempo para responder a solas y al terminar se les daba las gracias por su participación.

Por último se procedió al análisis de los resultados.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

A continuación se procederá a reportar los resultados procesados a través del programa de análisis estadístico SPSS versión 10 para Windows; se reportan, en primer lugar, las medias y los datos más frecuentes de los datos demográficos, los antecedentes obstétricos y los datos generales (como tipo de transporte, tiempo de traslado y tipo de seguridad social); posteriormente se reportan las medias y frecuencias de los datos más relevantes para cada uno de los instrumentos y de los totales; después se describe la obtención de cuartiles y la distribución de los datos para determinar las tendencias de respuesta en cada uno de los instrumentos.

En el análisis descriptivo general los sujetos registran las siguientes medias: 24.16 años para la edad de las pacientes, 7.15 para los meses de embarazo, 1.07 partos anteriores, 3.89 para las consultas anteriores y 46.15 minutos en el tiempo de traslado. Además los datos más frecuentes son: para la ocupación el de hogar, el de casada para el estado civil, el de secundaria para el nivel de estudios, el de ningún tipo de seguridad social y el de microbús para el tipo de transporte.

En el instrumento de Asertividad las medias de cada uno de los reactivos oscilaron entre 2.37 a 4.76 puntos, cabe señalar que los reactivo que tuvieron menos puntaje fueron el de habla serio (2.64), congruencia manerismos (2.82) y "me dijo que debo cuidar mis hábitos" (2.37); y entre los reactivos con más puntaje se encuentran: tiempo necesario para hablar de salud (4.61), entiende lo que dice (4.76), saludo inicial (4.65), puede contar con el médico (4.6), médico se preocupa por ella (4.64), retroalimentación-información (4.6), médico describe con exactitud sus síntomas (4.64), da muchas vueltas para dar alguna información (4.61), suele salirse del tema tratado (4.54), me hace sentir segura (4.74) (tabla 2).

Por consecuencia la mediana de habla serio fue de 3 y su moda de 1; al igual que para el reactivo de congruencia manerismos; para el caso del reactivo me dijo que debo cuidar mis hábitos su mediana fue de 1 y su moda de 1 (tabla 2).

En los puntajes totales del instrumento de asertividad: 10 pacientes sacaron un puntaje total de 91 o menos puntos, 16 obtuvieron de 92 a 101 puntos totales, 26 sacaron de 93 a 113 puntos, 24 de 114 a 123 puntos, 35 puntearon entre 124 a 134 puntos y 9 sacaron 135 o más puntos. La media total fue de 114.77 puntos, con una calificación mínima de 67 y una máxima de 145 (figura 11).

En el instrumento de Satisfacción las medias de cada uno de los reactivos oscilaron entre 2.62 a 4.53 puntos, cabe señalar que los reactivo que tuvieron menos puntaje fueron el de enfermera dio su nombre (2.92), información sobre quejas y sugerencias (2.93), tratamiento menos molesto o doloroso (2.62) y costo accesible (2.81); y entre los reactivos con más puntaje se encuentran: tiempo de traslado (4.43), tiempo de atención suficiente (4.44), respeto y dignidad (4.42), espacio adecuado (4.42), temperatura adecuada (4.23), distribución de servicios de fácil localización (4.17), personal suficiente (4.2), personal capacitado (4.35), atención cumple expectativas buenas (4.42), atención de buena calidad (4.37), regresaría a usar el servicio (4.5), personal inspira confianza (4.5), personal de enfermería amable (4.46), personal médico con interés en la salud (4.53), médico percibe necesidades (4.11), tiempo y dinero valen la pena (4.23) y indica como cooperar en el tratamiento (4.31) (tabla 3).

Por consecuencia la mediana de información sobre quejas y sugerencias fue de 3 y su moda de 2; al igual que para el reactivo de costo caro; para el caso del reactivo tratamiento menos molesto o doloroso tuvo una mediana de 2 y una moda de 2 (tabla 3).

En los puntajes totales del instrumento de satisfacción: 14 sujetos encuestados sacaron un puntaje total de 86 o menos puntos, 14 obtuvieron de 88

a 102 puntos totales, 29 sacaron de 103 a 112 puntos, 27 de 113 a 123 puntos, 27 puntearon entre 124 a 136 puntos y 9 sacaron 137 o más puntos. La media total fue de 111.96 puntos, con una calificación mínima de 31 y una máxima de 146 (figura 11).

Para cada instrumento se obtuvieron los cuartiles para establecer tres niveles de gradación que nos permitieran dar una calificación a cada uno de los puntajes de los instrumentos. De esta manera se consideró, para el instrumento de asertividad, como baja asertividad todos aquellos que tuvieran un puntaje de 21 a 78 puntos, como de asertividad media de 79 a 95 puntos y como alta asertividad los mayores de 96 puntos o mayores.

Asimismo, para el instrumento de satisfacción, se tomó como baja satisfacción aquellos que obtuvieran de 24 a 89 puntos, como de satisfacción media lo que obtuvieron de 90 a 109 puntos y los que tuvieran 110 o más puntos se consideraron como de alta satisfacción. De esta manera, el 6.7% de los casos reportó baja satisfacción, el 24.2% de los casos dijeron tener una satisfacción media y el 69.2% registró una alta satisfacción con relación al servicio.

En lo referente a la pregunta abierta los elementos más comúnmente mencionados son: el paciente se siente bien con el trato (37 menciones), aspectos generales de la buena atención (21 menciones), nada (12 veces) y mal trato del personal (11 menciones); los elementos que les siguieron fueron: amabilidad (9 veces), mucho tiempo de espera (6 menciones), buena explicación (6 veces), falta de información (6 menciones), satisfacción por el servicio (5 veces), confianza (5 menciones), respeto (4 veces), interés (4 menciones), costo elevado (3 veces), falta de higiene en sanitarios (3 menciones) e incumplimiento del personal (3 veces) (tabla 4).

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Uno de los elementos importantes en la evaluación del paciente sobre el servicio médico es el agrupado en el rubro aspectos generales de la comunicación, dicho elemento está basado en las características definitorias de la asertividad, las cuales están relacionadas con la adherencia, de acuerdo al coeficiente de correlación de Pearson ($p = 0.379$, $p<0.01$), en el sentido en que una de las funciones de la asertividad es la de incrementar, mantener o disminuir el reforzamiento sobre el comportamiento de otra persona (un interlocutor), en esta línea podríamos pensar en que los nivel de asertividad incrementan o mantienen la respuesta de auto-cuidado en la salud del paciente.

En esta muestra, los aspectos generales de comunicación (asertividad) están relacionados con la satisfacción general, como lo señala el coeficiente de correlación de Pearson ($p = 0.601$, $p<0.01$). esto podría deberse a la importancia de sentir que la relación médico-paciente se convierte en una relación de ayuda y de cooperación mutua; y se ha visto que ésta es una de las expectativas que crea el paciente para con el servicio de salud (ver Garcia, 2000 y Landeros y Salinas, 1996). Esta lectura, de una parte de los instrumentos, revela una correlación importante debido a que ambos componentes son los elementos más importantes de cada uno de los instrumentos.

Existe una correlación entre la actitud prosocial del médico con los aspectos generales de la comunicación (asertividad) ($p = 0.448$, $p<0.01$), ésta radica en el hecho de que son elementos del llamado, por los médicos, factor humano de la relación médico-paciente, ambos contribuyen al establecimiento de la relación propiamente dicha y pueden llegar a facilitar el diagnóstico. La correlación moderada que se establece podría deberse a que no es el único factor que los pacientes toman en cuenta para la evaluación del servicio, ya que también son de importancia los elementos técnicos y las amenidades.

Tomando en cuenta el coeficiente de correlación de Pearson, se reporta una baja correlación entre adherencia y la satisfacción general ($p = 0.235$, $p<0.05$), en este sentido podemos suponer que es bien visto por las pacientes que el médico tenga la habilidad de animarlas a seguir las indicaciones; por otro lado, también se obtiene un baja correlación ente adherencia y actitud prosocial ($p = 0.234$, $p<0.05$), lo que hace pensar que la explicación de la forma en que los problemas personales afectan en la salud favorece la adherencia del paciente, esto implicaría que la atención a los problemas psicosociales es percibido como un elemento de la adherencia, tal vez porque este componente está funcionando como un reforzador dentro de la relación médico-paciente, sin embargo dicha afirmación debe ser susceptible de una investigación más profunda sobre el tema.

De acuerdo con el coeficiente de correlación de Pearson, el componente de adherencia tiene una correlación baja con el factor de regaño ($p = 0.213$, $p<0.05$), lo anterior puede deberse a que el regaño tiene una función de reforzamiento negativo, ya que la paciente se apega a las indicaciones porque busca evitar, y por lo consiguiente escapar, al regaño. A pesar de ello se hace necesaria una investigación más a fondo, pues fueron pocos los reactivos que intervinieron en la evaluación e incluso es necesario otro tipo de método que dé cuenta de la efectividad de dichos comportamientos y del acomodamiento contingencial de los estímulos.

Los elementos contenidos en actitud prosocial (atención a problemas psicosociales) e instalaciones (aspectos de limpieza, burocracia y equipamiento del hospital) están correlacionados con la confianza, de acuerdo con el coeficiente de correlación de Pearson ($p = 0.276$, $p<0.05$; $p = 0.201$, $p<0.05$, respectivamente), es decir, dichos factores contribuyen al aumento de la confianza en el paciente para con el servicio, esto es posible que se deba a agentes, tales como: que las pacientes se sientan tomadas en cuenta o que la percepción de las pacientes en congruente con sus expectativas. Por otro lado, la confianza también

está correlacionada con la satisfacción general ($p = 0.261$, $p<0.05$), debido tal vez a que la confianza está incluida en la evaluación general del servicio, sin embargo el gran número de elementos que contiene el componente de satisfacción general contrastados con los pocos reactivos contenidos en la confianza no hacen posible concretar sobre los comportamientos involucrados o sobre los acomodos de los estímulos en la estructura de la relación que afectan directamente la confianza. Los bajos valores también se ven afectados por los pocos reactivos agrupados en dicho factor evaluado.

El valor del coeficiente de correlación de Pearson es moderado para los elementos de regaño y de satisfacción general ($p = 0.429$, $p<0.01$), esto parecería indicar que el regaño favorece los niveles de satisfacción general; sin embargo se hace necesaria una descripción detallada que nos permita conocer la manera en la que se ordenan los estímulos que le dan el valor funcional detectado en el análisis, a pesar de lo anterior podemos especular que dicha correlación confirma lo comentado anteriormente sobre el regaño como elemento reforzante de una respuesta de evitación y escape. También se observa una baja correlación entre los factores de regaño y actitudes prosociales ($p = 0.236$, $p<0.01$) e instalación ($p = 0.286$, $p<0.01$); lo que implicaría que los efectos del regaño pueden influir positivamente en la percepción de las actitudes prosociales como un elementos deseable de la relación y como un elemento de las instalaciones (en donde se contemplan la burocracia, la higiene, la limpieza y las condiciones de equipamiento del hospital). No debemos olvidar que los reactivos agrupados en el factor de regaño sólo son tres, lo cual limita las afirmaciones que del análisis resulten.

En el caso del factor de satisfacción general se reportó una correlación moderada para los elementos de actitudes prosociales ($p = 0.328$, $p<0.01$) e instalaciones ($p = 0.47$, $p<0.01$), lo que implicaría que la satisfacción no estaría totalmente evaluada sin la contribución específica de estos elementos; además de que pareciera ser que a las sujetos de la muestra les resulta agradable que la

relación médico-paciente que se establece debe de contar con la atención a problemas psicosociales, además de que el hospital debe de estar bien equipado, limpio y con pocos trámites burocráticos.

Una cuestión importante a resaltar es que el factor de aspectos generales de comunicación (asertividad) haya sido el principal componente relacionado con la satisfacción general, lo que implicaría que el estilo de interacción más deseable en un médico debe de asemejarse a la planteada por dicho componente si queremos que los niveles del reporte de satisfacción se eleven positivamente, lo anterior fue comprobado por el análisis de regresión lineal general que se realizó para tratar de determinar las habilidades que fueron consideradas por los pacientes como relevantes en un médico; dichos comportamientos son:

- El contacto visual ($F = 6.23$, $p<0.01$).
- Que dé el tiempo suficiente para hablar de la salud (no interrumpir el discurso del paciente) ($F = 16.862$, $p<0.01$).
- El regaño (como un elemento reforzante de una respuesta de evitación y escape) ($F = 5.309$, $p<0.01$).
- Que se exprese claramente (que la paciente entienda el por qué de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento) ($F = 35.235$, $p<0.01$).
- El saludo inicial ($F = 28.428$, $p<0.01$).
- Que el médico sea percibido como afectuoso ($F = 18.584$, $p<0.01$).
- Que el médico se preocupe por ella (tal vez podría considerarse un elemento reforzador) ($F = 81.831$, $p<0.01$).
- Que retroalimente la información que da a ella ($F = 41.217$, $p<0.01$).
- Que el médico describa con exactitud los síntomas que la paciente experimenta ($F = 79.075$, $p<0.01$).
- Que dé felicitaciones por la adherencia al tratamiento ($F = 7.473$, $p<0.01$).
- Que agradezca un alabo a su trabajo ($F = 26.43$, $p<0.01$).
- Que tome en cuenta los comentarios del paciente sobre el cuidado ($F = 8.077$, $p<0.01$).

- Que no dé muchas vueltas para dar alguna información ($F = 30.605$, $p<0.01$),
- Que exprese satisfacción por la adherencia (otorgar reforzador) ($F = 13.284$, $p<0.01$) y
- Que haga sentir segura a la paciente ($F = 18.111$, $p<0.01$).

Dichos comportamientos están en correspondencia con los citados por Mead, Bower y Hann (2002) como elementos que incrementan la satisfacción positivamente; ellos señalan al valor humano (e. g. calor, sensibilidad), la capacidad técnica, la atención a los problemas psicológicos, la disposición del tiempo suficiente y a los aspectos de la relación médico-paciente como la continuidad, la confianza mutua y el respeto como elementos que conceptualizan el cuidado centrado en el paciente. Es importante añadir que las habilidades mencionadas por Bower y Hann caen en el mismo problema que la mayoría de la investigación citada en este trabajo, dichos problemas son la imprecisión y la falta de objetividad en los conceptos, entre otros.

También se aplicó la prueba T de muestras relacionadas para los totales de ambos instrumentos y se observa una correlación moderada ($p = 0.514$, $p<0$). Estos resultados nos hacen pensar que las variables de satisfacción del paciente y asertividad están relacionadas en la práctica de la consulta externa para el servicio de gineco-obstetricia en pacientes con las características de la muestra aquí reportada, también podemos decir que si los pacientes perciben habilidades asertivas en el médico el reporte de satisfacción será mayor, y a su vez, si el paciente no percibe habilidades asertivas entonces el reporte de satisfacción se verá afectado con un valor menor, y por lo tanto con una calificación de poca satisfacción. No hay que perder de vista que la asertividad es parte esencial de una forma de relación en donde el médico proporciona orientación y apoyo psicológico al paciente.

En el análisis de varianza unidireccional (ANOVA oneway) reportan diferencias significativas entre los tres grados de satisfacción (bajo, media y alta)

en los siguientes factores: aspectos generales de la comunicación (asertividad) ($F = 61.381$, $p<0.05$), confianza ($F = 5.975$, $p<0.05$), regaño ($F = 6.561$, $p<0.05$), satisfacción general ($F = 12.707$, $p<0.05$) y actitudes prosociales ($F = 5.959$, $p<0.05$); lo que indica que dichos factores están involucrados en la evaluación que los pacientes hacen del servicio. Posteriormente, se aplicó la prueba Tamhane para determinar si hay diferencias entre los niveles de satisfacción obtenidos a partir de los cuartiles (bajo, medio y alto), los resultados sugieren que las pacientes que reportan niveles altos y medios en su satisfacción, se diferencian en los siguientes factores: confianza (-1.63, $p<0.05$), regaño (-9.75, $p<0.05$) y satisfacción general (-1.24, $p<0.05$).

Los datos fueron sometidos a un análisis de regresión lineal para observar la influencia de otras variables de tipo demográfico y de uso del servicio de salud, en la prueba multivariada se observan diferencias significativas en variables como el número de consultas ($F = 12.41$, $p<0.05$), el estado civil ($F = -26.29$, $p<0.05$), el nivel de estudios ($F = 4.643$, $p<0.05$), el tipo de médico ($F = 0.21$, $p<0.05$) y la combinación entre nivel de estudios-tipo de médico ($F = 303.703$, $p<0.05$); lo que implica que las variables que más van a influir en los resultados son: el número de consultas, el estado civil y la combinación del nivel de estudios-tipo de médico; grandes diferencias en alguna de estas variables (por ejemplo, el número de consultas o en el estado civil) establecerá sesgos importantes en la interpretación de los resultados, por lo tanto, estas variables deben de ser homogeneizadas para estudios futuros, para así obtener resultados más fidedignos que los presentados en el presente.

En el análisis de regresión lineal en la prueba de efectos entre los sujetos, se compararon a los diferentes médicos para determinar los elementos en donde se diferencian, se observa que las diferentes clasificaciones en la satisfacción dependerá de la ejecución en los rubros de aspectos generales de la comunicación (asertividad) ($F = 26.789$, $p<0.05$), en la satisfacción general ($F = 13.194$, $p<0.05$) y en las instalaciones ($F = 21.275$, $p<0.05$); los elementos

mencionados son los que hacen la diferencia para que un paciente exprese diferentes niveles de satisfacción, lo anterior podría deberse a que son las tres dimensiones tomadas en cuenta para la evaluación de la satisfacción total, de acuerdo con Donabedian (1981).

Por su parte, la variable de nivel de estudios hace que se presenten diferencias significativas en relación a los aspectos generales de la comunicación (asertividad) ($F = 5.256$, $p<0.05$), pareciera ser que entre mayor es el nivel de estudios, los pacientes se vuelven más estrictos en la forma de percibir los niveles de comunicación con el médico; y el en el que difieren los médicos es en el de aspectos generales de la comunicación (asertividad) ($F = 6.178$, $p<0.05$), es decir algunos médicos se comunican mejor que otros, en este sentido el instrumento presenta problemas para determinar de manera especifica en que médicos se dan dichas diferencias, sin embargo en el curso de la aplicación algunas de las pacientes comentaron que el doctor del viernes se comporta muy serio y prepotente.

En la prueba Tamhane encontramos diferencias significativas en las medias en relación con el rango de consulta comprendido entre 1 y 3 consultas y entre el comprendido entre 4 y 6 consultas para el componentes de confianza ($p<0.05$) y actitud prosocial ($p<0.05$), pareciera ser que las pacientes con pocas consultas toman en cuenta los niveles de confianza percibida durante la consulta y la actitud prosocial que el médico muestre para la evaluación que ellas hagan del servicio. Se podría pensar que estos componentes también hacen la diferencia para los rangos comprendidos entre 1 y 3 consultas y de 7 consultas en adelante ($p<0.05$), de acuerdo con la misma prueba; lo anterior implica que la confianza y la actitud prosocial percibida en el médico variará positivamente de acuerdo con el número de consultas, este dato debe de ser tomado en cuenta si se busca una muestra homogénea

La prueba Tamhane, también mostró diferencias significativas en un nivel de $p<0.05$ en el componente de regaño cuando se comparan distintos niveles de estudios, tal es el caso de las pacientes que no tienen estudios y las que estudiaron hasta la secundaria ($p<0.05$), esto implica que las pacientes que cumplieron con sus estudios de secundaria eran especialmente susceptibles al regaño en comparación a las que no han estudiado; además en el total de asertividad se observaron diferencias significativas para los niveles de secundaria y carrera técnica ($p<0.05$), y para los niveles de bachillerato y carrera técnica ($p<0.05$), esto podría ser, por un lado, debido a que el nivel de estudios tiene un peso importante en la satisfacción total del paciente, y, por el otro lado, tal vez sea evidencia de que los niveles de estudios intermedios (secundaria, bachillerato y carrera técnica) sean más exigentes en la evaluación del servicio.

Sobre la pregunta abierta que se le hizo al usuario es conveniente anotar que son congruentes con la estadística inferencial realizada. Podemos decir que el servicio es bueno en términos generales, de acuerdo con las pacientes, lo anterior concuerda con el análisis derivado correspondiente al rubro de satisfacción general, resaltando que esas pacientes de la muestra se encuentran muy satisfechas con el servicio recibido; en contraste también se observan algunas fallas en el establecimiento de la relación médico-paciente, en la organización y en el funcionamiento general del servicio. Entre los elementos con menos menciones encontramos a la amabilidad (9 veces), la confianza (5 menciones), el respeto (4 veces), el interés (4 menciones) y la buena explicación (6 veces) como elementos favorables de la relación interpersonal en la consulta.

Es importante señalar que la respuesta "nada", significa que el servicio no había cumplido con ningún componente especial y que las pacientes lo percibían como lo que debe de hacer un hospital para que funcione como se espera que funcione un servicio de salud.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

La asertividad está relacionada con el reporte de satisfacción del paciente de forma positiva y las habilidades más importantes que incrementan dicho reporte son: el contacto visual, que dé el tiempo suficiente para hablar de la salud (no interrumpir el discurso del paciente), el regaño (como elemento de reforzamiento de una respuesta de evitación y escape), que se exprese claramente (que la paciente entienda el por qué de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento), que dé el saludo inicial, que el médico sea percibido como afectuoso, que el médico se preocupe por la paciente (tal vez podría considerarse un elemento reforzador), que retroalimente la información que da a la usuaria, que el médico describa con exactitud los síntomas que la paciente experimenta, que dé felicitaciones por la adherencia al tratamiento, que agradezca un alabo a su trabajo, que tome en cuenta los comentarios del paciente sobre el cuidado, que no dé muchas vueltas para dar alguna información, que exprese satisfacción por la adherencia (otorgar reforzador) y que haga sentir segura a la paciente. Una parte importante que se logra ver en el presente trabajo es que no todas las habilidades planteadas impactan de la misma manera el reporte de satisfacción del paciente.

Otro factor importante a mencionar son los elementos que posibilitaron algún tipo de sesgo en los resultados anteriormente expuestos. Como parte de esos problemas se presentaron los siguientes:

1. Exceptuando los componentes de aspectos generales de comunicación (asertividad) y satisfacción general, se agruparon pocos reactivos en cada uno de los factores de los instrumentos.
2. El instrumento de asertividad presentó problemas para discriminar sobre las diferencias en los estilos de interacción de los diferentes médicos.

3. Las características de la población que no se mantienen homogéneas y los resultados revelan un gran impacto de algunas de las variables demográficas (como el número de consulta, el estado civil el nivel de estudios, y el tipo de médico); además otras de las variables no fueron sometidas a análisis porque el programa SPSS considero que dicha variable no contenía los elementos suficientes que permitieran la ejecución de la prueba estadística.

Durante la aplicación se observó, lo siguiente:

4. En la semana del 30 de octubre al 8 de noviembre el servicio se tornó irregular; hubo pocas pacientes y algunos doctores dieron consulta en días que no les correspondía; dicha irregularidad se debió a la celebración del día del médico.
5. La semana del 10 al 14 de diciembre algunos doctores se fueron a un curso de capacitación y en la semana dos médicos se rotaron los servicios de consulta externa e interna.
6. La mayor parte del tiempo que duró el período de aplicación los doctores tuvieron estudiantes (5 en cada día) en el consultorio tomando clase y en ocasiones se apoyaron en ellos para terminar más temprano de lo acostumbrado. Lo anterior provocó que se dieran reportes de mal trato a las pacientes (11 menciones) y que al menos una comentará que los estudiantes no detectan necesidades (ver tabla 4) y que el tiempo de espera era largo y con pocos asientos.
7. Algunas de las pacientes comentaron al investigador que el doctor de los viernes se comportaba de manerá prepotente y muy serio.

En este tipo de estudios se han resaltado dos cuestiones importantes que la obstaculizan y sesgan los resultados: la primera se refiere a que la gente responde a un estereotipo socialmente aceptable en donde con poca frecuencia se expresan

actitudes negativas; y la segunda, versa en no poder proveer una medida cuantitativa que refleje el nivel de satisfacción de cada respuesta (Landeros y Salinas, 1996).

Algunas de las estrategias que se podrían usar parar corregir dichos problemas serían:

1. Establecer criterios de inclusión y exclusión más estrictos que permitan la homogenización de la muestra en términos de datos demográficos y su aleatorización.
2. Tener mayor coordinación con la dirección del hospital para conocer de antemano las fechas de descanso y capacitación para poder determinar las diferencias entre médicos que en el presente estudio no fue posible su estudio.
3. Agregar una evaluación a través del método de observación directa, para evitar la posibilidad de que las pacientes estén entendiendo cosas diferentes a las que podrían pensarse como las habilidades deseables en la consulta, es decir, la observación directa evitaría que los investigadores y las pacientes estén hablando en lenguajes distintos; además se sondearía la autocensura de las pacientes en relación con los médicos.

A la luz de los resultados presentados se muestra conveniente que el médico reflexione acerca del verdadero significado e importancia de su relación con los enfermos. De la Fuente (1997) comenta que el médico debe adquirir conciencia más clara del impacto que sus actitudes, palabras y silencios causan en sus pacientes. Asimismo, que el médico tome a la persona enferma como centro de sus acciones sólo es posible si tiene un interés genuino en los problemas humanos, la sensibilidad y la imaginación para percibir en las situaciones clínicas las fuerzas interpersonales que son operantes y poderosas. No hay que perder de vista que el buen clínico no se limita al análisis circunscrito

de los síntomas y de las enfermedades, sino que intenta comprender el padecimiento, es decir, la experiencia subjetiva de estar enfermo. La parte medular es precisamente que el médico pueda formarse juicios objetivos acerca de la subjetividad de sus pacientes.

A otro nivel, estudios como este podrían ser parte importante de un sistema de retroalimentación utilizado por las instituciones de salud, el cual, hipotéticamente hablando, redundaría en una mejora de los servicios prestados a la comunidad. También podría dar luz a una revisión curricular en la carrera de medicina enfocada a incorporar el entrenamiento de las habilidades, aquí descritas y detectadas, que impactan el reporte de satisfacción del paciente, ya que se ha señalado la importancia de que los médicos cuenten con dichas habilidades y que este punto se descuida en la formación sistemática de los estudiantes; dicho entrenamiento podría ser apoyado por cursos periódicos sobre este tema dentro de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Revista de Salud Pública 32 (2), 170-180.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. Social Science and Medicine. 27 (9), 927-933.
- Carmel, S. y Glick, S. (1996). Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. Social science and medicine. 43 (8), 1253-1261.
- Cortés, G. (1997). Aspectos generales de la relación médico-paciente. En Yamamoto, M. (Ed.). Introducción a la bioética (p. p. 37-49) México: Méndez editores.
- Cruz, J. (1999). Satisfacción laboral en médicos y su relación con la calidad en la atención a los usuarios. Tesis. UNAM, ENEP-Iztacala. Los Reyes Iztacala, Edo. de Méx. p. p. 21-35.
- De la Fuente, R. (1997). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Donabedian, A. (1981). La calidad de la atención médica. Ciencia y desarrollo. 37 (7), 68-89.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Revista de Salud Pública. 32 (2), 113-117.
- Durana, I. (1984). Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud. México: Organización panamericana de la salud.
- Fábrega, H. y Manning, P. (1973). An integrate theory of disease: ladinomestizo view of disease in the Chiapas Highlands. Psychosomatic medicine. 35, 223-239.
- FUNDAMECA (1993). Calidad total. Fundación Mexicana para la Calidad Total. México.

- García, A. (1985). Las contribuciones de la psicología social a la investigación en servicios de salud. Ciencias sociales en la América Latina. Tendencias y perspectivas. México: Organización Panamericana de la salud.
- García, J. (2000). Evaluación de la calidad de la atención en servicios de salud a través de la satisfacción del paciente. Tesis de la maestría de Investigación de Servicios de Salud. UNAM, ENEP-Iztacala. Los Reyes Iztacala, Edo. de Méx. p. p. 25-41.
- Gil, F. y León, J. (1998). Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención. Madrid, España: Ediciones síntesis.
- Gil, F.; León, J. y Jarana, L. (1995). Habilidades sociales y la salud. Madrid, España: Eudema.
- Goodacre, S. (2002). Un documento que cambio mi practica. La comunicación en la relación médico-paciente. BMJ, volumen 324, 9 de marzo de 2002, bmj.com, Pág. 597. clinical review.
- Hall, E. (1966). The hidden dimension. Nueva York: Doubleday.
- Hall, J. y Dornan, M. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction level. Social Science and Medicine. 27 (6), 637-644.
- Hargie, O. (1986). A handbook of communication skills. Washington Square, New York: University Press.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1996). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Hopkins, J. (2002). Las mujeres doctores son mejores comunicadoras. New York, BMJ, volumen 325, 24 de agosto del 2002, bmj.com, Pág. 408.
- Hulka, B.; Zyzanski, S.; Cassel, J. y Thompson, S. (1970). Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. Medical Care. III (5), 429-435.
- Jessee, W. (1990). Garantía de la calidad en os hospitales de Estados Unidos. Revista de Salud Pública. 32 (2), 131- 137.
- Kelly, J. A. (1987) Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía practica para las intervenciones. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

- Landeros, B. y Salinas, E. (1996). El papel de las habilidades sociales pertinentes a la demanda de satisfacción de necesidades de atención médica en una unidad de gineco-obstetricia. Tesis. UNAM, ENEP-Iztacala. Los Reyes Iztacala, Edo. de Méx. p. p. 39-69.
- Largerløv, P.; Leseth, A. y Matheson, I. (1998). The doctor-patient relationship and the management of asthma. Social science and medicine. 47 (1), 85-91.
- Lee, R. y Jones, L. (1990). El concepto de buena atención médica. Revista de Salud Pública. 32 (2), 245-247.
- Lewis, J. (1994). Patient view on quality care in general practice: literature review. Social Science Medical. 39 (5), 655-670.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and Medicine. 16, 577-589.
- Loring, K. (2002). La colaboración entre los pacientes expertos y los médicos. The Lancet, Vol. 359, 9 de marzo del 2002, www.thelancet.com, p. p. 814-815.
- Mead, N.; Bower, P. y Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. Social science and medicine. 55 (9), 283--299.
- Medina, A. y Rubio, J. (1996). Psicología médica. México: McGraw Hill.
- Mijangos, V. (1997). Influencia del apoyo social en el reporte de satisfacción del paciente en el área de urgencias de un hospital público. Tesis. UNAM, ENEP-Iztacala. Los Reyes Iztacala, Edo. de Méx. p. p. 3-28.
- Mira, J.; Vitaller, J.; Herrero, J. y Buil, J. (1992). La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. Revista de Psicología de la Salud. 4 (1), 89-109.
- Ramírez, T.; Nájera, P. y Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Revista de Salud Pública. 40 (1), 3-11.
- Roth, E. (1986). Competencia Social. El Cambio De Comportamiento Individual En La Comunidad. México: Trillas
- San Martín, H. (1991). Salud y enfermedad. México La prensa médica mexicana

- Secretaria de Salud (1990). Norma técnica para la evaluación de calidad de la atención médica. México.
- Seguin, C. (1982). La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Pirámide.
- Smith, M. J. (2001). Cuando Digo No, Me Siento Culpable. Barcelona, España: Grijalbo Mondadori.
- Vizcarro, C. (1994). Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández, R. (Ed.). Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. (p. p. 347-383) Madrid, España: Ediciones pirámide.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. Social Science and Medicine. 38 (4), 509-516.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES-IZTACALA
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTRUMENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES ASERTIVAS DE LOS MÉDICOS

El presente cuestionario busca recabar información sobre la relación médico-paciente que
Le rogamos su cooperación contestando con la mayor sinceridad posible.
Recuerde que se respetará la privacia de sus respuestas.

Edad:_____ Ocupación:_____ Estado civil _____ Nivel máximo de estudios:_____

Meses de embarazo:_____ Número de partos

Ha utilizado alguno de estos servicios: IMSS ISSSTE PRIVADO OTRO(especifique):_____

Número aproximado de consultas en este hospital _____ Nombre del médico que la trata _____

Fecha de aplicación:_____

INSTRUCCIONES: Tache la casilla que corresponda a su experiencia personal en relación con el servicio recibido.

	Siempre	Muy a menudo	A veces	Rara vez	Nunca	
1 - Mi médico me mira a los ojos cuando hablo con él _____						
2.- Cuando mi médico habla es muy serio.						
3.- Mi médico me da el tiempo necesario para hablar de mi salud.						
4.- Mi médico habla como si regañara						
5.- Cuando mi médico habla le entiendo perfectamente lo que dice.						
6.- Mi médico me saluda cuando llego al consultorio.						
7.- Me parece que mi médico es afectuoso.						
8 - Mi médico me ha dicho que soy una paciente que cumple con lo indicado _____						
9.- Puedo contar con mi médico.						
10 - Mi médico me hace preguntas que me invitan a hablar de mi embarazo						
11.- Mi médico se preocupa por mi.						
12.- Mi médico me hace saber que ha comprendido lo que le comento.						
13 - Mi médico ha descrito con exactitud mis sintomas _____						
14.- Mi médico me da las gracias cuando le agradezco por su trabajo.						
15.- El médico me felicita por seguir sus indicaciones.						
16.- Mi médico toma en cuenta mis comentarios sobre mis cuidados.						
17.- Mi médico cumple lo que dice.						
18.- Mi médico le da muchas vueltas para darme alguna información.						
19 - Mi médico, cuando hablamos, suele salirse del tema que tratamos _____						
20 - Mi médico expresa satisfacción cuando cumplo con sus indicaciones						
21.- Mi médico me hace sentir segura cuando mi embarazo va bien.						

CONTINUA EN LA SIGUIENTE HOJA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

ELEMENTOS FACTORIALES DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD

FACTORES	REACTIVOS
ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN (ASERTIVIDAD)	1- Contacto visual 3- Tiempo necesario para hablar de salud 5- Entiendo lo que dice 6- Saludo inicial 7- Médico afectuoso 11- Médico se preocupa por ella 12- Retroalimentación-información ella 13- Médico describe exactitud síntomas 14- Da gracias cuando alabo trabajo 16- Toma en cuenta comentarios del cuidado 20- Expresa satisfacción por adherencia 21- Me hace sentir segura
ADHERENCIA (OTORGAR REFORZAMIENTO)	8- Retroalimentación-adherencia 15- Da felicitación por adherencia 18- Da muchas vueltas para información
TEMA DISCUTIDO	19- Suele salirse del tema tratado
CONFIANZA	9- Puede contar con el médico 17- Cumple lo que dice
REGAÑO (AGRESIVIDAD)	2- Habla serio 4- Médico regaña 10- Preguntas abiertas del embarazo

Total: 71.709%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES-IZTACALA
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL SERVICIO RECIBIDO

El presente cuestionario es parte de una investigación encaminada a mejorar el servicio que recibe.
Le pedimos contestar este cuestionario con la mayor sinceridad posible y recuerde que se respetará la privacia de sus
¿Qué tipo de transporte utilizó para llegar a este
Tiempo estimado de su lugar de residencia al Hospital _____

INSTRUCCIONES: Tache la casilla que corresponda a su experiencia personal en relación con el servicio recibido.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No sé	Desa cuerd	Muy en desacue
1.- Considero que el tiempo que el personal médico empleo para mi atención fue suficiente.					
2.- Considero que el pago por los servicios médicos que recibí fue el adecuado					
3.- Considero que el personal en general que me atendió mostró una actitud respetuosa y digna hacia mi persona.					
4.- Considero que el espacio de esta área es el adecuado.					
5.- Considero que la temperatura de ésta área es la adecuada.					
6.- Considero que la distribución de los servicios en este hospital facilita su localización.					
7.- El personal en general asignado a esta área me pareció suficiente.					
8.- Considero que el personal en general que me atendió está capacitado para realizar las actividades que desempeña.					
9.- En general, la atención prestada por este hospital fue tan buena como lo esperaba.					
10.- De acuerdo con mi experiencia considero que la atención que recibí fue de buena calidad.					
11.- En caso de volver a requerir un servicio médico, haría uso de este hospital.					
12.- El personal que me atendió me inspiró confianza.					
13.- Considero que las condiciones de higiene y limpieza en los lugares de atención médica hacen imposible cualquier infección.					
14.- Considero que el personal de enfermería que me atendió fue amable. _____					
15.- Considero que el personal médico mostró interés por mi estado de salud.					
16.- El médico me proporcionó ayuda y orientación para resolver mis problemas personales.					
17.- Siento que el médico supo percibir mis necesidades.					
18.- Creo que el médico que me atendió fue capaz de observar en mi algunos problemas personales que me afectaban.					
19.- Considero que el tiempo y el dinero empleado por mi o mis familiares valen bien los resultados que estoy obteniendo en mi salud.					
21.- Considero que este hospital cuenta con todos los recursos humanos y materiales para atender cualquiera de mis malestares.					
22.- Me parece que el tiempo de espera para ser atendido no fue muy largo.					
23.- Considero que el costo de la atención y la hospitalización son caros.					
24.- Creo que exigen muchos trámites para ser atendido.					
25.- El médico me indicó de manera clara y concreta como cooperar en mi tratamiento _____					

¿Qué le ha llamado la atención del servicio que le haga sentirse bien o mal? _____

_____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

ELEMENTOS FACTORIALES DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

FACTOR	REACTIVO
SATISFACCIÓN GENERAL	1- Tiempo de atención suficiente 2- Pago adecuado del servicio 3- Respeto y dignidad 4- Espacio adecuado 5- Temperatura adecuada 6- Distribución de servicios de fácil localización 7- Personal suficiente 8- Personal capacitado 9- Atención cumple expectativas buenas 10- Atención de buena calidad 11- Regresaría a usar el servicio 12- Personal inspira confianza 14- Personal de enfermería amable 15- Personal médico interés-salud 19- Tiempo y dinero valen la pena 25- Indicó médico como cooperar en tratamiento
ACTITUD PROSOCIAL (ATENCIÓN A PROBLEMAS PSICOSOCIALES)	16- Proporciona ayuda a problemas personales 17- Médico percibe necesidades 18- Médico observó problemas personales 23- Costo caro
INSTALACIÓN	13- Higiene y limpieza sin infección 21- Hospital bien equipado y humano 24- Burocracia
TIEMPO DE ESPERA	22- Tiempo de espera largo

Total: 72.351%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES-IZTACALA
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTRUMENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES ASERTIVAS DE LOS MÉDICOS

El presente cuestionario busca recabar información sobre la relación médico-paciente que nos permita sugerir caminos para proporcionarle un mejor servicio.

Le rogamos su cooperación contestando con la mayor sinceridad posible.
Recuerde que se respetará la privacia de sus respuestas.

Edad:_____ Ocupación:_____ Estado civil:_____ Nivel máximo de estudios:_____
Meses de embarazo:_____ Número de partos anteriores:_____
Ha utilizado alguno de estos servicios: IMSS ISSSTE PRIVADO OTRO(especifique):_____
Número aproximado de consultas en este hospital:_____ Nombre del médico que la trata: _____
Fecha de aplicación:_____

INSTRUCCIONES: Tache la casilla que corresponda a su experiencia personal en relación con el servicio recibido.

	Siempre	Muy a menudo	A veces	Rara vez	Nunca	
1.- Mi médico me mira a los ojos cuando hablo con él._____						
2.- Cuando mi médico habla mueve su cuerpo de manera inquieta.						
3.- Cuando mi médico habla es muy serio.						
4.- Mi médico mueve repetidamente la cabeza cuando habla.						
5.- Cuando mi médico platica conmigo acompaña lo que dice con las manos.						
6.- Mi médico me da el tiempo necesario para hablar de mi salud.						
7.- Mi médico habla excesivamente._____						
8.- Mi médico habla como si regañara						
9.- Cuando mi médico habla se traba.						
10.- Cuando mi médico habla le entiendo perfectamente lo que dice.						
11.- Mi médico me saluda cuando llego al consultorio.						
12.- Mi médico me dijo su nombre en la primera consulta que tuve con él.						
13.- Me parece que mi médico es afectuoso.						
14.- Mi médico me ha dicho que soy una paciente que cumple con lo indicado._____						
15.- Puedo contar con mi médico.						
16.- Me siento agredida cuando mi médico me pide cambiar mis hábitos, por mi propio bien						
17.- Mi médico me hace preguntas en donde sólo contesto "sí" o "no".						
18.- Mi médico me hace preguntas que me invitan a hablar de mi embarazo						
19.- Mi médico se preocupa por mi.						
20.- Mi médico me hace saber que ha comprendido lo que le comento.						
21.- Mi médico ha descrito con exactitud mis síntomas._____						
22.- Mi médico me da las gracias cuando le agradezco por su trabajo.						
23.- El médico me felicita por seguir sus indicaciones.						
24.- Mi médico toma en cuenta mis comentarios sobre mis cuidados.						
25.- Mi médico me dijo que debo cambiar mis costumbres.						
26.- Mi médico cumple lo que dice						
27.- Mi médico le da muchas vueltas para darme alguna información.						
28.- Mi médico, cuando hablamos, suele salirse del tema que tratamos _____						
29.- Mi médico expresa satisfacción cuando cumplo con sus indicaciones.						
30.Mi médico me hace sentir segura cuando mi embarazo va bien.						

CONTINUA EN LA SIGUIENTE HOJA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

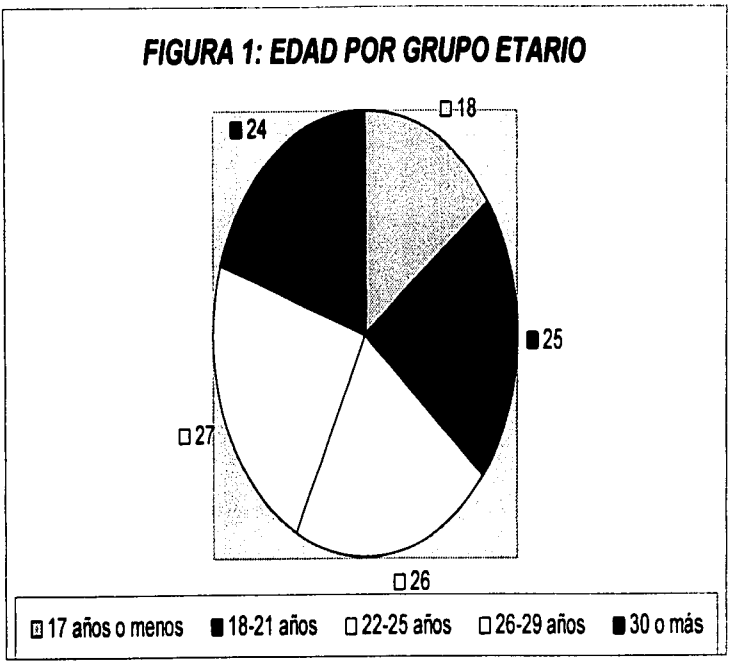
ANEXO 3

	NOMBRE DEL FACTOR	REACTIVO
FACTOR 1	HABILIDADES DE EMPATÍA	6, 7, 8, 14, 15, 20, 21.
FACTOR 2	HABILIDADES DE BUSQUEDA DE ACUERDOS	24, 26.
FACTOR 3	HABILIDADES DE PETICIÓN DE CAMBIO	16, 25.
FACTOR 4	HABILIDADES DE EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	13, 19, 22.
FACTOR 5	HABILIDADES PARA EXPLICAR Y RETROALIMENTAR	27, 28, 30.
FACTOR 6	HABILIDADES PARA INDAGAR INFORMACIÓN	17, 18.
FACTOR 7	HABILIDADES BÁSICAS	1, 2, 3, 4, 5, 9, 10.
FACTOR 8	HABILIDADES DE SALUDO	11, 12.
FACTOR 9	HABILIDADES PARA OTORGAR REFORZAMIENTO	23, 29.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURAS Y TABLAS

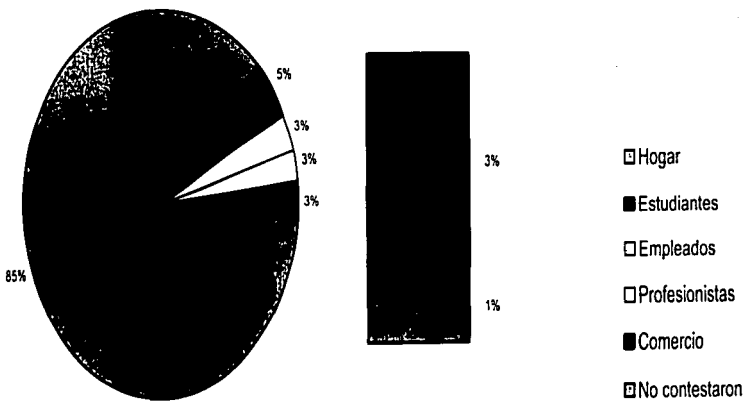
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

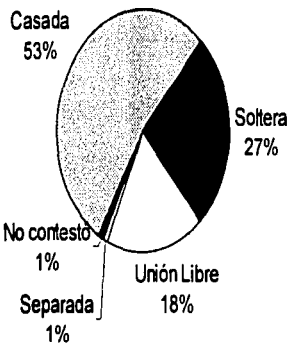
FIGURA 2: OCUPACIÓN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

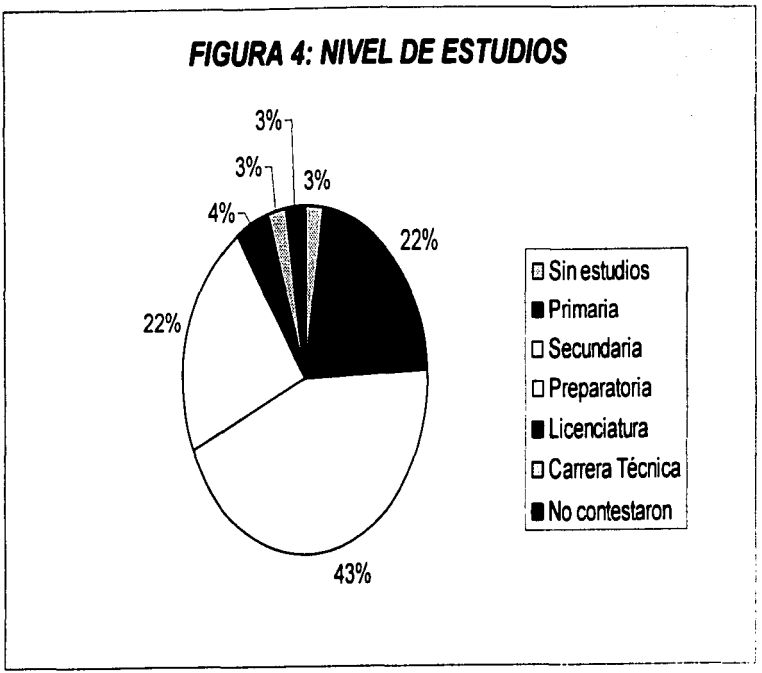
Fuente: Hospital General Maximialno Ruiz Castañeda (2003)

FIGURA 3: ESTADO CIVIL



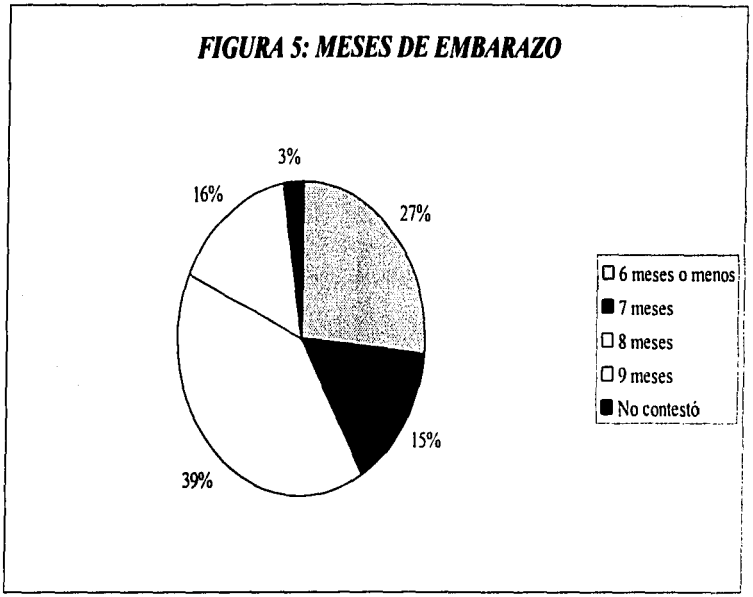
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)



Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

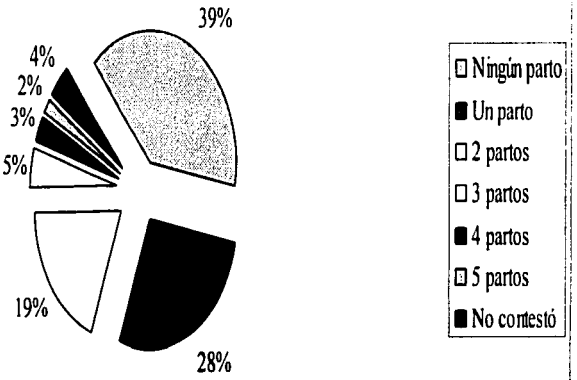
FALLA DE ORIGEN



FALLA DE ORIGEN

Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

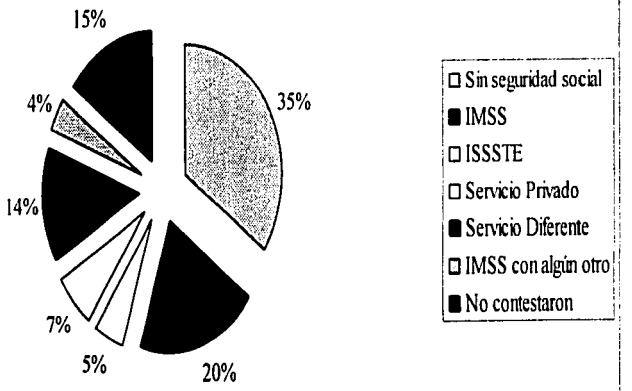
FIGURA 6: PARTOS ANTERIORES



FALLA DE ORIGEN

Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

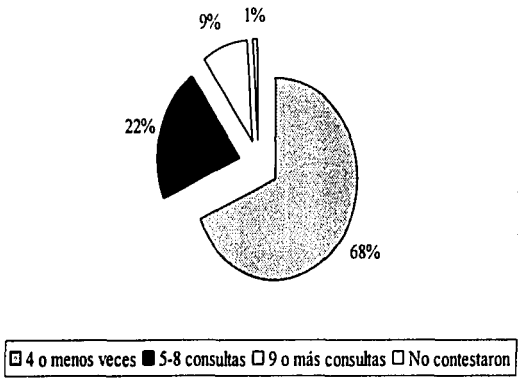
FIGURA 7: SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

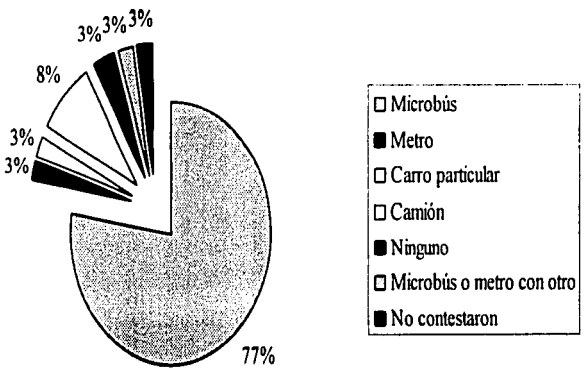
FIGURA 8: CONSULTAS RECIBIDAS



Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

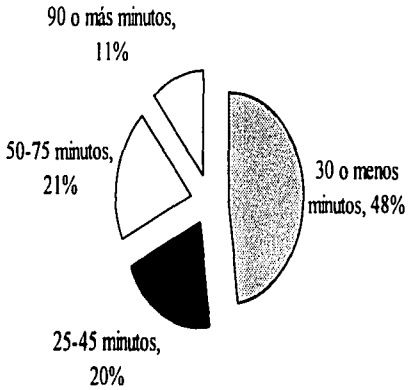
FIGURA 9: TIPO DE TRANSPORTE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

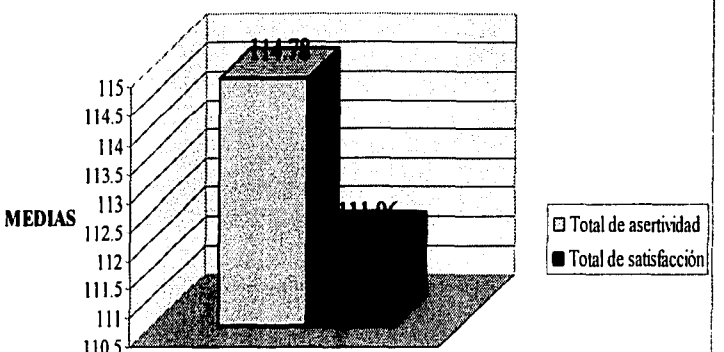
FIGURA 10: TIEMPO DE TRASLADO



Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 11: MEDIAS DE LOS TOTALES POR INSTRUMENTO



Fuente: Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda (2003)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1: MEDIAS Y DATOS MÁS FRECUENTES POR DÍA DE LA SEMANA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Edad del paciente	26.5	20.5	25.67	22.63	25.5
Ocupación	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar
Estado civil	Casada	Unión libre	Casada	Casada	Casada
Nivel de estudios	*Primaria* y secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria
Meses de embarazo	7	6.91	6.96	7.08	7.79
Número de partos anteriores	1.52	0.65	1.25	0.92	0.96
Tipo de seguridad social	IMSS y otro diferente	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Número de consultas anteriores	4.33	3.39	4.67	3	4.04
Tipo de transporte usado	Microbús	Microbús	Microbús	Microbús	Microbús
Tiempo de transporte	44.55	39.78	57.17	47.91	41.46

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2: MEDIAS, MEDIANAS Y MODAS DE LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE ASERTIVIDAD

	MEDIA	MEDIANA	MODA
Contacto visual	3.98	5	5
Movimiento inquieto	4.36	5	5
Habla serio	2.64	3	1
Mover repetidamente la cabeza	3.65	4	5
Congruencia manerismo	2.82	3	1
Tiempo necesario para hablar de salud	4.61	5	5
Habla excesivamente	3.74	4	5
Regaña	4.5	5	5
Traba lenguaje	4.17	5	5
Entiende lo que dice	4.76	5	5
Saludo inicial	4.65	5	5
Presentación nombre	3.69	5	5
Médico afectuoso	4.25	5	5
Retroalimentación-adherencia	3.36	4	5
Puede contar con el médico	4.6	5	5
Se siente agredida a las recomendaciones	4	5	5
Hace preguntas cerradas	3.32	4	5
Preguntas abiertas del embarazo	4.28	5	5
Médico se preocupa por ella	4.64	5	5
Retroalimentación-información ella	4.6	5	5
Médico describe con exactitud los síntomas	4.64	5	5
Da gracias al alabo de su trabajo	4.45	5	5
Da felicitaciones por adherencia	4.16	5	5
Toma en cuenta comentarios sobre el servicio	4.38	5	5
Me dijo que debo cuidar mis hábitos	2.37	1	1
Cumple lo que dice	4.02	5	5
Da muchas vueltas para dar alguna información	4.61	5	5
Suele salirse del tema tratado	4.54	5	5
Expresa satisfacción por adherencia	4.14	5	5
Me hace sentir segura	4.74	5	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3: MEDIAS, MEDIANAS Y MODAS DE LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

	MEDIA	MEDIANA	MODA
Me pregutnaron sobre la historia clínica	3.99	5	5
Enfermería dio su nombre	2.92	3	3
Información sobre quejas y sugerencias	2.93	3	2
Tiempo de traslado	4.43	5	5
Tiempo de atención suficiente	4.44	5	5
Pago adecuado por el servicio	3.94	4	5
Respeto y dignidad	4.42	5	5
Espacio adecuado	4.42	5	5
Temperatura adecuada	4.23	5	5
Información de localización de servicios	3.05	3	5
Distribución de servicios de fácil localización	4.17	4	5
Personal suficiente	4.2	4	5
Personal capacitado	4.35	5	5
Atención cumple expectativas buenas	4.42	5	5
Atención de buena calidad	4.37	5	5
Regresaría a usar el servicio	4.5	5	5
Personal inspira confianza	4.5	5	5
Higiene y limpieza sin infección	3.9	4	5
Tratamiento menos molesto o doloroso	2.62	2	2
Personal de enfermería amable	4.46	5	5
Personal médico con interes en la salud	4.53	5	5
Me proporcionó ayuda a problemas personales	3.75	4	5
Médico percibe necesidades	4.11	5	5
Médico observó problemas personales	3.64	4	5
Tiempo y dinero valen bien la pena	4.23	5	5
Hospital bien equipado y humano	4	4	5
Tiempo de espera largo	3.46	4	5
Costo caro	2.81	3	2
Burocracia	3.18	3	4
Indica médico como cooperar en el tratamiento	4.31	5	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4: FRECUENCIA DE LOS ELEMENTOS DE JUICIO

ELEMENTOS DE JUICIO	*FRECUENCIAS*
Se sienten bien con el trato	37
Aspectos generales de la buena atención	21
Nada	12
Mal trato del personal	11
Amabilidad	9
Mucho tiempo de espera	6
Buena explicación	6
Falta de información	6
Satisfacción por el servicio	5
Confianza	5
Respeto	4
Interés	4
Costo elevado	3
Falta de higiene en sanitarios	3
Incumplimiento del personal	3
Seguridad con el trato	2
Cercanía	1
Hospitalización	1
Doctores principiantes no detectan necesidades	1
Ayudan a las personas que más lo necesitan	1
Falta de asientos en la sala de espera	1

FALLA DE ORIGEN