



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Autoatención, Autocuidado y Uso de Servicios de Salud

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CABELLO HERRERA ANA SILVIA

TORAL REYES KARINA

DIRECTOR DE TESIS

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL

REVISORA DE TESIS

DRA. RENATA LÓPEZ HERNÁNDEZ

MIEMBROS DEL
COMITÉ TUTOR

DRA. CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., SEPTIEMBRE, 2022.





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.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo I. Uso de los Servicios de Salud como Primera Opción de Tratamiento	4
1.1 Los Servicios de Salud en el Mundo y América.....	4
1.2 Acceso y Uso de los Servicios de Salud.....	7
1.3 Servicios de Salud en México	8
1.4 Obstáculos para Acceder a los Servicios de Salud	9
Capítulo II. La Medicina No Convencional.....	12
2.1 Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa	13
2.2 Medicina Tradicional y Complementaria en el Mundo	14
Capítulo III. Modelos en Salud.....	18
3.1 Modelo Epidemiológico	19
3.2 Modelo Económico.....	21
3.3 Modelo Sociológico.....	22
3.4 Modelo Psicosocial.....	23
3.4.1 <i>Teoría de la Conducta Planificada</i>	25
3.4.2 <i>La Teoría de la Conducta Planificada en Investigaciones de Salud</i>	26
3.4.3 <i>La Teoría de la Conducta Planificada en Investigaciones sobre Búsqueda y Uso de Servicios de Salud</i>	30
Capítulo IV. Autoatención como Primera Opción de Tratamiento ante la Enfermedad.....	34
4.1 Autocuidado	35
4.1.2 <i>Investigaciones sobre Autocuidado</i>	41
4.2 Autoatención.....	44
4.2.1 <i>Tipos de Autoatención</i>	46
4.2.2 <i>Factores Asociados a Autoatención</i>	52
4.2.3 <i>Investigaciones de Autoatención con el Modelo TCP</i>	55
Capítulo V. Método.....	58

5.1 Justificación	58
5.2 Pregunta de Investigación.....	60
5.3 Objetivo	60
5.4 Hipótesis	60
5.5 Instrumento.....	61
5.6 Validación de Cuestionario	62
5.7 Definición de Variables	63
5.7.1 Variables Independientes	63
5.7.2 Variables Dependientes.....	65
5.8 Tipo de Estudio.....	68
5.9 Criterios para la Selección de la Muestra	69
5.10 Participantes	69
5.11 Procedimiento.....	69
Capítulo VI. Resultados.....	71
6.1 Características Sociodemográficas de la Muestra	71
6.2 Análisis de la Prueba t para Muestras Independientes.....	79
Capítulo VII. Discusión	86
Referencias	95
Anexo.....	113

Resumen

El autocuidado y la autoatención son elementos fundamentales en el proceso salud-enfermedad de un individuo, son prácticas de prevención, promoción y atención de salud. La autoatención es un concepto que cobra importancia en México por ser un tratamiento informal utilizado con frecuencia al percibir una enfermedad. El objetivo de este estudio fue comparar hombres y mujeres que prefieren como primera opción de tratamiento la atención profesional y quienes prefieren atención no profesional de la salud para comprobar si existen diferencias significativas en autocuidado y autoatención entre ambos grupos. Para ello se diseñó una escala que mide los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada: actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención. El estudio fue de diseño no experimental, transversal con alcance correlacional. La muestra fueron 297 adultos mexicanos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se empleó una Prueba t para muestras independientes para comparar las medias de hombres y mujeres. Se encontró que el 44.8% de la muestra prefiere la autoatención como primera opción de tratamiento ante una enfermedad, especialmente los remedios caseros y la automedicación. Aunque la valoración de la autoatención es desfavorable por ambos sexos, es realizada mayormente por las mujeres. Autocuidado recibe puntajes favorables y los participantes se muestran capaces de llevarla a cabo. Se concluyó que las diferencias radican entre personas que acuden a profesionales de la salud y quienes prefieren autoatención como tratamiento. La atención en salud es un proceso en el que pueden armonizar y combinarse distintos tipos de tratamientos.

Palabras clave: Autocuidado, Autoatención, Uso de Servicios de Salud, Teoría de la Conducta Planificada

Introducción

En México existen múltiples factores que intervienen en la elección de las personas para atender o no atender sus problemas de salud en el sistema de medicina convencional disponible, entre ellos se encuentran las dificultades económicas, la deficiencia de los servicios y su mala calidad (INSP, 2020). Sin embargo, otro aspecto importante a considerar es el factor sociocultural, es decir, el entorno social en el que se desarrolla y vive el individuo, así como, sus creencias en torno a la salud, a la enfermedad, a la medicina convencional y a los diversos tipos de tratamientos que conoce (Hernández et al., 2013).

La presente investigación se centra en los factores psicosociales de la conducta en salud y en la elección de tratamiento del individuo que vive en un entorno cultural, donde adquiere los conocimientos de salud transmitidos socialmente y que influyen en su forma de percibir la enfermedad, los síntomas y la forma de aliviar, aminorar y eliminar la patología. En el proceso salud-enfermedad se reconocen factores personales, grupales, sociales, culturales y biológicos. Los factores psicosociales dirigen la concepción de salud hacia la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables, no solo a la implicación de las enfermedades físicas (Rodríguez y García 1996).

El autocuidado es una estrategia empleada por un individuo para prevenir enfermedades y promover conductas saludables. Permite llevar a cabo el mantenimiento integral de la salud de manera autónoma (Cancio-Bello et al. 2020). La autoatención es la intervención que realiza el individuo ante un padecimiento. Realiza el diagnóstico y determina el tratamiento sin supervisión médica en el entorno doméstico (Medina, 1998).

El objetivo de la presente investigación es conocer si existen diferencias en las conductas autocuidado y autoatención entre hombres y mujeres que acuden a un profesional de la salud y quienes recurren a atención no profesional de la salud como primera opción de tratamiento ante una enfermedad. Para ello, se diseñó una escala basada en la Teoría de la Conducta Planificada. El cuestionario aborda los constructos Actitud, Norma Subjetiva, Control Conductual Percibido e Intención. Se llevó a cabo la validez de contenido por jueceo, así como Alfa de Cronbach general y por subescala.

Este estudio tiene la finalidad de ampliar el conocimiento referente al proceso de salud-enfermedad en México, así como conocer la influencia de las creencias en torno a las conductas de cuidado y atención en la vida cotidiana de los individuos al momento de elegir una o más de las diversas formas de tratamientos que se encuentran disponibles en el país.

Capítulo I. Uso de los Servicios de Salud como Primera Opción de Tratamiento

1.1 Los Servicios de Salud en el Mundo y América

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 2014) señalan que cuando los mecanismos de organización y financiamiento son suficientes para cubrir las necesidades sanitarias de toda la población, es posible llegar a la cobertura universal de salud, esta se refiere al acceso oportuno, seguro, integral y asequible a los servicios de salud que cubren las necesidades de todas las personas y las comunidades a nivel nacional. Es imposible conseguirla sin contar con el acceso universal, pues este último es el fundamento de un sistema de salud equitativo; en conjunto, ambas propician las condiciones imprescindibles para conseguir la atención adecuada, de calidad y sin discriminación.

Asimismo, la OMS (2019a) declaró que, al lograr la cobertura sanitaria universal, la mayoría de las muertes prematuras, en especial en los países de bajo ingreso, podrían evitarse. Por lo tanto, mejorar el acceso a los servicios de salud preventivos y curativos, implicaría una mejora considerable en la esperanza de vida para aquellos que no pueden hacer uso de estos, específicamente la población marginada, estigmatizada o geográficamente aislada; además de contar con un respaldo ante la posibilidad de desastres naturales para disminuir el efecto de las emergencias sanitarias.

Actualmente el acceso universal de salud presenta obstáculos de tipo, económico, biológico, sociocultural y de organización. El obstáculo económico afecta principalmente a los países de bajos ingresos según el informe anual estadístico de la OMS (2019b) donde se reporta que existe una diferencia de 18,1 años en la esperanza de vida entre los países más pobres y los más ricos. Por otra parte, los obstáculos de tipo biológico y de género hacen referencia a la

diferencia en las causas de muerte entre hombres y mujeres, la OMS (2019b) menciona que los hombres acuden menos a los servicios de atención que las mujeres, por consiguiente, tienen mayor posibilidad de morir a causa de enfermedades no transmisibles prevenibles y tratables.

Sobre los indicadores de gastos y acceso en salud, la OPS (2019) encontró que en América, de la población que reporta no buscar servicios formales de salud a pesar de tener un problema de salud, Bolivia y el Salvador ocupan el primer y segundo lugar con 66.0% y 41.0% respectivamente, en el tercer lugar México, 20.1%; le siguen Jamaica, 15.4%; Estados Unidos, 9.7%; en sexto y séptimo lugar, Chile 6.2% y Barbados 6.0%; Argentina y Uruguay con 5.6% y 5.0%; finalmente, el antepenúltimo y último lugar lo ocupan Canadá 4.0% y Costa Rica 3.2%.

La atención primaria en salud no sólo es el núcleo central del sistema de salud de un país, sino que también promueve su desarrollo socioeconómico, se define como "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país" (OMS, 2008). En América, la situación de salud preventiva, entre 2011 y 2015 reveló notorias desigualdades en cuanto a la utilización de dichos servicios, aunque en general el uso de los servicios aumentó positivamente en la mayoría de los países, la diferencia seguía persistentemente marcada entre la población pobre y rica (OPS, 2017).

En México, se define a los servicios de salud como "acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad" (Ley General de Salud, 1984, Artículo 23).

De acuerdo con González et al. (2020) el sistema de salud de México se organiza en instituciones públicas nacionales o federales, por aseguradores y proveedores privados. La Secretaría de Salud coordina al Sistema Nacional de Salud. Las instituciones nacionales que cubren a los empleados asalariados del sector formal son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los empleados del sector privado, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados del gobierno federal. Además del IMSS e ISSSTE existen otras instituciones como el ejército, la marina y la compañía petrolera Petróleos Mexicanos (PEMEX) que se encargan de financiar los servicios de salud para sus fuerzas y empleados.

González et al. (2020) menciona que la Secretaría de Salud también se encarga de financiar la atención médica para las personas sin seguro, personas desempleadas o empleados del mercado laboral informal. El principal plan de protección financiera para las personas no aseguradas era El Seguro Popular, sin embargo, fue reemplazado por el ahora Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El IMSS-Bienestar es un programa federal que ofrece atención médica básica en zonas rurales mediante una red separada de clínicas y hospitales.

El sector privado de salud es utilizado por personas que pagan de su bolsillo la tarifa por los servicios médicos. Por lo general, los usuarios de los servicios privados cuentan con mayores ingresos. Además, una proporción considerable de los afiliados al IMSS O ISSSTE buscan atención médica fuera de las instituciones de seguridad social para eludir los obstáculos de acceso o para conseguir servicios de mayor calidad.

Dentro de los servicios de salud públicos y privados se encuentra la atención ambulatoria, que se refiere al “servicio que se otorga por personal de salud a toda persona que acude a un establecimiento de salud y que no conlleva a la hospitalización con estancia nocturna” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], s.f.).

1.2 Acceso y Uso de los Servicios de Salud

Gulliford et al. (2002, como se citó en Fajardo et al., 2015) consideran que, para conocer el acceso a los servicios de salud es necesario cuantificar el número de personas que necesitan atención médica y de éstas cuántas ingresan al sistema y cuántas no lo hacen.

Gulliford et al. (2002, como se citó en Fajardo et al., 2015) proponen cuatro dimensiones para comprender el acceso a los servicios de salud: la disponibilidad de los servicios, en otras palabras, los recursos disponibles como médicos, camas y equipamiento; la capacidad de los servicios para brindar atención médica equitativa y; la existencia de obstáculos para la utilización de los servicios, en esta última se encuentran: dificultades personales (necesidades percibidas por el individuo que le llevan a buscar atención médica, así como las experiencias previas y expectativas hacia la misma); dificultades económicas; organizacionales (tiempo de espera, utilización deficiente de los recursos) y obstáculos sociales y culturales (se refieren a las normas sociales y a los factores culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud).

El uso de servicios de salud es definido como la “utilización de servicios médicos proporcionados por un médico o personal capacitado en las instituciones de salud o en establecimientos particulares” (INEGI, 2015b). Éste fue anexado en la encuesta intercensal por primera vez en el año 2000 según reportó INEGI (2010) y se incluyó a manera de pregunta en el cuestionario para determinar, a cuáles instituciones de salud (públicas y privadas) acudían los

familiares del informante, o en determinado caso, identificar si no se acudía a ningún servicio. Haberla agregado resultó benéfico, ya que permitió acceder a datos sobre los factores que influían en los usuarios para su elección de institución de salud, ya que las personas sopesan y varían su decisión según el tipo de enfermedad actual, el tiempo de espera, la calidad del servicio, entre otros factores. Como antecedente, cabe destacar que la "*derechohabiencia*" fue agregada en la encuesta de 1995, poco antes del uso de los servicios de salud, y ambas variables han permanecido vigentes hasta el censo realizado en 2010, aunque con algunas variaciones en la formulación de sus reactivos.

1.3 Servicios de Salud en México

Con la finalidad de identificar los principales cambios en afiliación, uso y obstáculos de los servicios de salud, se consideró necesario compilar algunos de los resultados más relevantes procedentes de las encuestas nacionales de salud mostrados a continuación.

En primer lugar, sobre la cantidad de derechohabientes a los servicios de salud, la Encuesta Intercensal realizada por el INEGI (2015a) reveló que el 82.2% de la población ya estaba afiliada a alguno de los servicios de salud, sólo el 17.3% no contaba con afiliación y un 0.6% no era especificado. Además, en el mismo año, el 76.3% de la población adulta recibía al menos una consulta preventiva al año (OPS, 2017). Más adelante, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2020) declaró que 102.3 millones de habitantes ya eran derechohabientes a dichos servicios, cifra que representa el 80% de la población total, sin embargo, esto no parece ser un determinante absoluto en el uso frecuente de dichos servicios, debido a que se presentó una ligera disminución en la búsqueda de los mismos en años anteriores, sino que, además, el

43% de los afiliados no hace uso de los servicios de salud públicos, conducta que el sistema de salud atribuye a deficiencias, tanto en la cobertura como en la calidad de los servicios actuales.

En México existen dos sectores de servicios de salud, el público y el privado. En 2012, 37.6% de la población acudió a los servicios privados mientras que el 62.4% a los servicios públicos (INSP, 2012). Años más tarde, dentro de la población afiliada a los servicios de salud pública, un 23.1% reportó utilizar los servicios de seguridad social, mientras que a los servicios médicos privados asistió el 36.0% y un 40% para los servicios de población abierta (OMS, 2017). Finalmente, en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] según INEGI-INSP-SSA (2018) puede observarse que los servicios de salud públicos son utilizados por el 56.6% de los mexicanos, de los cuales, quienes mayormente recurren a ellos son las mujeres. La INSP (2020) puntualizó que la búsqueda de los servicios de salud disminuyó ligeramente en comparación con 2012.

1.4 Obstáculos para Acceder a los Servicios de Salud

La ENSANUT (INSP, 2000) reveló que los principales motivos para no utilizar los servicios de salud fueron: no considerarlo necesario (57.8%), dificultades económicas (14.3%), falta de tiempo (8.1%), desconfianza hacia los servicios (2.6%) y no recibir atención en la institución a pesar de haber asistido (1.6%). En un estudio realizado por Hernández et al. (2013) para conocer los factores que influyen en el escaso uso de los servicios de salud en el sur del Estado de México, los principales obstáculos encontrados fueron el analfabetismo, las distancias para encontrar servicios de salud (20 minutos 42.9%, 30 minutos 10.3%, más de una hora 14.9%) y la insuficiencia económica (62%). 72.5% no contaba con acceso a instituciones de seguridad social mientras que 27.5% eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social y de

salud, de los cuales, 31.5% eran afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, y 5.4% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Además, Hernández et al. (2013) mencionan que ante un padecimiento 62.6% asistió a un centro de salud mientras que 10.5 % acudió al médico particular; 95% de los casos atendidos en alguna institución de seguridad pública fueron por un médico general, 11.1% fue hospitalizado. La atención que reportaron recibir habitualmente ante un padecimiento de salud era autoadministrada y sin supervisión profesional, esto representa un obstáculo de tipo sociocultural para la utilización de los servicios convencionales de salud, ya que 47.5% recurre a automedicación y 54% utiliza recursos naturales para el tratamiento de las enfermedades, (plantas medicinales y la preparación de remedios caseros), 15.5% mencionó que la atención médica no era necesaria, finalmente, 1.5% reportó no utilizar los servicios médicos a causa de maltrato por parte del personal sanitario durante la visita a la institución.

Según Bautista et al. (2014), el nivel de pobreza de la localidad (independientemente del tipo de zona) también es un obstáculo importante por considerar. Las personas que viven en los lugares más pobres tienen una menor probabilidad de usar servicios de atención ambulatoria, es decir, conforme aumenta el nivel de gasto, la probabilidad de no recibir atención ambulatoria ante un problema de salud disminuye significativamente.

Lo planteado por Fajardo et al. (2015) indica que la falta de protección financiera es una de las principales limitantes para que un individuo busque atención médica ante una necesidad sanitaria. Un individuo puede verse obstaculizado ante la insuficiencia de medios económicos para afrontar una enfermedad, esto le lleva a optar por no manifestar dicha necesidad y, por lo tanto, no atender su padecimiento. Aunque el Sistema de Protección Social (SPSS; conocido

como Seguro Popular en Salud) atendía de forma gratuita a la población, estaba presente un obstáculo financiero adicional, pues el traslado a la institución sanitaria, así como el tiempo de espera que implicaba pérdidas económicas por ausencia laboral representaban gastos que, hasta el momento, no son contemplados por ninguno los servicios de seguridad social vigentes.

De la misma forma, la garantía de calidad y efectividad según Fajardo et al. (2015) son un obstáculo para hacer uso de los servicios de salud pública, puesto que la capacidad de solucionar un problema de salud, es significativamente variable según la unidad de atención a la que acuda el individuo, esto representa un problema de homogeneidad en la calidad de los servicios, y también es un factor importante para que se prefieran los servicios de salud privados sobre los públicos, ya que, al no cumplir con las expectativas para recuperar la salud, los servicios son percibidos como menos deseables y esto conduce a la subutilización de los mismos. Por otra parte, la insuficiencia en los servicios de protección social en salud sigue existiendo en muchos puntos del país, siendo este un problema que ha perdurado por más de 40 años, especialmente en las zonas con mayor dispersión geográfica, esto representa un obstáculo de tipo organizacional, en donde la disponibilidad de los servicios afecta la utilización de estos.

Entre los años 2014 y 2015, 20% de la población reportó que han enfrentado importantes dificultades para acceder a los servicios de salud, particularmente por las familias más pobres de México (OPS, 2017).

Capítulo II. La Medicina No Convencional

La medicina no convencional tiene distintas definiciones y esto podría significar una dificultad para quienes buscan medirla e investigarla; para algunos autores esta representa un conjunto de abstracciones que no forman parte de la medicina convencional, por ejemplo, el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (*NCCAM*, 2002) se refiere a la medicina complementaria y alternativa (MTC) como “un grupo de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención médica que actualmente no se consideran parte de la medicina convencional” (p. 17). Eisenberg et al. (1993) las considera como: "intervenciones que no se enseñan ampliamente en las facultades de medicina ni están generalmente disponibles en los hospitales"; otros autores suelen referirse a la medicina no convencional con más rigurosidad, menospreciando su eficacia y utilidad, por ejemplo, Gevitz (1988) define el término como “prácticas que no se aceptan como correctas, adecuadas o apropiadas o que no se ajustan a las creencias o estándares del grupo dominante de médicos en una sociedad” (p.17).

Dentro de las definiciones, también se encuentran algunas que perciben a la medicina no convencional como una atención adicional a la medicina convencional, que no la excluye, sino que la complementa, es expresada como el “diagnóstico, tratamiento y/o prevención que complementa la medicina convencional contribuyendo a un todo común, satisfaciendo una demanda no satisfecha por los ortodoxos o diversificando el marco conceptual de la medicina” (Ernst et al.,1995). A pesar de los esfuerzos por definirla, las explicaciones parecen limitadas para comprender la amplitud del concepto, pues son consideradas como prácticas generales para la atención de la salud de origen cultural, sin esclarecer en qué consisten sus características o prácticas, es decir, entre las definiciones es sencillo encontrar lo que no es la medicina no

complementaria, pero no se termina de explicar lo que en efecto sí es. Kopelman (2002), critica las definiciones anteriormente mencionadas, dice que éstas no ayudan a comprender a qué se refiere el término, simplemente hacen notorias las diferencias y lo excluyen de la medicina convencional.

2.1 Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa

Por otra parte, existen otras propuestas que intentan explicar la situación, ampliando la información, seccionándola o categorizándola; la NCCAM (2000) desarrolló un sistema de clasificación en donde segmentó a la medicina complementaria y alternativa en 5 categorías:

- Los sistemas médicos alternativos: son todo el conjunto de medicinas no convencionales, que nacen separadas de la convencional y son independientes de ella, tales como la medicina tradicional china, la medicina “ayurvédica¹”, la “homeopatía²” y la “naturopatía³”, por mencionar algunas.
- Las intervenciones cuerpo-mente: enfocan sus tratamientos a la mente humana, y como resultado tienen efecto en el cuerpo, se mencionan prácticas como la meditación, la oración y la curación mental.
- Los tratamientos de base biológica: en esta categoría se incluyen los productos herbarios, minerales y hormonales, además de recomendaciones dietéticas, utiliza a los alimentos como conducto para mejorar y promover la salud.
- Métodos manipulativos y corporales: la quiropráctica es un ejemplo de esta categoría, son métodos en donde está presente la manipulación y el movimiento corporal.

¹“Sistema medicinal tradicional de la India” (Parasuraman et al., 2014).

²“Sistema terapéutico, las enfermedades se tratan mediante sustancias muy diluidas que causan síntomas similares a los de la enfermedad que se va a tratar en personas sanas” (Cañedo et al.,2003).

³“Comprende el uso de plantas o partes de plantas en su estado natural sin procesamiento químico” (Lim et al., 2010)

- Las terapias energéticas: aunque no hay evidencia de su validez, en esta categoría se hace referencia a las prácticas relacionadas con los biocampos, como el *qi gong*, el *reiki* y el toque terapéutico, en otras palabras, se refiere a la manipulación y aplicación de la energía dentro y fuera del cuerpo para la sanación.

Actualmente, la OMS (2013) realiza distinciones entre las medicinas no convencionales, y las divide en tres categorías: la primera recibe el nombre de "Medicina Tradicional", esta parece ser la más antigua, practicada y transmitida culturalmente, abarcando todo el conjunto de conocimientos, capacidades, prácticas y creencias que determinada cultura utiliza como sistema de salud, con la finalidad de conservar o recuperar su salud física y mental. La segunda categoría es la "Medicina Complementaria o Alternativa", abarca prácticas de salud que no corresponden ni a la tradición cultural de la categoría anteriormente descrita, pero que tampoco forma parte por completo de la medicina convencional, aunque en algunas regiones se utiliza como sinónimo de la medicina tradicional. Por último, la fusión de las dos anteriores, más el uso de productos y prácticas profesionales recibe el nombre de "Medicina Tradicional y Complementaria (MTC)".

2.2 Medicina Tradicional y Complementaria en el Mundo

Actualmente prevalecen las deficiencias en recursos para cubrir las necesidades sanitarias tal como reportó la OMS (2020) en las estadísticas sanitarias mundiales donde 40% de la población mundial cuenta con menos de 10 médicos por cada 10 mil personas, y 55% de los países cuentan con menos de 40 enfermeras y parteras por cada 10 mil; por lo tanto, la cantidad de personal sanitario disponible para atender a la población, aún se encuentra muy por debajo de la cantidad precisada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2030.

Con la finalidad de amainar las problemáticas en salud mundial y ante la creciente popularidad de la medicina tradicional la OMS (2013) lanzó la “estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023” destacando que los Estados Miembros podían aprovechar los beneficios que ofrece la MTC para mejorar en salud y bienestar, especialmente para hacer más accesible el servicio a las personas pobres. Debido a que la OMS ha desplegado esfuerzos en reconocer, regular y añadir la MTC a los servicios convencionales de salud, para definir la variable "uso de servicios de salud" se consideró oportuno en esta investigación no excluir a la MTC o a sus variantes de los servicios de salud convencionales descritos anteriormente, más bien considerarlos una nueva categoría dentro de los mismos, a la que la población puede recurrir en caso de así preferirlo para su atención sanitaria.

Además, la OMS (2013) explica que la demanda de la medicina tradicional no solo es sostenida, sino que es cada vez más solicitada en todo el mundo. Esto puede deberse en parte a la globalización y a la migración ya que favorecen el intercambio cultural y con esto las prácticas de medicina de una cultura específica pueden llegar a lugares alejados de su lugar de origen, como la “ayurveda”, medicina tradicional china y “unani”⁴, que son conocidas y practicadas en todo el mundo. Lo mismo puede decirse de la medicina complementaria, por ejemplo, la quiropráctica⁵, homeopatía, naturopatía, osteopatía⁶ y la medicina antroposófica⁷ son cada vez más utilizadas.

⁴ Sistema médico greco-árabe modificado. Se practica en el sur de la India y Paquistán (Cañedo et al.,2003).

⁵ “Se centra en el sistema nervioso y el reajuste de la columna vertebral” (Cañedo et al.,2003).

⁶ “Manipulación y el realineamiento de las diversas partes del cuerpo” (Cañedo et al.,2003).

⁷ “El tratamiento consiste en potenciar en el paciente un «proceso de evolución» reforzando su habilidad natural autocurativa” (Federación Internacional de Asociaciones Médicas Antroposóficas, 2014).

Para la OMS (2013) las razones por las que una persona recurre a la MTC son diversas y dependen en gran medida de la región y de la capacidad económica de la misma, entre ellas, llama la atención la abundante disponibilidad de estos servicios en una región, incluso mucho más significativa que la de los servicios médicos, también se tiende a optar por la MTC debido a la influencia cultural o por la insatisfacción después de haber probado los sistemas convencionales de salud, mientras que para algunos es el único recurso disponible, para otros es una nueva posibilidad de involucrarse activamente en la autoatención de su salud, incluso existe la creencia de que lo natural es inocuo y mucho más benéfico que la medicina convencional.

Mientras tanto, en México, la postura que el gobierno ha tomado respecto a la MTC es “diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud” (Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, 2004, Artículo 25). Por ello, es razonable asumir que el sistema de salud nacional reconoce y se compromete con la estrategia de la OMS sobre la MTC como recurso viable para la mejora continua del mismo, con miras a regularlas, investigarlas y absorberlas como un servicio más de atención.

Jiménez (2017) menciona que la medicina tradicional mexicana surgió tras el mestizaje a finales del siglo XVI, debido a que algunas de las prácticas de carácter religioso dentro de la medicina indígena suponía un obstáculo para la evangelización española, la represión hacia los rituales indígenas fue notable, sin embargo cabe mencionar que muchos de ellos lograron subsistir hasta tiempos actuales con algunas variaciones a causa del sincretismo, por otra parte, el manejo de los recursos naturales con fines curativos fue reconocido y persistió a pesar de los cambios por la llegada de la medicina occidental. Además, el sistema de salud empleado en las

comunidades indígenas es mixto, es decir, en él conviven la medicina tradicional, la medicina casera o doméstica y la medicina académica o convencional.

Finalmente, Jiménez (2017) argumenta que la medicina tradicional mexicana es basta y compleja, las prácticas realizadas por terapeutas tradicionales (yerberos, rezadores, hechiceros, parteras, sobadores, etc.) incluyen no solo el manejo de la botánica medicinal sino también de rituales y ceremonias en donde es común la utilización de productos de origen animal y vegetal (huevos, leche o miel) como simbolismos destinados a la sanación. Asimismo, algunas de las enfermedades que se conocen en la medicina tradicional mexicana no son reconocidas por la medicina occidental, o bien reciben nombres y tratamientos distintos, algunas de ellas son: mal de ojo⁸, empacho (susto o espanto)⁹, caída de mollera¹⁰, aire¹¹, daño¹², torceduras¹³, angina¹⁴, latido¹⁵ y alferesía¹⁶.

⁸ “Afecta principalmente a los niños menores de 3 años; lo causa una persona de mirada fuerte. Síntomas: gastroenteritis probablemente infecciosa” (Jiménez, 2017).

⁹ “Trastorno generalmente de la infancia: pérdida de apetito, indigestión, flatulencia, tenesmo, dolor abdominal y estreñimiento” (Jiménez, 2017).

¹⁰ “Signo característico de una severa deshidratación en menores de un año, hundimiento de la fontanela, usualmente acompañado de diarrea, fiebre o vómito, en cuyo caso es una manifestación de gastroenteritis probablemente infecciosa” (Jiménez, 2017).

¹¹ “Se atribuye a la acción de una entidad nociva exterior no siempre física (aire), que penetra o se adhiere a una parte del cuerpo. En la mayoría de los casos se refiere a trastornos cutáneos, respiratorios o músculo-esqueléticos” (Jiménez, 2017).

¹² “Radica en las creencias culturales sobre la brujería manifiesta en la voluntad de producir molestias, enfermar, lesionar, dañar a una persona víctima de procedimientos que pueden ser naturales o sobrenaturales” (Jiménez, 2017).

¹³ “En la mayoría de los casos son luxaciones, esguinces y otros traumatismos en extremidades producto de accidentes” (Jiménez, 2017).

¹⁴ “Amigdalitis en la medicina moderna” (Jiménez, 2017).

¹⁵ “Percepción de alteraciones en el ritmo o la intensidad del flujo sanguíneo sobre la red vascular” (Jiménez, 2017).

¹⁶ “Término del español coloquial para denominar la convulsión, generalmente de niños, independientemente de su origen” (Jiménez, 2017).

Capítulo III. Modelos en Salud

Boltansky (1975) plantea que el uso de los servicios de salud depende de diversos factores. La necesidad de acudir a los servicios médicos puede variar de acuerdo con la clase social de un individuo; ya que las visitas médicas son más comunes en las clases altas que en las bajas. El autor menciona que, en las clases sociales altas, la atención prestada a las sensaciones corporales es mayor y más clara, el individuo es capaz de notar distintas intensidades y umbrales de dolor; además la percepción, el reconocimiento de síntomas y la posibilidad de comunicarlos a los otros y al personal médico suele ser más acertada. Por lo tanto, la capacidad para notar, aceptar, distinguir y comunicar sensaciones mórbidas aumenta conforme la clase social es mayor; mientras que ésta disminuye en las clases sociales bajas.

En el caso de las clases sociales bajas, Boltansky (1975) explica que el individuo omite las sensaciones corporales y evita la atención médica en la medida de lo posible, argumentando las dificultades económicas que derivan de la ausencia laboral por enfermedad, los gastos mayores ante intervenciones quirúrgicas y el impedimento que representa la enfermedad para desarrollar un trabajo que requiere del uso continuo del cuerpo, por ello, la resistencia al dolor constituye un tipo de afrontamiento a los malestares para prolongar la consulta médica hasta que la enfermedad alcance un nivel de gravedad considerable.

Además, la percepción del dolor está determinada por las expectativas, experiencias y el aprendizaje cultural del individuo, pero no por los estímulos mórbidos o síntomas de forma automática:

La percepción y la identificación de sensaciones mórbidas, por lo tanto, dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que

dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y de la precisión de su vocabulario de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas. (Melzack, 1961, como se citó en Boltansky, 1975, p. 21)

Arredondo y Meléndez (2003) explican que acudir a los servicios de salud no siempre es un camino lineal, pues es un proceso que inicia con una necesidad percibida por el "enfermo" y muchas veces, aspectos como la automedicación y la influencia social de los familiares y amigos determinan el uso y la búsqueda de estos. Además, múltiples factores intervienen en la decisión de iniciar un tratamiento médico, este proceso puede ser explicado por varios modelos predictores con distintos enfoques, por ejemplo: el epidemiológico, psicosocial, sociológico y económico, estos toman en cuenta aspectos como las creencias en salud, el deseo de atención, la confianza percibida en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.

3.1 Modelo Epidemiológico

En cuanto al primer modelo, Royo et al. (2009) explican que la epidemiología estudia los diversos fenómenos de salud con la finalidad de aportar información útil para la planificación y toma de decisiones en el sistema de salud. Uno de los temas en los que la epidemiología profundiza es el uso de los servicios de salud; los determinantes de éste y de los otros fenómenos, son factores biológicos, culturales, sociales y de comportamiento que influyen en la salud y enfermedad. El estudio epidemiológico, puede dividirse en dos ramas: la epidemiología de salud pública, que estudia la primera parte de la cadena de sucesos que ocurren en la historia natural de una enfermedad, es decir, la frecuencia y distribución de la enfermedad y sus

determinantes, así como los factores de riesgo o protección. En otras palabras, observa todo lo que ocurre desde que un individuo se ve inmerso en una enfermedad, cómo ésta se desarrolla y, según sea el caso, cómo ocurre su curación total o parcial y, en el peor de los escenarios, la muerte. Por otra parte, se encuentra la epidemiología clínica, que se encarga de observar cómo evoluciona la enfermedad en individuos que la padecen, determinando la frecuencia distribución de consecuencias y los determinantes de esta, también conocidos como factores pronósticos.

Además, Royo et al. (2009) mencionan que para controlar las problemáticas en salud, la epidemiología deriva sus estudios en tres campos de información: conocimiento de la historia natural de las enfermedades o problemas de salud; conocimientos para el control de problemas de salud en los individuos, mejorando el manejo clínico de los pacientes enfermos o de los sanos de alto riesgo y conocimientos para el control de problemas de salud en las poblaciones, informando y evaluando los distintos pasos de lo que genéricamente se conoce como planificación sanitaria. En este último, se mide la importancia socio-sanitaria de un problema de salud, destacando los factores de riesgo, sus consecuencias de morbilidad, discapacidad o muerte. Además, se encarga de medir los recursos sanitarios disponibles, su utilización y los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud.

Para Canales et al. (1984, como se citó en Arredondo y Meléndez, 2003) los daños a la salud tales como la morbilidad, la mortalidad, entre otros, constituyen necesidades que motivan o inducen a que la población haga uso de los servicios de salud una vez que son expresadas en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.

Según Royo et al. (2009) cuando la epidemiología ha determinado que una enfermedad es prevenible, el primer paso de la estrategia preventiva y de control es identificar a los sujetos con

alto riesgo a enfermar. Posteriormente, medir y organizar las necesidades de salud en la población de acuerdo con su nivel de prioridad. Esto se consigue mediante la obtención de indicadores de salud sociodemográficos, sanitarios, utilización de servicios de salud disponibles, así como la morbilidad percibida por la población y sus hábitos de vida según las encuestas de salud para determinar cuáles son los factores de riesgo que propician el desarrollo de la enfermedad; una vez que se conocen estos factores, el objetivo es lograr que los individuos reduzcan su exposición a los mismos.

3.2 Modelo Económico

Arredondo y Meléndez (2003) exponen que dentro del modelo económico existen dos perspectivas de análisis. La primera hace referencia a los modelos basados en el análisis de la demanda, estos proponen que la demanda de los servicios médicos de salud, dependen de la restricción presupuestal, por lo tanto, para que una persona pueda acceder a los bienes de salud, necesita contar con un ingreso que le permita adquirirlos. De esta manera, la demanda es proporcional a: su propio precio, al ingreso de los usuarios y a los gustos personales de los mismos. Entonces, el incremento en el precio de los servicios de salud generaría una baja en la demanda, pero, el incremento en el precio de otro bien beneficiaría la demanda de los servicios de salud y, asimismo, al incrementar el ingreso familiar mejoraría la demanda de estos.

La segunda perspectiva que mencionan Arredondo y Meléndez (2003) es la teoría del capital humano, la cual expone que un individuo hereda un acervo inicial de salud que va menguando conforme avanza su edad, hasta que la muerte se presenta debido a que el acervo alcanzó su máximo decremento hasta en cierto nivel; y, para evitar una llegada prematura a ese

nivel ante la enfermedad, la única forma de incrementar y mantener el capital humano (la salud) es mediante la inversión en los servicios de salud

Para Pérez y Castillo (2016) en la Teoría del capital humano se considera a los individuos como agentes económicos que invierten en educación y salud para mejorar sus capacidades y, por consiguiente, aumentar su productividad y rendimiento en el trabajo. Dado que la salud es un determinante de la productividad de los trabajadores se estima que las empresas deberían cubrir el acceso de sus empleados a servicios médicos, a una alimentación saludable y a una vivienda que les permita descansar.

Según Pérez y Castillo (2016) el incremento de las políticas públicas orientadas a la salud aumenta el producto, mejora el rendimiento a largo plazo y consigue reducir gastos en salud como resultado de la disminución de enfermedades. La sociedad puede satisfacer sus necesidades si la fuerza de trabajo se encuentra saludable e instruida. La inversión que un individuo aplique en su salud se verá reflejada en su utilidad, dicho de otra manera, en el tiempo que podrá destinar a generar ganancias y mercancía.

3.3 Modelo Sociológico

Para el modelo sociológico, la utilización de los servicios de salud depende de los factores culturales y sociales de los individuos, tales como, el entorno y las redes de apoyo de las que dispone (Lara et al., 2000). Estas últimas, según Friedson (1974), son el centro del proceso de búsqueda sanitaria, ya que representa una especie de andamiaje interactivo de consultas formales e informales conocido como “sistema social de referencia”, que le brinda apoyo y orientación a la persona enferma, y que, en determinado momento funge como parte de los recursos de afrontamiento.

De la misma forma Kosa y Zola (1975) consideran que existen cinco factores responsables de la conducta de búsqueda sanitaria en un individuo, desde esta perspectiva, la presencia de crisis interpersonal, la percepción de interferencia en sus relaciones sociales y en sus actividades físicas o laborales, el refuerzo de la decisión de otros y la duración o cambio de los síntomas determinan el comportamiento. Cabe mencionar que la percepción de enfermedad depende de las evaluaciones de otros, es decir, el individuo puede percibir síntomas patológicos de acuerdo con los aprendizajes compartidos de experiencias pasadas producto de la socialización cultural a la que pertenece el enfermo en cuestión (Mechanic, 1978). Por lo tanto, la necesidad de atención y el uso de los servicios sanitarios, ante un daño de salud, varía según lo determine la cultura. Mckinlay (1981) propone tres niveles explicativos de la influencia cultural en el uso de servicios de salud anteriormente mencionados; el primer nivel son la evaluación y la definición de los síntomas; el segundo, el ordenamiento de prioridades y problemas; y el tercero, abarca la vulnerabilidad percibida del encuentro médico-paciente.

3.4 Modelo Psicosocial

Rosentock (2005) menciona a cinco autores representativos para el enfoque psicosocial. Estos autores han tratado de explicar la conducta ante la enfermedad y la utilización de servicios. En primer lugar, autores como Stoeckle, Zola y Davidson estudiaron cómo los valores étnicos influyen en la interpretación o percepción diferencial de los síntomas indicadores de algún padecimiento y en la elección de buscar atención médica. En segundo lugar, Freidson mostró cuáles son los procesos que deben atravesar los miembros dentro de un grupo para llegar a la búsqueda de atención sanitaria y conseguir un diagnóstico. Por último, Suchman propone un

nuevo enfoque orientado a la salud y atención médica que vincula los factores demográficos con la estructura social.

Sin embargo, las limitaciones de estos autores recaen en que se desconoce qué ocurre en el proceso del individuo sano que busca los servicios de salud preventivos. La investigación está centrada únicamente en la conducta ante la enfermedad motivada por la existencia de síntomas patológicos (Rosentock, 2005).

Rosentock (2005) señala que la toma de decisiones sobre salud implica un proceso en el que el individuo atraviesa etapas que son influenciadas por eventos y por otros individuos, estas interacciones pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que el individuo haga determinada conducta. El modelo surge de una premisa utilizada por la psicología social. Para la acción y la percepción es necesaria la presencia de motivación. Es decir, la motivación determina la manera en la que el individuo percibe su situación de salud y siente la necesidad de actuar para solucionar algún problema.

El comportamiento o la acción depende de dos clases de variables según Rosentock (2005):

- 1.El estado psicológico de disposición para emprender una acción específica y, 2. el grado en que se cree que un curso de acción particular, en general, es beneficioso para reducir la amenaza. Dos dimensiones principales definen si existe un estado de disposición para actuar. Incluyen el grado en que una persona se siente vulnerable o susceptible a una condición de salud en particular y la medida en que siente que contraer esa condición tendría graves consecuencias en su caso. (párr. 20)

Ante lo recién mencionado, la susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos del individuo de contraer una enfermedad; mientras que, la severidad percibida es el nivel de gravedad que el individuo atribuye a determinado padecimiento, este puede ser juzgado a través del grado personal de excitación emocional, al pensar en las dificultades que sobrevienen de una afección de salud específica. Por otro lado, el rumbo que tomará la acción tiene que ver con la efectividad percibida de los recursos disponibles para enfrentar la enfermedad, en otras palabras, la conducta dependerá de qué tan beneficiosa y factible le parezca al individuo, a esto se le conoce como beneficios y barreras percibidas para emprender acciones; en resumen, la susceptibilidad y severidad percibida le proporcionan al individuo la fuerza para actuar, mientras que la percepción de las barreras y beneficios marcan el camino de acción.

3.4.1 Teoría de la Conducta Planificada

Dentro del enfoque psicosocial, es importante mencionar una de las teorías más representativas para explicar el comportamiento, partiendo del supuesto de que los seres humanos son seres racionales que hacen uso sistemático de la información disponible (Guzmán et al., 2014). La Teoría de la Conducta Planificada o del comportamiento planificado (TCP), acuñada por el psicólogo social Icek Ajzen, busca comprender y predecir la conducta del individuo (Briones 2013). Para conseguirlo, Ajzen (1991) utiliza constructos que sirven de predictores para la conducta; dos de los constructos fundamentales son el control conductual percibido y la intención del comportamiento. La intención, es el esfuerzo que un individuo aplica para llevar a cabo una conducta. El control conductual percibido, formado por las creencias de control, se refiere a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para llevar a cabo un comportamiento, el individuo valora qué tan fácil o difícil es para él llevarlo a cabo, de tal

manera que, si la intención es constante es probable que el control conductual aumente la posibilidad de que todo resulte en una culminación exitosa. Es decir, tendrá más probabilidades de realizar una conducta aquel individuo que se percibe capaz de hacerla, en comparación de que aquella que no, ya que, a pesar de tener la misma intención, el control conductual percibido le brinda al individuo la perseverancia que requiere.

Además de la intención, Ajzen (1991) explica que existen otros 3 determinantes en la teoría: la actitud, el factor social y, el anteriormente mencionado, control conductual percibido. La actitud hacia el comportamiento, conformada por las creencias conductuales, se determina según la evaluación positiva o negativa que presenta un individuo ante determinada conducta (tomando en cuenta los resultados que tendrá y cómo evalúa los mismos); el factor social recibe el nombre de norma subjetiva, constituida por las creencias normativas, hace referencia a la presión social que percibe el sujeto para que haga o no la conducta, es un juicio que realiza el sujeto acerca de lo que los demás esperan que él haga. Estos son los tres elementos predictores, que hacen contribuciones para poder explicar las intenciones hacia la conducta.

3.4.2 La Teoría de la Conducta Planificada en Investigaciones de Salud

La TCP ha sido utilizada para la comprensión y predicción de conductas benéficas y de riesgo para la salud con la finalidad de diseñar e implementar intervenciones en los sectores con mayor necesidad de atención (Campos et al., 2019); sobre las conductas para la prevención de cáncer Grunfeld et al. (2003) realizaron un estudio para conocer las percepciones del cáncer de mama a lo largo de la vida, sus hallazgos indicaron que las creencias de las mujeres sobre el cáncer de mama variaron de acuerdo con la edad, encontraron que tanto la existencia de actitudes negativas así como el control conductual percibido negativo hacia la conducta de buscar atención

médica ante la aparición de síntomas del cáncer, fueron los principales predictores para determinar la intención de no buscar ayuda profesional en mujeres de 35 a 54 años. Además, en este grupo, las actitudes positivas resultaron ser un predictor significativo para la intención hacia la búsqueda de atención médica; mientras que las creencias negativas sobre las consecuencias asociadas con el cáncer de mama (que la enfermedad era incapacitante) afectaba especialmente a mujeres mayores de 65 años.

Otro estudio realizado por Drossaert et al. (2003) consistió en identificar los determinantes en los patrones de asistencia a las revisiones preventivas del cáncer de mama. Demostraron que las variables de la TCP están relacionadas con el inicio de la conducta, sin embargo, la relación disminuye para la predicción en el mantenimiento de esta. Por ejemplo, las variables explicaron 17% de la varianza en la segunda y tercera asistencia, pero, en la asistencia a sus revisiones preventivas de manera constante la varianza explicó 6%. Destacaron que el control percibido y las dificultades percibidas actuaron de forma independiente al predecir la conducta. Es decir, las mujeres podían sentirse capaces de volver a asistir, aunque lo consideraran una tarea difícil.

En relación con la detección de cáncer de próstata, Sieverding et al. (2010) realizaron una investigación para conocer cómo influyen las normas sociales en la intención y conducta de los hombres; encontraron que la intención de someterse a exámenes de monitoreo depende de la creencia normativa (lo que cree que los demás esperan que haga) y de la percepción del individuo sobre el comportamiento de otros hombres en la misma situación.

Por otro lado, también se han realizado estudios sobre diabetes, Gatt y Sammut (2008) presentaron sus hallazgos sobre los predictores de autocuidado en personas con diabetes tipo 2,

muestran que, tanto las actitudes como las intenciones varían de acuerdo con la percepción de los recursos disponibles, como facilitadores o limitantes, para desempeñar la conducta de autocuidado. Por ejemplo, las prácticas mayormente realizadas por los individuos son la toma de medicamentos y el cuidado de los pies, mientras que las menos realizadas son el ejercicio físico y la dieta alimentaria. Es decir, la probabilidad de realizar una conducta de autocuidado es mayor si ésta implica menor esfuerzo y cambio de estilo de vida; por lo que los autores refieren que las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido intervienen significativamente en la predicción de la intención conductual, destacando al control conductual percibido como el más representativo.

En otro estudio de Jannuzzi et al. (2014) acerca de las creencias sobre la adherencia al tratamiento de hipoglucemiantes orales, identificaron a las creencias conductuales (percepción de reacciones adversas, hipoglucemia, control de la glucemia), creencias normativas (referentes sociales para adherirse al tratamiento: personal médico, el cónyuge, otros enfermos, familiares) y creencias de control (costo del medicamento, número de dosis diarias, rutinas establecidas) como los determinantes de la adherencia terapéutica.

Sobre las investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias, Rodríguez et al. (2007) indagaron sobre la intención y el uso de drogas ilícitas en estudiantes mexicanos de educación media básica, encontraron que los consumidores presentaban una actitud significativamente positiva hacia el consumo de estas, en comparación con aquellos que nunca lo habían hecho. Además, hallaron diferencias en la norma subjetiva, pues los consumidores tienden a percibir mayor complacencia en su entorno hacia el consumo de drogas y están más dispuestos a ceder a la presión social para usarlas. Asimismo, mencionan que, a mayor número

de personas consumidoras en el entorno del individuo, la percepción de las consecuencias por consumo será menos negativa, propiciando la conducta.

Sobre el consumo de cocaína, Saiz (2009) realizó un estudio empírico utilizando las variables de la TCP como factores de riesgo en el consumo de la sustancia. Para ello, utilizó tres grupos: A (consumidores), B (consumidores en tratamiento) y C (no consumidores). El autor menciona que, tanto la actitud, la influencia del grupo y la intención eran las más favorables en el grupo A para el consumo de cocaína, además este grupo consideró que podía controlar su cantidad de consumo. Por otro lado, aunque los grupos B y C mostraron niveles muy inferiores al grupo A en todas las variables; el grupo B aún mostró un nivel de actitud superior al grupo C, así como mayor influencia social como agente detonante a reincidir. Sin embargo, ambos grupos, reportaron un rechazo a consumir la sustancia en un futuro y, a su vez, no creen tener el control sobre el consumo.

Asimismo, Guzmán et al. (2012) encontraron en una población de 558 jóvenes universitarios de la Universidad de Mazatlán, México que la intención de consumir marihuana es más alta en jóvenes que han sido consumidores alguna vez (65.5%), a diferencia de los que no (16.5%). La probabilidad de consumo es 6 veces mayor en hombres que en mujeres, donde la norma subjetiva muestra una relación positiva en el consumo de marihuana.

En cuanto a la conducta sexual, Asare (2015) utilizó la TCP para determinar el comportamiento de uso del condón entre los estudiantes universitarios de Estados Unidos, el autor encontró que las variables con mayor carga para la intención de realizar la conducta fueron la norma subjetiva, las creencias normativas, la actitud y el control conductual percibido, representando el 64% de la varianza. Fueron similares los resultados obtenidos por Disogra et al.

(2015) sobre la intención del uso de condón con la pareja estable en jóvenes universitarios, hallaron que la creencia positiva del sujeto sobre su referente (expectativa subjetiva de que los individuos o grupos importantes aprueben o desapruében la conducta), el control conductual percibido, así como la evaluación de consecuencias positivas hacia la conducta para la prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS) incrementa la intención de usar el preservativo durante las relaciones sexuales.

Además, en relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Banas et al. (2017), realizaron una investigación con el objetivo de predecir la adherencia a la terapia antirretroviral combinada para el VIH en Tanzania. Los autores concluyeron que el control conductual percibido (CCP) se asoció positivamente con las intenciones de adherencia. Más adelante, Mo et al. (2019) aplicaron la TCP para conocer los factores que obstaculizan la realización de la prueba del VIH en Hong Kong; encontraron una asociación significativa entre las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido con la intención de realizar la prueba de VIH.

3.4.3 La Teoría de la Conducta Planificada en Investigaciones sobre Búsqueda y Uso de Servicios de Salud

La TCP también ha demostrado ser eficaz para comprender la conducta de búsqueda y uso de servicios de salud; Han et al. (2006) entrevistaron a trabajadores coreanos con la finalidad de conocer los factores que intervienen en la intención de utilizar los servicios de salud, encontraron que tanto la actitud hacia la conducta como la norma subjetiva fueron positivamente

significativas para determinar la intención conductual, a su vez la intención y el control conductual percibido influyeron en la utilización de los servicios.

En otro estudio, ante la presencia de actitudes negativas y la escasa utilización de los servicios profesionales de salud mental en Hong Kong, Mo y Mak (2009) utilizaron la TCP para examinar las intenciones de búsqueda de ayuda y los factores que la dificultan. Encontraron que la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido y los obstáculos percibidos predijeron significativamente la intención de búsqueda de ayuda, en donde la norma subjetiva se destacó de entre los demás constructos en la población china en comparación del control conductual percibido, el cual contribuyó menos a la comprensión de la intención de buscar ayuda.

Mak y Davis (2013) utilizaron la TCP para comprender los factores relacionados con la intención de buscar servicios de salud mental en Macao. Para ello, entrevistaron a 337 personas de entre 18 a 65 años, encontraron que el modelo sugirió que los predictores significativos de la intención para predecir la intención conductual de búsqueda de ayuda fueron la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Deng et al. (2014) compararon la adopción de servicios de salud digitales en personas de mediana edad y de edad avanzada en China para conocer los factores que influyen en el uso de nuevas herramientas de atención y asesoramiento sanitarios. En ambos grupos de edad los predictores significativos de la intención para utilizar los servicios de salud fueron la actitud y el control conductual percibido. Observaron que cuanto más positiva era la actitud, más probable era la intención de comportamiento; sin embargo, la norma subjetiva no mostró ser un predictor significativo para ninguno de los grupos.

Ante el insuficiente uso de los servicios de salud occidentales (medicina convencional) por parte de la población china que reside en Reino Unido, Rochelle et al. (2015) realizaron una investigación que les permitió conocer las razones por las que esta población prefiere utilizar la medicina tradicional china (MTC) como recurso de atención sanitaria. Encontraron que la MTC era mayormente utilizada por mujeres, adultos mayores y personas con fuerte apego hacia la cultura china. Asimismo, la norma subjetiva mostró ser una variable representativa para realizar la conducta, ya que quienes elegían este recurso sanitario reportaron haber estado influenciados por personas importantes para ellos que les motivaron a llevarla a cabo; los autores destacaron que la TCP fue eficaz para explorar el uso de la MTC en su estudio.

Bohon et al. (2016) mencionaron que la TCP resultó útil para comprender y predecir las intenciones en la búsqueda de atención ante la depresión en estudiantes universitarios. Su investigación demostró que las actitudes positivas sobre la atención profesional y el control conductual percibido positivo fueron predictores significativos en la intención de buscar servicios de salud mental, en comparación con la norma subjetiva. Sin embargo, Guillén (2017) destaca que la norma subjetiva es la variable más representativa para predecir el uso de servicios médicos en mujeres con embarazos de alto riesgo, ya que las mujeres que reportaron contar con el apoyo de un referente cercano que les incitara a solicitar una consulta médica preventiva antes del embarazo tuvieron mayor probabilidad de recibirla.

Devoy y Simpson (2017) investigaron los factores que incrementan las intenciones de buscar ayuda profesional para el diagnóstico temprano de demencia en adultos irlandeses, sus hallazgos mostraron que las variables de la TCP representaron casi 28% de la varianza, de la cual, 6% respecta a la norma subjetiva (amigos, familiares, profesionales de salud), siendo ésta,

junto con el conocimiento sobre la demencia, los dos principales predictores para la búsqueda de atención médica. Para conocer los factores que dificultan la búsqueda de los servicios de atención de salud mental en veteranos de guerra, Siegel et al. (2018) realizaron entrevistas a exsoldados alemanes para obtener las creencias sobre el uso de los servicios de salud mental. Por un lado, las creencias conductuales (creer no necesitar ayuda de otros para resolver sus problemas) resultaron ser un obstáculo relevante para no realizar la conducta, en segundo lugar, las creencias normativas (presión por parte de los referentes importantes para buscar ayuda, lo que otros piensan sobre ellos o lo que otros les dicen que hagan) determinaron en gran medida buscar o evitar la atención profesional. Finalmente, las creencias de control fueron más influyentes en la conducta de algunos individuos que el resto de las variables. Por ejemplo, algunos veteranos mostraron una actitud positiva a los servicios de salud mental y a su vez consideraron necesitarlos. Sin embargo, el temor a la estigmatización, exclusión y discriminación social (falta de control subjetiva a las reacciones de los otros) les impedían llevarlo a cabo.

Recientemente, Li et al. (2020) realizaron un estudio para identificar los factores que determinan la intención de utilizar servicios de salud en línea que ofrecen los hospitales digitales en China, al entrevistar a 638 pacientes con enfermedades crónicas, hallaron que la actitud y el control conductual percibido fueron los predictores significativos para la intención de utilizar los servicios de salud en línea, ya que cuando el uso de los servicios era percibido como una tarea sencilla, la disposición a utilizarlos era más fuerte. En general, las investigaciones mencionadas, concuerdan en que las variables de la TCP han generado hallazgos relevantes en la comprensión y predicción de diferentes conductas en salud.

Capítulo IV. Autoatención como Primera Opción de Tratamiento ante la Enfermedad

Según Berenzon et al. (2009a) existen distintos sistemas de atención en salud que coexisten en la sociedad actual, la diversidad de conocimientos permite al individuo utilizarlas simultánea e intermitentemente en su vida para prevenir y tratar malestares, alternando y combinando entre prácticas curativas, servicios de salud formales e informales. El autocuidado y la autoatención son dos elementos fundamentales en el proceso salud-enfermedad de un individuo, son conductas encaminadas a la prevención y atención personal, en ambos casos la intervención es únicamente responsabilidad del individuo, quien efectúa acciones a favor de su salud sin control o vigilancia médica profesional. El autocuidado es un conjunto de prácticas individuales de carácter preventivo y de promoción de la salud, integradas en las actividades cotidianas de una persona. La autoatención hace referencia a procedimientos empleados a nivel individual o grupal para el diagnóstico, atención, control y solución a un problema de salud.

A pesar de existir diferencias en la definición de autocuidado y autoatención, comúnmente son utilizados como sinónimos por algunos autores. Por ejemplo, la OMS (1998) define al autocuidado como un conjunto de acciones que la gente realiza individualmente con la finalidad de mantener o recuperar su salud. Este concepto abarca la higiene (personal y general), nutrición, estilo de vida (actividades deportivas y ocio), factores ambientales (condiciones de vida y hábitos sociales), factores socioeconómicos (el nivel de ingresos y creencias culturales) y automedicación.

Ante la confusión que surge entre los términos, Ramírez et al. (2013) proponen que ambos conceptos, sean considerados de manera independiente, ya que de esta manera se favorece

la comprensión y el discernimiento de los tipos de cuidados y tratamientos autoadministrados. Es decir, considerar únicamente a las prácticas preventivas realizadas de manera cotidiana por un individuo sano, para mantener su estado de salud como autocuidados; y, por otro lado, contemplar la autoatención como acciones que realiza un individuo ante la percepción de un síntoma o malestar para aminorar o desaparecer sus efectos. En otras palabras, autocuidado es un conjunto de medidas de prevención y promoción de la salud, mientras que autoatención es un método autoadministrado para aliviar algún malestar.

4.1 Autocuidado

La salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s. f.) esta definición se ha mantenido sin modificaciones desde 1948. Rodríguez y García (1996) consideran que, a partir de esta definición la salud dejó de ser comprendida como la ausencia de enfermedad para sumar los elementos psicológicos y sociales al elemento biológico preexistente, dando como resultado el entendimiento integral actual de la salud, de esta manera, los factores determinantes del proceso de salud-enfermedad fueron reconocidos como: personales, grupales, sociales y culturales. Los nuevos factores psicosociales amplían la concepción de salud hacia la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables, no solo a la implicación preconcebida de las enfermedades físicas

Cancio-Bello et al. (2020) plantean que, para conservar el estado óptimo de salud el individuo necesita de una estrategia que le permita prevenir las enfermedades y promover conductas saludables. Esta estrategia se conoce como autocuidado. El autocuidado le permite a

una persona llevar a cabo el mantenimiento integral de su salud de manera autónoma, en donde es él mismo quien se encarga de favorecer su propio bienestar. Para Tobón:

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (2003, p. 3)

Orueta et al. (2008) postulan que el autocuidado sirve como una manera de prevención de enfermedades, reducción de síntomas y promoción de la salud. Sillas y Jordán (2011) se refieren al autocuidado como aquellas acciones que son asumidas por las personas a favor de su salud, por las cuales se promueve la realización de conductas positivas para prevenir enfermedades, ya que es responsabilidad del individuo fomentar y conservar un estado de salud favorable. Para llevar a cabo esta conducta a largo plazo, son necesarios el conocimiento, habilidad, la motivación y el apoyo profesional de los servicios de salud; al consolidar esta conducta, el individuo es capaz de reconocer y satisfacer sus necesidades sanitarias con las acciones adecuadas que le garanticen un correcto funcionamiento y desarrollo personal; además, los autores destacan la existencia de factores externos e internos, que afectan la ejecución de autocuidado en el individuo, estos factores pueden ser la edad, la familia, el género, el estilo de vida, el desarrollo o el estado de salud, pues para que el autocuidado pueda realizarse, no solo debe ser razonado e intencional, sino que también se debe contar con los recursos necesarios.

La teoría del Autocuidado de Dorothea Orem según Solano et al. (2015) plantea que los cuidados que realiza el individuo para sí mismo o para otro con alguna necesidad sanitaria, son actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Esta teoría contempla que el autocuidado es un comportamiento aprendido al que se recurre de forma constante en situaciones específicas a lo largo de la vida, debe ser visto como una contribución propia e intencionada al bienestar personal. Es decir, que siempre es realizada para satisfacer un propósito u objetivo de salud. El individuo hace una investigación sobre su situación, reflexiona sobre los posibles procedimientos para resolver el problema y decide tomar determinado camino de acción considerando sus circunstancias, posibilidades percibidas y el resultado o consecuencia que espera obtener al realizar la conducta en cuestión. Para que el funcionamiento vital del individuo sea óptimo, éste debe desarrollar a diario una serie de acciones de autocuidado, tales como preparar sus alimentos, asearse, abrigarse adecuadamente, dormir lo necesario, entre otras actividades básicas.

Además, Orem (1993) explica que el individuo experimenta tres clases de necesidades vitales llamadas requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universales: se refieren a las necesidades que se mantienen estables en el ciclo de vida para su conservación, incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (alimentación, respiración, descanso, interacción social).
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: contempla las necesidades específicas en función de la etapa vital del individuo (vejez), las condiciones cambiantes, o los acontecimientos repentinos (embarazo, duelo, etc.).

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: surgen ante un padecimiento o enfermedad, las acciones van encaminadas a la recuperación de la salud, al control, disminución o regulación del impacto de la enfermedad.

Una vez que la enfermedad afecta el estilo de vida del individuo, se espera que éste sea capaz de reestructurar sus acciones de autocuidado habituales y enfocarlas a la situación que enfrenta en ese momento. Orem (1993) plantea que el individuo debe buscar ayuda profesional, comprender los efectos del padecimiento en su salud, adherirse al tratamiento prescrito, asimilar los cambios modificando su autoconcepto al de alguien con necesidades sanitarias y adquirir un nuevo estilo de vida con hábitos saludables en donde las consecuencias de la enfermedad sean aceptadas e integradas.

Para Orem (1993) el autocuidado está formado por dos dimensiones que pueden ser comprendidas como los factores determinantes de la conducta. La primera es la dimensión de las condiciones internas, es de carácter personal y voluntario: la conciencia del estado de salud individual, el autoconcepto, elecciones personales, propósito consciente, planeación y disponibilidad de recursos personales. La segunda es la dimensión de condiciones externas, en ella se encuentran los factores que provienen del entorno en donde se desarrolla el individuo: las personas cercanas, acontecimientos sociales, la cultura, el sistema sanitario y la familia.

Por otro lado, la perspectiva de Oltra (2013) destaca el papel de la percepción del estado de salud individual para llevar a cabo una conducta saludable; menciona que el autocuidado tiende a incrementar cuando un individuo se percibe vulnerable ante una situación que pudiera

poner en riesgo su salud, esto propicia la necesidad de desarrollar e implementar estrategias para mitigar el riesgo de enfermar o morir.

Además de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, Nola Pender aborda la conducta de salud y por lo tanto la del autocuidado mediante el Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Este plantea que la promoción de la salud y los estilos de vida saludables dependerán de factores cognitivos-perceptuales, los cuales hacen referencia a las concepciones, creencias e ideas individuales sobre la salud que actúan como generadores de determinadas conductas y de la toma de decisiones en salud (Reyes, 2007, como se citó en Giraldo, 2010). Esta concepción visualiza al individuo de forma integral, en el que intervienen las fortalezas, la resiliencia, potencialidades y sus capacidades (Pender, 2000, como se citó en Giraldo 2010).

De los principales componentes del modelo, que se involucran en la promoción o cambio de la conducta saludable se encuentran las siguientes dimensiones mencionadas por Aristizábal et al. (2011):

- Conducta previa relacionada: Establece el posible efecto de las experiencias anteriores en las conductas de salud.
- Factores personales: Se refiere a la capacidad predictiva del aspecto biológico, psicológico y sociocultural del individuo.
- Conocimientos y afectos específicos de la conducta (sentimientos, emociones, creencias):
 - Beneficios percibidos por la acción: expectativa positiva previa que influye en la conducta favorable.

- Barreras percibidas para la acción: desventajas u observaciones negativas que podrían ser obstáculos para llevar a cabo la conducta favorable.
- Auto eficacia percibida: percepción de capacidad o competencia de sí mismo para comprometerse con la conducta de salud.
- Afecto relacionado con el comportamiento: emociones directas hacia los pensamientos de determinada conducta de salud, ya sean favorables o desfavorables.
- Influencias interpersonales: expectativas de comportamiento de los otros individuos importantes.
- Influencias situacionales: la influencia del entorno.
- Compromiso para un plan de acción: es el precedente inmediato a la conducta saludable o promotora de la salud, conformado por la influencia de los conceptos anteriores.
- Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: es decir, conductas sobre las cuales el individuo tiene bajo control debido a que provienen de contingentes del entorno; las preferencias se refieren a las acciones dirigidas a elegir algo y sobre las cuales se tiene un control alto.

Por lo tanto, el MPS manifiesta la influencia de las características y experiencias previas del individuo, aunadas al conocimiento y afectos individuales hacia la conducta saludable en la participación y compromiso que tendrá el individuo con respecto a los comportamientos saludables (Aristizábal et al., 2011).

Según Cancio-Bello et al. (2020) tanto el modelo de Orem como el de Pender son considerados hoy en día de los más influyentes para explicar la conducta saludable, además ambos modelos coinciden en sus argumentos centrales, depositando en el individuo la responsabilidad y la participación activa con respecto a las decisiones en su estilo de vida y su capacidad para mantenerse saludable, así como el papel de la sociedad en la transmisión de los conocimientos. Ambos modelos reconocen a la individualidad como un elemento importante en la predicción de la conducta de autocuidado, pues en ella radica la variabilidad del resultado final entre uno y otro individuo según su personalidad y su madurez psicológica.

4.1.2 Investigaciones sobre Autocuidado

Se han realizado investigaciones para determinar cuáles son los factores que propician y limitan la conducta de autocuidado. Por ejemplo, en pacientes con diabetes tipo 2, Krein et al. (2005) hallaron una relación significativa entre el dolor crónico y el autocuidado deficiente. Es decir, los pacientes con dolor crónico tenían dificultades para seguir las recomendaciones médicas como los planes de alimentación, la actividad física y la toma de medicamentos. Por el contrario, Amador et al. (2007) encontraron que el apoyo familiar es el principal factor asociado para llevar a cabo el autocuidado en este tipo de pacientes.

Asimismo, Guerrero et al. (2017) identificaron que la percepción positiva de autoeficacia se relaciona significativamente con la presencia de conductas de autocuidado, cuando el individuo percibe la presencia de recursos que le facilitan el cuidado personal éste exhibe más conductas preventivas. Cabe mencionar que, una posible limitante es la alteración del estado emocional del individuo ante el diagnóstico de la enfermedad (diabetes tipo 2), ya que éste

podría desencadenar síntomas de ansiedad y depresión, afectando la percepción de autoeficacia hacia el autocuidado y, por lo tanto, disminuyendo la conducta.

En un estudio acerca de las creencias de salud en adultos jóvenes, Galdames et al. (2019) encontraron que el autocuidado, las creencias y las conductas en salud, estuvieron determinados por la crianza y el apoyo de otras personas significativas al individuo que promovieron acciones saludables mediante la motivación y la retroalimentación. Para los participantes, el acceso a la información en redes sociales, medios de comunicación y publicaciones científicas, representó una importante fuente de información para adquirir el conocimiento sobre autocuidado.

La Teoría de la Conducta Planificada ha sido utilizada para conocer algunos de los factores que intervienen en la realización de medidas preventivas en salud individuales. Por ejemplo, sobre el manejo del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Damayanti et al. (2018) seleccionaron a 126 pacientes que mostraron un aumento de autocuidado en función del nivel académico e intención; de forma indirecta la autoeficacia, la actitud y la norma subjetiva intervinieron en la gestión del autocuidado por medio de la variable intención.

Ab Malik et al. (2018) examinaron los autocuidados de higiene bucal en pacientes con accidente cerebrovascular; encontraron asociaciones significativas entre las variables de la TCP y la intención del autocuidado bucal. Asimismo, el conocimiento, la capacitación, el acceso a las guías y kits de higiene bucal mostraron ser factores relevantes para el aumento en la intención y la realización de la conducta de autocuidado. Pourmand et al. (2020) evaluaron los factores que intervienen en comportamientos de autocuidado para controlar la hipertensión; el control conductual percibido fue el principal predictor de la conducta. Los pacientes que percibían un

menor control sobre sus conductas mostraban una probabilidad reducida de efectuar los autocuidados; los pacientes más jóvenes presentaron mayor influencia por parte de las normas subjetivas, mientras que, en los pacientes de edad avanzada, se observó una relación débil entre intención y conducta.

En Irán, Morowatisharifabad et al. (2020) realizaron un estudio sobre los determinantes del autocuidado en pacientes con osteoartritis de rodilla. Según los resultados obtenidos, el autocuidado tuvo una correlación positiva con los constructos de la TCP, estos predijeron 8% de la varianza de la intención y 16,2% de la varianza de las conductas de autocuidado de la osteoartritis, la actitud, las normas subjetivas y el control conductual percibido predijeron 8% de la varianza de la intención, en donde el control conductual percibido fue el principal predictor de ésta.

En resumen, es posible considerar al autocuidado como una práctica positiva que se relaciona con la conservación de la salud mediante prácticas cotidianas de carácter preventivo. Éstas pueden ser recomendadas por personal médico y por campañas de promoción de la salud para el conocimiento público; los autocuidados representan conductas saludables, favorables para el individuo que las lleva a cabo y para reducir los gastos en salud. La TCP también ha sido utilizada para comprender las limitaciones que pudieran dificultar la realización de autocuidado en diferentes tipos de poblaciones y para generar intervenciones que promuevan su uso.

4.2 Autoatención

Menéndez (2003) explica que los procesos sociales, económicos y culturales son los factores que permiten la búsqueda, creación y resignificación de múltiples formas de atención con el propósito de desarrollar estrategias de supervivencia en función de las necesidades y posibilidades de los conjuntos sociales y conseguir así, un estado de equilibrio en salud. El individuo experimenta cotidianamente múltiples padecimientos leves (dolores musculares, fiebre baja, resfriados, dolor de cabeza, estados de tristeza, golpes, pequeños accidentes) con los que convive y aprende a solucionar por medio de la autoatención. Estos padecimientos no llegan a ser notificados a los sistemas de salud a menos de que llegaran a agravarse o perduren por un tiempo prolongado.

Medina (1998) definió el concepto de autoatención como una intervención por parte del individuo ante un padecimiento, en donde él mismo realiza un primer diagnóstico y determina el tratamiento para atender su enfermedad sin la supervisión directa de personal médico profesional o sanadores calificados. Por lo general estas prácticas para recuperar la salud son decisiones tomadas en el entorno doméstico, especialmente en los sectores populares; en ocasiones son aprobadas y transmitidas por personas cercanas al individuo (familia, amigos, conocidos), incluyen: el uso de remedios caseros, objetos o productos terapéuticos de origen folclórico o religioso, no hacer nada o utilizar recetas médicas almacenadas que habían sido anteriormente expedidas por un médico.

Boltansky (1975) explicó que la difusión del conocimiento médico da lugar a la reinterpretación del mismo por parte del individuo, extrayendo conceptos del discurso y contexto

médico para integrarlas mediante su propio entendimiento a la cultura y a sus saberes preexistentes; el proceso de reinterpretación es posible por medio de la comprensión y memorización del conocimiento, sin embargo, la reproducción verbal muestra que la comprensión no es siempre precisa y en ocasiones esto es debido a la escasez de capital cultural¹⁷ del individuo:

Cuanto mayor es la distancia social entre el médico y su enfermo, tanto menos servirán la memorización y la reproducción por parte del enfermo de los términos científicos empleados por el médico para modificar la imagen que el enfermo tiene de su cuerpo o para aumentar el número y la diversidad de las sensaciones corporales, porque las nuevas categorías tomadas de la ciencia, al igual que las palabras que las sustentan, se verán inmediatamente absorbidas por las categorías más antiguas y más generales, que el enfermo utiliza y que le resultan familiares (Boltansky, 1975, p. 30).

“La estructura de autoatención puede incluir prácticas de los sectores dominantes y en su búsqueda de apropiación de los conocimientos, los cuales se transforman y se convierten en nuevos conocimientos populares, luego de haber sido estos conocimientos yuxtapuestos y sintetizados” (Paredes, 2006). Ramírez et al. (2013) mencionan que, en México, la población adquiere de la medicina popular un conjunto de prácticas y conocimientos de atención, que se apropia para sí misma, convirtiéndolos en autoatención que utilizará según sus necesidades sanitarias de acuerdo con las posibilidades económicas, simbólicas y sociales percibidas.

¹⁷ “Comprende las representaciones, conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes que desarrolla el ser humano con base en sus experiencias familiares y contextuales, aunado a ello surgen expectativas escolares de acuerdo con el modelo de sociedad y sus requerimientos formativos” (Chacón et al., 2015).

Menéndez (2018) explica que la primera acción que realiza un individuo o un microgrupo ante la percepción de una enfermedad es, frecuentemente, la autoatención; esta conducta implica no recurrir en primera instancia a ningún profesional de salud. En su lugar se consulta a personas que no se desempeñan como personal médico, pero que son cercanas al individuo (amigos, compañeros de trabajo o vecinos); la decisión de asistir a una institución de salud está determinada en función de las formas de atención que el individuo y su microgrupo aceptan y reconocen de acuerdo con sus posibilidades económicas, socioculturales y geográficas. Además, otra característica de la autoatención es la autonomización del tratamiento médico, ya que en el proceso de seguir el tratamiento brindado por el médico existirán modificaciones realizadas por el individuo en su afán por personalizar el tratamiento según su experiencia pasada, su sentir y sus conocimientos previos.

4.2.1 Tipos de Autoatención

Menéndez (2003) propone la distinción de los diferentes tipos de atención sanitaria encontrados en México, de las cinco categorías mencionadas por el autor, se pueden extraer tres principales conceptos en relación con las prácticas de autoatención:

- Atención biomédica: hace referencia a la salud profesional ofrecida por el sistema de salud en sus distintas instituciones oficiales públicas y privadas; también se toma en cuenta la medicina complementaria y tradicional.
- Atención popular: se refiere a hueseros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, chamanes, figuras religiosas, santos y referencia y actividades curativas de distintos cultos.

- Centrada en autoayuda: organizaciones destinadas al apoyo de una sociedad con problemas en común como alcohólicos o neuróticos anónimos.

Dehonor (2019) considera 4 categorías sobre distintas prácticas y estrategias de autoatención:

- Remedios caseros: baños, infusiones y pomadas regularmente se preparan con hierbas, flores o plantas y por lo general son recomendados por familiares o amigos.
- Automedicación: consiste en el uso de fármacos sin prescripción médica.
- Actividades físicas: ejercicios aeróbicos, yoga, caminata, ejercicios de relajación.
- Redes informales de apoyo: son las relaciones personales basadas en vínculos afectivos que no son personal profesional de atención sanitaria, tales como la familia extensa, las amistades, compadrazgos, compañeros de trabajo y grupos vecinales (p.34).

Un recurso de autoatención frecuentemente utilizado es la automedicación. El Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2017) define a la automedicación como un proceso en el que el individuo percibe algún síntoma o enfermedad en su organismo que le lleva a buscar y adquirir un medicamento que administrará sin ninguna asesoría profesional, a su vez, medicamento debe entenderse no solo como aquellos productos farmacológicos de la biomedicina, sino también a los productos herbolarios comerciales o preparaciones caseras elaboradas por el mismo individuo, así como los medicamentos de la medicina tradicional.

Loyola et al. (2004) encontraron que, dentro de la automedicación además del consumo de medicamentos industrializados o manipulados y el uso de remedios caseros (tés, hierbas, etc.)

ésta incluye prácticas como: adquirir medicamentos sin receta, distribuir y reutilizar recetas antiguas para comprar medicinas, compartir medicinas con familiares y conocidos del entorno social, utilizar sobras de medicinas almacenadas en casa, no seguir adecuadamente las indicaciones de la prescripción profesional al prolongar o interrumpir demasiado pronto el tratamiento, o bien, al disminuir o aumentar la dosis prescrita.

La automedicación, favorece el uso irracional de estos recursos terapéuticos; generando problemas, tales como: la resistencia a antibióticos, ineficacia terapéutica, aparición de reacciones adversas, presencia de efectos tóxicos e interacciones farmacológicas severas; incrementando los costos de tratamientos en los pacientes y reduciendo la calidad de vida de estos (Gómez et al., 2009).

Ahora bien, si la automedicación es considerada una práctica nociva y riesgosa para la salud de quien acostumbra a utilizarla, la OMS (2000) considera que, de hacerse adecuadamente puede ser beneficiosa. A esta práctica se le conoce como automedicación responsable y consiste en la utilización de medicamentos que tienen permitida la venta sin receta médica. Estos deben contar con indicaciones específicas de uso, mencionar explícitamente los efectos secundarios, las precauciones y advertencias que le permiten al consumidor conocer cuándo buscar asesoramiento profesional al no notar mejoría. Sin embargo, la recomendación para pacientes con enfermedades crónicas o recurrentes es que el uso de los medicamentos auto administrados sea solo posterior a un diagnóstico médico inicial. “La automedicación responsable, es el uso de un medicamento registrado o monografiado legalmente disponible sin receta médica, ya sea por iniciativa propia o siguiendo el consejo de un profesional de la salud. El uso de medicamentos

recetados sin receta médica previa no forma parte de la automedicación responsable”

(Asociación Médica Mundial, 2017).

Se han realizado diversas investigaciones sobre las prácticas de autoatención en salud, incluyendo a la automedicación como uno de los recursos mayormente utilizados. Solís y Medina-Mora (1994) analizaron la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), explican que, ante un problema de salud mental, la población sin distinción de sexo acudió al consejo de familiares o amigos para solucionar su malestar, posteriormente probaron con remedios caseros y la automedicación. Sus hallazgos demuestran la importancia que los individuos adjudican a las redes de ayuda informales por sobre los servicios de salud profesionales.

Mora e Ito (2005) realizaron un estudio en una comunidad marginal al sur de la Ciudad de México, para conocer el afrontamiento de padecimientos emocionales. Sus resultados arrojaron que los recursos utilizados son el apoyo familiar (especialmente la familia nuclear, cuando ésta no se encuentra disponible, entonces se recurre a familiares cercanos), amigos, conocidos, compañeros de trabajo, la espiritualidad (Dios) y afrontar el padecimiento por sí mismos. Las mujeres y los hombres difieren en las estrategias de afrontamiento, las mujeres hacen frente a un padecimiento emocional mediante el descanso, tomar el sol, darse ánimo a sí mismas, buscar compañía, hacer ejercicio, controlar sus nervios y ser fuertes. Por otro lado, los hombres utilizan el alcohol como método para aminorar un malestar emocional o cualquier problema cotidiano de tipo económico, laboral o de pareja.

Barragán (2006) realizó una investigación en un grupo de familias mexicanas, en donde las prácticas de autoatención representaron la primera búsqueda de tratamiento en 95% de los casos. Algunas de las acciones consistieron en: medidas de alimentación, higiene, ingesta de infusiones y plantas medicinales, remedios tópicos (pomadas o cremas) y automedicación con productos farmacológicos.

En un estudio de Berenzon et al. (2009b) sobre trastornos depresivos y de ansiedad en México, 52.5% de su muestra realizó habitualmente prácticas de autoatención ante algún problema emocional. Las mujeres reportaron mayor frecuencia en el uso de éstas, en especial cuando su nivel de escolaridad era bachillerato y superior o cuando se padece algún trastorno. Los tipos de autoatención utilizados por las mujeres fueron las redes de apoyo y uso de remedios caseros, mientras que los hombres recurren a actividades físicas, redes de apoyo, masajes y consultar con un brujo. Sin embargo, ambos sexos mencionaron recurrir a sacerdotes católicos y grupos de autoayuda como técnica de autoatención. Por lo tanto, las creencias espirituales mostraron ser un aspecto fundamental en la toma de decisiones para recuperar la salud mental.

Una investigación en pacientes de instituciones de salud en México, realizada por Ramírez et al. (2013) plantea que, antes de asistir a los servicios de salud, la primera opción para tratar los padecimientos en hombres y mujeres fue la autoatención, ésta suele ser recomendada o administrada por una mujer cercana al individuo como la madre, abuela o tía a partir de su experiencia. Por otra parte, los tipos de autoatención y la percepción de un malestar varían según el sexo ya que, al percibir un síntoma, las mujeres utilizaron remedios caseros, hicieron dietas, se automedicaron con analgésicos, antiinflamatorios o antiácidos y solo recurrieron a la atención

médica profesional cuando los síntomas no mejoraron con la autoatención. Mientras que, los hombres subestimaron los síntomas hasta que la atención profesional llegó a ser una necesidad urgente, esta actitud indiferente fue justificada por las pérdidas laborales o académicas que implicaría ausentarse para recibir atención sanitaria.

Ramírez et al. (2013) destacan que, a pesar de haber recibido tratamiento médico en condiciones graves de salud, algunos pacientes reportaron haberlo abandonado al notar mejorías en su salud y, en su lugar, continuaron ingiriendo remedios caseros, tés, plantas medicinales o medicamentos recomendados por conocidos, con la finalidad de solucionar así su enfermedad permanentemente.

Meneses (2007) realizó un estudio para evaluar el patrón de automedicación en consumidores de una farmacia comunitaria, 62% de la población adquiría productos sin haber acudido a consulta médica, 8% correspondía a enfermos crónicos y el otro 54% simplemente acudía sin receta, sólo la minoría (38%) presentó receta. Las edades del grupo automedicado abarcaban de los 25 a 45 años; su escolaridad varió en: educación secundaria, media superior y superior con y respectivamente. Sin embargo, la autora menciona que quienes menos se automedicaron tenían la escolaridad más baja, es decir primaria inconclusa y sin estudios. A la población se le preguntó sobre la frecuencia con la que acudía a servicios de salud ante la presencia de síntomas para determinar si esta era siempre (11%), de vez en cuando (46%) o casi nunca (43%). Finalmente, en cuanto a las motivaciones reportadas que conducen a la automedicación las respuestas incluyeron, la influencia de la publicidad, el costo de una consulta médica y creer conocer el medicamento que adquirirían.

4.2.2 Factores Asociados a Autoatención

Respecto a los factores asociados sobre autoatención, Yuefeng et al. (2012) explican que la conducta de autoatención deriva de la interacción entre factores internos y externos como la edad, educación, profesión, comportamientos de salud, estado de la enfermedad, el hogar, los medios de comunicación, circunstancias económicas, accesibilidad y calidad del sistema de salud. Además, los autores mencionan que la zona de residencia mostró ser un factor importante para recurrir a la autoatención ya que vivir en áreas urbanas de China aumentó la probabilidad de recurrir al autotratamiento en lugar de buscar atención médica, en comparación con los habitantes de zonas rurales quienes mostraron mejor disposición para utilizar los servicios médicos.

Dehonor (2019) menciona que, las estrategias de autoatención empleadas por adultos mayores son: buscar el apoyo familiar y de amigos, utilizar remedios caseros debido a que son percibidos como un tratamiento eficaz, natural e inocuo y buscar ayuda religiosa por parte de un sacerdote con la finalidad de sentir fortaleza, ánimo y bienestar. Para Galdames et al. (2019) el tipo de autoatención que lleve a cabo un individuo dependerá en gran medida de sus experiencias tempranas con la enfermedad y el método que sus cuidadores empleaban para restablecer el estado de salud, estos tratamientos brindan un efecto de alivio que propicia el convencimiento de su efectividad en el individuo.

Con respecto a la conducta de automedicación como un tipo de autoatención, Soto y Roa (2004) indican que, los familiares suelen recomendar y definir la dosis de un medicamento no recetado en 76%, la influencia de amigos abarca 4% y 15% de los individuos determina por

cuenta propia el tratamiento a seguir. Además, los medicamentos pueden ser adquiridos mediante terceras personas (36%) o por el individuo enfermo (64%). Gómez et al. (2009) refieren que la automedicación suele ser mayor en mujeres (61.1%), población adulta (93.4%) y en individuos con limitaciones para acceder a servicios de salud (60%); además, la recomendación de fármacos por parte de un familiar es un factor significativo para llevar a cabo la conducta.

Para Guillem et al. (2010) el hábito de informarse sobre el uso responsable de medicamentos resultó ser un factor importante para evitar la automedicación. Las mujeres mostraron mayor consumo de analgésicos, antiinflamatorios, antigripales y antidepresivos, mientras que los hombres consumieron en mayor cantidad antibióticos, por lo tanto, el tipo de productos elegidos para la automedicación puede variar según el sexo. Sánchez y Nava (2012) detectaron que los principales motivos que llevan a la automedicación en estudiantes de enfermería son: la comodidad que implica administrar el fármaco por cuenta propia, la falta de tiempo para acudir a servicios de salud, percibir levedad en los síntomas y creer conocer lo suficiente acerca de los medicamentos consumidos.

Un estudio sobre el uso de antibióticos sin receta realizado por Widayati et al. (2012) reveló que los principales factores que incentivaron la automedicación fueron: el ahorro económico y de tiempo en el tratamiento, la disminución en la cantidad de medicamentos administrados (ya que los individuos elegían y consumían sólo los medicamentos que consideraron necesarios para el tratamiento, mientras que al asistir a los servicios médicos la elección no es posible), la facilidad en el acceso a los fármacos mediante venta libre y experiencias previas de automedicación que resultaron de manera exitosa. Cabe mencionar que

la recomendación de amigos y familiares participó de manera relevante en la decisión de automedicarse. Por otra parte, los obstáculos percibidos fueron los resultados deficientes de la autoprescripción, los posibles efectos adversos y el temor a desarrollar resistencia a los antimicrobianos, sin embargo, la muestra mostró una intención favorable hacia la automedicación.

Para Shaghghi et al. (2014) la automedicación puede ser un recurso primario de atención ante: la percepción de una enfermedad leve, costos elevados de los servicios médicos, falta de tiempo para acudir a revisiones médicas, los tiempos de espera para recibir consulta y considerar tener la experiencia suficiente para auto recetarse según experiencias previas exitosas.

Salazar et al. (2018) menciona que la automedicación con antibióticos está relacionada significativamente con la edad y el nivel académico; ser menor a 35 años implica un factor de riesgo, mientras que tener menos de 12 años de educación académica actúa como factor protector. Otro estudio hecho por Del Toro et al. (2017) menciona que la automedicación ocurre debido a factores como: la falta de tiempo para asistir a revisión médica (22.7%), obstáculos en el acceso a servicios de salud (21.3%), influencia familiar (49.3%), influencia de amigos (22.9%) y no percibir gravedad en los síntomas presentados; además, el individuo juega un papel crucial en la promoción de la conducta, ya que 64.7% recomienda medicamentos y productos herbales que ha ingerido a familiares y otros con sintomatología similar a la que experimentó, fomentando la automedicación.

Quispe (2020) observó que la automedicación en pacientes pediátricos administrada por parte de sus cuidadores es una práctica habitual adjudicada al grado de instrucción sobre el

medicamento, el ingreso económico familiar, la confianza hacia las recomendaciones no profesionales y el acceso a redes sociales e internet para obtener información del medicamento administrado como los principales factores asociados a la conducta. Además, encontró que 16.5% de los cuidadores mostraron preferencias al tratamiento farmacológico, mientras que 34.2% y 49.2% se inclinan por tratamientos naturales o por el uso combinado de ambos, respectivamente.

4.2.3 Investigaciones de Autoatención con el Modelo TCP

El estudio sobre las conductas de autoatención, en particular la automedicación, también han sido abordadas desde la TCP, por ejemplo, Mohammadi et al. (2013) encontraron que el conocimiento, la actitud, normas subjetivas, control conductual percibido e intención fueron predictores significativos para el uso de los medicamentos a base de hierbas en mujeres de Qazvin, Irán; las variables de la TCP predijeron 57% de la varianza en la conducta, especialmente la actitud y el CCP.

Arroyo (2014) realizó un estudio en Costa Rica sobre automedicación en donde los participantes reportaron hacer uso de diversos tipos de analgésicos. Dentro de los alopáticos se mencionan pastillas, cremas, jarabes, inyecciones, gotas e inhaladores; en cuanto a los no alopáticos, remedios naturales y productos homeopáticos. 41.3% de la muestra consumió analgésicos sin receta médica una semana anterior al estudio, la mayoría fueron mujeres, personas con baja escolaridad y adultos mayores. Se encontró que, a pesar de asistir a consulta médica en alguna institución de salud, el consumo de analgésicos sin receta era persistente debido a los fármacos que se proveen en el centro de atención sanitaria. Ante la facilitación del

analgésico, los pacientes tienen la posibilidad de consumirlo, almacenarlo, compartirlo, cambiarlo o regalarlo propiciando la automedicación. La actitud, el control conductual percibido y la intención fueron relevantes para predecir el consumo de analgésicos, la norma subjetiva no resultó ser relevante en el estudio. Sin embargo, las actitudes positivas hacia los analgésicos, así como el control conductual percibido muestran ser predictores significativos para la automedicación.

McIntyre et al. (2017) utilizaron la TCP para identificar los determinantes individuales en el consumo de productos herbolarios sin prescripción para aliviar síntomas de ansiedad en adultos australianos y a su vez predecir la intención de automedicarse. Encontraron que la actitud, normas subjetivas, CCP y los síntomas de ansiedad fueron los principales predictores para la intención de utilizar productos de origen herbolario, explicando 56% de la varianza. Por otro lado, la variable menos representativa en la toma de decisión fue la norma subjetiva, ya que los individuos mostraron poco interés en lo que pensaban las personas cercanas sobre el tipo de tratamiento al que recurrían. Además, los autores mencionan que la intención de usar medicina a base de plantas será mayor en función de que el individuo tenga la creencia de que ésta es útil para disminuir los síntomas de la ansiedad.

En un estudio en países europeos, Kamekis et al. (2018) hallaron que la TCP explicó 43% de la varianza para la intención de automedicarse, siendo la norma subjetiva y la actitud los predictores más significativos. Es decir, las creencias de los individuos y la influencia de familia y amigos mostraron ser posibles factores para comprender la tendencia a la automedicación.

En suma, la autoatención son todas las acciones que realiza el individuo a manera de tratamiento (frecuentemente, como el primer recurso de atención) con la finalidad de aminorar o desaparecer los síntomas de algún malestar, que puede o no haber sido diagnosticado previamente pero que no son supervisadas ni sugeridas por ningún profesional de la salud convencional o no convencional en el momento de su administración. Es decir, el individuo aplica los conocimientos y recursos que posee sobre el padecimiento que percibe en su organismo para formular su propio tratamiento y las características del mismo (duración, dosis, preparación o adquisición del medicamento, según sea el caso). Esto puede suponer un riesgo para los individuos y generar problemas en el sistema de salud, elevando los costos en sanidad y aumentando el número de hospitalizaciones.

Capítulo V. Método

5.1 Justificación

La importancia de acudir a tiempo a los servicios de salud ante la presencia de síntomas que indiquen enfermedad e iniciar un tratamiento adecuado es crucial, pues no sólo beneficia al sistema sanitario en reducción de gastos, sino que también reduce la probabilidad de que un padecimiento se agrave, dificultando la recuperación o que el paciente requiera hospitalización e incluso que muera.

Aunque en México los múltiples problemas existentes para el adecuado uso y acceso a los servicios de salud son de índole variados como los mencionados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2020) que atribuye la disminución en la búsqueda de atención médica a la cobertura, la calidad de los servicios o a las dificultades económicas a las que la población debe enfrentarse.

Uno de los determinantes contemplados por Hernández et al. (2013) para no recurrir a los servicios sanitarios en primera instancia son un obstáculo sociocultural y se deben al entorno social y a las creencias del individuo respecto al proceso salud enfermedad, en el que no se considera necesario recurrir a un profesional de la salud, sino que se opta por tratamientos autoadministrados como la automedicación o preparaciones caseras de origen natural.

Dichas prácticas forman parte de la autoatención, un concepto que cobra importancia en México al ser preferida considerablemente por sobre la atención profesional, lo cual demuestra la importancia que puede adjudicar un individuo a este tipo de tratamientos según lo encontrado en diversas investigaciones en salud física y mental (Barragán, 2006; Berenzon et al., 2009b; Mora

e Ito, 2005; Ramírez et al., 2013). Las mujeres presentan mayor uso de la autoatención que los hombres según Gómez et al. (2009), quien señaló que el sexo femenino mostró una asociación con la automedicación. Además, Ramírez et al. (2013) indicó que, ante la presencia de malestares físicos las mujeres evalúan su condición y proceden a administrarse remedios caseros o automedicarse para posteriormente buscar atención médica de considerarlo necesario. En el ámbito doméstico las prácticas de autoatención son recomendadas o administradas por las mujeres.

Por lo tanto, se considera que la investigación psicológica en el tema puede influir de manera positiva a la comprensión de esta conducta y así, más adelante, posibilitar el desarrollo de intervenciones para disminuirla, especialmente para los grupos con antecedentes de mayor riesgo en términos de cuidado de la salud y búsqueda oportuna de atención médica profesional.

Debido a que la Teoría de la Conducta Planificada ha demostrado ser un modelo eficaz para la comprensión, predicción e intervención en algunas conductas de salud. En la presente investigación se hace uso de esta con la intención de comprender y clarificar las conductas de autoatención, autocuidado y su influencia en la búsqueda y uso de los servicios de salud en México para aportar en la amplificación de dicho conocimiento desde el enfoque psicológico.

5.2 Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias en autocuidado y autoatención entre hombres y mujeres que acuden a un profesional de la salud y quienes prefieren atención no profesional de la salud?

5.3 Objetivo

Comparar hombres y mujeres que prefieren como primera opción de tratamiento la atención profesional y quienes prefieren atención no profesional de la salud para comprobar si existen diferencias significativas en autocuidado y autoatención entre ambos grupos.

Diseñar una escala que mida los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada: actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención.

5.4 Hipótesis

Hipótesis 1

Existen diferencias en autocuidado y autoatención entre hombres y mujeres que acuden a un profesional de la salud y quienes prefieren atención no profesional de la salud.

Hipótesis 2

Las mujeres mostrarán mayor uso de autoatención como primera opción de atención ante la enfermedad en comparación de los hombres.

Hipótesis 3

Las personas que prefieren atención no profesional de la salud obtendrán mayores puntajes de actitud, norma subjetiva, CCP e intención en autoatención que quienes prefieren la atención profesional de la salud.

Hipótesis 4

Las personas que prefieren al profesional de la salud tendrán mayores puntajes de actitud, norma subjetiva, CCP e intención en autocuidado que quienes prefieren la atención no profesional de la salud.

5.5 Instrumento

Se construyó el instrumento autoadministrado “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada”. El instrumento evalúa autocuidado y autoatención basado en 4 constructos de la Teoría de la Conducta Planificada (Actitud, Norma Subjetiva, Control Conductual Percibido e Intención) con un total de 41 ítems. Diseñado para población mexicana adulta. La calificación de este instrumento se realizó mediante una escala de frecuencia tipo Likert con valores de respuesta 1-5 (1= totalmente en desacuerdo, 5= totalmente de acuerdo para las preguntas de actitud y norma subjetiva; 1= Nada capaz, 5= totalmente capaz para las preguntas de control conductual percibido; 1= nada probable, 5= totalmente probable para las preguntas de intención).

Para medir autoatención (21 reactivos) se tomaron en cuenta 3 dimensiones: uso de remedios caseros (7 reactivos), automedicación (6 reactivos) y ayuda espiritual (8 reactivos); así

mismo para autocuidado (20 reactivos) se contemplaron 3 dimensiones: alimentación balanceada (8 reactivos), actividad física (4 reactivos) e higiene personal (8 reactivos). La calificación de este instrumento se realizó mediante de una escala de frecuencia tipo Likert con valores 1-5. El instrumento incluyó características sociodemográficas y de antecedentes, incluidos nacionalidad, edad, nivel académico, sexo, estado civil, religión, padecimientos crónicos, seguro médico, preferencia de atención ante un padecimiento y evaluación post tratamiento.

5.6 Validación de Cuestionario

La validez de contenido fue realizada por 3 jueces, doctoras en psicología, quienes evaluaron el cuestionario. La evaluación se llevó a cabo utilizando las categorías propuestas por Escobar y Cuervo (2008):

- Suficiencia: los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.
- Claridad: el ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y su semántica son adecuadas.
- Coherencia: el ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
- Relevancia: el ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.

La calificación fue a través de una escala de 4 puntos bipolares 1= no cumple con el criterio, 2= bajo nivel, 3= moderado nivel, 4= alto nivel.

Los reactivos en autoatención que recibieron observaciones referentes a la redacción fueron: 4;7;8;9;10;11;12;13;19 y 20, dichos ítems fueron corregidos y permanecieron en el cuestionario. En cuanto a las observaciones realizadas en autocuidado, los reactivos 1;2;3;5;7;9 y

18 también mostraron problemas en redacción por lo que fueron modificados. En términos generales, las observaciones fueron en su mayoría relativas a la coherencia y relevancia de los reactivos a causa de las instrucciones, por lo que fueron reestructuradas de acuerdo con las observaciones emitidas; mientras que respecto a las categorías de suficiencia y claridad el grado de acuerdo entre las jueces fue positivo, por lo que no fue necesario eliminar o agregar reactivos.

En los análisis de confiabilidad el instrumento arrojó un Alfa de Cronbach general de 0.836 y por subescala en autoatención: actitud 0.789, norma subjetiva 0.699, control conductual percibido 0.704 e intención 0.718. Por subescala de autocuidado se obtuvo: actitud 0.862, norma subjetiva 0.904, control conductual percibido 0.843 e intención 0.843.

5.7 Definición de Variables

5.7.1 Variables Independientes

Actitud

Conceptual: “es una función de creencias fácilmente accesibles con respecto a las posibles consecuencias del comportamiento, denominadas creencias conductuales (probabilidad subjetiva de que el comportamiento produzca un resultado o experiencia determinada)” (Ajzen, 2020).

Operacional: obtenido mediante las preguntas 1-7 y 22-26 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5 donde 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

Norma subjetiva

Conceptual:

Es la presión social percibida para participar en el comportamiento; se compone de dos tipos de creencias. Las creencias preceptivas son la expectativa o probabilidad subjetiva de que un individuo o grupo de referencia dado aprueba o desaprueba la realización de la conducta en consideración. Las creencias descriptivas son creencias sobre si otras personas importantes realizan la conducta por sí mismos. (Ajzen, 2020, p.315)

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 8-11 y 27-31 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5 donde 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

Control conductual percibido

Conceptual:

“Se refiere al poder percibido del factor para facilitar o impedir el desempeño del comportamiento; se deriva de las creencias de control las cuales [...] indican la presencia de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño del comportamiento” (Ajzen, 2020, p.315-316).

Operacional: obtenido mediante las preguntas 12-16 y 32-36 en el cuestionario

“Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5 donde 1=Nada capaz, 2=Poco capaz, 3=Ni capaz ni incapaz, 4=Capaz, 5=Totalmente capaz.

Intención conductual

Conceptual: “La intención es una indicación de la disposición de una persona para realizar un comportamiento determinado y se considera el antecedente inmediato de un comportamiento” (Ajzen, 2019).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 17-21 y 37-41 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5 donde 1=Nada probable, 2=Poco probable, 3=Ni probable ni improbable, 4=Probable, 5=Totalmente probable.

5.7.2 Variables Dependientes

1. Autoatención

Conceptual: Medina (1998) define el concepto de autoatención como una intervención por parte del individuo ante un padecimiento, en donde él mismo realiza un primer diagnóstico y determina el tratamiento para atender su enfermedad sin la supervisión directa de personal médico profesional o sanadores calificados. Por lo general estas prácticas para recuperar la salud son decisiones tomadas en el entorno doméstico, especialmente en los sectores populares; en ocasiones son aprobadas y transmitidas por personas cercanas al individuo (familia, amigos, conocidos).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 1-21 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

Dimensiones de autoatención

1.1 Automedicación.

Conceptual: proceso en el que el individuo adquiere medicamentos sin receta, distribuye y reutiliza recetas antiguas para comprar medicinas, comparte medicinas con familiares y conocidos del entorno social, utiliza sobras de medicinas almacenadas en casa, no sigue adecuadamente las indicaciones de la prescripción profesional al prolongar o interrumpir demasiado pronto el tratamiento, o bien, al disminuir o aumentar la dosis prescrita (Loyola et al., 2004).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 2, 4, 9, 12, 16 y 18 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

1.2 Remedios caseros

Conceptual: “Aquellos que sirven para producir un cambio favorable en las enfermedades. Remedio que se aplica tradicionalmente a los enfermos, como cataplasmas, tisanas, etc., sin necesidad de llamar al médico” (Real Academia Española, s.f.).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 1, 3, 7, 8, 13, 17 y 19 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

1.3 Ayuda espiritual

Conceptual: búsqueda de tratamiento para la recuperación de enfermedades por medio de representantes religiosos u objetos espirituales tales como un sacerdote, pastor, anciano, brujo, chaman, curandero, rezar oraciones, rosarios, cuarzos, amuletos, figuras y estampillas religiosas.

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 5, 6, 10, 11, 14, 15, 20, y 21 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

2. Autocuidado

Conceptual: “Las conductas de autocuidado hacen referencia a las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud, las cuales además se desarrollan a lo largo de la vida en busca de favorecer los estados saludables y prevenir enfermedades” (Tobón, 2003). Además, dichas prácticas son “realizadas principalmente de manera individual, centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud y efectuadas como parte de las actividades cotidianas” (Berenzon et al., 2009a).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 22-41 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

Dimensiones de autocuidado

2.1 Alimentación balanceada

Conceptual: “Equilibrio entre los nutrimentos, en cantidades suficientes para permitir el crecimiento, desarrollo adecuado y mantener el peso dentro de los límites aconsejables en el adulto, evitando los excesos...” (Fundación UNAM, 2017).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 22, 23, 28, 29, 32, 35, 37 y 40 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

2.2 Actividad física

Conceptual: “La actividad física es el movimiento del cuerpo que pone a trabajar los músculos y que exige un gasto de energía” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 24, 27, 33, y 38 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

2.3 Higiene personal

Conceptual: “La higiene personal es el aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, para conservar la salud y prevenir enfermedades” (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.).

Operacional: resultado obtenido mediante las preguntas 25, 26, 30, 31, 34, 36, 39 y 41 en el cuestionario “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada” diseñado para esta investigación en escala tipo Likert con opciones de respuesta 1-5.

5.8 Tipo de Estudio

La presente investigación consistió en un estudio de diseño no experimental, transversal con alcance correlacional (Tam, 2008).

5.9 Criterios para la Selección de la Muestra

Criterios de inclusión para la selección de la muestra:

- Personas mayores de 18 años.
- Personas con nacionalidad mexicana.
- Personas con posibilidad de responder en línea una batería autoadministrada.

Criterios de exclusión para la selección de la muestra:

- Personas que no aceptaron el consentimiento informado

Criterios de eliminación para la selección de la muestra:

- Personas que no completaron el cuestionario en su totalidad
- Personas cuyos cuestionarios presentaron respuestas inconexas respecto a los reactivos planteados.

5.10 Participantes

El total de la muestra fue de 297 adultos mexicanos elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia, de los cuales 199 (67%) son mujeres con un rango de edades entre los 18 a 72 años, con una media de 37.6 años (DE=13.3) y 98 (33%) hombres con un rango de edades entre los 20 a 72 años, con una media de 40.8 años (DE=15.8 años).

5.11 Procedimiento

El instrumento se diseñó en el software de administración de encuestas Google Forms en donde fue publicado, difundido y compartido en línea mediante anuncios, publicaciones y mensajes directos en redes sociales. El plazo de recolección de datos comprendió los meses de mayo a julio de 2021, en dicho tiempo se recabaron 301 encuestas de las cuales 4 fueron eliminadas de acuerdo con los criterios de eliminación, por lo que el total de la muestra válida

fue de 297. Se registraron los resultados en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente fue creada una base de datos en el programa estadístico informático SPSS versión 23 para realizar el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos obtenidos.

Para el análisis de los datos sociodemográficos se empleó estadística descriptiva, mediante el análisis de frecuencias, las variables analizadas fueron: nacionalidad, edad, nivel académico, sexo, estado civil, religión, padecimientos crónicos, seguro médico, preferencia de atención ante un padecimiento y evaluación post tratamiento.

Para la hipótesis 1 se realizó una Prueba t para muestras independientes para comparar las conductas autoatención y autocuidado entre hombres y mujeres, se consideró una diferencia significativa para aquellos resultados con valor $p < 0.05$.

Para la hipótesis 2 se empleó estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias y porcentajes de la primera opción de atención de los participantes ante la aparición de una enfermedad.

Para la hipótesis 3 se realizó una Prueba t para muestras independientes con la finalidad de comparar, en la conducta autoatención, los puntajes de las variables actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención entre personas que prefieren atención no profesional y personas que prefieren atención profesional de la salud. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa para los resultados con valor $p < 0.05$.

Para la hipótesis 4 se realizó una Prueba t para muestras independientes para comparar en la conducta autocuidado los puntajes de las variables actitud, norma subjetiva, control conductual

percibido e intención. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa para los resultados con valor $p < 0.05$.

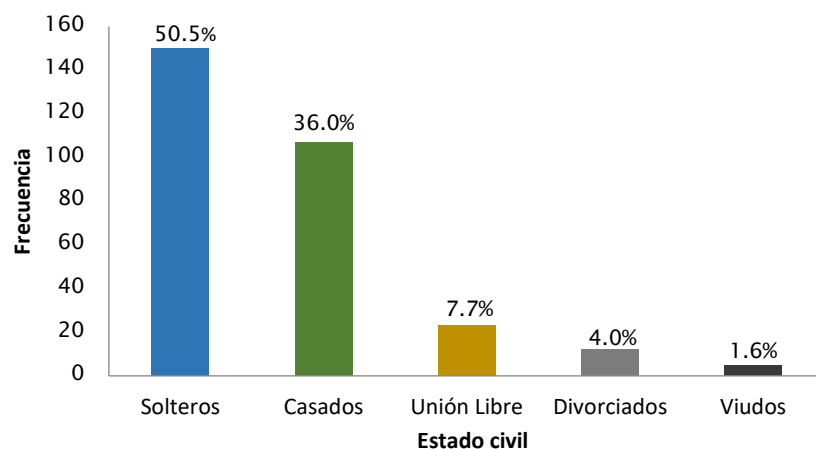
Capítulo VI. Resultados

6.1 Características Sociodemográficas de la Muestra

En la Figura 1 puede observarse que la mayoría de la muestra fueron solteros y casados, mientras que la minoría se agrupó en las categorías restantes, siendo viudos la menos significativa.

Figura 1

Estado Civil de los Participantes

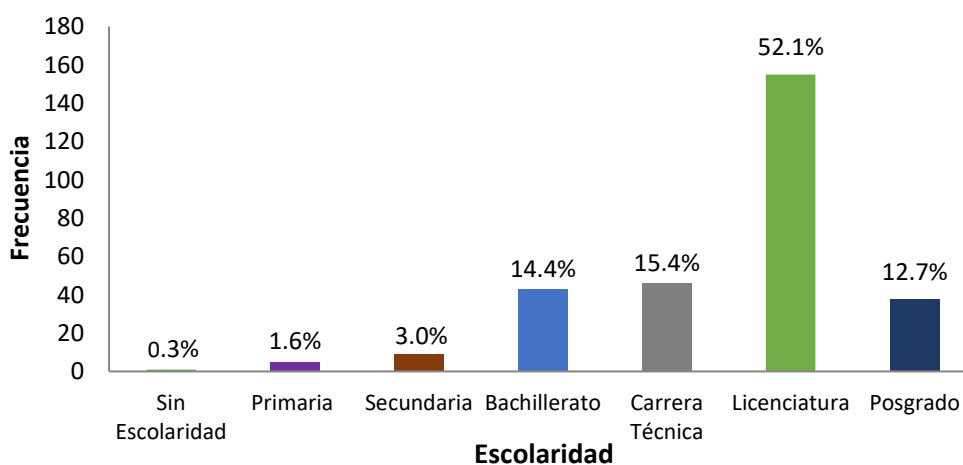


En la Figura 2 se muestra el nivel académico de los participantes, donde poco más de la mitad mencionó licenciatura como mayor grado de escolaridad, mientras que el grupo con menor

cantidad de respuestas fue sin escolaridad. De los 297 participantes, 144 (48.5%) mencionaron tener hijos, mientras que 153 (51.5%) no.

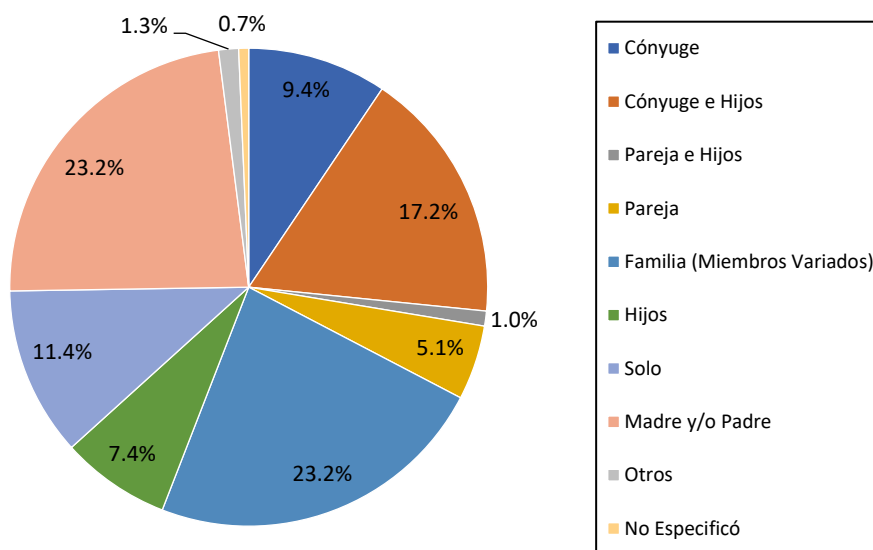
Figura 2

Escolaridad de los Participantes



En la Figura 3 aparecen 9 categorías correspondientes a las personas con quienes los participantes comparten vivienda, como puede observarse, la mayor parte de la muestra vive con sus padres u otros miembros variados de su familia como tíos, sobrinos, familia política, etc. Por otra parte, pocas personas mencionaron compartir vivienda con personas ajenas a su familia, por ejemplo, amigos o compañeros de cuarto.

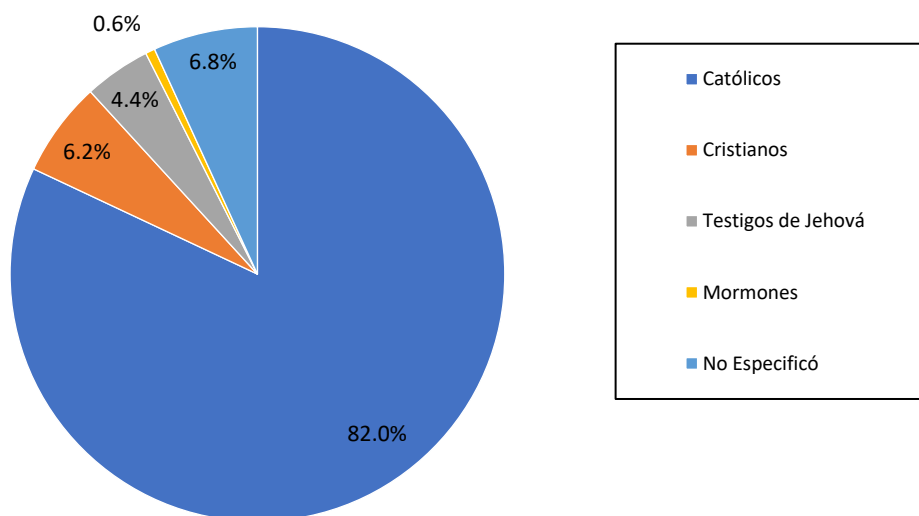
A los participantes del estudio se les preguntó si eran practicantes de alguna religión, 161 (54.2%) dijeron ser practicantes, mientras que 136 (45.8%) contestaron que no.

Figura 3*Residentes en la Vivienda de los Participantes*

La Figura 4 concierne a las religiones manifestadas en la muestra, en este caso fueron 4 religiones las mencionadas por la muestra, en donde la católica representó a la mayoría.

Figura 4

Creencias Religiosas de los Participantes

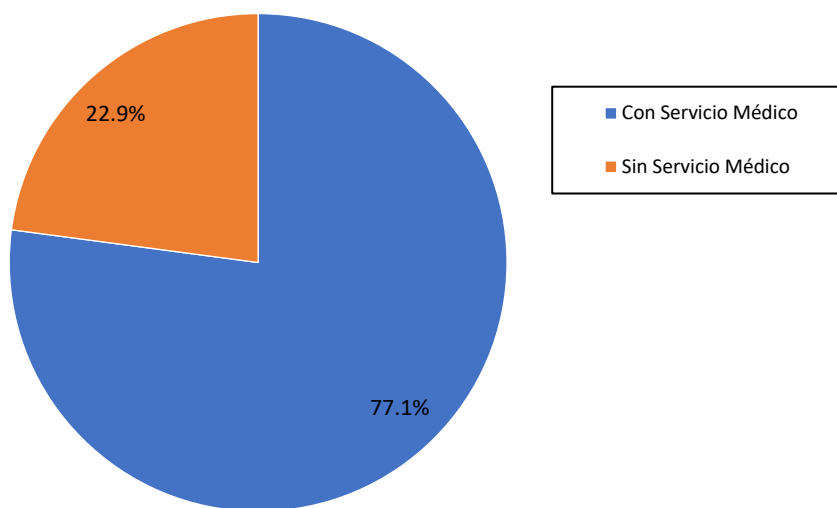


La Figura 5 muestra que la mayoría de los participantes cuentan con algún tipo de servicio médico de los cuales se tomaron en cuenta: IMSS, ISSSTE, INSABI o Seguro Popular, PEMEX, SDN o SM.

Sobre padecimientos actuales de la muestra, 233 (78.5%) participantes no reportaron padecer ninguna enfermedad crónica, mientras que 64 (21.5%) mencionaron padecer al menos una enfermedad crónica.

Figura 5

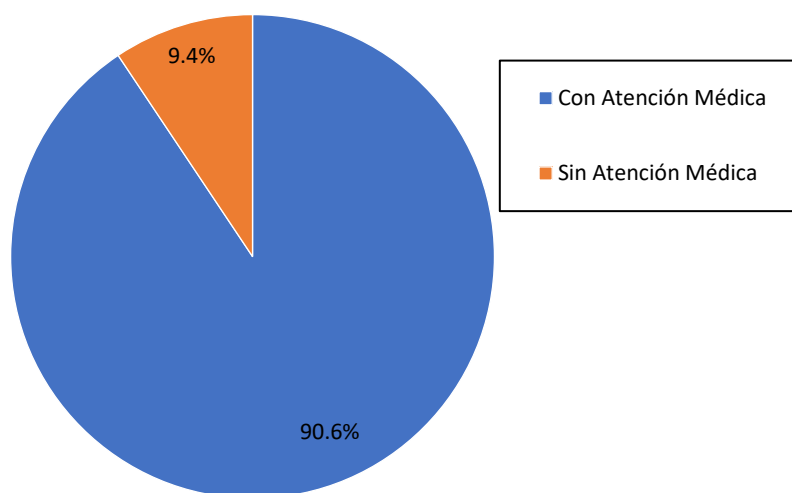
Participantes que Disponen de un Servicio Médico



La Figura 6 desglosa al 21.5% de la muestra que reportó padecer al menos una enfermedad crónica, de este porcentaje la mayoría acude al médico con la finalidad de atender y controlar su enfermedad, mientras que un bajo porcentaje no busca ningún tipo de atención profesional.

Figura 6

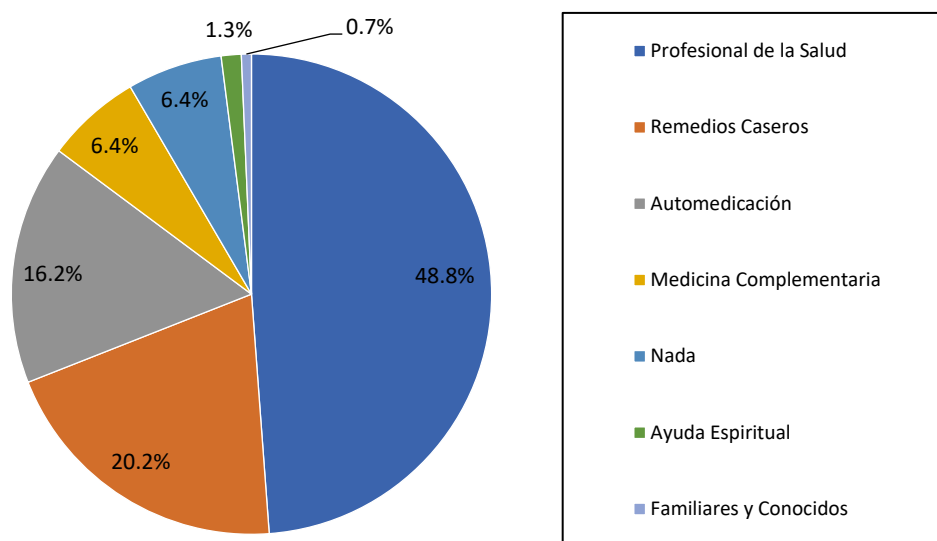
Participantes que Acuden a Atención Médica ante una Enfermedad Crónica



La Figura 7 muestra el tipo de atención que prefieren los participantes como primera opción cuando surge una enfermedad. En este caso el mayor porcentaje pertenece al tipo de atención profesional de la salud y medicina complementaria, es decir, 55.2% de la muestra. Por otra parte, 44.8% prefiere algún tipo de autoatención como primera opción de tratamiento.

Figura 7

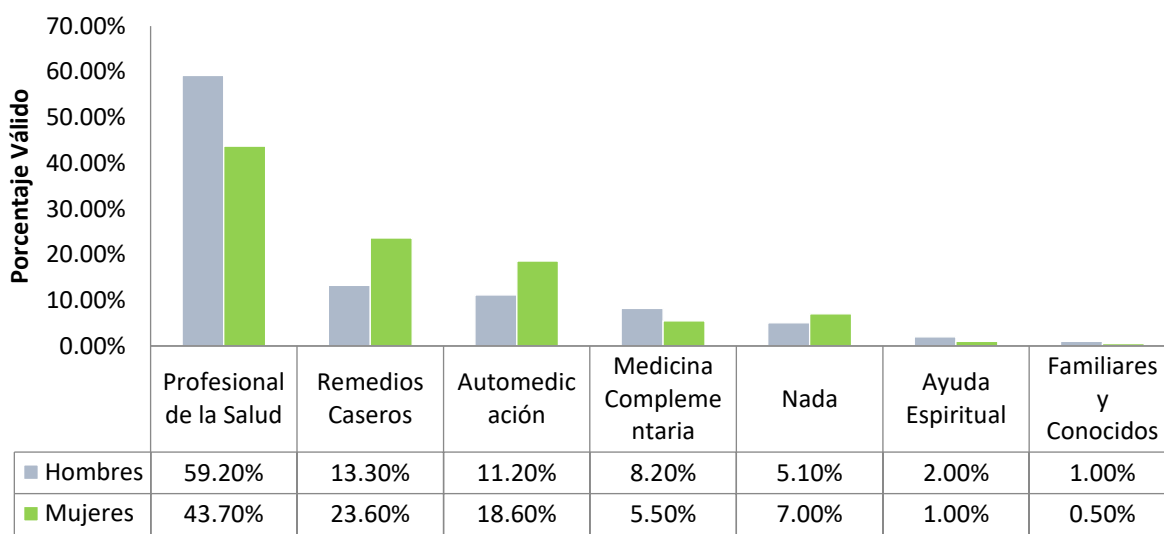
Primera Opción de Atención de los Participantes ante la Aparición de una Enfermedad.



En la Figura 8 se observa que ante un padecimiento el 67% de los hombres prefieren los servicios profesionales de la salud y medicina complementaria en comparación con el 49% de las mujeres; por otra parte, el 51% de las mujeres reportaron realizar algún tipo de autoatención a diferencia de los hombres con un 33%.

Figura 8

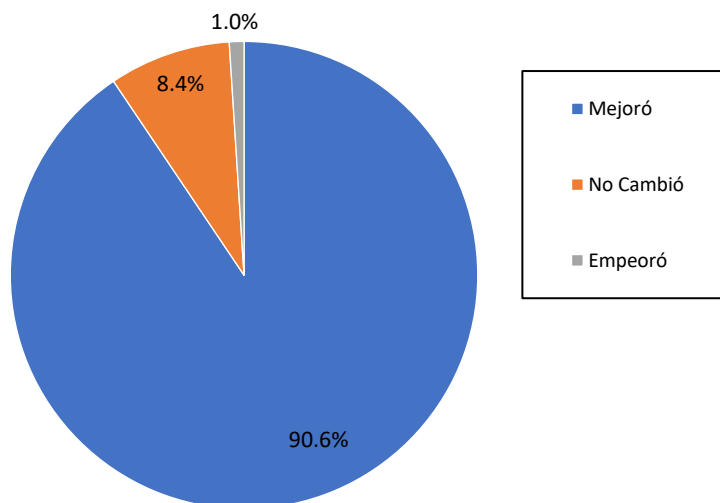
Primera Opción de Atención de la Muestra ante la Aparición de una Enfermedad



En la Figura 9 se aprecian las evaluaciones por parte de los participantes sobre su estado de salud después de haber acudido o realizado el tipo de atención elegida para tratar una enfermedad. El mayor porcentaje obtenido pertenece a una evaluación positiva de mejora post tratamiento y se muestran bajos porcentajes con referencia a los estados de salud sin cambios o con deterioros posteriores.

Figura 9

Evaluación de los Resultados Post Tratamiento de los Participantes



6.2 Análisis de la Prueba t para Muestras Independientes

El análisis de la Prueba t para muestras independientes se realizó para comparar las medias de la primera opción de atención en hombres y mujeres y su relación entre actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención de autoatención y autocuidado. Se conformaron 2 grupos, el primero corresponde a la atención profesional que incluye a personal sanitario autorizado o certificado por alguna agencia gubernamental u organización profesional, así como la medicina tradicional-complementaria que abarca acupuntura, homeopatía, quiropráctica y herbolaria; mientras que el segundo grupo contempla los diversos tipos de autoatención: remedios caseros, automedicación, ayuda espiritual, acudir a familiares y conocidos o esperar a que su cuerpo se recupere sin atención.

La Tabla 1 muestra que la conducta de autoatención no presenta diferencias entre hombres y mujeres estadísticamente significativas en ninguna de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada ($p>0.05$). Además, presenta puntajes bajos en los cuatro constructos (Actitud, Norma subjetiva, Control Conductual Percibido e Intención), lo que indica que la valoración hacia los tratamientos autoadministrados es desfavorable en ambos sexos.

Tabla 1

Diferencias en Autoatención entre Mujeres y Hombres de la Muestra

Variables	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	2.15	0.78	2.18	0.78	0.294	0.769
Norma Subjetiva	1.94	0.84	1.92	0.77	-0.211	0.833
Control Conductual Percibido	1.97	0.80	2.01	0.74	0.388	0.699
Intención	1.90	0.76	2.00	0.81	1.072	0.284

En la Tabla 2 se observa que, al igual que en la Tabla 1, no existen diferencias estadísticamente significativas para la conducta de autocuidado entre ambos grupos ($p>0.05$). Los puntajes se muestran elevados en Actitud, Norma Subjetiva, Control Conductual Percibido e

Intención, por lo que las evaluaciones hacia las prácticas de autocuidado fueron evaluadas favorablemente por hombres y mujeres.

Tabla 2

Diferencias en Autocuidado entre Mujeres y Hombres de la Muestra

Variables	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	4.73	0.54	4.62	0.70	-1.525	0.128
Norma						
Subjetiva	4.74	0.60	4.67	0.69	-0.875	0.382
Control						
Conductual	4.57	0.61	4.56	0.71	-0.249	0.804
percibido						
Intención	4.55	0.64	4.53	0.69	-0.262	0.793

En la Tabla 3 puede observarse que en la conducta de autoatención realizada en hombres (N=98) se observó $p < 0.05$ en todos los constructos, por lo que se encontraron diferencias significativas en todos los constructos de la TCP entre quienes acuden a un profesional de la salud o medicina complementaria como primera opción de tratamiento y quienes recurren a un tipo de atención no profesional de la salud, en general se encontraron puntajes mayores en el segundo grupo con respecto a la autoatención en comparación con el primero.

Tabla 3

Diferencias de Autoatención según el Tipo de Tratamiento que Eligen los Hombres

Variables	Profesionales de la salud y medicina complementaria		No profesionales de la salud		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	1.90	0.64	2.76	0.81	-5.258	0.000
Norma Subjetiva	1.72	0.60	2.34	0.92	-3.482	0.001
Control Conductual	1.76	0.55	2.52	0.83	-4.663	0.000
Percibido						
Intención	1.75	0.66	2.53	0.86	-4.481	0.000

Asimismo, en la conducta de autoatención en mujeres (N=199) se observó $p < 0.05$ en todos los constructos, lo que indica diferencias significativas entre las medias de las mujeres que acuden a profesionales de la salud o medicina complementaria y de quienes no; además, al igual que los hombres, se hallaron puntajes más altos en la variables actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención en las mujeres que optan por atención no profesional de la salud en contraste con el grupo que prefiere acudir a profesionales de la salud o medicina complementaria como primera opción de atención (Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias de Autoatención según el Tipo de Tratamiento que Eligen las Mujeres

Variables	Profesionales de la salud y medicina complementaria		No profesionales de la salud		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	1.79	0.68	2.50	0.71	-7.242	0.000
Norma						
Subjetiva	1.62	0.69	2.25	0.86	-5.752	0.000
Control						
Conductual	1.59	0.56	2.34	0.82	-7.541	0.000
Percibido						
Intención	1.51	0.54	2.28	0.74	-8.447	0.000

Por otra parte, sobre la conducta de autocuidado en hombres (Tabla 5) sólo en una variable se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$, quienes acuden con un profesional de la salud o medicina complementaria en primera instancia ante una enfermedad muestran mayor control conductual percibido que aquellos que prefieren un tipo de atención no profesional de la salud.

Tabla 5*Diferencias de Autocuidado según el Tipo de Tratamiento que Eligen los Hombres*

Variables	Profesionales de la salud y medicina complementaria		No profesionales de la salud		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	4.73	0.57	4.40	0.89	1.905	0.063
Norma						
Subjetiva	4.76	0.53	4.48	0.91	1.591	0.119
Control						
Conductual	4.68	0.58	4.31	0.90	2.126	0.039
Percibido						
Intención	4.62	0.59	4.34	0.84	1.636	0.109

En la conducta de autocuidado en mujeres (Tabla 6) se obtuvo $p < 0.05$ únicamente en la variable intención, lo que supone diferencias estadísticamente significativas, las mujeres que reportaron preferir como primera opción de tratamiento a un profesional de la salud o medicina complementaria presentan mayor intención de realizar prácticas de autocuidado que aquellas que prefieren algún tipo de atención no profesional de la salud.

Tanto en hombres y mujeres se encontraron valores más altos en los grupos que acuden a profesionales de la salud como primera opción de atención hacia el autocuidado que los grupos que realizan prácticas no relacionadas con profesionales de la salud como primera opción de atención.

Tabla 6*Diferencias de Autocuidado según el Tipo de Tratamiento que Eligen las Mujeres*

Variables	Profesionales de la salud y medicina complementaria		No profesionales de la salud		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Actitud	4.79	0.47	4.68	0.59	1.383	0.168
Norma						
Subjetiva	4.76	0.59	4.71	0.62	0.633	0.527
Control						
Conductual	4.63	0.61	4.52	0.60	1.324	0.187
Percibido						
Intención	4.65	0.59	4.45	0.67	2.287	0.023

Capítulo VII. Discusión

En la presente investigación se incluyeron dos opciones de atención a las que puede acudir un individuo ante la presencia de una enfermedad. La primera es el uso de servicios profesionales de salud conformado por la atención ambulatoria en los sistemas públicos y privados de salud en México y la atención mediante la medicina tradicional-complementaria (acupuntura, homeopatía, quiropráctica y herbolaria). Mientras que la segunda opción de atención contempla los diversos tipos de autoatención: remedios caseros, automedicación, ayuda espiritual, acudir a familiares y conocidos o esperar a que su cuerpo se recupere sin atención.

En los hallazgos de la presente investigación se observó que, entre las dos opciones de atención, el uso de servicios profesionales de salud y medicina complementaria representa 55.2% de la muestra, mientras que las prácticas de autoatención equivalen al 44.8%, es decir, el uso de esta conducta fue habitual en casi la mitad de los participantes de este estudio. De acuerdo con Barragán (2006) el 95% de casos de personas que requerían algún tratamiento recurrieron a prácticas de autoatención en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México, por lo que se corroboró que el porcentaje en el uso de esta opción es elevado.

Sobre el uso de servicios profesionales de salud y medicina complementaria en función del sexo se observó que las mujeres (49%) acudieron con menor frecuencia a estos servicios como su primera opción de atención ante una enfermedad que los hombres (67%), a diferencia de lo que menciona la ENSANUT según INEGI-INSP-SSA (2018) donde se reportó en las mujeres mayor uso de servicios ambulatorios que en los hombres. Por otra parte, los resultados de esta investigación sobre el uso de los servicios no profesionales de la salud en función del

sexo permiten aceptar la hipótesis de que las mujeres (51%) ocupan mayormente las prácticas de autoatención como primera opción de atención ante un padecimiento comparadas a los hombres (33%), esto es congruente con los resultados reportados por diversas investigaciones (Gómez et al., 2009; Ramírez et al., 2013).

Los remedios caseros fueron el recurso de autoatención llevado a cabo con mayor frecuencia por los participantes (20.2%), las mujeres 23.6% y los hombres 13.3% en esta práctica. Estos resultados son congruentes con la investigación de Dehonor (2019) quien encontró que los individuos tienden a hacer uso de remedios caseros debido a que son percibidos como un tratamiento eficaz, natural e inocuo.

Asimismo, la automedicación mostró ser una estrategia de autoatención comúnmente empleada por los participantes, 16.2% de la muestra recurre a esta práctica como primera opción de atención ante una enfermedad en donde las mujeres (18.6%) la llevaron a cabo en mayor porcentaje que los hombres (11.2%). Estos resultados son similares a los obtenidos por Hernández et al. (2013) quienes hallaron que de las personas que usaban autoatención de manera habitual y sin supervisión profesional la automedicación fue utilizada por 47.5% y los remedios caseros por 54% como tratamiento de diversas enfermedades. El uso de automedicación puede deberse a los beneficios que motivan a las personas para efectuar la conducta, entre ellos se encuentran: no percibir gravedad en los síntomas presentados, falta de tiempo para acudir a revisiones médicas, la influencia de la publicidad, el costo de una consulta médica y considerar tener la experiencia suficiente para auto recetarse según experiencias previas exitosas (Del Toro et al., 2017; Meneses, 2007; Shaghghi, et al., 2014).

Sobre la estrategia de afrontamiento que implica esperar a que el cuerpo se recupere por sí mismo sin intervención alguna se encontró que 7.0% de las mujeres en esta investigación recurren a ésta ante una enfermedad, por sobre 5.1% de los hombres. Este hallazgo discrepa de Ramírez et al. (2013), ya que, según su investigación, las reacciones de negación e indiferencia ante los síntomas de una enfermedad suelen estar presentes mayormente en hombres, mientras que las mujeres suelen usar alguna otra práctica activa de autoatención.

Acerca de la búsqueda de ayuda espiritual como primer recurso para tratar una enfermedad se obtuvo 1.3% para la realización de esta práctica. Los hombres (2.0%) presentan un porcentaje mayor que el de las mujeres (1.0%), lo que no es consecuente con los resultados de Berenzon et al. (2009b) donde las creencias espirituales mostraron ser un aspecto fundamental en la toma de decisiones para recuperar la salud mental, específicamente se menciona que los hombres recurren a actividades físicas, redes de apoyo, masajes y consultar con un brujo como estrategias de afrontamiento, además ambos sexos buscaban la ayuda de sacerdotes católicos.

Únicamente el 0.7% de la muestra acude a familiares y conocidos como el primer recurso de atención ante un padecimiento. Esto indica que no es habitual dicha estrategia de autoatención entre los participantes de este estudio, contrario a lo encontrado por Mora e Ito (2005) quienes reconocen al apoyo familiar, de amigos, conocidos y compañeros de trabajo como los recursos mayormente empleados para el afrontamiento de padecimientos emocionales.

La hipótesis que concierne a las diferencias en autocuidado y autoatención en hombres y mujeres se rechaza. Los puntajes sugieren que no existen diferencias estadísticamente significativas y que la valoración de la conducta autoatención es desfavorable en ambos sexos.

Sin embargo, cabe mencionar que los participantes reportaron que la autoatención es la primera opción de atención a la que acuden ante una enfermedad. Fue realizada por la mayor parte de las mujeres (51%) y 33% de hombres de la muestra. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en autocuidado donde la media más alta fue $M=4.74$, lo que indica que ambos sexos mostraron un nivel de acuerdo alto hacia las prácticas de autocuidado. El presente estudio identificó que contar con servicio médico no necesariamente determina el uso de servicios de salud ante un padecimiento, porque, aunque gran parte de los participantes contaban con afiliación a servicios de salud la preferencia por métodos alternativos de tratamiento fue elevada.

Se encontró que existe congruencia entre la elección de atención no profesional de la salud y las atribuciones favorables hacia las prácticas de autoatención. Asimismo, entre la elección de atención profesional de la salud y atribuciones favorables hacia las prácticas de autocuidado. Tanto hombres como mujeres que prefieren la atención no profesional de la salud muestran puntajes más altos hacia las prácticas de autoatención. Por lo tanto, se acepta la hipótesis en la que se contempla que las personas que prefieren atención no profesional de la salud obtendrían mayores puntajes de actitud, norma subjetiva, CCP e intención en autoatención que quienes prefieren la atención profesional de la salud. Según Ajzen (2020) cuando el individuo evalúa los atributos o consecuencias de hacer una conducta como favorables es más probable que efectúe el comportamiento.

Por el contrario, en las conductas de autocuidado hombres y mujeres que acuden a profesionales de la salud como primera opción de atención presentaron puntajes levemente

mayores para dicha conducta. En el caso de las mujeres, la única variable donde $p < 0.05$ es intención ($p = 0.023$); en cuanto a los hombres, el CCP mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.039$) entre quienes acuden al profesional de salud con una media superior ($M = 4.68$) y quienes realizan atención no profesional de la salud ($M = 4.31$), esto indica que los hombres que acuden al profesional de la salud se perciben con mayor capacidad para llevar a cabo el autocuidado en su vida cotidiana que los hombres que realizan tratamientos autoadministrados ante una enfermedad. Por consiguiente, se acepta parcialmente la última hipótesis que plantea que quienes prefieren al profesional de la salud tendrían mayores puntajes de actitud, norma subjetiva, CCP e intención en autocuidado que quienes prefieren la atención no profesional de la salud, debido a que existen diferencias estadísticamente significativas únicamente en dos constructos de la TCP. Estos hallazgos pueden explicarse debido a que la decisión de asistir a una institución de salud o realizar autoatención al percibir una enfermedad depende de lo que el individuo y su microgrupo aceptan y reconocen en función de sus posibilidades económicas, socioculturales y geográficas (Menéndez, 2018).

Que el control conductual percibido de autocuidado en hombres que acuden a un profesional de la salud mostrara ser mayor, puede deberse según Gatt y Sammut (2008) a la percepción de los recursos disponibles que posee el individuo para realizar la conducta, en este caso a las prácticas de higiene bucal, alimentación balanceada y actividad física; es posible que esta percepción mayormente elevada sea en razón a la interacción previa con profesionales de la salud. Boltansky (1975) plantea que el conocimiento médico adquirido da lugar a la integración y reinterpretación de este al entendimiento del individuo, por lo tanto, una mayor percepción de

la capacidad para realizar prácticas de autocuidado en los hombres que hacen uso de los servicios de salud profesionales puede deberse a la capacitación profesional adquirida previamente.

En autoatención todas las variables mostraron puntuaciones bajas para la realización de la conducta, lo que indica que la muestra atribuye consecuencias poco positivas a las prácticas de autoatención. Sin embargo, 44.8% de esta reportó hacerlas como primera opción ante la aparición de una enfermedad. Para esta primera conducta la variable con una media ligeramente más elevada es actitud.

En autocuidado, por otra parte, todas las variables mostraron puntuaciones altas para realizar las 3 prácticas contempladas para prevenir enfermedades, entiéndase por lo tanto que los individuos de este estudio calificaron la conducta con un nivel de acuerdo alto y se percibieron capaces de realizarla por lo que es posible que la lleven a cabo. En esta segunda conducta, norma subjetiva (hombres $M= 4.76$; mujeres $M=4.76$) y actitud (hombres $M= 4.73$; mujeres $M=4.79$) presentan medias ligeramente superiores al resto de las variables, lo que quiere decir que para la realización del autocuidado las creencias individuales y las creencias normativas en relación con las expectativas de los referentes son relevantes para comprender la conducta. Esto puede explicarse según las dimensiones de autocuidado contempladas en la Teoría del Autocuidado (Orem, 1993), en donde para la realización de la conducta se requiere la participación de condiciones internas y externas que incluyen, entre otros aspectos, el carácter personal y voluntario, la conciencia del estado de salud, las elecciones personales, el propósito consciente, la influencia de personas cercanas, de la cultura y la familia.

En resumen, los resultados del presente estudio muestran que las diferencias radican principalmente entre personas que acuden a profesionales de la salud y personas que prefieren la autoatención como tratamiento. Se encontró que en el proceso de atención en salud el individuo puede combinar los métodos de tratamiento profesionales y no profesionales. Por lo tanto, es posible mostrar actitudes negativas a las conductas de autoatención, pero aun así realizarlas o tener actitudes positivas hacia la atención profesional de salud, pero no optar por este tipo de tratamiento. Tal como mencionan Arredondo y Meléndez (2003) son diversos los factores que influyen en la decisión del individuo para iniciar un tratamiento médico, por ejemplo, algunos tipos de autoatención y la influencia social pueden convertir el proceso de atención en un camino que no es lineal.

En cuanto a las limitaciones presentes en este estudio deben considerarse los siguientes aspectos. En primer lugar, el instrumento no cuenta con un análisis factorial, por lo que no es posible asegurar que los reactivos se agrupen conforme lo hipotetizado en la investigación. Se recomienda tomar en cuenta la posibilidad de investigar la estructura factorial del cuestionario en futuros estudios. Se considera necesario ampliar los métodos de validación de este instrumento para obtener resultados más confiables.

Por otra parte, la situación sanitaria que acontece actualmente debido a la pandemia por COVID-19 pudo haber influido en este estudio, aunque se desconoce su efecto en las creencias, actitudes y conductas en salud realizadas anteriormente por los participantes. La emergencia sanitaria imposibilitó una aplicación presencial del instrumento, dificultando el control de factores externos, por ello, su carácter autoadministrado en línea es otra limitación importante

para considerar ya que esto pudo crear dificultades en los participantes para comprender las instrucciones debido a la similitud entre las categorías y a la repetición constante de los reactivos. Se recomienda, para nuevas investigaciones considerar como factor la situación sanitaria y realizar de manera presencial la aplicación del instrumento para reducir la posibilidad de confusión.

Adicionalmente, la deseabilidad social que pudiera haber surgido durante la aplicación debido a que las prácticas de autoatención no son aceptadas ni promovidas por el sector salud en la medicina occidental pudo ocasionar sesgo en las respuestas obtenidas debido a la tendencia por corresponder con lo socialmente aceptable y evitar desaprobación. Es pertinente para posteriores estudios considerar la sensibilidad del tema.

Se recomienda para futuras investigaciones en autocuidado y autoatención profundizar y considerar un análisis individual de la influencia de otras variables asociadas a la autoatención y el autocuidado como el factor económico, nivel académico y edad, así como las variables que contempla el modelo de la TCP. Se sugiere agregar al instrumento algún reactivo que indague qué conductas de autocuidado son realizadas de manera cotidiana para prevenir enfermedades, tomando en cuenta las 3 dimensiones que abarca el instrumento (alimentación balanceada, higiene personal y actividad física) con el propósito de contrastarlas con el grado de acuerdo que se obtenga de los puntajes.

Los resultados obtenidos indican que la muestra estudiada opta considerablemente por la autoatención (44.8%) en cualquiera de sus diferentes manifestaciones (remedios caseros, automedicación, ayuda espiritual, ayuda de familiares y conocidos). Este hallazgo abre el camino

para que futuras investigaciones contemplen dicho concepto como un tipo de atención recurrente en población mexicana y se busque ampliar y precisar el conocimiento referente a la autoatención y su influencia en la sociedad.

Es preciso tomar en cuenta la influencia cultural en el proceso salud-enfermedad del individuo y comprender la autoatención no sólo como una conducta de riesgo para quien recurre a ella con el afán de reducirla, sino como la herencia cultural en tratamientos curativos y paliativos que poseen los individuos a manera de creencias, actitudes, conocimientos y prácticas que eventualmente transmiten a otros contribuyendo a su evolución. Entonces, el sistema de salud convencional puede integrar este conocimiento para enriquecer y complementar el tratamiento de la enfermedad de manera respetuosa a la cultura, facilitar el acceso de los individuos que realizan autoatención a la adopción de prácticas de tratamiento más seguras y disminuir el índice en interrupción de tratamientos de la medicina convencional.

Este estudio abre nuevas líneas de investigación para la promoción de la salud en población mexicana, fomenta el desarrollo de nuevas estrategias de intervención para la integración de las prácticas de autocuidado en la vida cotidiana con el fin de mantener un óptimo estado de salud y conseguir bienestar físico, mental y social. Analiza desde un nuevo enfoque el uso de atención no profesional de salud, su origen, utilidad y riesgos para quienes la practican. Por otra parte, contribuye en la comprensión y diferenciación de las prácticas habituales en salud que se realizan en México para prevenir y tratar enfermedades.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior & Emerging Technologies*, 2(4), 314– 324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Ajzen, I. (2019). Theory of Planned Behavior Diagram. *Icek Ajzen*.
<https://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Amador, M. B., Márquez, F. G., & Sabido, A. S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 99-107.
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., & Ostiguín, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Arredondo, A. y Meléndez, V. (2003). Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. *Revista médica de Chile*, 131(4).
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000400014>
- Arroyo, M. (2014). El consumo de analgésicos: un modelo basado en la teoría de la conducta planeada. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica] Repositorio del SIBDI-UCR. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/handle/123456789/1713>
- Asare M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American journal of health studies*, 30(1), 43–50.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4621079/>

- Asociación Médica Mundial. (2017, 21 de febrero). *Declaración de la AMM sobre la Automedicación*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-self-medication/>
- Banas, K., Lyimo R.A., Hospers, H.J., van der Ven, A., & de Bruin, M. (2017). Predicting adherence to combination antiretroviral therapy for HIV in Tanzania: A test of an extended theory of planned behaviour model, *Psychology & Health*, 32(10), 1249-1265. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1283037>
- Barragán, A. (2006). La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(3), 155-162.
- Bautista, S., Serván, E., Arantxa, M., Ramírez, B., & G Sosa, S. (2014). Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Pública De México*, 56(1), 18-31. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7319>
- Berenzon, S., Alanís, S., y Saavedra, N. (2009b). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 107-115.
- Berenzon, S., Saavedra, N., Alanís, S. (2009a). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473.
- Bohon, L. M., Cotter, K. A., Kravitz, R. L., Cello, P. C., Jr, & Fernandez Y Garcia, E. (2016). The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. *Journal of American college health*, 64(8), 593–603. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1207646>

- Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia.
- Briones, C. (2013). *Factores que influyen a usuarios finales en el Comercio Electrónico, caso para Cuenca-Ecuador* [Tesis de maestría, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional de la Universidad del Azuay. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3735>
- Campos, C., Palacios, J., Anaya, M. A., y Ramírez, V. (2019). Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 319-327. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300319>
- Cancio-Bello, C., Lorenzo, A., & Alarcó, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119-138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Cañedo, R., La O, J., Montejo, M. y Peña, K., (2003). De la medicina popular a la medicina basada en evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. *ACIMED*, 11(5), 0-0.
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. (2017). *La Automedicación no es Opción* [Folleto]. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/docs/tripticos/2017/Semana%2033.pdf>
- Chacón, E., Corzo, M. A. C., Alcedo, Y., & Suárez, M. (2015). Capital cultural, contexto familiar y expectativas en la educación media. *Acción Pedagógica*, 24(1), 6-19.
- Damayanti, A., Tamtomo, D., & Indarto, D. (2018). Theory of planned behavior implementation on the factors affecting self-care management in type 2 diabetes mellitus patients.

Journal of Health Promotion and Behavior, 3(2), 139-145.

<https://doi.org/10.26911/thejhp.2018.03.02.08>

Dehonor, M., (2019). Prevalencia de malestar psicológico, estrategias de autoatención y uso de servicios de salud en adultos mayores que acuden a centros de salud de la ciudad de Xalapa. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM.

<http://132.248.9.195/ptd2019/octubre/0796549/Index.html>

Del Toro, M., Díaz, A., Barrios, Z., & Castillo, I. Y. (2017). Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1509-18.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.367>

Deng, Z., Mo, X., & Liu, S. (2014). Comparison of the middle-aged and older users' adoption of mobile health services in China. *International journal of medical informatics*, 83(3),

210-224. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.12.002>

Devoy, S., & Simpson, E. E. A. (2017). Help-seeking intentions for early dementia diagnosis in a sample of Irish adults. *Aging & Mental Health*, 21(8), 870-878.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1179262>

Disogra, C.E., Cosacov, E. y Palma, I.A. (2015). *Predictores de las intenciones de uso del condón con la pareja estable con la teoría de la conducta planificada en estudiantes universitarios que no han iniciado su vida sexual*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-015/286>

Drossaert, C. H. C., Boer, H., & Seydel, E.R. (2003). Prospective Study on the Determinants of Repeat Attendance and Attendance Patterns in Breast Cancer Screening Using the Theory of Planned Behaviour. *Psychology & Health, 18*(5), 551-565.

<https://doi.org/10.1080/0887044031000141207>

Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England journal of medicine, 328*(4), 246–252.

<https://doi.org/10.1056/NEJM199301283280406>

Ernst, E., Resch, K. L., Mills, S., Hill, R., Mitchell, A., Willoughby, M., & White, A. (1995). Complementary medicine—a definition. *The British Journal of General Practice, 45*(398), 506.

Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición, 6*(1), 27-36.

Fajardo, G., Gutiérrez, J. P., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México, 57*(2), 180-186. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>

Federación Internacional de Asociaciones Médicas Antroposóficas (2014). *The System of Anthroposophic Medicine*.
https://www.iva.info/fileadmin/user_upload/pdf/brochures_and_books/Sistema_Medicina_Antroposofica_castellano.pdf

Freidson, E. (1974). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Transaction Publishers.

- Fundación UNAM (2017, 1 de febrero). *Dieta balanceada y ejercicio, claves para evitar enfermedades*. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/dieta-balanceada-y-ejercicio-claves-para-evitar-enfermedades/>
- Galdames, S., Jamet, P., Bonilla, A., Quintero, F., & Rojas, V. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 28-43.
- Gatt, S., Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1525-1533. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.006>
- Gevitz, N. (1988). *Other Healers: Unorthodox Medicine in America*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Giraldo, A., Toro, M.Y., Macías, A. M., Valencia, C. A., & Palacio, S. (2010). La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128 - 143.
- Gómez, L. M., Galar, M., Téllez, A. M., Carmona, F. A., & Ch, A. A. (2009). Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 40(1), 5-11. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/39423>
- González, M., A., Reyes, H., Cahuana, L., Balandrán, A., & Mendez, E. (2020). Mexico: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(2), i-222. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334334/HiT-22-2-2020-eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>

- Grunfeld, E.A., Hunter, M.S., Ramirez, A.J., & Richards M. A. (2003). Perceptions of breast cancer across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research*. 54(2), 141-146.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00522-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00522-6)
- Guerrero, R. Galán, S. & Sánchez, O. (2017). Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(2), 158-167.
<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.8>
- Guillem, P., Francès, F., Gimenez, F., & Sáiz, C. (2010). Estudio sobre automedicación en población universitaria española. *Revista Clínica de medicina de familia*, 3(2), 99-103.
- Guillén, N. P. (2017). Teoría de la acción planeada y su asociación con la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1, Delegación Aguascalientes [Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
<http://hdl.handle.net/11317/1313>
- Guzmán, F. R., Llamas, M.L., Rodríguez, L., & Alonso, M. M. (2012). Norma subjetiva, intención y consumo de marihuana en jóvenes universitarios de México. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 57-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100006>
- Guzmán, F. R., García, B. A., Rodríguez, L., & Alonso, M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte*, 26(51), 53-74.
- Han, C.H., Park, J.Y., Kam, S., Kim, S.A., & Park, K.S. (2006). A Model Study on Medical Utilization of Workers with Non-Occupational Diseases: An Application of the Theory of

Planned Behavior. *Korean J Occup Environ Med*,18(4), 284-297.

<https://doi.org/10.35371/kjoem.2006.18.4.284>

Hernández, M., Pérez, J. I., Jiménez, C., Alvarado, B. G., & Vieyra, P. (2013). Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México. *Revista de Medicina e Investigación*,1(2), 86-95. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/58836>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2015, 15 de julio). *Actividad física*.

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/actividad-fisica>

Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.). *Higiene personal en la adolescencia*.

<https://www.imss.gob.mx/preguntas-frecuentes-15>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de Población y Vivienda, 2010*.

Recuperado 15 octubre 2020, de

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=CPV2010&s=est&c=27432>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015b). *Encuesta Intercensal: marco conceptual*.

<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825098742>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015a). *Encuesta Intercensal: derechohabiencia, Población según condición de afiliación a servicios de salud*.

<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2018: Presentación de resultados*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). Atención ambulatoria. En *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, Glosario*. Recuperado 15 octubre 2020, de https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=Ensanut_2018

Instituto Nacional de Salud Pública. (2000). *Encuesta Nacional de Salud 2000: Vivienda, población y utilización de servicios de salud*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo1.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020, 26 de agosto). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018; trabajo conjunto de INSP e INEGI*. <http0000s://www.insp.mx/avisos/5206-primeros-resultados-ensanut-2018.html>

Jannuzzi, F.F., Rodrigues, R.C.M., Cornélio, M.E., São-João, T.M., & Gallani, M.C.B.J. (2014). Beliefs related to adherence to oral antidiabetic treatment according to the Theory of Planned Behavior. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 529-537. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3578.2448>

Jiménez, A. A. (2017). Medicina Tradicional. *Boletín CONAMED*, (13), 31-34.

Kamekis, A., Bertias, A., Moschandreas, J., Petelos, E., Papadakaki, M., Tsiantou, V., Saridaki, A., Symvoulakis, E. K., Souliotis, K., Papadakis, N., Faresjö, T., Faresjö, A., Martinez, L., Agius, D., Uncu, Y., Sengezer, T., Samoutis, G., Vlcek, J., Abasaed, A., ... Lionis, C. (2018). Patients' intention to consume prescribed and non-prescribed medicines: A study

- based on the theory of planned behaviour in selected European countries. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(1), 26-35. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12601>
- Kopelman, L.M. (2002). The Role of Science in Assessing Conventional, Complementary, and Alternative Medicines. In D. Callahan (Ed). *The Role of Complementary and Alternative Medicine: Accommodating Pluralism* (pp. 36-53) Georgetown University Press.
- Kosa, J., & Zola, I.K. (1975). *Poverty and health: A Sociological Analysis*. Harvard University Press.
- Krein, S. L., Heisler, M., Piette, J. D., Makki, F., & Kerr, E. A (2005). The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes care*, 28(1), 65-70. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.65>
- Lara, N., Taméz, S., Eibenschutz, C., & Morales, S. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En F. J. Mercado & T. M. Torres (Eds.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. (1ª ed., pp. 97-122). Plaza y Valdés.
- Li, D., Hu, Y., Pfaff, H., Wang, L., Deng, L., Lu, C., Xia, S., Cheng, S., Zhu, X., & Wu, X. (2020). Determinants of Patients' Intention to Use the Online Inquiry Services Provided by Internet Hospitals: Empirical Evidence from China. *J Med Internet Res*, 22(10). <https://www.jmir.org/2020/10/e22716/>
- Lim, D., McKay, G., McKenzie, A., Salas, R., Villalaz- Díaz, C., & Williams, Y. (2010). Quiropráctica, Acupuntura, Naturopatía: Aprobación Conceptual entre Estudiantes de Medicina y Profesores Médicos. Universidad de Panamá. *Revista Médico Científica*, 20(1), 6. <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/22>

- Ley General de Salud. Art 23. 7 de febrero de 1984 (México).
- Loyola, A., Lima, M., F., y Uchoa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to selfmedication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669.
- McKinlay, J. B. (1981). Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. In L. Eisenberg, & A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp. 77-107). Springer, Dordrecht.
- Mak, H.W. & Davis, J.M. (2014). The application of the theory of planned behavior to help-seeking intention in a Chinese society. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 1501-1515. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0792-x>
- Ab Malik, N.A., Mohamad Yatim, S., Lam, OLT, Jin, L. y McGrath, C. (2018). Factors influencing the provision of oral hygiene care following stroke: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Disabil Rehabil*, 40(8), 889-893. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277397>
- McIntyre, E., Saliba, A. J., Wiener, K. K. K., & Bishop, F. L. (2017). Predicting the intention to use herbal medicines for anxiety symptoms: a model of health behaviour. *Journal of Mental Health*, 28(6), 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417553>
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology* (2nd ed.). New York: Free Press
- Medina, E. (1998). *Autoatención doméstica de la salud*. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco. <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/90>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8(1), 185-207.

- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. <https://doi.org/10.29340/58.1999>
- Meneses, A. L. (2007). Evaluación del patrón de automedicación de la población que acude a una farmacia comunitaria, en Pachuca Hgo. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo] DSpace Repository.
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1697>
- Mo, P.K.H., & Mak, W.W.S. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese. *Soc Psychiat Epidemiol*, 44, 675–684. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0484-0>
- Mo, P., Lau, J., Xin, M., & Fong, V. (2019). Understanding the barriers and factors to HIV testing intention of women engaging in compensated dating in Hong Kong: The application of the extended Theory of Planned Behavior. *PloS one*, 14(6), e0213920. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213920>
- Mohammadi, I., Akaberi A., & Pakpour, H. A. (2013). Factors associated with herbal medicine use among women in Qazvin city: application of theory of planned behavior. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(5),103-114.
<http://journal.nkums.ac.ir/article-1-417-en.html>
- Mora, J. & Ito, M. E. (2005). Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbano-marginal. *Salud Pública de México*, 47(2), 145-154.
- Morowatisharifabad, M. A., Gerayllo, S., Karimiankakolaki, Z., Dehghan, A., Salehabadi, H. S., & Fallahzadeh, H. (2020). Determinants of self-care behaviors in patients with knee osteoarthritis based on the theory of planned behavior in Iran. *Indian Journal of*

- Rheumatology*, 15(3), 201. <https://www.indianjrheumatol.com/article.asp?issn=0973-3698;year=2020;volume=15;issue=3;spage=201;epage=206;aui=Morowatisharifabad>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2000). *Expanding Horizons of Healthcare: Five-Year Strategic Plan 2001-2005* (NIH Publication No. 01- 5001). Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2002). *What Is Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/index.htm>
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Rev GPU*, 9(1), 85-90.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Ediciones científicas y técnicas.
- Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Preguntas más frecuentes*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication : report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66154>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre salud en el mundo. Atención Primaria más necesaria que nunca*. https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2019b, 4 de abril). *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS*. [comunicado de prensa].

<https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>

Organización Mundial de la Salud. (2019a). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible*.

<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

Organización Panamericana de la Salud (2017). *La búsqueda de la salud universal: resumen de indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud*. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-quest.html>

Organización Panamericana de la Salud (2019). Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. (CD53/5, Rev. 2)

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

- Orueta, R., Gómez, R. M., & Sánchez, A. (2008). Automedicación. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 34(3), 133-137. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)71865-3](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)71865-3)
- Parasuraman, S., Thing, G. S., & Dhanaraj, S. A. (2014). Polyherbal formulation: Concept of ayurveda. *Pharmacognosy reviews*, 8(16), 73-80. <https://doi.org/10.4103/0973-7847.134229>
- Paredes, V. (2006). Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]
- Pérez, D. I., & Castillo, J. L. (2016). Capital humano, teorías y métodos: importancia de la variable salud. *Economía, sociedad y territorio*, 16(52), 651-673
<https://doi.org/10.22136/est0522016675>
- Pourmand, G., Doshmangir, L., Ahmadi, A., Noori, M., Rezaeifar, A., Mashhadi, R., Aziminia, R., Pourmand, A. & Gordeev, V. S. (2020). An application of the theory of planned behavior to self-care in patients with hypertension. *BMC Public Health*, 20(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09385-y>
- Quispe, T. M. (2020). Factores asociados a la automedicación impuesta por padres/tutores en pacientes pediátricos ingresados a emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre 2019–marzo 2020. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Del Altiplano] Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Del Altiplano <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/13800>

- Ramírez, O. F., Hamui, A., Fuentes, R., & Aguirre, R. (2013). Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México. *Atención familiar*, 20(3), 91-95. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30099-2)
- Real Academia Española. (s.f.). Remedio. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed. Recuperado 28 noviembre 2021, de <https://dle.rae.es/remedio>
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Art 25. 19 de enero de 2004 (México).
- Rochelle, T., Shardlow, S. y Ng, S.H. (2015). Using the theory of planned behaviour to explain use of traditional Chinese medicine among Hong Kong Chinese in Britain. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/564648>
- Rodríguez, S.E., Diaz, D.B., Gracia, S.E., Guerrero, J.A., y Gómez, E.L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 68-81.
- Rodríguez, J., & García, J. A. (1996). Psicología Social de la salud. En J. L. Alvaro, A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.). *Psicología social aplicada* (pp. 351-379). McGraw-Hill.
- Rosenstock, I. M. (2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 83 (4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>
- Royo, M. A., Damián, J., Pérez, B., Rodríguez, F., Villar, F., López, G., Imaz, I., Damián, J., Jiménez, J., Castilla, J., González, J., Martín, J. M., Banegas, J. R., Donado, J. M., Pollán, M., Delgado, M., & Aragonés, N. (2009). *Método Epidemiológico*. ENS-Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12105/5271>

- Saiz, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21(3), 187-194. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.228>
- Salazar, Z. K., Ochoa, A. C., Arcos, M., Guapisaca, C. I., Rea, D. F., Sánchez, G. M. (2018). Factores asociados a la automedicación con antibióticos, Cuenca-Ecuador, periodo 2017. *Arch Venez Farmacol Ter*, 37(1), 52-6.
- Shaghghi, A., Asadi, M., & Allahverdipour, H. (2014). Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review. *Iranian journal of public health*, 43(2), 136–146.
- Siegel, S., Dors, S., Brants, L., Schuy, K., & Rau, H. (2018). Understanding health care avoidance and initial help-seeking behavior in German veterans: A theory of planned behavior. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 243-248. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S158876>
- Sieverding, M., Mattered, U., & Ciccarello, L. (2010). What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychol*, 29(1), 72–81. <https://doi.org/10.1037/a0016941>
- Sillas, D. E., y Jordán, M. L. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermero*, 19(2). <http://www.index-f.com/dce/19/19-067.php>
- Solano, C., González, L. E., González, P., Infantes, J. A., Martín, S., Torrencilla, M., y Rico, M. (2015). *Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica*. Autoedición. Sociedad Madrileña de Enfermería

Familiar y Comunitaria. <https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/El-atouidado-en-las-personas-con-enfermedad-cronica-2015.pdf>

Solís, L. R., y Medina-Mora, M. E. (1994). La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales. *Salud Mental*, 17(1), 7-10.

http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/511

Soto, E. y Roa, Y. (2004). Patrones de Autoatención y Automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla. *Elementos: ciencia y cultura*, 11 ,43-51

Tam, J., Vera, G., y Oliveros, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación.

Pensamiento y Acción. (5) 145-154

Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud*, 8, 38-50.

<https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>

Widayati, A., Suryawati, S., Crespigny, C. de, & Hiller, J. E. (2012). Beliefs About the Use of Nonprescribed Antibiotics Among People in Yogyakarta City, Indonesia: A Qualitative Study Based on the Theory of Planned Behavior. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP402–NP413. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539512445052>

Yuefeng, L., Keqin, R. & Xiaowei, R. (2012). Use of and factors associated with self-treatment in China. *BMC Public Health*, 12, Artículo 995. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-995>

Anexo. Ejemplo adaptado para formato .docx del instrumento “Autoatención y Autocuidado: aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada”

Cuestionario de Autoatención y Autocuidado

Folio: _____

Consentimiento informado

"Soy mexicana(o), mayor de 18 años y doy mi consentimiento para responder de manera voluntaria y anónima este cuestionario, comprendo que mi información y respuestas serán utilizadas únicamente con fines de investigación".

- Sí acepto

Datos sociodemográficos

Por favor, responde los siguientes datos sociodemográficos:

Edad (años cumplidos): _____

¿Practicas alguna Religión?

- Sí

Sexo:

Menciona cuál

- Mujer
 Hombre

- _____
 No

Nivel académico:

- Sin escolaridad
 Primaria
 Secundaria
 Bachillerato
 Carrera Técnica
 Licenciatura
 Posgrado

¿Cuentas con servicio médico (IMSS, ISSSTE, INSABI o Seguro Popular, PEMEX, ¿SDN o SM, Institución Privada, otras instituciones...)?

- Sí
 No

Estado civil:

- Soltera (o)
 Casada (o)
 Unión Libre
 Viuda (o)
 Divorciada(o)

¿Actualmente padeces alguna enfermedad crónica?

- Sí

Menciona cuál(es)

- _____
 No

¿Tienes hijas o hijos?

- Sí
 No

De tener alguna enfermedad crónica actualmente ¿has acudido al médico para tratarla y controlarla?

- Sí
 No

¿Actualmente con quién vives?

De las siguientes opciones selecciona a cuál de ellas acudes PRIMERO cuando estás enfermo:

- Remedios caseros, baños, tés, infusiones y pomadas (regularmente preparados con hierbas, flores, plantas o ingredientes de fácil acceso).
- Medicina tradicional-complementaria (acupuntura, homeopatía, quiropráctica y herbolaria).
- Ayuda Espiritual (sacerdote, curandero, pastor, brujo, chamán, rezar, cuarzos, amuletos, figuras y estampillas religiosas).
- Automedicación (reutilizar recetas médicas anteriores, usar un medicamento no recetado para mí, disminuir o aumentar una dosis prescrita).
- Profesional de la salud (médico, psicólogo, odontólogo, etc.)
- Familiares o conocidos.
- Espero a que mi cuerpo se recupere sin ninguna atención.

Consideras que después de acudir a la opción que seleccionaste anteriormente tu estado de salud...

- Mejoró
- No cambió
- Empeoró

Por favor, lee con atención las instrucciones para las diferentes preguntas y sé tan honesto como puedas al responder.

Primera parte del cuestionario Autoatención						
	INDICA QUÉ TAN DE ACUERDO ESTÁS CON REALIZAR LAS SIGUIENTES ACCIONES:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Usar remedios naturales ((Té, ungüento, hierbas medicinales) para tratarme cuando estoy enfermo.					
2	Usar medicamentos sin prescripción para reducir mis síntomas.					
3	Usar remedios caseros para tratar mi enfermedad.					
4	Reutilizar recetas médicas anteriores para tratarme cuando estoy enfermo.					
5	Acudir con una autoridad espiritual (sacerdote, pastor, anciano, brujo, chamán, curandero) para aliviar mi malestar.					
6	Hacer rituales espirituales (oraciones, limpias, veladoras, baños, purificaciones) para tratarme cuando estoy enfermo.					
7	Usar remedios caseros que me recomiendan mis conocidos cuando estoy enfermo.					
	PIENSA EN LAS PERSONAS MÁS IMPORTANTES PARA TI. ¿EN QUÉ GRADO SE MOSTRARÍAN DE ACUERDO EN QUE HICIERAS LAS SIGUIENTES ACCIONES PARA RECUPERAR TU SALUD CUANDO TE SIENTES ENFERMO?	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8	Usar remedios caseros (Té, ungüento, hierbas medicinales).					
9	Automedicarse (reutilizar recetas médicas anteriores, prolongar o interrumpir el tratamiento, disminuir o aumentar una dosis prescrita.)					
10	Acudir con una autoridad espiritual (sacerdote, pastor, anciano, brujo, chamán, curandero).					
11	Hacer rituales espirituales (oraciones, limpias, veladoras, baños, purificaciones).					
	INDICA QUÉ TAN CAPAZ TE SIENTES PARA REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES PARA	Nada capaz	Poco capaz	Ni capaz ni incapaz	Capaz	Totalmente capaz

	RECUPERAR TU SALUD CUANDO TE SIENTES ENFERMO.					
12	Usar medicamentos sin prescripción médica.					
13	Usar remedios caseros (Té, ungüento, hierbas, preparaciones naturales).					
14	Acudir con una autoridad espiritual (sacerdote, pastor, anciano, brujo, chamán, curandero).					
15	Hacer rituales espirituales (oraciones, limpias, veladoras, baños, purificaciones).					
16	Tratar mis propias enfermedades sin ayuda de un médico.					
	INDICA QUÉ TAN PROBABLE ES QUE REALICES LAS SIGUIENTES ACCIONES LA PRÓXIMA VEZ QUE TE SIENTAS ENFERMO:	Nada probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Probable	Totalmente probable
17	Usar remedios caseros.					
18	Automedicarse.					
19	Usar algún remedio casero recomendado por un conocido.					
20	Acudir con una autoridad espiritual (sacerdote, pastor, anciano, brujo, chamán, curandero).					
21	Hacer rituales espirituales (oraciones, limpias, veladoras, baños, purificaciones).					
Segunda parte del cuestionario Autocuidado						
	INDICA QUÉ TAN DE ACUERDO ESTÁS CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
22	Mantener una alimentación balanceada ayuda a prevenir enfermedades.					
23	Beber de 6 a 8 vasos de agua simple al día ayuda a mantener buena salud.					
24	Hacer ejercicio 30 minutos, 5 veces a la semana ayuda a mantener buena salud.					
25	Lavarse las manos constantemente ayuda a prevenir enfermedades.					
26	Cepillarse los dientes después de cada alimento ayuda a prevenir enfermedades.					
	PIENSA EN LAS PERSONAS MÁS IMPORTANTES PARA TI. ¿EN QUÉ GRADO SE MOSTRARÍAN DE ACUERDO EN QUE HICIERAS LAS SIGUIENTES ACCIONES PARA PREVENIR ENFERMARTE?	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
27	Hacer ejercicio durante al menos 30 minutos, 5 veces a la semana.					
28	Alimentarse de manera saludable.					
29	Beber de 6 a 8 vasos de agua simple al día.					

30	Lavarse las manos constantemente.					
31	Cepillarse los dientes después de cada alimento.					
	INDICA QUÉ TAN CAPAZ TE SIENTES PARA REALIZAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES PARA MANTENERTE SALUDABLE Y PREVENIR ENFERMEDADES.	Nada capaz	Poco capaz	Ni capaz ni incapaz	Capaz	Totalmente capaz
32	Alimentarse de manera saludable.					
33	Hacer ejercicio 30 minutos, 5 veces a la semana.					
34	Lavarse las manos constantemente.					
35	Beber de 6 a 8 vasos de agua simple al día.					
36	Cepillarse los dientes después de cada alimento.					
	INDICA QUÉ TAN PROBABLE ES QUE REALICES LAS SIGUIENTES ACCIONES PARA EVITAR ENFERMARTÉ:	Nada probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Probable	Totalmente probable
37	Alimentarse de manera saludable. (consumir alimentos de cada grupo alimentario en cantidades adecuadas para tu cuerpo).					
38	Ejercitarse 30 minutos, 5 veces a la semana.					
39	Lavarse las manos constantemente.					
40	Beber de 6 a 8 vasos de agua simple al día.					
41	Cepillarse los dientes después de cada alimento.					