

31261



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS:  
UN MÉTODO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES  
PERCIBIDAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN INVESTIGACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD

P R E S E N T A:

LA PSICÓLOGA

**ESTELA PÉREZ VARGAS**

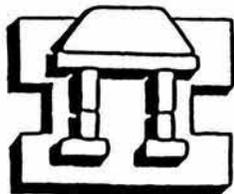
DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

REVISORES DE TESIS:

Dr. Mario Cárdenas Trigos

M. en I.S.S. Rosa Isabel Ezquivel Hernández



Marzo 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de tesis, la M. en I. S. S. ANA LUISA MONICA GONZALEZ-CELIS RANGEL, por su importante apoyo y calidad humana.

Al Dr. Mario Cárdenas Trigos, la M. en I.S.S. Rosa Ezquivel Hernández, el M. en I.S.S. Héctor Eduardo González Díaz y al Dr. Edgardo Ruiz Carrillo, por su confianza y apoyo en la revisión de mi trabajo de tesis.

A la Secretaría de Salud del .D.F. y al Hospital General la Villa, la oportunidad que me brindaron de realizar los diversos estudios piloto que dieron como resultado este trabajo de tesis.

A los familiares de los pacientes del servicio de Consulta Externa del Hospital General la Villa por su generosidad al facilitarme su tiempo y disposición, que fue imprescindible para llevar a buen término este trabajo.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por acogerme y regalarme la invaluable oportunidad de formarme profesionalmente.

A mis profesores, cuya experiencia fue fundamental para impulsar la formación profesional en el campo de la Investigación de Servicios de Salud.

Al Mtro. Samuel Bautista Peña por su colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Al Psic. Javier Velásquez Barranco por su valiosa ayuda.

A mi Hija Aletse Biuri por su cariño, su comprensión, su gran carácter y ejemplo de superación.

A mis hermanos Con, May, Francisco, Víctor y Juan, y a toda mi familia, por su amor incondicional y su fortaleza, los que han partido y los que aún me acompañan.

A mi joven madre ausente, por su compañía eterna.

A mi padre por su fuerza para vivir.

*La ayuda puede no ser visible pero es imprescindible;  
ocurre y nos modela incluso más allá de la intención de sus autores.  
Somos su producto,  
que no requiere del recuerdo o el reconocimiento,  
Y sin embargo, sin ella, no estaríamos aquí.  
Agradezco a los que aún están  
y a los que estuvieron,  
por los momentos que cada uno me ha regalado*

CONTENIDO	pág
Agradecimientos	ii
Figuras	vii
Resumen	1
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
1.1. Pregunta de investigación	4
1.2. Justificación	4
<b>2. MARCO TEORICO</b>	
<b>2.1 <u>DIABETES MELLITUS</u></b>	<b>8</b>
<b>2.2 <u>INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD</u></b>	
2.2.1. <b>Definición y objetivos</b>	<b>13</b>
2.2.2. <b>Áreas prioritarias de investigación en salud</b>	<b>14</b>
2.2.3. <b>Promoción y protección de la salud</b>	<b>16</b>
2.2.4. <b>Accesibilidad a los servicios de salud</b>	<b>18</b>
2.2.4.1. Barreras en la utilización de servicios de salud	19
2.2.4.2. Accesibilidad de los servicios preventivos de salud	25
2.2.5. <b>Necesidades de servicios de salud</b>	<b>28</b>
2.2.5.1. Definición de necesidades de salud.	32
2.2.5.2. ¿Quién debe identificar las necesidades de salud?	34
2.2.5.3. La identificación de una necesidad de salud preventiva.	37
2.2.5.4. Determinantes psicosociales de la identificación de necesidades y del deseo de atención.	39
<b>2.3 <u>LA PLANEACION EN SALUD: UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA</u></b>	
2.3.1. <b>La cultura y conductas relacionadas con la salud</b>	<b>40</b>
2.3.1.1. Cultura y creencias de salud	42
2.3.1.2. Factores culturales que influyen en las creencias de salud	43
2.3.2. <b>Un modelo psicológico de la salud</b>	<b>46</b>
2.3.3. <b>Una orientación psicológica de la planeación de servicios de salud</b>	<b>49</b>
2.3.3.1. Las actitudes en la planeación de servicios de salud	50
a) Necesidades y preferencias de usuarios en la planeación	
b) Otros factores que afectan las actitudes hacia los servicios	
2.3.4. <b>Psicología de la salud</b>	<b>57</b>
2.3.4.1. Psicología de la salud y el sistema de servicios de salud	58
a) Teorías de la conducta de salud y atención a la salud	
b) Conductas de salud	
2.3.4.2. Factores que afectan la conducta de salud	64
a) Factores cognitivos de la salud, la enfermedad y la conducta preventiva en salud	

<b>2.4. CONDUCTA PREVENTIVA EN SALUD</b>	
2.4.1. <b>Modelo de creencias de salud</b>	67
2.4.2. <b>El modelo de creencias de salud en el estudio de la conducta preventiva</b>	73
2.4.3. <b>Variables del Modelo de Creencias de Salud para la conducta preventiva</b>	76
2.4.4. <b>La autopercepción de salud y enfermedad</b>	100
2.4.4.1. La autopercepción de riesgo y el fenómeno de optimismo	100
2.4.4.2. La autopercepción de riesgo como inductora de toma de decisiones en salud	119
2.4.4.3. La autopercepción de riesgo como indicador de necesidades percibidas de prevención en la diabetes mellitus	133
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>138</b>
<b>4. METODOLOGÍA PROPUESTA</b>	<b>138</b>
4.1. Tipo de estudio	
4.2. Definición del universo de estudio	
4.3. Criterios de selección de unidades de observación	
4.4. Diseño de la muestra	
4.5. Grupo control	
4.6. Variables del modelo conceptual propuesto	139
4.6.1. Definición conceptual de variables	
4.6.2. Plan para cruce de variables	
4.6.3. Definición operacional	
4.7. Instrumento propuesto para la recolección de información	144
4.8. Procedimiento para la recolección de información.	145
4.9. Procedimiento de análisis	145
4.10 Organización de la investigación.	146
4.11 Riesgo de la Investigación	146
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>147</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>149</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>156</b>

**Cuadro de variables**

**Libro de códigos**

**Cédula de encuesta**

<b>FIGURAS</b>	<b>pág.</b>
1. Perspectivas usuario-proveedor de servicios sobre la interacción clínica (Snyder, 1989).	22
2. Versión modificada de los dominios de la accesibilidad de Frenk (1985).	27
3. Modelo del proceso de atención médica (Donabedian, 1988)	37
4. Modelo de Creencias de Salud (Becker y Maiman, 1975)	69
5. Efectos del desajuste de perspectivas del usuario y el proveedor de servicios	134
6. Plan para cruce de variables	143

## RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) es un padecimiento crónico degenerativo, costoso y creciente, considerado problema de salud pública en el mundo. En México ocupa el primer lugar como causa de muerte, sin embargo es potencialmente prevenible mediante cambios en el estilo de vida y la adopción de conductas de detección, por lo que reorientar los servicios de salud hacia un enfoque preventivo debe ser una de las principales estrategias en la lucha contra este padecimiento. El incremento de la población diabética, diagnosticada y no diagnosticada (30-40%) sugiere un desajuste entre factores poblacionales y los programas preventivos de salud, que limita su accesibilidad.

El estudio de las necesidades sentidas de tipo preventivo forma parte de la evaluación de la calidad de los servicios, ya que éstas pueden promover u obstaculizar el proceso de búsqueda de atención; la ausencia de síntomas o señales tangibles del padecimiento afecta la percepción de dichas necesidades y da lugar a que, factores básicamente subjetivos determinen la búsqueda y continuidad de estrategias de atención preventiva, de ahí que para su estudio se requiera un modelo psicológico que integre las variables relacionadas al riesgo percibido de enfermar.

El modelo de creencias de salud permite conocer las creencias y factores relacionados con la autopercepción de riesgo además de ayudar a predecir la conducta de salud, entendida como detección, promoción y utilización de servicios preventivos, por lo que en este trabajo se propone como modelo conceptual para el estudio de las necesidades percibidas de atención preventiva de la DM en personas no diagnosticadas, a partir del cual se construyó un instrumento de medición, incorporándose también una metodología de estudio.

El propósito de este trabajo es coadyuvar a la planeación de servicios dirigidos a la prevención de la DM, mediante el empleo de una estrategia de detección de necesidades sentidas que destaca la importancia de las variables subjetivas, campo de estudio de la psicología, así como la conveniencia de emplear un enfoque multidisciplinario en la investigación de servicios de salud.

## 1. INTRODUCCION

El bajo uso de servicios de detección de los niveles de glucosa en sangre, que ha mostrado ser casi del 50% menor para la diabetes mellitus (DM) que para otros padecimientos, el alto porcentaje de diabéticos no diagnosticados, que es del 30-40% (Tapia-Conyer, 1994) y que según el Plan Nacional de Salud (2001-2006), de 4.8 millones de personas diabéticas en el país, sólo el 29% ha sido diagnosticado, así como la incidencia creciente de DM, nos llevan a proponer como núcleo del problema de investigación la conducta preventiva dirigida a la diabetes mellitus en personas no diagnosticadas: tanto las conductas de detección como las de promoción para la salud. No se cuenta con datos nacionales sobre la detección de la DM, a excepción de las bajas cifras reportadas por la Secretaría de Salud, que pueden estar influenciadas por factores diversos como los recursos asignados al programa o la falta de utilización de la población, que tiene que ver con la cultura de uso preventivo de los servicios de salud (Tapia-Conyer, 1994).

Si bien los programas de educación para la salud deben orientarse a los grupos con factores predisponentes y de riesgo, en la práctica se aborda a los grupos de población cautiva así como a quienes de modo propio se seleccionan como usuarios de sus servicios, atendiendo a la población demandante y excluyendo a la no demandante, sin mayor criterio que su conducta de búsqueda de atención. Sin embargo, la utilización de servicios no es un buen indicador de necesidades de atención preventiva, ya que los determinantes de la utilización de este tipo de servicios son de mayor complejidad que la mera necesidad objetiva, pudiendo ser explicada de manera muy importante por factores de índole psicosocial, como son las creencias de salud. Omitir los factores que se sabe funcionan como barreras para la búsqueda y utilización de servicios de salud, entre ellos las creencias de salud, ocasiona una falta de ajuste entre las perspectivas del usuario y el proveedor de servicios, es decir un problema de accesibilidad de los servicios, especialmente en el caso de servicios preventivos.

Es necesario que los programas de educación para la salud y de atención preventiva tomen en consideración las características culturales y conductuales de la población a la cual se dirigen. Para esto se requiere conocer los aspectos cognitivos que pueden estar participando en la identificación personal de necesidades de atención y en la presentación de conductas preventivas y de riesgo hacia la DM, ya que el aumento en la prevalencia del padecimiento nos indica la presencia de problemas en el vínculo entre los programas de salud y la respuesta de la población.

Se han estudiado diversos factores actitudinales relacionados con la conducta preventiva para: el SIDA, la detección de cáncer cérvicouterino y de mama, el control de la natalidad y padecimientos cardiacos; sin embargo no se ha

estudiado su influencia en la conducta preventiva dirigida a la diabetes mellitus. Existen reportes de investigación relativos a la diabetes, pero estos se interesan por diversos aspectos de la atención a individuos ya diagnosticados como diabéticos.

Se ha observado que las personas con riesgos hacia diversos padecimientos pueden tener percepciones de riesgo altas o bajas, que a su vez pueden ser correctas o incorrectas, siendo más frecuentes estas últimas, en cuyo caso se dice que la autopercepción de riesgo tiene una tendencia optimista o pesimista, optimista cuando subvaloran el riesgo objetivo de enfermar y pesimista si lo sobrevaloran. Para el caso del riesgo de enfermar de diabetes mellitus, se desconoce si la población adulta tiene una percepción alta o baja y si ésta es errónea o realista, aunque es factible que, al igual que en otros padecimientos, el juicio del riesgo personal tienda a ser bajo y además erróneo.

Por otro lado se ha encontrado que una percepción alta de riesgo se relaciona con un aumento en la conducta preventiva, por lo que también en el caso de la diabetes mellitus se esperaría que una autopercepción alta, fuese correcta o incorrecta, tuviera una probabilidad mayor de realizar conductas preventivas y que ocurriera lo contrario ante una autopercepción baja de riesgo. Si este fuese el caso, quedaría aún por probarse si el cambio hacia una autopercepción más correcta promueve cambios en la conducta preventiva y cuál es la tendencia de los mismos.

Particularmente en el caso de la DM tipo 2, es importante conocer las características del riesgo autopercebido en personas sanas: si se estima como alto o bajo, si la estimación es realista o errónea, así como la relación que guarda con factores objetivos de riesgo, con variables sociodemográficas y sociopsicológicas, la importancia atribuida al aspecto heredo-familiar como factor causal, entre otras, pero particularmente su relación con la conducta preventiva. Conocer los aspectos cognitivos de la conducta preventiva en salud es indispensable pues sin ellos la promoción, detección y educación para la salud se realizan de modo un tanto desvinculado de los aspectos culturales y psicológicos de la población, por lo que es importante que la investigación de servicios de salud dirija su interés hacia los determinantes psicosociales de la identificación de necesidades de salud, del deseo y la búsqueda de atención preventiva, como una manera de fundamentar la planeación de servicios de salud centrados en la población, que logrará incrementar la utilización de servicios preventivos de salud y la conducta preventiva.

Por lo anterior, considero necesario que se identifiquen algunos de los determinantes psicosociales de la conducta preventiva hacia la DM propuestos por el Modelo de Creencias de salud, como:

- a) Cómo perciben los individuos "sanos", pero con diferentes factores de riesgo, su riesgo de desarrollar DM.
- b) Los factores que puedan estar asociados con los distintos niveles de percepción de riesgo, como son la edad, género, experiencias con la enfermedad, entre otras.
- c) Los conocimientos y representaciones sobre la enfermedad y sobre los factores de riesgo, así como su relación con la autopercepción de riesgo y las conductas de salud.
- d) La relación entre autopercepción de riesgo y la ocurrencia de conductas de autocuidado y de riesgo.

Por lo anterior el objetivo de este trabajo de tesis es presentar un estudio propositivo del riesgo percibido de enfermar de diabetes mellitus en personas no diagnosticadas como diabéticas, para lo cual se propone el modelo de creencias de salud como marco conceptual, un instrumento de recolección de datos que fue diseñado a partir del modelo y corregido en base a un proceso de piloteo, así como una metodología específica para la realización del estudio sugerido.

El estudio de la conducta preventiva es parte importante de los programas de educación y promoción para la salud contemplados en el Plan Nacional de Salud, por lo que considero pertinente el estudio propuesto y factible la aplicación de resultados obtenidos a los programas de educación y promoción para la salud, en el consultorio, en los medios masivos de comunicación, en los clubes de diabéticos, aunque todo ello requiere un cuidadoso proceso educativo en el personal encargado.

## **1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la autopercepción del riesgo de desarrollar la diabetes mellitus en los familiares sin diagnóstico de DM, de pacientes que acuden a consulta externa de servicios de salud de segundo nivel para población abierta.

## **1.2. JUSTIFICACION.**

Las enfermedades crónico-degenerativas han pasado a ocupar recientemente un lugar cada vez más representativo en el perfil de salud de los países en desarrollo, entre éstas la DM es considerada como un problema de salud pública,

no sólo en México sino en el ámbito mundial. Actualmente sufren de diabetes mellitus en el mundo de 120 a 140 millones de personas y se prevé que este número se duplicará para el 2025. Este incremento ocurrirá en ciudades desarrolladas y estará asociado con el envejecimiento de la población, dietas inadecuadas, obesidad y estilo de vida sedentario (OMS, 1999). Tapia-Conyer (1994) considera que la transición de los riesgos, concepto vinculado al de transición epidemiológica, explica el perfil de salud de una población; el estilo de vida es un riesgo que acelera la transición hacia enfermedades crónicas, sin que hayan desaparecido las infecciosas. Satisfacer una demanda de necesidades "de enfermedad" habla de un país que no ha creado conciencia de la importancia de la prevención.

En México, este padecimiento ha pasado del décimo lugar en las principales causas de defunción en 1979, al cuarto lugar en 1990, al tercero en 1999 y al primer lugar en el 2001 (CONAPO, 2002). En el grupo de 45 a 64 años es la segunda causa de muerte, al igual que en mujeres mayores de 65 años. La tasa de mortalidad por diabetes en el período 1980-90 fue de 21.1 por 100,000 habitantes, y de 31.8 para 1990. Con respecto a las tasas de mortalidad por edad para 1990, a partir de los 35 años empiezan a incrementar, siendo las más altas de 169.6 y 483.4 para los grupos de 55 a 64 años y de 65 y más, respectivamente. (Avandamet, 2003). Con relación a su distribución por sexo, se observa que en el período 1980-90 las defunciones predominan ligeramente en el sexo femenino, a razón de 1.28 mujeres por cada hombre. En cuanto a las defunciones por entidad federativa, durante 1990 se encontró que 14 entidades superaron la tasa nacional, apareciendo en orden decreciente el Distrito Federal (54.6), Coahuila (46.5), Chihuahua (45.9), Tamaulipas (41.8), Baja California Norte (37.8), Jalisco (35.9), Durango (35.2), etcétera (SeSa, 1993). Para 1999, los días estancia por DM en hospitales del Distrito Federal fueron 10,072, semejantes a los días estancia por enfermedades infecciosas intestinales y enfermedades del apéndice (INEGI, 2000).

En 1990 la edad promedio de muerte del diabético para la República Mexicana fue de 66.1 años en la muerte tardía y de 56.4 en la muerte temprana. Se estima que se pierden 183,280 años de vida sin contar con las incapacidades que se producen durante la enfermedad (SeSa, 1993), además ser la 2ª. causa de pérdida de años de vida saludable actualmente (PNS, 2001).

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo hay aproximadamente 135 millones de personas con diabetes. Particularmente la DM tipo 2 es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo y la causante del alto e incrementado riesgo cardiovascular de la población. En México, la prevalencia de la diabetes se ha incrementado en las últimas décadas afectando actualmente al 8% de la población mayor de 20 años; el Centro Nacional de Enfermedades Crónicas reportó en 1993 una prevalencia del 8.9%,

que se triplicó en 10 años, pues en personas entre 50-60 años fue del 28% y de 33% entre los de 60-70 años (Avandamet, 2003).

Alrededor de 30 a 40% y hasta un 70% de las personas que la padecen no se saben diabéticas porque no han acudido con algún médico ni se han realizado estudios de glucosa en sangre, incluso los pacientes antes de ser diagnosticados desconocen que sus síntomas se relacionan con la diabetes (Lerman, 1998), lo cual impide que acudan a los servicios de salud en busca de tratamiento y por otro lado, los programas y campañas preventivas no producen la adherencia a las recomendaciones preventivas, lo cual se infiere de las cifras de servicios de detección de enfermedades otorgados por la Secretaría de Salud durante el 2000, que fueron bajas para la DM (4,770,881) en comparación con la detección de hipertensión arterial (8,162,033), además se observa una gran disparidad de los servicios recibidos por género, ya que en los hombres fueron aproximadamente del 30% y en mujeres del 70% (SISPA, 2000). Aspectos muy preocupantes en relación a la diabetes no diagnosticada, es el de la hiperglicemia asintomática y la prediabetes; en la primera el enfermo desarrolla complicaciones microvasculares sin enterarse: 20% tienen retinopatía, que ocurre entre 9 y 12 años de que se haga el diagnóstico clínico de la enfermedad, un 5 a 10% tienen neuropatía o nefropatía inicial, así como un mayor riesgo cardiovascular independiente de factores de riesgo clásicos, y en general tienen un riesgo alto de mortalidad (Eastman, Cowie y Harris, 1997). En la prediabetes, se presentan niveles de azúcar en sangre más altos de lo normal, por lo que se considera de alto riesgo para la DM (WHO, 1999).

Las perspectivas de la DM podrían ser más preocupantes debido a factores como: subregistro en las tasas de mortalidad, ya que los fallecimientos por sus complicaciones no se consignan como DM en los certificados de defunción; aumento en la esperanza de vida de la población; cambios en los estilos de vida (obesidad, sedentarismo, calidad y cantidad de alimentos, estrés, etc.), entre otros fenómenos sociales, por lo que se puede afirmar que este padecimiento va en aumento.

Este breve panorama sobre la DM nos habla de su gravedad una vez que se ha desarrollado en los individuos; situación ante la que la única respuesta preventiva posible es la limitación del daño ya existente, sin embargo, la identificación de aspectos como son: el riesgo autopercibido en individuos con el factor predisponente de la herencia o con conductas de riesgo; los factores asociados a su autopercepción así como la relación entre ésta y la presentación de conductas preventivas hacia la enfermedad y sus complicaciones, permitiría identificar los elementos cognitivos cuya manipulación a través de actividades de educación para la salud se traduciría en conductas preventivas. La conducta preventiva más recomendada parece simple, ya que consiste en que la población mayor de 20 años se realice una medición de glucosa en sangre al menos una vez al año (PNS, 2001), lo cual no ocurre.

Estudios como el que se propone representan un apoyo multidisciplinario para el programa de prevención y control de la diabetes mellitus de la Secretaría de Salud (1993) que plantea como algunos de sus objetivos "reorientar los servicios de salud y al personal del equipo de salud en el enfoque preventivo de la diabetes y de sus factores de riesgo" y "promover la participación del sector educativo con el propósito de integrar currículas educativas sobre los factores de riesgo".

Por otro lado, la participación de la población en este tipo de estudios no representa ninguna clase de riesgo o intromisión en sus asuntos privados, además de que durante el desarrollo del mismo podrían instrumentarse estrategias educativas y de atención médica cuando se sospeche la existencia del padecimiento.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa causada por deficiencias heredadas o adquiridas en la producción de insulina por el páncreas, o por la ineffectividad de la insulina producida, que ocasiona incrementos en las concentraciones de glucosa en sangre, la cual a su vez produce el daño de muchos sistemas corporales, especialmente de los nervios y vasos sanguíneos. Sus factores son múltiples y no se conoce su peso específico, pero los he separado en dos tipos sobre la base de un criterio de susceptibilidad al cambio:

- a) **Factores de riesgo**, son aquellos que pueden modificarse a partir de cambios relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, etc.);
- b) **Factores predisponentes**, que no son susceptibles de alterarse pero que pueden constituir el punto de partida para la prevención del padecimiento mediante el empleo de la detección temprana (influencia de la edad, género, herencia, etc.).

En este trabajo ambos tipos de influencia en conjunto han sido denominados convencionalmente **factores de "peligro"**, por considerarlos como focos rojos que avisan de la necesidad de extremar los cuidados en una población, con objeto de impedir la presencia del padecimiento. Como antes se indicó, es difícil calificar de antemano la gravedad de dichos factores de "peligro", ya que en algunas situaciones la ocurrencia de varios de ellos no genera el padecimiento y ocasionalmente un panorama menos severo sí da lugar a su desarrollo.

Hay dos formas básicas de diabetes, la tipo 1, anteriormente conocida como insulino-dependiente, que se desarrolla más frecuentemente en niños y adolescentes. En ésta el páncreas falla en la producción de insulina.

Por otro lado, la DM tipo 2 o no insulino-dependiente se asocia al 90-95% de todos los casos de diabetes en el mundo. Esta forma de diabetes ocurre casi totalmente en adultos y es definida como un estado absoluto o relativo de deficiencia de insulina, o como una incapacidad del organismo para responder a la acción de la insulina producida por el páncreas, que lleva a hiperglucemia y al riesgo de complicaciones vasculares. La causa principal de muerte en las personas con diabetes mellitus tipo 2 es la enfermedad macrovascular (de las arterias coronarias, vasos cerebrales y periféricos). Por su parte, la enfermedad microvascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía) afecta sustancialmente la calidad y la esperanza de vida de los pacientes ya que lleva a complicaciones a

largo plazo como ceguera, falla renal, gangrena y amputación de extremidades, además de que recientes hallazgos han mostrado que los daños a largo plazo pueden iniciarse en la fase prediabética, por lo que las acciones preventivas tempranas pueden retrasar su aparición y limitar su desarrollo (PNS, 2001), entre las que el cambio en la dieta e incremento en la actividad física pueden regresar a la normalidad los niveles de glucosa en sangre.

Aunque la diabetes mellitus es hereditaria y se conocen algunos marcadores genéticos que incrementan el riesgo de desarrollar la tipo 1, dichos marcadores no han sido descritos para la tipo 2, no obstante que esta forma es fuertemente familiar (OMS, 1999). A pesar de su influencia genética, la DM tipo 2 puede considerarse como una enfermedad potencialmente prevenible modificando el estilo de vida occidentalizado relacionado con la obesidad, la actividad física y la dieta. Monterrosa, Stern, Haffner, y Hazuda (1995) hicieron un estudio longitudinal en 947 México-americanos sin diabetes para observar la incidencia de DM tipo 2 a ocho años, encontrando que el 13.2% desarrolló la diabetes, 3.53% en hombres y 7.5% en mujeres, misma que guardó relación con algunos factores del estilo de vida, sugiriendo que en los hombres puede tener relación con la actividad física y el consumo de alcohol, en tanto que en las mujeres la obesidad puede ser el factor clave para reducir el riesgo de desarrollarla, pero que la restricción de azúcar puede ser inefectiva y hasta contraproducente.

El diagnóstico de DM se realiza principalmente a partir de la glucosa plasmática en ayunas, aunque también se emplea la prueba de tolerancia a la glucosa después de 75 g de glucosa oral. Los valores de la glucosa plasmática en ayunas para diagnosticar la DM han sufrido modificaciones, sin embargo en la actualidad la OMS propone que la glucemia es anormal si presenta una concentración plasmática  $\geq 110$  y  $< 126$  mg/dl y que existe diabetes cuando es  $\geq 126$  mg/dl (Ríos y Rull, 1998). Un programa nacional para atención de personas con sobrepeso en Estados Unidos diagnosticó como prediabéticos a quienes tienen glucemias  $\geq 110$  y  $\leq 126$  mg/dl, e intolerantes a la glucosa a quienes, en la prueba de tolerancia a la glucosa, presentan niveles  $\geq 140$  y  $\leq 200$  mg/dl (WHO, 1999).

La OPS, en 1996, hizo la Declaración de Diabetes de las Américas (DOTA), en la que propone identificar a las personas que están actualmente padeciendo DM (diagnosticadas y no diagnosticadas) para que obtengan acceso al nivel actual de atención diabética. Además, se propuso un proyecto piloto de un programa de intervención diabética (CAMDI), a realizarse en las comunidades participantes (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua), cuyos objetivos eran:

- Identificación de la población con diabetes.
- Acceso a atención diabética de alta calidad.

- Implementación de un programa de intervención de un año para el mejoramiento de la calidad de la atención diabética y un programa educacional para el personal médico, para las personas con diabetes y para la población en general.

Este proyecto es una iniciativa para el desarrollo de un programa de diabetes nacional en cada uno de los países participantes, además está vinculado con el proyecto de Vigilancia de Factores de Riesgo del Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS , denominado CARMEN ( conjunto de acciones para la reducción multifactorial de la enfermedades no transmisibles), cuya finalidad es mejorar la salud de las poblaciones en las Américas (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Colombia, Peru y la frontera de México/Estados Unidos), mediante la reducción de los factores de riesgo asociados al cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión, para lo cual propone el desarrollo, implementación y evaluación de políticas públicas, la movilización social, intervenciones comunitarias, vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo para las enfermedades no transmisibles (ENT) y los servicios preventivos de salud.

El proyecto es interesante ya que las ENT comparten varios factores de riesgo que presentan efectos *interactivos*, *adictivos* y *sinérgicos*, así, al prevenir un factor de riesgo, es posible que se contribuya a prevenir varias enfermedades no transmisibles de forma simultánea. La OMS propuso la siguiente clasificación de los factores de riesgo a evaluar y vigilar:

- **En los individuos**
  - *Los factores de riesgo generales*, tales como la edad, el sexo, el nivel educativo y los genes.
  - *Los factores de riesgo conductuales*, tales como el tabaquismo, la dieta inadecuada y el sedentarismo.
  - *Los factores de riesgo intermedios*, tales como la hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial, y la obesidad.
- **En las comunidades** (factores contextuales)
  - *Las condiciones sociales y económicas*, tales como la pobreza, el empleo, y la composición familiar.
  - *El ambiente*, tales como el clima y la contaminación.
  - *La cultura*, tales como las prácticas, las normas y los valores sociales.

- o *La urbanización*, la cual influye en la vivienda y en el acceso a los bienes y servicios.

El programa sugiere la promoción simultánea de comportamientos protectores de salud, a nivel local, provincial, nacional, mediante acciones dirigidas al control de los principales factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, empleando como estrategias:

#### 1. Prevención Integrada.

Esta estrategia se entiende como la necesidad de actuar de forma simultánea sobre diversos factores de riesgo en diferentes niveles y ámbitos, que comprende:

- a. La acción simultánea de prevención y reducción sobre un conjunto de factores de riesgo comunes a varias ENT.
- b. El uso simultáneo de recursos comunitarios y de los servicios de salud.
- c. Los esfuerzos combinados y equilibrados para la atención en salud preventiva y promoción de la salud general, promoción de la participación comunitaria en las decisiones en salud.
- d. El logro de un consenso estratégico entre diferentes interesados directos—como las organizaciones del sector gubernamental, no gubernamental y privados—con la finalidad de aumentar la cooperación y la respuesta a las necesidades de la población.

#### 2. Promoción de la equidad en salud

El proyecto considera que la equidad en salud se requiere por la evidencia científica actual que indica que el riesgo para algunas ENT como las cardiovasculares y ciertas formas de cáncer, es más alto en los niveles socioeconómicos bajos, con un aparente incremento de esta tendencia en los últimos años. Las estrategias de prevención deben considerar las influencias de la educación, la distribución de los ingresos, la seguridad pública, la vivienda, el ambiente de trabajo, el empleo, las redes sociales del apoyo, el transporte y otros, en las desigualdades en salud. Es importante que las estrategias tengan como objetivo el reducir los riesgos en la población en general, así mismo reducir la brecha entre diferentes grupos de población. También implica la atención especial a grupos de población clave, como los indígenas, nuevos inmigrantes y las mujeres urbanas.

### 3. Efecto demostrativo

Se considera que las intervenciones deberían ser iniciadas en un área de demostración, con el objetivo de medir su aceptabilidad y eficacia, y que es factible evaluar las intervenciones haciendo el monitoreo de los factores de riesgo de la morbilidad y de la mortalidad.

En México, el Plan Nacional de Salud 2001-2006 plantea una estrategia sustantiva relacionada con las ENT, que llama enfermedades emergentes. La estrategia para la DM es la siguiente:

“Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, en los que la primera línea de acción es disminuir la prevalencia de la DM”

Las actividades estarán encaminadas a:

- Promover estilos de vida saludables
- Identificar oportunamente a las personas de alto riesgo
- Detectar tempranamente los casos de enfermedad
- Realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa sobre la enfermedad y sus factores de riesgo.

Sus metas son:

- El control metabólico de 40% de pacientes.
- Desplazar la edad promedio de enfermedad y muerte, de 66.7 a 69.5 años.
- Realizar en forma coordinada con todas las instituciones del sector salud, 23 millones de pruebas de detección de DM al año en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual, según su edad.
- Establecer 10 000 grupos de autoayuda para la DM, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.

## 2.2. LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 2.2.1. DEFINICION Y OBJETIVOS.

La investigación de servicios de salud (ISS) recientemente se ha constituido en una actividad sistemática, con un objeto de estudio propio y diferencial. En el pasado se le refería de diversas formas, como: investigación operativa, investigación funcional, investigación en salud pública, etc., sin embargo, Valle, Vázquez y Rivero (1982) consideran que los problemas que trata son los que mejor la definen, como son "la producción, distribución, organización y efectos del proporcionamiento de los servicios de salud personales".

Valle, et al. definen a la investigación de servicios de salud como una indagación sistemática que congrega metodológicamente diversas disciplinas científicas, con el objeto de elucidar cómo y bajo qué condiciones se proporcionan los servicios de salud personales, y qué tan efectivos son en un contexto determinado. Con relación a su objeto y método de estudio, consideran que no obstante que emplee los conocimientos y metodología de diversas disciplinas como medicina, sociología, epidemiología, administración, etc., se constituye en una disciplina particular porque reúne varias disciplinas en un mismo objeto de estudio –**la prestación de atención médica**- que permite la formulación de un marco teórico y práctico; Sandoval (1986) destaca otro elemento importante que es la utilización del método científico como su método más general y señala lo siguiente:

“La investigación de servicios de salud es la aplicación del método científico para el estudio multidisciplinario de los problemas, que en un momento histórico social, presentan las diversas formas de práctica para la salud”.

El objeto de estudio tal como lo conciben Valle, et al. restringe el campo de fenómenos de la investigación de servicios de salud, e incluso le subyace un concepto de salud con orientación biológica.

Ruelas (1986), apoyado en un modelo propuesto por Frenk (1985), menciona que la investigación en salud es de dos tipos básicos: por su objeto de estudio se dirige a las condiciones y respuestas de salud; por su nivel de análisis, es individual o poblacional. A la investigación del vínculo entre respuestas de salud y el nivel poblacional la llama investigación en sistemas de salud, por lo que amparado en este modelo, Ruelas propone un ámbito restringido para la investigación en servicios de salud, ya que la considera un subconjunto de aquella, que tiene que ver exclusivamente con los servicios de salud.

La OPS (citado en Sandoval, 1986) definió en 1984 los servicios de salud como:

“Todos los medios o actividades que puedan aplicarse, utilizarse o consumirse para el diagnóstico y tratamiento curativo o preventivo en el proceso de fomento, conservación y recuperación de la salud. Abarca las formas de organización y administración de los servicios, así como las políticas que los orientan y la producción misma en términos de servicios a la población”.

Por su sentido más integral, esta definición permitiría plantear al objeto teórico de la I.S.S. de modo más específico y contundente.

El objetivo primordial de la investigación en servicios de salud es generar elementos que permitan orientar o reorganizar los servicios de salud hacia la equidad y eficacia (OPS, 1995), así como el desarrollo planificado de la atención a la salud, para lo cual ha de resolver dos tipos de problemas generales:

- a) ¿En qué medida influye la prestación de servicios de salud en el estado de salud de los individuos?
- b) ¿Cómo intervienen la identificación de necesidades de salud (reales, sentidas, etc.) y el conocimiento científico en la mejoría de la prestación de los servicios de salud (Valle, et al., 1982).

## 2.2.2. AREAS PRIORITARIAS DE LA INVESTIGACION EN SALUD

En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recalcó la relación entre las investigaciones sobre sistemas de salud y el propósito de la OMS y los Estados Miembros de alcanzar la salud para todos. Para alcanzar este objetivo se propusieron nueve temas generales para investigación sobre sistemas de salud:

- Relaciones entre los sistemas de salud y la sociedad en su totalidad.
- Evaluación de las necesidades sanitarias de una población.
- Estudio de producción y distribución de recursos sanitarios.
- Estudio de la estructura orgánica de los sistemas de salud.
- Estudio sobre la prestación de servicios de salud
- Estudio sobre la gestión de los sistemas de salud
- Análisis de la base económica de los sistemas de salud
- Determinación de los resultados de programas sanitarios
- Participación de la comunidad.

En 1982 el CONACYT elaboró el Programa Nacional Indicativo de Salud, donde se especificaron los renglones generales de la investigación en salud. Así mismo se propusieron las siguientes áreas prioritarias para la investigación de servicios de salud (Valle, et al., 1982):

- Determinación del nivel de salud de la población.
- Desarrollo de sistemas de información en salud.
- Necesidad, demanda y utilización de los servicios de salud.
- Tecnología y calidad de la atención médica.
- Desarrollo de servicios de atención médica primaria en:
  - Medicina general familiar
  - Atención materno infantil y planificación familiar
  - Prevención y promoción general de la salud y Educación para la salud
- Organización, coordinación e integración de servicios de salud
- Recursos humanos para la atención a la salud
- Costos y financiamiento de los servicios de salud
- Métodos de planeación, evaluación y administración de los servicios de salud.

El programa de subvenciones de investigación de la OPS para 1995-1998 propuso seis áreas de investigación con sus particulares líneas prioritarias (OPS, 1995):

- **Salud en el desarrollo**
  - Las inequidades en salud y su expresión en grupos sociales.
  - Las relaciones intersectoriales y la salud
  - Las reformas sectoriales en salud en el contexto de las reformas del estado e implantación de modelos de desarrollo.
  - Políticas y marcos regulatorios de los recursos humanos.
  - El desarrollo científico y los procesos tecnológicos.
- **Sistemas y servicios de salud**
  - Equidad, cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud según tipos de población y grupos sociales.
  - Las modalidades de organización y financiamiento de los servicios de salud y la incorporación de tecnologías e insumos en el contexto de las reformas sectoriales.
  - Los procesos de descentralización y participación social en los sistemas y servicios de salud y el desarrollo de los sistemas locales.
  - La gestión de los recursos humanos.

- **Promoción y protección de la salud.**

- Análisis de las condiciones de vida y conductas relacionadas con la promoción y protección de la salud de grupos de población, tomando en cuenta las dimensiones sociales, étnicas, culturales y de género.
- Crecimiento y desarrollo psicosocial.
- Evaluación de intervenciones sobre promoción y protección de la salud
- Violencia y salud

- **Salud y ambiente**

- Desarrollo de políticas e iniciativas sobre salud, ambiente y desarrollo.
- Evaluación de los efectos sobre la salud humana y medidas de control de los contaminantes del agua, del aire y residuos especiales.
- Evaluación y control de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

- **Prevención y control de enfermedades**

- Estudios epidemiológicos y económico-sociales en la prevención y control de enfermedades.
- Desarrollo de métodos y técnicas para prevención y control de enfermedades.

Los temas subrayados son de gran importancia para estudios cuyo foco de interés es la población: sus percepciones, conocimientos y conductas sobre salud, y su relación con la prestación de servicios de salud. Algunos de estos temas serán revisados con mayor detalle en los siguientes apartados por su vínculo con el tema de este trabajo.

### 2.2.3. PROMOCION Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

El **fomento de la cultura de la salud** es una política del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 e incluye la educación para la salud y la responsabilidad ciudadana con relación a la salud individual, familiar, de la comunidad y del ambiente. Los programas para el fomento de la cultura de la salud son los de educación para la salud, de nutrición y salud y de adicciones.

## Programa de educación para la salud

Objetivos:

- a) Obtener en la población un cambio de actitudes, hábitos y conductas, que favorezcan su bienestar físico, mental y social.
- b) Lograr que las personas conozcan los problemas de salud que las aquejan o que pueden afectarlas, y que participen activa y conscientemente en las acciones que se desarrollen para prevenirlos y afrontarlos.
- c) Conseguir que los individuos utilicen de manera adecuada los servicios de salud que tienen a su disposición.
- d) Crear una verdadera cultura de salud y, a partir de ella, propiciar la realización de actividades de responsabilidad y participación orientadas hacia su cuidado y conservación.

La salud es un campo de carácter multi e interdisciplinario que ha sido abordado por las ciencias sociales, biológicas y por la psicología, sin embargo, cuando circunscribimos nuestro interés a las vertientes cognitiva y conductual, considerándolas como factores centrales en el logro de la salud como bien individual, destacamos a la psicología como la disciplina idónea para apoyar varias de las áreas prioritarias propuestas por la OPS que comentaremos adelante.

Los documentos citados en el apartado anterior proponen líneas prioritarias de investigación en salud que coinciden en el área de promoción y protección a la salud, cuyo énfasis es principalmente la conducta de los individuos para la modificación de factores de riesgo, empleando para ello estrategias de educación para la salud que fomenten condiciones y estilos de vida dirigidos hacia un bienestar individual y colectivo en contextos culturales particulares. Es claro que la promoción de la salud tiene como fundamento la participación individual y social.

Por otro lado, si trasladamos el énfasis hacia la prestación de servicios de salud relacionados con la promoción, protección y educación para la salud, aparece su elemento más objetivo que son los programas de atención primaria a la salud (Conacyt, en Valle, et al., 1982), mismos que nos vinculan con otra área prioritaria de investigación denominada sistemas y servicios de salud (OPS, 1995). Esta última se interesa por estudios de accesibilidad, aceptabilidad y utilización de servicios de salud, por las barreras técnicas, financieras, socioculturales y de género, así como por la evaluación de sistemas de participación comunitaria y de métodos educativos empleados en los servicios de atención primaria.

Las líneas prioritarias citadas son importantes para la planeación de la atención preventiva, ya que debe vigilarse el efecto de las barreras socioculturales (representaciones de la enfermedad, etc.) sobre la utilización del servicio, buscando incrementar la accesibilidad cultural y por ende la utilización de servicios en que se implementen estrategias que promuevan conductas de autocuidado o disminuyan las de riesgo.

La organización y eficacia de un servicio, especialmente de tipo preventivo, depende de manera importante de las cualidades, costumbres y formas de vida de la gente que forma las comunidades atendidas, por lo que la participación de la comunidad se convierte en otra área prioritaria de la investigación en salud. También se requiere conocer cómo influyen los aspectos culturales antes mencionados sobre las necesidades de salud, pues "en una población existen necesidades sanitarias, las perciba o no la gente y encuentren o no expresión en las demandas de servicios de salud" (OMS, 1983).

Las necesidades de salud percibidas comúnmente se detectan a partir de tasas de morbilidad, sin embargo éstas se refieren sólo a quienes buscan atención, pero no incluyen a aquellos que no lo hacen. Es probable que la población que no demanda atención preventiva supere en número a la atendida "... el hecho de que una persona no busque atención médica puede tener una causa social, psicológica o económica, o deberse a dificultades de acceso" (OMS, 1983).

Las necesidades percibidas son una línea prioritaria de investigación que se inserta en los estudios de accesibilidad precisamente porque a partir de ellas pueden detectarse los obstáculos, entre ellos los psicoculturales, que dificultan la utilización de los servicios.

Otra línea prioritaria de la promoción en salud es la evaluación de los métodos educativos para la salud, que también se complica cuando la población objetivo es aquella que no demanda servicios de salud por factores como no sentirse enfermo o no identificar una necesidad de atención y no desear ser atendido, así como los determinantes de carácter cultural, actitudinal, cognoscitivo y conductual inherentes a la necesidad percibida y al deseo de atención (Frenk, 1985).

#### **2.2.4. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

La accesibilidad se relaciona con la capacidad de producir servicios y el consumo real de estos. Los factores de la accesibilidad son parte de un conjunto mayor de factores que influyen en la utilización de los servicios. Este concepto se considera como algo adicional a la mera presencia o "disponibilidad" del recurso en un lugar y un momento dado. Incluye aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales. Para

Snyder (1989) la accesibilidad de un servicio de salud se relaciona con el tiempo de acceso, la facilidad para obtener una cita y la existencia de un médico habitual, así como los costos personales de las conductas de salud como serían los obstáculos ocasionados por éstas para cumplir las responsabilidades sociales de tipo laboral, familiar, etc. Para este autor, la conducta preventiva y la de enfermo no son tan consistentes con lo que es mejor biológicamente, siendo más afectadas por factores cognitivos, afectivos, sociales y culturales, que por los biológicos. Rosenstock y Kirscht (1979) consideran también que la utilización de servicios de salud es un indicador de la calidad del vínculo entre los aspectos psicológicos e individuales del cuidado a la salud, con el administrativo de la organización de servicios de salud, razón por la cual creen que visualizar la utilización de servicios como una mera estimación de productividad de un sistema oscurece los factores psicosociales que la determinan, y cuyo conocimiento haría más realistas y certeras las medidas para incrementar la mencionada utilización. Esta perspectiva permite plantear todo tipo de conducta de salud como un proceso individual de toma de decisiones, que puede llevar a las personas a usar o no servicios de salud, de tipo preventivo, curativo o rehabilitatorio, de carácter tradicional o científico, públicos o privados.

#### **2.2.4.1. BARRERAS EN LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.**

Las barreras evitan que la gente busque y utilice la atención a la salud y que cumpla con regímenes preventivos y terapéuticos. Adelante se mencionarán algunas de estas barreras.

Donabedian (1988) menciona dos tipos de accesibilidad que interactúan y que pueden convertirse en barreras: la socio-organizacional y la geográfica.

##### **a) Accesibilidad socio-organizacional.**

Aquí se agrupan todas las características que no son de carácter espacial y que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario por obtener la atención. Con relación a los médicos, los factores que influyen en la accesibilidad son el sexo, color, especialización y nivel de honorarios. También influyen las políticas de admisión formal o informal que excluyen a los pacientes según su color, etnia, capacidad económica o diagnóstico de enfermedades específicas.

Las características socio-organizacionales de los servicios de salud que facilitan u obstaculizan la accesibilidad de los servicios pueden incluir los factores culturales y sociopsicológicos del personal de salud (y de todos los actores que interactúan) y su modelo científico de atención a la salud. Los informes sistemáticos de la existencia de estas barreras y sus consecuencias son difíciles de encontrar.

## **b) Accesibilidad geográfica.**

Por otro lado, los estudios sobre los efectos obstaculizantes de la distancia y algunos factores demográficos muestran que algunos grupos tienen propensión a pasar por alto los servicios más cercanos: los negros y los de menores ingresos y educación. Esto puede indicar que esos grupos encuentran barreras en los centros más cercanos a ellos, o bien que son más selectivos, que el médico que refiere al paciente influye en la elección del servicio, que el servicio elegido tiene prestigio, que coincide en su preferencia religiosa, etc. En general, el hecho de que la gente visite aquellos servicios de salud que no son los más cercanos indica la importancia de otros factores además de la distancia.

Junto con la accesibilidad geográfica encontramos el aspecto temporal, el cual incluye las horas durante las cuales el usuario puede ser atendido por el médico. La barrera geográfica puede evaluarse por medio de la distancia lineal, distancia de traslado, tiempo de traslado, tiempo total transcurrido y costo del traslado.

Por otro lado, lo que dificulta aún más la disposición a trasladarse varía según la gravedad percibida de la condición médica, su urgencia, y quizá su rareza. Spector (1979) menciona otro tipo de barreras que incluyen: dificultades en el lenguaje, no disponibilidad de recursos de atención a la salud, inaccesibilidad de recursos e inhabilidad del usuario para "entender" (sic) y relacionarse con los prestadores de servicios. Sin embargo, considera que la barrera más destacada es la pobreza.

## **c) Pobreza.**

La pobreza vuelve a la persona menos capaz de buscar atención además de que también explica la mayor probabilidad de que las personas "pobres" (sic) adquieran una enfermedad (Spector, 1979). La pobreza es un término relativo que refleja un juicio basado en estándares prevalecientes en la comunidad. Significa que de todo lo disponible (bienes y servicios), algunos tienen mucho y otros poco.

La investigación ha mostrado que el pobre ve su salud personal como de baja prioridad:

"La atención a la salud ocupa un lugar bajo en la lista de prioridades del pobre; si se siente aceptable hoy, está menos preocupado sobre las posibilidades de ver un doctor la próxima semana de lo que está por pagar su renta mañana" (Spector, M., 1979, pp 148).

En general se ha encontrado que niveles socio-económicos bajos se relacionan con menos consultas profesionales en presencia de síntomas (Twaddle y Hessler, 1977). En las áreas urbanas y donde hay servicios de salud subsidiados para el pobre, éste muestra una tasa más baja de utilización que la gente de clase media, aunque tenga tasas de morbilidad mayores, lo cual implica que la subutilización de servicios de salud por el pobre y las minorías no se ha modificado sustancialmente a pesar de eliminar los obstáculos financieros. De lo anterior se desprende la necesidad de identificar los factores de tipo institucional y personal que funcionan como barreras de acceso y producen la subutilización.

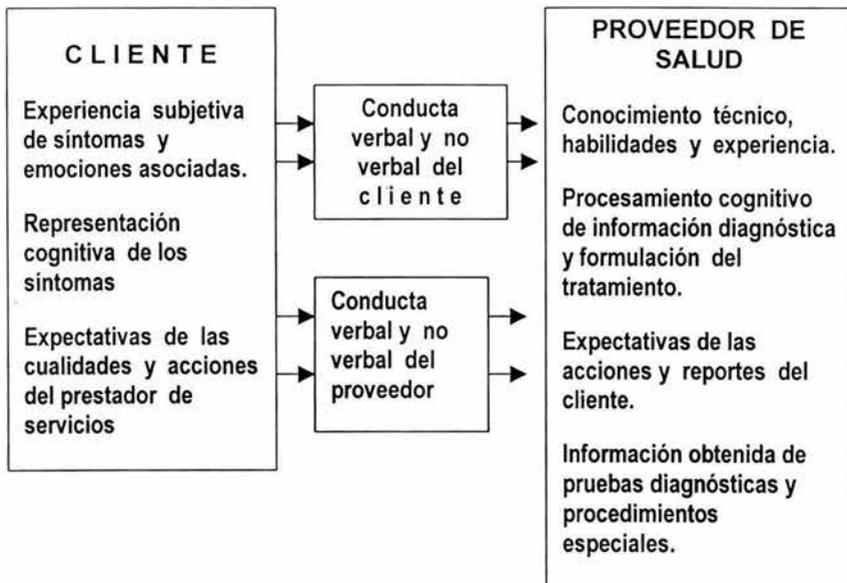
Las barreras de acceso identificadas en la población de bajos recursos son: lenguaje y comunicación, aislamiento, ciclo de pobreza, antecedente rural del usuario cuando se enfrenta a instituciones de salud urbanas, patrones de migración temporal, prejuicio institucional y despersonalización (Spector, 1979).

Se habla muy poco de las barreras relacionadas con los aspectos sociopsicológicos del modelo de salud-enfermedad personal de usuarios y prestadores de servicios, probablemente por la dificultad que representa su observación y medición.

#### **d) Comunicación.**

Snyder (1989) abunda sobre las barreras de acceso que surgen de la interacción y comunicación entre el prestador y el usuario de servicios de salud cuando éste busca atención curativa, preventiva o rehabilitatoria, pues considera que dicha búsqueda parece pero no es un proceso sencillo en el que el usuario hace una demanda al prestador de servicios, contesta sus preguntas y coopera con pruebas diagnósticas y tratamientos, en tanto que el prestador de servicios emplea sus conocimientos técnicos, habilidad y experiencia para atender la demanda, le comunica al usuario la medida o tratamiento a seguir y éste sigue la recomendación, es decir, aunque al parecer ambos comparten metas y criterios, lo que realmente sucede en la relación usuario-proveedor es un intercambio interpersonal complejo de información e influencia social, que como se mencionó antes, no ocurre de modo automático.

Cada miembro de la interacción tiene información que no es directamente accesible a la otra y tiene sus propias expectativas, perspectivas y metas que pueden o no ser congruentes con las de la otra persona (Leventhal, 1975, citado en Snyder, 1989). La figura 1 muestra las diferencias en las perspectivas privadas usuario-proveedor, es decir lo que cada uno piensa y espera del otro, las cuales llevan a una ruptura en el ajuste de la comunicación, perjudicando el resultado de la atención a la salud.



Directamente accesible solo al cliente.  
Se usa para guiar la propia conducta.  
y para entender y filtrar la conducta y mensajes del proveedor.

Directamente accesible solo al proveedor.  
Se usa para guiar la propia conducta y para entender y filtrar los mensajes y conducta del cliente.

Fig. 1. Muestra las perspectivas del usuario y el prestador de servicios sobre la interacción clínica (Snyder, 1989), así como el nivel en que se rompe el ajuste entre ambos actores, lo cual puede ocurrir incluso en la atención preventiva.

#### ▪ La perspectiva del usuario.

El usuario lleva al intercambio su propia experiencia subjetiva de los riesgos, inquietudes o síntomas, que describe a menudo ambiguamente y cargadas de ansiedad y de su propio esquema del problema. El usuario lleva también su **modelo de ayuda**, que se compone de sus expectativas sobre el comportamiento del médico. Sobre la base de su esquema del problema, el usuario tiene sus propias expectativas sobre lo que debe preguntarle al médico, las pruebas diagnósticas y de control, el tratamiento que utilizará o las actividades de promoción a la salud que le propondrá. Estas experiencias privadas, representaciones y expectativas guían la conducta de los usuarios y les ayudan a filtrar y entender lo que el prestador del servicio dice o hace (Snyder, 1989).

▪ **La perspectiva del proveedor de salud.**

El médico no tiene acceso directo a los síntomas, riesgos o inquietudes del usuario, por lo que depende de la conducta verbal o no verbal de éste para obtener información. Dentro de su paradigma médico de ayuda, el profesional espera que el usuario sea honesto, exacto en la exposición de sus signos y síntomas, que le exponga sólo hechos, no lo que piensa o siente. El médico tiene expectativas acerca del comportamiento del usuario (**modelo de ayuda del proveedor**), por lo que su conocimiento o experiencia médicos así como los datos recibidos le sirven para guiar su conducta profesional y para filtrar y entender la conducta del usuario.

De manera opuesta, cuando el médico emplea el **paradigma compensatorio de ayuda**, el usuario tiene un papel más importante ya que su experiencia, representaciones y esquemas de las alteraciones, así como sus expectativas, son vistas con interés por el médico quien busca que el paciente las comparta. Esta forma de atención a la salud ayuda al usuario a reconocer su responsabilidad personal por su salud y le proporciona los medios para realizar acciones curativas o preventivas (Snyder, 1989).

Dentro de este paradigma se pone mucho interés en conocer al usuario, en compartir sus creencias, valores y conductas de salud, y por tanto la comunicación deja de ser un obstáculo para acceder a la salud.

e) **Etnia**

Spector (1979) cita un grupo de creencias de salud de cada grupo étnico y obstáculos a los que se enfrenta al buscar atención a la salud, en los cuales podemos valorar la importancia de la etnia como barrera para la realización de conductas relacionadas con la salud:

- Definiciones tradicionales de salud y enfermedad
- Formas tradicionales de creencias epidemiológicas
- Nombres y síntomas tradicionales para enfermedades
- Fuentes tradicionales de asistencia "médica" (sic)
- Remedios tradicionales
- Problemas que enfrentan los grupos al tratar con los servicios de salud
- La actual mano de obra de la atención a la salud

Estos aspectos no son universales ni específicos a individuos, sin embargo la conducta individual de atención a la salud puede tener sus orígenes en el sistema tradicional de creencias del individuo, por lo que cuando hay problemas de seguimiento y adherencia en la atención a la salud en individuos de un grupo étnico, debe pensarse que se requiere más comprensión de sus creencias

tradicionales y aceptación de sus diferencias y de las razones subyacentes de su conducta.

Al estudiar las definiciones tradicionales de salud y enfermedad entre los chicanos, se han encontrado reportes conflictivos. Algunos individuos sostienen que la salud es puramente el resultado de la "buena suerte" y que se perderá si la suerte cambia (Welch, Comer y Stlinman, en Spector, 1979). Algunos chicanos describen su salud como recompensa a una buena conducta, es un regalo divino. La gente espera mantener su propio equilibrio comportándose de modo apropiado, comiendo adecuadamente y trabajando el tiempo adecuado. Las minorías étnicas en Estados Unidos asignan mayor importancia a causas "sobrenaturales" que las naturales en su proceso de salud-enfermedad (Landrine y Klonoff (1994). En Canadá, una sociedad multicultural, los jubilados étnicos reportan barreras para obtener el acceso a servicios de salud sensibles culturalmente, por la falta de conciencia y comprensión sobre sus necesidades: puede haber dificultades con el lenguaje, niveles educativos, creencias complejas y valores sobre la salud. Una propuesta para incrementar la accesibilidad de los servicios es el entrenamiento en sensibilidad cultural para prestadores de servicios de salud y sociales, cuya meta es "el reconocimiento y aceptación de que la identidad cultural de un individuo es integral a todos los aspectos de su vida", haciéndole sentir que aceptan sus creencias y tradiciones mientras se le crea conciencia de las normas canadienses (Majumdar, Browne y Roberts, 1995).

La prevención de la enfermedad es una práctica aceptada que se acompaña de oraciones, llevar amuletos y medallas y poner imágenes religiosas en casa. Las hierbas y especias también se usan para mejorar la prevención. La enfermedad es vista en algunos grupos como desequilibrio o desajuste del cuerpo de una persona, como un castigo por hacer mal, como producto de un estado emocional (ej. un susto o producto de una envidia).

En muchas de las barreras mencionadas aparecen repetidamente las creencias, en forma de representaciones de la salud y enfermedad, autopercepciones y atribuciones causales de salud y enfermedad, que de hecho están mostrando el papel central que desempeñan como obstáculos de la utilización de servicios de salud, no obstante que aparezcan en segundo plano respecto de las diversas barreras más reconocidas.

#### **f) Creencias de salud.**

Las creencias de salud pueden funcionar como obstáculos o facilitadores de la utilización de servicios de salud y de sus factores precedentes, como son: la identificación de necesidad de atención, el deseo y la búsqueda de atención.

Por ejemplo, podemos retomar el concepto etnocéntrico de enfermedad para comentar cómo afecta a la aceptación de atención, a la realización de conductas preventivas y a otras creencias de salud.

Para Twaddle y Hessler (1977), el concepto de enfermedad es únicamente un fenómeno occidental ya que en otras culturas la orientación está dirigida a la salud más que a la enfermedad. Los autores consideran que debemos reconocer que el concepto de enfermedad es parte de nuestra cultura y que el pensamiento sobre salud y enfermedad exclusivamente en términos de enfermedad representa una tendencia cultural importante que limita elevar la salud a la categoría de valor social prioritario, y también limita la conducta en salud, principalmente la de tipo preventivo.

Este tipo de pensamiento va a determinar el que la salud perfecta sea más un estado hacia el que se orienta la gente que algo que cree poder obtener. Ser saludable es una meta que la mayoría de la gente definiría como deseable, lo cual no implica que se comportará de modo consistente con el mantenimiento de una buena salud, ya que la salud es una meta que a veces compite con otras como el nivel social, la autoestima y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias. La importancia de la salud, según Twaddle y Hessler depende de un cálculo en el que el valor de mantenerse saludable o recuperar una salud alterada debe evaluarse contra los beneficios y costos con relación a la obtención de otras metas.

Las creencias de salud son un punto central en el desarrollo de este trabajo, por lo que se ampliará su revisión en los apartados de cultura y creencias de salud, factores cognitivos de la salud y enfermedad y todo el capítulo 2.3.

#### **2.2.4.2. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD.**

En el marco de la prevención primaria a la salud el objetivo central es la modificación de conductas de riesgo e implementación de conductas de autocuidado, sin embargo, de acuerdo a la figura 2 (versión modificada de Frenk, 1985), que representa la sucesión de pasos que sigue un individuo antes de iniciar y mantenerse en un tipo de atención a la salud, son importantes los elementos de carácter cognitivo (identificar una necesidad de atención y desear ser atendido) tanto como los comportamentales (buscar la atención, iniciarla y continuarla). Antes de incidir en el aspecto comportamental de la salud es necesario conocer los factores que determinan tanto la identificación de una necesidad de atención como el deseo de recibirla, sea de tipo preventivo o curativo. Es importante aclarar que el diagrama propuesto por Frenk se interesa por describir el proceso de la conducta de enfermo y la de rol de enfermo, donde

ya existe un síntoma o incluso un diagnóstico formal, pero puede ser adaptado al proceso de la conducta preventiva en salud.

No debemos olvidar que la salud no es una práctica individual e independiente sino un modelo conceptual adquirido de manera compleja en una cultura, mismo que representa los factores cognitivos y afectivos del individuo, moldeados a partir de su contacto y experiencia con los modelos sociales de salud, por lo cual trabajar en la salud implica tomar como punto de partida al individuo: no sólo modificar sus conductas de riesgo, sino también identificar y manejar los aspectos cognitivos y afectivos que influyen en sus prácticas de salud específicas a corto, mediano y largo plazo.

El diagrama citado hace evidente que el estudio de los determinantes de las necesidades percibidas, en este caso de atención preventiva, corresponde al campo de la investigación en servicios de salud y particularmente al de la accesibilidad a los mismos. No todos los autores coinciden en incluir dichos determinantes dentro de la accesibilidad; Frenk propone que ambos conceptos, accesibilidad y necesidad percibida, deben ser incluidos en el rubro general de utilización de servicios.

Asociados al término accesibilidad se han desarrollado algunos conceptos un tanto generales, desarrollados en el apartado sobre "barreras en la utilización de servicios de salud", que pretenden explicar la problemática social de la salud y la prestación de servicios de salud, sin embargo dicho término también permite abordar la relación entre los factores cognitivos y conductuales respecto de la utilización de servicios preventivos de salud y ejecución de conductas preventivas.

La accesibilidad es definida como "el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud" (Donabedian, citado en Pérez-Vargas, Bautista-Peña, Bazaldúa y Cruz, 1990). Con base en este concepto, Frenk nos muestra tres diferentes alcances de la accesibilidad que son producto de la relación entre los factores cultural y psicológico de la población y la organización de los servicios, en tres momentos en los que se pueden lograr distintos grados de ajuste. Según Frenk, la accesibilidad puede tener tres o menos de los siguientes dominios, según si los autores coinciden con una perspectiva ampliada o restringida (ver figura 2):

- a) **Dominio estrecho.** Se relaciona con lo que hace el individuo para buscar e iniciar la atención a la salud una vez que ha decidido que tiene una necesidad y desea cubrirla.
- b) **Dominio intermedio.** En éste se contempla lo que hacen las personas para continuar la atención en función de que su primer contacto les haya resultado

facilitado en costo o distancia, pero básicamente que sea congruente con sus concepciones de salud.

c) **Dominio amplio.** Aquí se incluyen elementos como: la percepción de necesidad sanitaria así como el deseo de atención. Sin embargo, para que un individuo busque atención, debe inicialmente identificar la necesidad y por otro lado, dicha identificación ocurre sobre la base de ciertas precurrentes psicológicas y culturales que son sus determinantes. Para desear la atención, el individuo debe creer que está ante algún riesgo o ante el padecimiento, a la vez que el deseo de atención puede anteceder a la búsqueda de un servicio, motivo por el cual se agregaron ambos aspectos al enfoque propuesto por Frenk.

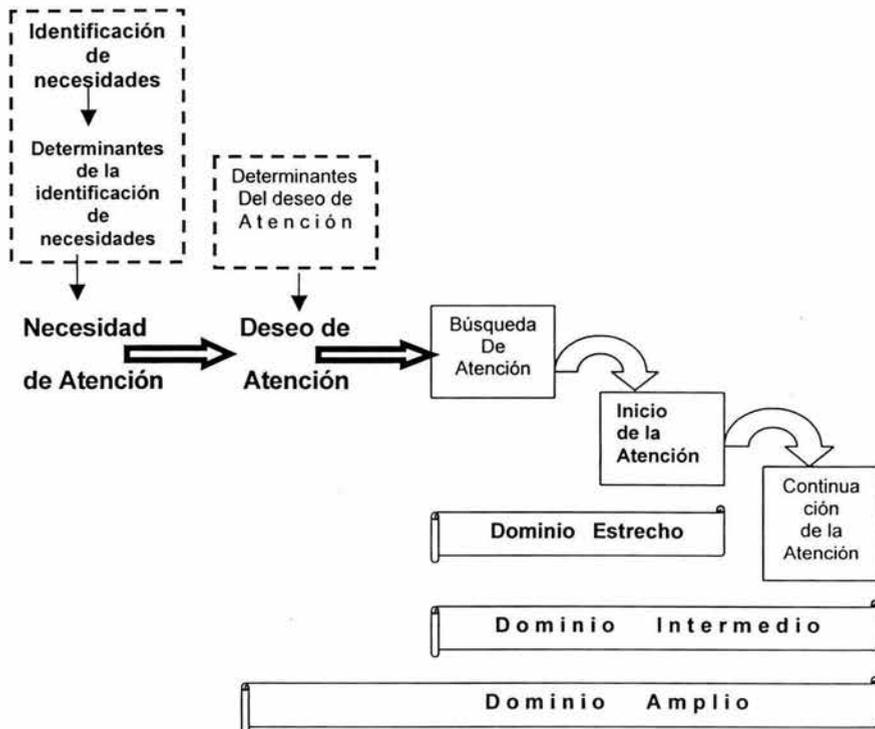


Fig. 2. Presenta una versión modificada de la propuesta de Frenk (1985) sobre los dominios de la accesibilidad, a la que se agregaron los cuadros de línea discontinua, ya que el autor menciona la importancia de la identificación de necesidades y los determinantes de dicha identificación y del deseo de atención, pero no los incluye en la figura

Twaddle y Hessler (1977) citan algunos estudios que muestran, de modo semejante a la propuesta de Frenk para explicar el uso limitado de los servicios de salud, que el fracaso de los programas de salud pública occidental en zonas tradicionales ocurre por una falta de ajuste cultural. Evidencias de esta falta de ajuste se encuentran en el efecto de ciertos factores sociales sobre el tipo de agente de atención a la salud seleccionado, pues existe una correspondencia entre el tipo de agente buscado y la cultura de un grupo. Por ejemplo, es común que los síntomas agudos sean tratados con técnicas modernas, mientras que para algunos crónicos se emplean técnicas tradicionales. Además, se ha encontrado que niveles socioeconómicos bajos se relacionan con menos consultas profesionales en presencia de síntomas.

Hall (citado en Twaddle y Hessler) encontró que los pacientes tienden a semejarse étnicamente con sus médicos, lo cual sugiere que compartir una cultura común, incluye supuestos semejantes sobre la enfermedad y el tratamiento, factor empleado cuando un usuario selecciona a un médico.

## 2. 2. 5 NECESIDADES DE SERVICIOS DE SALUD

Donabedian (1988) dice con relación a la necesidad:

La necesidad regularmente se define como el estado de salud o enfermedad, como lo ve el paciente, el médico o ambos y que representa una demanda de atención médica. Es decir, son fenómenos que requieren atención a la salud pero son más complejos que las enfermedades, ya que incluyen necesidades de prevención o fomento a la salud.

López-Arellano y Blanco-Gil (1993) consideran que:

"las condiciones de salud-enfermedad tienen existencia objetiva, independientemente de que se les considere como situaciones que requieren cuidado o atención, es decir, que se interpreten (socialmente) como necesidades de salud. Estas condiciones de salud enfermedad son el punto de partida sobre el cual los distintos grupos, y la sociedad en su conjunto, construyen sus representaciones (necesidades de salud, necesidades de atención o ambas) y derivan respuestas para resolverlas".

Estos autores hacen un análisis del enfoque particular que presentan dos modelos sociomédicos sobre las necesidades de salud, denominados teoría del consenso y teoría del conflicto. Ambos difieren en la forma de concebir las necesidades humanas, las condiciones y las respuestas de salud. Sus diferencias sustanciales radican en la forma de concebir las necesidades

humanas: en la teoría del consenso su concepción se restringe a las condiciones que requieren cuidado o atención, ya que ven a la necesidad como carencia, en tanto que la teoría del conflicto enfatiza la necesidad como potencialidad, es decir como búsqueda de soluciones a la carencia.

1. Las necesidades dentro de **la teoría del consenso** son vistas como:

- Carencias que requieren cuidado
- Su estudio parte del énfasis en los comportamientos y percepciones individuales de usuarios y prestadores de servicios.
- Las necesidades de salud se entienden como condiciones que pueden resolverse a partir de intervenciones médico-sanitarias.

2. Por otro lado, **la teoría del conflicto** concibe la necesidad como:

- Carencia y potencialidad
- Enfatiza la producción social de necesidades y satisfactores
- Las necesidades y satisfactores básicos son parte de las nociones de dignidad y derechos humanos.
- El cuidado a la salud es parte del núcleo irreductible de las necesidades.

La necesidad en la teoría del consenso se relaciona con una concepción más pasiva, de ocurrencia individualizada y con una tendencia curativa y medicalizada, tal es el caso de los testimonios sobre su conducta preventiva de usuarios de servicios de salud, que manifestaban emplear los servicios preventivos sólo cuando los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social o la SSA hacían campañas directamente entre la población, haciendo un uso pasivo de estos servicios, además de que confunden la atención preventiva con la automedicación que emplean en fases iniciales de la enfermedad (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997). Por otro lado, en la teoría del conflicto la necesidad se percibe como determinante de una búsqueda activa para su solución, orientada a la modificación de las condiciones materiales de existencia y a construir "un piso basal igualitario", es decir, ocurre como proceso social y su solución y atención es un derecho social básico.

Actualmente la detección de necesidades de atención tiene un enfoque de consenso; transformarlas con un enfoque de conflicto requiere recorrer un largo trecho, hasta alcanzar una cultura preventiva de la salud.

Donabedian (1988) cita adelante los distintos campos a los que se ha aplicado el concepto de necesidad:

- a) Los estados de salud o enfermedad
- b) La utilización de servicios
- c) Los niveles de suministro

Por ejemplo, cuando se revisa el proceso de la atención médica se inicia con la existencia de una necesidad, que en este caso se definiría como una alteración de la salud y el bienestar, la cual implícitamente vincula dos perspectivas de la necesidad: la del usuario y la del prestador de servicios. Cada uno de ellos decide si en una situación específica existe una necesidad de atención a la salud y qué tipo de atención se requiere. Cuando coinciden ambas perspectivas se inicia el proceso de atención a la salud y se genera la utilización de los servicios y una modificación de la necesidad.

Sin embargo, no siempre se define la necesidad en función de estados de salud y enfermedad, también se usa para designar los servicios que se necesitan en una situación dada o los recursos que se requieren para producir esos servicios.

Pennel (citado en Donabedian, 1988) propone el concepto de **equivalentes de la necesidad** para referirse a la utilización de servicios y niveles de suministro, reservando el término necesidad para describir los estados del usuario que crean una demanda de atención y son por lo tanto un "potencial de demanda de servicios", la cual se origina a partir de la opinión del paciente y el profesional sobre las enfermedades y situaciones que requieren atención.

Ambos enfoques coinciden con una concepción sobre necesidad que parte de la condición o alteración de la salud que requiere cuidado (enfermedad, muerte, invalidez, discapacidad y estados no patológicos); en tanto que la otra vertiente del concepto de necesidad, ya sea que se le defina como potencialidades en la búsqueda de soluciones o como equivalentes de la necesidad, pretende describir los servicios y recursos para enfrentar situaciones particulares. Lo anterior significa que la necesidad puede explicarse por sus equivalentes en cuanto a recursos necesarios para satisfacerla y al mismo tiempo como un estado del individuo.

Donabedian considera que definir la necesidad en función de las condiciones y situaciones que requieren atención, no permite que se cree un concepto unitario de la necesidad, ya que a ésta se le considera de manera distinta por los diversos participantes en la transacción de la atención a la salud. Por otro lado, a partir del enfoque en que la necesidad es vista como carencia, adquiere mucha importancia el comportamiento del usuario y del prestador de servicios así como sus percepciones que, debido a que frecuentemente no coinciden, ocasionan una fuente de desajuste entre la perspectiva profesional y la del paciente, misma que

a su vez afectará la accesibilidad de los servicios de salud y limitará, ya sea por factores personales o institucionales, el que una necesidad pueda convertirse en demanda. López-Arellano y Blanco-Gil están en desacuerdo con este enfoque sobre la necesidad, ya que consideran que lleva a interpretar las percepciones y la búsqueda de atención como procesos personales y a individualizar la producción de necesidades y la búsqueda de respuestas. Sin embargo esta perspectiva ha ayudado a identificar las condiciones de salud que potencialmente pueden generar demanda de atención, y por lo tanto puede ser de utilidad en la identificación de las condiciones de riesgo o predisposición (**at risk**) que representan demanda potencial o real de atención preventiva; demanda potencial en quienes se perciben como sujetos a un riesgo que puede ser prevenido mediante atención preventiva.

La vertiente que ve a la necesidad como potencialidad de búsqueda de soluciones parte del supuesto de que las capacidades y necesidades humanas tienen un carácter sociohistórico que permite superar su ámbito biológico y que las humaniza a través de la producción económica y político-ideológica, modificándolas y posibilitando otras nuevas. Las necesidades y sus satisfactores se producen socialmente y por ello la satisfacción de las primeras no depende exclusivamente de las percepciones del usuario y el prestador de servicios, sino de factores estructurales más complejos. Satisfacer una necesidad requiere traducirla en servicios suficientes y en recursos para producir esos servicios, tomando como punto de comparación un conjunto de equivalencias entre necesidades y servicios elaboradas socialmente.

Ambos enfoques son complementarios ya que el cuidado de la salud es un derecho esencial que no se produce individualmente, pero al mismo tiempo la manera de apropiarnos de ella es un suceso individual permeado por la cultura del individuo. A su vez Donabedian propone una tercera perspectiva, la social, para incluir y reconciliar las dos anteriores.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando las necesidades no son percibidas desde la perspectiva profesional o la del usuario?, ¿qué ocurre cuando hay servicios y recursos destinados a satisfacer una necesidad pero el usuario y el profesional no tienen la misma percepción de necesidad?, ¿es posible que el prestador de servicios satisfaga las necesidades percibidas y definidas por el usuario, que de principio difieren de las que aquél identifica?, considerando además que el médico cree comprender todas las facetas de la salud y la enfermedad.

Las alternativas para satisfacer este tipo de necesidades serían:

- Contar con servicios no sólo cuantitativamente suficientes sino cualitativamente adecuados a las percepciones de la población,

- Promover cambios en la percepción de necesidades de la población para ampliar la utilización de los servicios,
- Equilibrar las diferencias entre las perspectivas de necesidad y las creencias de salud y enfermedad de profesionales y usuarios para disminuir el efecto de las barreras culturales sobre la accesibilidad de los servicios de salud.

Spector (1979) considera que se requiere insistir en explorar ideas alternas sobre la salud y enfermedad y ajustarlas para que coincidan con las necesidades del usuario específico.

### **2. 2.5.1. DEFINICION DE NECESIDADES DE SALUD**

#### **a) Necesidades por su reconocimiento y satisfacción.**

Las necesidades pueden ser o no reconocidas y satisfechas. Las necesidades no reconocidas o no satisfechas surgen de incongruencias entre las perspectivas del paciente y el profesional sobre las enfermedades y situaciones que requieren de atención. La incongruencia puede generarse por déficit o exceso en su satisfacción.

Entre los déficits o necesidades no satisfechas están:

- Los estados de salud o enfermedad que sólo el médico, o sólo el paciente, consideran que requieren de atención,
- Servicios que el usuario desea, no recibidos
- Servicios que exige la norma profesional, no recibidos.
- Recursos que desea el usuario pero que no están disponibles.

Las necesidades más relacionadas con una pobre autopercepción de riesgo de enfermar serían las que el médico considera pero que el paciente no acepta tener. Una postura optimista de la salud y de la enfermedad como ésta es opuesta al reconocimiento y satisfacción de necesidades objetivas de salud, por lo cual se plantea el uso de la autopercepción de riesgo como un método para evaluar el reconocimiento y su posterior búsqueda de satisfacción (Donabedian, 1988).

Por otro lado, en un segundo nivel de dificultad tenemos la evaluación de las necesidades sentidas pero no expresadas, que por cierto pueden equipararse con las necesidades percibidas. Estas necesidades han superado la fase del reconocimiento, pero no han alcanzado la potencia requerida para manifestarse como acciones de búsqueda de atención.

#### **b) Necesidades de acuerdo a su expresión.**

Alvarez-Manilla (1980) considera que también pueden ocurrir las necesidades sentidas y no expresadas, las cuales son difíciles de identificar pues se les equipara con deseos y percepciones individuales, en tanto que las necesidades sentidas y expresadas por medio de acciones, particularmente en la forma de demandas de atención médica, son las más fáciles de interpretar.

#### **c) Necesidades por comparación o competencia.**

Alvarez-Manilla menciona otro grupo de necesidades que son las de comparación o competencia. Estas se presentan cuando una persona o un grupo recibe un determinado tipo de atención y entonces otra persona o grupo desean tener acceso a ese mismo tipo de servicio.

#### **d) Necesidades por su nivel de detección.**

Winter y Metzner (citados en Donabedian, 1988) presentan una clasificación de necesidades que se basa fundamentalmente en la etapa de desarrollo de una enfermedad y la posibilidad de confirmarla mediante diagnóstico:

- Necesidades no detectables. Ocurren en la etapa de la enfermedad en que existe ésta pero no se puede detectar mediante la tecnología médica actual.
- Necesidad detectable. Se presentan en la etapa en que la enfermedad puede ser detectada mediante pruebas e investigaciones de laboratorio, aplicando procedimientos clínicos ordinarios.
- Necesidad percibida. Se da cuando el paciente es consciente de la presencia de la enfermedad.
- Necesidad absoluta. Incluye todo el espectro de la enfermedad desde sus inicios, incluyendo la porción que aún no puede detectarse con la tecnología actual.

Las necesidades que presentan más dificultad para su evaluación son aquellas que pueden generar una omisión de atención por falta de reconocimiento, como son:

- ◆ Los estados de salud enfermedad no reconocidos por el paciente o el profesional, que no pueden superar el estado de necesidades latentes.

### 2.2.5.2. ¿QUIÉN DEBE IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE SALUD?

Normalmente, el peso de la opinión del experto o del profesional sobre las necesidades de salud es mayor que el de la población cuando se trata de diseñar un sistema de atención a la salud, debido a que las necesidades de los usuarios son difíciles de clasificar y hacerlas objetivas. Cuando el experto logre aprender más sobre las necesidades de la comunidad, biológicas, psicológicas y sociales, habrá más congruencia entre ambos criterios.

Por lo anterior, algunos autores consideran indispensable la investigación social para definir las necesidades de salud y de atención médica por parte de los diferentes grupos sociales, ya que las necesidades no tienen una forma precisa, sino que actúan en forma específica en cada sociedad, por eso se requiere conocer tanto las necesidades de la comunidad como el punto de vista de los expertos (Alvarez-Manilla, 1980).

Un objetivo deseable de la atención a la salud debiera ser no sólo concentrarse en el bienestar del paciente sino en adaptarse a sus deseos, es decir a sus necesidades de salud definidas por él mismo. Sin embargo, se pone en duda el que las organizaciones de servicios de salud sirvan específicamente a los intereses y deseos del usuario, ya sea que los defina él o que los interpreten los profesionales de la salud (Donabedian, 1988). Los pacientes insisten en que la perspectiva de los profesionales con respecto al paciente debe incluir el punto de vista de éste.

En la prestación de servicios de salud pueden identificarse dos tipos de objetivos que requieren coincidir: los orientados hacia el usuario y los orientados a la organización; al mismo tiempo es predominante que la percepción de las necesidades de salud de la población sea compatible entre ambos actores.

#### a) Los objetivos orientados hacia el cliente son:

El acceso al servicio, el uso del servicio, la calidad de la atención, mantener la autonomía y dignidad del paciente, la capacidad de responder a las necesidades, deseos y conveniencia del paciente, y su libertad de elección.

La facilitación del acceso a la atención es el principal objetivo, de ahí la importancia dada a los programas de extensión de cobertura. La utilización de los servicios parte del acceso como condición esencial, sin embargo sólo el uso real podrá indicar si el acceso a los servicios de salud es un hecho real o existe únicamente en potencia, de ahí la importancia de conocer, además del acceso, el uso real y los factores que lo determinan, como son las barreras que lo inhiben; entre ellas a la económica se le ha concedido mucha atención aunque no siempre sea la responsable del nivel de uso de los servicios. En aquellas

instituciones cuyo uso no depende de barreras económicas, sus estrategias no debieran dirigirse exclusivamente a incrementar el acceso sino a ajustar el uso a las necesidades del usuario, mediante la manipulación de otras de las barreras de la utilización de los servicios (ver apartado 2.2.4.1).

Sin embargo, ¿quién debe definir las necesidades de salud del usuario? Al definir las profesionalmente no estamos garantizando el uso de servicios de salud, pues como menciona Donabedian, no debemos ni podemos obligar a la persona a recibir la atención sólo para garantizar que a cada necesidad le corresponda equitativamente un uso. Dado el absurdo que resulta manipular de este modo la utilización de servicios, las alternativas podrían ser:

- Ofrecer mínimamente servicios iguales para necesidades iguales,
- Eliminar las barreras de los servicios no relacionadas con los costos, principalmente las de tipo psicosocial como las creencias de salud para incrementar el reconocimiento de necesidades de salud (autopercepción de salud, de enfermedad y de riesgo). Esto implica incrementar la accesibilidad del servicio y se esperaría que también su utilización.
- Otra estrategia sería organizar la prestación de los servicios de salud sobre la base de las necesidades de salud sentidas y manifestadas por la población. Esta estrategia permitiría cumplir con el objetivo de responder a las necesidades, deseos y conveniencia del paciente, así como el de darle libertad para elegir.

#### **b) Los objetivos orientados a la organización.**

Estos son el control de costos, la calidad de la atención, su eficiencia, ser fuente de empleo y mantener la capacidad de atraer a los usuarios; responden básicamente a su sobrevivencia y su propia definición de necesidades de salud. Por ejemplo, en las instituciones para población abierta sería muy difícil mantener la capacidad de atraer a los usuarios e incrementar la utilización de servicios, en especial los preventivos, sino se conocen las características culturales y psicosociales de la población amparada, y especialmente su percepción de necesidades de salud.

Es probable que la visión que tiene el paciente de su necesidad difiera de la del médico, aunque en algún grado esté sometida a la visión "científica" de la enfermedad; su visión está matizada por sus creencias populares, pues aún cuando acepte la visión científica no conoce bien la definición científica de las enfermedades; sólo hay una coherencia parcial entre las dimensiones de necesidad que da el médico y las del paciente. El grado máximo de incongruencia ocurre cuando el paciente pertenece a un grupo con una cultura

diferente o a un grupo sumamente marginado de la sociedad, o bien cuando el médico tiene una visión predominantemente somática de la salud y enfermedad. Desde la anterior perspectiva destacan dos fenómenos:

- a) En casi todas las poblaciones, sobre todo en las menos privilegiadas, existe una gran reserva de necesidades latentes, no reconocidas y no satisfechas.
- b) Los servicios de salud no pueden o no quieren resolver aquellas necesidades en las que no coinciden con la población en la percepción de sus necesidades. Los profesionales no toman en cuenta aquellas referencias de necesidad de los pacientes que consideran inapropiadas o excesivas, en las que creen ver un "abuso" hacia los servicios de salud. Esas necesidades podrían no ser un abuso sino necesidades legítimas.

A partir de estos dos fenómenos surgen dos cuestionamientos:

¿Es posible que los servicios de salud identifiquen las necesidades de salud desde el punto de vista del usuario?, ¿Puede el usuario identificar sus necesidades de salud? Donabedian (1988) considera que el usuario tiene serias limitaciones en el conocimiento de sus verdaderas necesidades de atención médica así como de los sitios que prestan mejores servicios, etc. Menciona así mismo que resolver dichas limitaciones requeriría de un usuario bien informado y medianamente racional.

A esta dificultad se agrega:

- a) El que las "verdaderas necesidades de atención médica" (sic) (Donabedian, 1988) difieren de las evaluaciones subjetivas y deseos inmediatos del individuo;
- b) Que existe un desajuste entre las necesidades de atención a la salud definidas profesionalmente y las definidas subjetivamente, y que de ese modo no es posible satisfacer al administrador de la atención médica ni a los usuarios;
- c) Los servicios de salud no son placenteros, producen ansiedad y pueden ser dolorosos, lo cual causa renuencia a buscar y elegir racionalmente un servicio. Donabedian cree que se requiere mayor convicción y conocimiento para vencer esta barrera;
- d) El control efectivo del usuario sobre la elección del servicio que adquiere está fuera de la realidad debido a una serie de barreras socioeconómicas, culturales y psicosociales, a que frecuentemente los episodios de alteración de su salud son impredecibles y no planeados, y a que no existe una cultura preventiva ni en usuarios ni en profesionales.

### 2.2.5.3. IDENTIFICACION DE UNA NECESIDAD DE SALUD PREVENTIVA.

El sistema de atención médica está destinado a satisfacer una necesidad. Por lo cual definir una necesidad, medirla y juzgar qué tanto ha sido satisfecha, son las principales preocupaciones de los administradores de servicios de salud.

Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad, que puede percibirse como alteración de la salud o del bienestar y que es detectada en primera instancia por el médico o por el paciente, generándose el proceso de búsqueda de atención y la toma de decisiones adecuada para obtener la atención preventiva, curativa o rehabilitatoria (ver figura no. 3)

COMPORTAMIENTO DE LOS CLIENTES

COMPORTAMIENTO DE LOS OTORGANTES

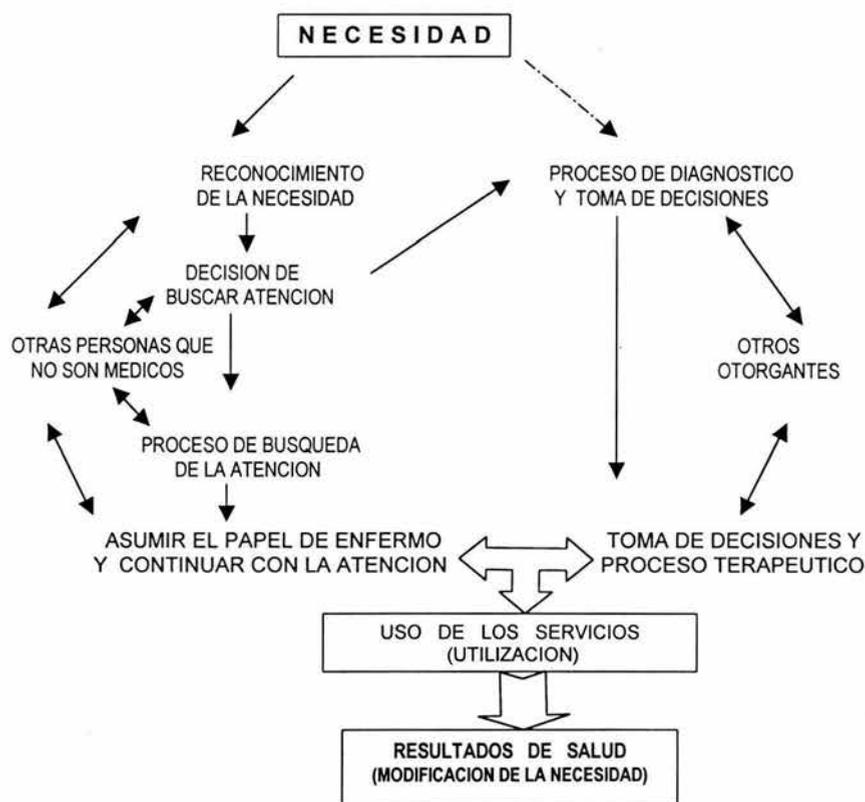


Fig. 3. Modelo del proceso de atención médica de Donabedian (1988), pp. 72.

El proceso de atención médica inicia con la detección de una necesidad, en presencia de síntomas, sin embargo las necesidades de tipo preventivo no se ajustan a dicha descripción, pues la mayoría de las veces las personas no perciben una necesidad cuando no existen síntomas. Para salvar este problema se propone enriquecer el concepto de percepción de necesidades de salud con el de percepción de riesgo, a partir del cual sería más factible detectar las necesidades de tipo preventivo desde el punto de vista del usuario o del prestador de servicios; este concepto permitiría modificar una necesidad no reconocida por una reconocida, una no expresada por una expresada. Este proceso de detección de necesidades preventivas sería un poco diferente del descrito en la figura 3, ya que en lugar de asumir el papel de enfermo, el paciente asumiría la presencia de un riesgo y por tanto una conducta preventiva. A su vez el eje profesional del modelo suprimiría el proceso terapéutico.

De hecho no se ha encontrado un modelo que describa específicamente el proceso de atención preventiva, aunque claro con algunas reservas podemos emplear el antes descrito si consideramos que, antes de que se haga evidente una enfermedad, el médico puede sospechar (basándose en la historia familiar del paciente, su constitución y hábitos personales) una propensión a cierta enfermedad y detectar la enfermedad antes de que el paciente presente síntomas o crea tener un riesgo de desarrollarla. De acuerdo con el modelo, el médico inicia este proceso como parte de un modelo preventivo y pasa posteriormente a definir al paciente, antes aparentemente sano, como enfermo, por lo que el paciente debe asumir la conducta de enfermo si continúa el proceso diagnóstico con otros profesionales o el rol de enfermo si se asume como tal.

### **¿Puede el usuario identificar necesidades de salud preventivas?**

El usuario es capaz de evaluar si se han satisfecho sus necesidades de atención médica, pero no resulta tan sencillo cuando trata de evaluar si le han sido satisfechas sus necesidades de atención preventiva, ya que si éstas no reciben atención, suponiendo que hayan sido advertidas, no se provoca ningún perjuicio inmediato, aun cuando los efectos a largo plazo pueden ser graves.

Por otro lado, el control que tiene el usuario sobre la elección de servicios de salud preventivos es aún menor que para los servicios curativos. La mayoría de la gente debe presuponer que tiene una necesidad de atención médica, o que está en riesgo de requerirla, y someterse a observación médica antes de que se pueda determinar en forma definitiva la necesidad de atención. Sin embargo el paciente no tiene control de la selección y utilización de un servicio preventivo si no tiene previamente la percepción de un riesgo.

#### **2.2.5.4. DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y DEL DESEO DE ATENCION**

Algunos factores de carácter psicosocial pueden convertirse en importantes barreras o facilitadores de la identificación de necesidades de salud y del deseo de su atención. Estos se relacionan con aspectos cognitivos y prácticas de salud de los individuos, como son, por ejemplo:

- Creencias relativas a la salud (cuando considerarse enfermo, autoevaluación de la propensión a enfermar).
- Cómo dar solución a la necesidad de atención
- Confianza en los sistemas de atención a la salud.
- Tolerancia al dolor
- Identificación de incapacidad

Tanto los determinantes de la identificación de necesidades como los del deseo de atención se componen de fenómenos comportamentales, cognitivos y actitudinales del individuo, mismos que se establecen en el proceso de contacto con las prácticas de salud culturalmente transmitidas. El contacto con instituciones de salud, o bien con alguna otra fuente generadora de información sobre salud va a afectar las conductas relacionadas con la salud: la conducta preventiva en salud, el rol de enfermo y la conducta de enfermo, así como el prestador de servicios seleccionado, el tradicional o el medicalizado. Sin embargo, la adquisición de información no necesariamente va a reflejarse en incrementos en la utilización de los servicios o en el ejercicio de conductas de autocuidado (Pérez-Vargas y Bautista-Peña, 1990b).

En el apartado de psicología de la salud se describen ampliamente los factores psicológicos antecedentes de la salud y enfermedad, que fundamentan a partir de esta disciplina, los conceptos antes citados así como su papel de barreras o facilitadores de la conducta relacionada con la salud: determinantes de la identificación de necesidades y del deseo de atención.

## **2.3 LA PLANEACION EN SALUD: UNA PERSPECTIVA PSICOLOGICA**

La cultura es un concepto macro que permite estudiar la conducta de grupos humanos, sin embargo al estudiar la conducta de salud es pertinente tender un puente entre la influencia cultural de los grupos y la dimensión individual de las alteraciones orgánicas, el puente entre ambos niveles de análisis es la dimensión psicológica, a través de factores psicosociales como las creencias, valores, actitudes y conductas de los individuos de grupos sociales específicos.

La planeación en salud y sobre todo la relacionada con servicios preventivos debe considerar estos tres niveles de análisis para entender la complejidad de la conducta de salud de los usuarios y las concepciones de los prestadores de servicios.

### **2.3.1. LA CULTURA Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD.**

Para Fejos (en Spector, 1979) la cultura es:

“La suma de características socialmente heredadas de un grupo humano comprende todo lo que una generación puede decir, expresar o transmitir a la siguiente; en otras palabras los rasgos no físicos que poseemos”.

Es el equipaje que llevamos por la vida. Es la suma de creencias, prácticas, hábitos, gustos, aversiones, normas, costumbres, rituales, etc., que aprende un individuo de su familia en los años de socialización, mismos que va a transmitir a sus propios niños casi inalterados. En consecuencia, las creencias, pensamientos y conductas, consciente o inconscientemente son determinadas por el ambiente cultural.

Twaddle y Hessler (1977) consideran que hay una dimensión cognitiva en el concepto de cultura:

“La gente no actúa como autómatas que responde mecánicamente a una situación en una estructura social, sino en términos de lo que piensa sobre su propia conducta; tiene valores que la ayudan a dar prioridades y resolver conflictos. Esos elementos...pueden pasar de una generación a la otra...son compartidos entre los miembros de una sociedad o grupos de una sociedad”.

El individuo utiliza las normas de una sociedad o grupo como criterios para la conducta aceptable, para lo que debe hacer. Las reglas pueden ser amplias o específicas, según la cantidad de personas que las comparten. A su vez el individuo comparte las creencias de su grupo social, que son su sentido colectivo de lo que es real y se presentan como afirmaciones descriptivas. Son puntos de vista distintivos de la gente que las comparte.

Los valores de los individuos son criterios usados para ordenar prioridades y hacer elecciones en situaciones de conflicto a favor de bienes fundamentales. En algunos grupos sociales hay una fuerte ética de trabajo y en otros el valor principal es la salud, por lo que sobre la base de una selección de valores ordenada jerárquicamente se toman decisiones. Una manera específica de conocer a fondo las características psicosociales de las etnias o grupos sociales es precisamente a través de sus normas, creencias y conductas, que permiten establecer diferencias entre ellas (Twaddle y Hessler, 1977).

En un sentido general, todos los individuos son etnias por ser portadores de culturas identificables; en un sentido más estricto, la identidad étnica está relacionada con una ubicación geográfica o religión, habiendo países cuyos habitantes tienen sustanciales diferencias culturales, es decir, diferentes grupos étnicos; en sentido popular, las etnias son grupos que no están totalmente asimilados (Twaddle y Hessler, 1977).

Todos los aspectos antes mencionados aseguran que las personas no entrarán a la misma situación con percepciones idénticas o con metas totalmente compatibles.

Hasta aquí hemos revisado aquellos aspectos de tipo cultural que dan lugar a los distintos significados que comparte cada grupo social, su autoidentidad e idea de realidad social, los cuales permiten estudiar variables individuales como son las actitudes, creencias y acciones de usuarios y prestadores de los servicios de salud, sin que ello implique minimizar el papel que juegan los factores institucionales como causas de la accesibilidad y distribución de los servicios de salud. El enfoque de este trabajo pretende combinar ambos aspectos, ya que se interesa en el marco de referencia psicosocial del usuario y su relación con la toma de decisiones en la búsqueda de la salud y de los servicios de salud adecuados, para que a partir de dicho conocimiento puedan planearse servicios de salud preventivos sensibles al tipo de usuario. Es decir, partimos de que la búsqueda de una relación usuario-prestador de servicios de salud más productiva, los incluye a ambos.

Ambos factores, individual e institucional pueden parecer limitados por separado, ya que ni la estructura de los servicios de salud ni los significados del usuario atribuidos a la salud o a los servicios de salud son determinantes por sí mismos del uso de los servicios; deben considerarse los significados propios de la cultura del usuario y el prestador de servicios, así como la estructura organizacional de los servicios permeada por la relación de clase de ambos factores.

### 2. 3.1.1 CULTURA Y CREENCIAS DE SALUD

La salud perfecta es un estado hacia el que se orienta la gente más que algo que espera obtener. Ser saludable es una meta que la mayoría de la gente podría definir como deseable sin importar su cultura, lo cual no implica que se comportará de modo consistente con el mantenimiento de una buena salud. La salud es una meta que a veces compete con otras como el nivel social, la autoestima y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias. La importancia de la salud, según algunos autores, depende de un cálculo en el que el valor de mantenerse saludable o recuperar una salud alterada debe evaluarse contra los beneficios y costos de la obtención de otras metas.

Los factores culturales como normas, creencias y valores tienen gran peso en distintas creencias de salud, por ejemplo, en la definición que se hace de una persona como sana o enferma; dicha definición es el producto de una negociación entre el individuo y actores importantes de su medio social. Para entender por qué llega a definirse a un individuo como sano o enfermo, debe conocerse:

- a) Cuáles son los roles de sano que definen el significado de saludable en un grupo o individuo específico,
- b)Cuál es la naturaleza específica de los signos y síntomas del rol de sano,
- c) La utilización de un proceso de negociación o pacto del individuo "sano" con su grupo social que lo define como tal,
- d) Las recompensas y costos atribuidos a las diferentes clasificaciones o redefiniciones del estado de salud de un individuo,
- e) A su vez, hacer el juicio de que se está enfermo depende de los antecedentes de lo que cada individuo o grupo considera como normal.
- f) Las capacidades emocionales y físicas que se requieren para sentirse bien y desarrollar actividades cotidianas, servirán para definir la existencia de una incapacidad importante.

La conducta de enfermo se fundamenta en una línea base de bienestar, con significado particular para cada grupo o persona. La posibilidad de que sean notados cambios a partir de la línea base depende en gran parte de factores culturales como: la cultura general, la identidad étnica, los patrones de influencia, factores situacionales, etc. Al identificar las creencias sobre una buena salud, aparecen consistentemente las relacionadas con la capacidad para realizar actividades cotidianas, y tienen menos peso las condiciones orgánicas (Bauman,

1964; Herzlich, 1964, citados en Twaddle y Hessler, 1977). Sin embargo Twaddle (1969, citado en Twaddle y Hessler, 1977), al estudiar hombres maduros encontró que relacionaban su estado saludable con aspectos como la ausencia de condiciones médicas identificables, haberse recuperado de enfermedades serias, ser considerados saludables por el médico, y no tener la expectativa de estar enfermos. En esta muestra no se refirieron las capacidades individuales como un motivo de su autopercepción de salud. Se ha visto que la creencia de normalidad no es uniforme de una persona a otra, sin embargo es posible emplear el significado de cada individuo como una línea base para valorar cambios en sus creencias.

Se ha identificado la existencia de un concepto de salud familiar. Stahl (1971, citado en Twaddle y Hessler, 1977), sugirió que las familias tienen un "estado de salud" que consiste de la manera en que perciben la enfermedad y responden a los síntomas. A esto debe agregarse la existencia de una percepción familiar de salud y una manera característica de practicar la conducta preventiva. El estado familiar de salud incluye el nivel objetivo de salud y enfermedad y se pasa de una generación a otra.

### 2.3.1.2. FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS DE SALUD.

#### a) Situacionales

Diversos factores pueden limitar el que una persona se autoperciba en riesgo de enfermarse o que sea capaz de identificar el inicio de síntomas. Twaddle y Hessler (1977) mencionan los factores situacionales que están relacionados con la ocurrencia de **cambios en la vida de una persona**, que ponen en duda su salud. Se han estudiado los cambios que producen problemas de salud, encontrando que la aparición de síntomas es atribuida a enfermedad básicamente cuando son de reciente inicio y por ello se les considera nuevos; cuando los cambios interfieren con las actividades normales ocasionando a su vez cambios en la capacidad o habilidad para actividades consideradas normales o cuando hay cambios emocionales. La evaluación de los cambios puede tener una influencia normativa, generando mayor preocupación cuando se ven afectadas las habilidades para tareas consideradas normales o cuando se presentan cambios emocionales considerados no deseables (Bronfman, et al. 1977)

#### b) Orgánicos

Los factores orgánicos, que ocurren en forma de signos y síntomas, dificultan mucho la identificación de enfermedades, ya que estos cambios son sólo señales

de cosas a explorar; por otro lado, una prueba más de lo limitados que son los signos y síntomas para autodefinirse como enfermo, consiste en que la gente se acostumbra a ellos y llega a verlos como normales. Se ha demostrado que el médico encuentra más problemas orgánicos en la revisión médica que los reportados por el paciente, por lo cual es más frecuente en las enfermedades crónicas. Ver los síntomas como normales o causados por algo diferente a la enfermedad evita el reconocimiento de la enfermedad (Twaddle y Hessler, 1977).

Kenneth (1979) después de hacer comparaciones de morbilidad entre grupos culturales, concluye que hay por lo menos dos formas de que los signos considerados como indicadores de problemas en una población, pueden ser ignorados en otras.

En la primera forma, cuando la enfermedad está bastante extendida, su gran prevalencia podría ser una razón para no considerarla "sintomática" o inusual (Ackerknecht, en Kenneth, 1979). Dos ejemplos son la diarrea y tos entre los México-americanos, que son consideradas como estados normales, aunque ello no significa que se les vea como "buenas", sino naturales e inevitables, siendo ignoradas como sino fueran de consecuencias. Debido a que algunos síntomas siempre están presentes, ciertas poblaciones o culturas no tienen marco de referencia por el cual considerarlas como desviaciones.

En la segunda forma, ocurre un "ajuste" de ciertos signos con los valores de una sociedad, el cual explica el grado de atención que recibe dicho signo. Las alucinaciones, según Kenneth, son bien vistas en algunas sociedades, mientras que en las occidentales pueden ser signo de psicosis. Esto indica que no es el signo mismo o su frecuencia lo significativo, sino el contexto social en el que ocurre y dentro del cual es percibido y entendido.

La medida en que son notados los síntomas y la importancia que se les dé, va a relacionarse comúnmente con el impacto esperado sobre las actividades normales del sujeto.

### **c) Etnicos**

Se ha demostrado que la etnia es otro factor que afecta la clasificación de sano o enfermo y las respuestas diferenciales a condiciones similares, aspectos que han sido medidos a través de la autopercepción del estado de salud. Kenneth (1979) midió cómo se perciben a sí mismos los irlandeses, encontrando que se consideran con mala salud y seriamente enfermos en el pasado, lo cual se relacionó con sus recientes visitas al médico. A diferencia de estos, los italianos no se creyeron tan enfermos, aunque no había una razón aparente para estas discrepancias ya que en ambos grupos fueron semejantes los desórdenes reales evaluados por un médico.

Henry (1963, citado en Spector, 1979) menciona que la salud y enfermedad pueden ser interpretadas y explicadas sobre la base de la experiencia y expectativas personales, siendo variadas las posibilidades de determinar lo que esos estados significan en la vida diaria. Aprendemos de nuestro medio étnico y cultural cómo estar sanos, cómo reconocer la enfermedad y cómo estar enfermos.

Por otro lado, el significado atribuido a las nociones generales de salud y enfermedad se relaciona con los valores culturales básicos que ayudan a los individuos de cada grupo social a definir sus experiencias y percepciones específicas, a su vez existen distintos modos de comunicar la misma enfermedad en dos grupos étnicos distintos, lo cual puede reflejar valores mayores y modos preferidos de manejar los problemas dentro de cada cultura.

Las diferencias en la cantidad de síntomas manifestados por dos grupos étnicos pueden ser entendidas en términos de su expresividad y expansividad, sin embargo, la expansividad al grado de caer en la exageración de síntomas no siempre es una cualidad expresiva, ya que la dramatización puede más bien representar un mecanismo de defensa. Así mismo, hay grupos reacios a admitir síntomas, y quizá hasta riesgos de salud, por medio de mecanismos de negación.

#### **d) Conocimiento**

El conocimiento sobre la salud es un tema amplio, sin embargo podemos mencionar a manera de ejemplo: la forma de entender la salud y enfermedad, el concepto de cultura y el modo en que afecta ésta a la conducta de salud de las personas, el reconocimiento de las necesidades personales de salud, el conocimiento de las estrategias curativas tradicionales y profesionales, entre otros puntos (Spector, 1979).

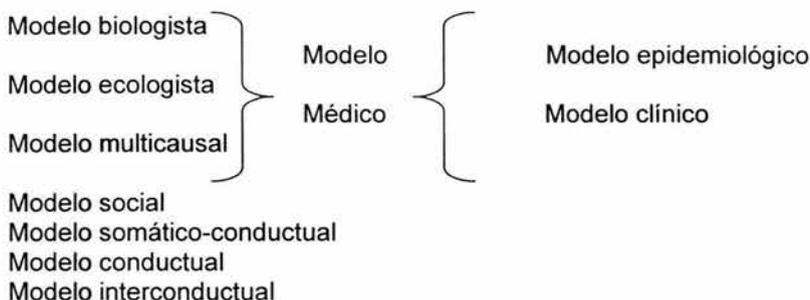
Por otro lado, en general todo tipo de percepciones sobre la naturaleza, severidad o riesgo de una enfermedad, van a depender de lo que se conozca sobre ella.

#### **e) Religión**

La religión juega un papel muy importante en la percepción de salud y enfermedad, y al igual que la cultura y la etnia es un fuerte determinante de la interpretación que hacen los individuos de su medio y de los eventos; la religión afecta mucho la forma en que la gente interpreta y responde a los signos y síntomas de una enfermedad, su recuperación, tratamientos, etc. De hecho, es a veces difícil distinguir cuáles aspectos del sistema de creencias de una persona se deben a sus antecedentes religiosos y cuáles a su herencia cultural y étnica.

### 2.3.2. UN MODELO PSICOLOGICO DE LA SALUD

Considerando los modelos de salud como aquellos conceptos de salud y sus prácticas de salud asociadas, que impulsan un pensamiento social específico sobre dicho campo. En el siguiente listado pueden identificarse una variedad de ellos así como sus posibles relaciones (Pérez-Vargas, 1988):



El modelo médico-biológico de la salud como continuo balance entre salud-enfermedad, hace énfasis en las condiciones del organismo. No obstante que se reconoce la importancia de factores genéticos y externos al organismo, se ve a la salud como un estado intrínseco del organismo que debe resistir los factores nocivos del medio (Ribes, 1990).

Sin embargo, Ribes considera que la significación médica de la salud como carencia de enfermedad constituye sólo uno de sus elementos. Como es aceptado generalmente, las alteraciones biológicas definitorias de la enfermedad no pueden desvincularse, en su génesis y manifestaciones de las circunstancias ecológicas y socioculturales que las propician.

Es importante mencionar que aún cuando existen diferencias en las concepciones naturales o sociales del término salud, ambas se ven dominadas por el modelo médico. Contrariamente a lo que pudiera creerse, los modelos sociales no se han desligado del dominio médico en dos formas:

- a) Primero porque siguen asociando la salud con la enfermedad, interpretándolas como "proceso de salud-enfermedad", no obstante que ambos conceptos pertenecen a niveles de análisis cualitativamente diferentes:

"La enfermedad tiene un referente anatómo-fisiológico, asociado a criterios normativos, la salud no tiene referentes directos, es una creación cultural e histórica, y puede tener como referentes indirectos a fenómenos biológicos, psicológicos o sociales" (Pérez-Vargas, 1988).

- b) Segundo, debido a que las soluciones que ofrecen así como las prioridades de investigación persisten siendo médicas.

Así mismo, de acuerdo a Rosenstock y Kirscht (1979), el modelo sociocultural de la salud destaca la relación entre ausencia de enfermedad y condiciones de vida, tanto de tipo físico como sociocultural. Este modelo concibe al individuo preso de la enfermedad que propicia de manera inevitable el medio. Un ejemplo es el modelo de red social de Suchman (citado en Rosenstock y Kirscht) que destaca el papel que tiene la ubicación del individuo dentro de su grupo sobre la adhesión a las recomendaciones médicas y la utilización de servicios de salud.

Aún cuando a partir de ambos modelos es posible generar programas de atención de tipo preventivo, curativo o rehabilitatorio, su aplicabilidad deriva de que el factor empírico tan diferente al que aluden, se replantee de modo práctico mediante lo que Ribes (1990) llama **un eje mutuamente vinculador** que es el comportamiento como práctica idiosincrática de un organismo socializado, que es su dimensión psicológica. La dimensión psicológica no es un simple complemento del funcionamiento biológico para explicar el estado de salud de un individuo, sino la dimensión individual de un organismo en relación con su entorno. De este modo su estado de salud-enfermedad es el reflejo de una práctica interactiva particular (Ribes, 1990).

No debemos ignorar que algunas teorías psicológicas tradicionales ejercen un modelo curativo de la salud, que las lleva a depositar un criterio "patológico" en los individuos que supuestamente deben ser adaptados o curados, siendo entonces los factores sociales algo ajeno al hombre. La misma psicología necesita transitar hacia una práctica constructiva como la prevención (Ribes, 1982), ya que no es el individuo ni la sociedad por separado quienes crean los problemas de salud, éstos se dan en el proceso de construcción y autoconstrucción social al que se adhieren individuos concretos.

El ambiente social va a **modular** todas las condiciones interactivas del individuo, incluso las que sostiene con su medio físico, a partir de la práctica cotidiana de quienes lo componen, pues como mero fenómeno social se encuentra en un nivel de análisis de distinta complejidad y por ende de carácter abstracto y macro incapaz de explicar o modificar por sí mismo el estado de salud de cada integrante. Ribes (1982) considera que si bien no es posible que toda alteración del estado de salud enfermedad encuentre explicación en la práctica social del individuo, el hecho de que éste manifieste conductas de atención a la salud de tipo preventivo, curativo o rehabilitatorio, así como la adquisición de enfermedades, se relacionan con su participación activa que es la dimensión psicológica de la salud.

“El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones rehabilitativas” (Ribes, 1990).

Un modelo psicológico de la salud constituye un modelo de interfase entre los modelos biológico y sociocultural, que permite relacionar fenómenos de dos niveles lógicos diferentes. Los modelos biológico y sociocultural son insuficientes ante la investigación de los factores individuales intervinientes en la realización de conductas preventivas, búsqueda de atención y adherencia a las recomendaciones profesionales de tipo preventivo, pues ambos aluden a niveles de análisis de la salud en los que no aparece la práctica interactiva del individuo (Ribes, 1990).

Epstein y Ossip (1979), partiendo de un enfoque teórico diferente pero con una preocupación semejante a la de Ribes respecto de la importancia de los factores psicológicos sobre la conducta, estado de salud y conducta de atención a la salud, presentan una revisión de dos modelos teóricos de la conducta de salud con los cuales supone que es posible mejorar la **utilización de servicios de salud**, que son el modelo de creencias de salud de Rosenstock y el conductual de Fábrega; ambos modelos se adaptan bien al mejoramiento de la prestación de dichos servicios, en tanto que muchos de los problemas encontrados en la prestación de servicios pueden ser conceptualizados en términos de conducta.

Estos autores consideran que podrían desarrollarse servicios de salud más integrados si se apoyan en la investigación sobre aspectos de carácter comportamental como: la forma óptima de atraer a la gente al sistema de salud y de mantenerla en éste mientras se le dan servicios de salud de alta calidad. Así mismo, creen que puede ocurrir el impacto total de la atención a los problemas de salud si los sistemas de salud se diseñan buscando darles un uso amplio, correcto y eficiente, sin embargo el problema sigue siendo que la atención a la salud no se presta de modo organizado y sistemático.

Para Stone (1979) no hay teorías psicológicas amplias del sistema de servicios de salud, sin embargo algunas están trabajando sobre segmentos y aspectos específicos del mismo, como son por ejemplo los siguientes cuatro dominios teóricos: la teoría de la adaptación, la de afrontamiento, la psicósomática y las de conducta de salud. Cada una de éstas se encuentra vinculada con teorías psicológicas específicas de diferencias desde mínimas hasta básicas en sus supuestos teóricos. En este trabajo se profundizará en una de las teorías de

conducta de salud, el modelo de creencias de salud, que es con el que más se ha trabajado.

### 2.3.3. UNA ORIENTACION PSICOLOGICA DE LA PLANEACION DE SERVICIOS DE SALUD.

La planeación en salud comprende muchas variables; generalmente se realiza a nivel del sistema social, que implica los valores de la sociedad así como consideraciones económicas y políticas, sin embargo, también se interesa por la comprensión y predicción del pensamiento, el afecto y la conducta de sus usuarios, que pueden considerarse como los **correlatos psicológicos de los valores de la salud** (Adler y Milstein, 1979).

Las decisiones de los planeadores de servicios de salud se basan en supuestos sobre las necesidades, valores, actitudes y acciones tanto de los usuarios como de los proveedores de servicios de salud, consideradas frecuentemente "**deseos**" cuando provienen de los usuarios y necesidades a las identificadas por los prestadores de servicios de salud. Por su parte, el proceso de toma de decisiones del usuario está sujeto a la influencia de las mismas variables psicológicas. En suma, en cualquier modelo de planeación está implícito un modelo del funcionamiento psicológico humano. Algunos de estos modelos y sus componentes pueden ser consistentes con la teoría y el conocimiento psicológico, aunque otros no.

La planeación en salud tiene implícitos algunos modelos y supuestos psicológicos que Adler y Milstein sugieren replantear específicamente con una perspectiva psicológica, la cual permite identificar nuevas necesidades y oportunidades para enriquecer la investigación acerca de la planeación, con una orientación psicológica.

La planeación debe considerar la representatividad de los servicios de salud dentro de la comunidad cubierta, para lo cual es importante definir las dimensiones de las necesidades percibidas, los valores y acciones en salud, etc., que representan mejor los valores relevantes de los usuarios, ya que debido al traslape de los grupos sociales y a la autoselección del grupo de usuarios, quizá el sistema de atención a la salud no posee los valores de salud típicos que se esperan encontrar en él.

El conocimiento de necesidades y deseos de los usuarios es principalmente una cuestión psicológica, lo mismo que los procesos para su medición que, entre otras técnicas, emplean un muestreo representativo de opiniones (Parker y Srinivasan, citados en Adler y Milstein, 1979), basado en escalas actitudinales.

### 2.3.3.1. LAS ACTITUDES EN LA PLANEACION DE SERVICIOS DE SALUD

Aunque el esfuerzo para encontrar predictores de las conductas de salud ha cubierto un amplio rango de variables y actividades de salud (señales ambientales y características de personalidad), mucho del esfuerzo se ha enfocado sobre los determinantes actitudinales de la conducta en salud.

En la aproximación actitudinal la atención se ha enfocado principalmente sobre la relación entre creencias de salud y la ejecución de conductas de salud. Con la finalidad de predecir la ejecución de conductas de salud, muchos estudios han investigado la **fuerza de las creencias** apoyadas en variables del modelo de creencias de salud de Rosenstock, como son: la susceptibilidad percibida, severidad percibida de la enfermedad y costos y beneficios percibidos. Hecker y Ajzen (citados en Millar y Millar, 1993) consideran que sólo puede encontrarse relación entre la actitud y la conducta cuando el nivel de medición de la actitud corresponde al nivel de medición de la conducta, es decir, cuando se observan conductas específicas de salud sólo van a encontrarse relacionadas con actitudes específicas a la salud.

Millar y Millar proponen que el estudio de la relación actitud-conducta sólo puede lograrse si se conciben las actitudes como **entidades multicomponentes**, ya que para ellos la actitud puede conocerse a partir de una evaluación global basada en el **afecto y la cognición y como variable dependiente a la conducta**. Generalmente se considera que el componente cognitivo contiene la codificación de atributos y creencias sobre el objeto de la actitud, en tanto que el componente afectivo contiene emociones y sentimientos. El modelo de creencias de salud se enfoca básicamente sobre las creencias (cogniciones) e ignora los determinantes afectivos de la conducta en salud, respecto de lo cual se ha generado una discusión tratando de probar cuál es el componente con mayor peso en la presencia de las conductas de detección de enfermedades y las de promoción a la salud (Millar y Millar, 1993).

Por otro lado, aunque se tienen algunos conocimientos de los factores que podrían apoyar la planeación de los servicios de salud, se ha agregado un obstáculo particularmente importante en el caso de los servicios para población abierta que es la baja posibilidad de determinar un usuario tipo, ya que el acceso de usuarios al sistema no depende del azar sino de su autoselección, lo cual ocasiona una sobrerrepresentación de ciertos **valores y actitudes** provenientes de diferencias en las experiencias, expectativas y recursos propios del grupo de usuarios, en comparación con la población amparada no usuaria, es decir, se requiere que los servicios de salud representen también a los usuarios muy esporádicos y a los totalmente apartados, por lo que es necesario planear servicios de salud representativos para ambos tipos de usuarios. Seeman y Evans (citados en Adler y Milstein, 1979) creen que ese tipo de individuos

muestra desesperanza e impotencia, características que se relacionan con una menor conducta de búsqueda de información sobre sus enfermedades, lo cual a su vez les disminuye el sentimiento de control sobre su salud.

Una representación más precisa del usuario de servicios de salud requiere entonces conocer sus necesidades, codificadas a partir de sus creencias; preferencias, detectadas a partir de sus afectos; y sus valores, para fundamentar una planeación exitosa de los servicios. De cualquier modo, la planeación de un servicio de salud representativo de la población que ampara, debe considerar también los efectos que la edad, asociada al nivel objetivo de salud, la experiencia en salud y enfermedad y el efecto que otras variables ocasionan sobre sus valores u otros componentes actitudinales, ya que aspectos como la calidad, acceso y utilización de servicios, entre otros, podrían verse afectados al planear para un usuario que suponen representativo de la población sin serlo.

#### **a) Necesidades y preferencias de usuarios en la planeación de servicios de salud.**

La información sobre las necesidades y preferencias del usuario –sentidas o no, expresadas o no- es la base de una planeación representativa del punto de vista del usuario, en tanto que otro tipo de planeadores pueden utilizar sus creencias personales sobre el interés del usuario, generando así una falta de congruencia entre los enfoques de usuarios y planeadores, donde los primeros consideran saber lo que desean y los últimos creen saber lo que la población necesita. Adler y Milstein (1979) cita algunos estudios en que las grandes diferencias entre las necesidades percibidas por el usuario y el planeador, han ocasionado el fracaso de programas de atención a la salud por el rechazo de la población a programas como el de fluor, calificado por los planeadores como útil, no doloroso y barato, o el de inserción gradual a sus hogares de los prisioneros de guerra de Vietnam. Pero, ¿quién tiene la razón?, ¿cómo asegurar que el deseo del usuario es necesariamente el mejor indicador de su necesidad?.

- **El uso de los deseos en salud como indicadores de necesidad de atención.**

El problema de basar las decisiones para la planeación de servicios de salud en lo que desean los usuarios o en las necesidades identificadas por los profesionales, nos indica la existencia de una diferencia conflictiva. **El deseo es la preferencia actual dentro de un grupo de elecciones disponibles, en tanto que la necesidad refleja cómo será recompensada la elección que se haga, es decir cómo será recompensada por el prestador de servicios que reconoce**

una necesidad (Adler y Milstein, 1979). Como se presentará adelante, algunas teorías psicológicas podrían tomar diferentes posiciones al respecto de si el deseo expresado es de hecho el mejor indicador de necesidad, pero en general todas tratarían de identificar los deseos y necesidades en salud, cómo se relacionan los deseos y necesidades con la experiencia en salud, con la personalidad, las actitudes y los valores, cuáles son las condiciones en que los deseos expresados representan o no a las necesidades de salud, cómo modificar las actitudes y conductas que lleven a disminuir las discrepancias entre los deseos y necesidades de salud, etc.

La planeación de servicios de salud puede apoyarse en la medición actitudinal del deseo como una manifestación de la necesidad. Se miden las actitudes (y sus diversos componentes) de los usuarios hacia la localización o necesidad de un nuevo servicio o equipo; sus creencias sobre las consecuencias de un nuevo servicio; sus sentimientos positivos o negativos hacia diversos servicios; ¿qué políticas de salud apoyaría la población?, ¿qué acciones estarían dispuestos a realizar?, etc. Según cada caso, puede ser más útil medir ciertos aspectos de las actitudes, como son: los cognitivos o de creencias, los sentimientos, las intenciones hacia la acción o la acción misma.

Las actitudes de carácter privado, tienen la ventaja de que podrían facilitar una medición representativa de los sentimientos y creencias reales de las personas, de modo que estarían más relacionadas con las necesidades y con la toma de decisiones en salud. Sin embargo, existen limitaciones para representar las necesidades por medio de la referencia de los deseos, mismas que se desprenden de diversos problemas como el de medición, información deficiente y posturas teóricas conflictivas de la relación deseo-necesidad.

Además de la contribución metodológica de la psicología al estudio de la evaluación de necesidades en salud, hay modelos teóricos como la teoría de la decisión que permiten su identificación, así como destacar su relación con los deseos de salud, lo que se ampliará en el siguiente apartado. A partir de este marco teórico se desprenden una serie de propuestas que pretenden explicar cómo el individuo toma racionalmente las decisiones para cuidar su salud antes de llevar a cabo la conducta de salud seleccionada, que deberá ser la mejor entre las acostumbradas y pertenecientes a sus rituales sociales, que son conocidas como teorías de la decisión (Rosenstock y Kirscht, 1979; Stone, 1979).

- **Relación entre deseo y necesidad según las teorías de la decisión.**

La teoría moderna de la decisión, misma que se ampliará en el apartado sobre teorías de la conducta de salud, propone que la conducta racional parte de la identificación y calificación de las características y atributos de cada situación (necesidad), para posteriormente elegir entre varias alternativas de respuesta (deseos), que el individuo evalúa y etiqueta antes de su iniciación, de acuerdo a

sus posibles consecuencias para la situación particular, considerando varios juegos de alternativas de respuesta (deseos) antes de su iniciación (Stone, 1979).

Dado que no siempre el deseo de seleccionar una estrategia de salud es consonante con las necesidades reales, Adler y Milstein (1979) proponen las teorías de la decisión, empleadas por la psicología social y apoyadas en el marco cognitivo conductual, para identificar las situaciones específicas en que los deseos expresados pueden o no representar dichas necesidades. Las teorías de la decisión proponen una relación muy estrecha entre necesidad y deseo, lo cual supone emplear los deseos en salud como indicadores confiables de las necesidades en salud. Estas son algunas versiones:

- Teoría de la utilidad subjetiva esperada (Edwards, 1954)
- Teoría de la consistencia cognitivo-afectiva (Rosenberg, 1956)
- Teoría de la expectativa del valor (Fishbein, 1963; Fishbein y Ajzen, 1975).
- Modelo de creencias de salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966).

Estas teorías suponen que la actitud de una persona hacia una alternativa específica será función de sus expectativas sobre las consecuencias asociadas con esa alternativa.

La teoría de la utilidad subjetiva esperada propone que los individuos actúan como si compararan los resultados de varias alternativas, eligiendo aquella donde es mayor la suma de productos de utilidad subjetiva multiplicada por la probabilidad subjetiva de su ocurrencia.

El modelo de Fishbein considera que la intención de realizar una acción será función de las expectativas normativas percibidas relativas al acto y las creencias sobre las consecuencias de realizarlo (la suma de productos de la evaluación de cada resultado regula la probabilidad de su ocurrencia). Es decir, se elige la mejor acción, aquélla con el mayor valor esperado; obviamente no es posible hacer esto cuando no se cuenta con la información suficiente para valorar los diversos resultados posibles.

Debido a que en ambas posturas, las personas realizan un análisis de costo-beneficio que tiende a maximizar el valor de la decisión, la declaración de sus deseos puede considerarse como una buena aproximación de una necesidad.

Sin embargo, dentro del mismo marco de toma racional de decisiones, hay condiciones bajo las cuales el deseo no representa bien a la necesidad. Simon (1957 citado en Adler y Milstein, 1979) considera que esto ocurre debido a que la gente elige una alternativa que le resulta satisfactoria aunque no es necesariamente la mejor. En el caso de la salud, puede haber muchas alternativas de atención o conducta, o resultados cuya comparación puede ser

muy compleja para el individuo, además de que las probabilidades y utilidades subjetivas esperadas no necesariamente corresponden con los valores objetivos ya que la información con la que cuenta éste puede ser incompleta o distorsionada. La complejidad de este proceso puede llevar al individuo a buscar "satisfacer" su preferencia subjetiva más que a maximizar el valor de su decisión (Adler y Milstein, 1979; Rosenstock y Kirsch, 1979).

La relación entre **necesidad y deseo de recibir atención de tipo preventivo** se vuelve aún más vaga ya que es muy difícil determinar a priori una necesidad objetiva, sobre todo cuando no existen síntomas y sólo se tiene una probabilidad aproximada de estar ante un riesgo de salud. Hablando particularmente del deseo de recibir atención preventiva, éste resulta un fenómeno complejo pues intervienen en él muchos factores de índole cultural y psicológica; por un lado es conocido que la gente de bajos recursos pone la salud en último lugar de sus necesidades, y por otro lado las personas no hacen un análisis de alternativas ya que incluso pueden considerar no necesario atenderse o no desearlo, aún cuando exista una necesidad potencial determinada por factores específicos de riesgo.

- **Las variables cognitivas del modelo de creencias de salud como indicadores de necesidades de salud.**

La situación particular en que la falta de expresión del deseo de atención (expresado como la no selección de estrategias de salud) es contraria a la necesidad potencial o real de atención, puede ser mejor representada por el **modelo tradicional de creencias de salud**, que es una versión de la teoría de la expectativa del valor adaptada por Hochbaum (1958) y Rosenstock (1966) (citado en Rosenstock y Kirscht, 1979) al **estudio de la conducta preventiva en salud**, aunque posteriormente se ha aplicado a la conducta de rol de enfermo (Becker, 1974a citado en Rosenstock y Kirscht), a la comprensión de la utilización de servicios de salud y a la de adherencia a sus tratamientos. Este modelo puede explicar mejor la necesidad de atención preventiva ya que no requiere emplear la premisa del deseo de atención, mismo que regularmente no ocurre en personas "sanas", por lo cual la necesidad de atención puede identificarse a partir de algunas variables cognitivas propias del modelo como la autopercepción de riesgo. Incluso puede argumentarse a favor del modelo de creencias de salud en la conducta preventiva, que sus variables son antecedentes al deseo de atención, ya que éste depende de la identificación de necesidades, según puede observarse en la figura modificada de Frenk (1985) que se presenta en el apartado 2.2.4.2.

El modelo de creencias de salud puede ayudar a detectar las necesidades de salud a partir de la autopercepción de riesgo, la cual puede manifestarse como un optimismo irreal, atribuido entre otras cosas a que la información necesaria no está disponible psicológicamente, dando lugar a la autopercepción errónea

del riesgo personal objetivo y por ende a la elección de opciones de atención no satisfactorias de la necesidad real. No desear atención preventiva se relaciona con una autopercepción irreal de la necesidad según este modelo.

El apartado sobre los factores cognitivos de la salud, la enfermedad y la conducta preventiva en salud ampliará el concepto de optimismo irreal, las circunstancias bajo las que ocurre, así como su relación con la falta de deseo y de búsqueda de atención a la salud.

De lo anterior se desprende que el estudio de la toma de decisiones preventivas debe considerar la calidad de la información y las creencias y valores de los individuos sobre la salud antes que sus expectativas derivadas de su análisis de costo-beneficio de sus decisiones; dicho enfoque es compatible con el modelo de creencias de salud.

La perspectiva psicoanalítica trata de explicar cómo afecta la autopercepción irreal al uso de los deseos como representación de la necesidad; considera que debido a fuerzas inconscientes, los individuos manifiestan un deseo o una preferencia de atención que no los beneficia. Por ejemplo, sólo para reducir la ansiedad que les produce a algunas personas el pensar en la enfermedad o en la necesidad de recibir atención, muestran la tendencia a mencionar deseos o preferencias quizá hasta opuestos a los que podrían beneficiarlos más. Otro caso es la negación que hacen los individuos de los riesgos a su salud, la cual los lleva a no tratarse o demorar la búsqueda de atención (Adler y Milstein, 1979).

Otras explicaciones de tipo emocional son por ejemplo la defensa de la autoestima, que lleva a individuos con sentimientos de baja autoestima y daño físico a desarrollar un sentido de invulnerabilidad y a impactar negativamente la conducta relacionada con la salud, mostrando poco interés por los riesgos a la salud o una falta de apoyo a los programas de salud preventiva; sus deseos se verían por completo desvinculados de las necesidades de salud.

También puede ocurrir un proceso defensivo hacia la figura omnipotente del médico, que se presenta como una imitación de la percepción del médico, aunque para ello los pacientes tengan que ocultar sus deseos y autopercepciones, en cuyo caso también ocurre una distorsión entre necesidades y deseos que impide el uso de los deseos de usuarios para planear los servicios de salud apoyándose en ellos.

Se menciona que otro obstáculo para la expresión de los deseos de recibir atención es la complejidad de la información, que puede causar miedo a la confusión, por lo que la gente elige la opción más simple de interpretar, la más familiar, aunque no sea la que ofrece más beneficios.

**b) Otros factores que afectan las actitudes hacia los servicios de salud y su planeación.**

- **Experiencias en salud.**

Se ha demostrado que algunas variables no sociodemográficas afectan significativamente los valores y actitudes hacia la salud, tal es el caso de las experiencias de las personas con relación a la salud, la enfermedad y los servicios de salud. DiCicco y Apple (citados en Adler y Milstein, 1979) encontraron que, en la gente de mayor edad la salud fue importante sólo si se ponían mal de salud, es decir, los individuos que estaban en riesgo de adquirir una enfermedad seria fue más probable que le dieran mayor importancia a los valores relacionados con la salud y distribuyeran una cantidad de recursos relativamente mayor para el cuidado de la misma, que quienes no se enfrentan a tales riesgos.

- **Nivel objetivo de salud**

Los valores de salud están relacionados con el nivel de salud, por ejemplo, los problemas crónicos juegan un papel un tanto diferente que los agudos o de corto plazo en la determinación de los valores de salud. La aspiración de salud, que es el nivel de ésta que se pretende alcanzar, es un valor que se ve influenciado por el nivel objetivo de salud y por la edad, ya que una mejor salud se relaciona con niveles de aspiración más altos, a su vez la edad afecta el nivel de aspiración que es pobre en los más viejos.

- **Factores sociodemográficos**

Los servicios de salud deben representar ampliamente a los grupos socioeconómicos, lingüísticos y raciales, así como a las áreas geográficas, ya que cada grupo y sus diferentes características sociodemográficas se asocian con diversos valores y perspectivas con relación a la salud y los servicios de salud.

Existe apoyo empírico para el supuesto de que las variables sociodemográficas se asocian con variaciones en los valores y actitudes hacia la salud y el sistema de atención a la salud, ya que a pesar del más pobre estado de salud entre la población de menores recursos, hay una relación negativa entre el nivel socioeconómico y la utilización de servicios de salud (Bullough, 1972 citado en Adler y Milstein, 1979). Por ejemplo, Koos (1954, citado en Adler y Milstein) encontró diferencias de clase en el porcentaje de gente que opina que ciertos síntomas necesitan de atención médica, siendo menos las personas de bajo nivel socioeconómico que mencionaron la necesidad de ayuda médica para dichos síntomas. Incluso, cuando la posibilidad de pagar no es un obstáculo, el uso de

terapia psicológica se ha encontrado relacionado con la clase social del paciente. Otros autores han mostrado que las barreras económicas no explican por sí mismas la baja utilización de servicios de salud en los de más bajo nivel socioeconómico.

A su vez, la etnia, edad y sexo han mostrado relación con ciertos valores y conductas de salud, por lo que Anderson y Newman (citados en Adler y Milstein) sugieren que:

**“Aquellas características individuales como son los valores de salud pueden ser más útiles que las características sociodemográficas como predictores de utilización (de servicios) debido a las propiedades interventoras de los valores”**

Es decir, la población de bajos recursos, a pesar de tener un pobre estado de salud, se atiende menos y reconoce menos su necesidad de atención, lo cual puede ser indicativo de un mayor peso de los valores y creencias en la detección de sus necesidades. Sin embargo, aún se discute si las variables de tipo demográfico estudiadas realmente se relacionan con los valores sobre la salud ya que aunque se han encontrado relaciones estadísticamente significativas, su grado de correlación es muy bajo.

Otro factor a estudiar es la calidad de la información en aspectos relacionados con la salud.

#### 2.3.4. PSICOLOGIA DE LA SALUD

La psicología de la salud se define como:

“las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y el mejoramiento del sistema de atención a la salud y formación de la política de la salud (Matarazzo, 1980, citado en Taylor, 1990).

Desde la perspectiva de Taylor (1990), la psicología de la salud ha contribuido considerablemente a:

- a) La comprensión de las conductas adecuadas para la salud, de los factores que la deterioran y llevan a la enfermedad,
- b) Proporcionar apoyo teórico y conceptual para aclarar la práctica o ausencia de conductas de salud,

- c) Al conocimiento del papel del estrés en la enfermedad y en la conducta de enfermo,
- d) Al estudio de las representaciones y conocimientos que la gente posee sobre su salud y su enfermedad, la manera de afrontar la enfermedad y los factores asociados con el ajuste de los individuos a ella.

Los aspectos mencionados tienen como finalidad preservar la salud de los individuos por medio de intervenciones que mejoren la práctica de conductas de salud y el ajustamiento al estrés y la enfermedad (Taylor, 1990).

El énfasis preventivo de la psicología de la salud se dirige hacia los tres niveles de prevención:

- a) La prevención primaria dentro de la cual se incluye la promoción de la salud y cuyo propósito es evitar la iniciación de los procesos patológicos;
- b) La prevención secundaria se dirige al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno tanto en enfermedades agudas como crónicas, así como a la limitación de la incapacidad, lesión o daño, siendo su propósito limitar el progreso de los procesos patológicos y evitar sus complicaciones y secuelas o la invalidez resultante.
- c) La prevención terciaria, cuyo objetivo es la rehabilitación con la finalidad de limitar el problema existente (Fajardo, 1983).

Ante el incremento actual de las enfermedades prevenibles, como son el cáncer, ataques cardíacos, artritis degenerativa, diabetes, apoplejía, etc., enfermedades crónicas que una vez desarrolladas requieren tratamiento y monitoreo continuo, y que están asociadas a altos índices de mortalidad, el interés consiste en mantener saludable a la gente en lugar de tratarla ya que ha enfermado, es decir, realizando prevención primaria y promoción de la salud se pueden evitar las muertes prematuras a través de la adquisición y cambio de conductas de salud, que modifican los factores de riesgo, y lleven a un estilo de vida "saludable".

Así mismo, el concepto de **conductas de riesgo para la salud** adquiere gran importancia y la psicología de la salud habrá de enfatizar la prevención del "riesgo", preservando a la gente de desarrollar hábitos incorrectos (Taylor, 1990).

#### 2.3.4.1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Dado que actualmente los psicólogos empiezan a unirse a los prestadores de servicios de salud de un modo participativo, tratando de obtener una comprensión más profunda de los procesos humanos del sistema de salud, y

dado que no hay una teoría psicológica global del sistema de salud, se han formulado cuatro grandes dominios teóricos en la psicología de la salud que podrían ayudar al estudio de dichos procesos humanos, como son: **la teoría de la adaptación, la de afrontamiento, la psicósomática y las teorías de la conducta de salud**. El último dominio representa de manera muy importante el tema de este trabajo, particularmente unas de sus teorías derivadas denominada **modelo de creencias de salud** (Stone, 1979).

#### **a) Teorías de la conducta de salud y atención a la salud.**

Según Stone las teorías psicológicas relevantes que pueden, aunque no todas lo hayan hecho, ofrecer explicaciones particulares para la conducta de salud, han propuesto básicamente cuatro niveles diferentes de determinantes que contribuyen a explicar la conducta observada con énfasis a distintos niveles: reflejo, hábito, costumbres sociales, y elección racional.

Por ejemplo, en el ámbito de respuestas condicionadas (consideradas hábitos), las conductas de promoción a la salud como las prácticas dietéticas y la profilaxis dental han sido tratadas como respuestas mantenidas positiva o negativamente por estímulos olfatorios, reforzamiento positivo u otras consecuencias de tipo social. Este enfoque ha permitido el estudio de algunas conductas de salud que implican la evitación de sustancias dañinas como el alcohol y el tabaco.

Por otro lado, cuando la teoría del aprendizaje se vincula con la cognitiva a partir de la ocurrencia de respuestas mediadoras en forma de etiquetas que representan patrones complejos de eventos, etiquetas que a su vez pueden iniciar patrones conductuales complejos, por ejemplo cuando alguien se identifica como "enamorado" puede responder con "casarse", "estar enfermo" lleva a "la búsqueda de la salud", de acuerdo con las costumbres, rituales y tradiciones propias. Es decir, cuando se destaca el papel de las costumbres sociales, el marco cognitivo-conductual permite una explicación amplia de la conducta en salud, pues incluye una diversidad de elementos para el estudio de ésta, y en especial para la conducta preventiva (Rosenstock y Kirscht, 1979).

Contemporáneamente a la mencionada teoría del aprendizaje social y basándose en sus explicaciones para grandes productos culturales como son las costumbres sociales, tradiciones y rituales, valores y creencias, los psicólogos sociales desarrollaron modelos para explicar las conductas de salud extendiendo su estudio al impacto de dichos productos culturales sobre la conducta en salud, abordada tradicionalmente por antropólogos y sociólogos. Este cambio produjo una nueva propuesta que concebía a la conducta en salud determinada por elecciones racionales más que por costumbres.

La conducta racional supone que varias alternativas de respuestas son consideradas y etiquetadas antes de iniciarlas, evaluándolas por sus posibles consecuencias ante cada diferente situación, de forma que los individuos pueden elegir la "mejor" acción, aquella con el mayor valor esperado. Este enfoque es conocido como teorías de la expectativa del valor. La expectativa es la probabilidad subjetiva que estiman las personas de que su conducta produzca el resultado esperado en una situación particular.

Por otro lado tenemos el modelo de red social, que inicialmente fue desarrollado por Suchman (en Rosenstock y Kirscht, 1979) para explicar la conducta de enfermo y más tarde también se aplicó a la conducta preventiva. El modelo de red social se relaciona con la ubicación del individuo dentro de su grupo, el cual puede tener una orientación científica o popular hacia la salud. Los grupos localistas tienen orientaciones familiares tradicionales, exclusividad étnica y solidaridad, y se les atribuye una orientación folklórica a la salud, por lo que se cree que es poco probable que se adhieran a las normas profesionales de la profesión médica.

En relación con la conducta preventiva se ha encontrado que algunos elementos del modelo de red social explican la baja utilización de la atención dental preventiva, que puede atribuirse parcialmente a consecuencias de la pobreza como son incapacidad para pagar y bajo nivel educativo, así como a la subcultura de la pobreza, compuesta por factores como sentimientos de impotencia, desesperanza y aislamiento social.

El modelo de creencias de salud es una versión de la teoría de la expectativa adaptada a la predicción de la conducta preventiva de salud, que conceptualiza los eventos externos como señales para la acción que el individuo percibe y evalúa, aunque también se ha utilizado en la conducta de enfermo y en el estudio de la utilización de servicios de salud, motivos por los que se le propone como un modelo adecuado para explicar el proceso psicológico de búsqueda de atención preventiva, por su capacidad para estudiar el proceso de detección de necesidades y de toma de decisiones en salud, a partir de las variables cognitivas descritas en el apartado de factores cognitivos de la salud y la enfermedad, mismo que será ampliado en el apartado que lleva su nombre.

Para entender la importancia de las teorías de la conducta de salud, así como su vínculo con el estudio del sistema de salud, iniciaremos con una definición de la conducta de salud y posteriormente describiremos cómo afectan algunos factores, particularmente los cognitivos, a las conductas de enfermo y preventiva, desde el enfoque racional de la conducta de salud.

## b) Conductas de salud.

- Definición.

Stone (1979) considera que **la conducta de salud** en su acepción más general se refiere a:

“toda la conducta molar guiada por motivos de salud o reforzada por consecuencias de salud”. El concepto de conducta de salud puede ayudar al estudio de la conducta de salud y enfermedad con la finalidad última de proporcionar una atención adecuada a la salud.

Si partimos en primer lugar del enfoque de Stone sobre la conducta de salud como concepto básico, tendremos tres subcategorías, como son:

- Conducta preventiva de salud.** Es la conducta dirigida a prevenir la enfermedad o mantenerse saludable (Hochbaum, 1958 y Rosenstock, Derryberry y Carriger, 1959, citados en Stone, 1979), por lo que también se le ha denominado como “**conducta de mantenimiento de la salud**” (Hochbaum y Rosenstock, citados en Stone).
- La conducta de enfermedad** (illness behavior). Esta describe lo que hace la gente cuando experimenta síntomas de mala salud,
- La conducta de rol de enfermo** (sick role behavior). Representa los cambios de conducta autorizados por individuos importantes de su medio cuando reconocen a alguien como enfermo,

En general los tres tipos de conducta de salud se refieren a lo que hace una persona para cuidar de enfermarse, cómo investiga la necesidad de tratamiento y cómo actúa cuando se le designa como enfermo.

En segundo lugar tenemos a Kasl y Cobb (1966, citados en Epstein y Ossip, 1979), que emplean el término de **conducta relacionada con la salud** para referirse a la acepción más general, en tanto que consideran a la conducta de salud como una subcategoría de aquella.

Por otro lado, Suchman (citado en Stone) utiliza el término de **conducta de búsqueda de salud** para referirse a la conducta de salud, misma que separa en cinco estados; Weinstein (1998) y Prochaska, et al.(1982) también proponen varias etapas para explicar el proceso de adopción de conductas relacionadas con la salud (Brannon y Feist, 2001). A su vez, Baric (1969) propone el concepto de **rol de riesgo** (at risk) que después Kasl (1975a) incluiría dentro de las tres categorías arriba mencionadas, enriqueciendo así la conducta de salud (citados en Stone).

Retomando el enfoque de Kasl y Cobb sobre la conducta de salud, se citarán las tres clasificaciones de la que designan como **conducta relacionada con la salud**, mismas que consisten en:

- a) **La conducta de salud**, que es definida como la actividad que emprenden los individuos que se consideran saludables, con el propósito de prevenir o detectar la enfermedad en un estado **asintomático**.
- b) En contraste, **la conducta de enfermo** es considerada como la actividad emprendida por las personas que se sienten enfermas, con la finalidad de definir su estado de salud y de descubrir una solución adecuada.
- c) Finalmente **la conducta de rol de enfermo** incluye la actividad realizada por quienes se consideran enfermos, a fin de obtener la salud.

En resumen, ya sea que se empleen los términos de conducta preventiva en salud, conducta de búsqueda de salud o conducta de salud, se hará referencia al mismo tipo de **conducta preventiva en salud**.

Kasl y Cobb (1966, citados en Millar y Millar, 1993) definieron la conducta de prevención de la salud como la actividad emprendida por una persona con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en un estado asintomático. Norman (1985) dice además que quienes realizan esta conducta se consideran saludables. Sin embargo, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997) estudiaron el concepto de prevención de la población mexicana sin seguridad social, que contrasta con los anteriores pues para ellos la prevención ocurre ante el inicio de síntomas de enfermedad, para evitar "caer enfermo", es decir incapacitado para sus actividades. A la automedicación, que emplean regularmente en la fase inicial de la enfermedades que consideran de baja gravedad, la califican como acción preventiva, sin embargo, en ese estadio se califican como saludables.

A su vez, Millar y Millar consideran que la conducta preventiva se compone de dos tipos de conductas:

- Conductas de detección de enfermedades. Estas son conductas diseñadas para detectar o confirmar un problema de salud (ej. chequeo del colesterol, de glicemia, etc.). Proporcionan la oportunidad para detectar la enfermedad y no permiten por sí mismas que las personas se hagan más saludables, es decir, el chequeo permite detectar una condición anormal, pero por sí mismo no baja el colesterol.

- Conductas de promoción a la salud. Son conductas que pueden mejorar directamente la salud ya que proporcionan por sí mismas una oportunidad para que las personas se hagan a sí mismas más saludables. Se les identifica como planes de acción para promover la salud: comer una dieta baja en grasas, en la mayoría de casos bajará el colesterol.

Harris y Guten (citados en Millar y Millar, 1993) encontraron que un grupo de personas entendió la diferencia entre ambos tipos de conducta preventiva, ya que cuando se les pidió que clasificaran varias conductas, tendieron a poner por separado las conductas de detección (chequeo dental y físico) y las actividades de promoción a la salud (comer prudentemente, dormir suficiente).

Además, a estas clasificaciones podría agregarse el concepto del **rol de riesgo (at risk)** de Baric (1969):

- d) **La conducta de riesgo** según Rosenstock y Kirscht (1979) se manifiesta en aquellos individuos que están conscientes de que su estilo de vida incrementa su probabilidad de contraer enfermedades crónicas pero que aún no están sintomáticos, por lo que es difícil que el paciente o el médico los definan como sanos o enfermos. Aunque no pueden ser definidos como enfermas, las personas desarrollan conductas propias de su rol de riesgo.

Las personas en riesgo están entre el estado de salud y el de experimentar síntomas; incluyen a quienes realizan actividades que incrementan su riesgo de enfermar en un grado mucho mayor que el del resto de la población, por ejemplo: las personas obesas de mediana edad, que fuman y tienen presión alta, los conductores de auto que acostumbran bebidas alcohólicas, la gente que trabaja con algún producto tóxico. Dentro de este grupo debería incluirse a los individuos cuyo estilo de vida se asocia además a la **influencia genética** para algunos padecimientos: diabetes mellitus, infartos al miocardio, etc.

Aunque Baric (citado en Stone, 1979) no lo menciona explícitamente, se esperaría que el riesgo fuera percibido como tal para que tuviera algún impacto sobre la toma de decisiones y la conducta de la persona en riesgo, es decir, quien no tiene conciencia de su riesgo incrementado hacia cierta enfermedad no se considerará en riesgo y por lo tanto no tomará ninguna medida para afrontarlo.

Las cuatro propuestas de conducta relacionada con la salud de Kasl y Cobb, y las tres conductas de salud de Stone, no contemplan las conductas de aquellas personas que no se consideran bajo riesgo ni realizan conducta preventiva, a pesar de la posibilidad de reconocer científicamente un riesgo real. Los modelos

de adopción de precauciones de Weinstein y el transteórico de Prochaska et al. sí contemplan la fase en que no se tiene conciencia del riesgo personal o bien la fase de precontemplación, respectivamente.

En resumen, la conducta preventiva en salud y el rol de riesgo son conceptos que facilitan el estudio de lo que hace la gente para cuidar su salud cuando aún no aparecen síntomas, con miras a construir y apoyar la conducta preventiva y promover un mejor estado de salud.

#### 2.3.4.2. FACTORES QUE AFECTAN LA CONDUCTA DE SALUD.

En el apartado sobre accesibilidad de los servicios de salud se citaron las barreras en la utilización de estos servicios, barreras que según Donabedian (1988) son de tipo socio-organizacional y geográfica; Spector (1979) agrega la pobreza y la baja prioridad asignada a la salud, así como el lenguaje y la falta de habilidad para entender y relacionarse con los prestadores de servicios, factores relacionados con las diferencias étnicas; Snyder (1989) abunda sobre las barreras que surgen de la interacción y la comunicación usuario-prestador de servicios; Twaddle y Hessler (1977) mencionan el papel limitante de algunas creencias de salud. Brannon y Feist (2001) consideran que existe un número casi ilimitado de barreras posibles, que a veces puede estar fuera de la experiencia vital del investigador.

McKinlay ( en Rosenstock y Kirscht, 1979) concibe estas barreras de modo más amplio ya que no sólo las relaciona con la utilización de servicios sino de manera más general las define como **factores que afectan la conducta relacionada con la salud:**

- a) En primer lugar menciona el gran impacto de las barreras económicas a las que se enfrenta el individuo para buscar atención a la salud cuando identifica una necesidad de atención. Sin embargo, insiste en que reducir dichas barreras no ha corregido la subutilización de servicios en los grupos de bajos ingresos y algunos grupos étnicos, por lo que habría de investigarse qué sucede con dichos grupos.
- b) Por otro lado están los factores sociodemográficos como el género, la edad, el ingreso y la educación, que en algunos subgrupos se han encontrado relacionados con la utilización de servicios.
- c) Las barreras geográficas son otro factor que estudia la relación entre la cercanía de los servicios a los lugares de residencia de los usuarios y la utilización de servicios. No se ha encontrado evidencia de que la cercanía sea muy importante en las áreas metropolitanas.

- d) El factor sociopsicológico se relaciona con aspectos motivacionales, de percepción y de aprendizaje (que estudia el modelo de creencias de salud) que influyen en todos los tipos de conducta de salud, incluso en la utilización de diversos servicios de salud.
- e) Así mismo en los aspectos socioculturales resaltan valores, normas, creencias y estilos de vida de los distintos grupos socioeconómicos. Los dos últimos aspectos son bastante cercanos y son quizá los únicos que buscan una explicación de la conducta relacionada con la salud y no se limitan a su descripción como ocurre con los factores limitantes citados arriba.
- f) El último factor es el organizacional o del sistema de prestación de servicios. Este enfatiza los elementos del servicio de salud que afectan de modo positivo o negativo la utilización de servicios, como sería el dar una atención diferencial a grupos con características socioeconómicas y de salud específicas, la disminución de gastos en perjuicio de ciertas necesidades de salud, etc.

**a) Factores cognitivos de la salud, la enfermedad y la conducta preventiva en salud.**

Rodin y Salovey (1989) describen las que a su juicio son algunas de las variables independientes que se correlacionan con la salud y la enfermedad, y podríamos agregar, con las conductas preventivas de salud y las de enfermo.

En primer lugar, la psicología de la salud menciona como factores antecedentes las creencias de salud, así como otros factores citados adelante; a las creencias de salud se les atribuye gran importancia por considerar que contribuyen a prácticas específicas de salud, por lo cual son un marco adecuado para la investigación de la conducta de carácter preventivo en salud.

Con relación a la investigación de los factores cognitivos de la salud y la enfermedad, dice Taylor (1990) que:

"es más probable que la gente practique una buena medida de salud o modifique una errónea cuando:

- a) Es severa la amenaza a la salud;
- b) Es alta la vulnerabilidad personal percibida y/o la probabilidad de desarrollar el desorden;
- c) La persona cree que le es posible realizar la respuesta que reducirá la amenaza;
- d) La respuesta se considera efectiva para vencer la amenaza".

Además de estos elementos cognitivos, otros muy frecuentemente investigados son:

- Representaciones de salud y enfermedad
- Evaluaciones de salud y enfermedad
- Atribuciones de salud y enfermedad

En este momento no se van a desarrollar los factores cognitivos mencionados con la finalidad de no duplicar su descripción cuando se pase al punto 2.4 relativo a las variables del modelo de creencias de salud.

## 2.4. CONDUCTA PREVENTIVA EN SALUD

Ya sea que se emplee el término de conducta de salud, de conducta preventiva en salud o de conducta de mantenimiento a la salud, nos estaremos refiriendo a la conducta preventiva en individuos que se consideran sanos o a la conducta de detección de la enfermedad en un estadio asintomático. Hasta aquí se ha argumentado sobre la importancia del **factor subjetivo** en las conductas de salud; se ha afirmado que éstas dependen fundamentalmente de la autopercepción que tiene cada individuo del estado de su salud y del beneficio percibido de sus acciones (Rosenstock y Kirscht, 1979; Hannah, 1987)), factores que pueden convertirse en barreras de tipo actitudinal para la utilización de servicios de salud.

En este capítulo se desarrollará el modelo de creencias de salud por considerar que es el más empleado y que mejor se adapta al diseño de investigaciones de la conducta preventiva en salud y los factores que la favorecen u obstaculizan, enfatizando su potencial para predecir la conducta preventiva en función del nivel de riesgos a la salud existentes en grupos de individuos; particularmente se ofrecerán ejemplos de una variable cognitiva muy importante: **la autopercepción de riesgo, como indicador de necesidades percibidas e inductora de la toma de decisiones de conducta preventiva**. Aunque el interés central de este trabajo está vinculado con la conducta preventiva hacia la DM, se plantea un enfoque inicial descriptivo pues sólo han sido realizadas investigaciones sobre enfermedades como el SIDA, el cáncer y otros padecimientos crónicos, pero no hay trabajos reportados sobre conducta preventiva ante la diabetes mellitus.

### 2.4.1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El modelo de creencias de salud fue formulado por Rosenstock (1966) para predecir la probabilidad de que los pacientes se ocupen de conductas de salud y enfermedad. Rosenstock y Kirscht mencionan que el modelo de creencias de salud se obtuvo directamente de la teoría de Kurt Lewin, que enfatiza el mundo subjetivo -las percepciones- del individuo más que "el mundo objetivo de los médicos y los físicos", por lo cual emplea las **expectativas y percepciones** de los pacientes, así como varias señales ambientales. Este modelo busca explicar la toma de decisiones específicas de conductas de salud (probabilidad de realizar la acción) en términos del valor de esa conducta para afrontar un riesgo (beneficios percibidos de la acción); en sus inicios pretendía estudiar la conducta preventiva, es decir ¿bajo qué circunstancias los individuos actuarían voluntariamente protegiéndose en contra de un futuro problema de salud?

La versión original del modelo de creencias de salud fue una adaptación de Hochbaum en 1958 y de Rosenstock, Leventhal y Kegeles en 1966 de la teoría de la expectativa<sup>1</sup> al estudio de la conducta preventiva (Stone, 1979), sin embargo el modelo y sus aplicaciones han seguido cambiando sin que a la fecha pueda considerarse un producto terminado. Esta versión proponía dos grandes clases de variables: **la disposición** (readiness) para realizar ciertas acciones y la creencia de que dicha acción sería benéfica o **beneficio percibido**. A su vez la disposición dependía de la naturaleza del evento considerado de riesgo para la salud en términos de la **susceptibilidad percibida** al riesgo y de **la seriedad o severidad percibida** del mismo riesgo (también llamada **gravedad percibida**). Por otro lado, los **beneficios percibidos** de la acción eran las creencias de que las acciones específicas podían proteger del riesgo; estos se relacionaban con las **barreras percibidas** o impedimentos percibidos (costo, molestia, dolor, etc.) y costos asociados con la realización de la acción, la cual era más probable si se le consideraba eficaz y posible, es decir si se percibía como **factible y efectiva** y con un costo tolerable para realizarla. La variable dependiente se expresaba como la **probabilidad de realizar la acción** en presencia del riesgo. Además debían ocurrir ciertas **señales para la acción** que desencadenaran la conducta; dichas señales son consideradas como instigadores para la acción y pueden ser internas (síntomas) o externas (mensajes masivos o interpersonales). Para que ocurriera todo este proceso de toma de decisiones, la acción preventiva debiera estar disponible para el individuo y haber percibido el riesgo (Kirscht y Rosenstock, 1979).

Posteriormente se agregó al modelo una cuarta clase de variables llamadas **factores modificantes**, los cuales se consideraban como influencias para el resto de las variables. Los factores modificantes son demográficos (edad, sexo, etnia), sociopsicológicos (personalidad, clase social y grupo de referencia) y estructurales (conocimiento sobre la enfermedad y contacto inicial con ella).

Becker y Maiman (1975 citados en Epstein y Ossip, 1979) presentan un diagrama del modelo de creencias de salud (fig. 4). Se agregaron en letra cursiva dos elementos que Epstein y Ossip mencionaron pero no incluyeron en su diagrama; estos son: las variables estructurales, compuestas por el conocimiento sobre la enfermedad y el contacto inicial con ella, así como las señales internas para la acción que son los síntomas:

---

<sup>1</sup> Las teorías de la expectativa del valor se derivan de la teoría moderna de la decisión. Se supone que la gente se comporta como si multiplicara el valor de cada resultado por la probabilidad de su ocurrencia y eligiera la conducta asociada con el mayor producto, lo cual se concibe como una elección racional que guía la conducta. (Stone, 1979).

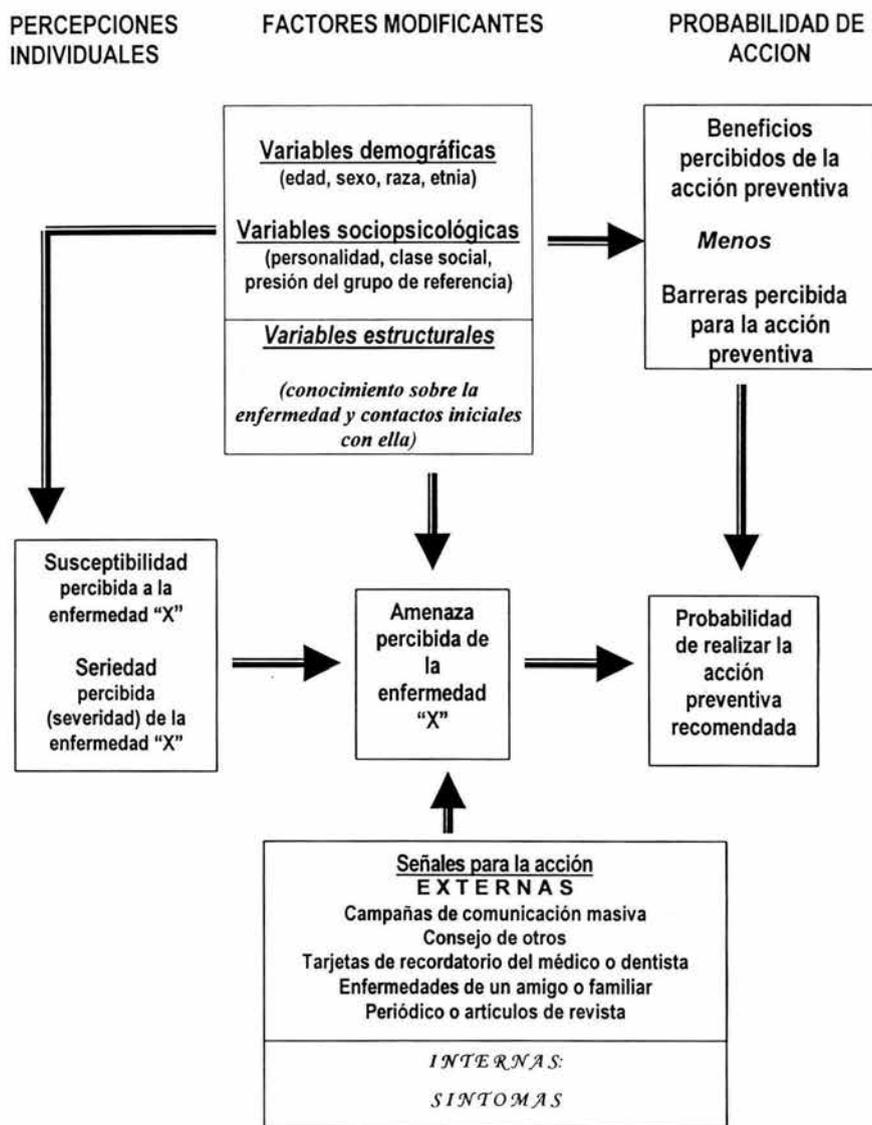


Fig. 4. Modelo hipotético que predice la conducta preventiva de salud. (De Becker y Maiman, en Epstein y Ossip, 1979, pp 12).

En resumen la teoría dice que la probabilidad de realizar una acción particular es función del riesgo percibido y los beneficios percibidos.

- a) *El riesgo percibido* a su vez es una probabilidad subjetiva que es función de la susceptibilidad percibida y de un valor que es la seriedad percibida;
- b) *El beneficio percibido* es la probabilidad percibida de que se reduzca el riesgo en alguna medida menos el **costo y las barreras percibidas** de la acción.

En general, este modelo hace sólo predicciones relativas sobre los cambios que pueden ocurrir en la probabilidad de realizar la conducta de interés, en función del nivel de percepción de riesgo. Esto implica que a partir de un motivo previo ocurre la elección de la acción considerada de mayor eficacia para afrontar un riesgo a la salud, la cual puede ser de autocuidado o de búsqueda de atención profesional; dicha selección de acciones depende de las creencias de los individuos sobre la eficacia de tales alternativas, aún cuando los profesionales de la salud pudieran no estar de acuerdo con las mismas. Los elementos del modelo de creencias de salud han recibido mucho apoyo como **predictores de las decisiones de actuar o no actuar** (Kirscht y Rosenstock, 1979) en el caso de conductas preventivas de detección de enfermedades o de promoción a la salud (ej. obtención de inmunizaciones, chequeos y detecciones), sin embargo, la conducta preventiva en individuos sin síntomas tendrá menos posibilidades de ocurrir cuando existen bajos niveles de severidad percibida de la enfermedad, mientras que los niveles altos de severidad pueden funcionar como inhibidores, así mismo, individuos sin síntomas pueden enfrentarse a otro tipo de limitaciones para aplicar la lógica costo-beneficio, que consiste en la falta de información y de tiempo para hacer una evaluación, lo cual sucede cuando la conducta de riesgo es improvisada o difícil de apegarse a un plan, como es el caso de la sexual.

Por otro lado, Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) al revisar varios estudios encontraron que la fuerza de la relación entre las variables cognitivas del modelo y la conducta preventiva hacia el SIDA es diferente para cada variable:

- **Gravedad o seriedad percibida.** Su capacidad predictiva es baja ya que en general se le evalúa como muy grave.
- **Susceptibilidad o riesgo percibido.** Se asocia positivamente con conductas preventivas sólo en siete de 14 estudios revisados. En general las personas se consideran de bajo riesgo ante el SIDA y con menos riesgo que personas normales, lo cual puede ocurrir por la representación que tienen de éste.

Stone (citado en Paez, et al.) considera que la relación más fuerte entre las variables cognitivas y la conducta preventiva ocurre con la severidad percibida.

- **Evaluación de costos y beneficios de la conducta preventiva.** Se le encontró asociada a la conducta preventiva en 8 de 10 investigaciones.
- **Saliencia (notoriedad) de indicadores.** Se asocia de forma positiva con la conducta preventiva en cinco de siete investigaciones (ej. "Tener un amigo con SIDA").

Lo anterior implica en primer lugar que, en ciertas situaciones, las personas no se comportan en relación con sus creencias, y en segundo lugar que la relación entre el riesgo percibido y el riesgo objetivo puede ser baja o inexistente.

La investigación basada en el modelo de creencias de salud confirma sus predicciones en muchos de los casos, sin embargo en otros tantos, la conducta preventiva o de enfermo desafía dichas predicciones, por lo cual es necesario investigar la capacidad predictiva del modelo para conducta preventiva, conducta de enfermo en enfermedades agudas o crónicas, en diversos grupos de edad, género, y en general para cada tipo de factor modificador.

Las inconsistencias en la capacidad predictiva del modelo de creencias de salud le han valido críticas e incluso han llevado a los investigadores a reformularlo proponiendo que se incluya la variable **autoeficacia** como predictor de la conducta relacionada con la salud. La autoeficacia fue inicialmente propuesta por Bandura en 1977 y se le define como la confianza de que la conducta deseada puede ser realizada, lo cual sugiere que el individuo evalúa la medida en que puede controlar su propia conducta en situaciones particulares (Ogden, 1995).

La autoeficacia ha mostrado buena capacidad predictiva cuando ha sido empleada por otros modelos de salud, como la teoría de motivación a la protección y el modelo sobre el proceso de acciones de salud de Schwarzer (citados en Ogden, 1995).

Esta propuesta indica una reconsideración de la relación entre el individuo y el medio, pues no se concibe al individuo respondiendo pasivamente ni interactuando con su medio, sino interactuando consigo mismo para el autocontrol de su conducta. Por lo tanto, las "causas" de la conducta de salud apuntan hacia una sustitución de las creencias de salud por el yo interno del individuo.

En síntesis, el modelo formal de creencias de salud contiene tres grandes elementos:

a) **Disposición subjetiva (readiness)** del paciente para iniciar conductas preventivas en salud, la cual incluye:

- **Susceptibilidad percibida** a la enfermedad
  - **Seriedad percibida** de la enfermedad.
- 
- Riesgo Percibido**

b) **Factibilidad y efectividad percibidas.** El individuo evalúa la factibilidad y efectividad de la (s) conducta (s) de salud recomendada (s) para afrontar un riesgo, las cuales indican el beneficio percibido. La evaluación a su vez puede ser función de:

**Factores Modificantes:**

- **Variables sociopsicológicas**
- **Variables demográficas**

**Barreras Percibidas:**

- **Costo físico de la respuesta implicada**
- **Costo psicológico de la respuesta**
- **Costo financiero de la respuesta**

c) **Estímulos que inician la acción**, mismos que deben estar presentes:

- **Estímulos externos.**
  - Presentaciones de los medios masivos
  - Consejo de amigos
  - Experiencia con la enfermedad
- **Estímulos internos**
  - Percepción de respuestas corporales anormales

Becker y Maiman (citados en Epstein y Ossip, 1979) extendieron el modelo de creencias de salud para incluir los factores que pueden afectar **la adherencia (compliance)** a los regímenes o tratamientos recomendados.

## 2.4.2. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD EN EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA PREVENTIVA

Hay algunos estudios representativos de la aplicación del modelo de creencias de salud al estudio de la conducta preventiva (Rosenstock y Kirscht, 1979):

El primero en emplear los componentes del modelo de creencias de salud fue Hochbaum en 1958, quien realizó un estudio con 1200 adultos de tres ciudades, con el objetivo de identificar los factores relacionados con la decisión de realizarse la detección de tuberculosis. Tocó las siguientes variables:

- las creencias de susceptibilidad a la tuberculosis
- las creencias de beneficios de la detección temprana

Midió la susceptibilidad percibida a la tuberculosis con base en dos subelementos:

- las creencias de los respondientes sobre la posibilidad real de padecer tuberculosis
- la medida en la que ellos aceptaban que podían tenerla aún en ausencia de todos los síntomas.

Por otro lado, los beneficios percibidos de la detección temprana se evaluaron a partir de:

- el enfoque de los respondientes sobre cuánto difiere el pronóstico ante una detección temprana o tardía.

Se encontró que del grupo de personas que creyeron en su susceptibilidad y en que los beneficios serían mayores con una detección temprana, un 82% se había realizado voluntariamente al menos una placa de tórax durante un período específico. En cambio del grupo que no mostró dichas creencias, sólo el 21% había obtenido la placa voluntariamente.

La variable con más poder predictivo en la toma de decisiones para la conducta preventiva fue la **creencia de susceptibilidad a la tuberculosis** ya que de los individuos con esa creencia que no aceptaron los beneficios de la detección temprana, el 64% se había realizado una placa de rayos X, en tanto que sólo lo había hecho el 29% de aquellos que creían en los beneficios de la detección temprana pero que no se sentían susceptibles a la enfermedad

Este fue un estudio pionero y poco exacto en sus mediciones, sin embargo confirmó el punto de vista de que la relación entre severidad percibida y conducta

en salud es curvilínea, ya que se identificaron 16 individuos muy temerosos de la tuberculosis que, al igual que quienes se mostraron indiferentes creyéndose no susceptibles a la enfermedad, no habían obtenido una sola placa de rayos X durante los ocho años anteriores. El grupo con un nivel medio de miedo tuvo una conducta preventiva ligeramente mayor que quienes mostraron un nivel de miedo muy alto o muy bajo.

Becker, et al. realizaron en 1975 un estudio sobre conducta preventiva en los padres ante un riesgo hereditario en sus hijos, para lo cual emplearon creencias de salud hacia la revisión genética prenatal de una enfermedad fatal de la población judía, que requiere el empleo de amniocentesis y cuya frecuencia es de uno por 30 judíos con ancestros de Ashkenazi. Esta enfermedad necesita del diagnóstico temprano cuando el aborto es aún factible.

El objetivo del estudio fue observar el papel de los componentes del modelo de creencias de salud en la predicción de la conducta preventiva. Las variables empleadas fueron:

- **Motivo de salud.** Incluía dos componentes:

Una respuesta positiva que incluía el deseo de tener un hijo.

Ítems sobre la conducta típica de salud, como:

- la frecuencia con que se piensa sobre la propia salud y
- la frecuencia con la que iban al médico inmediatamente cuando se sentían mal.

- **Susceptibilidad percibida.** Incluyó la creencia de que podrían tener el gene que daba lugar a la enfermedad y transmitirlo a su prole.
- **Severidad percibida.** No se exploró de la forma usual, ya que la enfermedad es totalmente letal. Se midió la creencia sobre si saberse portador, afectaría sus planes de tener niños adicionales.
- **Beneficios percibidos.** Se solicitó una evaluación personal sobre qué tan bueno sería para ellos, como portadores potenciales, hacerse un chequeo de su riesgo, si realmente necesitaban o deseaban conocer su estado.

Se realizó una fuerte campaña informativa con parejas en edad fértil de la comunidad judía de Baltimore y se les invitó a participar en la revisión genética, seleccionando al azar a 500 individuos que se presentaron para el chequeo, a quienes se llamó participantes, y a 500 más que no se presentaron, llamados no participantes.

Se encontraron diferencias en ambos grupos. Los participantes fueron más jóvenes, con menos hijos y ligeramente más educados. La motivación a la salud fue muy diferente ya que el 82% de los participantes deseaba tener niños y sólo un 19% de ellos no los deseaba. La conducta general de salud no tuvo diferencias. La susceptibilidad percibida de ser portador estuvo altamente correlacionada con la participación en el chequeo. La influencia que las parejas atribuyen a saberse portadores sobre sus planes de tener niños se asoció negativamente con la participación en el chequeo, ya que entre quienes planeaban tener más hijos, los no participantes en el chequeo más que los participantes mencionaron que cambiarían sus planes e incluso ya no tendrían niños si uno o los dos miembros de la pareja fueran portadores. Posiblemente los no participantes tenían creencias erróneas sobre la transmisión ya que en este padecimiento un solo portador no es de riesgo. Los participantes indicaron que podrían reducir el número de niños o usar la prueba diagnóstica de amniocentesis para regular el riesgo y continuar teniendo niños. Al parecer los no participantes no aprendieron suficiente sobre la enfermedad y su regulación, no obstante que se les proporcionó información, lo cual obviamente limitó el uso de un importante servicio preventivo para ese grupo.

Otro tipo de estudio hace énfasis en la modificación de las creencias y conductas de salud preventivas. Haefner y Kirscht investigaron en 1970 el efecto de presentar mensajes de problemas específicos de salud sobre la disponibilidad de la gente a realizar prácticas preventivas de salud. Los mensajes debían incrementar la percepción de susceptibilidad y severidad de esos problemas de salud y fortalecer la creencia de la eficacia de conductas de detección temprana recomendadas por profesionales de la salud.

El procedimiento tuvo éxito en comparación al grupo control, ya que más personas expuestas a los mensajes visitaron al médico dentro de los siguientes ocho meses para hacerse una revisión en ausencia de síntomas. Los individuos que reportaron síntomas durante el estudio tuvieron la misma tasa de visitas en ambos grupos, lo cual muestra una mayor importancia de las variables cognitivas sobre las orgánicas en la utilización de servicios.

El estudio muestra que es posible modificar el riesgo percibido de enfermedad (susceptibilidad y severidad percibida) así como la eficacia percibida de la intervención de profesionales (beneficios percibidos), y que estas modificaciones llevan a cambios predecibles en la conducta de salud que se reflejan en el uso de servicios de atención preventiva.

Por otro lado, Suchman en 1967 realizó un estudio sobre la conducta preventiva consistente en identificar los factores que influyen la aceptación del uso de un guante protector en los cortadores de azúcar de Puerto Rico. Se encontró que la aceptación del guante se relacionaba con creencias como la preocupación de

tener un accidente, las creencias sobre la propia vulnerabilidad, sobre la eficacia del guante y sobre la conveniencia y comodidad del guante.

Kirscht y Rosenstock (1979) citan otro estudio pionero de la capacidad predictiva del modelo de creencias de salud realizado por Cummings y otros sobre la vacunación contra la gripa, los cuales entrevistaron telefónicamente a 300 residentes de Michigan de áreas urbana, suburbana y rural antes del programa de vacunación, evaluando las creencias de salud, la información sobre el programa, las características demográficas y la intención para actuar; tres meses más tarde se registró si dichas personas habían sido o no vacunadas, sus razones para ello y sus reacciones hacia la campaña. Se encontraron asociaciones significativas entre las intenciones evaluadas inicialmente y la conducta posterior, para cada creencia de salud, como: la severidad percibida, la vulnerabilidad personal, la cantidad de protección que se creyó proporcionaría la inyección, la facilidad percibida de obtener la vacuna, así como su seguridad. La conducta de vacunarse estuvo asociada con el nivel socioeconómico, sin embargo cuando esta variable se controló quedó una relación significativa entre las creencias de salud y la conducta.

Podemos entonces considerar que, aunque hay una variedad de modelos teóricos que pretenden explicar la conducta de enfermo y la del rol de enfermo, se ha dado poca atención a la conducta preventiva en salud, siendo el modelo de creencias de salud el más destacado ya que fue formulado precisamente para explicar las acciones de prevención de la salud. Posteriormente se han desarrollado distintas aproximaciones, como son: el modelo de red social de Suchman en 1964, cuyo propósito es estudiar las variaciones en la conducta de salud preventiva para cada grupo social al que pertenecen los individuos, sin embargo su uso es incipiente.

Es evidente que la investigación sobre conducta preventiva en salud se ha visto muy influenciada por el modelo de creencias de salud. Dicha investigación ha retomado áreas tan diversas como la conducta de chequeo del cáncer, de vacunación contra enfermedades transmisibles, de atención dental y chequeo de tuberculosis, entre otras. Incluso hay gran cantidad de investigaciones que han empleado una o más de las variables propuestas por el modelo, aún cuando difieran en sus propósitos.

#### 2.4.3. VARIABLES DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD PARA LA CONDUCTA PREVENTIVA.

A las variables básicas del modelo de creencias de salud, se han ido agregando otras también relacionadas con cada uno de los elementos del modelo. Adelante se presenta un amplio listado de estas variables cognitivas empleadas en la

investigación de la conducta en salud. Aunque muchas de estas variables se relacionan con la conducta de enfermo, el hecho de que sean variables independientes de la conducta preventiva, les da significación dentro del estudio de la conducta preventiva. Se ha intentado organizarlas según los componentes básicos del modelo de creencias de salud que aparecen en la figura 4. El siguiente apartado se enfocará específicamente al desarrollo de la variable del modelo de creencias de salud más importante para este trabajo, que es la autopercepción de salud y enfermedad.

## PERCEPCIONES INDIVIDUALES

### a) Autoevaluación de salud y enfermedad.

Un elemento de gran importancia de los factores cognitivos es la "evaluación de la salud y la enfermedad". Dentro de este campo se estudia **la percepción de riesgo, la vulnerabilidad percibida y la salud percibida**. Estudiar cómo se autoevalúa una persona es importante porque permite predecir en primer lugar su capacidad y disposición para realizar conductas preventivas, y en consecuencia la calidad de su salud.

Los estudios que ejemplifican estos factores antecedentes de la conducta de salud representan el punto central de este trabajo, por ajustarse en gran medida a las clases de variables empleadas por el modelo de creencias de salud para predecir las conductas preventivas de salud: el riesgo percibido y los beneficios percibidos (Rosenstock y Kirscht, 1979).

Según Segovia, Bartlett y Edwards (1989), la autopercepción de salud refleja valores específicos de género hacia algunas conductas de salud. Por ejemplo, el consumo de alcohol no es totalmente coherente con la autoevaluación de salud en hombres. Sin embargo este concepto se relaciona muy de cerca con prácticas positivas de salud como: no fumar, hacer ejercicio, dormir tiempo recomendado, no tomar bebidas alcohólicas, así mismo ha mostrado ser un indicador válido de la salud y tiene buen valor predictivo de prácticas de salud como el ejercicio y no fumar. Hannan (1987) encontró en 133 estudiantes universitarios que el interés por la salud y la autoevaluación del estado de salud se asociaron con sus conductas de salud, pero no con el valor abstracto asignado a la salud ni con el locus de control de la diabetes o sus creencias sobre la eficacia de varias conductas de salud.

La autoevaluación de salud y enfermedad va muy de la mano con los sistemas de creencias de la población. Aquí también puede incluirse la calidad de vida percibida por el individuo.

### **b) Susceptibilidad o riesgo percibido.**

Spector (1979) lo relaciona con ¿cuán susceptible a cierta condición se considera una persona?. Por ejemplo, la susceptibilidad percibida al cáncer de seno, a la diabetes, etc., puede ser poco probable en quien no tiene esos padecimientos en su historia familiar. Sin embargo si los familiares muy cercanos han fallecido por alguna de esas causas, una persona a puede considerarse muy susceptible. El médico a su vez puede estar de acuerdo con esa percepción de susceptibilidad ya que conoce los factores de riesgo de dicha enfermedad.

### **c) Seriedad o severidad percibida de la enfermedad.**

Esta variable tiene un enfoque preventivo, sin embargo también se emplea en el estudio de la conducta de enfermo, y consiste en la identificación de las consecuencias de corto y largo plazo producidas por una enfermedad. El nivel de seriedad percibida de un problema varía de una persona a otra y se relaciona en cierta medida con la cantidad de dificultad que cada persona cree que le ocasionará. A su vez, el médico conoce en alguna medida que tan serio es un problema por su letalidad o morbilidad asociada (Spector, 1979).

Según Twaddle y Hessler (1977), la severidad percibida de una condición se relaciona con:

- Manifestaciones físicas. La claridad de los síntomas en los individuos, las lesiones faciales y otros síntomas visuales son muy aparentes mientras que las molestias vagas no lo son. Una condición más visible será considerada más severa.
- Manejo de la Impresión. Este incluye las quejas, muecas y signos visibles que comunican molestia, así como la información directa sobre la condición. Cuando se considera que el individuo comunica involuntariamente su molestia, su condición será tomada como más seria.
- Familiaridad de la condición. Se relaciona con la frecuencia con que ocurre la enfermedad en el grupo. Una condición más familiar tendrá menos probabilidad de considerarse seria, y si no interfiere con la vida diaria es menos probable que se considere como enfermedad, aún cuando se sepa de su presencia.
- La muerte de parientes, debida al riesgo evaluado.

Otros factores que afectan los juicios de severidad son (Twaddle y Hessler, 1977):

- La interferencia de los síntomas con las actividades cotidianas.
- La medida en que los síntomas son considerados como menos tolerables para la demás gente, a diferencia de síntomas que pueden ser más significativos clínicamente.
- El grado de incapacidad implicada.
- El umbral de tolerancia de la persona sintomática, que además puede potenciarse por la forma en que la gente expresa sus molestias.
- La necesidad de tratamiento para la recuperación, que puede ir desde no requerirlo hasta ocasionar incapacidad y muerte.
- La posibilidad de que se produzca una incapacidad.

#### FACTORES MODIFICANTES (VARIABLES SOCIOPSICOLÓGICAS)

Los factores modificantes son aquellos que pueden ser fuente de conflicto en las creencias de usuarios y proveedores de servicios de salud, determinando en consecuencia diferencias en las conductas de salud (Spector, 1979).

##### **a) Sistemas de creencias.**

- **Concepción social de saludable, rol de sano, de enfermo y de riesgo.**

Sería raro encontrar a individuos sin manifestaciones corporales que puedan interpretarse como síntomas desde su punto de vista particular. Para Mechanic (en Rosenstock y Kirscht, 1979), los síntomas ocurren la mayoría del tiempo en casi toda la gente, sin embargo desde el punto de vista médico, sólo existe una enfermedad cuando la ha sancionado algún profesional, que por cierto difícilmente encuentra acuerdo con otros profesionales al hacer su diagnóstico.

En vista de la dificultad que significa encontrar un total acuerdo entre usuarios y prestadores de servicios al definir un estado de salud o enfermedad, Kosa y Robertson (en Rosenstock y Kirscht op cit) proponen que se defina la enfermedad en términos del paciente, considerando enfermo a quien así lo sienta, que se enfatice la importancia de los factores subjetivos que pueden llevar

a alguien con el doctor, pues se trata de una toma de decisiones autoiniciada y voluntaria.

La concepción social de **saludable** está vinculada con el funcionamiento del individuo en su grupo más que con un diagnóstico médico. Sin embargo, la concepción social tiene un problema ya que no toma en cuenta el **rol de riesgo**: una persona puede ser totalmente capaz de desarrollar su rol social y sin embargo estar en riesgo real de ver afectada su salud. Muchos diabéticos, hipertensos, sobrevivientes de ataque cardíaco, y otros, usualmente no se sienten enfermos y funcionan adecuadamente en su rol social, ¿debemos considerarlos como enfermos o sanos?

Al parecer se requiere un concepto diferente al de salud y enfermedad para apoyar el estudio de las conductas de riesgo, las preventivas y las de salud en general. Rosenstock y Kirscht proponen que la enfermedad debe considerarse como un evento que incorpora elementos fisiológicos y genéticos, sociales y psicológicos, así como influencias ambientales físicas o sociales, elementos que en su conjunto producen las condiciones definidas como enfermedad. Esto es, la enfermedad no comprende exclusivamente aspectos fisiológicos, pues hay padecimientos como la **diabetes mellitus** que pueden considerarse como una **predisposición de tipo genético, psicológico y social**, que requieren un tipo de atención, en este caso de tipo preventivo, no obstante que no existan síntomas de la enfermedad.

Ribes (1990) considera que una explicación médico-biológica o sociocultural de la salud es insuficiente, pues ambas aluden a un factor empírico diferente pero que las vincula, que es el comportamiento, como dimensión psicológica de un organismo socializado. De este modo, el estado de salud-enfermedad refleja una práctica interactiva particular, que lo propicia o auspicia.

La creencia de estar saludable o enfermo, y por ende la posibilidad de emprender una conducta preventiva o curativa no depende siquiera de los síntomas, pues está sujeta a distorsión y no es necesariamente objetiva biológicamente y según Snyder (1989) también depende de la representación o esquema de salud y enfermedad. En el caso del individuo diabético, su autopercepción también puede depender de un cambiante criterio médico sobre el nivel "**normal**" de glucosa en sangre.

#### - **Conciencia e interés sobre la salud.**

Al intentar explicar la conducta preventiva en salud, aparece el **concepto de salud** como un predictor de dicha conducta, lo cual le atribuiría también alguna

influencia sobre la conducta de salud. Se desconoce si un grado de conciencia sobre la salud o poseer un concepto específico de ella puede ayudar a predecir la conducta subsecuente. Los resultados no son concluyentes respecto de las variables **interés general por la salud y tendencia a ser estimulado con estímulos relacionados con la salud**, ya que al explorar una variable semejante como es la **conciencia de la salud** se ha encontrado que explica la conducta de enfermo pero es menos adecuada para explicar la conducta preventiva. Se cree que las bajas correlaciones encontradas entre cuatro acciones de salud preventiva indican una baja relación entre conciencia de la salud y conducta preventiva, aunque dichas correlaciones pudieran deberse a que las acciones preventivas estudiadas no son las más representativas e importantes para riesgos generales (Haefner y Kirscht en Rosenstock y Kirscht, op cit), es decir, el conocimiento de una conducta preventiva no mejora la predicción de otra conducta preventiva. De haberse encontrado correlaciones altas implicaría que el interés general por la salud se manifiesta de manera uniforme con la conducta preventiva de cada individuo, sin embargo las correlaciones fueron bajas.

Se ha encontrado que la variable **preocupación por la salud** muestra una baja ocurrencia en padecimientos relacionados con la conducta sexual entre los jóvenes sexualmente activos, lo cual disminuye el impacto de informaciones amenazantes negativas con las cuales se pretende disminuir las conductas de riesgo. También se observó que la preocupación por la salud disminuye ante un buen estado de ánimo pues éste alimenta la sensación o ilusión de control de conductas de tipo sexual (Páez, et al., 1994), sin embargo en otro tipo de conductas, el ánimo positivo se ha asociado con una mayor creencia en la eficacia de conductas preventivas (Salovey y Birnbaum, en Páez, et al.).

Usar el concepto general de salud como predictor de conducta preventiva nos llevaría al absurdo de considerar que una persona que hierve el agua para beber tiene más probabilidad de cepillar diario sus dientes o hacer ejercicio con mayor frecuencia que quien no hierve el agua.

En oposición al papel predictor de la conciencia en salud, se argumenta que hay conductas de salud que se realizan o se evitan por hábitos aprendidos en la infancia más que por motivos de salud. Incluso, los mensajes de los medios masivos que promueven una conducta de salud recurren a motivos diferentes a la salud, como la atracción, etc.

Si se desea modificar la conducta preventiva de salud deben antes conocerse los motivos que guían conductas específicas, ya que no hay mucha evidencia de que el concepto de salud per se tenga un papel motivador específico. También se han encontrado resultados ambiguos al estudiar si la presencia de una **orientación preventiva** en la gente puede predecir la probabilidad de una conducta preventiva específica.

- **Representación o esquema de salud y enfermedad.**

Esta se relaciona con el conocimiento e interpretación de los síntomas, ya que tener un esquema nos ayuda a explicar la presencia de síntomas, que ocurren en todo individuo, y a guiar nuestras acciones (Leventhal 1983, en Snyder, 1989). La representación es diferente para cada síntoma pero se compone de cuatro componentes básicos: identidad, causa, temporalidad (time-line) y consecuencias.

- Identidad:       ¿Qué tengo?. Las personas deben dar nombre al síntoma.
- Causa:           ¿Cómo adquirí esto?. El síntoma es visto como resultado de la conducta, de las circunstancias externas o de ambas.
- Duración:       ¿Cuánto durará?, ¿regresará?. Puede ser agudo o crónico.
- Consecuencias: ¿Cuáles son sus efectos a corto y largo plazo?. Puede ser trivial o de riesgo para la vida.

Cuando los síntomas son ambiguos y no observables se requiere más inferencia y puede ocurrir mayor error en la elaboración del esquema. Definirse a sí mismo como enfermo es un proceso complejo que consiste de la percepción de síntomas y la determinación de su significado, que además va a verse afectada por variables ambientales, sociales, afectivas y culturales.

Twaddle y Hessler (1977) enriquecen este apartado presentando tres tipos de suposiciones que llevan a las personas a definir la naturaleza de los síntomas de enfermedades:

- Suposición de causalidad. Es la medida en que la enfermedad es vista como voluntaria, resultado de causas naturales o de pecado. Es el grado en que un individuo es visto como portador de la enfermedad en sí mismo, que puede ir desde heridas autoinfligidas a descuido en la conducta personal. Las causas percibidas pueden ir desde lo insignificante a lo amenazante.
- Suposición de tratabilidad. Es el grado en que se espera que una persona se recupere de la condición, espontáneamente o con cuidados propios. Las condiciones intratables son menos clasificadas como enfermedades y vistas más como minusvalías o como parte de procesos normales como la vejez.
- Suposición de pronóstico. La gente asocia a la condición o enfermedad: La duración que se espera que tarde en desaparecer, el grado de daño que se cree producirá y la probabilidad de muerte asociada.

Cuando el pronóstico es más incierto o lleva progresivamente a incapacidad, más se tratará como enfermedad dicha condición.

Por último, cuando una condición es más vista como generada por una conducta voluntaria, más aún si es desaprobada, cuando se le considera incurable y se le asocia más con la muerte, mayor estigmatización sufrirá el individuo.

Por otro lado las variables de clase social, pares y presión del grupo de referencia también varían entre proveedor y usuario, lo cual va a determinar el sistema de creencias del usuario sobre las causas de la enfermedad, que puede ser tradicional, mientras que el prestador de servicios puede interpretar la etiología de manera "moderna" y no enterarse de las creencias del usuario. Pueden ocurrir también diferencias de clase entre ambos (Spector, 1979).

Glasgow, Hampson, Strycker y Ruggiero (1997) proponen el concepto de **modelo personal de creencias**, que se compone de representaciones que tienen las personas sobre las enfermedades y que se supone guían el proceso de información y las conductas subsecuentes relacionadas con la enfermedad, desde el manejo de la enfermedad hasta la relación con el prestador de servicios. A diferencia de otras propuestas ésta incluye la efectividad percibida del tratamiento (beneficio percibido), así como otros elementos:

- Creencias sobre la enfermedad y los síntomas, sobre el curso, las causas, consecuencias, severidad y cura de la enfermedad.
- Creencias sobre la efectividad del tratamiento
- Emociones
- Conocimiento
- Experiencias

Dentro de las representaciones de la enfermedad están aquellas que hablan de los prototipos de la enfermedad que tienen los legos para organizar cognitivamente y recordar información sobre síntomas físicos. El concepto de **"esquemas generales de la enfermedad"** tiene un significado semejante compuesto de cinco atributos para organizar los problemas físicos: identidad de la enfermedad, causa, consecuencias, tiempo de desarrollo y cura. Dentro del campo de representaciones de la enfermedad también se ha utilizado el término de "atribuciones sobre salud y enfermedad", que son inferencias causales que hace la gente sobre sucesos o estados de su existencia.

Las representaciones de la enfermedad afectan el estado de salud a través de varios mecanismos, pero en general se podría considerar que afectan principalmente el ajuste a la enfermedad, es decir, la conducta de enfermo. En tanto que creencias erróneas sobre la severidad y vulnerabilidad hacia la enfermedad, así como la sobre la viabilidad de la conducta afectan la salud al desmovilizar las conductas de salud, básicamente las de tipo preventivo

En general, se ha encontrado que la gente tiene concepciones generales articuladas sobre la enfermedad contra las cuales evalúa sus síntomas o desórdenes (Leventhal, et al., 1980; Turk, Rudy y Salovey, 1985). Las concepciones sobre la enfermedad son denominadas "representaciones de sentido común", cuyas dimensiones son: la identidad (etiquetas de la enfermedad y sus síntomas), las causas, consecuencias, marco temporal y cura (Leventhal, et al., 1980). Por otro lado, cuando la gente hace igualaciones apropiadas de sus síntomas y sus representaciones previas de la enfermedad, es posible que presente una conducta de enfermo apropiada, como sería la pronta búsqueda de tratamiento y un seguimiento efectivo del mismo; pero, si la igualación entre sus síntomas y sus concepciones es inadecuada, ocurren demoras conductuales, prácticas erróneas de conductas de salud, adhesión insuficiente a las recomendaciones del médico y otros efectos adversos sobre la salud (Baumann y Leventhal, 1985; Turk, et al., 1984). Los autores distinguen explícitamente entre conducta de enfermo y enfermedad: La conducta de enfermo se refiere a los pasos que sigue la gente cuando cree que está experimentando los síntomas de una enfermedad (por ejemplo ir al doctor, descansar de su trabajo). La enfermedad por sí misma implica una alteración patológica documentada. La distinción es importante pues la conducta de enfermo no necesariamente se asocia a patología anatomofisiológica, pero sí influye el deseo de atención.

#### - Estudios sobre atribuciones causales de salud y enfermedad.

Las atribuciones causales de salud y enfermedad también han mostrado su importancia en estudios relacionados con la prevención de primer, segundo y tercer nivel, por ejemplo las atribuciones causales de enfermedades crónicas e inhabilidades. Se han revisado "las causas" a las que atribuye la gente sus condiciones crónicas, así como su relación con la **percepción de control** personal sobre el curso que toma su enfermedad, sus síntomas cotidianos, su tratamiento y efectos colaterales. Se ha encontrado que en las enfermedades crónicas la gente comúnmente hace atribuciones de causa, que enfocan la causa sobre sí mismos (Taylor, Lichtman y Wood, 1984), pero no se ha determinado si esto es positivo o no para el control de la enfermedad, ya que términos como los de causalidad, culpa y autorresponsabilidad se han usado indistintamente. Landrine y Klonoff (1994) mencionan que los estudios sobre las creencias de la gente hacia las causas de las enfermedades se han vuelto importantes porque parecen ser mediadores importantes de la conducta relacionada con la salud y las consecuencias de la enfermedad, aunque por la enorme diversidad cultural de estas creencias se requieren más estudios. Por ejemplo, los afroamericanos, latinoamericanos, asia-americanos y americanos nativos atribuyen la enfermedad no sólo a variables intrapersonales y naturales sino también a las sobrenaturales, vistas como más significativas, por lo que el peso que se les asigna a los factores naturales o sobrenaturales parece explicar las diferencias étnicas en

conducta de salud. Algunas de las atribuciones de la enfermedad que se han investigado son: la dieta, el peso, el uso del alcohol, el tabaquismo, la falta de ejercicio, el estrés, las relaciones intrapersonales y variables naturales.

La conducta de búsqueda de salud de las personas está basada en gran medida en la percepción de su estado corporal, más que en la condición física real de su cuerpo. Incluso cuando ocurre alguna molestia física o enfermedad, no se formula una explicación sin antes tratar de interpretar los sucesos e información que nos rodea, de tal modo que se origina **una atribución** que organiza la información como causa y efecto. El proceso atribucional se conforma también con nuestros supuestos y expectativas, pudiendo ser erróneo cuando utilizamos señales físicas que son ambiguas, no familiares o que ocurren en períodos de mucha tensión. Las atribuciones causales ocurren en períodos de gran incertidumbre, además del miedo y tensión que acompaña a la mayoría de las enfermedades o los riesgos. Esta situación lleva a atribuciones erróneas y a su vez ocasiona acciones u omisiones incorrectas (Janis y Rodin, 1979).

El proceso atribucional por sí mismo produce un aplazamiento de la atención médica, ya que la gente está ocupada en buscar consuelo y consejo, en hacer comparaciones, en conocer síntomas, efectos de tratamientos médicos, etc.

El grado de dolor y de angustia que siente la gente depende de las etiquetas y cogniciones que aplica al estado físico, ya que el dolor y la angustia comúnmente no son intrínsecas al estado mismo; al mismo tiempo las etiquetas que aplica pueden influenciar sus percepciones sobre el origen y el nivel de su molestia.

- **Disponibilidad de experiencias.**

La disponibilidad es un factor relacionado con las atribuciones incorrectas, surge de la experiencia de que disponen los individuos sobre las consecuencias desfavorables de un padecimiento. Cuando las personas utilizan la disponibilidad, creen que la probabilidad de una alteración depende de la facilidad con que recuerdan el evento, sin embargo, la disponibilidad se correlaciona pobremente con la probabilidad real y lleva a errores sistemáticos en la toma de decisiones.

Por ejemplo, debido a lo raro que es encontrar a personas con enfermedades severas del sistema respiratorio (cáncer, enfisema), no contamos con imágenes vívidas de esas enfermedades cuando oímos las consecuencias que tiene el tabaco sobre la salud. Esto nos llevará a subestimar la probabilidad de esas enfermedades y podríamos ignorar las acciones preventivas recomendadas como dejar de fumar. Cuando las enfermedades están cercanas al hogar o son

más publicitadas ocurre en la gente una tendencia a incrementar la estimación de la probabilidad de padecer esa enfermedad.

De acuerdo a la hipótesis de disponibilidad, "los juicios sobre la probabilidad de ser afectado por alguna enfermedad dependen parcialmente de la medida en la que se tienen imágenes vívidas cuando se piensa en ella". Según esta hipótesis, los mensajes de salud pública podrán a veces ser más efectivos si, en lugar de restringirse sólo a advertencias e información verbales, proporcionan junto con la evidencia objetiva, imágenes concretas que incrementen la disponibilidad de consecuencias desfavorables (Janis y Rodin, 1979).

- **Perseverancia.**

Las atribuciones causales incorrectas basadas en la disponibilidad o en la observación son difíciles de invertir aún cuando se presente nueva información que niegue totalmente la evidencia falsa. Este efecto es conocido como perseverancia y puede ocurrir en la auto percepción negativa o positiva de salud. Aún cuando la información dada por el médico sea contradicha por el mismo, las personas pueden encontrar nuevos signos en la autoobservación que refuercen los juicios positivos o negativos dados originalmente y a partir de los cuales se forman los esquemas que los pacientes utilizan para interpretar lo que les ocurra después. Este tipo de autoatribuciones puede tener una influencia muy fuerte sobre las creencias y conductas de salud en los individuos, independientemente de su estado de salud (Janis y Rodin).

- **Victimización y autoculpa.**

Esta área de estudios se relacionó en un inicio con las estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento de quienes sufrieron de enfermedades serias, aunque sus resultados también se han encontrado vinculados con la conducta preventiva en sujetos sanos. La toma de decisiones en salud puede ser afectada por las siguientes estrategias cognitivas:

- Creer en un mundo justo
- Autopercibirse en control del medio ambiente
- Autoprotección del sentimiento de culpa

La hipótesis del "mundo justo" se relaciona con la necesidad de creer que la gente tiene lo que merece y merece lo que tiene. Los sucesos negativos en los

demás son considerados como culpa de ellos (Lerner, 1971 citado en Janis y Rodin, 1979).

Al mismo tiempo, asignarle culpa a una víctima de accidentes o enfermedades, asegura a los observadores que podrían evitar eventos similares y por lo tanto creen tener control del medio ambiente. Sólo cuando la causalidad se atribuye a eventos impredecibles e incontrolables, las personas se verán forzadas a aceptar que ese evento podría ocurrirles en algún momento (Walter, 1966 citado en Janis y Rodin). Creer que no se tiene control de los eventos o tener una confianza excesiva en el control personal del medio afecta la conducta de prevención.

En cuanto a la autoprotección de culpa, también llamada atribución defensiva, Shaver cree que la gente hace atribuciones de causalidad que le ayudan a mantener o mejorar su autoestima, por ejemplo las víctimas de sucesos negativos pueden ser menos culpadas si los observadores creen que pueden encontrarse en las mismas circunstancias. Culpar a otro y creer que merece lo que le ocurre evita que el individuo sano reconozca la existencia de riesgos personales y la importancia del autocuidado preventivo de su salud.

Estas estrategias pueden agregarse a las propuestas por Weinstein (1987), mencionadas al inicio del apartado sobre autopercepción de salud y enfermedad ya que ambas pueden afectar tanto la autopercepción de riesgo como las acciones preventivas.

#### - Creencias de control de la salud y la enfermedad.

El otro campo de estudios dentro de los factores cognitivos de la salud y enfermedad es el de la percepción de control de la enfermedad, es decir, la percepción del control sobre el curso común de la enfermedad, de los síntomas diarios, de los tratamientos y los efectos secundarios, puede afectar el bienestar general de un individuo impidiendo o facilitando el mejor ajuste a la enfermedad, incluso se ha encontrado que manipulando el sentido de control en ancianos, se afecta directamente su bienestar físico y emocional (Rodin, 1986).

Baron y Rodin (citados en Janis y Rodin, 1979) definen al **control** como "la habilidad para regular o influenciar resultados deseados por medio de respuestas selectivas", en tanto que **el control percibido** se refiere a las expectativas de tener la fuerza para participar en la toma de decisiones a fin de obtener resultados deseables; incluye:

- El sentido de libertad de elección,
- La conciencia de la oportunidad de seleccionar las metas y los medios preferidos.

Un sentido más particular es el **control percibido de los resultados**, que es la creencia de que hay un vínculo causal entre la conducta o la capacidad para actuar y los resultados. Hay una suposición de que se es responsable de los resultados obtenidos a través del esfuerzo propio.

La percepción de control es muy importante para las actitudes y conductas relacionadas con la salud ya que disminuye el estrés y esto permite al individuo prepararse para aceptar la posibilidad de un riesgo a la salud y para realizar conductas preventivas relevantes. Los riesgos que se consideran impredecibles e incontrolables no generan conductas de afrontamiento para la prevención del riesgo, por lo que se ha intentado incrementar el sentido de control de individuos enfermos empleando información preparatoria sobre las reacciones esperadas, procedimientos médicos, etc., encontrando que eso les permite a los pacientes planear sus estrategias para afrontar el estrés esperado y mejorar los sentimientos de control.

Incrementar el sentido de control en pacientes que se saben en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes facilitaría también la adherencia a conductas de detección temprana y cambio en estilos de vida riesgosos.

Simard, Paquette, Baillargeon y Falardeau (1989) emplearon las creencias de control del riesgo de enfermarse cáncer de mama en mujeres entre 40 a 59 años con relación a la detección temprana o el tratamiento temprano de dicho padecimiento. Este factor está muy relacionado con los beneficios percibidos, ya que la percepción de que la conducta preventiva es efectiva en la curación del cáncer es mayor en quienes se someten a los programas de detección.

#### **b) Presión del grupo de referencia y apoyo social:**

La interrupción de lazos sociales por cambios en el empleo, por migración, envejecimiento o muerte tienen un fuerte impacto en la salud y el bienestar de los individuos. Al proceso por el que el contexto social influye en el individuo ha sido denominado "apoyo social", definido como los recursos proporcionados por otras personas. Factores cognitivos como experimentar efectos positivos, alta autoestima, o sentir un mayor control de los cambios ambientales, pueden proteger al individuo de enfermedades físicas a través de mecanismos fisiológicos como el funcionamiento del sistema inmune (Rodin, 1986).

La influencia social puede presentarse de varias maneras, entre ellas se identificaron las siguientes:

#### **Proceso de referencia lego.**

Este se puede observar en la conducta preventiva y en la de enfermo, pues en ambos casos se relaciona con la búsqueda de información para probar la legitimidad de acciones relacionadas con la salud. También ocurre como desaprobación social, estigmatización, etc. Este proceso ayuda a legitimar conductas de búsqueda de atención o la realización de conductas de promoción, que pueden ser aprobadas por individuos cercanos o importantes en cada grupo social.

#### **La Instigación social.**

Los servicios de medicina preventiva tienen programas para detectar desórdenes como cáncer de mama, cáncer cervicouterino, hipertensión y diabetes. Pero, su utilidad depende de la gente que usa esos servicios y de la utilización misma. Un grave problema ha sido el uso limitado de los programas de detección por la gente considerada de alto riesgo. Por ejemplo, los programas de detección temprana de tuberculosis por medio de rayos X estuvieron de moda en los 50's; Hochbaum (1956) entrevistó a 1200 personas mayores de 25 años seleccionadas al azar, de las cuales el 17% nunca se había efectuado esa revisión, y de los sujetos que se tomaron las placas, sólo un 42% lo habían hecho voluntariamente y de modo preventivo, sin tener síntomas. Las personas restantes se habían practicado este procedimiento por **síntomas, presión social, petición en el lugar de trabajo y chequeo de enfermedades diferentes a la tuberculosis.**

Shapiro y Lewison (1968, en Epstein y Ossip, 1979) planearon un programa de detección para cáncer de mama dirigido a mujeres en riesgo (40-64 años). Los investigadores reportaron que una tercera parte no se atendió a pesar de que hubo repetidos contactos individuales. De las mujeres que participaron, el 65% se atendió después de recibir un aviso del programa, el 17% después de la segunda carta o llamada telefónica, y el restante 18% requirió contactos telefónicos adicionales. Alrededor de 4000 personas de la muestra original de 11500 nunca se atendió.

Uno de los pocos estudios que ha tratado de manipular la asistencia a un programa de detección es el de Kirscht, Haefner y Eveland (1975, en Epstein y Ossip, 1979). Se compararon tres alternativas: una condición control que sólo afirmaba a los participantes que los servicios estaban

disponibles; una condición de riesgo que enfatizaba **la posibilidad de que uno pudiera estar enfermo y no saberlo**, así como los aspectos negativos de estar enfermo; y una condición positiva que establecía que **era fácil hacerse el chequeo y cómo el chequeo los llevaría a conservar su buena salud**. Aunque las 1000 personas que participaron en el grupo control fueron diferentes al grupo experimental porque no habían asistido al servicio durante un año, se encontró que la condición positiva con 86 personas fue la mejor en cuanto al porcentaje de citas solicitadas (35%), que el grupo control (32.1%) y el de riesgo (27.7%). La asistencia a las citas también fue mayor en la condición positiva (90%) que los sujetos del grupo control y la condición de riesgo (59.8% y 69.4%). Esto indica que los procedimientos de instigación positiva pueden ser los más efectivos para promover la asistencia a programas de detección y que hacer realista la autopercepción de riesgo no incrementa la utilización de servicios de salud.

Aunque los programas de detección son populares, no han sido muy exitosos, se presentan abandonos, su efectividad para alcanzar a la población de alto riesgo es limitada, se hace mal uso ya que la asistencia ocasional a estos programas se emplea como sustituto del chequeo periódico de la salud, además de que proporcionan información incompleta a diferencia de la que ofrece un examen completo.

Este apartado ha hecho hincapié en que la presencia o ausencia de alteraciones fisiológicas no determina la percepción de legos o médicos sobre el estado de saludable o enfermo, y tampoco se relacionan directamente con la realización de conductas preventivas o de enfermo, siendo muy importantes los factores cognitivos antes mencionados.

Dentro de este punto puede incluirse la variable preocupación observada en otros hacia el problema (Weinstein, 1987).

### c) Clase social

Las visitas de detección y chequeo médico en ausencia de síntomas han aumentado en Estados Unidos, aunque no se sabe si el incremento se relaciona con la clase social. La atención preventiva como la vacunación, no obstante ser gratuita, es más empleada por las familias de altos ingresos, al igual que los servicios ambulatorios, en tanto que la tasa de utilización de los servicios hospitalarios y los días estancia es mucho mayor para la población de bajos ingresos. Lo anterior muestra la existencia de problemas de algún tipo para recibir atención en las fases iniciales de los tratamientos, además de que no

existen evidencias para atribuir el aumento en la utilización de servicios preventivos a la población de bajos recursos (Rosenstock y Kirscht, 1979).

Una de las medidas para incrementar el uso de servicios de salud preventivos podría ser retirar las barreras económicas, sociales y actitudinales, las cuales requieren investigación adicional sobre los patrones de uso de servicios de salud.

Monteiro (en Rosenstock y Kirscht, op cit) encontró que la gente de bajos recursos tolera una morbilidad más severa (Spector, M., 1979) antes de restringir su actividad e ir al doctor con enfermedades más serias que los demás, debido a que perciben tanto la enfermedad como las necesidades preventivas de otro modo, lo cual podría obstaculizar su uso de servicios preventivos en gran medida, aunque no necesariamente disminuye la conducta preventiva propia de su grupo (Bronfman, et al., 1997).

En Estados Unidos se encontró que la población en condiciones de pobreza muestra una utilización más baja que los no pobres de los siguientes tipos de servicios preventivos primarios: examen físico de rutina, visita al pediatra, visitas al obstetra, visitas al dentista, pruebas de cáncer cervical, rayos x de tórax, inmunización de polio y cepillado regular de dientes.

El uso de servicios de salud preventivos en la población de bajos recursos podría incrementarse mejorando el financiamiento público, aunque se cree que no cambiarían los patrones de uso entre dicha población, incrementándose sólo en aquellos que experimentan necesidades de salud, ya que se ha detectado que el pobre usa menos servicios tanto de tipo preventivo como los relacionados con las enfermedades menos incapacitantes (Monteiro, op cit).

Aún cuando los servicios preventivos están dirigidos específicamente a los grupos de bajos ingresos, se ha encontrado que el uso es mayor entre el subgrupo con mayor escolaridad así como en los miembros de grupos diferentes a los que están destinados, quienes están dispuestos favorablemente a la atención preventiva (Elinson, Henshaw y Cohen, en Rosenstock y Kirscht, 1979). Green (op cit) considera que la relación encontrada entre nivel socioeconómico y conducta preventiva en salud se debe a que en el estrato social más alto es mayor la probabilidad de relacionarse con personas que no son familiares, incrementando así la probabilidad de encontrarse con personas que muestran conducta preventiva y normas más científicas de conducta preventiva en salud.

#### **d) Personalidad.**

Las variables disposicionales tales como la personalidad, han llevado a estudios del patrón de conducta tipo "a". Así mismo, dentro de estas variables se incluyen

aspectos emocionales como el "estilo explicativo", que es la forma habitual en que las gentes explican los acontecimientos negativos que les ocurren. Peterson y Seligman (1987, citadas en Rodin y Salovey, 1989), han estudiado este concepto utilizando tres dimensiones de las explicaciones: estabilidad contra inestabilidad, internalidad contra externalidad y globalidad contra especificidad. Encontrando que el estilo explicativo pesimista -la creencia de que los sucesos negativos son causados por factores estables, globales e internos- pronosticó una salud deficiente en un seguimiento de 35 años, aún cuando la salud inicial en personas de 25 años fue controlada.

### FACTORES MODIFICANTES (VARIABLES DEMOGRAFICAS)

La psicología de la salud también considera importantes los factores de edad, género, y etnia en la conducta de salud. Las diferencias socioculturales en la conducta y en la reacción a la enfermedad, tanto entre como dentro de los grupos raciales tiene implicaciones para la enfermedad y la salud. Debe tomarse en cuenta que el pertenecer a un grupo étnico, o a una clase social específica, entre otros factores, incrementa la incidencia y prevalencia en las tasas de enfermedades.

El apoyo social y los factores sociodemográficos, aunque no pertenecen a los factores cognitivos de la salud y enfermedad, han sido citados porque influyen en diversos grados sobre las creencias y conductas de salud y enfermedad.

Las variables demográficas como raza y etnia son citadas como problemas cuando existen grandes diferencias entre consumidor y proveedor, ya que variables como la percepción de salud y enfermedad difieren en cada grupo étnico, e incluso en cada familia e individuo.

Los servicios preventivos y de detección en general han sido usados por la gente más joven o de mediana edad, por mujeres y por aquellos con mayores ingresos y más escolaridad, aunque quizá no por los de niveles más altos en educación e ingreso. La etnia ha mostrado ser también un factor muy determinante.

## FACTORES MODIFICANTES (VARIABLES ESTRUCTURALES)

### a) **Experiencia con la enfermedad.**

Sobre la base de la experiencia anterior, la observación y la información de otras gentes en el medio social, la gente desarrolla ideas sobre los tipos de acción disponible para prevenir o tratar una enfermedad específica y sobre la inconformidad y molestia de esas acciones, que pueden ser preventivas o curativas (Snyder, 1989).

### b) **Conocimiento.**

Información. Se relaciona con la calidad y cantidad de la información que posee la población sobre conducta preventiva o curativa para padecimientos específicos.

## SEÑALES PARA LA ACCION (EXTERNAS)

### a) **Saliencia (notoriedad) de indicadores.**

Tener indicadores salientes o recordatorios del riesgo potencial de un padecimiento, o bien señales de información-acción que focalizan la atención del sujeto en conductas preventivas específicas, son supuestos para la ocurrencia de conducta preventiva (Paez, et al., 1994). La conducta preventiva del SIDA se ha encontrado asociada, entre otros factores, a la notoriedad de indicadores como "tener un amigo con SIDA", en cinco de siete investigaciones.

## PROBABILIDAD DE LA ACCION (BARRERAS PERCIBIDAS)

### - **Costos percibidos del seguimiento de una conducta de salud.**

Para que una persona tome la decisión de realizar alguna acción, se da un proceso cognitivo complejo, como creerse susceptible ante un problema y creer que éste es serio. Su decisión puede verse limitada por barreras como el costo, disponibilidad y tiempo perdido en la acción (Spector, 1979). Entre muchas de las ya mencionadas variables cognitivas que afectan la probabilidad de la

conducta preventiva, Páez, et al. (1994) citan el tener indicadores salientes o recordatorios del riesgo potencial, conocer los mecanismos de prevención, estar motivados para hacer el intento de prevención, creer que se tienen los recursos para implementar la conducta preventiva, evaluar el costo y beneficio de la acción, creer que se tiene control del medio.

#### PROBABILIDAD DE LA ACCION (BENEFICIOS PERCIBIDOS DE ACCION PREVENTIVA)

Los beneficios percibidos de la conducta de salud, también son definidos como prevenibilidad percibida, que es el conocimiento de la posibilidad de modificar un factor de riesgo. Según Weinstein (1987), este factor afecta la autopercepción de riesgo. Norman (1985), trabajando con gente joven y saludable, encontró relación entre la realización de conductas y los beneficios percibidos de las siguientes conductas: bajo o nulo consumo de cigarrillos, bajo estrés, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, y comidas balanceadas, pero no hubo relación con chequeos médicos preventivos, ocho horas de sueño, enfriarse o mojarse por usar ropa inadecuada, el bajo o nulo consumo de bebidas alcohólicas y ejercicio. Sin embargo, el autor reporta la presencia de conflictos al evaluar la importancia de estas conductas preventivas en la salud, ya que los jóvenes le asignan un peso mayor a sus atributos hedonistas, es decir no fumar es visto como benéfico para la salud pero desagradable.

#### PROBABILIDAD DE LA ACCION (ADHERENCIA)

- **Adherencia a decisiones de conducta preventiva.**

El proceso de adherencia o seguimiento de las recomendaciones profesionales de salud ha sido muy estudiado desde el punto de vista del modelo de creencias de salud, para conducta preventiva o de enfermo.

¿Porqué las personas que han decidido hacer lo que recomiendan los mensajes e instituciones de salud pública, interrumpen su conducta preventiva (revisión diagnóstica, cambio de hábitos, etc.)? Por un lado, cuando la decisión implica dejar de realizar conductas de riesgo, el factor primordial al que se enfrentan las personas es la privación impuesta, que es difícil de tolerar largos periodos de tiempo, sobre todo cuando la persona es expuesta a tentaciones y recuerdos de

lo que ha perdido, a través de la televisión, revistas y medios masivos de comunicación (Janis y Rodin, 1979).

La falta de adherencia a las recomendaciones del prestador de servicios de salud puede ocurrir durante la hospitalización o en consulta externa, en desórdenes sintomáticos o en ausencia de ellos, siendo estos últimos los que presentan mayor resistencia a la adherencia. La adherencia a recomendaciones y tratamientos para prevenir la ocurrencia de una enfermedad es lo que se espera después de que el médico ha hecho un diagnóstico y comunicado al usuario las acciones preventivas de su plan de tratamiento, que pueden consistir en aplicarse inmunizaciones, modificar hábitos personales de salud, realizarse evaluaciones médicas periódicas, etc.

La adherencia a tratamientos preventivos depende de:

- La complejidad y número de cambios conductuales requeridos,
- Del tiempo que transcurre entre cada contacto con el prestador de servicios,
- De las señales o consecuencias que proporcione el medio social del usuario al seguimiento de las recomendaciones (Snyder, 1989),
- Del nivel de conocimiento sobre los riesgos a la salud (Kirscht y Rosenstock, 1979).
- También ocasionan problemas a la adherencia, la naturaleza y duración de las consecuencias fisiológicas.
- Por otro lado, las acciones que no tienen efectos notables sobre el riesgo o que el efecto se demora mucho son menos probables de mantenerse por, la falta de reforzamiento.

Con relación a las señales o consecuencias que proporciona el medio social a la conducta preventiva recomendada para que ocurra y se mantenga la teoría del aprendizaje social de Bandura (Ogden, 1995; Bayés, 1992) y el modelo de creencias de salud de los psicólogos sociales muestran algunas semejanzas ya que consideran que la conducta es mediada por un procesamiento selectivo de la información del medio social, que en el modelo de creencias ocurre a partir de eventos externos que funcionan como señales para actuar que el individuo percibe y evalúa, en tanto que el llamado aprendizaje por observación se fundamenta en las consecuencias extrínsecas de tipo social que acompañan los comportamientos de riesgo o los preventivos, por lo que una estrategia eficaz consiste en reforzar socialmente nuevas pautas de conducta, indicando mediante la palabra y el ejemplo cuál es el comportamiento aprobado, es decir, "¿cuándo en el grupo de pertenencia, la consecuencia extrínseca que acompaña o sigue al comportamiento eficaz de prevención es de aprobación y normalidad social, y no de rechazo?" (Bayés, 1992).

Otro punto importante para la adherencia es la medida en que la conducta propuesta difiere de las conductas rutinarias de la persona ya que la falta de

señales ambientales para la nueva conducta hacen difícil que compita con las conductas cotidianas, más aún si éstas son muy reforzadas. La conducta propuesta debe ser simple y compatible con la rutina del usuario y requiere además señales ambientales sobresalientes y explícitas (Snyder, 1989).

Se ha encontrado que las intervenciones que incrementan la comodidad del régimen de tratamiento (como mejor etiquetación en los medicamentos, dispensadores de dosis, simplificación de regímenes, citas individualizadas) generalmente incrementan la adherencia. Se supone que estas maniobras proporcionan trayectorias para la acción con menos barreras o más facilitación de la conducta recomendada, tal es el caso de un estudio con pacientes a los que se les prescribieron antibióticos, utilizando recordatorios especiales como etiquetas para el refrigerador, lo cual duplicó la adherencia en comparación al grupo control (Lima, et al., citado en Kirscht y Rosenstock).

### **Papel de las representaciones cognitivas y del conocimiento.**

Por otro lado, consideraremos el efecto de las representaciones cognitivas sobre la adherencia. De inicio, una persona decide buscar atención o realizar alguna acción preventiva para algún padecimiento de acuerdo a la representación que tenga de éste. Las representaciones le dan sentido a las conductas recomendadas por el prestador de servicios y facilitan su compromiso activo con ellas, por ello es necesario conocer **las representaciones cognitivas** del paciente para saber qué conductas pueden ser exitosamente promovidas (Snyder, 1989). Relacionado con estas representaciones se encuentra el nivel de conocimiento sobre los riesgos a la salud, el cual se supone debiera estar asociado con una mayor adherencia, sin embargo el conocimiento médico general pocas veces se ha encontrado consistentemente asociado con aquélla (Haynes, 1976). Un estudio de Gordis, Markowitz y Lilienfeld (1969) de pacientes con fiebre reumática no produjo relaciones entre una prueba de conocimiento sobre la enfermedad y el seguimiento del régimen de tratamiento prescrito. Kirscht y Rosenstock (1977) evaluaron una serie de preguntas sobre presión sanguínea alta en pacientes hipertensos y encontraron que el conocimiento no se relacionaba con la toma de medicamentos o el seguimiento de la dieta aconsejada. Sackett y otros (1975) también encontraron que las evaluaciones de conocimiento sobre hipertensión no predijeron la adherencia. Un estudio sobre conducta anticonceptiva de Siegel y otros (1971) mostró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos no está relacionado con la continuación de su uso después de un año.

A diferencia de estos resultados, Tagliacozzo e Ima (1970) encontraron que a mayores niveles de conocimiento sobre las causas, síntomas y complicaciones de cuatro enfermedades crónicas, fue mayor la continuidad del tratamiento. Esta

relación estuvo condicionada por otros factores como, poca experiencia con la enfermedad, una baja ansiedad y el reporte de una alta interferencia con las actividades cotidianas.

Se cree que una clase diferente de "conocimiento" también parece relacionarse con la adherencia: la medida en la que el paciente conoce la conducta requerida por el tratamiento y cómo y cuando realizarla (Kirscht y Rosenstock, 1979; Snyder, 1989; Bayés, 1992), aunque consideran que ese conocimiento es una condición necesaria pero no suficiente para seguir el tratamiento. Kirscht y Rosenstock han encontrado que esta información se relaciona positivamente con la adherencia, ya que pacientes hipertensos que no conocían bien la enfermedad por la que estaban en tratamiento mostraron menor probabilidad de adherirse a los medicamentos y recomendaciones dietéticas.

### **Establecimiento de compromisos**

La investigación psicológica sugiere otros factores como son los compromisos y estrategias de afrontamiento cognitivo para incrementar la adherencia. La investigación sobre compromisos indica que si la persona anuncia su intención a alguien estimado, queda comprometida con dicha decisión por medio de la desaprobación social y personal anticipada. Cuando las personas se han comprometido consigo mismas, funcionan las advertencias dirigidas a prevenir la reincidencia, pero pueden ser inefectivas o perjudiciales cuando no existe el compromiso personal, el cual debe ser de interés primordial (Janis y Rodin, 1979).

### **Principales limitaciones para la adherencia a tratamientos preventivos**

La principal limitación para la adherencia a tratamientos preventivos es que debe ocurrir en ausencia de síntomas; generalmente los problemas sintomáticos de salud dan lugar a una mejor adherencia que los no sintomáticos. Debido a que las recomendaciones preventivas de atención a la salud implican solicitar a alguien que realice una acción en ausencia de síntomas (ej. señales no sobresalientes), la adherencia a dichas recomendaciones es muy problemática (Kirscht y Rosenstock, 1979).

El modelo multifactorial e interactivo de Bayes (1992) presenta una explicación sobre cómo se mantiene la conducta de riesgo y porqué es difícil la adquisición de conducta preventiva hacia el SIDA. Considera que un factor al que se debe en gran medida la enorme dificultad existente para conseguir cambios en los comportamientos de riesgo: sexuales y de drogadicción, son las consecuencias

inmediatas propias de la interacción que da lugar al riesgo. Algo semejante ocurre con los comportamientos de riesgo para la diabetes mellitus: ingesta dietética, sedentarismo, etc.

De acuerdo con el análisis funcional del comportamiento:

- a) Los comportamientos de riesgo siempre –o casi siempre- van seguidos de forma inmediata por una consecuencia placentera intrínseca a menudo intensa, de corta duración -un orgasmo, el alejamiento del síndrome de abstinencia, etc.-
- b) Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo -la adquisición de la enfermedad y la muerte- son sólo probables y siempre a largo plazo.
- c) Las consecuencias positivas de la práctica de los comportamientos de prevención ocurren siempre a largo plazo y son sólo probables.
- d) No existe una cadena de hechos sensibles –como, por ejemplo, una sintomatología- que se incremente ante el comportamiento de riesgo.
- e) No existe una cadena de hechos sensibles que relacione un comportamiento preventivo anterior con un buen estado de salud en la actualidad.
- f) Los comportamientos preventivos suelen ir seguidos de forma inmediata por un aplazamiento o atenuación de las consecuencias placenteras. Incluso en el caso de la diabetes mellitus el comportamiento preventivo puede tener una consecuencia displacentera inmediata porque impide disfrutar de satisfactores alimentarios que pueden consumirse en un contexto familiar y grupal.

Se ha encontrado que cuando es necesario elegir entre comportamientos, uno preventivo y otro de riesgo, con consecuencias diferentes, la gente elige aquellos con menor demora sobre los que sean de mayor magnitud. Las personas elegirán la estimulación placentera efímera pero inmediata que obtienen a partir de sus comportamientos de riesgo, a pesar de que sus consecuencias sean terribles (Bayes, 1992).

- **Modos de contacto en la adherencia a conductas de prevención.**

Kirscht y Rosenstock (1979) revisan la influencia de los modos de contacto empleados por el prestador de servicios de salud para generar la **conducta preventiva y de detección** en el usuario. De principio se ha determinado que el

**contacto personal** genera una mayor influencia sobre la conducta recomendada que los medios impersonales, aunque estos sean más baratos y penetrantes.

Ha habido varios esfuerzos a gran escala para influenciar la conducta preventiva. Por ejemplo el estudio de tres comunidades de Stanford trabajó con tres ciudades de California: una no recibió mensajes especiales; otra recibió una transmisión intensiva de mensajes y una campaña masiva de medios impresos; la tercera recibió los mensajes promedio más la asesoría intensiva de personas de alto riesgo. Se evaluó el efecto de las tres estrategias sobre la reducción de las actividades de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la ingesta dietética, el peso, la hipertensión y la actividad física, encontrándose una reducción de la ingesta de grasas, más marcada en el grupo instruido y en el que recibió campañas masivas de comunicación. Otro estudio sobre la inducción al uso del cinturón de seguridad no mostró diferencias entre los grupos expuesto y no expuesto a mensajes. Cuando se intentó influenciar la conducta anticonceptiva, una campaña de comunicación masiva de seis meses no produjo diferencias entre las comunidades control y experimental sobre la asistencia a las clínicas de planeación familiar, ni en la venta de anticonceptivos o incidencia de nacimientos no deseados (Kirscht y Rosenstock).

Sin embargo, se ha encontrado que cuando los intentos de contacto con la población son más **frecuentes y más variados**, incrementa el seguimiento de las recomendaciones profesionales. Por ejemplo, cuando las escuelas notifican a los padres que se han realizado detecciones y se ha diagnosticado en el niño un problema de salud que necesita seguimiento, se incrementa la acción de los padres; cuando se utilizaron cuatro diferentes procedimientos de contacto para la detección de la presión sanguínea en cuatro áreas céntricas de una ciudad, se encontró que las visitas al hogar produjeron el mayor número de hipertensos previamente no diagnosticados, siendo menor para las cartas y para la propuesta de obsequios. Por otro lado, también se han comparado distintas formas de invitaciones por correo para participar en un programa de detección global: un folleto usual, una versión orientada al riesgo y otra versión positiva de las enfermedades+. Las dos últimas produjeron más respuestas, pero la mayoría correspondió a mujeres en la condición positiva.

Los recordatorios también han mostrado ser útiles para disminuir el fracaso de las citas. Comparando los recordatorios telefónicos, cartas y una situación sin contacto previo con pacientes de citas programadas, se encontró que un 38% de los pacientes a quienes no se hicieron recordatorios, no asistió a la cita, mientras que sólo el 9 y 10% de los grupos de teléfono y carta, respectivamente, no asistió (Gates y Colburn, citados en Kirscht y Rosenstock, 1979).

Varios de los hallazgos sugieren que se ejercerá una mayor influencia si las estrategias de comunicación y los temas son adaptadas a los grupos específicos.

## 2. 4.4. AUTOPERCEPCION DE SALUD Y ENFERMEDAD.

El modelo de creencias de salud ha provisto a la investigación de conducta preventiva en salud de una serie de categorías de análisis, que en ocasiones han sido empleadas para estudiar aspectos más restringidos a los que propone el modelo, y en otros casos han sustentado el planteamiento de vínculos antes no explorados entre estas variables y fenómenos del campo de la salud y la enfermedad. Adelante se presentan ejemplos de estudios que centran su interés en las variables relacionadas con las **percepciones individuales** abordadas por el modelo de creencias de salud, como son las **autopercepciones de salud y las de riesgo**, mismas que generalmente son propuestas como variables independientes de la probabilidad de realizar acciones preventivas o del estado de salud y la mortalidad.

Los siguientes son los tres tipos de investigación más abordados, de cuyos resultados se desprende la necesidad de examinar más ampliamente la relación entre dichas percepciones y la conducta autopreventiva para a su vez determinar su utilidad como predictores de la conducta preventiva y de las decisiones relacionadas con la salud, así como su efecto en la vulnerabilidad personal hacia las enfermedades y otros riesgos a la salud:

- La autopercepción de riesgo y el fenómeno del optimismo
- La autopercepción de salud como predictor de la mortalidad
- La autopercepción de riesgo y la toma de decisiones en salud

Al revisar estos estudios podremos observar que la ejecución de la conducta preventiva ocurre frecuentemente acompañada de una serie de estrategias cognitivas que facilitan o limitan dicha conducta, mismas que han sido clasificadas como optimismo o pesimismo, y que a su vez pueden ser reales o irreales.

### 2. 4.4.1. AUTOPERCEPCION DE RIESGO Y EL FENOMENO DEL OPTIMISMO.

#### a) Concepción de riesgo.

La concepción de riesgo a la salud y la del modo en que lo perciben los individuos se ha modificado según los cambios ocurridos en los modelos científicos de salud-enfermedad (Ogden, 1995).

Según Ogden, la concepción de riesgo determina la forma de percibirlo, por ejemplo, en el modelo biomédico el riesgo se consideraba como influencia externa que actuaba sobre un individuo pasivo, quien percibía su riesgo al evaluar los riesgos externos a la salud.

El modelo psicosocial surgió cuando el modelo biomédico empleó una perspectiva psicosocial. Este consideraba que el riesgo ocurría de la interacción entre el individuo (en el ámbito biológico y psicológico) y el mundo externo (perspectiva interactiva), por lo que percibir el riesgo implicaba evaluar los riesgos que surgían de una interacción, que es la concepción con la que más han trabajado los modelos de creencias de salud, y en la que más se apoya este trabajo.

Más recientemente el concepto de riesgo volvió a cambiar, pues ya no es externo ni es el producto de la interacción individuo-ambiente. Dentro de la perspectiva intractiva, el riesgo a la salud proviene de un yo interno que puede o no autocontrolarse para manejar y dominar la conducta que expone al individuo al riesgo. El riesgo no es el virus o los daños al organismo sino la falta de habilidad para controlar la conducta preventiva, por lo que según Ogden, "en el siglo XX el individuo está en riesgo de sí mismo".

Según el último enfoque, los riesgos contemporáneos a la salud no se localizan en el medio ambiente ni en los espacios producidos por las interacciones personales sino que están dentro del yo, lo cual implica que la promoción a la salud ya no pertenece sólo al campo del estilo de vida sino al control personal de dicho estilo para modificar los riesgos. Desde ese punto de vista las creencias de salud ya no deberán enfatizar las percepciones relacionadas con el riesgo, sino la percepción de control personal del riesgo, la percepción de la eficacia de las conductas de salud y la percepción de saber realizar dichas conductas. Estos conceptos han aparecido en los trabajos más recientes que estudian la conducta preventiva de salud.

#### **b) Optimismo irreal.**

La mayoría de estudios sobre autopercepción en el área de la salud se enfocan a la autopercepción de riesgo, también conocida como percepción de vulnerabilidad o de susceptibilidad de sufrir un daño. No es clara la forma en que obtiene la gente la información que le permite formarse una idea de su vulnerabilidad, aunque se supone que deba ser a partir de su contacto con otras gentes, con los servicios de salud, con los medios de información, etc., sin embargo la autopercepción de riesgo representa un problema que debe ser

estudiado cuando se encuentra sistemáticamente que esa percepción es opuesta y casi siempre inferior al riesgo real y que al parecer tiene determinantes específicos y de ningún modo es producto del azar. Recientes estudios, observando diversos riesgos han confirmado que la gente tiende a pretender que está en menor riesgo que sus pares (Weinstein, 1980 y 1987), tendencia a la que se denomina optimismo irreal o simplemente **optimismo: “eso no me pasará a mí”**.

¿Qué ocurre con las personas que están bajo riesgo de desarrollar la diabetes mellitus?, un padecimiento ya de inicio multifactorial en su origen, ¿cómo pueden adquirir una percepción de su riesgo personal que les ayude a disminuir la posibilidad de desarrollarla?. De inicio parece que formarse una percepción real del riesgo personal dispondría a la gente positivamente hacia la ejecución de las conductas indicadas.

El optimismo irreal es producto de un **juicio erróneo** (Slovic, 1987):

- Ocurre como una manera de negar la incertidumbre de adquirir un padecimiento,
- Formarse un mal juicio de los riesgos lleva algunas veces a subestimarlos y otras a sobrestimarlos.
- Lleva a que los juicios sobre la realidad se mantengan con una confianza injustificada.

La tendencia optimista en la gente ha sido más explorada en relación con problemas de salud, aunque se aplica también a las predicciones de asuntos sociales y políticos, o de eventos totalmente probabilísticos como tomar una carta; regularmente se ha aplicado al estudio de eventos negativos, siendo Weinstein (1980) quien por primera vez lo estudió ante eventos positivos y negativos.

Curiosamente, según Slovic el juicio de los profesionales de la salud parece estar propenso a muchos de los prejuicios del público en general, particularmente en las situaciones en que no tienen suficientes datos o que deben confiar en la intuición.

Rodin y Salovey (1989) mencionan que los individuos tienden a subestimar su propio riesgo de padecer enfermedades o eventos negativos, al cual llaman **optimismo no realista**, fenómeno que puede tener consecuencias importantes para las conductas de autocuidado y que podemos observar en los estudios que se describen adelante (Niknian, Mckinlay, Rakowski y Carleton, 1989; Becker, et al., 1977; Avis, Smith y McKinlay, 1989 y Weinstein, 1980, 1987). De manera opuesta, las creencias relacionadas con un incremento de la susceptibilidad personal hacia una enfermedad (pesimismo) se asocian generalmente con un

mayor interés en el aprendizaje de conductas preventivas, aunque esto presenta sus excepciones, ya que Avis, et al. y Weinstein encontraron que aumentar el riesgo percibido no se relaciona necesariamente con un decremento de las conductas de riesgo. Incluso, si pretendiéramos predecir que proporcionar información sobre el padecimiento va a producir algún cambio, encontraríamos resultados muy relativos o francamente opuestos (Weinstein, 1987) pues aunque la gente conozca de manera informal los factores de riesgo para una gran cantidad de padecimientos, eso no hace más realistas sus percepciones de riesgo y no disminuye su optimismo irreal hacia eventos adversos, debido a que la gente es muy ingeniosa para justificar que su propensión hacia enfermedades y eventos adversos es menor de la que enfrentan cotidianamente sus iguales. Son muchos los estudios interesados en encontrar la manera de que la gente se forme percepciones más exactas de su propia susceptibilidad, pues consideran que de ese modo los programas de promoción y prevención de la salud podrían estimular adecuadamente las conductas de autocuidado.

Los adultos negros han mostrado ser pesimistas sobre la trayectoria de la enfermedad, especialmente cuando se les diagnostica cáncer, también muestran gran fatalismo (aceptación y sumisión al destino) a los efectos de enfermedades serias.

Respecto a la influencia de la edad, existe una tendencia pesimista en la autoevaluación de salud de la gente mayor, pues Maddox (citado en Ferraro, 1993) en el 65% de los casos encontró congruencia entre ésta y los resultados de una evaluación médica integral, en tanto que los casos restantes la evaluaron como "mala" cuando los médicos la consideraron "buena", lo cual muestra la tendencia a subestimar la salud, a ver y exagerar los problemas de salud. El pesimismo es la evaluación de la salud como sustancialmente más pobre que en otros con niveles similares de morbilidad y limitación funcional, por lo que connota una perspectiva negativa del presente o del futuro, una tendencia a ver lo que es malo o desventajoso en una situación dada, pero no implica un sentido total de negatividad psicológica. Los predictores más importantes de pesimismo son la clase social y la edad en los ancianos más jóvenes (60-69 años) en oposición a los mayores de 70 años (Ferraro).

### **c) Explicaciones sobre el origen de la tendencia optimista.**

Weinstein (1980) cita los dos modos principales de interpretar la tendencia optimista, que son la cognitiva y la motivacional, mismos que permitieron clasificar por nivel de importancia algunos procesos (Weinstein, 1980 y 1987) con los cuales se ha pretendido explicar el optimismo irreal:

### □ Interpretación cognitiva.

La interpretación cognitiva del optimismo irreal considera que éste es ocasionado por puros errores cognitivos; se basa en la influencia de la información sobre el juicio que emiten las personas al evaluar la probabilidad de que les ocurra un evento, lo cual supone que:

- Las personas no tienen la información necesaria para evaluar exactamente su riesgo.
- Las personas no saben usar la información para juzgar su riesgo con exactitud, lo cual los lleva a introducir errores.

Los juicios de riesgo, es decir la autoevaluación de la probabilidad de experimentar un evento negativo son comparativos en esencia, lo cual implica que surgen por algún proceso de comparación con el grupo de referencia (Idler y Angel, 1990), en el cual el individuo elige un grupo como punto de referencia para su evaluación comparativa, por lo que surgen errores al tratar de la perspectiva de los otros. La utilización de juicios de riesgo comparativos se ha utilizado debido a que es imposible determinar si las expectativas optimistas de un individuo son realistas o irreales, sin embargo, en el ámbito grupal es posible probar la ilusión optimista pidiendo a la gente que estime sus posibilidades de experimentar eventos negativos comparadas con las de las otras personas. Si los juicios de riesgo comparativos son tales que un grupo de gente cree que sus posibilidades son menores que las de los otros, se dice que están realizando un error sistemático que es el optimismo irreal (Fontaine, 1994). Si una persona sólo puede ver sus propias circunstancias concluirá erróneamente que sus probabilidades de riesgo difieren de las de otros, por lo cual cualquier factor que influya en las creencias de riesgo puede afectar sus juicios comparativos.

La interpretación cognitiva explica el modo en que los siguientes factores afectarán las creencias de experimentar un evento:

- **La probabilidad percibida** de los eventos para la población en general. Una mayor probabilidad percibida se relaciona con la creencia de que se tiene más oportunidad de experimentar un evento que el promedio del grupo de referencia.
- **Experiencia personal anterior.** La experiencia puede ayudar a recordar las situaciones en que ocurrieron los eventos e imaginar aquéllas en que pueden ocurrir, a través del mecanismo de

“disponibilidad” –de la información–, lo cual incrementa la creencia de que la posibilidad de su ocurrencia es mayor que la del grupo.

- **Percepción de controlabilidad de un evento.** A mayor control percibido de un evento negativo, mayor será la tendencia de la gente a creer que su probabilidad personal es menor que la del promedio de sus pares.
- **Saliencia (notoriedad) de estereotipos.** Se juzga la probabilidad de que un individuo caiga dentro de una categoría particular mediante un examen del grado en que muestra unas pocas categorías sobresalientes de los miembros de esa categoría, lo cual lleva a formarse un concepto estereotipado del tipo de persona a la que le ocurre cierto evento. Si la gente no se visualiza a sí misma como perteneciente a ese estereotipo concluirá que el evento no le pasará y sobrestimaré la posibilidad de que las personas que experimentan ese evento pueden llenar realmente ese estereotipo.

Lo anterior llevaría a la gente a ver las diferencias superficiales entre ellos y los estereotipos, pero sin lograr ver las similitudes fundamentales entre ellos y la gente a la que le ocurre el evento.

- **Padecimiento ausente / Riesgo exento.** En una investigación posterior, Weinstein (1987) citó este proceso sugiriendo que la gente usa sus experiencias pasadas para predecir su vulnerabilidad futura. Para muchos riesgos, al parecer se mantienen las creencias erróneas de que el no haber experimentado un problema exenta al individuo de un riesgo futuro.

Se cree que este último proceso se asocia con una representación mental de la enfermedad, que la atribuye a factores como: bases hereditarias, la constitución personal y la conducta o personalidad. Este tipo de representación mental se relaciona con la saliencia del estereotipo, por lo que el estar exento de una enfermedad se asociará con la creencia de que no se pertenece al estereotipo de gentes que la padecen.

Por otro lado, los dos últimos planteamientos parecen muy relacionados con la autopercepción errónea del riesgo de desarrollar DM pues, debido a que ésta tiene bases hereditarias, las personas con este factor predisponente podrían argumentar que si en un momento dado no han enfermado, ya no ocurrirá; también podrían formarse un concepto estereotipado de quien la padece para argumentar que no se pertenece a dicho estereotipo.

### □ Interpretación motivacional.

Tanto en la versión original del modelo de creencias de salud original, como en la más reciente, se sugiere que la vulnerabilidad personal influye de modo emocional la certeza (veridicality) de la percepción de riesgo, produciendo una tendencia no realista de tipo optimista o pesimista (Gerrard, Gibbons y Bushman, 1996). Así mismo, la explicación motivacional propone que la tendencia optimista es un proceso "defensivo", en el que la distorsión de la realidad permite reducir la ansiedad que ocasionaría reconocer dicha realidad, de tal modo que las personas exageran la probabilidad de los eventos que asocian con efectos positivos y subestiman la probabilidad de los que consideran negativos. Entre más positivo o negativo se considere el efecto, más distorsión de la realidad ocurrirá (Weinstein, 1980).

Los dos procesos asociados con la interpretación motivacional son:

- **Negación defensiva.** El optimismo no realista representa un intento por evitar la ansiedad que podría producirnos el tener que admitir la existencia de una amenaza a nuestro bienestar. Esta explicación ha obtenido poco apoyo en los estudios sobre el tema (Weinstein, 1987).
- **Protección de la autoestima.** Se cree que la gente manifiesta tener un menor riesgo a fin de mantener su autoestima. Tampoco se encontró apoyo empírico que sostenga esta idea (Weinstein, 1987).

Weinstein (1980) menciona cómo los siguientes factores motivacionales pretenden explicar el optimismo.

- **Deseabilidad percibida en los eventos.** Se ha encontrado que las gentes que se creen muy enfermas tienen más probabilidad considerar que su riesgo ante eventos negativos es menor al del grupo de referencia, o que cuando los eventos son más negativos, es decir más indeseables, sus posibilidades de padecerlos son menores que las del promedio, mostrándose una tendencia defensiva, sin embargo la tendencia optimista es mayor entre quienes consideran más indeseables los eventos que entre quienes los conciben poco indeseables.
- **Probabilidad percibida de un evento.** La perspectiva motivacional, a diferencia de la cognitiva, prevé que al minimizar la relación defensiva con el evento, es decir al percibirlo de menor probabilidad también disminuirá el optimismo.

- **Control percibido.** Desde un enfoque motivacional es más tranquilizante recordar o exagerar la importancia de acciones facilitantes.
- **Saliencia (notoriedad) de estereotipos.** Si el estereotipo de la víctima de eventos negativos tiende a servir como una defensa del ego, la gente rara vez se vería como representante del tipo de persona que es víctima de la mala suerte. Además si los estereotipos son defensivos, la imagen que tiene una persona de quien experimenta eventos positivos, sobrevaloraría sus características personales. Estas tendencias exagerarían el optimismo hacia cualquier evento asociado con un estereotipo.
- **Experiencia personal anterior.** La experiencia personal podría disminuir el optimismo hacia los eventos negativos al minimizar la negación defensiva.

Weinstein (1980) considera que es posible demostrar la importancia de ambos tipos de factores, motivacionales o cognitivos, para hacer interpretaciones del optimismo, ya que al realizar una investigación sobre el optimismo irreal encontró apoyo para ambos puntos de vista: que el optimismo es un fenómeno defensivo que se presenta como una distorsión de la realidad motivada por una reducción de la ansiedad que ocasionaría reconocerla, o bien que lo ocasionan errores puramente cognitivos, por lo que menciona que no hay razón suficiente para considerar que el optimismo no puede tener ambas fuentes. Sin embargo, el mecanismo que explica las expectativas optimistas cuando se pide a la gente hacer juicios comparativos (compararse con sus iguales) resultó ser de tipo cognitivo, ya que se encontró que las personas tienen una lista mental de las acciones personales o los atributos que afectan la posibilidad de que les ocurran algunos sucesos, pero rara vez la elaboran sobre los individuos contra los que se comparan

#### □ Interpretación disposicional.

En contraste a las explicaciones cognitiva y motivacional, Scheier, Carver, et al. (citados en Fontaine, 1994), han concebido al optimismo como una dimensión de la personalidad, que refleja un estilo persistente de experimentar la vida. Propusieron que la gente disposicionalmente optimista generalmente espera que le ocurran cosas positivas más que negativas, mientras que la pesimista tiende a esperar lo peor. La literatura sugiere que las expectativas optimistas pueden generar efectos benéficos por sí mismas en el bienestar físico y psicológico, los cuales podrían deberse en parte al hecho de que los optimistas emplean estrategias más efectivas de afrontamiento hacia el estrés.

Fontaine (1994) investigó la relación entre diversas dimensiones del optimismo-pesimismo disposicional y la percepción comparativa del riesgo de desarrollar SIDA, esperando que los optimistas disposicionales evaluaran su riesgo de desarrollar esta enfermedad más bajo que el de los pesimistas. La personalidad de los sujetos fue clasificada con tendencia optimista o pesimista sobre la base de la prueba de orientación a la vida e hicieron un juicio de riesgo personal y otro comparativo con relación al estudiante universitario promedio.

Los resultados mostraron que el juicio personal de riesgo fue más positivo que el juicio comparativo, que indica una tendencia a percibirse invulnerable. Sin embargo no hubo diferencia en la percepción de riesgo de los optimistas y pesimistas disposicionales. Esto sugiere que las diferencias individuales en la tendencia disposicional no parecen tener efecto significativo sobre la percepción comparativa de riesgo de desarrollar SIDA, y que las percepciones de invulnerabilidad hacia eventos negativos son muy poderosas aún en gente con una perspectiva generalmente pesimista sobre la vida.

Ferraro (1993) estudió la orientación pesimista y fatalista sobre la salud según raza y género, en ancianos blancos y negros de ambos sexos, así como su efecto en la promoción de la salud y la búsqueda de ayuda y tratamiento. Encontró que el pesimismo no depende de los niveles de morbilidad sino de las limitaciones funcionales, ya que los negros y en especial las mujeres fueron más pesimistas a pesar de tener una morbilidad semejante a los blancos. Estos resultados sugieren una explicación cultural para el pesimismo.

□ **Percepciones de riesgo como reflejo de la conducta de salud (preventiva y de riesgo).**

Un tercer enfoque de las percepciones de riesgo o de vulnerabilidad lo ofrecen Gerrard, et al. (1996), quienes las consideran **reflejo** de las conductas preventivas y de riesgo, concepción que difiere de aquellas en que las conductas de salud son el resultado de una influencia motivacional de las percepciones de vulnerabilidad sobre la conducta.

Es importante aclarar que estos autores utilizan el concepto "motivacional" como influencia o como factor causal de las percepciones sobre la conducta, que difiere de la interpretación que le da Weinstein (1980) como sinónimo de emoción o conductas de evitación de la ansiedad.

Según los autores, en la hipótesis de que la vulnerabilidad percibida es la motivación primaria para evitar conductas de riesgo e iniciar conductas preventivas, se encuentra implícita la suposición de que la relación entre percepciones y conductas de salud es recíproca. Por lo anterior, se realizó una

investigación meta analítica para determinar si las percepciones de vulnerabilidad son un reflejo de la conducta sexual preventiva o si por el contrario la motivan, para lo cual se revisaron estudios apoyados en varios modelos de conducta de salud.

En el modelo de creencias de salud, la vulnerabilidad percibida ha sido considerada como uno de los factores que motivan la conducta preventiva, ya sea como factor específicamente cognitivo o bien como influencia emocional que actúa sobre la percepción de riesgo personal. Por otra parte, la teoría de motivación a la protección también considera que la autoevaluación de vulnerabilidad a eventos negativos, junto con otro tipo de evaluaciones cognitivas (severidad del evento y eficacia percibida de la conducta preventiva), actúan como mediadores de los efectos persuasivos de un mensaje inicial despertando una motivación a protegerse; dicha motivación según la teoría promueve la conducta preventiva.

El modelo de adopción del proceso de precaución también muestra el papel motivador de una serie de estados cognitivos que se acumulan hasta llevar a la gente a actuar de modo preventivo, como son: reconocer la existencia de riesgos a la salud, reconocer su importancia, reconocer el riesgo personal, decidirse a realizar conductas preventivas y finalmente realizarlas.

La revisión de la literatura apoyó la hipótesis de que la vulnerabilidad percibida motiva la subsecuente conducta preventiva, aunque se ha sugerido que factores como la complejidad de la conducta y la severidad de los resultados asociados a ella limitan la generalización de la hipótesis motivacional. Cuando la enfermedad es extremadamente amenazante, no están disponibles las medidas preventivas o se les percibe como difíciles de implementar o mantener, es típico ignorar o distorsionar el riesgo más que intentar cambiar la conducta (ej. autoexamen mensual de pecho, uso del condón, cumplir el régimen del diabético insulino-dependiente). De hecho hay muchos factores que interfieren con el proceso de vulnerabilidad percibida, que se traducen en problemas para realizar conductas preventivas: hábitos, emociones, conductas sociales, los cuales ocurren menos ante conductas simples como vacunarse, acudir a una cita, prevenir una gripa.

Sin embargo, Gerrard, et al. (1996) consideran que no siempre que se encuentra relación entre creencias de riesgo y realización de conductas preventivas significa que se cumple la hipótesis motivacional de que la percepción de vulnerabilidad genera conducta preventiva, pues cuando se hacen estudios correlacionales transversales, una correlación positiva sólo indica que la percepción y la conducta preventiva están relacionadas, por lo que confirmar la hipótesis motivacional requiere estudios longitudinales en los que pueda observarse que en un tiempo dado aparece una correlación negativa entre conductas y creencias y posteriormente a mayor vulnerabilidad percibida se incrementará la conducta preventiva, por lo que creer que las percepciones de

vulnerabilidad motivan la conducta preventiva o de riesgo proviene de una falla para reconocer que su naturaleza recíproca está implícita en la hipótesis motivacional. Los autores consideran que si la conducta pasada y la concurrente no se relacionaran con la estimación actual de vulnerabilidad, la gente no pensaría que reduciría su riesgo cambiando su conducta:

- La mayoría de gente que se ha ocupado de conductas riesgosas reportará ser vulnerable a sus consecuencias negativas.
- Quienes han practicado medidas preventivas efectivas o evitado conductas de riesgo reportarán no ser vulnerables.
- Quienes cambien sus conductas de riesgo por conductas preventivas y a la inversa, alterarán subsecuentemente sus percepciones de vulnerabilidad.

Según lo anterior, la gente que se cree bajo riesgo puede empezar a realizar conductas preventivas debido a esa creencia. Entonces al haber practicado conductas preventivas, deberían considerarse con menos susceptibilidad de la inicial. El efecto opuesto debe ocurrir cuando los individuos incrementan sus conductas de riesgo. Esta responsividad de las estimaciones de vulnerabilidad a los cambios de la conducta ha sido demostrada en conductas de riesgo en adolescentes (fumar, beber, manejar imprudentemente y embarazos no planeados).

Esta propuesta plantea ciertos interrogantes cuando la relacionamos con el optimismo irreal, pues si la percepción de vulnerabilidad es reflejo de la conducta preventiva, entonces las percepciones serían realistas o más exactas. Esta aparente inconsistencia la resuelven los autores diciendo que la hipótesis de que las percepciones de riesgo son reflejo de la conducta de riesgo es una hipótesis relativa que permite que se cumpla la tendencia optimista ya que en efecto la gente persiste subestimando su riesgo aunque no niegue su vulnerabilidad. Es decir, se puede ser optimista irreal pero se tiene conciencia de que cambiando las conductas de riesgo se afecta la vulnerabilidad.

Gerrard, et al. proponen que dada la naturaleza recíproca entre las estimaciones de vulnerabilidad y las conductas, debe proponerse la hipótesis de que las conductas de riesgo y preventivas forman percepciones de vulnerabilidad, es decir, los análisis transversales de la vulnerabilidad percibida y la conducta de riesgo que han sido erróneamente interpretados como prueba de la hipótesis motivacional, pueden ser reinterpretados como prueba de la hipótesis de que las percepciones de vulnerabilidad reflejan la conducta preventiva y de riesgo.

**d) Factores que afectan la exactitud de la percepción de riesgo (punto de vista cognitivo).**

Varios factores afectan las percepciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, no contar con **experiencia** en ciertos eventos negativos, ocasiona que la gente se vea a sí misma como invulnerable. Incluso aunque los individuos enfermos consideran su riesgo de enfermarse similar al de personas en igualdad de circunstancias, ante otros padecimientos se consideran relativamente invulnerables, fenómeno al que Rodin y Salovey (1989) denominan falso consenso. Además de la importancia de poseer experiencia sobre eventos negativos, Weinstein (1980, 1987) incluye factores cognitivos como la **seriedad, la prevenibilidad y frecuencia percibidas del problema, la preocupación observada** en los otros hacia el problema, la **confusión** que produce admitir que se tiene éste, la **creencia** de que no haberlo padecido exenta de padecerlo en el futuro, la **percepción de controlabilidad, los conceptos estereotipados de víctima**, además, en los estudios que se mencionarán adelante se identificaron otros factores que afectan la autopercepción de riesgo, como son: **género, edad, escolaridad, etnia, conductas de riesgo, uso de medicamentos** para la enfermedad que se evalúa, **muerte de parientes** por el padecimiento evaluado, **autorreporte global de salud, calidad y cantidad de información** recibida sobre el padecimiento en cuestión.

La edad tiene implicaciones muy importantes en la susceptibilidad percibida a problemas de salud (Weinstein, 1987). Mitchell, Imperial, Kelleher, Brunker y Gass (1991) encontraron que existen otras variables que afectan la autoevaluación psicosocial de salud, que son los **síntomas depresivos y la calidad de vida percibida**. También se menciona que hay conductas en las que no se puede aplicar la lógica racional y por lo mismo se obstaculiza la ejecución de conducta preventiva, tal es el caso de conductas de índole sexual cuya improvisación limita el tiempo para evaluar los riesgos, y es factible que fracasen los planes para su control (Páez, et al., 1994).

En una investigación sobre la exactitud del riesgo autoevaluado de adquirir una enfermedad particular (cardiovascular), Niknian, et al. (1989) compararon la autopercepción de riesgo con el **riesgo objetivo** de padecer enfermedades cardiovasculares. Se entrevistaron 5244 adultos entre 18 y 65 años de edad, en dos ciudades de Inglaterra; la variable dependiente empleada fue el puntaje de discrepancia entre el riesgo cardiovascular percibido para los próximos cinco años (autovaloración) y la calificación objetiva de riesgo (parámetros fisiológicos), o sea la exactitud de la autopercepción de riesgo, en tanto que las variables independientes fueron la edad, género, escolaridad, etnia, índice de masa corporal, tabaquismo, uso de medicamentos para enfermedad cardiovascular y conocimiento de la posibilidad de modificar un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.

En general se encontró una baja correspondencia entre riesgo percibido y riesgo objetivo, 17.5% sobrestimaron su riesgo real, 39.7% lo subestimaron y 42.8% mostraron acuerdo entre el riesgo real y el percibido, esta alta prevalencia de subestimación del riesgo confirma una tendencia optimista. Particularmente se observó que las mujeres y la gente más joven perciben su riesgo con mayor exactitud; que la educación, el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, el no poseer hábito tabáquico y el estar empleando medicamentos antihipertensivos también están relacionados con la exactitud del riesgo percibido. En general la gente con un menor riesgo se define a sí misma más correctamente que los de mayor riesgo, lo que tal vez se explique por la tendencia general a discrepar entre percepción y realidad, que se orienta hacia la subestimación del riesgo, y en ese sentido cometen menos errores quienes tienen menos riesgos, no obstante que en ellos también subsista la tendencia a subestimar su riesgo (inclinación optimista); una excepción clara fueron los hipertensos, quienes estuvieron sensibilizados hacia un riesgo más alto.

En relación con el conocimiento de riesgo cardiovascular, se le encontró asociado con el incremento en la exactitud del riesgo percibido, por su alta correlación con el nivel de escolaridad.

Es evidente que la persistencia de subestimar el riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser de consecuencias más serias para la salud de los individuos que el sobrestimarlo (inclinación pesimista), sin embargo en ambos casos los efectos son adversos, para la salud en el primer caso y para los costos de la atención en el último caso.

En la mayoría de estudios aparece persistentemente la subestimación del riesgo personal de desarrollar ciertas enfermedades o la llamada tendencia optimista, que según se dijo genera que la gente no se perciba a sí misma como vulnerable a desarrollar una enfermedad o condición de salud, siendo poco probable que adopte las conductas de salud que le son recomendadas (Becker, et al., 1977), por lo que es necesario entender los determinantes de la percepción personal de riesgo y la manera de hacer más realistas dichas percepciones. Si la tendencia optimista se debe a factores cognitivos como falta de información o de experiencia con una enfermedad, una retroalimentación adecuada podría resolver dicha tendencia, sin embargo, el ejercicio simple de la información a masas o grupos no ha sido suficiente.

El siguiente estudio evaluó más específicamente la exactitud de la autopercepción de riesgo de un ataque cardíaco; identificó los aspectos que determinan un tipo particular de percepción y si la retroalimentación sobre el riesgo objetivo hace más real la autopercepción al eliminar supuestos errores cognitivos (Avis et al., 1989). Se entrevistaron 732 adultos entre 25 y 65 años sin historia de enfermedad coronaria, diabetes o hipertensión, en 15 ciudades de Boston, preguntándoles sobre su riesgo percibido de ataque cardíaco durante los

próximos diez años; los posibles determinantes del riesgo percibido que se exploraron fueron los sociodemográficos, la autopercepción de salud global y un autorreporte de factores de riesgo (cigarros por día, colesterol, así como peso y presión sanguínea con relación al promedio de individuos, muerte de parientes por enfermedad cardíaca, ejercicio y eventos estresantes); posteriormente contestaron uno de cuatro instrumentos de evaluación objetiva de riesgo a la salud. Entre las siguientes siete y 12 semanas se hicieron dos visitas a sus casas para monitorear los cambios en el estado de salud, en las prácticas de salud, así como en la utilización de atención médica. También se midió la presión sanguínea, peso, estatura y colesterol. Se encontró lo siguiente:

- El 56% de los entrevistados valoraron su riesgo más bajo que el riesgo promedio, 29% arriba del promedio y 13% igual al promedio. El riesgo promedio (riesgo comparativo) estudia cómo compara la gente su riesgo percibido con el de sus pares o personas de su misma edad y sexo. Debido a que más de la mitad de respondientes evaluaron su riesgo más bajo que el riesgo promedio de la gente, estos resultados apoyan lo encontrado en anteriores investigaciones en las que la gente tendió a valorar su riesgo más bajo que el de los demás, manteniéndose una tendencia optimista.
- Se encontró asociación entre riesgo percibido de ataque cardíaco y autorreporte de factores de riesgo como: número de cigarros, muerte de parientes por enfermedad cardíaca, así como entre las autoevaluaciones de peso, presión sanguínea y colesterol comparadas con los niveles promedio, lo cual significa que estos factores tienen una influencia en la autopercepción y así mismo que la gente utiliza indicadores de riesgo cardiovascular al estimar su propio riesgo. No se encontró relación entre ninguna cantidad de ejercicio o de eventos estresantes recientes y la de autopercepción.
- La autoevaluación de salud global y la educación también estuvieron relacionadas con el riesgo percibido.
- Cuando se compararon los riesgos objetivo y percibido, se encontró que el 42% de los entrevistados subestiman su riesgo, sólo un 18% lo sobrestima y un 40% es exacto. El alto porcentaje de respondientes que subestimaron su riesgo es evidencia de una tendencia optimista.
- La sobrestimación del riesgo (pesimismo) estuvo relacionada con variables como la muerte de parientes por enfermedad cardíaca, con la salud autoevaluada y con la edad, es decir, se es pesimista cuando se tiene más edad, menor salud y ha ocurrido esa causa de muerte en la familia.
- La subestimación del riesgo (optimismo) fue más probable en los más jóvenes y los de menor educación, lo cual se opone aparentemente a lo reportado por Niknian et al. (1989) ya que éste considera que la gente con menor riesgo

tiende a menos errores conceptuales cuando subestima su riesgo, pues de principio tiene una mejor salud.

Con respecto a los efectos de la retroalimentación sobre los riesgos percibidos a la salud se encontró que:

- En general, la mayoría de entrevistados aunque recibieron cuatro tipos de información (cuatro grupos: por arriba, por abajo, en el riesgo promedio y sin retroalimentación), no cambiaron sustancialmente sus autopercepciones de riesgo.
- Los que más cambiaron sus percepciones fueron los que recibieron mensajes de que su riesgo estaba por arriba del riesgo promedio para personas de su misma edad y sexo, y fue más probable que el cambio implicara un incremento en su riesgo percibido, sin embargo este grupo fue el menos exacto en sus percepciones de riesgo.

Lo anterior podría deberse a la tendencia inicial de los respondientes a subestimar el riesgo, misma que generó que un mayor número de personas a las que se informó que estaban "arriba del riesgo promedio" tuvieron el potencial para cambiar.

- Los que inicialmente recibieron información de que estaban por debajo del riesgo promedio o dentro del riesgo promedio, así como los que no recibieron ninguna información tuvieron la misma probabilidad de incrementar o decrementar su percepción de riesgo.
- Un dato muy importante es que 12% de los que estaban por arriba del riesgo promedio, cambiaron sus percepciones en el sentido opuesto, volviéndose "optimistas", lo cual podría convertirse en una desventaja para el cuidado de su salud.

Es claro que la retroalimentación tuvo el efecto deseado en la exactitud de las percepciones, lo cual apoya la explicación cognitiva para el optimismo, sin embargo no tuvo el efecto deseado en la mayoría de respondientes. Sería conveniente probar el efecto de una retroalimentación más personalizada, e incluir en ella a la familia nuclear, ya que su papel en el desarrollo de los padecimientos crónicos es determinante. Los autores proponen que la información debe ser concreta y directamente relacionada con el nivel y tipo de riesgo a la salud.

Con relación al cambio en la percepción de riesgo y el cambio correspondiente en la conducta, se esperaría que un incremento en el riesgo percibido estuviera

relacionado con la presencia de conductas dirigidas a la reducción del riesgo, sin embargo:

- Los resultados muestran que aquellos que incrementaron su riesgo percibido no tuvieron mayor probabilidad de cambiar sus conductas de fumar, ejercicio, ingesta de sal, grasa y calorías, control del peso y del colesterol, que quienes permanecieron igual o lo decrementaron, lo cual sugiere que las percepciones en este caso no influyeron en los procesos de cambio conductual.

En la mayoría de estudios sobre autopercepción de riesgo aparece la edad como una variable de la exactitud o grado de realismo de la autoevaluación del riesgo, por lo que Weinstein (1987) evaluó el optimismo irreal en una muestra representativa de Nueva Jersey, basándose también en juicios comparativos de riesgo hacia 32 enfermedades, incluyendo individuos de diferente edad (18-65 años), ocupación, nivel de ingreso, escolaridad y etnia. Al mismo tiempo detectó el tipo de sucesos asociados con tendencias optimistas (seriedad y prevenibilidad percibida en el problema, experiencia con el mismo).

Se encontró que la susceptibilidad percibida a un daño es optimista hacia la mayoría de los 32 riesgos, en todas las edades, géneros, niveles de escolaridad y tipos de ocupación. Por otro lado, de modo consistente con los estudios previos (Weinstein, 1980), se encontró que las tendencias optimistas incrementan con la prevenibilidad percibida, la pena (embarrassment) percibida y más fuertemente con la creencia de que se está exento del riesgo si aún no ha aparecido. Weinstein cree que es sorprendente el resultado encontrado con la variable "pena" que pretendió medir el efecto de la censura social sobre la tendencia optimista. Las tendencias optimistas decrecientan cuando son altas la experiencia anterior con el evento, la frecuencia percibida y la cantidad percibida de preocupación en los demás. El optimismo no estuvo relacionado con la seriedad percibida, lo cual significa que el optimismo no ocurre como medida para evitar la ansiedad que se presenta al admitir una amenaza seria para el bienestar, como lo hipotetiza la interpretación de la negación defensiva, por lo cual ésta no se vio apoyada. Un apoyo para la idea de que el optimismo ocurre para mantener la autoestima puede deducirse del incremento encontrado en la prevenibilidad percibida de los optimistas, ya que estos podrían estar evitando ver dañada su autoestima o la censura social ante riesgos que consideran prevenibles. Es decir, si la gente cree que un riesgo es prevenible también debe creer que su riesgo personal es bajo o que lo tiene controlado, de otro modo tendría que confesarse incapaz de controlar su medio, sin embargo Weinstein (1987) cree que no se puede llegar a una conclusión clara sobre si el optimismo se deriva del mantenimiento de la autoestima o de una limitación cognitiva, ya que esta interpretación es afín con ambas.

La relación encontrada entre el decremento de la tendencia optimista cuando es mayor la frecuencia percibida de las enfermedades indica que el optimismo resulta de un error cognitivo que hipotetiza que las personas olvidan o son incapaces de reconocer que se están comparando con personas que tienen un riesgo tan alto o tan bajo como ellas de sufrir una enfermedad. Igualmente, la relación encontrada entre la experiencia con la enfermedad y el decremento del optimismo habla nuevamente de que el optimismo proviene de un error cognitivo en el que la falta de experiencia (su "no disponibilidad") limita la capacidad de imaginar cómo podría afectar esa enfermedad y en consecuencia lleva a las personas a creer que su riesgo comparativo es bajo. Esto se ve confirmado por los resultados encontrados respecto de la influencia de la historia familiar para la formulación del juicio de riesgo personal.

La fuerte relación encontrada entre optimismo y la creencia de que se está exento del riesgo sino se ha presentado, implica que la tendencia optimista tiene que ver principalmente con otro tipo de error cognitivo denominado "padecimiento ausente/riesgo exento, el cual sugiere que las personas usan su experiencia pasada para predecir su vulnerabilidad futura, situación que les permite mantener la creencia equivocada de que si aún no han experimentado el problema, están exentas de riesgo futuro. Esto puede ocurrir cuando la gente cree que el problema tiene bases hereditarias y que aparecerá tempranamente, si va a aparecer, o cuando cree que la vulnerabilidad es cuestión de constitución o de personalidad, por lo que no les ocurrirá a quienes son resistentes o tienen un carácter fuerte.

Estos resultados apoyaron la idea de que la gente mantiene una tendencia optimista porque cree que los riesgos:

- Si no han aparecido se está exento de que aparezcan en el futuro. La gente valora sus riesgos haciendo extrapolaciones del pasado al futuro, por lo que se supone que si los encuestados consideraron que su riesgo era bajo, era porque en el pasado no habían tenido contacto con el padecimiento (padecimiento ausente/riesgo exento).
- Se tiene la percepción de que la acción individual previene el problema (prevenibilidad).
- Se tiene la percepción de que el riesgo no es frecuente (frecuencia percibida).
- Falta experiencia con el riesgo (experiencia anterior).

"Las creencias que mantiene la gente sobre los vínculos entre el presente y el futuro son a menudo erróneas y, la gente parece olvidar que pocos de sus pares pueden tener alguna experiencia con algunos de esos problemas" (Weinstein, 1987). Se cree que la variable ausente/exento explica por qué no se decrementó

el optimismo irreal con la edad, apoyándose en el argumento de que la gente de mayor edad que no ha tenido experiencia con algún padecimiento tiene más probabilidad de confiar en la experiencia pasada para predecir su futuro, lo cual significa un incremento del pensamiento optimista que puede compensar el pesimismo esperado con los cambios propios de la edad.

Por otro lado, con respecto al papel que juega el conocimiento de factores de riesgo, Weinstein (1987) encontró que los juicios de riesgo sólo ocasionalmente se basan en factores de riesgo importantes, lo cual refleja ignorancia de cómo la conducta afecta la salud, y por otro lado en los casos en que la gente conoce los factores importantes de riesgo es incapaz de usar dicho conocimiento para autoevaluar su propia vulnerabilidad al daño.

De ahí que Weinstein concluya que no es suficiente que el público conozca los grandes factores de riesgo para que aplique dicha información en la conformación de su percepción de riesgo personal, ya que la gente es ingeniosa para justificar su creencia de un riesgo personal menor. Esto plantea la necesidad de que los programas que promueven conductas preventivas sean iguales de ingeniosos, tanto para entender el origen del optimismo irreal como para encontrar la manera de que la gente se forme una percepción más exacta de su susceptibilidad personal al daño.

Incluso no es claro si recibir información sobre el riesgo va a producir una autopercepción más realista pues al parecer la información funciona adecuadamente para ciertos grupos de edad y sexo; los resultados de la información no son indiscriminados como lo pretenden las campañas de educación para la salud dirigidas a grandes grupos. Un elemento a considerar podría ser la calidad y cantidad de información.

Aunque el modelo de creencias de salud sugiere una relación entre incremento en la percepción del riesgo y cambio de conducta, según Avis, et al. (1989) esta asociación ocurre en las conductas de prevención de la enfermedad y no en las que requieren modificación de hábitos de salud, lo cual podría explicar la baja relación entre el conocimiento y la autopercepción de riesgo encontrada por Weinstein (1987). Estos autores consideran que para generar un cambio conductual son importantes otros factores además del cognitivo, como son el apoyo social y normas sociales; sugieren que las actividades de retroalimentación deben acompañarse de un programa de educación para la salud.

También se ha encontrado relación entre la autopercepción de riesgo y el interés en aprender conductas preventivas, lo cual puede ser importante para las estrategias educativas, sin embargo esto se presta a las mismas controversias

pues no siempre aumentar el riesgo percibido aumenta las conductas preventivas.

El hallazgo general de Weinstein fue que el optimismo irreal es prevalente entre la población como un todo, independientemente de la edad, sexo, escolaridad u ocupación, lo cual no coincide con lo encontrado por otros autores que consideran en general que las mujeres, los más jóvenes, los de mayor escolaridad, quienes emplean medicamentos y quienes de principio tienen menores riesgos, muestran percepciones más exactas de su riesgo real, no porque sean más realistas sino porque aunque subestimen su riesgo, éste es realmente menor.

Niknian, et al. (1989) así como Avis, et al. (1989) coinciden en considerar que el riesgo percibido no es un predictor general del riesgo real, debido en primer lugar a la persistente tendencia de los individuos a considerarse a sí mismos invulnerables, subestimando la probabilidad de experimentar eventos negativos y sobrestimando la probabilidad subjetiva de eventos positivos, y por otro lado a que su capacidad predictiva presenta variaciones en función de características sociodemográficas, tipo de enfermedad, etc., o incluso puede ser irreal en todo tipo de población (Weinstein, 1987), sin embargo representa una gran ventaja para los programas de atención preventiva el poder clasificar a la población bajo riesgo en diversos subgrupos, cada cual con distintas necesidades percibidas de atención, que requieren obviamente de diversas estrategias de abordaje para incrementar el uso de los servicios de atención preventiva, lo cual en conjunto constituye un método basado en la persona para incrementar la accesibilidad de los servicios de salud.

Por último, la mayoría de estudios sobre autopercepción en el campo de la salud se han interesado principalmente por la autopercepción de riesgo de desarrollar un padecimiento cardíaco o por la relación autopercepción-conducta preventiva, incluso se ha trabajado con la autoevaluación de salud como un predictor de mortalidad, pero no se ha estudiado cómo perciben su riesgo de padecer diabetes los individuos con un factor de riesgo objetivo, como es el factor genético. Dicho estudio plantea la dificultad de localizar poblaciones que se encuentren bajo el riesgo objetivo de desarrollar padecimientos en los que se reconoce su origen multifactorial, pues como dice Weinstein sobre las enfermedades con cierta influencia hereditaria: los individuos no reconocen un riesgo en tanto no se les haya presentado el padecimiento y en ese sentido confirman su riesgo hasta el momento en que dé lugar a la confirmación del daño, sin embargo, el riesgo de diabetes debe ser confirmado antes de la ocurrencia del padecimiento, lo cual hace urgente que la información que posee la gente sobre factores de riesgo de la diabetes mellitus pase a formar parte de su percepción de riesgo personal.

### **e) Factores que propician el mantenimiento de juicios erróneos.**

Slovic (1987) propone algunas explicaciones para la persistencia de los errores de juicio sobre los riesgos a la salud:

- Los enfoques iniciales son resistentes al cambio ya que influyen el modo en que es interpretada la información subsecuente.
- La nueva evidencia parece confiable e informativa si es consistente con las creencias iniciales.
- La evidencia contraria tiende a ser rechazada como incierta, errónea o poco representativa.
- Cuando la gente no tiene opiniones previas, ocurre la situación opuesta (ellos están a merced de la manera en que se les formule el problema).
- Cuando se presenta una misma información en diferentes formas, cambian las acciones y las perspectivas de la gente (ej. Tasas de mortalidad vs. Tasas de sobrevivencia).

### **2. 4.4.2. LA AUTOPERCEPCION DE RIESGO COMO INDUCTORA DE TOMA DE DECISIONES EN SALUD.**

Janis y Rodin (1979) consideran que la toma de decisiones ante las necesidades de salud ocurre tanto en personas enfermas como sanas, aunque la investigación ha puesto mayor atención en las primeras. De hecho se supone en el ámbito popular que las personas enfermas buscan un médico y se ponen en sus manos sin más, sin embargo, acudir al médico representa una decisión activa que involucra varias decisiones: buscar tratamiento médico y con quién aceptar el tratamiento recomendado, si van a seguirse todas sus indicaciones, etc. Estas mismas decisiones así como un proceso cognitivo de percepción de necesidades preventivas de salud pueden ocurrir en la búsqueda y aceptación de atención preventiva en personas sanas, por lo que es importante conocer este proceso para precisar cómo inducir a la gente sana a buscar y utilizar servicios preventivos, y a adherirse a recomendaciones de salud pública para prevenir enfermedades y riesgos.

Whalen (1977, citado en Janis y Rodin) menciona a favor de la conducta preventiva que:

“A menos que asumamos una responsabilidad moral e individual para nuestra salud, pronto aprenderemos que hemos realizado un cruel y costoso engaño con nosotros mismos, al creer que gastar más dinero en atención a la salud es la forma de tener una mejor salud”.

Los conceptos mencionados adelante pueden ser útiles para el complejo problema de inducir a la gente a tomar decisiones que los lleven a una buena salud y a adherirse a actividades que incluso les puedan ocasionar privaciones o molestias temporales, como sería el someterse a revisiones diagnósticas periódicas del estado de salud. Sólo se citarán los conceptos aplicables a la conducta preventiva en salud, aunque muchos de ellos se desprenden de estudios interesados primordialmente en explicar la conducta de enfermo y el rol de enfermo:

Weinstein (1988 en Gerrard, et al., 1996) describe un proceso ideal para la adopción del proceso preventivo, conocido como modelo del proceso de adopción de precauciones (Brannon y Feist, 2001), que consiste en “una secuencia ordenada de estados cognitivos diferentes” (p. 355) de modo acumulativo, que son creencias de la gente sobre la situación particular de riesgo:

- En el primer estado, la gente aprende que las amenazas (ej. VIH) existen.
- En el segundo estado, reconocen que el peligro es importante para los demás pero no han llegado a concluir que ellos están riesgo.
- **En el tercer estado, han reconocido su propia vulnerabilidad al riesgo.**
- Se asume que alcanzar el estado tres es un paso necesario (aunque no suficiente) que precede a la decisión de comprometerse o no en conductas preventivas.
- En el quinto estado, se actúa realmente sobre la decisión.

El modelo transteórico de Prochaska, et al. (1992, en Brannon y Feist, 2001) propone una serie de estadios para predecir los cambios en el comportamiento orientado a la salud:

- Fase de precontemplación. Aún no hay intención de cambiar el comportamiento y tal vez no se acepta que se tiene un problema
- **Fase de contemplación. Existe conciencia de un problema y la idea de cambiar el comportamiento. Puede considerarse semejante a la percepción de vulnerabilidad.**
- Fase de preparación. Hay planes específicos para cambiar
- Fase de acción. Se modifica el comportamiento.
- Fase de mantenimiento. Se intenta conservar los cambios conseguidos.

Por otro lado, Gerrard, et al. encontraron en gran parte de su revisión bibliográfica que se ve apoyada la hipótesis de que la **vulnerabilidad percibida** está muy relacionada con la conducta preventiva subsecuente, por lo que es un factor que debe ser empleado para inducir la toma de decisiones, aunque esta relación no puede generalizarse cuando hay factores intervinientes que interfieren las propiedades motivacionales de las percepciones de vulnerabilidad, como son las enfermedades muy amenazantes o medidas preventivas difíciles de implementar o que no están disponibles, ante las que se tiende a ignorar el riesgo.

Millar y Millar (1993) mencionan que los determinantes actitudinales de la conducta en salud que más se han estudiado son las creencias de salud, particularmente las descritas por el modelo de creencias de salud, encontrando relaciones modestas, contradictorias o nulas, por lo cual se ha intentado incrementar su bajo poder predictivo agregando más predictores como por ejemplo la motivación general a la salud, que ha incrementado la fuerza predictiva de los factores cognitivos del modelo, lo han vuelto muy complicado y difícil de probar.

Eiser y Gentle (1988) consideran que la conducta preventiva depende de la relevancia que la atribuya la gente como instrumento para alcanzar un objetivo, es decir como acciones para alcanzar metas. Sin embargo, no siempre son evidentes los efectos de la conducta, es decir sus consecuencias esperadas, lo cual limita la realización de la conducta. Un fumador puede no dejar el cigarro si ve como poco relevantes los beneficios de esa conducta preventiva, incluso en los fumadores también es pobre la percepción de que la conducta de riesgo tiene efectos negativos, es decir las consecuencias negativas son menos salientes. Eiser y Gentle conciben a algunas campañas de promoción a la salud como intentos ingenuos de llevar a la gente a adoptar prácticas benéficas de salud a través de alentarlos a evaluar positivamente su salud, los cuales han dejado de lado que la gente evalúa de diferente forma su salud ya que las consecuencias de distintas conductas de riesgo sobre la salud son menos salientes y por ende menos importantes para quienes practican dichas conductas, mismas que no dependen de los valores como algo general sino del valor atribuido a la conducta en la obtención de metas de salud. Esto significa que es difícil plantear una relación directa entre valor atribuido a la salud y conducta preventiva, debido a que los valores a la salud pueden competir con otros que generan expectativas de lograr otro tipo de consecuencias. Se ha encontrado que el valor, considerado como "un imperativo para actuar" de acuerdo a su posición relativa en la jerarquía personal de valores (Kristiansen, citado en Eiser y Gentle), influye en la toma de decisiones en salud y permite predecir conductas preventivas de salud, sin embargo para Eiser y Gentle es más importante **la percepción de que las conductas facilitan la obtención de metas de salud**, la cual encontraron relacionada con una mayor valoración de las conductas de salud y con la realización de dichas conductas. Defienden que los valores como la salud no son

factores motivacionales de la conducta de salud, sino que por el contrario son metas hacia las que se dirige la conducta. La conducta de salud dirigida a metas ha sido estudiada por la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980, en Brannon y Feist, 2001).

Millar y Millar han tratado de demostrar que otros factores predictivos importantes de la conducta en salud son los afectivos, mismos que pueden intervenir en las conductas de detección de enfermedades, en tanto que los factores cognitivos se asocian con la decisión de ocuparse en conductas de promoción a la salud. Los autores encontraron apoyo para la hipótesis de que agregar las reacciones afectivas a los modelos predictivos podría producir un mayor incremento en la capacidad predictiva para las conductas de detección que para la ejecución de conductas de promoción, ya que cuando se decide una conducta de detección se presentan fuertes reacciones emocionales, lo cual se explica por la posibilidad inherente de que se vean amenazadas las autopercepciones de salud de las personas.

Por su parte, las conductas de promoción implican poca amenaza a las percepciones de buena salud, por lo que las reacciones emocionales son menos fuertes facilitando que las personas se enfoquen en otros asuntos como son planear su acción preventiva, por lo anterior los autores sugieren que agregar las reacciones efectivas a los modelos predictivos de salud incrementaría al menos modestamente su capacidad predictiva.

Debe tomarse en cuenta que las conductas de detección (examen de cáncer de piel, examen dental, examen de la vista, presión arterial) se han asociado con reacciones afectivas y las de promoción, con respuestas cognitivas (dieta baja en colesterol, cepillado y uso de hilo dental, lentes y protector solar, ejercicio vigoroso tres veces por semana), debido a lo cual se vuelve importante revisar las diferencias entre conductas de detección y de promoción a la salud (Millar y Millar, 1992). Las conductas de detección son medios para identificar o confirmar un problema de salud y por sí mismas no ofrecen un plan de acción para promover la salud, en consecuencia, inherente a la decisión de realizar este tipo de conducta está la posibilidad de que las autopercepciones de las personas resulten amenazadas; muchas investigaciones han sugerido que las amenazas y en particular las amenazas a la propia salud están relacionadas con la producción de fuertes reacciones emocionales, que ocurren cuando las personas piensan en realizar dicha conducta.

Por otro lado, las conductas de promoción no están diseñadas para detectar problemas de salud pero son planes de acción para promoverla, en consecuencia la conducta de promoción implica poca amenaza a la percepción de buena salud de la persona, por lo que las reacciones emocionales a la amenaza son menos fuertes y la persona puede enfocarse más sobre intereses más instrumentales, como por ejemplo si el plan de acción promueve o no la salud como un resultado.

Cuando una persona piensa en ocuparse en conducta de promoción, las reacciones emocionales son probablemente menos prominentes que cuando una persona piensa en conductas de detección, por ejemplo, decidirse a realizar un autoexamen de seno implica más de una amenaza a la percepción de la mujer de que está saludable y es probable que despierte más emociones que si decide reducir la cantidad de grasas en su dieta.

Como veremos, la mayoría de explicaciones sobre la toma de decisiones consideran el papel de la información y señales externas e internas como punto de partida para inducir las, así como los problemas a los que se enfrentan tanto los profesionales como los pacientes antes de la toma de decisiones.

El estudio de Avis et al. (1989) citado en el punto de optimismo irreal encontró que a pesar de que mediante la información sobre el nivel real de riesgo se logró que la percepción de riesgo fuese más realista, en el grupo que cambió hacia una percepción más realista no hubo mayor probabilidad de modificar conductas de riesgo. Quizá esto se debió a alguno de los factores intervinientes de las propiedades motivacionales de la percepción de vulnerabilidad, citados por Gerard, et al. como la severidad percibida del padecimiento, o tal vez a que como dicen Millar y Millar, es más fácil adquirir conductas preventivas que cambiar conductas de riesgo ya establecidas.

#### **a) Conflicto en la toma de decisiones.**

Actuar de acuerdo con la información sobre cómo restaurar la salud o evitar la enfermedad es el resultado de un proceso de toma de decisiones. Sin embargo, toda decisión relacionada con la salud conlleva un conflicto, por ejemplo las decisiones de personas enfermas requieren la previa aceptación de pérdidas a corto plazo que pueden presentarse como molestias físicas, toma de medicamentos o someterse a cirugía a fin de alcanzar una meta de largo plazo como corregir un daño físico o evitar su desarrollo cuando aún no ha generado mucha pérdida. Cuando se anticipa una pérdida más severa es mayor el conflicto decisional.

Por otro lado, las personas sin síntomas deben asumir las pérdidas a corto plazo relacionadas con actividades de control preventivo, como detecciones y evaluaciones periódicas. En este caso el conflicto se relaciona con la aceptación de un riesgo que no es evidente, es decir, las decisiones de personas sanas deben partir de la aceptación de un riesgo para después elegir entre la pérdida que suponen las distintas alternativas disponibles para cuidar la salud y prevenir el desarrollo de una enfermedad.

- **Afrontamiento (preventivo) de riesgos.**

Janis y Mann (1977 citados en Janis y Rodin, 1979) describen cinco patrones básicos de afrontamiento de riesgos reales, que se asocian con condiciones antecedentes o advertencias (señales externas) y niveles característicos de estrés. Es decir, cómo reacciona la gente ante advertencias de emergencias y mensajes de salud pública que urgen la realización de conductas preventivas:

- **Persistencia no conflictiva.** El tomador de decisiones decide complacientemente continuar lo que ha estado haciendo, ignorando la información sobre el riesgo de perder su salud.
- **Cambio no conflictivo.** El tomador de decisiones adopta acríticamente las nuevas acciones que son más sobresalientes o más recomendadas.
- **Evitación defensiva.** El tomador de decisiones evade el conflicto que le representa decidir, aplazándolo o cambiando la responsabilidad hacia otra persona, por lo que se podría considerar como una estrategia para negar el riesgo. La evitación defensiva es semejante a la negación defensiva de Weinstein (1987) citada al inicio de este apartado para explicar la percepción irreal de riesgos u optimismo irreal.
- **Hipervigilancia.** El tomador de decisiones busca frenéticamente una salida a su dilema y de modo impulsivo toma una solución que parece ser una promesa inmediata, dejando de lado la gran cantidad de consecuencias de su elección. El pánico es la hipervigilancia extrema.
- **Vigilancia.** El tomador de decisiones busca a conciencia la información relevante, la asimila de manera imparcial y evalúa cuidadosamente las alternativas antes de seleccionar una opción.

Las primeras dos estrategias pueden disminuir el tiempo y el estrés, sin embargo cuando las elecciones son vitales estas estrategias pueden producir decisiones erróneas. Del mismo modo, la evitación defensiva y la hipervigilancia disminuyen la posibilidad de advertir a tiempo las pérdidas relacionadas con riesgos serios. El patrón de vigilancia es el que lleva a mejores decisiones, aún cuando puede ser deficiente si se requiere una decisión muy rápida.

La selección de uno de estos patrones de afrontamiento depende de la presencia de tres condiciones de tipo cognitivo:

- Conciencia de la **seriedad del riesgo** para el que se elige una alternativa.
- Esperanza de encontrar la mejor alternativa
- Creer que hay un tiempo adecuado para buscar y reflexionar antes de decidir.

Janis y Mann opinan que:

- El patrón de vigilancia puede emplearse sólo cuando se presentan las tres condiciones mencionadas.
- Si no hay conciencia de la seriedad del riesgo se presentarán la persistencia no conflictiva o el cambio no conflictivos;
- Si no se cree posible elegir la mejor alternativa se utilizará el patrón de evitación defensiva.
- Si se considera que no hay tiempo para tomar una buena decisión, se recurrirá al patrón de hipervigilancia.

La estrategia vigilante incluye una búsqueda intensiva de información sobre las consecuencias de todas las alternativas conocidas, una evaluación de las consecuencias positivas o negativas de cada alternativa y la elaboración de planes para el caso de que ocurran las consecuencias negativas (Janis y Mann). Todos estos procesos son difíciles de realizar sin un asesor, especialmente si los costos y riesgos a evaluar se relacionan con riesgos personales que afectan el estado físico o pueden llevar a la muerte. La ayuda de un asesor para motivar la toma de decisiones difíciles podría consistir en hacer advertencias realistas de los problemas de salud con los que la persona puede enfrentarse en un futuro.

Tomar la mejor decisión en la conducta preventiva requiere de las tres condiciones de tipo cognitivo mencionadas arriba, las cuales proporcionan la preparación psicológica necesaria para disminuir el estrés que genera tomar una decisión, más aún cuando la decisión supone algún grado de pérdida o sufrimiento. Por lo anterior, preparar a los individuos para tomar una decisión adecuada implica el manejo de los siguientes procesos psicológicos que complementan los propuestos por Weinstein mencionados al inicio de este apartado:

- La corrección de creencias erróneas,
- Reconocer el riesgo como un problema que puede ser resuelto,
- Apoyar una autopersuasión realista sobre el valor de la acción preventiva, y
- Desarrollar conceptos y autoinstrucciones que posibiliten a la persona el afrontamiento efectivo de recaídas o abandonos de la conducta preventiva.

En su mayor parte, estos factores de la toma de decisiones se desprenden de factores cognitivos, que son motivo de estudio de las teorías de conducta de salud, como son: a) la autopercepción de riesgo, b) la percepción de severidad del padecimiento, c) la autoevaluación de salud, entre otros descritos en los

capítulos sobre perspectivas psicológicas en la planeación de servicios y conducta preventiva en salud.

También se han estudiado algunos factores limitantes de la toma de decisiones en salud, como la edad, la etnia, la clase social, el fatalismo percibido y la severidad percibida en el padecimiento.

La etnia es un factor considerado de gran importancia en las conductas preventivas hacia la salud y en la búsqueda de atención médica (Gibb, citado en Ferraro, 1993). Strogatz (citado en Ferraro) demostró que los adultos negros tienen menos probabilidad que los adultos blancos de buscar a un médico ante un episodio de dolor de pecho. Al parecer el desaliento hacia conductas preventivas en adultos negros se relaciona con el factor cognitivo denominado **fatalismo**. "El fatalismo supone la aceptación y sumisión al destino", lo cual afecta la conducta preventiva al parecer porque "es menos probable creer que la detección temprana hará una diferencia en los resultados, o que un tratamiento pueda ser efectivo" (Ferraro, 1993).

Ha sido frecuentemente considerado que los negros americanos tienen más problemas de salud, pero investigaciones más recientes han buscado entender cómo se adaptan a tales problemas y si la mayor morbilidad en esa población los lleva a una orientación pesimista y quizá fatalista de la promoción de la salud y la búsqueda de ayuda y tratamiento. Ferraro (1993) realizó un estudio cuyo objetivo era estudiar la influencia de la morbilidad funcional autorreportada y la raza sobre los esfuerzos de promoción a la salud y las autoevaluaciones de salud.

Lo anterior permitiría estudiar si el estado de salud influye en:

- Las iniciativas de promoción a la salud y
- Las autoevaluaciones sobre el estado de salud

Los datos de 3,237 respondientes indicaron que los adultos negros de mayor edad son más pesimistas: reportan más morbilidad funcional (actividades instrumentales de la vida diaria, limitaciones funcionales, morbilidad) y más evaluaciones negativas de salud (autoevaluación de salud actual y comparada con la anterior, así como preocupación por la salud), en comparación con adultos blancos de la misma edad.

Cuando se consideraron las cuatro categorías definidas por raza y sexo, las mujeres negras mayores reportaron niveles más altos de morbilidad funcional y evaluaciones más negativas de salud. Los hombres negros no reportan tantos problemas de salud como se esperaba para su raza y género, lo cual se atribuye

a que los hombres que rebasan la sexta década de la vida tienen una salud especialmente robusta, que incluso excede a la del hombre blanco.

No se observaron diferencias raciales sobre los esfuerzos de promoción a la salud (actividades que indican responsabilidad por la salud como la cantidad de actividad física actual y anterior, y creencias de control personal sobre la salud).

Al relacionar las variables bajo estudio se encontró que los negros de mayor edad tienen menos probabilidad de ocuparse de promover su salud en comparación con los blancos, pero que esto se explica por su clase social generalmente más baja y niveles más altos de morbilidad funcional. Esta diferencia podría explicarse por la comorbilidad, que se refiere a la mayor posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas adicionales cuando son afectados por una enfermedad, tesis que no resulta apoyada ya que en esta muestra la gente negra mayor no difirió significativamente de la blanca en el número de condiciones crónicas de salud, sino en que los negros son más limitados y dañados funcionalmente que los blancos.

Al revisar los efectos totales de raza y género sobre la morbilidad funcional, se encuentra que las mujeres negras de mayor edad reportan más altos problemas de salud, y que se ocupan de menos esfuerzos en la promoción de su salud, además de que es más probable que tengan una perspectiva pesimista de la salud, misma que a pesar de ser realista atenúa las iniciativas de promoción a la salud de enfermedades crónicas. De modo semejante Baquet (1988) y Gibson (1991b) encontraron que los negros de más edad tienden a ser más pesimistas sobre sus enfermedades y la trayectoria de su salud que los blancos.

Aunque estos resultados pueden sugerir una explicación cultural a las respuestas ante condiciones fisiológicas, de ningún modo significa que el pesimismo a la salud es indiferente a cambios actitudinales y de conducta; tampoco significa que éste lleva a un pesimismo global o sentido total de negatividad psicológica.

Algunos factores que limitan el estado de salud de las mujeres negras pueden ser las presiones de la vida, el estrés económico y su lugar en la estructura familiar, y no necesariamente el pesimismo o sus intentos de promoción a la salud. Esos factores pueden predisponer a las mujeres a atender las necesidades familiares antes que su propia salud.

Otro factor de tipo cultural determina que las condiciones de salud pueden empeorarse en algunos grupos étnicos debido a su proceso cultural de toma de decisiones, ya que tratan las enfermedades en la casa siempre que es posible, posponiendo la detección temprana y la evaluación de la condición médica.

Pasando a la relación entre las autoevaluaciones de salud y la morbilidad funcional autorreportada, se encontró que están fuertemente relacionadas, lo cual implica que los adultos mayores son bastante realistas para evaluar su estado de salud actual y futuro dadas sus limitaciones funcionales y condiciones crónicas que experimentan en su vida diaria, sin embargo a pesar de este realismo las mujeres negras mayores tienen poca probabilidad de iniciar la promoción y preservación de su salud cuando se inician sus limitaciones funcionales debido a enfermedades crónicas.

Variables como la educación son muy importantes para explicar el autorreporte de morbilidad funcional, de conductas de promoción a la salud y autoevaluaciones de salud, pero cuando se controla esta variable se encuentra que la raza y el género son las variables que más se relacionan con las interpretaciones, es decir las creencias y las respuestas a las condiciones de salud.

Como se observa, el pesimismo afecta negativamente las conductas de atención a la salud, las de tipo preventivo o curativo, así como las condiciones de bienestar, entonces puede emplearse como predictor de ambas.

#### **b) Advertencias realistas para la toma de decisiones (señales para la acción).**

Las advertencias personalizadas que hacen los profesionales de la salud a sanos y enfermos, así como los mensajes de salud pública, son retos para las acciones inadecuadas, ya que cuando la gente se enfrenta a información preocupante que pone énfasis en pérdidas reales que pueden ocurrir a corto plazo, se encuentra ante el reto de cambiar su actitud de autocomplacencia hacia alguna acción específica que haya estado realizando.

Ese tipo de información puede producir una crisis personal temporal cuando la persona piensa que está ante un riesgo serio a menos que cambie; dicha crisis lleva a la persona a buscar alternativas.

La información amenazante puede ser externa o interna:

- Información impresionante que apoya la realización de nuevos tipos de conducta, los reportes de morbilidad y mortalidad por cánceres relacionados con el tabaquismo.

- Eventos que hacen evidente un riesgo que no puede ignorarse, por ejemplo una tos crónica es la señal de que un fumador empeora cada vez que fuma, y puede inducirlo a cambiar su forma habitual de fumar.

Las advertencias efectivas son necesarias mas no suficientes para inducir a la gente a realizar decisiones en pro de su salud. Algunas advertencias amenazantes pueden tener sólo un efecto temporal e incluso un efecto de rebote. Es necesario seguir investigando lo que constituye una advertencia efectiva para inhibir conductas de riesgo, por ejemplo, la intensidad emocional que requiere para ser más efectiva.

Un modelo de conducta de salud preocupado especialmente por explicar el proceso de adopción de conductas preventivas de salud es la teoría de motivación a la protección. Su formulación inicial fue diseñada para investigar los efectos de los mensajes persuasivos sobre la adopción de conductas protectoras de salud (Rogers, 1975, en Gerrard, et al. 1996). Este modelo sugiere que la información sobre una amenaza a la salud estimula la evaluación cognitiva de vulnerabilidad al evento negativo (conjuntamente con la evaluación de severidad y eficacia de las acciones preventivas recomendadas). Por su parte, esta evaluación actúa como un mediador de los efectos persuasivos del mensaje despertando una motivación para protegerse uno mismo. Es esta motivación la que, de acuerdo a la teoría, despierta, sostiene y dirige las conductas preventivas. Así, la vulnerabilidad percibida es un gran factor en la formación de la motivación para evitar un riesgo. Una revisión del modelo introdujo el concepto de autoeficacia como un componente adicional, sugiriendo que las percepciones de una persona sobre su habilidad para iniciar o sostener una conducta preventiva específica influyen la motivación para comprometerse en ese comportamiento (Maddux y Rogers, en Gerrard, et al.). Rogers concluyó que la investigación ha apoyado los elementos del modelo de autoeficacia, incluyendo el papel de la estimación subjetiva de vulnerabilidad como un **mediador cognitivo de la conducta preventiva**, sin el cual la información por sí misma no sería importante. Finalmente, esta teoría al igual que el modelo de creencias de salud y el de adopción del proceso de precaución, asignan un papel preponderante a los estados cognitivos en la toma de decisiones de salud.

Algunos estudios han encontrado que los mensajes que despiertan mucho miedo y no se ocupan de disiparlo, provocan que los receptores traten de ignorar, minimizar o negar la importancia del riesgo (Rogers y Thistlethwaite, 1970, citados en Janis y Rodin, 1979). Beck y Frankel (1981 citados en Gerrard, et al., 1996) encontraron que cuando la enfermedad es extremadamente amenazante, no están disponibles las medidas preventivas o se les percibe como difíciles de implementar o mantener, la reacción típica es ignorar o distorsionar el riesgo más

que cambiar la conducta personal. En otros estudios se ha encontrado que la estimulación severa de miedo tiene efectos positivos y que cuando es una autoridad la que hace las advertencias amenazantes, pueden modificarse los sentimientos de vulnerabilidad al riesgo y ocurrir la adopción de las conductas recomendadas. Esto significa que, no es posible hacer generalizaciones sobre el nivel de miedo que deben estimular las advertencias, ya que el nivel óptimo varía de acuerdo al riesgo, al tipo de acción recomendada y a las diferencias de personalidad.

Las advertencias se vuelven ineficaces cuando la gente expuesta a predicciones profesionales sobre las consecuencias negativas de cierta acción, trata de disminuir la estimulación emocional displacentera utilizando evasivas para aceptar los argumentos de los comunicadores ya que de otro modo requerirían la realización de acciones preventivas displacenteras. Debe evitarse que la persona niegue la relevancia personal de lo que se ha dicho, quizá introduciendo mensajes impresionantes que estimulen imágenes vívidas de vulnerabilidad personal junto con argumentos sobre la eficacia de las acciones recomendadas.

Un mensaje efectivo debe ser capaz de inducir una imagen personal sobre el efecto de posibles recaídas severas y sobre la incapacidad de alcanzar objetivos a menos que se adopten nuevas acciones percibidas como medios adecuados para contrarrestar el riesgo. Este tipo de mensajes debe producir imágenes tangibles de pérdidas, entre ellas la estima de los amigos, los parientes y la autoestima, llevando a la persona a pensar en la adopción de conductas alternas, aunque no debe perderse de vista que puede llevar a algo peor: a la inactividad. En un estudio con niños obesos que eran atendidos en una clínica (Becker y otros, citados en Kirscht y Rosenstock, 1979) se probó el efecto de la **información "persuasiva"** sobre el control de peso. Las madres fueron divididas en tres grupos: una condición de información amenazante, una de comunicación de bajo riesgo y una sin comunicación. Los mensajes, de tipo verbal, se dieron en la clínica. Todos los pacientes recibieron asesoría dietética y nueva cita. Se encontró que los grupos que recibieron los mensajes tuvieron una pérdida significativa de peso en comparación con el grupo control durante las cuatro visitas de seguimiento, siendo aún mayor en quienes recibieron el mensaje amenazante. También se encontró que las creencias iniciales de las madres, sobre riesgos a la salud, susceptibilidad a la enfermedad en sus hijos y los beneficios de la pérdida de peso, fueron predictivas del éxito en la reducción de peso.

### c) Información preparatoria para la toma de decisiones.

La información preparatoria relevante sobre la enfermedad (su tratamiento, su prevención) tiene una segunda función en la preparación realista de las personas, pues además de producir advertencias que incrementan la motivación hacia la toma de decisiones y el cambio de conductas, y de evitar que se exageren o se oculten los aspectos negativos de las enfermedades (severidad del riesgo), permite a las personas anticipar una pérdida, disminuir su ansiedad y planear la manera de enfrentar un riesgo, todo lo cual les da un sentimiento de control sobre el riesgo (Janis y Rodin, 1979).

Bayés (1992) presenta un modelo de prevención para aplicar al caso del SIDA, cuyo uso puede extenderse a otros padecimientos. Una parte de los factores que este autor denomina históricos es la información específica contingencial, que funciona como información preparatoria para la toma de decisiones preventivas en salud.

**La información específica contingencial** se relaciona con la situación a la que el individuo debe enfrentarse, pudiendo ser de dos tipos:

- Objetivo-contingencial
  - Normativo-cultural
- En primer lugar se considera la **información específica objetivo-contingencial**, que es el grado de información previa que posee una persona sobre:
    - Comportamientos y situaciones de riesgo
    - Las señales o circunstancias que indican la proximidad de una situación de riesgo que sería la ocasión para realizar un comportamiento preventivo eficaz.
    - Comportamientos preventivos eficaces
    - Evitar el comportamiento de riesgo
      - Eliminar los elementos nocivos del comportamiento de riesgo.
      - Practicar comportamientos no peligrosos incompatibles con el de riesgo.
      - Demorar el comportamiento de riesgo hasta poder efectuarlo sin peligro.
    - Las consecuencias a corto y largo plazo de los comportamientos de riesgo y los de prevención (la expectativa de los resultados)
    - La forma de practicar eficazmente los comportamientos preventivos adecuados.

Así mismo Bayés menciona que para comunicar con eficacia los mensajes de salud, deben cubrirse estos puntos:

- Atención. Atraer la atención de las personas a las que se dirige
- Comprensión. Fácil de comprender.
- Relevancia personal. Las personas deben percibirlo como importante para ellas.
- Credibilidad. El mensaje y la fuente deben ser creíbles
- Aceptabilidad. No debe tener nada ofensivo o inaceptable para su auditorio.

Por otro lado, para que una información objetivo contingencial se traduzca en hechos deben resolverse problemas de distinta índole:

- económicos
- jurídicos
- administrativo comerciales

Se han realizado muchos intentos por modificar los patrones de conducta y mejorar la adherencia a recomendaciones preventivas mediante una intervención sistemática, como es el caso de la educación del paciente (Kirscht y Rosenstock, 1979), a pesar de ello la relación entre **conocimiento y adherencia** no es clara ya que el concepto de conocimiento se ha usado para cubrir un rango muy amplio de información. Los intentos por proporcionar información sobre la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento en un nivel muy abstracto, generalmente no han afectado la adherencia a las recomendaciones médicas. Sackett y otros (citados en Kirscht y Rosenstock, 1979) reportaron intentos de informar a los pacientes hipertensos sobre su condición. El estudio contó con grupo control al que no se le dio información, y si bien se presentaron diferencias en el nivel de conocimiento de aquellos que fueron informados, no se encontraron diferencias en las conductas de adherencia o en los niveles de presión sanguínea de ambos grupos, mismas que se evaluaron meses después de la intervención.

En otros estudios, la información al paciente sobre su régimen de tratamiento ha mostrado mejorar su adherencia. McKenney (citado en Kirscht y Rosenstock, 1979) seleccionó 50 pacientes hipertensos, envió una mitad con el farmacéutico y la otra se trató de modo habitual. Las reuniones con el farmacéutico duraron cinco meses y consistieron de discusiones sobre los medicamentos, educación sobre su enfermedad, evaluación de los progresos y asesoría sobre su tratamiento. Después de un período de seguimiento se encontró mejoría en el cumplimiento del régimen y de la presión sanguínea. Sin embargo, no siempre las instrucciones sobre el régimen de tratamiento mejoran su cumplimiento. Malahy (citado en Kirscht y Rosenstock) no reporta diferencias en los errores de medicación de dos grupos de pacientes, con y sin instrucciones especiales.

- **No menos importante en la toma de decisiones es la información normativo-cultural, compuesta por:**

- Las normas y orientaciones vigentes en el contexto social del individuo.

Estas señalan qué prácticas son aceptables o deseables y cuáles no. Este tipo de información aparece en la literatura como representaciones sociales, creencias y actitudes, que por cierto son afines con el modelo de creencias de salud (Bayés, 1992)

#### **2.4.4.3. PROPUESTA: LA AUTOPERCEPCION DE RIESGO COMO INDICADOR DE NECESIDADES PERCIBIDAS DE PREVENCIÓN EN LA DM.**

La autopercepción de riesgo predice el riesgo real de enfermar y de realizar conductas preventivas sólo en grupos muy específicos, lo cual se explica por la frecuente actitud optimista hacia la vulnerabilidad personal. Es de gran importancia conocer los factores relacionados con las percepciones erróneas de riesgo, en especial las optimistas, y la forma de hacerlas realistas para facilitar así la ejecución de conductas preventivas y de búsqueda de atención preventiva y por lo tanto proporcionar un apoyo objetivo a los programas de promoción a la salud.

Se ha encontrado que algunos factores de la percepción errónea de riesgo son: los sociodemográficos, el contacto con otras personas, con servicios de salud y con medios de información, así como las experiencias con eventos negativos. También se habla de factores psicológicos como: evitar la ansiedad de reconocerse enfermo; mantener la autoestima; poseer representaciones mentales sobre las causas de la enfermedad que impiden reconocer el riesgo; la vulnerabilidad personal percibida hacia el padecimiento; la seriedad, prevenibilidad y frecuencia percibidas en el padecimiento; el autorreporte de salud y de conductas de riesgo; la calidad de vida percibida; la percepción de control sobre el riesgo; factores emocionales como la depresión, etc.

Por otro lado, algunos de los factores psicosociales que funcionan como barreras para la búsqueda y utilización de servicios de atención preventiva (o curativa) son: la pobreza, las perspectivas privadas usuario-proveedor que dificultan el proceso de interacción y comunicación, las creencias étnicas de salud, las diferencias en la concepción de salud entre usuario y proveedor, entre otras. Cuando los planeadores y prestadores de servicios de salud no contemplan estas barreras o las relacionadas con la autopercepción irreal de

riesgo, es posible que tampoco favorezcan el desarrollo del proceso necesario para que un individuo inicie y se mantenga en un tipo de atención a la salud (reconocer que se está ante un riesgo o un padecimiento de salud, identificarlo como una necesidad de atención, desear ser atendido, buscar la atención, iniciarla y continuarla); la ocurrencia de estas omisiones ocasiona, en mayor o menor grado, un problema de accesibilidad de los servicios de salud, es decir, una falta de ajuste entre las perspectivas del usuario y el proveedor, que disminuye la posibilidad de hacer contacto con los servicios para recibir atención, pudiendo ser más difícil cuando se trata de servicios preventivos (ver fig. 5).

Este desajuste puede manifestarse de muchas maneras, poco evidentes a simple vista: por un lado hemos mencionado la falta de reconocimiento de riesgos a la salud, y su efecto negativo en la percepción de necesidad preventiva en el usuario ya que puede limitar la utilización de servicios, por lo cual debemos considerarla como una barrera para la accesibilidad de servicios de salud, aunque también pueden ocurrir perspectivas opuestas entre lo que es una necesidad de salud y una necesidad de atención, pues aún reconociendo que está ante un riesgo o padecimiento específico, cada individuo decide si existe o no una necesidad de atención y qué tipo de atención requiere. El reconocimiento de los riesgos a la salud es la expresión de un nivel de necesidad que debe promoverse para transformarla en demanda de atención. El objetivo ideal de los servicios de salud es que se inicie el proceso de atención, se utilicen los servicios y se modifique la necesidad; es ayudar a la identificación de necesidades de salud y a la transformación de necesidades en demandas de atención.

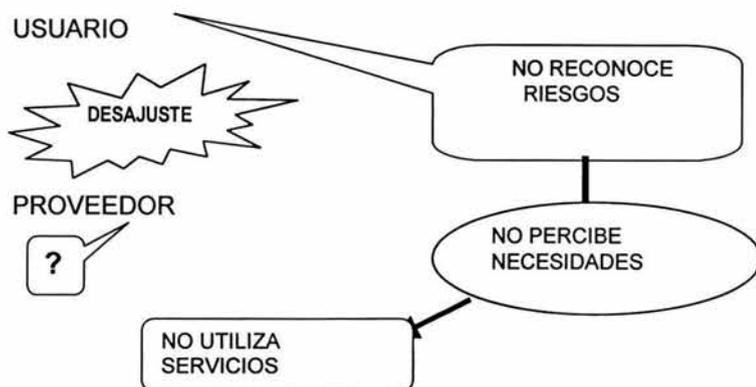


Fig. 5. Representa los efectos del desajuste entre las perspectivas del usuario y el proveedor de servicios

Un obstáculo importante para la planeación de los servicios de salud para población abierta es la baja posibilidad de determinar un usuario tipo, que contemple **valores y actitudes** provenientes de diferencias en las experiencias, expectativas y recursos propios del grupo de usuarios frecuentes, los muy esporádicos y los totalmente apartados. Seeman y Evans (citados en Adler y Milstein, 1979) atribuyen la conducta de búsqueda de atención de éstos a desesperanza e impotencia, que disminuye a su vez el sentimiento de control sobre su salud, sin embargo este planteamiento requiere ser estudiado.

Adelante se mencionan las ventajas que puede ofrecer la variable autopercepción de riesgo para el estudio de las necesidades percibidas en la promoción de la salud y en la utilización de servicios preventivos de salud:

1. Es de primordial importancia estudiar las perspectivas de necesidad y las creencias de salud y enfermedad de profesionales y usuarios, para a su vez buscar estrategias que disminuyan su efecto negativo cuando funcionan como barreras psicosociales sobre la accesibilidad de los servicios de salud, lo cual implica principalmente que las necesidades no reconocidas en un primero momento por el usuario deban ser transformadas en necesidades reconocidas y más tarde en necesidades satisfechas. Las necesidades no reconocidas por el usuario están muy relacionadas con una pobre autopercepción de riesgo. Sin embargo, esto presenta una excepción pues hay casos en que las personas perciben necesidades de salud (necesidades sentidas) pero no las expresan, por lo que en términos prácticos quedan también en el ámbito de las necesidades no reconocidas, esto es, ya sea que se presenten dificultades para reconocerlas o para manifestarlas, lo que por cierto puede ir aparejado con dificultades para interpretarlas por parte del prestador de servicios, se va a ver afectada la prestación de servicios de salud. Donabedian (1988) opina al respecto que una percepción optimista de la salud y enfermedad es opuesta al reconocimiento y satisfacción de necesidades objetivas de salud.

Dado que no existe investigación sobre las creencias acerca de la DM y las perspectivas de necesidades de atención preventiva, se propone realizar un estudio que en primer lugar evalúe las variables de la autopercepción de riesgo como método para estudiar el nivel de reconocimiento de necesidades de atención preventiva y su posterior búsqueda de satisfacción, en familiares, no diagnosticados como diabéticos, de usuarios de consulta externa de los diversos servicios de salud para población abierta.

2. En las personas con un buen reconocimiento de su autopercepción de riesgo, ésta sería suficiente para estudiar el proceso de detección de necesidades de atención preventivas. Sin embargo, dado que frecuentemente se ha encontrado una baja correspondencia entre las percepciones de riesgo y el riesgo objetivo (confirmándose una tendencia optimista), es necesario identificar los subgrupos específicos en quienes coincide su percepción con los riesgos objetivos y los casos en que ocurren errores cognitivos. Podemos encontrar personas que perciben correctamente sus necesidades de atención, a quienes la identifiquen erróneamente y otras que aún percibiendo esa necesidad, no la expresan. Los últimos casos quedarían como necesidades no reconocidas.

Los estudios sobre la autopercepción de riesgo son todavía incipientes, lo mismo que su uso como indicador de necesidades percibidas y no percibidas, reconocidas y no reconocidas, sin embargo a partir de dicho concepto pueden identificarse los grupos específicos sobre los que se requiere incidir para hacer realistas sus percepciones de necesidad de atención preventiva aún en ausencia de señales internas para la acción (síntomas).

Los datos que arroja el modelo propuesto pueden además ser empleados en el estudio de las creencias de salud-enfermedad de la DM y la conducta preventiva, de ahí que se le esté proponiendo como factor determinante de la identificación de necesidades de salud de aquellas personas que debiendo recibir una atención preventiva o curativa, no sienten necesitarla o no desean recibirla y por ende no la buscan.

Quizá ni los prestadores de servicios ni los usuarios posean las herramientas más adecuadas para identificar las necesidades preventivas de salud de estos últimos, pues cada uno las separa tajantemente, por un lado como necesidades definidas profesionalmente y por otro lado como deseos de atención. Esto se debe a la falta de una cultura preventiva más integradora que ayude a crear un punto de vista intermedio entre los enfoques profesionales y los subjetivos; utilizar las creencias de salud puede ser el inicio de una perspectiva más rica e integral.

3. En tercer lugar, en este trabajo se propone estudiar la factibilidad de sustituir el concepto de percepción de necesidades preventivas de salud por el de percepción de riesgo, para salvar el obstáculo que constituye la falta de síntomas, dificultad inherente a la prestación de servicios de atención preventiva, que se deriva de que el proceso de atención médica inicia precisamente con la detección de una necesidad en presencia de síntomas, lo cual no se ajusta a las necesidades de atención preventiva. El concepto propuesto facilitaría la detección de necesidades de tipo preventivo desde el

punto de vista del usuario o del prestador de servicios y permitiría transformar la necesidad no reconocida en reconocida, la no expresada en expresada.

4. En cuarto lugar se propone el modelo de creencias de salud como un modelo adecuado para explicar el proceso psicológico que precede a la búsqueda de atención preventiva, a la realización de conductas de promoción a la salud y a la toma de decisiones en salud, particularmente a través de su variable central, la autopercepción de riesgo, que constituye un predictor de tipo cognitivo y que se cree tiene una influencia motivacional sobre la conducta de salud. Estudiar cómo autoevalúan las personas su salud y riesgo es importante porque permite predecir en primer lugar su capacidad y disposición para realizar conductas preventivas y en consecuencia la calidad futura de su salud. Se esperaría que contar con la percepción de un riesgo ayudara al paciente a iniciar el proceso de búsqueda y utilización de atención preventiva, pues es muy probable que sino cuenta con dicha percepción le será indiferente recibir o no, atención preventiva. Sin embargo, no siempre se ven cumplidas las predicciones, por lo que es necesario investigar los casos en que es buena la capacidad predictiva del modelo.

Algunos objetivos de investigación iniciales con el enfoque antes planteado, para profundizar en el estudio de la conducta preventiva de la DM, podrían ser:

- a) Conocer cómo perciben el riesgo de desarrollar la diabetes aquellos individuos con factores de riesgo, particularmente aquel con una influencia difícil de cuantificar hasta hoy: la herencia.
- b) Identificar los factores que puedan estar asociados con errores en la percepción, como son la edad, género, experiencias sobre la enfermedad, entre otras.
- c) Detectar los conocimientos y representaciones sobre la enfermedad y sobre los factores de riesgo.
- d) Identificar la relación entre la ocurrencia de conductas de autocuidado y la autopercepción de riesgo.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Realizar un estudio propositivo del riesgo percibido de enfermar de diabetes mellitus en familiares no diagnosticados como diabéticos, de pacientes que acuden al servicio de consulta externa de los diversos servicios de salud para población abierta.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a) Proponer un modelo que integre las variables relacionadas al riesgo percibido de enfermar de diabetes mellitus en personas no diagnosticadas como diabéticas.
- b) Proponer un instrumento para evaluar la autopercepción del riesgo de padecer la diabetes mellitus en personas no diagnosticadas como diabéticas.
- c) Proponer una metodología que sirva para identificar los factores asociados con la autopercepción de riesgo de desarrollar la diabetes mellitus en personas no diagnosticadas.

### **4. METODOLOGÍA PROPUESTA**

#### **4.1. Tipo de estudio propuesto**

Correlacional, transversal y prospectivo.

#### **4.2. Definición del universo de estudio.**

Familiares no diagnosticados como diabéticos, de pacientes que acuden a servicios de Consulta externa de los diversos servicios de salud para población abierta.

#### **4.3. Criterios de selección de las unidades de observación.**

Criterios de Inclusión.

- Familiares que acompañen a los pacientes a sus consultas médicas.
- Que no padezcan o ignoren padecer diabetes mellitus
- Edades de 25 a 65 años
- Sexo femenino y masculino
- *Que se encuentren en ayuno*

#### Criterios de Exclusión.

Personas con necesidades especiales

#### Criterios de Eliminación

Personas que no terminen la entrevista,  
Que no deseen participar en el estudio

#### 4.4. Diseño de la muestra

- Tamaño:

Considerando que la probabilidad reportada de personas no diagnosticadas es del 40% aproximadamente, empleamos una fórmula para población infinita con lo cual obtuvimos el tamaño de muestra de 173 familiares por servicio de salud.

$$n = \frac{z^2 pq}{Ea^2}$$

$$\frac{1.96^2 (40) (60)}{(8)^2}$$

$$= 144.06 + 20\% \text{ por pérdida de informantes} = 173$$

- Selección de las unidades de observación: no aleatoria, por voluntarios.

#### 4.5 Grupo control

Personas del área de influencia de los servicios de salud con los mismos criterios de selección del grupo de observación: que no padezcan o ignoren padecer diabetes mellitus, entre 25 y 65 años, género femenino y masculino

#### 4.6. VARIABLES DEL MODELO CONCEPTUAL PROPUESTO

##### 4.6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Para el estudio se tomaron en cuenta las variables del Modelo de Creencias de Salud así como los indicadores para su medición propuestos por Becker y Maiman. Cada indicador fue dividido en diversas categorías para enriquecer las variables del modelo, adaptándolas al padecimiento bajo estudio, la diabetes

mellitus. Por ejemplo, la susceptibilidad percibida usualmente es definida sólo como la valoración personal del riesgo de padecer cierta condición, sin embargo en este estudio se agregaron otras dimensiones de la variable, cuidando que se adaptaran a los indicadores del modelo. Adelante se presentan las variables, sus indicadores, así como las dimensiones en que se les subdividió:

#### AUTOPERCEPCION DE RIESGO

- a) **Susceptibilidad percibida.** Se relaciona con cuán susceptible a cierta condición se considera una persona.
- Valoración personal del riesgo de padecer cierta condición.
  - Juicio comparativo de riesgo. Es la comparación entre la creencia del riesgo personal y el de la gente promedio.
  - Riesgo percibido para los demás. Plantea una comparación entre la creencia personal de riesgo y el de su familia o el de su grupo de edad y género.
  - Juicio de riesgo personal hacia la diabetes mellitus comparado con otros padecimientos.
- b) **Seriedad o severidad percibida.** Es la identificación de las consecuencias de corto y largo plazo producidas por la enfermedad, se relaciona con las dificultades que cada persona cree que le ocasionará.
- Severidad percibida. Creencia de peligrosidad o controlabilidad de la D.M.
  - Creencia de que puede desarrollarse o agravarse aún en ausencia de síntomas.
  - Creencia de consecuencias para la calidad de vida o su pérdida.
  - Creencia de tolerancia de los síntomas.

#### PROBABILIDAD DE REALIZAR CONDUCTAS PREVENTIVAS

- c) **Beneficio percibido de la conducta de salud.** Son las creencias de que las acciones específicas pueden proteger del riesgo, que son efectivas para afrontarlo y para modificar el pronóstico. También se le llama prevenibilidad percibida acerca del padecimiento.
- Beneficio percibido de la detección temprana.
  - Beneficio percibido de las conductas de promoción
- d) **Beneficio percibido de dejar conductas de riesgo** (beber, dieta no balanceada, sedentarismo).
- e) **Barreras percibidas para la conducta preventiva.** Son los impedimentos percibidos (costo, molestia, dolor, etc.) y costos asociados con la realización de la acción.

## FACTORES MODIFICANTES

Los factores modificantes de tipo sociopsicológico y el estado de salud tienen influencia sobre la conducta preventiva y de riesgo, y sobre la percepción de riesgo.

### a) Sociopsicológicos.

1. Demográficos. Edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, escolaridad
- Presión del grupo de referencia y apoyo social. Es el proceso por el que el contexto social influye en el individuo: Es la petición y aprobación de la conducta preventiva.
- Variables estructurales: es la experiencia anterior, basada en la observación y la información de otras personas, sobre tipos de acción disponibles (preventiva o curativa) y sobre la molestia que producen esas acciones. También puede incluir los conocimientos de las consecuencias negativas de la conducta de riesgo.
  - Conocimiento sobre conducta preventiva
  - Contactos iniciales con la enfermedad (experiencia).
- Representación o esquema de salud y enfermedad. Son las representaciones o sistemas de creencias que tienen las personas sobre las enfermedades:
  - Causas de D.M.,
  - Factores que incrementan los riesgos para la salud.

No se incluyeron varias de las categorías del sistema de creencias sobre la diabetes, como son: Identidad, duración, consecuencias, suposición de tratabilidad, prevenibilidad percibida, suposición de pronóstico, suposición de controlabilidad y saliencia de estereotipos.

### b) Estado de Salud: Índice masa corporal, enfermedades, glucemia.

## SEÑALES PARA LA ACCIÓN

Son los recordatorios del riesgo potencial de padecer una enfermedad, o bien señales que llaman la atención sobre conductas preventivas específicas, por lo cual se consideran instigadores para la acción, que pueden ser internos (síntomas) o externos (mensajes), y su influencia puede variar en función de su saliencia.

### a) Estímulos internos. Percepción de respuestas corporales anormales (síntomas).

- b) **Estímulos externos.** Son los mensajes recibidos de medios masivos, del consejo médico.

#### CONDUCTA PREVENTIVA

- a) **Conducta de detección de enfermedades.** Son conductas diseñadas para detectar o confirmar un problema de salud y por sí mismas no permiten que las personas se hagan más saludables.
- b) **Conductas de promoción a la salud.** Son conductas que pueden mejorar directamente la salud. Se les identifica como planes de acción para promover la salud.

#### CONDUCTA DE RIESGO

Son las actividades que incrementan el riesgo de enfermar en grado mayor que el del resto de la población, particularmente de enfermedades crónicas y ocurren en personas no sintomáticas o que no pueden ser definidas como enfermas.

#### 4.6.2. PLAN PARA CRUCE DE VARIABLES

Se sugiere que las variables pudieran relacionarse de las siguientes maneras:

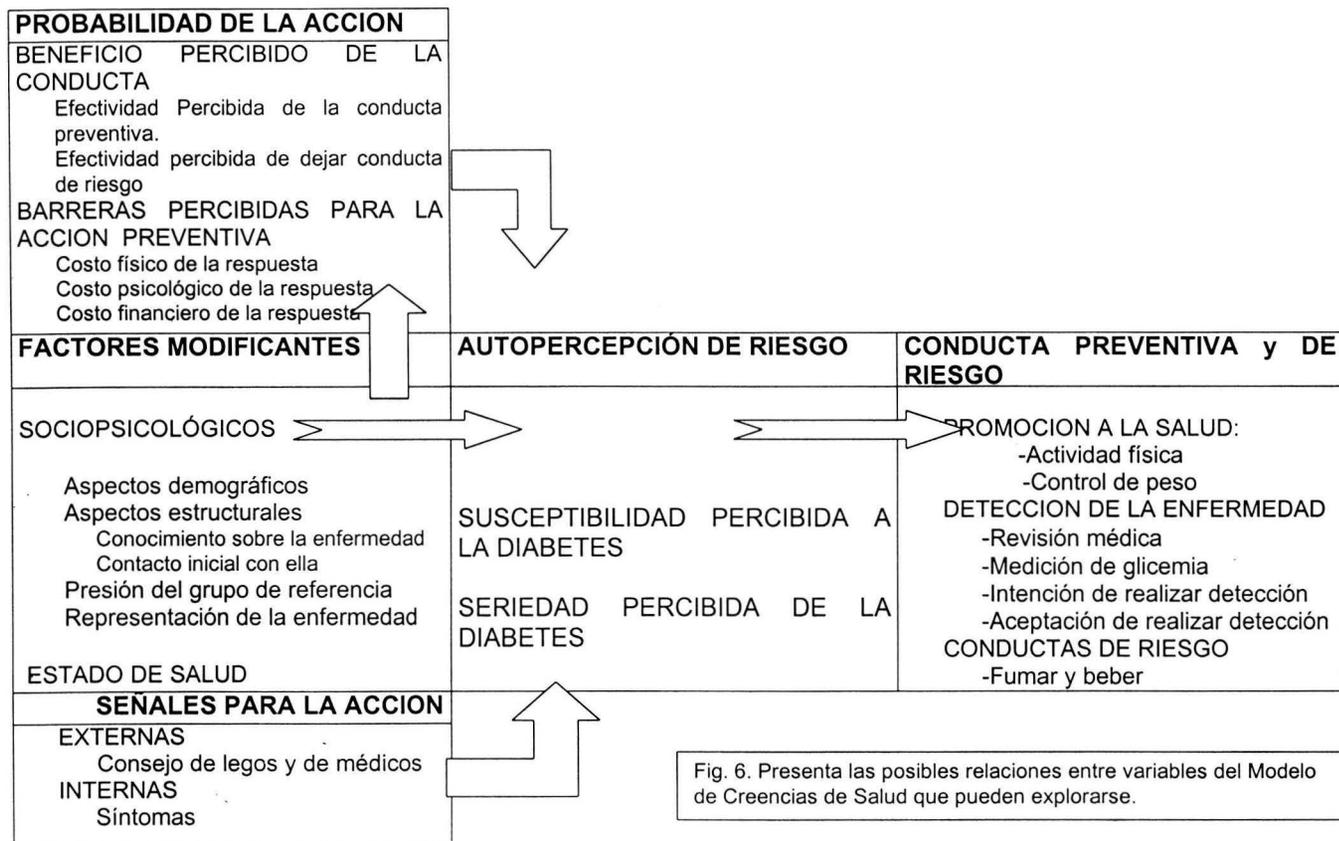


Fig. 6. Presenta las posibles relaciones entre variables del Modelo de Creencias de Salud que pueden explorarse.

#### **4.6.3. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:**

Se anexa cuadro de variables y libro de códigos.

#### **4.7. INSTRUMENTO PROPUESTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION**

El instrumento de recolección consta de 83 reactivos con opciones de respuesta de formato mixto (dicotómicas, tipo likert de 3 puntos y abiertas), cuya aplicación se sugiere sea realizada por método de entrevista, empleando tarjetas con las opciones de respuesta para facilitar las respuestas a los reactivos tipo likert. Para facilitar la participación, las entrevistas pueden llevarse a cabo previamente o durante el transcurso de la consulta al familiar, considerando que su duración aproximada es de 30 a 40 min. El formato se presenta en los anexos.

Para elaborar los reactivos se tomaron como guías, aunque a veces fueron modificados, los ejemplos citados por Norman (1985) para algunas de las conductas de salud y de riesgo; por Avis et al. (1989) y Weinstein (1987) para el juicio comparativo de riesgo, que por sí mismo no permite evaluar la exactitud de la percepción de riesgo, ya que requiere correlacionarse con los factores de riesgo; por McGregor, Murphy y Reeve (1992) para la severidad y conocimiento de factores de riesgo.

El formato de recolección que se anexa fue sometido a varias modificaciones producto de varios procesos de revisión, prepiloteo y piloteo, que arrojaron:

2. Observaciones durante la aplicación del instrumento, como ítems poco claros con conceptos complicados o vagos, que se prestaban a confusión.
3. Comentarios hechos por los informantes cuando se les preguntaba directamente sobre los ítems en los que tuvieron dificultad para responder.
4. Ítems que no se ajustaban a las variables que pretendían medir.

El último piloto realizado con 60 encuestas arrojó los siguientes valores de confiabilidad por el coeficiente Alfa de Cronbach, por lo que el instrumento fue revisado y corregido nuevamente, y es el que se anexa en el trabajo:

INDICADORES	ALFA
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	.56
SEVERIDAD PERCIBIDA	.26
BARRERAS PERCIBIDAS	.87
BENEFICIOS PERCIBIDOS DE DEJAR CONDUCTAS	.65
BENEFICIOS PERCIBIDOS DE CONDUCTA PREVENTIVA	.60

#### 4.8. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACION

Se pedirá la colaboración de los familiares de pacientes que están en espera de consulta, informándoles que se está realizando un estudio para conocer su manera de pensar sobre la diabetes mellitus, para el cual se requiere que no sean diabéticos. No debe ser requisito el que los familiares se presenten en ayuno, ya que en caso de que deseen realizarse una glicemia, deberán ser citados posteriormente.

Al final de la entrevista y siempre con el consentimiento del informante, se resolverán las dudas que pudieran surgir sobre la diabetes mellitus, como son: factores de riesgo, síntomas, pronóstico, etc., por lo cual el tiempo total de la entrevista puede variar.

La prueba de glicemia la realizará el personal de enfermería en el puesto de control preventivo.

Se dará entrenamiento a los encuestadores en la aplicación del instrumento, quienes también deberán tener información sobre el padecimiento. Se requiere asignar un proceso de supervisión a los encuestadores empleando la estrategia de sombra, con la finalidad de apoyar la evaluación de confiabilidad y validez del instrumento.

#### 4.9. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

Los datos pueden codificarse y analizarse usando el paquete de computación Statistical Package for the social Sciences.

El análisis descriptivo empleará promedios, desviación, tablas de frecuencias, porcentajes, tablas cruzadas y el inferencial, *chi cuadrada*, *t de student* y *anova*.

#### 4.10 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

##### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES					
a) Entrenamiento a encuestadores						
e) Levantamiento de datos						
f) Tabulación de datos						
g) Análisis de datos						
i) Elaboración de informe de invest.						

##### RECURSOS

Humanos: 1 Jefe de Proyecto  
2 encuestadores

Físicos: 2 consultorios

Materiales: Tiras reactivas para medición de glicemia  
Fotocopiado de cédulas de encuesta.  
Hojas, plumas.

Instrumentales: Programa automatizado para análisis de datos  
Computadora

Financieros: Costo de las tiras reactivas.

#### 4.11. RIESGO DE LA INVESTIGACION

Investigación con riesgo mínimo

## 5. CONCLUSIONES

El interés por la prevención de la DM ha crecido paulatinamente desde hace algunos años en diversos foros, académicos, clínicos y de administración de los servicios de salud, sin embargo la velocidad con la que se incrementan las cifras de diabéticos supera la eficacia de las respuestas con que se enfrenta este padecimiento. Lo que resulta claro es que la prevención debe ser la estrategia que domine las acciones de salud.

Se conoce la historia natural de esta enfermedad y los factores de riesgo, pero por su complejidad no es posible hacer pronósticos con certeza; la atribución más adecuada se relaciona con el estilo de vida accidentalizado como riesgo generalizado para la población, por lo que se requiere su voluntad y respuesta para enfrentar el problema, es decir, acceder a una cultura preventiva de la salud.

La gran interrogante es cómo llevar a las personas a ejercer conductas preventivas y a utilizar servicios de salud preventivos. La estrategia más empleada ha sido informar a la población sobre las conductas de riesgo y estrategias de protección, prevención y detección de la enfermedad, siempre bajo el enfoque de los "expertos", sin embargo se ha observado que no siempre la información se traduce en la adopción a largo plazo de las conductas recomendadas, además de otros factores que reducen el impacto de los programas preventivos, como son: la representación social de la enfermedad está plagada de creencias erróneas muy arraigadas, el concepto popular de prevención mantiene una orientación pasiva y un tanto curativa, hay una tendencia a negar o minimizar los riesgos personales, la mera suposición de padecer DM o "la diabólica" produce emociones negativas.

De inicio, no se conocen las creencias de la población sobre la DM, ni su relación con las conductas preventivas, de riesgo y de búsqueda de atención; dicha información posibilitaría la planeación de acciones preventivas con mayor ajuste psicocultural hacia la población, además se tendrían elementos para influir en la aceptación de un enfoque preventivo en el cuidado de la salud, para lo cual se propone el modelo de creencias de salud, cuyas variables relativas a la autopercepción de riesgo permiten explorar el nivel de reconocimiento de las necesidades preventivas, las variables psicosociales asociadas con dicho nivel de reconocimiento, el conocimiento sobre los factores de riesgo y conductas de autocuidado, así como la influencia de todos estos aspectos sobre la ejecución de conductas preventivas y utilización de servicios preventivos.

Así mismo, identificar la tendencia optimista-pesimista ante la DM, en las personas que no la padecen o que no están diagnosticadas, sería útil para determinar los grupos y circunstancias específicas en que la mera autopercepción de riesgo constituye un buen indicador de los riesgos reales a la salud y por ende, de las necesidades de atención preventiva. En los casos particulares en que la percepción de riesgo tiene una relación más cercana con los riesgos reales (tendencia realista), podría considerársele como correlato de las necesidades objetivas de salud. Por otro lado, al identificar los grupos específicos con creencias de riesgo erróneas (optimistas o pesimistas) y las características de sus creencias, podrían plantearse mecanismos para generar creencias más realistas, incrementando con ello su reconocimiento de necesidades de salud así como su utilización de servicios preventivos.

El trabajo pretende coadyuvar en la planeación de servicios de salud de tipo preventivo, mediante la inclusión de variables subjetivas, como potenciales estrategias de detección de necesidades de atención preventiva, y de identificación de los subgrupos específicos con diferente probabilidad de utilizar servicios preventivos y realizar conductas de promoción a la salud. Así mismo, destaca la importancia de emplear un enfoque multidisciplinario en la investigación de servicios de salud, en particular la contribución que el campo de conocimientos propio de la psicología puede ofrecer a la planeación de servicios de salud de tipo preventivo

## 7. LISTADO DE REFERENCIAS

- Adler, N.E. & Milstein, A. (1979). Psychological perspectives on health system planning. En: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler & Associates. (Eds.) Health Psychology. A handbook, 3a. ed. (395-418). USA: Jossey- Bass Publishers.,
- Alvarez-Manilla, J.M. (1980). Importancia de la investigación social. En: A. Cordera (Ed.) Administración de la atención médica: diez simposios. Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco: México.
- Avandamet (2003). Monografía de la Diabetes Mellitus..
- Avis, N.E., Smith, K.W. & Mckinlay, J.B. (1989). Accuracy of perceptions of heart attack risk: what influences perceptions and can the be changed?. American Journal of Public Healt, 79, (12), 1608-1612.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención aplicado al caso del SIDA. Acta Comportamentalia, 0, 33-50.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. España: Paraninfo, Thomson Learning.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. Y Oviedo, J. (1997). Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 39, (5), 442-450.
- CONAPO (2002). Proyecciones de la población de México, 2000-2050.
- Donabedian, A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. (B. Alvarez, Trad.). México: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1973).
- Eastman, R. C., Cowie, C.C. & Harris, M. I.(1997). Undiagnosed diabetes or impaired glucose tolerance and cardiovascular risk. Diabetes Care, 20, (2), 127-128.
- Eiser, J.R. & Gentle, P. (1988). Health Behavior as goal-directed action. Journal of Behavioral Medicine, 11, (6), 523-535.
- Epstein, L.H. & Ossip, D.J. (1979). Healt care delivery: a behavioral perspective. En: J.R. McNamara (Ed.) Behavioral approaches to medicine: application and analysis. New York: Plenum Press.
- Fajardo, O. G. (1983). Atención médica: teoría y práctica administrativas. México: La Prensa Médica Mexicana.

- Ferraro, K. F. (1993). Are black older adults health-pessimistic? *Journal of Health and Social Behavior*, (34), 201-214.
- Fontaine, K.R. (1994). Effect of dispositional optimism on comparative risk perceptions for developing aids. *Psychological Reports*, (74), 843-846.
- Frenk, M.J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Rev. de Salud Pública de México*, 27, (5), 438-453.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X. & Bushman, B.J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, (3), 390-409
- Glasgow, R.E., Hampson, S.E., Strycker, L.A. & Ruggiero, L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20, (4), 556-561.
- Hannah, T.E. (1987). Health behaviour: the role of health as a personal life concern. *Canadian Journal of Public Health*, 78, 165-167.
- Hope for Diabetes Prevention (2002). En red: [/www.paho.Org/english/hcp/hcn/ipm/camdi-proposal-1.pdf](http://www.paho.Org/english/hcp/hcn/ipm/camdi-proposal-1.pdf)
- INEGI (2000). Estadísticas del sector salud y seguridad social. Cuaderno núm. 17.
- INEGI. 2001. Estadísticas Vitales Distrito Federal. Cuaderno núm. 2 .
- Janis, I. & Rodin, J. (1979). Attribution, control, and decision making: social psychology. En: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler & Associates. (Eds.) *Health Psychology. A handbook*, 3a. ed. (487-522). USA : Jossey- Bass Publishers.
- Kenneth, Z.I. (1979). Culture and symptoms – An analysis of patients presenting complaints. En: R.E. Spector (Ed.) *Cultural diversity in health and illness*, (pp 84-106). USA: Appleton-Century Crofts.
- Kirscht, J.P. (1989). Process and measurement issues in health risk appraisal. *American Journal of Public Health*, 79 (12), 1598-1599.
- Kirscht, J.P. & Rosenstock, I.M. (1979). Patients' problems in following recommendations of health experts . En: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler & Associates. (Eds.) *Health Psychology. A handbook*, 3a. ed. (189-216). USA : Jossey- Bass Publishers.

- Landrine, H. & Klonoff, E.A. (1994). Cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernatural. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, (2), 181-193.
- Lerman, G.I. (1998). Atención integral del paciente diabético. En: I. Lerman (Ed.). (2ª. Ed., pp.3-5). México: McGraw-Hill.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.). *Contributions to Medical Psychology*, England: Pergamon Press.
- López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (1994). Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*, 36, (4), 374-384.
- Majumdar, B., Browne, G. & Roberts, J. (1995). The prevalence of multicultural groups receiving in-home service from three community agencies in Southern Ontario: implicaciones for cultural sensitivity training. *Canadian Journal of Public Health*, 86, (3), 206-211.
- McGregor, S.E., Murphy, E. & Reeve, J. (1992). Attitudes about cancer and knowledge of cancer prevention among junior high students in Calgary, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 83, (4), 256-259.
- Millar, M.G. & Millar, K.U. (1993). Affective and cognitive responses to disease detection and health promotion behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, (1), 1-23.
- Mitchell, R.A., Imperial, E., Kelleher, P. & Brunner, P. (1991). Perceived Health Problems in subjects with varying cardiovascular diagnoses. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, ( 5 ), 505-513.
- Monterrosa, A.E., Stern, M.P., Haffner, S.M. & Hazuda, H.P. (1995). Sex difference in lifestyle factors predictive of diabetes in mexican-americans. *Diabetes Care*, 18, (4), 448-456.
- Niknian, M., Mckinlay, S.M., Rakowski, W.R. & Carleton, R.A. (1980). A comparison of perceived and objective CVD risk in a general population. *American Journal of Public Health*, 79, ( 12), 1653-1654.
- Norman, R.M.G. (1985). Studies of the interrelationships amongst health behaviours. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 407-410.
- Ogden, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of risky self. *Soc. Sci. Med.*, 40, (3), 409-415.

- OMS (1983). Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra.
- OPS-OMS. (1995). Prioridades del programa de subvenciones de investigación de la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998. Ginebra.
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. Y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 141-149.
- Pérez-Vargas, E. (1988). La relación psicología, salud, trabajo: algunas consideraciones en torno a su estudio. Tesis de Psicología. Enep-Iztacala, UNAM.
- Pérez-Vargas, E., Bautista-Peña, S., Bazaldúa, B. A., y Cruz, E. (1990a). Concepto de salud: perspectiva metodológica. Trabajo presentado en el IV Coloquio de Módulos Metodológicos, Enep Iztacala, UNAM.
- Pérez-Vargas, E. y Bautista-Peña, S. (1990b). El factor psicológico del concepto popular de salud y la accesibilidad a los servicios de salud. Trabajo presentado en el Primer Coloquio de Medicina Social, Enep-Iztacala, UNAM.
- Peterson, Ch. & Seligman, M.E.P. (1988). Pessimistic Explanatory Style is a risk factor for physical illness: a thirty-Five-Year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, (1), 23-27.
- Ribes, I. E. (1982). Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 8 (2).
- Ribes, I.E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ríos, T.J. y Rull, R.J. (1998). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En I. Lerman (Ed.). *Atención integral del paciente diabético* (2ª. ed. pp. 7-24). México: McGraw-Hill.
- Rodin, J. (1986). Aging and Health: Effects of the sense of control. *Science*, Vol. , pp.1271-1276.
- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Ann.Rev. Psychol.* , 40, pp 533-579.

- Rosenstock, I.M. & Kirscht, J.P. (1979). Why people seek health care. En: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler & Associates. (Eds.) Health Psychology. A handbook, 3a. ed. (161-188). USA : Jossey – Bass Publishers.
- Ruelas, B.E. (1986). Investigación de servicios de salud. Ponencia en III Jornadas Médico-Quirúrgicas de la Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.
- Sandoval, N.J. (1986). Las universidades y la investigación de servicios de salud. Rev. Fac Med UNAM 29 (7-8).
- Secretaría de Salud. Programa de prevención y control de la diabetes Mellitus 1993, de la Dirección de Normas de Prevención y Control de Enfermedades Crónico degenerativas.
- Secretaría de Salud. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de salud 2001-2006. México.
- Segovia, J., Batlett, R.F. & Edwards, A.C. (1989). The association between self-assessed health status and individual health practices. Canadian Journal of Public Health, 80, 32-37.
- Simard, A., Paquette, L., Baillargeon, J. & Falardeau, M. (1989). Perception of cancer detection and early treatment in a population participating in the national breast screening study in Canada. Canadian Journal of Public Health, 80, may/june.
- SISPA. (2000). Servicios otorgados por la Secretaría de Salud (Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Salud Pública de México, 43, (3)
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. Science, (236), 280-285
- Smith, K.W., Mckinlay, S.M. & Mckinlay J.B. (1989). The reability of health risk appraisals: a field trial of four instruments. American Journal of Public Health, 79, (12), 1603-1604.
- Snyder, J.J. (1989). Psychology and behavioral medicine. Cap. 3 Illnes-related decisions and actions. USA: Prentice Hall
- Spector, (1979). Cultural diversity in health and illnes. USA: Appleton-Century-Crofts.

- Stone, G.C. (1979). Psychology and the health system. En: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler & Associates. (Eds.) Health Psychology. A handbook, 3a. ed. (47-75). USA : Jossey – Bass Publishers.
- Tapia-Conyer, R. (1994). El perfil de salud, riesgos y estilo de vida. *Ciencia Médica*, 1, (2), 32-37.
- Taylor, S.E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, ( 1), 40-50.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Atributions, beliefs about control, y adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P. (1984). Health protection: attitudes and behavior of LPNs, teachers, and college students. *Health Psychology*, 3, 189-210.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P. (1985). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453-474.
- Twaddle, A.C. & Hessler, R.M. (1977). A sociology of health. USA: C.V. Mosby Company.
- Valle, M. A. , Vázquez, V. M. y Rivero L. C. (1982). La investigación de servicios de salud en México (1960-1981). México: UNAM.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, (5), 806-820.
- Weinstein, N.D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, (4), 441-460.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*. 10, (5), 481-500.
- World Health Organization. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO. Geneva.

## 7. ANEXOS

- Cuadro de variables
- Libro de códigos
- Cédula de encuesta

# CUADRO DE VARIABLES

Dimensiones, índices de variables e ítems

## VARIABLES DEL PROYECTO DE AUTOPERCEPCION DE RIESGO

OBJETIVO ESPECIFICO: CUANTIFICAR LA AUTOPERCEPCION DE RIESGO HACIA LA DIABETES MELLITUS

VARIABLE: RIESGO PERCIBIDO.

INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ITEM
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA A LA ENFERMEDAD	RIESGO PERCIBIDO PARA LOS DEMAS	26. SEGÚN SU OPINION CUAL ES LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUNO (O ALGUIEN MAS) DE SU FAMILIA SE VUELVA DIABÉTICO 27. SEGÚN SU OPINION ¿ QUE RIESGO TIENEN LAS PERSONAS DE SU EDAD DE ENFERMARSE DE DIABETES
	VALORACION PERSONAL RIESGO DE PADECERLA	28. ALGUNA VEZ HA PENSADO QUE PODRIA ENFERMARSE DE DIABETES. 29. DENTRO DE LOS SIGUIENTES DIEZ AÑOS, QUE POSIBILIDAD CREE TENER DE ENFERMARSE DE DIABETES.
	JUICIO COMPARATIVO DE RIESGO	30. COMPARANDOSE CON HOMBRES/MUJERES DE SU MISMA EDAD PIENSA QUE SU RIESGO DE ENFERMARSE DE DIABETES PODRIA SER: MAS BAJO, IGUAL O MAS ALTO QUE EL DE ELLOS.
	JUICIO COMPARATIVO DE RIESGO CON OTRAS ENFERMEDADES	31. LE VOY A MENCIONAR 5 ENFERMEDADES, POR FAVOR DIGAME EN PRIMER LUGAR LA ENFRMEDAD QUE PIENSA QUE ES MAS PROBABLE QUE PUEDA PADECER Y ASÍ SUCESIVAMENTE: ENFERMEDAD DEL CORAZON, DIABETES, ULCERA GÁSTRICA, CÁNCER Y SIDA. 32. PORQUE CREE QUE EN LA ENFERMEDAD QUE SEÑALO COMO NÚMERO UNO ES MAYOR SU RIESGO.
	AUTOEVALUACION DE LA POSIBILIDAD DE POSEER FACTORES DE RIESGO	33. EN CUAL DE LAS ACTIVIDADES QUE VOY A MENCIONARLE CREE TENER DIFICULTADES PARA HACERLAS. (MANTENER PESO, ACTIVIDADES DOMESTICAS, HACER EJERCICIO).
SERIEDAD (SEVERIDAD) PERCIBIDA DE LA ENFERMEDAD	CREENCIA DE TENERLA EN AUSENCIA DE SINTOMAS	34. CREE QUE ES POSIBLE SER DIABÉTICO SIN DARSE CUENTA 38. CREE QUE LA DIABETES PUEDE EMPEORAR SIN QUE EL DIABÉTICO SE DE CUENTA
	SEVERIDAD PERCIBIDA	36. LA DIABETES PUEDE CONSIDERARSE UNA ENFERMEDAD FACIL DE CONTROLAR 39. CREE QUE LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD PELIGROSA

INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ITEM
	IDENTIFICAR CONSECUENCIAS PERCIBIDAS <ul style="list-style-type: none"> <li>- A CORTO PLAZO</li> <li>- A LARGO PLAZO</li> </ul>	37. CREE USTED QUE EL DIABÉTICO PUEDE LLEVAR EL TIPO DE VIDA DE ALGUIEN SIN DIABETES. 40. LA DIABETES PUEDE LLEVAR A LA MUERTE  ( LA DIABETES PUEDE DEJAR INVALIDAS A LAS PERSONAS) ( CREE QUE LA VIDA SIGUE SIENDO BUENA CUANDO DA LA DIABETES)
	TOLERANCIA DE SÍNTOMAS	35. CREE QUE LAS MOLESTIAS QUE TIENE EL DIABÉTICO SON SOPORTABLES (TOLERABLES)

OBJETIVO ESPECIFICO: CUANTIFICAR LA PROBABILIDAD DE REALIZAR LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS

VARIABLE: BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA CONDUCTA PREVENTIVA

INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ITEM
COSTO FISICO DE LAS RESPUESTAS IMPLICADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MOLESTIA</li> <li>- DOLOR</li> </ul>	50. ES MOLESTO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.  51. ES DOLOROSA LA PRUEBA DE LA DIABETES .
COSTO FINANCIERO DE LAS RESPUESTAS IMPLICADAS		52. ES BARATO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.
EMPLEO DE TIEMPO EN LAS RESPUESTAS IMPLICADAS		53. CREE USTED QUE QUITA MUCHO TIEMPO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.

**OBJETIVO ESPECIFICO: CUANTIFICAR LA PROBABILIDAD DE REALIZAR LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS**

INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	ITEM
BENEFICIOS PERCIBIDOS DE DEJAR CONDUCTAS DE RIESGO	CONDUCTAS DE RIESGO)	46. DEJAR DE BEBER PUEDE AYUDAR A PREVENIR LA DIABETES 47. DISMINUIR EL TIEMPO DE ESTAR SENTADO O ACOSTADO PUEDE PREVENIR LA DIABETES 48. CONSIDERA QUE EL EXCESO EN EL CONSUMO DE PAN O TORTILLA PUEDE LLEARNOS A PADECER DIABETES

**VARIABLE: BENEFICIO PERCIBIDO DE LA ACCION (PREVENIBILIDAD PERCIBIDA)**

FACTIBILIDAD PERCIBIDA DE LA CONDUCTA DE S.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ITEM
BENEFICIOS DE LA CONDUCTA PREVENTIVA	-BENEFICIOS DE LA DETECCION TEMPRANA  -BENEFICIOS DE LAS CONDUCTAS DE PROMOCION	41. CREE QUE UNICAMENTE LOS DIABETICOS NECESITAN CHECARSE SU AZUCAR EN LA SANGRE 42. CREE QUE LA PRUEBA DE LA DIABETES PUEDE DESCUBRIR LA ENFERMEDAD ANTES DE QUE APAREZCA ALGUNA MOLESTIA. 43. CONSIDERA QUE DESCUBRIR LA DIABETES CUANDO EMPIEZA EVITA QUE LA ENFERMEDAD AVANCE 44. CREE QUE LA GENTE QUE SE MANTIENE DELGADA PUEDE PREVENIR LA DIABETES 45. CREE QUE LA GENTE QUE HACE EJERCICIO TIENE MENOS RIESGO DE ENFERMARSE DE DIABETES. 49. QUE CONSIDERA QUE PUEDEN HACER LAS PERSONAS PARA EVITAR ENFERMARSE DE DIABETES.

## OBJETIVO ESPECIFICO: IDENTIFICAR LOS FACTORES MODIFICANTES

### VARIABLES: SOCIOPSICOLÓGICAS

INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	ITEM
EDAD	AÑOS CUMPLIDOS	2. EDAD
GENERO		1. SEXO
ESTADO CIVIL		11. CUAL ES SU ESTADO CIVIL
NIVEL SOCIOECONOMICO		12. CUAL ES EL INGRESO ECONOMICO DE SU FAMILIA 13. DE QUE MATERIAL ESTA HECHO EL TECHO DE SU CASA 14. DE QUE MATERIAL ES EL PISO DE SU CASA
OCUPACION		15. A QUE SE DEDICA
ESCOLARIDAD	EDUCACION ESCOLARIZADA	9. SABE LEER Y ESCRIBIR 10. HASTA QUE AÑO ESTUDIO
PRESION DEL GRUPO DE REFERENCIA	- PETICION FAMILIAR DE REALIZAR CONDUCTA PREVENTIVA - APROBACION FAMILIAR HACIA LA CONDUCTA PREVENTIVA	54. ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE PUEDE ENFERMARSE DE DIABETES. 55. QUIEN SE LO DIJO 56. LE HAN ACONSEJADO ALGUNA VEZ HACERSE LA PRUEBA DE DIABETES 57. QUIEN SE LO ACONSEJO
VARIABLES ESTRUCTURALES		59. PODRIA DECIRME TODAS LAS MOLESTIAS QUE PUEDE TENER UN DIABETICO
1. CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS PREVENTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>o CUALES SON</li> <li>o COMO REALIZARLAS</li> <li>o CUANDO REALIZARLAS</li> </ul>	<p>(ver beneficio percibido de cond. Preventiva, etc. y severidad percibida ).</p> <p>41. <u>Cree que únicamente los diabéticos necesitan chequearse su azúcar en la sangre</u></p> <p>42. <u>Cree que la prueba de la diabetes puede descubrir la enfermedad antes de que aparezca alguna molestia.</u></p> <p>43. <u>Considera que descubrir la diabetes cuando empieza evita que la enfermedad avance</u></p> <p>44. <u>Cree que la gente que se mantiene delgada puede prevenir la diabetes</u></p> <p>45. <u>Cree que la gente que hace ejercicio tiene menos riesgo de enfermarse de diabetes.</u></p> <p>49. <u>Que considera que pueden hacer las personas para evitar enfermarse de diabetes</u></p> <p>46. <u>Dejar de beber puede ayudar a prevenir la diabetes</u></p> <p>47. <u>Disminuir el tiempo de estar sentado o acostado puede prevenir la diabetes</u></p> <p>48. <u>Considera que el exceso en el consumo de pan o tortilla puede llevarnos a padecer diabetes.</u></p> <p>58. <u>Porque cree que en algunas familias hay diabéticos y en otras no.</u></p>
2 CONTACTOS INICIALES CON LA ENFERMEDAD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>o FAMILIARES ENFERMOS</li> <li>o FAMILIARES FALLECIDOS</li> </ul>	<p>18. HAY O HUBO DIABETICOS EN SU FAMILIA</p> <p>19. MENCIONE EL PARENTESCO DE TODOS LOS FAMILIARES QUE RECUERDE CON D.M.</p> <p>20. ALGUNO DE ELLOS HA SUFRIDO ALGUN DAÑO POR CAUSA DE LA DIABETES</p> <p>21. CUAL DAÑO</p> <p>22. HACE CUANTO TIEMPO</p> <p>23. ALGUNO DE ELLOS HA MUERTO POR DIABETES</p> <p>24. QUE PARENTESCO TENIAN CON USTED</p> <p>25. HACE CUANTO TIEMPO FALLECIO DICHO FAMILIAR.</p>

**OBJETIVO ESPECIFICO: IDENTIFICAR LOS FACTORES MODIFICANTES**

**VARIABLES SOCIOPSICOLOGICAS**

<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>ITEM</b>
SISTEMA DE CREENCIAS	REPRESENTACION O ESQUEMA DE SALUD Y ENFERMEDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>- CAUSA</li>   <li>- SÍNTOMAS</li>   <li>- CONSECUENCIAS</li> <li>- SUPOSICION DE CONTROLABILIDAD</li> <li>- SISTEMA DE ESTEREOTIPOS</li> </ul>	58. POR QUE CREE QUE EN ALGUNAS FAMILIAS HAY DIABETICOS Y EN OTRAS NO 32. CREENCIAS DE ORIGEN DE MAYOR RIESGO EN UNA ENFERMEDAD  59. PODRIA DECIRME TODAS LAS MOLESTIAS QUE PUEDE TENER UN DIABETICO <i>40. La diabetes puede llevar a la muerte</i> <i>36. La diabetes puede considerarse una enfermedad facil de controlar</i> <i>39. Cree que la diabetes es una enfermedad peligrosa</i>

**VARIABLES: ESTADO DE SALUD.**

<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>ITEM</b>
PESO	INDICE PESO-TALLA	4 Y 5. PESO REAL O PESO APROXIMADO (PARA INFORMANTES EN CALLE) 7 Y 8. TALLA REAL O TALLA APROXIMADA (PARA INFORMANTES EN CALLE) 82. INDICE MASA CORPORAL
GLICEMIA	CONCENTRACION DE AZUCAR EN SANGRE	76. NIVEL DE AZUCAR EN SANGRE
ENFERMEDADES		16. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD 17. QUE ENFERMEDAD 61. QUE MOLESTIAS HA TENIDO

**OBJETIVO ESPECIFICO: IDENTIFICAR LOS ESTIMULOS QUE INICIAN LA ACCION (SEÑALES PARA LA ACCION)**

**VARIABLES: ESTIMULOS EXTERNOS E INTERNOS.**

<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>ITEM</b>
EXTERNOS	- INFORMACION MASIVOS MEDIOS  - CONSEJOS - CONSEJO MEDICO	<i>54. ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE PUEDE ENFERMARSE DE DIABETES.</i> <i>55. QUIEN SE LO DIJO</i>  <i>56. LE HAN ACONSEJADO ALGUNA VEZ HACERSE LA PRUEBA DE DIABETES</i> <i>57. QUIEN SE LO ACONSEJO</i>
INTERNOS	SINTOMAS PERCIBIDOS	<i>61. CUALES MOLESTIAS HA TENIDO</i>

**OBJETIVO ESPECIFICO: CUANTIFICAR LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS**

VARIABLE: CONDUCTAS PREVENTIVAS

INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	ITEM
DETECCION	- REVISIONES MEDICAS  - PRUEBA DE GLUCOSA OCURRENCIA OCURRENCIA VOLUNTARIA OCURRENCIA INVOLUNTARIA  ACEPTACION TEORICA ACEPTACION REAL	62. ALGUNA VEZ SE HA HECHO UNA REVISION MEDICA AUNQUE SE SENTIA BIEN.  63. HACE CUANTO TIEMPO SE HIZO ESTA REVISION. MEDICA  64. ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA DE LA DIABETES.  65. CUANTAS VECES SE LA HA HECHO  66. QUIEN LE PIDIO QUE SE LA HICIERA  67. CUANTAS VECES SE LA HA HECHO POR PROPIA DECISION  68. POR QUE NO SE HA HECHO LA PRUEBA  69. LE GUSTARIA QUE LE HICIERAMOS LA PRUEBA. AHORA MISMO (O: SI PUDIERA SE HARIA LA PRUEBA AHORA MISMO)  80. SE REALIZO LA PRUEBA.
PROMOCION	- ACTIVIDAD FISICA             - CONTROL DE PESO	70 ACOSTUMBRA SALIR A CAMINAR  71. CUANTAS VECES SALE A CAMINAR AL MES  72. PRACTICA ALGUN DEPORTE  73. QUE DEPORTE PRACTICA.  74. CUANTAS VECES AL MES HACE ESE DEPORTE  (ver estado de salud)  <u>82. INDICE MASA CORPORAL</u>  3. SABE SU PESO  4. ME PERMITE PESARLO  6. SABE SU ESTATURA  8. ME PERMITE MEDIR SU ESTATURA

OBJETIVO ESPECIFICO: CUANTIFICAR LAS CONDUCTAS DE RIESGO.

VARIABLE: CONDUCTAS DE RIESGO

INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ITEM
CONDUCTAS DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"><li>- FUMAR<ul style="list-style-type: none"><li>o FRECUENCIA</li><li>o CANTIDAD</li></ul></li><li>- BEBER<ul style="list-style-type: none"><li>o FRECUENCIA</li><li>o CANTIDAD</li></ul></li><li>- COMER DULCES, HARINAS, GRASAS<ul style="list-style-type: none"><li>o FRECUENCIA</li><li>o CANTIDAD</li></ul></li></ul>	<p>75. FUMA USTED</p> <p>71. CADA CUANDO FUMA</p> <p>77. CUANTOS CIGARROS FUMA EN UN DIA.</p> <p>78. APROXIMADAMENTE CADA CUANDO BEBE AUNQUE SEA UNA COPA.</p> <p>79. CUANTAS COPAS SE TOMA</p> <p><u>DE MODO INDIRECTO CON EL IMC</u></p>

NOTA: SE SUGIERE QUE LOS ITEMS SUBRAYADOS PUEDEN EMPLEARSE PARA EL ESTUDIO DE INDICADORES DIFERENTES PARA LOS QUE INICIALMENTE SE PROPUSIERON.

# LIBRO DE CODIGOS

LIBRO DE CODIGOS: AUTOPERCEPCION DE RIESGO A DIABETES MELLITUS

VARIABLE: RIESGO PERCIBIDO

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	DIRECCION	CODIGOS
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	RIESGO PERCIBIDO PARA LOS DEMAS	26. SEGÚN SU OPINION CUAL ES LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUNO (O ALGUIEN MAS) DE SU FAMILIA SE VUELVA DIABÉTICO 27. SEGÚN SU OPINION ¿ QUE RIESGO TIENEN LAS PERSONAS DE SU EDAD DE ENFERMARSE DE DIABETES	ALTA REGULAR NINGUNA	+	3 (RIESGO ALTO) 2 1
	VALORACION PERSONAL RIESGO DE PADECERLA	28. ALGUNA VEZ HA PENSADO QUE PODRIA ENFERMARSE DE DIABETES. 29. DENTRO DE LOS SIGUIENTES DIEZ AÑOS, QUE POSIBILIDAD CREE TENER DE ENFERMARSE DE DIABETES.	SI NO SABE NO	+	3 (RIESGO ALTO) 2 1
	JUICIO COMPARATIVO DE RIESGO	30. COMPARANDOSE CON HOMBRES/MUJERES DE SU MISMA EDAD PIENSA QUE SU RIESGO DE ENFERMARSE DE DIABETES PODRIA SER: MAS BAJO, IGUAL O MAS ALTO QUE EL DE ELLOS.	MAS ALTO IGUAL MAS BAJO	+	3 (RIESGO ALTO) 2
	JUICIO COMPARATIVO DE RIESGO CON OTRAS ENFERMEDADES	31. LE VOY A MENCIONAR 5 ENFERMEDADES, POR FAVOR DIGAME EN PRIMER LUGAR LA ENFRMEDAD QUE PIENSA QUE ES MAS PROBABLE QUE PUEDA PADECER Y ASÍ SUCESIVAMENTE: ENFERMEDAD DEL CORAZON, DIABETES, ULCERA GÁSTRICA, CÁNCER Y SIDA.	MAS RIESGO MENOS RIESGO	+	5 (RIESGO ALTO) 4 3 2 1
		32. PORQUE CREE QUE EN LA ENFERMEDAD QUE SEÑALO COMO NÚMERO UNO ES MAYOR SU RIESGO.	1. Tiene conductas de riesgo 2. Padece algunos síntomas 3. Por antecedentes familiares 4. Sólo por creencia 5. Por la edad 6. Por factores emocionales 7. Por factores ambientales (estrés)		1 2 3 4 5 6 7
	AUTOEVALUACION DE LA POSIBILIDAD DE POSEER FACTORES DE RIESGO	33. EN CUAL DE LAS ACTIVIDADES QUE VOY A MENCIONARLE CREE TENER DIFICULTADES PARA HACERLAS. (MANTENER PESO, ACTIVIDADES DOMESTICAS, HACER EJERCICIO).	SI REGULAR NO	+	3 (RIESGO ALTO) 2 1

<b>SEVERIDAD PERCIBIDA DE LA ENFERMEDAD</b>	CREENCIA DE TENERLA EN AUSENCIA DE SINTOMAS	34. CREE QUE ES POSIBLE SER DIABÉTICO SIN DARSE CUENTA	SI		3 (ALTA SEVERID)
		38. CREE QUE LA DIABETES PUEDE EMPEORAR SIN QUE EL DIABÉTICO SE DE CUENTA	ALGUNAS VECES	-	2
			NO		1
	SEVERIDAD PERCIBIDA	36. LA DIABETES PUEDE CONSIDERARSE UNA ENFERMEDAD FACIL DE CONTROLAR	SI		3 (ALTA SEVERID)
			ALGUNAS VECES	-	2
		39. CREE QUE LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD PELIGROSA	NO		1
	IDENTIFICAR CONSECUENCIAS PERCIBIDAS - A CORTO PLAZO - A LARGO PLAZO	37. CREE USTED QUE EL DIABÉTICO PUEDE LLEVAR EL TIPO DE VIDA DE ALGUIEN SIN DIABETES.	SI		1
			ALGUNAS VECES	+	2
		40. LA DIABETES PUEDE LLEVAR A LA MUERTE	NO		3 (ALTA SEVERID)
			SI		3 (ALTA SEVERID)
	TOLERANCIA DE SINTOMAS	35. CREE QUE LAS MOLESTIAS QUE TIENE EL DIABETICO SON SOPORTABLES	ALGUNAS VECES	-	2
			NO		1
		SI	+	1)	
	ALGUNAS VECES	+	2		
	NO		3 (ALTA SEVERID)		

## VARIABLES PARA MEDIR LA PROBABILIDAD DE REALIZAR CONDUCTA PREVENTIVA

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	DIRECCION	CODIGOS
BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA CONDUCTA PREVENTIVA	COSTO FISICO DE LAS RESPUESTAS IMPLICADAS	50. ES MOLESTO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.	SI	-	3 (ALTO COSTO)
		51. ES DOLOROSA LA PRUEBA DE LA DIABETES .	REGULAR		2
			NO		1
BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA CONDUCTA PREVENTIVA	COSTO FINANCIERO DE LAS RESPUESTAS IMPLICADAS	52. ES BARATO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.	SI	-	3 (ALTO COSTO)
			REGULAR		2
			NO		1
BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA CONDUCTA PREVENTIVA	EMPLEO DE TIEMPO EN LAS RESPUESTAS IMPLICADAS	53. CREE USTED QUE QUITA MUCHO TIEMPO HACERSE LA PRUEBA DE LA DIABETES.	SI	-	3 (ALTO COSTO)
			REGULAR		2
			NO		1
BENEFICIOS PERCIBIDOS DE DEJAR CONDUCTA DE RIESGO	CONDUCTAS DE RIESGO	46. DEJAR DE BEBER PUEDE AYUDAR A PREVENIR LA DIABETES	SI	+	3 (ALTO BENEFICIO)
		47. DISMINUIR EL TIEMPO DE ESTAR SENTADO O ACOSTADO PUEDE PREVENIR LA DIABETES	ALGUNAS VECES		2
		48. CONSIDERA QUE EL EXCESO EN EL CONSUMO DE PAN O TORTILLA PUEDE LLEARNOS A PADECER DIABETES	NO		1

<b>BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA CONDUCTA PREVENTIVA (PREVENIBILIDAD PERCIBIDA)</b>	-BENEFICIOS DE LA DETECCION TEMPRANA	41. CREE QUE UNICAMENTE LOS DIABETICOS NECESITAN CHECARSE SU AZUCAR EN LA SANGRE 42. CREE QUE LA PRUEBA DE LA DIABETES PUEDE DESCUBRIR LA ENFERMEDAD ANTES DE QUE APAREZCA ALGUNA MOLESTIA. 43. CONSIDERA QUE DESCUBRIR LA DIABETES CUANDO EMPIEZA EVITA QUE LA ENFERMEDAD AVANCE	SI ALGUNAS VECES NO	- + +	NO = 3 SI = 3 SI = 3
	-BENEFICIOS DE LAS CONDUCTAS DE PROMOCION	44. CREE QUE LA GENTE QUE SE MANTIENE DELGADA PUEDE PREVENIR LA DIABETES 45. CREE QUE LA GENTE QUE HACE EJERCICIO TIENE MENOS RIESGO DE ENFERMARSE DE DIABETES.	SI ALGUNAS VECES NO	+ +	SI = 3 SI = 3
		49. QUE CONSIDERA QUE PUEDEN HACER LAS PERSONAS PARA EVITAR ENFERMARSE DE DIABETES.	1. Chequeo médico periódico 2. Tranquilidad emocional 3. Evitar sustos 4. Control de peso 5. No conductas adictivas 6. Conocer factores de riesgo 7. Ejercicio 8. Alimentación balanceada 9. Evitar sustos o corajes 10. Otras actividades		1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( ) 6. ( ) 7. ( ) 8. ( ) 9. ( ) 10. ( )

FACTORES MODIFICANTES DE LA CONDUCTA PREVENTIVA

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	CODIGOS	
VARIABLES SOCIOPSICOLÓGICAS	EDAD	2. EDAD	AÑOS CUMPLIDOS	DATO NUMERICO	
	SEXO	1. GENERO	MASCULINO, FEMENINO	1, 2,	
	ESTADO CIVIL	11. CUAL ES SU ESTADO CIVIL	1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Divorciado, separado 5. Viudo 6. Padre solo 7. Madre sola 8. Otros	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	
	NIVEL SOCIOECONOMICO	12. INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE SU FAMILIA 13. DE QUE MATERIAL ESTA HECHO EL TECHO DE SU CASA 14. DE QUE MATERIAL ES EL PISO DE SU CASA	INGRESO APROXIMADO PERMANENTE, PERECEDERO PERMANENTE, PERECEDERO	DATO NUMERICO 1, 2 1, 2	
	OCUPACION	15. A QUE SE DEDICA	1. Obrero 2. Empleado 3. Comercio 4. Actividad profesional 5. Desempleado 6. Ama de casa 7. Jubilado 8. Oficios 9. Trabajo doméstico 10. Estudiante 11. Otros	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	
	ESCOLARIDAD	9. SABE LEER Y ESCRIBIR	SI, NO		1, 2
		10. HASTA QUE AÑO ESTUDIO	1. No escolarizado 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Carrera técnica sin secundaria 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Educación media superior incom. 8. Educación media superior comp. 9. Educación superior incompleta 10. Educación superior completa	1, 2, 3, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10,	

<b>VARIABLES SOCIOPSIOLÓGICAS</b>	PRESION DEL GRUPO DE REFERENCIA:	<p>a) PETICION FAMILIAR DE REALIZAR CONDUCTA PREVENTIVA</p> <p>54. ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE PUEDE ENFERMARSE DE DIABETES. 55. QUIEN SE LO DIJO</p> <p>b) APROBACION FAMILIAR HACIA LA CONDUCTA PREVENTIVA</p> <p>56. LE HAN ACONSEJADO ALGUNA VEZ HACERSE LA PRUEBA DE DIABETES 57. QUIEN SE LO ACONSEJO</p>	SI , NO  1. médico 2. familiar 3. conocido 4. más de 1 opción 5. enfermeras	1 = SI, 2 = NO  1 2 3 4 5
<b>VARIABLES SOCIOPSIOLÓGICAS</b>	<b>ASPECTOS ESTRUCTURALES</b>  1. CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS PREVENTIVAS	<p>59. PODRIA DECIRME TODAS LAS MOLESTIAS QUE PUEDE TENER UN DIABÉTICO</p> <hr/> <p>(ALGUNOS ITEMS SOBRE BENEFICIO PERCIBIDO Y SEVERIDAD PERCIBIDA PODRÍAN CONSIDERARSE EN EL CONOCIMIENTO)</p> <p>41. <u>Cree que únicamente los diabéticos necesitan checar su azúcar en la sangre</u>            42. <u>Cree que la prueba de la diabetes puede descubrir la enfermedad antes de que aparezca alguna molestia.</u>            43. <u>Considera que descubrir la diabetes cuando empieza evita que la enfermedad avance</u>            44. <u>Cree que la gente que se mantiene delgada puede prevenir la diabetes</u>            45. <u>Cree que la gente que hace ejercicio tiene menos riesgo de enfermarse de diabetes.</u>            49. <u>Que considera que pueden hacer las personas para evitar enfermarse de diabetes</u>            46. <u>Dejar de beber puede ayudar a prevenir la diabetes</u>            47. <u>Disminuir el tiempo de estar sentado o acostado puede prevenir la diabetes</u>            48. <u>Considera que el exceso en el consumo de pan o tortilla puede llevarnos a padecer diabetes.</u>            58. <u>Porque cree que en algunas familias hay diabéticos y en otras no.</u></p> <p>NOTA: Se subrayan los ítems sugeridos para la medición de una segunda variable</p>	1. Mucha hambre 2. Mucha sed 3. Orinar muy seguido 4. Pérdida de peso 5. Somnolencia cansancio 6. Dolor o ardor de piernas 7. Visión borrosa 8. Cicatrización deficiente 9. Boca reseca 10. Pérdida de dientes 11. Otros	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( ) 6. ( ) 7. ( ) 8. ( ) 9. ( ) 10. ( ) 11. ( )

FACTOR MODIFICANTE

<b>VARIABLES SOCIOPSICOLOGICAS</b>	2. CONTACTOS INICIALES CON LA ENFERMEDAD	18. HAY O HUBO DIABETICOS EN SU FAMILIA	SI, NO	2, 1
		19. MENCIONE EL PARENTESCO DE TODOS LOS FAMILIARES QUE RECUERDE CON D.M.	1. Padre 2. Madre 3. Abuelo (a) 4. Tíos (as) 5. Hermanos 6. Hijos 7. Primos 8. Fam. política	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( ) 6. ( ) 7. ( ) 8. ( )
		20. ALGUNO DE ELLOS HA SUFRIDO ALGUN DAÑO POR CAUSA DE LA DIABETES	SI, NO	2, 1
		21. CUAL DAÑO	1. Deterioro de función (vista) 2. Pérdida de miembros o gangrena 3. Complicaciones 4. Varios con amputación 5. Varios sin amputación 6. Otros (pérdida de cabello, dientes, peso, dolor de cabeza)	1, 2, 3, 4, 5, 6.
		22. HACE CUANTO TIEMPO	1. De 0 a 1 mes 2. Más de 1mes a 1 año 3. Más de 1 a 3 años 4. Más 3 a 10 años 5. Mas de 10 años	1, 2, 3, 4, 5.
		23. ALGUNO DE ELLOS HA MUERTO POR DIABETES	SI, NO	2, 1
	24. QUE PARENTESCO TENIAN CON USTED	(VER OPCIONES P.19)		
	25. HACE CUANTO TIEMPO FALLECIO DICHO FAMILIAR.	(MISMOS CODIGOS QUE P. 22)		

FACTOR MODIFICANTE

<b>VARIABLES SOCIOPSICOLOGICAS</b>	<u>REPRESENTACION DE SALUD Y ENFERMEDAD</u>	<u>(ALGUNOS ITEMS SOBRE PERCEPCION DE RIESGO, DE SEVERIDAD Y CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS PREVENTIVAS PUEDEN INDICARNOS LOS SISTEMAS DE CREENCIAS)</u>	1. Malos hábitos aliment 2. Factores hereditarios 3. Falta de chequeo méd 4. Ritmo de vida 5. Carácter (corajes, etc) 6. Falta de ejercicio 7. Falta de información 8. No sabe 9. Otro	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( ) 5. ( ) 6. ( ) 7. ( ) 8. ( ) 9. ( )
	CAUSA	58. POR QUE CREE QUE EN ALGUNAS FAMILIAS HAY DIABETICOS Y EN OTRAS NO  <u>32. CREENCIAS DE ORIGEN DE MAYOR RIESGO EN UNA ENFERMEDAD</u>		
	SÍNTOMAS	<u>59. PODRIA DECIRME TODAS LAS MOLESTIAS QUE PUEDE TENER UN DIABETICO</u>	VER CODIGOS EN EL ITEM CORRESPONDIENTE	
	CONSECUENCIAS	<u>40. LA DIABETES PUEDE LLEVAR A LA MUERTE</u>		
	SUPOSICION DE CONTROLABILIDAD	<u>36. LA DIABETES PUEDE CONSIDERARSE UNA ENFERMEDAD FACIL DE CONTROLAR</u>		
	SISTEMA DE ESTEREOTIPOS	<u>39. CREE QUE LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD PELIGROSA</u>  NOTA: Se subrayan los ítems sugeridos para la medición de una segunda variable		

**FACTOR MODIFICANTE**

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	CODIGO
<b>ESTADO DE SALUD</b>	PESO  (IMC)	5. PESO REAL 8. TALLA REAL 82. INDICE MASA CORPORAL (RANGOS DE IMC SEGÚN OPS)	1. < 16.0 2. 16.0 - < 17.0 3. > 17.0 - < 18.0 4. > 18.5 - < 20.0 5. > 20.0 - < 25.0 6. > 25.0 - < 30.0 7. > 30.0 - < 40.0 8. > 40.0  *deficiencia energética crónica	1. DEC 3er grado 2. DEC 2do grado 3. DEC 1er grado 4. Bajo peso normal 5. Normal 6. Obesidad 1er grado 7. Obesidad 2º. Grado 8. Obesidad 3er grado  NORMAL = 0 OBESIDAD 1er G y BAJO PESO NORMAL = 5 EL RESTO = 10
	GLICEMIA	76. NIVEL DE AZUCAR EN SANGRE (GLUCOSA PLASMATICA EN AYUNAS)	GPA ≤ 126 mg/dl GPA ≥ 126 mg/dl	Glucemia normal = 0 Diabetes = 15
	ENFERMEDADES	16. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD  17. QUE ENFERMEDAD    61. CUALES MOLESTIAS HA TENIDO	SI NO  1. Crónica 2. Aguda 3. Otras 4. Salud mental 5. Prediabetes y diab.gestac. 6. Crónica más prediabética  1. Mucha hambre 2. Mucha sed 3. Orinar muy seguido 4. Pérdida de peso 5. Somnolencia cansancio 6. Dolor-ardor de piernas 7. Visión borrosa 8. Cicatrización deficiente 9. Boca reseca 10. Pérdida de dientes 11. Otros	NO = 0  1 = 10 2 = 5 3 = 5 4 = 10 5 = 5 6 = 10  Sin síntomas = 0 1 a 2 Síntomas = 5 > 2 síntomas = 10
	<b>INDICE PROPUESTO PARA ESTADO DE SALUD:</b>		< 10 = BUENA 10 = REGULAR > 10 = MALA	1. BUENA 2. REGULAR 3. MALA

ESTIMULOS QUE INICIAN LA ACCION (SEÑALES PARA LA ACCION)

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	CODIGO
ESTIMULOS INTERNOS Y EXTERNOS	EXTERNOS	<p><u>(LOS ITEMS SOBRE PRESION DEL GRUPO DE REFERENCIA PUEDEN SER INDICARNOS LAS SEÑALES PARA LA ACCION)</u></p> <p><u>54. ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE PUEDE ENFERMARSE DE DIABETES.</u></p> <p><u>55. QUIEN SE LO DIJO</u></p>	<p>SI , NO</p> <p>6. médico</p> <p>7. familiar</p> <p>8. conocido</p> <p>9. más de 1 opción</p> <p>10. enfermeras</p>	<p>1 = SI, 2 = NO</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	INTERNOS SINTOMAS PERCIBIDO	<p><u>(ESTE ITEM SOBRE ESTADO DE SALUD PUEDE TAMBIEN CONSIDERARSE COMO SEÑAL INTERNA PARA LA ACCION)</u></p> <p><u>61. CUALES MOLESTIAS HA TENIDO</u></p> <p>NOTA: Se subrayan los ítems sugeridos para la medición de una segunda variable</p>	<p>VER OPCIONES DE RESPUESTA EN EL ITEM 61.</p>	

CONDUCTAS PREVENTIVAS

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCIONES RESPUESTA	DE	CODIGO
DETECCION	- REVISIONES MEDICAS	62. ALGUNA VEZ SE HA HECHO UNA REVISION MEDICA AUNQUE SE SENTIA BIEN.	SI, NO		2 = SI, 1 = NO
	- PRUEBA DE GLUCOSA	63. HACE CUANTO TIEMPO SE HIZO ESTA REVISION. MEDICA	1. De 0 a 2 meses 2. De 3 a 6 meses 3. De 7 a 12 meses 4. De 13 a 24 meses 5. Más de 25 meses		1, 2, 3, 4, 5.
	OCURRENCIA	64. ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA DE LA DIABETES.	SI, NO		2 = SI 1 = NO
		65. CUANTAS VECES SE LA HA HECHO	FRECUENCIA		DATO NUMERICO
		66. QUIEN LE PIDIO QUE SE LA HICIERA	1. Médico 2. Familiar 3. Conocido 4. Nadie 5. Más de 1 opción 6. Revisión masiva (por enfermeras)		1, 2, 3, 4, 5, 6.
		65 CUANTAS VECES SE LA HA HECHO POR PROPIA DECISION	FRECUENCIA		DATO NUMERICO
	MOTIVOS	68. POR QUE NO SE HA HECHO LA PRUEBA	1. Por no querer considerar el riesgo (carga afectiva) 2. Por no considerar el riesgo 3. Por el costo percibido (tiempo) 4. Por ausencia de señales (molestias, fam. Directa) 5. Otras razones		1, 2, 3, 4, 5.
	ACEPTACION TEORICA	69. LE GUSTARIA QUE LE HICIERAMOS LA PRUEBA. AHORA MISMO (O: SI PUDIERA SE HARIA LA PRUEBA AHORA MISMO)	SI, NO		2 = SI, 1 = NO
ACEPTACION REAL	80. SE REALIZO LA PRUEBA.	SI, NO		2 = SI, 1 = NO	

<b>PROMOCION</b>	- EJERCICIO	70 ACOSTUMBRA SALIR A CAMINAR 71. CUANTAS VECES SALE A CAMINAR AL MES 72. PRACTICA ALGUN DEPORTE 73. QUE DEPORTE PRACTICA.	SI, NO FRECUENCIA SI, NO 1. Futbol 2. Básquetbol 3. Caminata 4. Correr 5. Ejercicio aeróbico 6. Natación 7. Ciclismo 8. Otros	2 = SI 1 = NO DATO NUMERICO 2 = SI 1 = NO
	- CONTROL DE PESO	74. CUANTAS VECES AL MES HACE ESE DEPORTE <u>82. Índice masa corporal</u> 3. SABE SU PESO 4ª. ME PERMITE PESARLO 6. SABE SU ESTATURA 8. ME PERMITE MEDIR SU ESTATURA	FRECUENCIA VER ITEM CORRESPONDIENTE SI, NO SI, NO SI, NO SI, NO	DATO NUMERICO 2 = SI 1 = NO 2 = SI 1 = NO 2 = SI 1 = NO 2 = SI 1 = NO

## CONDUCTAS DE RIESGO

INDICADOR	DIMENSIONES	ITEM	OPCION DE RESPUESTA	CODIGO
<b>CONDUCTAS DE RIESGO</b>	- <b>FUMAR</b>	75. FUMA USTED	SI, NO	2 = SI 1 = NO
	o FRECUENCIA	71. CADA CUANDO FUMA	1. OCASIONALMENTE	1, 2
	o CANTIDAD	77. CUANTOS CIGARROS FUMA EN UN DIA.	2. DIARIO	
			FRECUENCIA DIARIA	DATO NUMERICO
	- <b>BEBER</b>			
	o FRECUENCIA	78. APROXIMADAMENTE CADA CUANDO BEBE AUNQUE SEA UNA COPA.	0. Nunca	0, 1, 2, 3
o CANTIDAD	79. CUANTAS COPAS SE TOMA	1. Una o más veces por año 2. Cada mes 2. Cada semana		
		FRECUENCIA POR OCASIÓN	DATO NUMERICO	
- <b>COMER</b> DULCES,				
HARINAS, GRASAS	<i>De modo indirecto con el IMC</i>	VER ITEM CORRESPONDIENTE		

# CEDULA DE ENCUESTA

# ENCUESTA DE DIABETES

Lo invitamos a participar en un estudio sobre Diabetes. Su participación y respuestas son indispensables para nosotros por lo que le pedimos su colaboración, aclarándole que lo que nos diga será tratado de modo totalmente confidencial.

día:	mes:	año:

hora inicial	hora término

CEDULA No.

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

- 1) Género
- 2) Edad  años
- 3) ¿Conoce su peso?   ↻ p 4a
- 4) ¿Cuánto pesa ?
- 4a) ¿Me permite pesarlo?   ↻ p 6
- 5) Anotar peso real (pesándolo)
- 6) ¿Sabe su estatura?   ↻ p 8
- 7) ¿Cuál es su estatura sin zapatos?
- 8) ¿Me permite medir su estatura ?   ↻ p 9
- 8a) Anotar estatura real (midiéndolo)
- 9) ¿Sabe leer y escribir?   ↻ p 11
- 10) ¿Hasta que año estudió usted? \_\_\_\_\_
- 11) ¿Cuál es su estado civil?
- |              |           |               |
|--------------|-----------|---------------|
| 1 casado     | 2 soltero | 3 unión libre |
| 4 divorciado | 5 viudo   | 6 padre solo  |
| 7 madre sola | 8 otro    |               |
- 12) ¿Cuál es el ingreso económico mensual en su familia ?
- 13) ¿De qué material es el techo de su casa?
- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1 permanente | 2 perecedero |
|--------------|--------------|
- 14) ¿De qué material es el piso de su casa?
- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1 permanente | 2 perecedero |
|--------------|--------------|
- 15) ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_
- 16) ¿Padece alguna enfermedad?   ↻ p 18
- 17) ¿Qué enfermedad?
- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Crónica <input type="checkbox"/> | 3. Otra <input type="checkbox"/> |
| 2. Aguda <input type="checkbox"/>   |                                  |
- 18) ¿Hay o hubo diabéticos en su familia?   ↻ p 26

1

2

3

4

4a

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19) Mencione el parentesco de todos los familiares que recuerde con diabetes

1 padre	Núm
2 madre	Núm
3 abuelo (a)	Núm
4 tios (as)	Núm
5 hermanos	Núm
6 hijos	Núm
7 primos	Núm
8 fam. Política	Núm

Anote el número de familiares con el mismo parentesco

a	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>
d	<input type="text"/>
e	<input type="text"/>
f	<input type="text"/>
g	<input type="text"/>
h	<input type="text"/>

20) ¿Alguno de ellos ha sufrido algún daño por causa de la diabetes?

(2) si:  (1) no:

↙ p 23

20

21) ¿Cuál daño?

21

22) ¿ Hace cuánto tiempo ?

meses 22

23) ¿Alguno de ellos ha muerto por diabetes?

(2) si:  (1) no:

↙ p 26

23

24) ¿Qué parentesco tenían con usted?

1 padre	Núm
2 madre	Núm
3 abuelo (a)	Núm
4 tios (as)	Núm
5 hermanos	Núm
6 hijos	Núm
7 primos	Núm
8 fam. Política	Núm

Anote el número de familiares con el mismo parentesco

a	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>
d	<input type="text"/>
e	<input type="text"/>
f	<input type="text"/>
g	<input type="text"/>
h	<input type="text"/>

en meses

25) ¿Hace cuánto tiempo falleció dicho familiar (es)?

25a	<input type="text"/>
25b	<input type="text"/>
25c	<input type="text"/>

En las siguientes preguntas nos interesa mucho conocer **su opinión**, por lo que le pedimos que elija la respuesta que esté de acuerdo a **sus propias ideas**.

[ "mencionarle las opciones de respuesta" ]

26) Según su opinión ¿cuál es la posibilidad de que alguno (**o alguien más**) de su familiares se vuelva diabético?

3 ALTA  2 REGULAR  1 NINGUNA

26

27) Según su opinión ¿qué riesgo tienen las personas de su edad de enfermarse de diabetes?

3 ALTA  2 REGULAR  1 NINGUNA

28) ¿Alguna vez ha pensado que podría enfermarse de diabetes?

3 SI  2 NO SABE  1 NO

28

29) ¿ Dentro de los siguientes diez años, que posibilidad cree tener en lo **personal** de enfermarse de diabetes ?

3 ALTA  2 REGULAR  1 NINGUNA

29

30) Comparándose con hombres/mujeres de su misma edad piensa que su riesgo **personal** de enfermarse de diabetes podría ser: más bajo, igual o más alto que el de ellos?

1 MAS BAJO  2 IGUAL  3 MAS ALTO

30

31) Le voy a mencionar cinco enfermedades, por favor dígame en primer lugar la enfermedad que piensa que es más probable que pueda padecer y así sucesivamente:

**enfermedad del corazón, diabetes, úlcera gástrica, cáncer y SIDA.**

¿Cuál es la primera enfermedad más probable de padecer por usted ...Cuál es la segunda...etc?

<input type="text"/>	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
<input type="text"/>	DIABETES
<input type="text"/>	ULCERA GÁSTRICA
<input type="text"/>	CÁNCER
<input type="text"/>	SIDA

31

5	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
1	<input type="text"/>

32) ¿Por qué cree que en la enfermedad que señaló como **número uno** es mayor su riesgo ?

1. Conducta riesgo	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Sólo por creencia	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Ambiente de riesgo	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Hay síntomas o enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Por edad	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Conducta de terceros	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Antecedentes familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Emoción, carácter	<input checked="" type="checkbox"/>	9. Falta de recursos \$	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Otros (especifique)	<input checked="" type="checkbox"/>				

32

33) ¿En cuál de las actividades que voy a mencionarle **siente o cree** tener dificultades para hacerlas?

- a) ¿En mantener su peso ideal?  
 b) ¿Para hacer actividades domésticas?  
 c) ¿Para hacer ejercicio?

	SI	REGULAR	NO	NO SABE
a)	3	2	1	88
b)	3	2	1	88
c)	3	2	1	88

33

a   
 b   
 c

34) ¿Cree que es posible ser diabético sin darse cuenta?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

34

35) ¿Cree que las molestias que tiene el diabético son soportables (tolerables) ?

1 SI	2 Algunas veces	3 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

35

36) ¿La diabetes puede considerarse una enfermedad fácil de controlar?

1 SI	2 Algunas veces	3 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

36

37) ¿Cree usted que el diabético puede llevar el tipo de vida de alguien sin diabetes?

1 SI	2 Algunas veces	3 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

37

38) ¿Cree que la diabetes puede empeorar sin que el diabético se dé cuenta?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

38

39) ¿Cree que la diabetes es una enfermedad peligrosa?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

39

40) ¿Considera que la diabetes puede llevar a la muerte?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

40

41) ¿Cree que únicamente los diabéticos necesitan checar su azúcar en la sangre?

1 SI	2 Algunas veces	3 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

41

42) ¿Cree que la prueba de diabetes puede descubrir la enfermedad antes de que aparezca alguna molestia?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

42

43) ¿Considera que descubrir la diabetes cuando empieza evita que la enfermedad avance?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

43

44) ¿Cree que la gente que se mantiene delgada puede prevenir la diabetes?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

44

45) ¿Cree que la gente que hace ejercicio tiene menos riesgo de enfermarse de diabetes?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

45

46) ¿Considera que dejar de beber puede ayudar a prevenir la diabetes?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

46

47) ¿Cree que disminuir el tiempo de estar sentado o acostado puede prevenir la diabetes?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

47

48) ¿Considera que el exceso en el consumo de pan o tortilla puede llevarnos a padecer diabetes?

3 SI	2 Algunas veces	1 NO	88 NO SE
------	-----------------	------	----------

48

49) ¿Qué considera usted que pueden hacer las personas para evitar enfermarse de diabetes?

1. Ejercicio <input checked="" type="checkbox"/>	4. Tranquilidad emocional <input checked="" type="checkbox"/>	7. No adicción <input checked="" type="checkbox"/>
2. Aliment. balanceada <input checked="" type="checkbox"/>	5. Evitar sustos, corajes <input checked="" type="checkbox"/>	8. Conocer factores de riesgo <input checked="" type="checkbox"/>
3. Chequeo médico <input checked="" type="checkbox"/>	6. Control de peso <input checked="" type="checkbox"/>	9. Otros <input checked="" type="checkbox"/>

49a

49b

49c

50) ¿Es molesto hacerse la prueba de la diabetes?

1 SI	2 REGULAR	3 NO	88 NO SE
------	-----------	------	----------

50

51) ¿Es dolorosa la prueba de la diabetes?

1 SI	2 REGULAR	3 NO	88 NO SE
------	-----------	------	----------

51

52) ¿Es barato hacerse la prueba de la diabetes?

3 SI	2 REGULAR	1 NO	88 NO SE
------	-----------	------	----------

52

53) ¿Cree usted que quita mucho tiempo hacerse la prueba de la diabetes?

1 SI	2 REGULAR	3 NO	88 NO SE
------	-----------	------	----------

53

54) ¿Alguna vez le han dicho que usted puede enfermarse de diabetes?

2 SI	1 NO
------	------

↙ p 56

54

55) ¿Quién se lo dijo?

MEDICO	FAMILIAR	CONOCIDO	MAS DE UNA OPCION	Otro (especificar)
1		2	3	4
			4	5

55

56) ¿Le han aconsejado alguna vez hacerse la prueba de la diabetes (azúcar en la sangre)?

2 SI	1 NO
------	------

↙ p 58

56

57) ¿Quién se lo aconsejó?

MEDICO	FAMILIAR	CONOCIDO	MAS DE UNA OPCION	Otro (especificar)
1		2	3	4
			4	5

57

58) ¿Por qué cree que en algunas familias hay diabéticos y en otras no?

1. Malos hábitos de aliment <input checked="" type="checkbox"/>	4. Ritmo de vida <input checked="" type="checkbox"/>	7. Falta de información <input checked="" type="checkbox"/>
2. Factores hereditarios <input checked="" type="checkbox"/>	5. Carácter (corajes), sustos <input checked="" type="checkbox"/>	8. No sabe <input checked="" type="checkbox"/>
3. Falta de chequeo méd. <input checked="" type="checkbox"/>	6. Falta de ejercicio <input checked="" type="checkbox"/>	9. Otro (esp.) <input checked="" type="checkbox"/>

58a

58b

59) ¿Podría decirme todas las molestias que puede tener un diabético? (no decir opciones)

	SI	Sin mención
a mucha hambre	1	0
b mucha sed	1	0
c orinar muy seguido	1	0
d pérdida de peso	1	0
e somnolencia cansancio	1	0
f dolor o ardor de piernas	1	0
g visión borrosa	1	0
h cicatrización deficiente	1	0
i boca reseca	1	0
j pérdida de dientes	1	0
k otros (esp.)	1	0

59

a

b

c

d

e

f

g

h

i

j

k

59L

59LL

60) ¿Ha llegado a tener alguna de esas molestias?

2 SI

1 NO

↙ p 62

88 NO SE

↙ p 62

60

61) ¿Cuáles molestias ha tenido ?

- a mucha hambre
- b mucha sed
- c orinar muy seguido
- d pérdida de peso
- e somnolencia cansancio
- f ardor de piernas
- g visión borrosa
- h cicatrización deficiente
- i boca reseca
- j pérdida de dientes
- k otros (esp.)

SI	Sin mención
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0

(no decir opciones)

61

- a
- b
- c
- d
- e
- f
- g
- h
- i
- j
- k

61L

62) ¿Alguna vez se hizo alguna revisión médica aunque se sentía sano (a) ?

(decisión personal)

2 SI

1 NO

↙ p 64

62

63) ¿Hace cuanto tiempo se hizo dicha revisión médica?

años	meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

en meses

63

64) ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de la diabetes?

2 SI

1 NO

↙ p 68

64

65) ¿Cuántas veces se la ha hecho?

65

66) ¿Quién le pidió que se la hiciera?

1) médico	2) familiar	3) conocido	4) nadie	5) más de 1 opción	6) otros (especificar)
<input type="text"/>					

66

67) ¿Cuántas veces se la ha hecho por su propia decisión?

↙ p 70

67

68) ¿ Por qué no se ha hecho la prueba ?

68

69) ¿Le gustaría que le hiciéramos la prueba ahora mismo?

2 SI

1 NO

69

70) ¿Acostumbra salir a caminar?

2 SI

1 NO

↙ p 72

70

71) ¿Cuantas veces sale a caminar al mes?

71

2 ó + veces por semana

3

1 vez por semana

2

1 a 2 veces por mes

1

72) ¿Practica algún deporte?

2 SI

1 NO

↙ p 75

72

73) ¿Qué deporte practica?

1. Fut bol <input checked="" type="checkbox"/>	3. Caminata <input checked="" type="checkbox"/>	5. Ejercic.aeróbico <input checked="" type="checkbox"/>	7. Ciclismo <input checked="" type="checkbox"/>
2. Basket <input checked="" type="checkbox"/>	4. Correr <input checked="" type="checkbox"/>	6. Natación <input checked="" type="checkbox"/>	8. Otros (esp.) <input checked="" type="checkbox"/>

73

74) ¿cuántas veces al mes hace dicho deporte? \_\_\_\_\_

2 ó + veces por semana

1 vez por semana

1 a 2 veces por mes

3
2
1

74

75) ¿Fuma usted?

2 SI

1 NO



75

76) ¿Cada cuándo fuma?

diario

ocasionalme

2 <input type="text"/>
1 <input type="text"/>

76

77) ¿Cuántos cigarros fuma en un día ?

77

78) ¿Aproximadamente cada cuándo bebe aunque sea una copa (echarse un trago, un vaso)?

cada semana

cada mes

una o + veces por año

nunca

3
2
1
0

78

79) ¿Cuántas copas se toma?

79

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

80) ¿Se realizó la prueba?

2 SI

1 NO

81

81) ¿Cuál fue su nivel de azúcar en sangre?

81

82) Indic masa corporal

82

83) Índice de salud:

83

84) ¿En qué lugar se realizó la encuesta?

84

1 C.Externa	2 Espera hospitaliz	3 calle	4 Casa	5 otros (especifique)
-------------	---------------------	---------	--------	-----------------------

85) ¿Cuál es el nombre del entrevistador?

85

1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>
------------------------	------------------------	------------------------

Formulario elaborado por: Estela Pérez Vargas

Comentarios sobre la entrevista:

---

---