



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA RELACIÓN
DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE SALUD
Y EL PERSONAL MÉDICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Chamorro Aramburo Gabriel
Estrella Gutiérrez Hypatia Deyanira

Director: Mtro. **Enrique Bernabé Cortés Guerrero**
Dictaminadores: Mtra. **Esther María Marisela Ramírez Guerrero**
Lic. **Juana Olvera Méndez**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Agradezco a mis padres por el apoyo
Que me brindaron para que pudiera estudiar
Y sobre todo para ser la persona que soy.*

*Agradezco a mi esposa por ayudarme a terminar
Mis estudios con todo su apoyo.*

*Agradezco mi hija por su sonrisa y
Alegría que alumbra mis días.*

*Agradezco a Dios por las
Bendiciones que me ha dado*

*Gracias a mis tutores
por el apoyo que me brindaron
para poder realizar este trabajo.*

Gabriel

*A Dios por brindarme salud y la
Fuerza para continuar adelante.*

*Agradezco mi hija que con su inocencia
me ha dado las ganas de continuar
y seguir adelante.*

*Agradezco mis padres ya que durante
toda mi vida me han brindado su apoyo
incondicional*

*Agradezco a mi esposo por seguir este
Camino sin darse por vencido.*

*Agradezco mis tutores que me
ayudaron y tuvieron la paciencia de
seguir este trabajo y que sin ellos no
habría terminado satisfactoriamente.*

Hypatia

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
1.1. Antecedentes de la psicología de la salud	7
1.2. Definición de psicología de la salud	9
1.3. Conceptos de salud y enfermedad	12
1.4. La psicología de la salud y su relación con otras disciplinas	16
1.5. Algunas áreas relacionadas con la psicología de la salud	19
1.6. Investigación en psicología de la salud	20
CAPUTILO 2	
EJEMPLIFICACION DEL TRABAJO DE LA SALUD EN MÉXICO	
2.1 Enseñanza y formación de recurso humanos	27
2.2 Contribuciones de la psicología de la salud al ámbito hospitalario en México	28
2.3 Promoción de la salud	31
2.4 Promoción de la salud en América Latina	33
2.5 Prevención de la salud	36
2.6 Programas que maneja el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	42
CAPITULO 3	
DESCRIPCIÓN DEL FENOMENO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	
3.1 Aspectos teóricos de la relación médico- paciente	45
3.2 Modelo tradicional de la relación médico-paciente	47
3.3 El nuevo paciente y la regulación social práctica	48
3.4 La medicina contemporánea y la relación médico paciente	49
3.5 Modelos prácticos de la relación médico-paciente	52

CAPITULO 4

LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

4.1 La atención del médico al paciente	56
4.2 Ley general de la salud	59
4.3 La planeación y dirección de los servicios de salud	61
4.4 La práctica medica en México	62
4.5 El Instituto Mexicano del Seguro Social	62
4.6 Problemas de la medicina institucional	63
4.7 Calidad de la atención medica	65

CAPITULO 5

LA RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE SALUD Y EL PERSONAL MÉDICO

5.1 Método	72
5.2 Procedimiento	75
5.3 Resultados	76
5.4 Conclusiones	90
Referencias	94

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se aborda el tema de la psicología de la salud donde podremos ver que el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

En el segundo capítulo podremos ver que en nuestro país la salud en el trabajo es considerada como un elemento de poca importancia, con alto costo económico para las empresas y para las propias instituciones. En la mayoría de los casos se ha pretendido efectuar acciones de carácter preventivo a través de una legislación, la que incluye reglamentos y normas, la aplicación de medidas que disminuyan la ocurrencia de accidentes y enfermedades de trabajo con escaso o nulo resultado, situación que se puede constatar por la información estadística disponible, con su consecuente impacto en lo económico, político y social tanto para las empresas, los trabajadores y las propias instituciones.

El tercer capítulo trata acerca de la relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años.

En el cuarto capítulo se aborda sobre la calidad de la atención médica México que involucra no solamente al médico, sino también a los directivos, personal operativo, proveedores, personal de apoyo, etcétera.

Mientras que en el quinto capítulo se podrán ver los resultados obtenidos en la investigación, así como las conclusiones acerca de la relación de paciente con el personal médico y su opinión sobre el sistema de salud en México.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar si los pacientes con enfermedad crónica y los no crónicos tienen confianza en el personal y en el sistema de salud en México. Así como seguir el tratamiento médico o solo dejar pasar el tiempo. Para lo cual se tomó una muestra no probabilística de sujetos con un rango de edad entre 17 y 77 años, para ambos sexos. La población estuvo conformada por: usuarios del sistema de Salud, comunidades, Familias e instituciones (sector salud). Se aplicaron los instrumentos "Funcionamiento Psicosocial" y "Funcionamientos de la Salud" (Ramírez y Cortés, 2000). Para el análisis de datos se utilizó una prueba no paramétrica (Chi-cuadrada) para evaluar la relación entre las variables. Los resultados de esta investigación proporcionan información confiable acerca del comportamiento nacional de la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar en el IMSS y sus causas, que debe permitir la comparación con otros países.

CAPITULO 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Durante la edad media el conocimiento y el avance científico se estancó por la influencia de la iglesia, sin embargo en el Renacimiento las ideas emergen nuevamente. Descartes introdujo tres importantes innovaciones: a) concibe el cuerpo como una máquina, describiendo como ocurren sus acciones, b) propone que la mente y el cuerpo pueden comunicarse a través de la glándula pineal, y c) creía que los animales no tienen alma y que los hombres la tienen hasta que mueren.

En los siglos XVII, XVIII y XIX, hubo una pandemia de enfermedades infecciosas y desordenes alimenticios en América y Europa, por supuesto mucha gente murió por contraer viruela, sarampión, disentería, tuberculosis, entre otras enfermedades, pero a en la siguiente mitad del siglo diecinueve disminuyeron las cifras de víctimas, pues surgieron medidas preventivas, tal como el mejoramiento de la higiene personal, mejor nutrición, así como el hecho de poner atención en los consejos de salud que surgían en consecuencia de las necesidades, como la moderación de la dieta y la conducta sexual (Leventhad, Prohaska y Hirschman, 1994 en: Trejo, 2001).

Es entonces que en la segunda mitad del siglo XIX la medicina y la ciencia crecen rápidamente, los científicos observan las funciones básicas del cuerpo descubriendo que algunos microorganismos causan las enfermedades, así surgen técnicas antisépticas, y se inicia el uso de la anestesia y también aparecen los hospitales. (Brannon y Feist, 2000; Trejo, 2001)

Sin embargo en la actualidad las necesidades y las formas de vida y de muerte son distintas, por lo tanto las enfermedades se han transformado, pues han pasado ha ser enfermedades crónico degenerativas, siendo esta las principales causas de muerte, por ejemplo, las enfermedades del corazón, cáncer

y apoplejía; estas enfermedades son comunes debido a la industrialización el aumento en la población y la exposición a sustancias químicas.

Amigo y Fernández (1998), describen básicamente las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. En primer lugar, desde mediados del siglo XX, asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, a las enfermedades infecciosas por las crónicas degenerativas, en segundo lugar este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años conlleva a modificar los estilos de vida y finalmente el modelo biomédico que definitivamente tiene una reducida forma de abordar la enfermedad.

Como podemos observar la medicina y la psicología de algún modo se conecta en la historia, de ahí el seguimiento de la Psicología de la Salud como un área de trabajo dedicada al conocimiento de la influencia de los factores psicológicos y sociales. Principalmente a que el proceso salud-enfermedad constituye uno de los aspectos cada vez más importantes en los individuos, la inversión en la promoción de la salud y la erradicación de la enfermedad se concentran en aspectos cada vez más importantes en diversos ámbitos, como en el científico, asistencia y político, por lo tanto podemos apreciar que el aspecto psicológico está íntimamente relacionado a la salud, puesto que la naturaleza de ésta es compleja y multifactorial, es por ello que los aspectos cognitivos, afectivos, emotivos, motivacionales, psicofisiológicos, conductuales y psicosociales son de gran importancia en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; lo anterior ha dado como resultado el desarrollo de disciplinas con la salud, como lo es la Medicina conductual, la Psicología, la inmunológica conductual, dermatología conductual, Psicología clínica de la salud y Psicología Social de la salud, entre otras (Amigo y Fernández 1998; y Trejo 2001).

1.2 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud es un área de especialidad dentro de la psicología. Es un término más específico de la disciplina, que se refiere a la

función primaria de la psicología como una ciencia. Esto incluye la práctica relacionada con la salud, la investigación y la enseñanza de muchas clases de psicólogos.

Una de las primeras definiciones de Psicología de la Salud es de Matarazo (1980, Citado en: Trull y Phares, 2003) quien considera que este término se refiere a la suma de aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias.

Mientras que para Stone (1988) la Psicología de la Salud se define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud, pudiéndose agrupar entorno a nivel de intervención, objetivo de intervención y tipo de intervenciones desarrolladas.

Por otro lado para León, Medina, Barriga y Herrera (2004) puntualizan la Psicología de la Salud como la integración, y no la mera suma, de contribuciones que, aun ocupándose de aspectos distintos del comportamiento, comparten idénticas dimensiones del concepto salud. Entre ellas:

- ❖ Poner de manifiesto que la salud es un asunto social; es decir, depende de factores socioculturales y no es algo que cada persona pueda alcanzar al margen de su contexto social.
- ❖ Resaltar que la salud tiene una función social (cubre unas necesidades sociales) y supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de esas funciones (las instituciones sociales), es decir, se concibe el sistema sanitario como la infra estructura de los recursos que hace posible la política sanitaria. Ésta, al amparo de la filosofía del programa de salud para todos, se caracteriza por ser algo más que la mera provisión de servicios médicos y orientarse a la promoción de la salud.

- ❖ Señalar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades, la salud como recurso que posibilita un estilo de vida facilitador del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, del desarrollo de su capacidad funcional y de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.
- ❖ Entender que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas, culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y la colectividad. Es decir, la salud como variable influyente y, a su vez, criterio de calidad de vida o juicio subjetivo relacionado con, cuando no causado por, determinados indicadores estándar, más o menos objetivo, referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona.

La emergencia de este campo de la Psicología, que tiene por objetivo analizar la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en que este constituye a la calidad de vida de las personas y como estas responden cuando están enfermas.

La psicología de la Salud se puede definir como un agregado de contribuciones específicas de educación, científicas de la disciplina de la Psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad la identificación de la etiología y diagnóstico de los correlatos de la salud, enfermedad y disfunción relacional, y para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud.

La definición enfatiza cuatro metas:

1. La promoción
2. El mantenimiento de la salud
3. Enfocada a la prevención
4. Enfocada al mejoramiento de los cuidados de sistema de salud y las políticas de salud

Entre los principales objetivos que persiguen este enfoque se pueden señalar:

- ✓ Elaborar un marco teórico que facilite la evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad, la predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud y la comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.
- ✓ Poner en práctica dicho marco teórico para la promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad, el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente así como la mejora de los servicios de salud.

Y por otro lado podemos observar que hay diferentes interdisciplinas que tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención. El término Psicología de la salud se ha utilizado para denominar la actividad de la psicología y sus profesiones en el área de la salud. Reig, Rodríguez y Mira (1987 en: Trejo 2001) señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas: a) que la conducta es un factor de riesgo; b) la modificación del comportamientos reduce el riesgo para la salud; c) el comportamiento se puede modificar; d) las intervenciones pueden resistir un análisis de costo/eficacia.

1.3. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Como es bien sabido las enfermedades siempre han existido, de la misma manera han sido estudiadas por el hombre desde hace miles de años, por ejemplo, los griegos y los romanos, por las primeras culturas las cuales creían que las enfermedades eran causadas por demonios; por otro lado los griegos como Hipócrates propuso la teoría humoral para explicar las enfermedades y recomendaba llevar una buena dieta y evitar los excesos. Platón atribuía la enfermedad a un desequilibrio en los fluidos del cuerpo, Galeno diseccionó animales y dio a conocer como la enfermedad tiene diferentes afectos en el cuerpo (Brannon & Feist, 2000).

Uno de los primeros intentos por definirla fue realizado por Stone (1979 en: Vega 2002) al exponer que al hablar de la psicología de la salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto que puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema salud.

En México Rodríguez y Palacios (1989 en: Vega 2002) la definen como: la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la Psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud.

La Psicología de Salud, definiendo su área de aplicación "la Salud". Se puede definir desde una concepción negativa entendiéndola como el estado caracterizado por la ausencia de la enfermedad, incapacidad o invalidez o desde una concepción positiva, la cual define a la salud en diferentes dimensiones, las cuales implican el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, el desarrollo personal, entre otros. En esta misma línea la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (Brannon y Feist, 2000; Trejo 2001). Considera estos aspectos por que el hombre se debe estudiar como una unidad biopsicosocial: a) biológicamente, por que es necesario conocer la estructura y el funcionamiento del organismo; b) Psicológicamente, cada individuo es un ser único, tiene su propia personalidad, que es el conjunto de características psíquicas heredadas y adquiridas con las cuales se manifiesta y c) Socialmente, el hombre es un ser que nace dentro de un grupo social, es decir, un conjunto de personas que interactúan entre sí y comparten ideas y costumbres. La familia es el grupo primario, la estructura básica de la sociedad donde se establece una relación estrecha entre sus miembros, que influye en el desarrollo de la personalidad (Higshida, 1995). Por estas razones y problemas de salud, en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó como una de sus divisiones, el apartado 38 la psicología de la salud. (Brannon y Feist, 2000).

Salud y enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica, son, pues, la resultante del éxito o el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente. Un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, (puesto que ningún estado biológico es definitivo, excepto la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo. Estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

Considerada en esta forma la salud no es un hecho inevitable que recibimos por herencia o que no recibimos. Lo que recibimos por herencia es una estructura biológica, más concretamente un programa, que puede desarrollarse bien, mal o mediamente en relación a nuestro equipamiento biológico y en relación a los múltiples factores, adversos y favorables, del ambiente con los cuales nos enfrentamos diariamente.

Por esto mismo, la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Según esta concepción, la noción de salud puede ser remplazada por la de estado compensado o de equilibrio dinámico. En el estado de compensación, el organismo tiene la posibilidad fisiológica de incluir una agresión externa de tal forma que quede limitada y no alcance a provocar el desequilibrio percibido como enfermedad por el individuo. De esta manera, la noción de salud es también el reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia, de compensación y de poder de adaptación.

A la inversa el pasar a un estado patológico es la expresión de un desequilibrio de una descompensación, de una intolerancia a los agentes agresores externos de una desadaptación. La noción de descompensación implica que los diversos mecanismos por los cuales el organismo habría podido

contrarrestar la agresión actuar de manera negativa implicando los factores patológicos.

La salud no logra ser un fin en si misma sino va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar. Es decir, la salud requiere más que una definición biológica: tiene que tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación (ecología, ambiente, sociedad, cultura, etc.) por otro lado, el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época. De aquí que la idea que la gente tiene de salud no es siempre la correcta; esa idea esta siempre limitada por el marco social en que la gente actúa.

Por otro lado Dubos (Citado en: San Martín, 1993), ecologista francés define la salud como: el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio. Esta es una definición ecológica que tiene el mérito de no oponer la salud a la enfermedad, en la medicina clínica a la salud pública, lo médicos clínicos a lo higienistas, como sucede a veces en algunas otras definiciones.

No parece hoy posible definir la salud en términos absolutos y solo objetivo tampoco pensar que ella es la simple ausencia de enfermedad. La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivo (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Después de todo lo que hemos explicado la definición tradicional de la enfermedad como la ausencia de salud tampoco tiene hoy validez debido a la existencia de grados de enfermedad que impiden su diagnostico y su percepción por el enfermo.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica- psicológica-social.

Las enfermedades más comunes hasta el siglo XX eran las enfermedades agudas, específicamente tuberculosis, neumonía y otras enfermedades infecciosas. Los padecimientos severos son enfermedades médicas de duración breve, generalmente resultado de invasiones bacterianas o virales y usualmente fáciles de curar.

Ahora en contraposición, las enfermedades crónicas, especialmente padecimientos del corazón, cáncer y diabetes, son los principales contribuyentes de incapacidad y muerte, especialmente en países industrializados. Las enfermedades crónicas son padecimientos que se desarrollan lentamente en los cuales las personas viven por largos periodos. Por lo regular, las enfermedades crónicas son incurables, por tanto, tratadas por el paciente y el médico en forma conjunta. Estas enfermedades han permitido el crecimiento de la psicología de la salud ya que los factores psicológicos y sociales están relacionados, por ejemplo, los hábitos de salud personal como la alimentación y el fumar, están relacionados con el desarrollo de padecimientos cardiacos y el cáncer, así como la actividad sexual es fundamental en la posibilidad de desarrollar SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida). Como consecuencia, la psicología de la salud ha evolucionado en parte para explorar las causas y el desarrollo de intervenciones para modificar dichas causas (Taylor, 2007).

1.4. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

El conjunto de principios en los que parece sustentarse el modelo biosicosocial puede presentarse por lo expuesto por Belloch y Olabarría (1993, Citado en Lameiras y Faílde 2000):

- El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social. Esto es, un organismo que recibe información. La elabora y la almacena le asigna un significado y la transmite, todo lo cual produce a su vez un determinado modo de comportarse.

- La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico y por ello son difícilmente términos absolutos y están codeterminados por variables de tipo biológico y social, todas ellas en constante interacción.
- El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe intentar tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas.
- La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial. Además hay que tener en cuenta que existen varios niveles etiopatogénicos y que todos ellos requieren la adecuada investigación.

Modelo biomédico y biopsicosocial

Debido a estos antecedentes surge el modelo biomédico aunque fue muy aceptado y todavía es muy utilizado hoy en día, ha sido cuestionado ya que ve a la persona como individuo único, sin considerar los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad o la salud, por tal motivo se debe investigar factores tales como: los estilos de vida y la personalidad del individuo ya que indudablemente tienen un efecto importante en el desarrollo de la enfermedad o el mantenimiento de la salud, factores que no podían ser analizados por el modelo biomédico. (Amigo y Fernández 1998 y Trejo 2001).

El modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos (Engel, 1977 en: Amigo y Fernández, 1998), el primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual, el segundo principio es el reduccionismo, que asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión reacciones físicas y químicas. En definitiva, se aborda la enfermedad entendiendo a sus aspectos físicos y se olvida que detrás de ellos hay una persona cuya respuesta personal a ese estado va a influir en el curso de la patología.

Ente las dificultades planteadas el modelo biomédico sostiene que todos los factores biológicos, psicosociales y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad, de este modo, tanto los que se podían calificar como macroprocesos (apoyo social, trastornos de la salud mental, etc.) como los microprocesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso de salud mental. De lo cual se desprende que la salud y la enfermedad tienen una acusación múltiple, y múltiples, también son sus efectos. El modelo biopsicosocial, pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don (Amigo y Fernández, 1998).

El modelo biopsicosocial, sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas, este modelo conlleva, como es natural que el proceso de diagnóstico debería ser considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o la enfermedad del individuo, por otra parte también sostiene que las recomendaciones de tratamiento también deben tener en cuenta estos tres tipos de variables, por último destaca explícitamente la importancia de la relación entre paciente y el clínico, se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar de un modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento, la efectividad del mismo y su recuperación (Amigo y Fernández, 1998 y Phares, 1996).

La teoría humanista, que analiza la forma en que los seres humanos desarrollan personalidades sana y como llegan a esta meta. La terapia humanista tiene como objetivo proporcionar herramientas para que el individuo reconozca los recursos internos con los que cuenta, lo que resulta algo poco relacionado con la psicología de la Salud (Vega, 2002).

La Psicología de la Salud es muy similar a los campos de la medicina conductual y psicosomática, sin embargo la psicología de la salud difiere de estas, ya que tiene contacto directo con otros subcampos dentro de la disciplina como la

psicología clínica, experimental, fisiológica y social; así mismo en su organización y en que la mayoría de su miembros son psicólogos (Vega, 2002).

1.5 ALGUNAS ÁREAS RELACIONADAS CON LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A finales de los años 70's, es en 1978 la división de Psicología de la Salud se introduce en el campo, sus principales antecedentes surgen a través de la necesidad de entender la interrelación existente entre la vida emocional y los procesos corporales (Vega, 2002)

Es así como aparece el campo de la medicina psicosomática, en la cual principalmente se encontraban inmersos médicos y psicoanalistas, sus primeras investigaciones tuvieron un enfoque psicoanalítico (Trejo 2001). A partir de 1965 se observa un cambio de orientación que queda plasmado según Lipowski (1977 en: Amigo y Fernández 1998) en los siguientes objetivo, a la medicina psicosomática le corresponde: 1) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina, y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta y apoyo. Ahora bien habrá una notable evolución entre la medicina psicosomática y la psicología de la salud ya que la primera se nota su fehaciente interés en la enfermedad y la segunda en la salud y la prevención.

La medicina conductual se basa en el conductismo, el cual propone que la conducta es el resultado de dos tipos de aprendizaje, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En esta época se demostró que los eventos psicológicos –particularmente las emocionales- tienen influencia sobre las funciones corporales, así se encontró que el vínculo entre la mente y el cuerpo es más directo y penetrante, así se implementó una importante técnica terapéutica, la cual es llamada bioretroalimentación o biofeedback, la cual es útil en el tratamiento de diversos problemas de salud, tal como los dolores de cabeza. Tal y como se expresa el concepto la medicina conductual nace como una extensión de la teoría conductual, por lo que su preocupación principal son las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que la mantienen y los cambios necesarios que habría que modificar (Amigo y Fernández, 1998)

1.6. INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud es, uno de los ámbitos de mayor desarrollo tecnológicos de la evaluación psicológica. Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera a la salud no como la ausencia de enfermedad sino como el total bienestar físico, psíquico y social del individuo, la psicología de la salud ha experimentado un extraordinario avance debido a la importancia del comportamiento tanto en el riesgo y la génesis de la enfermedad como en su curación (Fernández, 1996).

La investigación en el ámbito clínico-hospitalario y de la salud, por su contexto, una actividad esencialmente multidisciplinar, ya que en ella pueden participar investigadores de distintas especialidades. Dependiendo de la amplitud de la cuestión a investigar podrá ser necesaria la colaboración de médicos, epidemiólogos, fármaco-economistas, psicólogos, estadísticos y expertos en ética, que utilizando métodos de investigación cualitativos o cuantitativos, con diseños experimentales u observacionales acordes a sus objetivos, intentarán medir o evaluar los resultados de los procedimientos o intervenciones sanitarias. La implicación de varias disciplinas científicas en la investigación en el área de la salud necesaria debido a los distintos tipos de resultados que incorpora en sus estudios: la utilización de medicamentos, la calidad de vida relacionada con la salud, la morbi-mortalidad, la adaptación a la enfermedad, o el uso de los recursos, entre otros (Martínez y Barreto, 2003).

Dentro de la investigación la psicología de la salud exige la evaluación de variables, tanto dependientes, independientes como potencialmente contaminadoras, relevantes en la promoción de la salud, en la prevención y la rehabilitación de la enfermedad así como en la valoración de las intervenciones y de los sistemas de salud. Y prácticamente se considera que el enfoque propio de esta disciplina es el bio-psico-social.

Psicólogo de la salud se ocupa esencialmente de la evaluación de las condiciones personales o psicológicas, también está interesado en la evaluación

de condiciones socioambientales y multidimensionales e, incluso, cuenta con procedimientos para ello.

Los equipos de investigación especializados en el área de la salud, abarcan desde los tratamientos e intervenciones psicológicos a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, realizan pronósticos sobre la evolución de los problemas evaluados investigando los elementos que favorecen, propician o determinan el curso del proceso, evalúan la intervenciones realizadas, estudian los factores psicosociales intervinientes en los procesos salud/enfermedad, desarrollan con técnicas psicológicas contrastadas distintos modos de intervención acorde con el nivel de atención y servicio específico en que se encuentre, desarrollan programas de apoyo, asesoramiento e intervención conjunta en y con otros servicios sanitarios especializados. Contribuyen con el diseño, desarrollo y evaluación del programas de promoción de la salud identificando los elementos psicosociales intervinientes, evalúan las incapacidades y las habilidades de los enfermos crónicos para desarrollar programas de rehabilitación adecuados, apoyar los programas de reinserción social de crónicos en colaboración con los servicios sociales (Lameiras y Faílde, 2000).

Los instrumentos que utiliza el psicólogo de la salud según Fernández, (1996) son los siguientes: entrevistas, auto-informes, auto-registros, escalas de apreciación complementadas por expertos u otros allegados, observacionales en situaciones controladas, pruebas de laboratorio, mediciones mediante aparatos, exámenes físicos, datos de archivo, son los procedimientos de recogida de información más utilizados en psicología de la salud.

Dentro de estas técnicas el auto-registro mediante la auto-observación es el método de obtención de datos más empleados y más versátil en psicología de la salud, estas técnicas de auto-informe son de la máxima [utilidad](#) y conveniencia en todos los momentos del proceso de intervención. Ya que hace consciente al paciente de aspectos de su propio comportamiento que pudieran estar pasándole desapercibidos o sobre los que podía mantener creencias equivocadas (Lameiras y Faílde, 2000).

Por lo tanto el uso de estas técnicas permiten recoger datos sobre cuatro fuentes esenciales de información: el propio sujeto, sus allegados, los expertos y la procedente de aparatos e instrumentos específica que permiten amplificar o detectar respuestas varias del organismo y su contexto (Fernández, 1996).

Con la ayuda de estas herramientas la psicología ha realizado grandes contribuciones a la salud y a la medicina. Ya que aporta y contribuye con la comprensión y estilos de vida que están relacionados con la salud, la enfermedad y con una serie de técnicas para modificar comportamientos que han estado implicados en el desarrollo de enfermedades crónicas. La psicología de la salud esta comprometida en el mantenimiento de la salud de la gente antes de esperar a tratarlos una vez que están enfermos y cuenta con instrumentos de medida confiables y válidos para evaluar factores relacionados con la salud y la enfermedad. Así mismo los psicólogos han construido y utilizado modelos teóricos que sirven para explicar y predecir comportamientos asociados a la salud y a la enfermedad, por lo tanto cuenta con bases sólidas para lo métodos científicos a la hora de estudiar dichos comportamientos. Estas teorías aportan sentido a las observaciones y, a su vez, las observaciones coinciden con una u otra teoría formulada para explicar dichas observaciones. Esta teoría debe de ser útil y capaz de generar investigación y se debe de contar con valides y confiabilidad.

Gran parte de la información relacionada con la salud procede de estudios efectuados por científicos del comportamiento y biomédicos, es decir la psicología y la epidemiología, los cuales utilizan diversos métodos de investigación, la elección de los métodos de pende en gran medida de las cuestiones que los científicos intentan responder en cada caso.

Estos métodos son los estudios de caso, estudios correlacionales, estudios transversales y longitudinales, el estudio de caso constituye una investigación intensiva relacionada sobre una persona. Los estudios correlacionales indican el grado de asociación entre dos variables. Los estudios transversales investigan un grupo de gente en un punto temporal determinado. Los estudios longitudinales

siguen el desarrollo de los participantes a lo largo de un extenso periodo de tiempo.

También utilizan los diseños experimentales, los investigadores manipulan la variable independiente de tal manera que cualquier diferencia resultante entre los grupos experimentales y los grupos de control pueden ser atribuidos a sus distintos grados de exposición a la variable independiente. De igual forma llegan a utilizar diseños ex post facto, en los cuales se comparan dos grupos o más grupos y luego registran las diferencias de grupo en la variable independiente.

Hay pocas investigaciones que demuestren de qué forma los diversos factores psicológicos y conductuales interactúan entre sí para influir en el curso, la progresión y la severidad de determinadas enfermedades. Dentro de una de las pocas investigaciones Grau (1995 en; Martín, 2002) adaptó un instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer, con el cual pretende lograr una evaluación multidimensional de la calidad de vida, consta de un conjunto de escalas análogo-visuales referidas a síntomas, complicaciones, limitaciones, autoimagen, estados emocionales negativos, motivaciones e ilusión por las cosas. Y ha sido utilizado con éxito para el estudio de los cambios que se producen en la calidad de vida de pacientes terminales.

En otra investigación Lugo (1996, En: Martín, 2002) reportó la creación de un instrumento para medir la calidad de vida en los pacientes de cáncer de mama. Se trata de un cuestionario de 17 ítems relacionados con dificultad económica, física, psicológica y síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento que ha mostrado una buena validez de contenido y validez concurrente.

Y dentro de la investigación en el área de las enfermedades, los epidemiólogos aportan aquellos factores que contribuyen tanto a la salud utilizando métodos científicos que son bastante similares a los que emplean los psicólogos. Entre estos métodos se encuentran los estudios observacionales, los experimentos naturales y los estudios experimentales. Los conceptos que utilizan los epidemiólogos son: factor de riesgo, prevalencia e incidencia.

Los psicólogos y epidemiólogos utilizan observaciones controladas, intentan ser objetivo y cautos a la hora de extraer conclusiones y llevan a cabo estudios que bien ellos u otros investigadores puedan replicar.

Piña (2005) presenta una revisión de la psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004 a partir de dos indicadores: de un lado, la publicación de trabajos de reflexión teórico conceptual y de investigación en revistas arbitradas, libros y memorias in extenso; del otro la edición de manuales, compendios, libros y revistas especializadas. De esta revisión encuentra que hay una pobre producción de trabajos de reflexión sobre el campo de actuación y diverso tópicos de interés, un marcado énfasis en trabajos de investigación sobre el problema del VIH/SIDA y una edición limitada de manuales, compendios, libros y revistas especializadas.

Las intervenciones del psicólogo en el área de la salud esta relacionada con decisiones y gestiones institucionales como son: decisiones sobre elementos arquitectónicos y ergonómicos, cuestiones que afecten a la satisfacción laboral de los cuidadores, cuestiones organizativas relativas a la movilidad de los pacientes u posibilidades de salida transitorias, cuestiones que afecten a la posibilidad del paciente de controlar su contexto más inmediato, cuestiones relacionadas con el apoyo de los allegados y gestiones adecuada de recursos sociales y sanitarios a favor de los pacientes y sus familias (Martínez y Barreto, 2003).

A lo largo del desarrollo de la psicología de la salud se observan numerosas aportaciones que podrían resumir en las siguientes (Bazan, 2006):

- ✚ Ha proporcionado un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro del fenómeno de enfermedad.
- ✚ Ha proporcionado un marco conceptual que elucida la relación existente entre salud y estilos de vida
- ✚ Ha evidenciado el papel del estrés en la salud
- ✚ Ha marcado las existencia de conductas relacionadas con la enfermedad
- ✚ Ha manifestado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud.

- ✚ Ha determinado el papel del afrontamiento en la enfermedad
- ✚ Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.

Estas aportaciones de la psicología de la salud son de gran utilidad pues constituyen aspectos concretos que permiten perfilar esta área; además, si se observa la interrelación de estos puntos se pueden hacer consideraciones importantes más generales, ya que el hecho de que la psicología sea la generadora de estos conocimientos tiene varias implicaciones:

- 1) Introducción del psicólogo en el ámbito de la salud, sin estar subordinado al médico o al psiquiatra, como profesional independiente con un campo propio.
- 2) El reconocimiento de la psicología como una disciplina seria y útil en la solución de problemas de salud
- 3) El desarrollo científico y tecnológico (teórico y aplicado) de la psicología.

A este respecto se proponen ocho áreas para que el psicólogo de la salud intervenga:

- 1) Manejo del paciente: cuyo objetivo es aumentar la adherencia terapéutica y favorecer la readaptación conductual.
- 2) Manejo del dolor: para disminuir en lo posible las molestias ocasionadas por este y que el paciente realice sus actividades cotidianas.
- 3) Manejo pediátrico: que implica entrenamiento tanto al paciente como a sus padres, en el manejo de contingencias y desensibilización sistemática.
- 4) Desórdenes psicosomáticos en adultos: consiste en la retroalimentación para el control de algunos síntomas.
- 5) Pacientes psiquiátricos: se pretende la adaptación del paciente tanto a la institución como a su medio.
- 6) Rehabilitación: se centra en el establecimiento de nuevas conductas.
- 7) Pacientes geriátricos: enfocada a proporcionar repertorios sociales y a favorecer la independencia.

8) Prevención del estrés y reducción de factores de riesgo.

CAPITULO 2 EJEMPLIFICACIÓN DEL TRABAJO DE LA SALUD EN MÉXICO

2.1. ENSEÑANZA Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El perfeccionamiento de los psicólogos para la actuación en el área de la Educación para la Salud se muestra como uno de los puntos prioritarios en los cambios que se implementarán en el campo de la formación profesional. Como se destacó anteriormente, todavía existen deficiencias de formación en el pregrado y postgrado. La mayoría de los cursos de postgrado, maestría y doctorado en Psicología de la Salud en Brasil se ubican en los grandes centros de producción científica del país, particularmente en las regiones del sureste y sur, con necesidad de más incentivos (como ya ocurre) para las regiones del norte y nordeste, en donde los problemas de salud son más graves a causa de la existencia de grandes bolsas de pobreza. A los cursos de pregrado les faltan asignaturas básicas relacionadas con la promoción y educación de la salud que traten, no sólo cuestiones epidemiológicas, sino también cuestiones sociales y de educación. Es fundamental que haya un cambio curricular que enfatice la salud colectiva de la población y fortalezca la formación del psicólogo dentro de una visión transdisciplinaria. Contini (2000) señala que la producción de la Psicología, incluso por fuerza de su constitución como Ciencia, se restringe a desvanecer los fenómenos psicológicos, produciendo conocimientos y teorías psicológicas, pero que en las intervenciones en situación real, estos mismos fenómenos psicológicos están interactuando con otras variantes que son analizadas por otras áreas del conocimiento o por equipos interdisciplinarios. De esta forma, es fundamental adquirir aprendizajes que puedan proporcionar herramientas al alumno para que desarrolle acciones conjuntas con otros profesionales. Como afirman Bastos y Acharta (citado en Contini, 2000) la naturaleza compleja de los fenómenos que demandan la intervención del psicólogo en los diversos dominios, aliada a las concepciones emergentes que intentan ver el fenómeno psicológico en sus interacciones, lleva a la necesidad de integración de múltiples perspectivas profesionales. Así, el trabajo con otros profesionales se convierte en una exigencia para que el afrontamiento del problema sea coherente con las múltiples

facetas que él asume. Existe un inmenso campo susceptible de ser explorado por el psicólogo con su trabajo dentro del equipo multiprofesional en los programas de educación para la salud, destinados a la capacitación y el perfeccionamiento de los profesionales de salud, pues entre sus distintas habilidades como psicólogo, la capacitación para la labor con grupos trae herramientas para el trabajo relacionadas con los cambios de comportamiento, además del conocimiento más detallado sobre personalidad, autoestima y desarrollo humano, entre otros. Todos son aportes importantes de acuerdo con las propuestas de “suma transdisciplinaria” para acciones en salud. Afirma Westphal (2001, p.2): “Como la adopción de un nuevo paradigma (de salud) orienta hacia el desarrollo de nuevas competencias teórico-prácticas y su difusión, se fue cambiando el perfil de las actividades de enseñanza de actualización, pregrado y postgrado para que el profesional de salud fuera preparado para ejecutar tareas tradicionales, de carácter técnico, a la vez que pudiera percibir qué es trabajar en Salud Pública hoy. El gran reto de la nueva práctica, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad, requiere profesionales capaces de mantener diálogo técnico y lego con los más variados sectores. Maestros y alumnos se deben capacitar para desempeñar esta actividad y aun otras, antes no necesarias, como la actuación política ante grupos poblacionales, institucionales y órganos de administración pública”. Esta nueva realidad está vinculada no sólo a la cuestión de la enseñanza y la formación, sino a las demás cuestiones discutidas a continuación en cuanto a la investigación, la bioética y las políticas de salud.

2.2. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD AL ÁMBITO HOSPITALARIO EN MÉXICO

La tendencia académica en México ha generado el desarrollo de algunas líneas de investigación, lo cual es reportado mediante un seguimiento de la productividad científica realizado en la década de 1980 en Argentina, Brasil, Cuba y México (Pozo y Ramos, 1993; en Rodríguez y Rojas, 1998; Citado en: Bazán, 2006), donde se identifica que los temas más citados se encuentran en las siguientes áreas:

1. Enfermedades crónico-degenerativas (dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer).
2. Manejo psicológico de alteraciones psicofisiológicas (dolor de cabeza, asma, por medio de retroalimentación biológica).
3. Aspectos psicosociales y adicciones.
4. Conducta antisocial.

Se identifican como tendencias futuras la preparación y calificación del equipo de cuidado de salud (formación de pregrado y posgrado), la evaluación de la calidad de los servicios por medio de asesoría institucional y la satisfacción de los usuarios, y la educación para la salud y salud ocupacional.

Debe indicarse que a pesar su surgimiento académico, la psicología de la salud siempre ha buscado diversos escenarios para su aplicación en diferentes instituciones de salud, sin embargo, el trabajo generalmente es por parte de las líneas de investigación de los programas de enseñanza, si formar parte del servicio prestado por el sector salud, lo cual ha resultado en un fuerte desarrollo en instituciones de enseñanza y un lento proceso de inclusión en el sector salud y el ámbito hospitalario.

El no considerar al psicólogo parte del sector salud tiene serias implicaciones en la cobertura pues, en términos generales, en México hay 2000 psicólogos en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a los 90 millones de habitantes, lo cual contrasta en gran medida con Cuba, país que por su estructura social tiene una cobertura de servicios de salud en su población al 100% contando con 1600 psicólogos. Esta situación se ve reflejada en el ámbito hospitalario, donde ni si quiera es considerada como una necesidad la asistencia del psicólogo, de este modo los únicos trabajos que llevan a cabo son los que proveen los planes de estudio mediante las residencias y por otro lado las asistencia de personal en proceso de titulación, que lleva su proyecto de investigación a los escenarios.

Finalmente, nos centraremos en el potencial de las aportaciones en las tareas de prevención las cuales están consideradas en los diferentes aspectos

mencionados dentro de la experiencia de Estados Unidos, cuando se aborda la estrecha relación existente entre comportamiento salud-enfermedad, lo cual se ha conceptualizado como comportamiento de riesgo o conductas protectoras. Las aportaciones preventivas del psicólogo pueden añadirse a las intervenciones secundarias o terciarias en el ámbito hospitalario, pues si bien se tiene a la persona “enferma”, es lógico que su actividad se centre en la modificación de hábitos, la enseñanza de repertorios alternativos para la salud, sin embargo, no se puede olvidar que una importante aportación de la psicología a la salud es la consideración del “paciente” como un agente activo en este proceso salud-enfermedad, de este modo, puede ir más allá de la prevención de riesgo para evitar recaídas promoviendo estilos de vida más sanos.

Una vez planteada la situación de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en nuestro país, es necesario retomar los siguientes aspectos para lograr mejor desempeño del psicólogo de la salud:

- a) Difundir entre la población el concepto de salud, identificándolo como algo que se desarrolla mediante un estilo de vida y no como algo que se adquiere o se pierde.
- b) Considerar el perfil epidemiológico del país no sólo en nivel orgánico y patológico, sino identificando todos los aspectos del comportamiento relacionados que conviertan en sujetos de riesgo a la población
- c) Seguir dirigiendo esfuerzos a la conformación de planes de estudio que formen y/o actualicen psicólogos de la salud, centrándose en la enseñanza de la base biológica de los procesos de salud y enfermedad, en la enseñanza de atención primaria, educación para la salud, estructura y organización de servicios de salud y políticas generales.
- d) Promover el estudio de la calidad del servicio en el sector salud dando una parte activa y participativa a la población en el tipo de servicios que requieren.
- e) Promover una cultura de salud en la población para que sepa demandar un servicio de calidad.

Por otro lado para Londoño, Valencia y Vinaccia (2006) es urgente promover el interés de los psicólogos por participar en la formulación de la política pública en general, y particularmente en el campo de la salud, para que tengan una mayor incidencia en los procesos de toma de decisiones en materia de prevención, promoción y atención a la salud. Lo anterior puede hacerse a partir de la inclusión en los planes de estudios de cursos cuyo objetivo sea el familiarizar a los psicólogos con la política pública de los servicios de salud y con el papel que deben desempeñar en ella como ciudadanos que ejercen su dimensión pública desde la conciencia del interés colectivo.

2.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud pretende capacitar a las personas para incrementar el control sobre la salud y mejorarla. Son acciones de educación y concientización ofrecidas preferencialmente por equipos profesionales extramurales de salud, dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud y entorno, con el objeto de mantener la salud.

Por otro lado también comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el sistema general de seguridad social en salud y las acciones de la promoción de la salud dirigidas al individuo y la familia, según su perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el auto-cuidado y la solidaridad, incluye el suministro de materiales (Jauregui, Suarez, Benguigui y Peña, 1998).

En la conferencia de Ottawa 1986 se definían cinco líneas esenciales para la salud (Calero & Calvo, 1997):

- Construir las políticas saludables.
- Crear entornos favorables a la salud
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar las habilidades personales
- Reorientar los servicios sanitarios

La conferencia de Adelaida 1988 ha insistido en la política de salud en las orientaciones indicadas.

Así pues, se establece la salud como algo no sólo inherente a la persona, en términos positivos en sus aspectos globales, físicos, mentales y sociales, sino también su trascendencia a la comunidad, por lo que es preciso el estudio de los factores determinantes de la salud.

La promoción de la salud se tiene que iniciar en el seno de la familia, desarrollando habilidades personales, estableciendo valores por lo que es fundamental la educación de los padres como educadores natos de sus hijos y se fortalece en las escuelas educando para la vida, es decir, la educación integral de los alumnos que sobre pasa los límites de la disciplina que enseñan.

Las líneas de acción de salud se dirigen fundamentalmente a:

- Desarrollo de habilidades personales
- Creación de entornos favorables a la salud
- Participación de la acción comunitaria

2.4. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La promoción de la salud en América Latina intenta crear condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación mutua entre salud y desarrollo. Esta región, apartada por la inequidad que se agrava a causa de la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, se enfrenta al deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de riesgos para la salud y una reducción de recursos para afrontarlos. Consecuentemente, el reto de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar esas relaciones, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y equidad social, condiciones indispensables para la salud y el

desarrollo. Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Esas desigualdades complejas y que causan agonía, tanto de carácter económico, ambiental, social, político y cultural como relativas a la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud, tienen la tendencia de agudizarse a causa de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por lo tanto, es difícil enfrentar y resolver estos problemas con la perspectiva de alcanzar la salud para todos. La situación de inequidad de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de la salud pública, destinadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del retraso y la pobreza, al cual se sobrepone el causado por las enfermedades de la urbanización e industrialización. Toda esta zona presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o resurgimiento de endemias con la malaria, cólera, tuberculosis y desnutrición, por el aumento de problemas como el cáncer y enfermedades cardiovasculares y por el surgimiento de nuevas enfermedades como el SIDA o las resultantes del deterioro ambiental. Ante este panorama la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en los cambios de las condiciones sanitarias y en el modo de vivir, ajustado con la creación de una cultura de salud. Así, la difusión de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades.

En el ámbito político también existen obstáculos que limitan el ejercicio de la democracia y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia –en todas sus formas– contribuye al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicosociales y constituye el fundamento en que están inscritos numerosos problemas de la salud pública. Lo que se espera de la equidad es eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades de alcanzar el derecho al bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una opción particular de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones que disminuyan sus efectos, sino también en actuar como un agente de cambio que conduzca transformaciones radicales en

las actitudes y conductas de la población y de sus dirigentes, origen de estas calamidades. En 1997 la Organización Panamericana de Salud reitera estas cuestiones enfatizando los desafíos que la globalización implica. Se demuestra así la continuidad en el pensamiento de la Organización Mundial de la Salud en relación a la concepción del desarrollo como un proceso cuya finalidad es el desarrollo integral y sostenible del ser humano en una dimensión temporal que trasciende a la coyuntura y no hace peligrar la posibilidad de que las generaciones futuras disfruten de sus beneficios. Así mismo, se destaca la reafirmación del compromiso con el desarrollo humano sostenible a través de dos consideraciones fundamentales: la ubicación en el primer plano jerárquico de la orientación estratégica de la salud en el desarrollo humano, aprobada por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y la referencia sobre el aporte que la salud puede brindar al proceso de globalización, entendiendo que los cambios que se le plantean al sector no pueden estar restringidos al contexto de las reformas tradicionales sino que, por el contrario, deben incorporar conceptos sobre como se percibe, se valora y se consigue que la salud sea un componente fundamental del desarrollo humano. La Agenda Regional en Salud centra el problema en la necesidad de dar atención prioritaria al capital humano, destacando el papel que en él juega la salud y planteando al mismo tiempo la tarea urgente de documentar y analizar los efectos del crecimiento estancado, de la crisis económica general, de la desigualdad social y de la multiplicación de la pobreza extrema sobre las condiciones de salud de la población, sobre la capacidad social de producción de servicios de salud pública y atención médica y sobre la asignación de recursos públicos y privados para financiar las acciones de salud. Cuando se hace un balance de los datos relatados, considerando en particular el hecho de haber pasado prácticamente una década desde la Carta de Bogotá desafortunadamente se constata un cuadro que ha cambiado muy poco. En estos diez años los países latinoamericanos continuaron siendo castigados por crisis políticas, económicas e incluso desastres naturales que debilitaron más y más sus frágiles economías y sistemas de sostén social. En una breve retrospectiva es importante recordar que en el año 1992 Cuba sufrió un gran impacto con los cambios ocurridos en el este europeo y pasó a sufrir aun más dificultades debido al embargo impuesto por los Estados Unidos, su crecimiento económico entre los años 1991 y 1996 registró un índice negativo del - 4,8%, su modelo de salud pública –referencia para todos los

países latinoamericanos— sufrió y viene sufriendo mucho con las enormes dificultades económicas a que el país fue (y está) sometido. Brasil, Argentina y México vieron desplomarse sus economías en más de una ocasión a través de indescifrables maniobras del llamado “capital especulativo internacional” y tuvieron que priorizar sus políticas macroeconómicas alineadas con las doctrinas de las instituciones financieras internacionales con un gravísimo perjuicio social. Perú, Paraguay y Bolivia vivieron y todavía viven bajo el fantasma de la enorme inestabilidad política, a causa de lo cual experimentaron periodos prolongados de regímenes de exclusión. La miseria, la ignorancia y el desprecio en que viven prácticamente el 80% de la población latinoamericana se imponen como la mayor enfermedad, generadora de todas las otras, en una dimensión biopsicosocial. Aún así, los países y poblaciones de este subcontinente son vistos como “mercados emergentes”. Lo poco que se ha logrado crecer, a pesar de todas esas adversidades, ha sido visto como “incomodo” para los países con más desarrollo. Si los países latinoamericanos “consumen” y permanecen en “sus lugares”, todo va bien, pero si se atreven a reivindicar espacios mundiales y derechos son severamente atacados. No hay la más mínima duda de que este mosaico casi surrealista afecta directamente a la salud y a la calidad de vida de las poblaciones latinoamericanas, así como las de todo el mundo “subdesarrollado” o “en desarrollo” (Werner, Pelicion y Chiattonne, 2002).

2.5. PREVENCIÓN DE LA SALUD

La prevención es la reducción de los riesgos que atentan contra la salud de las personas y la salud de la población con el fin de evitar la aparición de la enfermedad.

Las acciones de prevención de la enfermedad o protección específica están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria; podrán ser de tipo individual familiar o grupal y se dirigen a mantener la salud, a prevenir detectar precozmente las enfermedades (Jauregui, Suarez, Benguigui y Peña, 1998).

En su conjunto, la intervención comportamental en este nuevo campo, puede dirigirse a los siguientes objetivos (Buceta, Bueno y Más, 2000):

Prevención primaria: incluye la aplicación de estrategias para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes.

Prevención secundaria: contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema se agrave.

Tratamiento de enfermedades: se refiere al uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas.

Prevención terciaria: abarca la aplicación de estrategias para reducir la probabilidad de recaídas en alteraciones ya superadas y aliviar los afectos perjudiciales que se derivan de los trastornos crónicos.

Entre las aplicaciones más relevantes se encuentran los siguientes:

En programas de prevención primaria:

- Aprendizaje y actitudes adecuadas acerca de comportamientos de riesgo, como por ejemplo todas las conductas asociadas a riesgo de infección VIH, el tabaquismo, alcohol, las drogas, comportamientos sociales inadecuados o riesgos laborales.
- Cambios actitudinales favorables para el inicio de hábitos favorables tales como ejercicio físico alimentación adecuada, relaciones sexuales con protección, etc.
- Adquisición de conductas y hábitos saludables (higiene bucodental, ejercicio físico alimentación, afrontamiento del estrés).
- Aprendizaje de comportamientos de auto protección (entrenamiento en prevención de asaltos y violaciones, comportamiento adecuado en otras catástrofes, seguridad vial y seguridad laboral, habilidades del uso del teléfono y búsqueda de ayuda en situaciones problemáticas en personas de retraso mental)

- Adquisición de habilidades sociales (mejora de la red de apoyo social, prevención de comportamientos agresivos, entrenamiento para resistir presiones de grupo para el consumo de drogas).
- Entrenamiento de para-profesionales (entrenamiento de padres para mejorar sus competencias educativas, instaurar conductas saludables en sus hijos, a si como entrenamiento de maestros y educadores)

En programas de prevención secundaria

- Implantar conocimientos y actitudes adecuadas acerca de las pruebas de detección precoz, pruebas de inmunodeficiencia, revisiones periódicas, etc.
- Aprender conductas de auto exploración
- Facilitación de conductas de relación de pruebas de detección precoz, revisiones periódicas, etc.
- Adquisición de conductas necesarias para la adecuada adherencia de los tratamientos médicos; entre ellas, aprende a utilizar registros de capacidad funcional respiratoria en el caso del asma, registro diario de presión arterial en caso de hipertensión, etc.
- Aprendizaje de comportamientos terapéuticos.
- Preparación para intervenciones médicas dolorosas o con efectos colaterales negativos.

En programas de prevención terciaria:

- Instauración de repertorios de conductas de auto cuidado lenguaje y otras habilidades en niños con trastorno en el desarrollo.
- Aprendizaje de solución de problemas en personas con lesiones cerebrales y otros trastornos mentales orgánicos.
- Mantenimiento y restauración de habilidades cognitivas en ancianos.

Condiciones y criterios para la prevención

Para recomendar la puesta en marcha de un programa de prevención secundaria respecto a un determinado problema de salud o a varios de ellos, hay que tener en cuenta tres grupos principales de factores (Álvarez, 2002):

- Relativos al problema de salud
- Relativos a la aplicación del programa
- Relativos a la prueba o pruebas realizadas

Niveles de evaluación de la salud

Dentro de tales niveles se puede distinguir entre unidades estructurales u organismos o centros encargados de acoger, organizar y realizar todas las acciones tendentes a solucionar problemas, y unidades funcionales que dentro de un mayor o menor nivel de generalidad aportan pautas organizadas para emprender acciones específicas destinadas a mitigar las necesidades poblacionales dentro del marco de las unidades estructurales. La relación que se establece en tres niveles encada una de las unidades es concéntrica o de inclusión, de tal manera que las unidades estructurales de primer nivel englobarían a las del segundo, y estas a las del tercero. La misma lógica se puede emplear para las unidades funcionales. Por el contrario, la relación entre ambas unidades en un mismo nivel es de complementariedad. Así, serían las unidades estructurales correspondientes las que harían cobertura a las unidades nacionales en su mismo nivel. Es más, sin las estructuras no podrían realizarse las funcionales, y si esas últimas no tendrían sentido las primeras.

Cuadro 1. Unidades Estructurales y funcionales en evaluación de

programas de salud		
	Unidades estructurales	Unidades funcionales
Primer Nivel (político y de gestión)	Organizaciones de salud	Planes y políticas de salud
Segundo Nivel (de gestión y técnico)	Servicios asistenciales de salud	Programas de salud
Tercer Nivel (técnico y profesional)	Departamentos, unidades o secciones	Acciones específicas a implantar

En el primer nivel cabe hablar de organizaciones de salud o macro organismos (OMS, Ministerio de sanidad y consumo, Instituto Nacional de servicios sociales, etc.) encargados de diseñar las políticas y planes de actuación (Ley general de Sanidad, plan nacional sobre drogas, plan gerontológico nacional, etc.) con respecto al problema de abordaje del problema de la salud con un colectivo poblacional más o menos extenso se encuentra con un nivel político y de gestión. El segundo nivel comprendería todos los servicios asistenciales englobados en las organizaciones tales como hospitales, centros de promoción de la salud, comunidades terapéutica o residencias de asistencia de ancianos, en donde se dispensan o implantan los programas derivados de las políticas y planes establecidos en el nivel superior. Por último el tercer nivel (el más próximo al usuario del programa), a desarrollar en entidades dependientes de los anteriores tales como departamento de cirugía, unidad de geriatría hospitalaria, etc. Se realizara la puesta en marcha de las medidas, acciones e intervenciones concretas contempladas en los programas por parte de los gestores y profesionales adscritos a cada uno de los departamentos, unidades o secciones previstos en los programas (Cuadro, 1).

Evaluación de los programas de prevención

La OMS (Organización mundial de la salud) aporta la siguiente definición de evaluación a los programas de salud: la evaluación es un medio sistemático

de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe de ser, pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. Su aplicación supone un espíritu abierto capaz de ejercer una crítica constructiva para llegar a un juicio válido (OMS, 1981 Citado en: Buena-Casal, Caballo, y Sierra, 1996 p.1092).

Así pues, la evaluación de programas permite proceder al control que garantice desde un punto de vista técnico y científico de calidad de las acciones realizadas, así como proporcionar a los encargados de tomar decisiones políticas una serie de datos contrastados que ayuden a tal toma de decisiones.

Tipos de modelos

Según los cambios nosológicos, epidemiológicos, culturales y socioeconómicos, se han establecido tres tipos de modelos generacionales de la educación sanitaria (Calero y Calvo, 1997):

1. Basada en una relación médico-enfermo, de tipo vertical. El que tiene el conocimiento es el médico y prescribe las normativas de salud. Es el médico de Vuori y educativo de Tones, como una óptica paternalista. Los conocimientos higiénicos se han de imponer con la normativa sanitaria.
2. la sociología de un cambio racional, supondría una explicación del paso individual a lo sociológico. El counseling establecería como técnica la interrelación entre el consejero y el aconsejado.
3. el tejido social causa unos patrones de morbimortalidad y por tanto las desigualdades en salud hay que afrontarlas con la participación responsable de los afectados.

2.6 PROGRAMAS QUE MANEJA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) son un esfuerzo institucional en materia de prevención y una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones claramente definidas y relacionadas con: promoción de la salud, vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y salud reproductiva. Dicha estrategia abarca los 39 programas específicos de salud pública y reproductiva, todos ellos justificados, pero que hacían difícil la tarea de los equipos de trabajo, sobre todo en las unidades de medicina familiar.

Para tal fin la dirección de prestaciones médicas, estableció cinco programas integrados de salud por grupos etéreos, esta conformación obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal cual se señala en las guías técnicas de cada programa son: Salud del niño (menores de 10 años); Salud del adolescente (de 10 a 19 años); Salud del hombre (20-59 años); Salud de la mujer (20-59 años) y Salud del adulto mayor (más de 59 años)

Los programas integrados de salud se basan tanto en experiencias nacionales como de otros países en propuestas de organismos internacionales y en el programa de trabajo de dirección de prestaciones médicas las más relevantes son:

- ✚ 1993 Atención integrada de la Salud del niño. Tlaxcala. IMSS-SSA.
- ✚ 1995 Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia. OMS-UNICEF
- ✚ 1995 Programa institucional de atención Integral al menor de cinco años. Dirección de prestaciones médicas. IMSS.
- ✚ 1995 Programa de atención de la salud del niño. CONAVA-SSA.
- ✚ 1999 Lineamientos para la atención médica integral para grupos etéreos. Coordinación de atención médica. IMSS.
- ✚ 2001 Programa de trabajo 2001-2006. Coordinación de salud comunitaria. IMSS.

Entre las principales razones que justifican la adopción de la estrategia de programas integrados están las siguientes:

- a) Cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos, mediante acciones simultaneas y coordinadas a fin de incrementar su impacto.
- b) Ordenar y agrupar los 39 programas de salud pública y reproductiva en cinco programas integrados, con el propósito de facilitar la ejecución de la tarea por los trabajadores responsables.
- c) Integrar y coordinar las acciones relacionadas y actualmente fragmentadas en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, fomento de la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materno-infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.
- d) Ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los servicios en las unidades de medicina familiar.
- e) Avanzar en el propósito de proveer atención integral de salud integral de salud, como estrategia para proporcionar de forma simultánea y coordinada las acciones preventivas y curativas.
- f) Contribuir a recuperar el propósito original de la práctica de medicina familiar, la atención integral de la salud a la familia.

Estrategias a seguir para los programas integrados de salud

La primera estrategia es que para que los derechohabientes participen de forma corresponsable con el cuidado de la salud es necesario que conozcan los programas que se han implementado en el IMSS.

Las distintas líneas de acción que se tienen a este respecto son:

- a) Establecimiento de un sistema institucional de cartillas de salud por grupo de edad, las cuales se entregan a todos los derechohabientes de manera informada desde el momento de su alta en las unidades adscripción.
- b) Elaboración de Guías para el cuidado de la salud por grupo etéreo para ser distribuidas a todos los derechohabientes.

- c) Desarrollo de un programa de comunicación social en medios electrónicos
- d) Promoción de los programas integrados de salud en coordinación con dirección de prestaciones sociales.
- e) Coordinación de orientación y atención al derechohabiente.

Capacitación del personal para los programas integrados de salud

Previo a la implementación de la estrategia se requiere del desarrollo de un programa de capacitación para todo el personal de salud, con énfasis en el primer nivel de atención. Para los cual se elaboran y distribuyen las guías técnicas que describen los procedimientos relacionados con cada componente. Así como incorporar a los trabajadores del IMSS a los programas integrados de salud, con el propósito de que se beneficien de estos y participen en su promoción y difusión.

CAPITULO 3 DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.1. ASPECTOS TEÓRICOS DEL CONFLICTO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En primer lugar, el tipo de relación médico-paciente va cambiando en función de factores tales como la concepción de la enfermedad que en cada momento tenga la medicina o el tipo de asistencia que se dispensa a los pacientes.

En términos generales, el concepto ha sido más estudiado en el ámbito social e intercultural; es decir, se ha indagado más en el plano de las ideologías, las culturas, los partidos y muy particularmente en las génesis de las guerras. Sin embargo, este análisis ha sido particularizado también, aunque en menor escala, al conflicto interpersonal fundamentalmente en las organizaciones y al nivel intrapersonal en la dimensión psicoanalítica.

El conflicto es un aspecto de conducta omnipresente entre los grupos humanos y al interior de los mismos. Se asume entonces que todo conflicto es fundamentalmente contradicción, discrepancia, incompatibilidad, antagonismo y, que en el plano de las interacciones, implica dos o más individuos que aspiran a obtener o mantener una situación; es decir, cuando la meta es lograr un cambio o preservar ciertas condiciones existentes, y en algunos casos el dilema es lograr ambas condiciones. En cualquiera de estos casos, el comportamiento obedece a motivaciones, valoraciones, afectos, creencias y el conflicto desencadena entre la necesidad o tendencia a descargar agresividad, culpa u otras emociones (Huerta, 2005).

El conflicto entonces puede manifestarse en tres dimensiones: intergrupal, interpersonal e individual.

Relaciones sociales y procesos sociales

La relación social y el proceso social son dos aspectos de una y la misma cosa y se le suele llamar relación social al aspecto estático y proceso social al aspecto dinámico. Las relaciones sociales o formas de sociabilidad como también se les suele llamar desde los siguientes:

- Relaciones interindividuales: son aquellas que se establecen entre dos o más individuos.
- Relaciones colectivas. Las que se dan no por las peculiaridades de cada individuo de la que ellas participan sino por virtud de las funciones colectivas que los sujetos desempeñan del grupo, no son con sujetos reales sino con los papeles que ellos representan.
- Relaciones primarias: es cuando en grupos pequeños sus miembros conviven y se relacionan cara a cara, y se considera al otro ser humano como tal.
- Relaciones secundarias: son las relaciones ocasionales entre un ciudadano con el funcionario postal que recibe su correspondencia registrada.
- Relaciones sociales organizadas: son aquellas que están reguladas por normas colectivas, cristalizadas en esquemas rígidos, que son fruto de una creación reflexiva.
- Relaciones plásticas: también conocidas como relativamente sueltas, las cuales son las relaciones interhumanas.
- Relación por convergencia: cada una de las personas que participa en ellas desempeña una función o papel propio que es diverso de que cumple la otra o las otras personas, aunque su papel engarce, se articule y complementa con el de la otra.
- Relaciones pasivas: cuando se fundan sobre la participación en unos pensamientos y en unas emociones similares.
- Relaciones activas: en las que la conexión se establece entre las voluntades, en vista de la realización de una obra en común.

3.2. MODELO TRADICIONAL DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Por muchos años la relación médico-paciente ha sido claramente asimétrica con predominio de la imagen del médico, quien es el que lleva la voz cantante. La relación médico-paciente se puede entender como la relación que se establece entre el paciente y el médico que aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento de aquél, la finalidad de esta relación es devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Este modelo llamado hipocrático, se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercicio a través de un paternalismo, unas veces benevolente y otras autoritario.

La relación médico-paciente es una forma específica de relación interhumana. Su especificidad radica en dos notas distintivas: es una relación de ayuda y al mismo tiempo es una relación técnica. Además, esa doble relación de ayuda técnica se establece en un marco social concreto y se estructura a través de una situación de interacción personal directa. Estas dos circunstancias, (el marco social y la interacción personal) constituyen las dos dimensiones básicas de esa relación de ayuda técnica que es la relación médico-paciente (Nieto-Monera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

Se pondera la capacidad del paciente para obedecer órdenes del médico (adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico) como su cualidad más preciada; el enfermo deposita absolutamente su confianza en el médico en tanto que se limita a seguir obedientemente las instrucciones que éste le señale.

3.3. EL NUEVO PACIENTE Y LA REGULACIÓN SOCIAL DE LA PRÁCTICA

Cada día resulta más claro que los pacientes de hoy no son como los de antes, aunque una proporción de la población que siga teniendo comportamientos como los que exige el modelo paternalista. Dependiendo del cambio social han surgido conductas nuevas que no son ya compatibles con esa visión asimétrica de la relación médico-paciente. El paciente va adquiriendo cada vez más comportamientos de consumidor, de tal modo que selecciona varias ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado. Es verdad que el mercado de los servicios de salud es un

mercado imperfecto y que las opciones que seleccionan los pacientes no siempre son las más favorables en términos sanitarios, pues se deja seducir por superficialidades, promociones engañosas e información tendenciosa, pero lo cierto es que esta visión está influyendo en las características de la relación con los médicos.

Además, ha surgido una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes, en respuesta seguramente a experiencias insatisfactorias, propias o de sus allegados. No es raro que hoy los pacientes soliciten una segunda opinión, o hasta una tercera, antes de tomar una decisión, que consulten en las bases de datos si lo que su médico les prescribió es o no correcto, y que se cuestionen cada una de las indicaciones. Más aun, que demanden legalmente cuando los resultados no los satisfacen, que se organicen para apoyar sus exigencias y que involucren a toda la sociedad en ello.

Los nuevos modelos

Congruente con la mercantilización de la sociedad se ha venido consolidando un modelo contractual de la relación médico-paciente en el que, ya sea de manera explícita o implícita, cada uno tiene derechos y obligaciones, entre aquellos reclamarle al otro sus fallas en estas. Desde que el médico es identificado como “prestador de servicios” y el paciente como “usuario” se vislumbra una relación de este tipo.

Interpósitos

Cuando Laenec (Citado en: Tenac & Hernández, 2005) propuso la auscultación mediata, el contacto físico entre médico y paciente que exigía la auscultación inmediata dejó de ser indispensable. Este hecho se ha interpretado como heráldico de lo que sucedería en el futuro, cuando el artefacto (en este caso el estetoscopio de Laenec) se interpuso entre el enfermo y su médico. Traspalando este ejemplo, hoy en día la relación se ha modificado en muchos casos hacia una médico-maquina-paciente, médico-institución-paciente, médico-administración-paciente, médico-leyes o normas-paciente, etc. En otras palabras que la interposición de terceros entre las dos personas se va convirtiendo en

frecuente y se generan deformaciones; por ejemplo, en la relación médico-máquina-paciente se perciben dos vertientes adicionales la relación médico-máquina en la que uno ve a los médicos enamorados de sus artefactos soslayando al paciente, y la relación máquina-paciente en la que se observa al paciente creyéndole más a la máquina que al médico.

3.4. LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En la actualidad se encuentran ciertas características que van a influir en la relación interpersonal entre el médico-paciente por lo que es necesario destacar:

- La medicina moderna utiliza tecnologías cada vez más sofisticadas y caras para efectuar diagnósticos más precisos así como para evaluar los pronósticos. Se ha venido considerando que el interponer la máquina entre el médico y el paciente ha deshumanizado la práctica médica, ya que la relación impersonal.
- La subespecialización y el hecho de que los equipos de médicos sean de varias especialidades, va ser percibido por el paciente con un sentimiento difuso de responsabilidad de la toma de decisiones médicas. Ya que cada vez va a resultar más difícil que el médico tratante coordine bajo su responsabilidad la atención bajo su responsabilidad la atención médica de un grupo de especialistas.
- La existencia en nuestro país de una población que tiene deficiencias culturales y educacionales, que asiste a la medicina dependiente del Estado, se va a juzgar a priori, a esta población como capacitada para participar en las decisiones médicas. Se consideraba que el modelo paternalista en el pasado era el adecuado para este tipo de población
- El ejercicio privado en la actualidad tiende a ser juzgado, por grupos de la población, como una tendencia marcada a la motivación económica. En esa línea la relación que se establece entre el médico y el paciente es de consumidor-proveedor.
- La tendencia de los médicos a reducir a la enfermedad a sus aspectos biológicos, careciendo de un modelo integrador que permita una práctica médica que tome en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y éticos que siempre acompañan a la enfermedad humana.

Comunicación en la relación médico-paciente

Recientemente ha sido emitida una propuesta para llevar a cabo la entrevista clínica de modo que al elaborarla historia clínica, ésta sea más tomada como preguntas de respuestas dicotómicas, como es usual en nuestro medio, se construya la historia bajo la perspectiva del paciente, tomando en consideración que la perspectiva del paciente no contiene no sólo la más importante, sus propias explicaciones a lo que esta sucediendo y sus expectativas de curación.

Interrogar con mente abierta (reflexión de la práctica)

Mente abierta es la aceptación para describir actitudes de reflexión introspectiva y autocrítica durante la construcción de la historia clínica.

Habilidades multidimensionales

Es la capacidad del médico para atender de manera simultanea del discurso del paciente; es decir, elaborar el mensaje biomédico y el mensaje psicosocial del paciente, reconocer los datos clave de las alteraciones biológicas, sistematizar la información, formular hipótesis diagnósticas, verificarlas e instituir el tratamiento, pero al mismo tiempo escuchar activamente las expectativas del paciente sus preocupaciones, sus necesidades, saberlas poner por escrito y verbalizarlas con sus propios compañeros de trabajo.

Otros elementos de comunicación

Por otra parte, la dimensión no verbal de la comunicación en la relación entre el médico y el paciente cobra principal interés ya que se ha demostrado que hasta el tono de voz no solo la actitud corporal puede tener influencia negativa de la satisfacción del paciente y en el riesgo del médico de ser demandado.

El lenguaje y la comunicación inherentes a la persona humana, el hombre dialógico por naturaleza, la conciencia de sí mismo depende de la conciencia del otro, la comunicación es la vía para alcanzar la identidad.

La mirada es otro tipo de comunicación y Lain (1983) considera que la mirada del médico debe expresar las siguientes intenciones principales:

- Una intención envolvente: debe ante todo procurar un ámbito de refugio a la existencia del doliente y menesterosa de quien le pide ayuda técnica. Hay la mirada-prisión de quien trata de encerrar al otro dentro de los límites de un conocimiento sólo objetivamente, por el estilo del que el entomólogo busca un insecto.
- Una intención inquisitiva. Con su mirada el buen médico no sólo acoge también busca. Busca algo dentro del enfermo, en la superficie visible de este, bien en toda ella, bien en alguna de sus partes. Tales son los objetivos de la actividad exploratoria a que los libros de semiología suelen dar el nombre de inspección.
- Una intención objetivamente. Cuando el médico encuentra lo que en su inquisición: una alteración visible en el cuerpo del enfermo, tal sentimiento o tal idea en el alma de este, el hallazgo aparece objetivamente ante él, y su mirada expresa tal intención. La relación médica, exige la objetivación.

3.5. MODELOS PRÁCTICOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Modelo actividad-pasividad

Desde el punto de vista histórico, es el más antiguo, desde el punto de vista psicológico no existe una verdadera interacción, ya que el médico es el que toma las decisiones y actúa sobre el paciente, y el paciente es el que recibe de manera pasiva los efectos de esta acción.

Modelo cooperación-guía

Frecuentemente existe una transferencia de la responsabilidad en la toma de decisiones médicas, lo que puede hacer suponer que este modelo queda reducido al anterior; sin embargo no sucede así por lo siguiente:

- El paciente se encuentra consiente y manifiesta sus expectativas, ansiedades, dudas y temores con respecto a la atención médica. Por lo tanto si existe interacción, lo cual va a influir en el comportamiento del médico.
- Desde el punto de vista ético, el médico y el paciente comparten la información, los resultados de los exámenes y la responsabilidad se encuentra compartida, por lo menos en cierto grado.

Modelo de participación

Las características de este modelo son las siguientes:

- Responsabilidad compartida, que siempre será asimétrica en la toma de decisiones clínicas, especialmente en la implementación de terapias y medidas de cuidado personal.
- Mutua interdependencia en la competencia de los problemas y su jerarquía.

Este modelo ofrece grandes beneficios desde el punto de vista psicológico, sin embargo contiene limitaciones en el caso de pacientes pediátricos.

El personal de atención sanitaria debe de poseer las habilidades sociales necesarias para asegurar:

- ✓ El establecimiento de una relación de confianza con el paciente que permita la adecuada evaluación y recogida de evaluación diagnóstica.
- ✓ La mejora de la satisfacción con la atención y disminución del impacto estresante de la hospitalización, de la aplicación de pruebas diagnósticas y los tratamientos médicos.
- ✓ La emisión adecuada de diagnóstico y el pronóstico tanto a los pacientes como a los familiares.

- ✓ El saber dar las malas noticias, aspecto clave tanto para mejorar la adaptación como para disminuir la ansiedad de los familiares y del propio personal hospitalario que emite la información.
- ✓ La adherencia por parte del paciente al tratamiento, en recuerdo de las instrucciones y la adaptación de medidas preventivas.

En concreto, tal como resume Bayés (1996, citado en: Buceta, Bueno & Más, 2000), las habilidades que debe de exhibir el profesional de la salud son las siguientes:

- Ser capaz de mostrar empatía con el enfermo.
- Graduar en la medida de lo posible la información negativa que le proporciona.
- Proporcionar mensajes cortos (que no tienen necesariamente que identificarse con seguridad, posibilidad o proximidad de curación), articulados en lenguaje claro y comprensible.
- No mentir.
- Estar disponible.
- Procurar que la información que proporciona al paciente, y a los demás miembros de la familia, posea un alto grado de congruencia con la que suministra a los demás profesionales de la salud que atienden la mismo enfermo.
- Facilitar las condiciones para que el enfermo y sus familiares puedan expresar libremente sus emociones.
- Saber guardar silencio.
- No temer preguntar, no dar nunca las respuestas por sabidas; aun cuando el enfermo no pida nada, ni pregunte nada, tienen necesidades.
- Ser capaz de escuchar con atención al paciente sin interrupción.
- Ser capaz de explorar los temores, preocupaciones y fomentar en él la máxima percepción de control posible sobre su entorno.
- Evitar los indicios innecesarios de empeoramiento.

- Cuando el enfermo pregunta o comenta su estado de forma pesimista, no utilizar expresiones verbales cerradas, las cuales cortan la comunicación y suelen impedir que el enfermo exprese sus emociones.
- Ayudar al paciente a priorizar sus objetivos, ofrecerle alternativas y sugerirle posibles caminos para solucionar algunos de sus problemas.
- No tirar nunca la toalla, no dar la guerra por perdida. Mientras exista vida, hay batallas que se pueden ganar, siempre hay cosas que se pueden hacer.
- Pedir ayuda a un profesional especializado para la adaptación de estrategias específicas.

CAPITULO 4 LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

4.1. LA ATENCIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE

Los médicos, como cualquier persona en general, pueden proyectar en los demás aquellos sentimientos, expectativas o actitudes propias de sus experiencias previas. Así, por ejemplo, un médico puede considerar a un determinado paciente como irritante, o puede sentir pena por otros o incluso pueden tener dificultades en relaciones con un determinado colectivo.

La empatía y respeto al enfermo son esenciales para ejercer la profesión. Su falta determina una ruptura de la comunicación y se relaciona, entre otras cosas, con un descenso en el número de visitas, falta de explicación de problemas personales, falta de abordaje de temas delicados y falta de atención a la información suministrada por el médico.

Por otro lado la confianza recíproca, ha salido de los consultorios médicos como consecuencia del cambio social, cediendo su lugar a la incredulidad y la suspicacia (Gómez, 2004).

Hay múltiples factores que pueden influir en el trato al enfermo, como el tipo de enfermedad (aguda o crónica), la especialidad (médica o quirúrgica), tipo de ejercicio profesional (generalista, especialista, técnico diagnóstico), tipo de asistencia (privada, pública, hospitalaria, ambulatoria, comunitaria) y la personalidad de los pacientes (López-Ibar, Ortiz y López-Ibar, 1999).

Existen diversos factores que pueden inhibir la comunicación afectiva entre el médico y el paciente. El primero y más sencillo de ellos es el tiempo, la falta de este. Para la mayoría de los médicos, el tiempo es un bien preciado que ha de ser repartido entre los diversos compromisos diarios, reservando una pequeña facción para algún imprevisto. Esta presión del tiempo crea de forma inevitable la renuncia por parte del médico a ocuparse de cuestiones tangenciales, superfluas

o irrelevantes. Las preocupaciones personales del paciente (lamentablemente) puede que sean encuadradas en esta categoría.

Es posible que a los pacientes les cohiba expresar sus preocupaciones y otros sentimientos debido al poco tiempo del que dispone el médico. Si hay otros enfermos en la sala de espera, puede parecer egoísta emplear el intervalo de tiempo del médico que se percibe como desproporcionado. Por ello, cabe que se sientan culpables y reacios a hablar.

Al igual que este problema de orden práctico de la falta de tiempo, hay otros dos factores, ya mencionados, que pueden inhibir la comunicación afectiva entre el médico y el paciente. Ello se debe a la incomodidad, a veces intolerable, que producen esos sentimientos, que ponen en peligro la relación profesional. Se trata del sufrimiento y de la muerte, por una parte, y de la sexualidad por otra.

Otros factores que para Mycrough y Ford (2001) pueden influir a que haya una mala relación entre el médico y el paciente son los siguientes:

- ❖ Factores que dependen del paciente: que estén sucios, descuidados, mentirosos o evasivos, que abusen del alcohol o de otras drogas, que se quejen formalmente del tratamiento, que sean hostiles, manipuladores, que nunca reconocen sentirse mejor y obsesivamente preocupados por las nimiedades relacionadas con su enfermedad.
- ❖ Factores que dependen del médico: que sea maleducado, autoritario, desconsiderado, que padecen estrés emocional o agotamiento físico, problemas personales, que este desarrollando alguna enfermedad mental, con excesivas obligaciones profesionales, carecen de una persona de confianza y con conflictos éticos.

Cuando las expectativas del médico y del paciente no coinciden es probable que surjan conflictos. Habitualmente, esa disparidad de expectativas que a menudo es implícita aunque no haya sido formalmente expresada, esta relacionada con cuestiones relativas al reparto de poder en la interacción de la relación, o a divergencias conductuales entre el médico y el paciente.

Por otro lado en relación a los derechos de los pacientes Uribe (2006) señala los siguientes:

- ✓ El paciente tiene derecho a escoger libremente a su médico.
- ✓ El paciente recibe un trato respetuoso y amable por parte de todo el personal de la institución.
- ✓ El paciente no es discriminado en razón de raza, convicciones políticas o religiosas o estatus económico, salvo lo normal estratificación de servicios por costos o tarifas.
- ✓ Es paciente dispone de condiciones favorables para el respeto de su privacidad.
- ✓ Toda la información relacionada con la situación de salud del paciente se maneja de manera confidencial.
- ✓ El sueño y reposo del paciente no son irrumpidos sino en caso de absoluta necesidad y en su propio beneficio.
- ✓ El paciente o su familia son informados de manera regular y permanente de su estado, evolución y pronóstico, por parte del médico tratante.
- ✓ La estancia del paciente en el hospital se limita al tiempo estrictamente necesario, evitando toda demora injustificada en los procesos de diagnóstico y tratamiento.
- ✓ El paciente y su familia deben estar permanentemente informados sobre los costos que el tratamiento genera.
- ✓ La voluntad del paciente y su familia es estrictamente representada en aquellos casos donde ellos piden no tomar medidas terapéuticas extremas por el carácter de irreversibilidad de la enfermedad (enfermedades terminales)
- ✓ El paciente, independientemente de su pronóstico, recibe esmerada atención para el alivio de sus molestias (dolor, tos, disnea).
- ✓ El paciente es previamente informado sobre los riesgos inherentes a los procedimientos médicos y quirúrgicos a que debe ser sometido, y da o niega autorización para su práctica.
- ✓ El paciente tiene derecho a recibir apoyo espiritual conforme a su credo religioso, o a rechazarlo.

- ✓ El paciente decide libre y voluntariamente sobre su participación en actividades docentes, y sobre su eventual donación de sus órganos para trasplantes.

4.2. LEY GENERAL DE SALUD

Define los servicios de salud como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad. Así mismo, dispone que los servicios de salud se prestan por dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local que atienden a la población general o la población abierta y ha derechohabientes en los casos de las instituciones de seguridad social, y por otra parte que se presten por intermediación de las personas físicas o morales de los sectores social y privado. En la misma ley, se definen los usuarios de los servicios de salud y las modalidades de la participación de la comunidad (Wolpert & Robles, 1996).

El objetivo más amplio de la política de salud persigue impulsar la protección a todos los mexicanos brindándoles servicios oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente a mejorar sus condiciones de bienestar social con el curso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios.

La ley general de salud clasifica los servicios de salud en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social, el primero de ellos es el más cercano a las actividades de la mayoría de los médicos en su etapa formativa, centrándose como servicios personales ya sea preventivos curativos o de rehabilitación. Es muy conveniente que el estudiante de medicina reciba una formación integral que incluya otros servicios de salud, en especial los de salud pública en donde se aplican las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio y a la atención organizada de condiciones de salud y enfermedad en grupos de personas al mismo tiempo, conviene establecer una corresponsabilidad en donde el individuo y salud se inserten e interacción en con la población de tal forma que desarrolle acciones tanto personales como comunitarias que

promuevan, preserven o restituyan la salud individual y colectiva de la comunidad en donde viven.

Dentro de los servicios básicos de salud, la ley antes citada establece lo referente a:

1. La educación para la salud
2. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales
3. La atención médica
4. La atención materno infantil
5. La planificación familiar
6. La salud mental
7. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos
8. La promoción del mejoramiento de la nutrición
9. La asistencia social a los grupos más vulnerables

Dichos servicios básicos comprenden los componentes mínimos señalados para la atención primaria de la salud, y para que estos sean accesibles a toda la población es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo de tal forma que las entidades de la administración pública, federal, estatal y municipal así como los sectores privados se integren a un sistema nacional de salud, en acciones coordinadas del cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

4.3. LA PLANEACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es necesario admitir que con frecuencia la planeación y la dirección de las instituciones de salud están en manos de funcionarios improvisados surgidos de las filas de los políticos o incluso de los campos de la medicina pero sin preparación ni experiencia en la planeación dirección de servicios médicos. El crecimiento de estos se ha dado de forma desordenada sin coordinación y si bases técnicas ha obedecido más a interese políticos particulares de muy diversos funcionarios que a una planeación ordenada y sistemática. El resultado ha sido una inmensa red de unidades medicas, fraccionada, frecuentemente si

apoyos logísticos, con vacíos y duplicidades no justificados, ineficiente e ineficaz en el uso y aplicación de los recursos y sin planeación financiera.

Los directivos

El otro directivo clave en los servicios de salud es el director de la unidad médica. En sus manos está, a pesar de todos los obstáculos convertir su centro de trabajo en un servicio de salud con niveles crecientes de calidad que satisfaga a los usuarios y que permita la superación de sus trabajadores, ejemplo de ello hay en todo el país (México), en áreas urbanas y zonas rurales desafortunadamente no son muy numerosos pues los buenos directivos no abundan. Mediante un proceso adecuado de selección hay que formarlos y hay que capacitar a los que están en funciones.

Narro y Moctezuma (2002) aseguran que México dispone de un gran sistema de información en salud. En todo caso, es necesario poner un mayor esfuerzo en cuanto a la difusión y la necesidad, y uso de información en los distintos niveles de organización.

4.4. LA PRÁCTICA MÉDICA EN MÉXICO

Se entiende por práctica médica al conjunto de acciones estructuradas de acciones estructuradas de varios profesionales dirigidas a un individuo o grupo de individuos sanos o enfermos, con el propósito de mejorar, conservar o restaurar la salud.

En México existen tres sistemas de atención médica (Higashida, 1996):

- Estatal o paraestatal: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE),
- Medicina privada o liberal. Caracterizada por su relación personal directa, establecida mediante un convenio mutuo a título oneroso y que utiliza casi exclusivamente tecnología médica, como el diagnóstico clínico y la terapéutica farmacológica.

- Medicina popular: basada en tradiciones culturales y no teorías científicas (curanderos)

4.5. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Los servicios de salud pública se enfocan a la atención del riesgo mediante la vigilancia epidemiológica, la medicina preventiva y el fomento de la salud; tres grupos de población son especialmente atendidos mediante servicios específicos de salud pública: los trabajadores, las madres y los niños. Los servicios de atención médica se otorgan en unidades de servicios organizadas de dos maneras por nivel de atención y por regiones los niveles de atención responden a la complejidad del daño que atienden y a la frecuencia con la que se presentan este daño a la población. En función de estas dos variables complejidad y frecuencia se crean las instalaciones y se asignan los recursos para la atención al daño. El otro criterio de organización de los servicios está relacionado con la accesibilidad geográfica, se distribuye por regiones del país en cada una de las cuales existen servicios de los tres niveles el primer nivel la atención se desarrolla en las unidades de medicina familiar tanto el régimen obligatorio como el de solidaridad y atienden problemas de salud frecuentes y de relativa baja complejidad; el segundo nivel permite la atención de problemas más complejos y menos frecuentes que se dan en los hospitales generales; el tercer nivel se restringe la atención de salud complejos y poco frecuentes para los que se necesita mucha especialización en determinadas áreas de medicina y alta tecnología (Treviño, 1996).

4.6. PROBLEMAS DE LA MEDICINA INSTITUCIONAL

Los problemas que afectan a las instituciones del sector público son numerosos y de índole diversa. Destacan los financieros, debido al incremento de los costos y a las restricciones presupuestales, los relativos a la equidad de los servicios, los derivados de la falta de coordinación entre las instituciones del sector de la administración deficiente y burocratizada, de la calidad heterogénea de los servicios. De la insatisfacción de los trabajadores y de los usuarios, de la

mala relación médico-paciente de la insuficiencia de los recursos humanos y de su deficiente formación y capacitación etcetera. (Gutiérrez, 1996).

Lo anterior está marcado en la Carta de los Derechos Generales de los Médicos se encuentra contenida en el siguiente decálogo (Tena, Ruelas, Sánchez, Rivera, Lee, Barragan, Ramírez, Hernández, Puebla & Casares, 2003):

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza: el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como la decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional: el médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que garanticen las medidas de seguridad e higiene que marca la ley, de conformidad con las características del servicio por otorgar.
3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional: es derecho del médico recibir del establecimiento donde presta sus servicios, el apoyo de personal totalmente capacitado así como el equipo, los instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio por otorgar.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica: el médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional: el médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud del paciente. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo y de los terceros pagadores.
6. Tener acceso a educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional: el médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión: el médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales: el médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios, con el fin de promover su desarrollo profesional y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.
9. Salvaguardar su prestigio profesional: el médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso, a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.
10. Percibir remuneración por los servicios prestados: el médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

Pero lo anterior no se respeta en las instituciones médicas estatales o paraestatales por lo que hace que sea un servicio deteriorado y que ocasiona malas relaciones no solo médico-paciente sino también médico-institucionales.

4.7. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad de la atención en salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opina los usuarios acerca de los diferentes servicios recibidos por las instituciones proveedoras de los mismos. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada acerca de sus derechos.

En México, Aguirre (2002, Citado en Velázquez y Álvarez) propone la siguiente definición para la calidad de la atención médica: “otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos

vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”pp.197.

El interés en la calidad de la atención médica en México tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que se manifiesta en la cobertura y en la misma calidad de los servicios. Al respecto inciden diferentes consideraciones por un lado, mejorar la calidad resulta indispensable para lograr el uso más racional de los recursos que se proporcionan y, por otro lado, es necesario mejorar la competencia técnica de los proveedores, con el fin de reducir riesgos de salud derivados de la actividad médica.

Los trabajos sobre la evaluación de la calidad del servicio que toman en cuenta la opinión de los usuarios tienen su origen en el sector empresarial y han sido aplicados a la evaluación de la atención médica: la satisfacción es la medida en que la atención médica y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. En una investigación realizada a pacientes de 22 unidades del IMSS, se apreció una correlación entre el grado académico de prestador de servicios y la satisfacción percibida por el usuario. Por otro lado Guzmán, Ramos, Castañeda, Castillo y Gómez en 2006 realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar mediante un estudio transversal descriptivo de la actividad de un día del mes de enero de 2004, seleccionando al azar una muestra de 380 usuarios, donde los resultados que obtuvieron mostraron que aunque más de la mitad de los usuarios perciben un buen trato, estos frecuentemente se muestran inconformes con la atención médica recibida.

Es necesario consignar que la calidad de la atención medica es heterogénea esto tiene diferentes causas. Las más importantes son las relacionadas con:

- La organización y las condiciones de trabajo
- La relación médico-paciente

- La actitud y la capacidad profesional de cada médico

En cuanto a la organización de los servicios y las condiciones de trabajo también hay una gran heterogeneidad.

Pero existen, cuando menos cuatro características muy generalizadas:

- La práctica profesional, individual y aislada
- La excesiva concentración de actividades al médico
- La falta de coordinación con la atención hospitalaria
- La desvinculación con otras instituciones sociales

Hay dos dimensiones fundamentales del concepto de calidad: la técnica y la interpersonal. La primera referida a la aplicación de conocimientos y tecnología para la solución de problemas de salud y la segunda a la relación que se establece entre el prestador y el receptor del servicio. A esta última es a la que recientemente en México se le ha llamado calidez, del término calidad, aun cuando en estricto sentido ambas dimensiones integran un único concepto. Por otro lado se hace del concepto tres tipos de definiciones. A la primera se le llama concepto “absolutista” por ser aquel tipo de definición que se establece desde un punto de vista del prestador del servicio exclusivamente. Un segundo tipo es el llamado “individualista” por considerar que sería el que se establece al juzgar la calidad caso por caso, es decir, de manera individual. Finalmente, se establece el tercer tipo caracterizado por una definición mucho más amplia, en la cual se integran las perspectivas de los proveedores de los usuarios y de la sociedad en su conjunto (Ruelas, 1996).

Por último esta la triada para evaluar la calidad:

- La estructura. Es definida como todos los insumos requeridos para que exista un proceso de atención, y la forma en la que estos insumos se organizan.
- El proceso. Se define como el conjunto de interacciones y actividades que dan contenido a la atención médica.

- El resultado. Que es el producto directo de la combinación de la estructura y el proceso.

De esta manera, la calidad puede ser evaluada desde cualquiera de estas perspectivas. Por lo que para Gaviria (2006) la calidad, la confianza. La responsabilidad y la competencia van íntimamente ligadas, y en lo que toca a la medicina ellas se derivan de la perenne esencia que la vocación a favor del otro.

Por otro lado la satisfacción de los pacientes con la atención es un indicador para evaluar la calidad de la atención, sin embargo no se ha llegado a un consenso acerca de los aspectos que deben ser medidos, sin embargo, en el estudio realizado en 2008 por Lavielle-Sotomayor, Cerón-Ruiz, Tovar-Larrea y Bustamante-Rojano sobre la satisfacción con la atención a la salud, donde la satisfacción esta relacionada tanto en algunas características de la interacción del médico con el usuario como de las instituciones de salud donde se encuentra la interacción del médico con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico, tuvieron como objetivo describir los aspectos que integran la satisfacción con la atención recibida desde la perspectiva del paciente, realizaron un estudio descriptivo con una aproximación cualitativa. Los conceptos culturalmente relevantes fueron determinados en pacientes de consulta de primera vez en el hospital general de México, mediante dos entrevistas estructuradas. En el análisis de los datos se utilizó el escalamiento multidimensional y el índice Smith. Donde los entrevistados fueron 95 pacientes, de los cuales el 71.4% fue del sexo femenino. Los 52 conceptos mencionados estuvieron integrados en dos dimensiones: 1) proceso: expectativas acerca del compromiso del médico con el alivio del paciente y de su constante capacitación; así como la importancia de ser tratado de manera multidisciplinaria; 2) estructura: funcionamiento administrativo del hospital. Los pacientes percibían la necesidad de que mejorara la interacción con el personal de enfermería. De lo anterior concluyeron que la satisfacción con la atención desde la perspectiva del paciente esta basada en la actitud humana, el compromiso y el desarrollo de las potencialidades del médico en beneficio del paciente.

Otro estudio acerca de la satisfacción de usuarios es el realizado por Hernández, García, Anzures y Orozco (2002) donde el objetivo de su investigación fue determinar el nivel de satisfacción del usuario con los servicios otorgados en el primer nivel de atención médica, donde satisfacción fue definida como el estado afectivo resultado de la percepción del usuario hacia su médico familiar, la unidad y otros servicios de la clínica e identificar algunas características relacionadas. Utilizaron un diseño transversal comparativo, estudiaron 1692 usuarios de unidades de medicina familiar a los cuales de cada individuo registraron edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, número de visitas a la clínica en los últimos seis meses, calidad jurídica del asegurado, tipo y años de asegurado. Los resultados mostraron que la insatisfacción en el médico familiar fue de 37.2%, en laboratorio 34%, en problemas con la organización del servicio 42.5%, características físicas 40.4% falta de resolución relacionada con la falta de medicamentos 45%, relación de cita y tiempo de espera con el trabajo de la asistente 46.3%, Archivo 42.1% y siendo la más alta en insatisfacción la farmacia con el 50.4%. De acuerdo a los resultados obtenidos llegaron a la conclusión de que una buena atención médica con calidad no se limita únicamente a la práctica racional de la medicina reflejada en un buen desempeño, sino también al respaldo de una correcta presentación y coordinación de los servicios complementarios. En consecuencia, la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios es sustancial para determinar estrategias tendientes a incrementarla.

Las instituciones encargadas de la formación de médicos deben escuchar la opinión de la sociedad y conocer lo que se espera de estos profesionales de la salud, por lo que Oseguera-Rodríguez y Vieniagra-Velázquez (2008) realizaron un estudio acerca de las características humanistas del médico deseadas por la sociedad, donde el objetivo fue conocer las características que la sociedad considera necesarias en los médicos para que la atención que recibe sea satisfactoria, para la cual aplicaron entrevistas a los usuarios del sistema de salud y profesionales de la salud, analizadas mediante el método cualitativo de análisis del discurso. Entrevistaron 37 diferentes profesionales de salud

(enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, recepcionistas y estudiantes de medicina) a tres grupos organizados de pacientes (hipertensos y diabéticos) y a 30 pacientes cuya edad fluctuaba entre 18 y 50 años. Las características deseables en los médicos que mencionaron con más frecuencia los pacientes fueron: que expliquen, la amabilidad y la comprensión; los profesionales de la salud mencionaron el trato humanitario, ser amables y explicar. En general, los aspectos estuvieron relacionados más con las actitudes que con los conocimientos. Y concluyeron en este estudio que es necesario que las instituciones formadoras no solo se preocupen por las características cognitivas de sus egresados sino definan claramente sus características humanistas, para poder establecer estrategias pedagógicas adecuadas para lograrlas y evaluarlas, y de esta forma satisfacer las demandas de la sociedad.

El Instituto Mexicano del Seguro Social de acuerdo con Lara, Diez y Garmendia (2002) tiene la misión de garantizar al derechohabiente el derecho a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia necesarios para contribuir a elevar su calidad de vida, proporcionando las prestaciones médicas, económicas y sociales con trato amable, espíritu solidario y un nivel de calidad que permita a la institución mantener el liderazgo de la seguridad. Su objetivo general está encaminado a consolidar las acciones institucionales que impulsen de manera unificada la cultura de la calidad y garanticen el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso.

CAPITULO 5 LA RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE SALUD Y EL PERSONAL MÉDICO

5.1 MÉTODO

Objetivo General

Identificar si los pacientes con enfermedad crónica y los no crónicos tienen confianza en el personal y en el sistema de salud en México. Así como seguir el tratamiento médico o solo dejar pasar el tiempo.

Objetivo específicos

- Identificar si los pacientes tienen confianza en el personal de las instancias de salud.
- Describir la percepción de los pacientes hacia la confianza en el médico.
- Determinar si los pacientes siguen el tratamiento.
- Determinar si los pacientes tienen confianza en el personal médico siguen el tratamiento.
- Identificar si los pacientes siguen las instrucciones de los médicos.

Hipótesis

Debido a que esta investigación es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptiva, no se formulo hipótesis, por lo que, los datos obtenidos se consideraron como variables dependientes para identificar o descubrir las variables independientes.

Sujetos

Se tomó una muestra no probabilística de 996 sujetos con un rango de edad entre 17 y 77 años, para ambos sexos. La población estuvo conformada por:

- Usuarios del sistema de Salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1° de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar sexo, o nivel socioeconómico.
- Familias: conformadas por padre, madre e hijos.
- En instituciones (sector salud): prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etc. Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Escenario

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los Hospitales mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Frc. Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de colonos Lindavista S.C.
- Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela primaria "Thomás Alva Edison" A.C. Secundaria "Colegio cultural México" A.C y Escuela Nacional Preparatoria No. 3 "Justo Sierra" UNAM.
- Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Definición de las variables

De acuerdo a la revisión teórica sobre los factores que se relacionan con el paciente con enfermedad crónica se tomaron las siguientes variables:

V.I: ENFERMEDAD CRONICA

V.D: AYUDA PROFESIONAL

PASO DEL TIEMPO

CONFIANZA AL PERSONAL

CONFIANZA SISTEMA

Se determinó la relación que existe entre la variables independiente, cada reactivo

Materiales e instrumentos

Materiales:

- 996 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamientos de la Salud” (Ramírez y Cortés, 2000)
- Bolígrafos.

Instrumento:

- “Funcionamiento de la Salud”(FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos.
- “Funcionamiento Psicosocial” (FP), que consta de cuatro subescalas con un total de 50 reactivos.

La confiabilidad, se obtuvo a partir de un estudio piloto de una prueba Test_Retest (donde se aplicó a una población específica y después de cierto tiempo, se les vuelve aplicar a las mismas personas). Para ello, se utilizó un intervalo de tres semanas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como a mujeres, todos los usuarios de servicios de salud tanto públicos como privados, el rango de edad fue entre 18 y 80 años. El instrumento fue aplicado en las salas de espera de los hospitales públicos y privados, en un tiempo de 20 minutos de manera grupal e individual, donde dos investigadores estuvieron presentes. La confiabilidad obtenida varió entre .80 a .97 en todas las escalas. Lo

anterior mostro que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población (Ramírez, Cortés, Vaquero y Arriaga, 2003).

Para esta investigación se seleccionaron los reactivos de una escala (Funcionamiento de Salud) de acuerdo a las variables consideradas en el marco teórico.

Instrumento de “Funcionamiento de Salud”

Escala	Reactivos
Ayuda profesional	6, 9, 14
Paso del tiempo	8
Enfermedad crónica	41
Confianza al personal	49, 56, 57, 58
Confianza sistema	51, 66, 67

5.2. PROCEDIMIENTO

Diseño de investigación:

La investigación fue no experimental y se realizó un análisis no paramétrico de los datos.

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento institucional y personal de cada individuo. En algunos casos como los hospitales públicos se aplicó de forma grupal, dado que en la sala de espera se encontraron hasta 25 pacientes al mismo tiempo. El investigador estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos, para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó solo una vez a cada sujeto.

2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico SPSS.
3. Análisis de datos: Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (Chi cuadrada) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

5.3 RESULTADOS

A continuación se presentan las tablas y las gráficas que se obtuvieron al utilizar la prueba no paramétrica Chi cuadrada con el programa SPSS donde se podrá ver tanto el nivel de significancia esperado como el obtenido para cada una de nuestras variables (V.I. enfermedad crónica y V.D: ayuda profesional, paso del tiempo, confianza al personal y confianza sistema).

Las variables dependientes se encuentran divididas en ítems, los cuales se encuentran graficados independientemente así como tabulados.

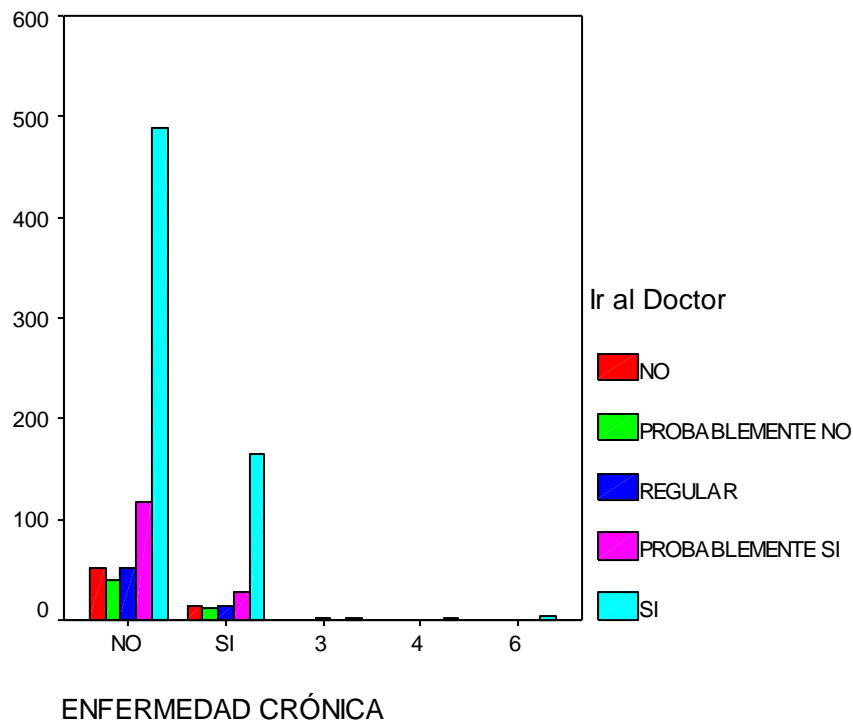
Tablas y gráficas de las variables *enfermedad crónica* y *ayuda profesional*

Ítem ir al doctor

		Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square		12.103	16	.737
		10.961	16	.812
Likelihood Ratio		2.945	1	.086
Linear-by-Linear Association		984		
N of Valid Cases				

Tabla 1. Nivel de significancia

En la tabla 1 el nivel de significancia mínimo esperado es de .05 y el obtenido es de .086 por lo que se puede decir que si hay una relación entre la s variables de ir al doctor y enfermedad crónica.



Gráfica 1. Frecuencia de las personas que van al doctor dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

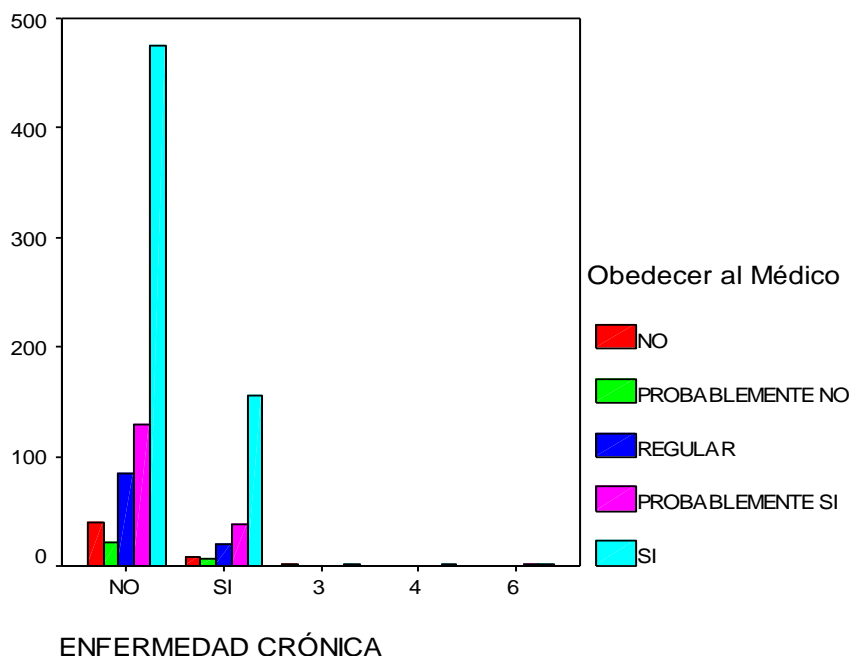
En la gráfica podemos observar que hay más participantes del grupo que tienen enfermedad crónica que van al médico, mientras que por otro lado los que no tienen enfermedad crónica no van al doctor.

Ítem Obedecer al médico

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.726	16	.472
Likelihood Ratio	11.181	16	.798
Linear-by-Linear Association	1.310	1	.252
N of Valid Cases	984		

Tabla 2. Nivel de significancia.

En tabla 2 el nivel mínimo de significancia esperado es de .03 y el obtenido es de .252 por lo que hay una ligera relación entre las variables enfermedad crónica y obedecer al médico.



Gráfica 2. Frecuencia de las personas que obedecen al médico dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

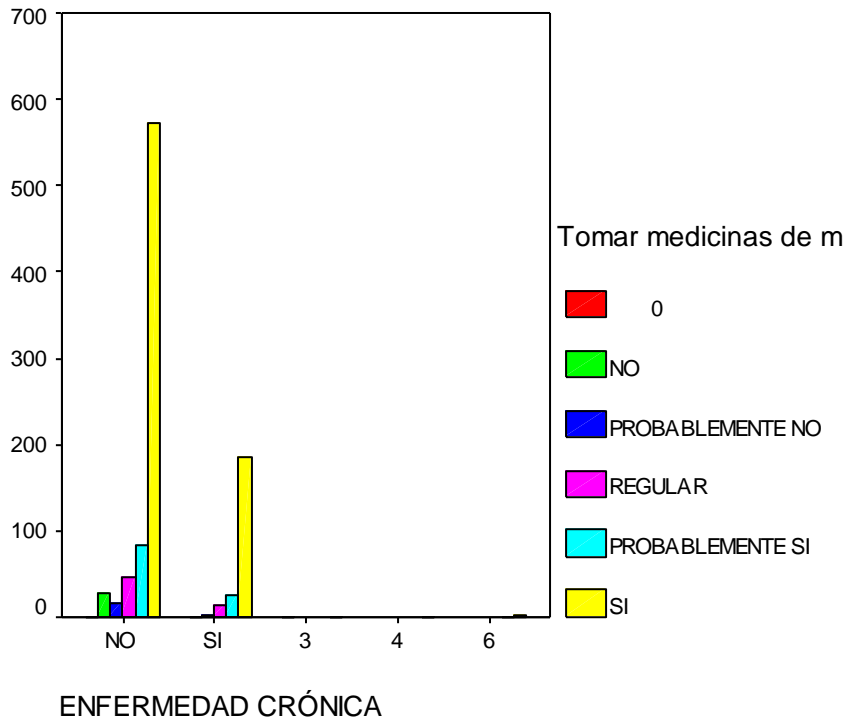
s obedecen al médico sin embargo en el grupo que no tienen enfermedad crónica son más los que no obedecen al médico que los que tienen enfermedad crónica.

Ítem tomar las medicinas del médico

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.420	20	.225
Likelihood Ratio	17.752	20	.604
Linear-by-Linear Association	3.433	1	.064
N of Valid Cases	984		

Tabla 3. Nivel de significancia.

Se puede observar en la tabla 3 que el nivel mínimo de significancia esperado es de .00 pero se obtuvo un nivel de .064 por lo que se puede decir que hay una relación entre las variables enfermedad crónica y tomar las medicinas.



Grafica 3. Frecuencia de las personas que toman las medicinas del médico dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la grafica 3 podemos observar que en el grupo de los que no tienen enfermedad crónica son más los que no toman su medicinas que en el grupo de enfermedad crónica ya que el no es casi nulo.

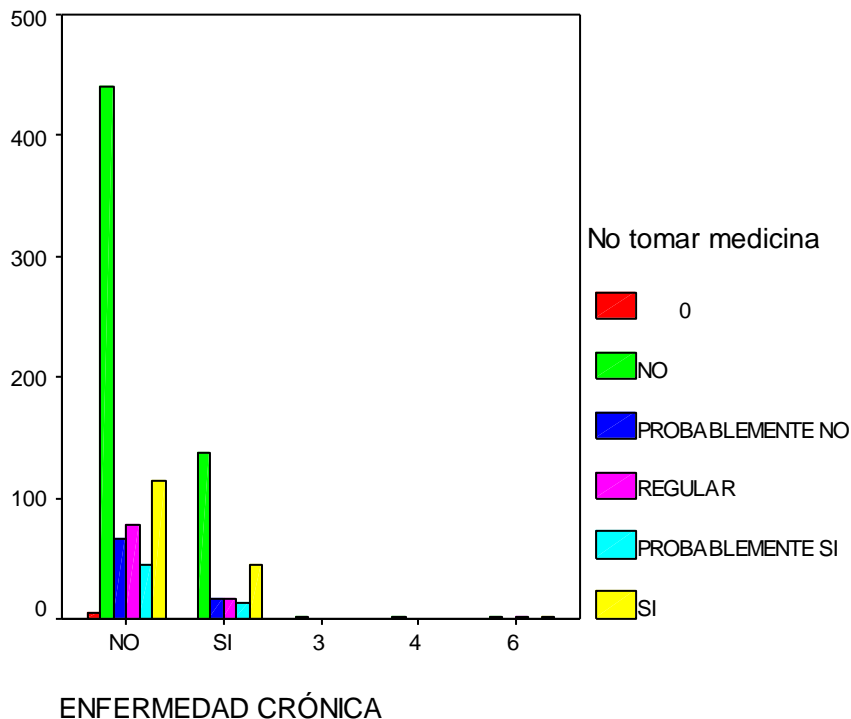
Tabla y gráfica de las variables *enfermedad crónica* y *paso del tiempo*

Ítem no tomar la medicina

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.263	20	.700
Likelihood Ratio	15.975	20	.718
Linear-by-Linear Association	1.221	1	.269
N of Valid Cases	983		

Tabla 4. Nivel de significancia.

En la tabla 4 el nivel de significancia mínimo esperado es de .01 y el obtenido es de .269 por lo que hay una pequeña relación entre las variables enfermedad crónica y paso del tiempo.



Gráfica 4. Frecuencia de las personas que no toman sus medicinas dividida en dos grupos, los que tienen enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la gráfica 4 podemos observar que en el grupo que no tienen enfermedad crónica hay más participantes que dejan pasar el tiempo siendo menos en el grupo de enfermedad crónica.

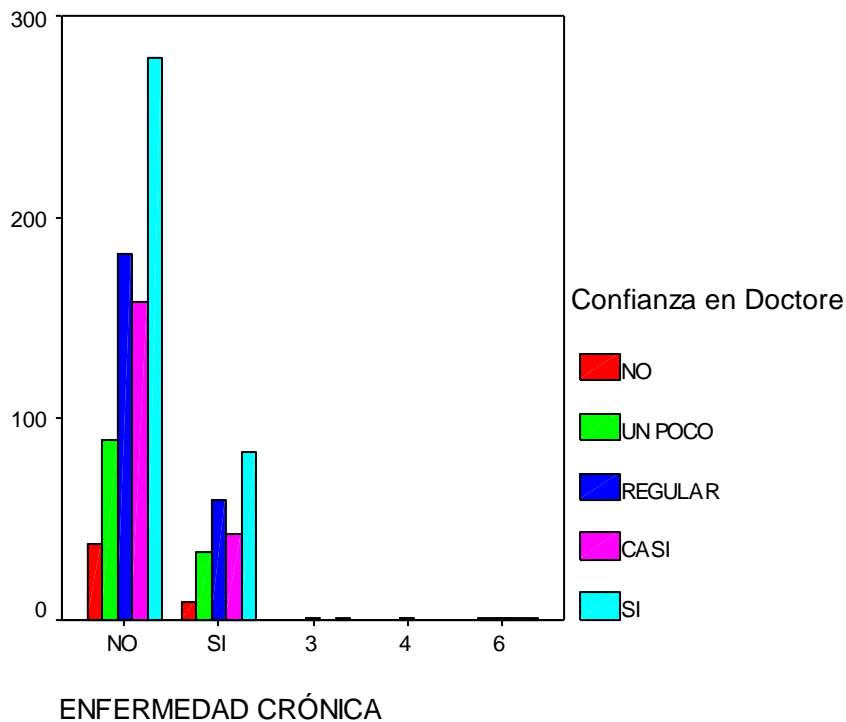
Tablas y gráficas de las variables *enfermedad crónica* y *confianza al personal*

Ítem confianza en los doctores.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.703	16	.957
Likelihood Ratio	8.194	16	.943
Linear-by-Linear Association	.516	1	.473
N of Valid Cases	982		

Tabla 5. Nivel de significancia.

En la tabla 5 el nivel de significancia de enfermedad crónica con el reactivo confianza en los doctores es de .473 por lo que no hay una relación entre las variables, esto indica que las dos son independientes una de la otra.



Gráfica 5. Frecuencia de las personas que tienen confianza en los doctores dividida en dos grupos, los que tienen enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la gráfica 5 podemos observar que los dos grupos (los que tienen enfermedad crónica y los que no tienen enfermedad crónica) tienen confianza en los doctores.

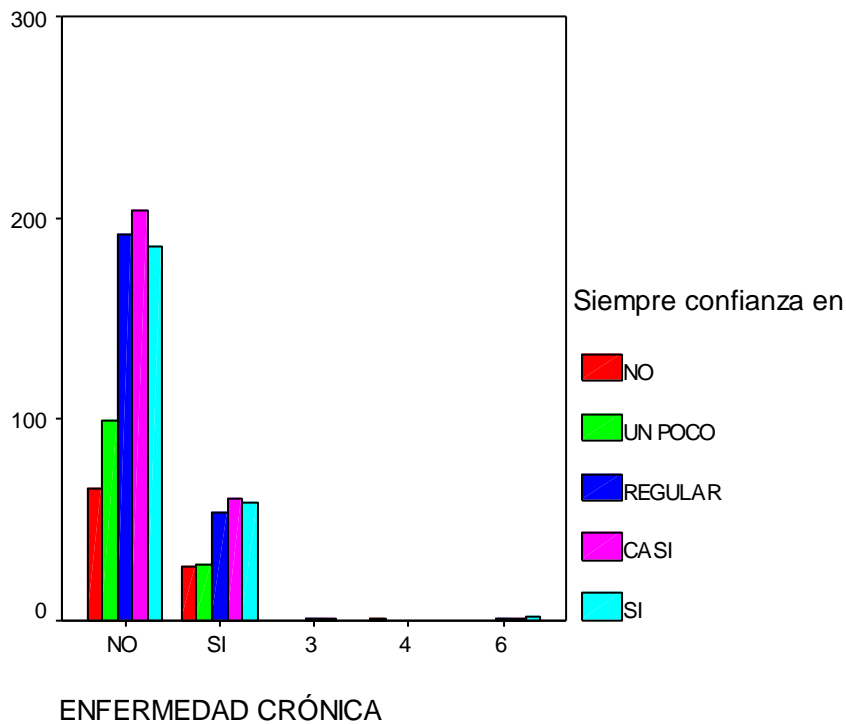
Ítem siempre confianza en los doctores

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.317	16	.502
Likelihood Ratio	11.931	16	.749
Linear-by-Linear Association	.008	1	.930
N of Valid Cases	983		

Tabla 6. Nivel de significancia.

ancia es de .10 pero el logrado como se puede ver en la tabla 6 es de .930 por lo que no hay una relación entre

las variables siempre confianza en los doctores y enfermedad crónica ya que según este nivel de significancia son independientes una de la otra.



Gráfica 6. Frecuencia de las personas que siempre tienen confianza en los doctores dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

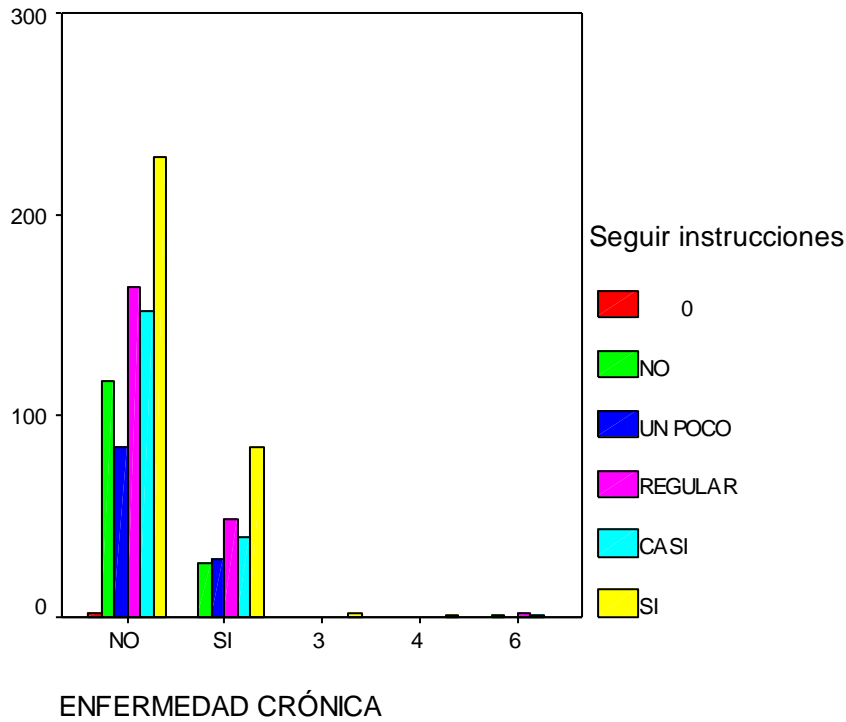
En la grafica 6 podemos observar que en los dos grupos hay más participantes que siempre tienen confianza en los doctores, siendo menor número los que no tienen para nada confianza en ellos.

Ítem seguir las instrucciones de los médicos

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.458	20	.750
Likelihood Ratio	17.725	20	.605
Linear-by-Linear Association	1.211	1	.271
N of Valid Cases	983		

Tabla 7. Nivel de sianficancia

es de .00 sin embargo el obtenido como se puede ver en la tabla 7 es de .271 por lo que si hay una relación entre seguir las instrucciones del médico y enfermedad crónica.



Gráfica 7. Frecuencia de las personas que siguen las instrucciones de los médicos dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la grafica 7 podemos observar que hay más pacientes con enfermedad crónica que si siguen las instrucciones de los doctores siendo el más bajo numero de personas que no siguen las instrucciones de los médicos. Por otro lado las personas que no tienen enfermedad crónica es mayor el número de personas que no siguen las instrucciones de los médicos.

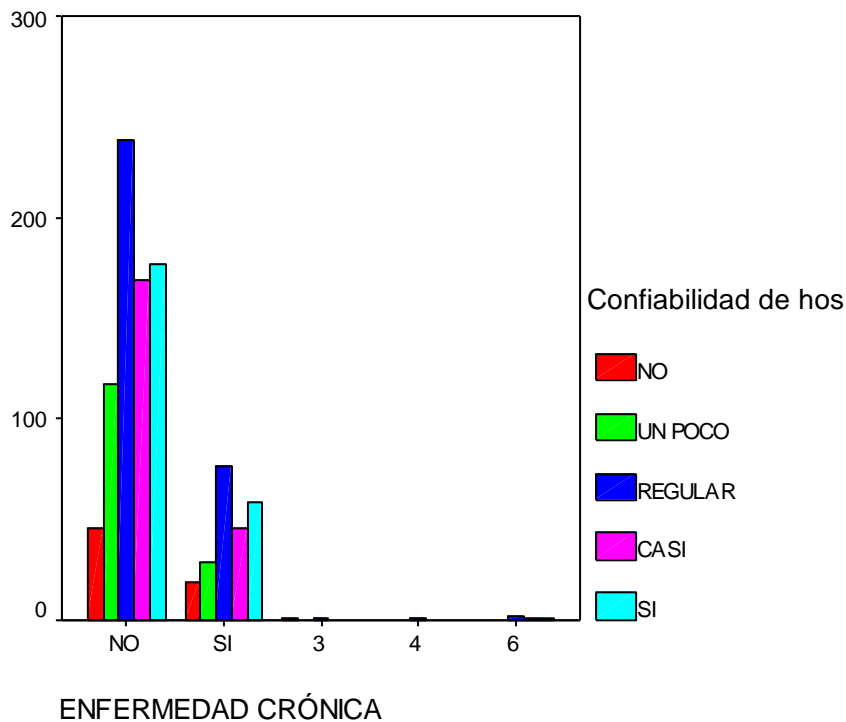
Ítem de confiabilidad de hospitales y médicos

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.550	16	.632
Likelihood Ratio	12.403	16	.716
	.001	1	.972

Linear-by-Linear Association 983
N of Valid Cases

Tabla 8. Nivel de significancia.

El nivel de significancia mínimo esperado es de .07 y siendo que se obtuvo un nivel de .972 como podemos observar en la tabla 8, se puede decir que no influyen las variables confiabilidad en hospitales y médicos con enfermedad crónica ya que de acuerdo al nivel de significancia obtenido son independientes.



Gráfica 8. Frecuencia de las personas que tienen confiabilidad de hospitales y médicos dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

En cuanto a la confiabilidad en los hospitales y en los doctores se puede observar en la gráfica 8, que en los dos grupos (los que tienen enfermedad crónica y los que no la tienen) que no tienen confianza por completo tanto en las instituciones hospitalarias como en médicos.

Tablas y gráficas de las variables *enfermedad crónica* y *confianza en el sistema*

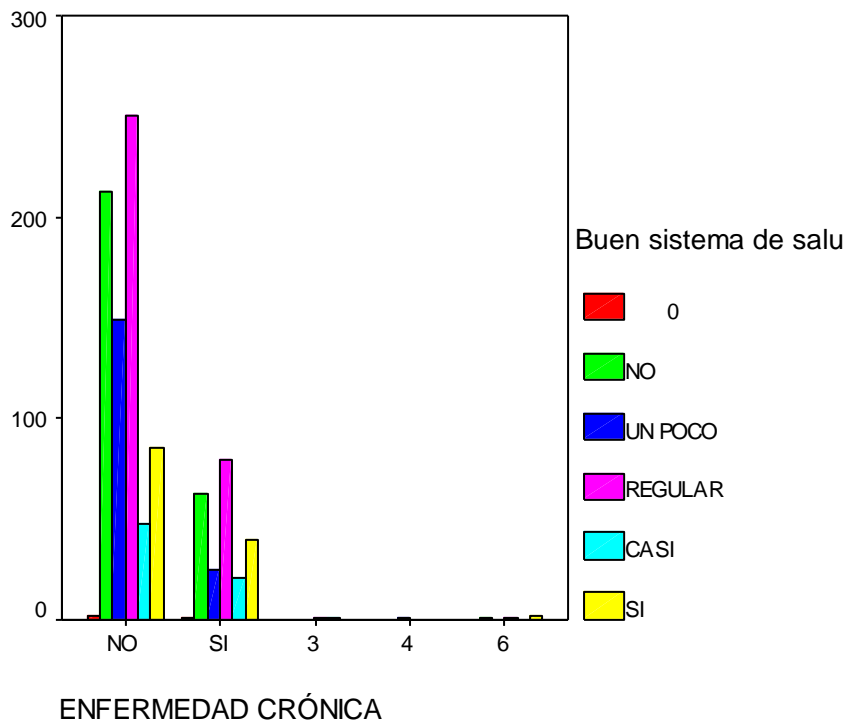
Ítem de Buen sistema de salud en país

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-	31.702	20	.047

Square	28.421	20	.100
Likelihood Ratio	8.355	1	.004
Linear-by-Linear Association	983		
N of Valid Cases			

Tabla 9. Nivel de significancia.

El nivel de significancia mínimo esperado es de .00 y el obtenido como se puede ver en la tabla 9, fue de .004 por lo que si hay una relación entre las variables enfermedad crónica y buen sistema de salud en el país.



Gráfica 9. Frecuencia de las personas dieron su opinión acerca del sistema de salud en el país dividida en dos grupos, los que tiene enfermedad crónica y los que no la tienen.

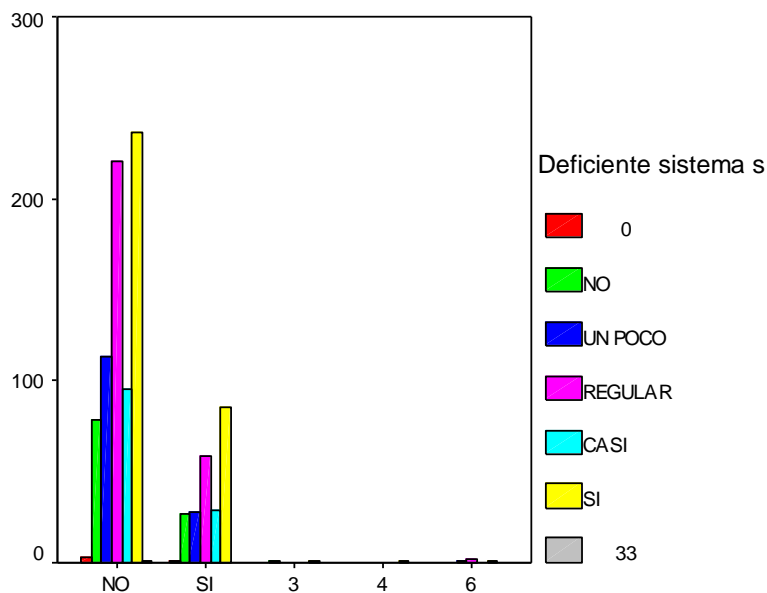
En la grafica 9 podemos observar que los participantes del grupo que no tienen enfermedad crónica opinan que si hay un buen sistema de salud en México, mientras que los que tienen enfermedad crónica no.

Ítem deficiencia en el sistema de salud en el país

		Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square		12.317	24	.976
Likelihood Ratio		.169	1	.681
Linear-by-Linear Association		983		
N of Valid Cases				

Tabla 10. Nivel de significancia.

El nivel mínimo esperado de significancia esperado es de .00 y el obtenido de acuerdo a la tabla 10 es de .681 por lo que las variables enfermedad crónica y deficiencia en el sistema de salud en el país son independientes.



ENFERMEDAD CRÓNICA

Gráfica 10. Frecuencia de las personas que opinaron sobre el sistema deficiente en el sistema de salud en el país dividida en dos grupos, los que tienen enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la gráfica 10 podemos observar que los dos grupos (los que tienen enfermedad crónica y los que no tienen enfermedad crónica) dicen que es deficiente el sistema de salud en el país.

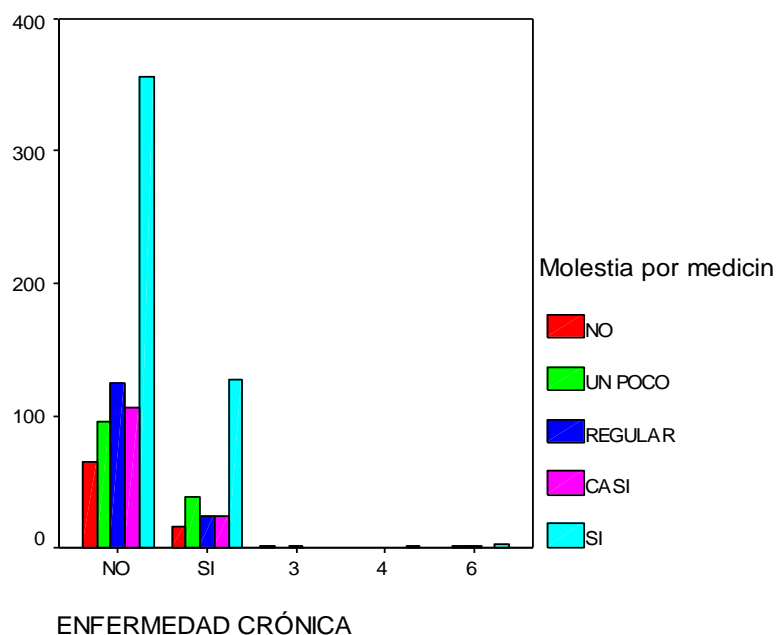
Ítem molestia por medicina en el país

		Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square		20.477	16	.199

Square	20.682	16	.191
Likelihood Ratio	.471	1	.492
Linear-by-Linear Association	983		
N of Valid Cases			

Tabla 11. Nivel de significancia.

El nivel mínimo de significancia esperado es de 08 y el obtenido esperado se puede ver en la tabla 11 que es de .492 por lo que las variables enfermedad crónica y molestias por las medicinas del país son independientes.



Gráfica 11. Frecuencia de las personas que no tienen una buena opinión acerca de la medicina en el país dividida en dos grupos, los que tienen enfermedad crónica y los que no la tienen.

En la grafica 11 observamos que los dos grupos (los que no tienen enfermedad crónica y los que tienen enfermedad crónica) sienten molestia por las medicinas en el país.

En cuanto a la variable dependiente que es ayuda profesional y la variable independiente de acuerdo al nivel de significancia que se obtuvieron en los ítems si hay una relación entre estas variables. Ya que como se pudo observar en las graficas 1,2 y 3 los pacientes con enfermedad crónica van más al doctor, obedecen al médico y toman sus medicamentos.

En la variable dependiente paso del tiempo y la independiente enfermedad crónica también hay una relación entre variables ya que como se pudo observar en la tabla 4 si hay un nivel de significancia que también podemos ver en la gráfica 4 que los pacientes con enfermedad crónica toman sus medicamentos y no esperan que pase el tiempo para mejorar.

La variable dependiente confianza la personal no tiene relación con la variable independiente enfermedad crónica ya que no se tiene un buen nivel de significancia (tablas 5, 6 y 8) en los ítems a excepción del ítem seguir las instrucciones del médico (tabla 7) donde si se encontró una relación entre este y la enfermedad crónica.

En cuanto a la variable dependiente confianza en el sistema como se puede observar en las tablas 10 y 11 no tiene relación con la variable independiente enfermedad crónica, sin embargo en el ítem buen sistema de salud en el país si hay una relación entre este y la enfermedad crónica de acuerdo al nivel de significancia que se obtuvo (ver tabla 9)

5.4. CONCLUSIONES

Como se pudo observar en los resultados podemos concluir que los pacientes con enfermedades crónica son “buenos” pacientes ya que ellos debido a su condición de enfermedad si van al doctor, si obedecen al médico y si toman sus medicinas ya que por el contrario los demás pacientes que no tienen una enfermedad crónica realmente no hacen casi nada de lo mencionado debido a que solo van al doctor hasta que realmente se sienten muy mal y el medicamento lo dejan de tomar cuando se sienten bien.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio coincidimos con López-Ibar, Ortiz y Lopez-Ivar (1999) cuando dice que hay múltiples factores que pueden influir en el trato al enfermo, como el tipo de enfermedad (aguda o crónica), la especialidad (médica o quirúrgica), tipo de ejercicio profesional (generalista, especialista, técnico diagnóstico), tipo de asistencia (privada, pública, hospitalaria, ambulatoria, comunitaria) y la personalidad de los pacientes ya que en el presente estudio se puede observar que los pacientes con alguna enfermedad crónica son los que están menos convencidos del sistema de salud, esto puede ser causado por las visitas constantes que tienen al médico ya que tienen más trato con el sistema que los que no presentan alguna enfermedad crónica. Por otro lado un punto importante es que los pacientes con enfermedad crónica aunque no están convencidos con la calidad y la satisfacción del servicio, si siguen las instrucciones de los médicos mientras que los otros pacientes al no tener una enfermedad crónica no las siguen aunque según ellos si están más satisfechos con el servicio. Lo cual puede suceder de esta manera ya que los enfermos crónicos tienen que seguir las instrucciones para tener controlada su enfermedad, en cambio los que no tienen enfermedad crónica toman el medicamento hasta que se sienten bien.

También coincidimos en los resultados obtenidos por Guzmán, Ramos, Castañeda, Castillo y Gómez (2006), ya que encontraron que aunque más de la mitad de los usuarios perciben un buen trato estos frecuentemente se

muestran inconformes con la atención médica recibida, en nuestro estudio se puede percibir lo mismo pero cabría mencionar que hace falta un estudio el cual muestre cual sería una buena atención según la perspectiva de los pacientes ya que en el estudio realizado por Oseguera-Rodríguez y Viniegra-Velázquez (2008) se menciona que encontraron que la sociedad quiere que los profesionales de la salud tengan más habilidades de comunicación, empatía, profesionalismo y respeto, pero no se toma en cuenta las limitaciones institucionales del servicio público. En cuanto a los medicamentos que hay en las instituciones de salud los pacientes que tienen enfermedad crónica y los que no tienen dijeron que sienten molestias por los medicamentos, por lo que también hay que mejorar en esta parte los sistemas de salud en México.

Dejando de lado la atención humana también es importante mencionar las instalaciones donde se presta el servicio como la limpieza y comodidad en las salas de espera baños y áreas comunes ya que en un estudio realizado por Guzmán, Ramos, Castañeda Castillo y Gómez (2006) se encontró que poco más de la mitad de los usuarios percibió como insuficiente la calidad de lo antes mencionado, también encontró que la comodidad del consultorio fue considerada suficiente por una amplia mayoría de los encuestados, de todo lo anterior podemos retomar que los pacientes quieren en el servicio médico buenas áreas, un buen trato humano.

Otros factores que pueden influir en esta relación con el paciente, así como la calidad de la atención médica, son la organización y las condiciones de trabajo, la actitud y la capacidad de cada médico entre otras que Ruelas (1996) menciona y que consideramos que así como el paciente tiene que tener una satisfacción en el servicio y que realmente no hay tal satisfacción del todo, el personal médico también tiene que contar con lo ya mencionado. Por otro lado cabe mencionar que como dicen Mycrough y Ford (2001) en algunas ocasiones el paciente puede influir a que esta relación con el médico no sea tan buena ya que en ocasiones el paciente puede presentarse sucio, descuidado o ser mentiroso.

Por lo que en este sentido la psicología de la salud es muy importante ya que con esta el paciente se puede apoyar en conocer cual es la conducta saludable para no presentar enfermedades crónicas, pero en México no hay programas adecuados de prevención y promoción de la salud, ni tampoco psicólogos de la salud dedicados a esta labor sino solamente hay trabajadoras sociales, enfermeras entre otras personas que tratan de hacer esta labor pero al no conocer de forma correcta lo que es la psicología de la salud hace que sean deficientes los recursos que utilizan.

Ya que las personas tampoco tienen un buen concepto de lo que es la salud y piensan que solamente es “sentirse bien” y no consideran que es como dicen los autores Brannon & Feist, (2000) y Trejo (2001) así como la Organización Mundial de la Salud que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad ya que somos una unidad biosicosocial. Y mientras ni los pacientes, ni los médicos, ni las instituciones de salud en México así como todo trabajador de la salud no comprendan esto, la atención al paciente no va a ser la adecuada para cada paciente.

Por lo tanto, las instituciones de salud deben contar con instrumentos para la medición sistemática de la satisfacción de los usuarios para conocer su percepción acerca de los servicios recibidos, identificar problemas en la prestación de los mismos e instrumentar medidas orientadas a corregirlos.

Así mismo, los resultados de esta investigación proporcionan información confiable acerca del comportamiento nacional de la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar en el IMSS y sus causas, que debe permitir la comparación con lo que sucede en otros países. Por otro lado, se hace necesario definir estrategias operativas para mejorar la eficiencia de los servicios, tomando en cuenta los resultados obtenidos con la aplicación de este tipo de encuestas.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (2002). Medicina preventiva. En: *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno.

Amigo, I. y Fernández, C. (1998). *Manual de la Psicología de la Salud*. Madrid: Piramide.

Bazán, G. (2006). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Revista de psicología y ciencia social*. 5(2).

Brannon, I y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. México: Thomson.

Buceta, J; Bueno, A y Más, B. (2000). Intervención psicológica y salud: características y objetivo. En: *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.

Buela-Casal, G; Caballo, V y Sierra, c. (1996). Evaluación de programas de salud. En: *Manual de evaluación de psicología clínica y de la salud*. México: Siglo XXI.

Calero, J y Clavo, J. (1998). Principios de la educación y promoción de la salud. En: *Como cuidar la salud, su educación y promoción*. España: Harcourt.

Crespo, M y Cruzado, J. (2000). Técnicas de modificación de conducta en el ámbito de la salud. Buceta, J; Bueno, A y Más, B. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.

Fernández. R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemás metodológicos. En: *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. España: Paidós.

Gabiria, C. (2006). Confianza: eje de calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud. En: Malagón-Lodoño, G; Galán, R y Potón. (2006). *Garantía de calidad en salud*. México: Panamericana.

Gómez, A. (2004). Médicos y pacientes: ¿fe o suspicacia?. En: *Revista Médica del IMSS*. 42 (1):1-3.

Gutiérrez, G. (1996). Las necesidades institucionales. En: De la Fuente, J y Rodríguez-Carranza, R. (1996). *La educación médica y la salud en México*. México: Siglo XXI.

Guzmán, M; Ramos, L; Castañeda, O; Castillo D y Gómez, A. (2006). Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. En: *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 44(1):39-45.

Hernández, B; García, C; Anzures, C y Orozco M. (2002). Satisfacción de los usuarios en unidades de medicina familiar. En: *Revista Médica del IMSS*. 40(5): 373-378.

Higashida, B. (1995). La salud del individuo y de la comunidad. En: *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill.

Higashida, B. (1997). La práctica medica en México. En: *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw-Hill.

Huerta, L. (2005). Relación médico-paciente. En: *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. México: Alfil.

Jauregui, C; Suarez, P; Benguigui, Y y Peña, S. (1998). Marco de referencia. En: *Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad*. México: Panamericana.

Jiménez, L. (2005). Programas Integrados de Salud. En: *Revista de Enfermería del IMSS*; 13(1):41-46.

Jinich, H. (2002). *El paciente y su médico*. México: Manual moderno.

Lain, P. (1983). La comunicación entre el médico y el enfermo. En: *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza.

Lameiras, M y Faílde, J.(2000). Estatus de la psicología clínica como especialidad sanitaria en España: proceso de institucionalización pública, posibilidades y retos. En: *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid: Dykinson.

Lara, R; Diez, J y Garmedia, A. (2002). Programa de calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: De la Fuente, J; Tapia, R y Lezana, M. (2002). *La información en salud*. México: Mc Graw-Hill.

Lavielle-Sotomayor, M; Cerón-Ruiz, M; Tovar-Larrea, P y Bustamante-Rojano J. (2008). Satisfacción con la atención de salud. La perspectiva del usuario En: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 46(2): 129-134.

Londoño, C; Valencia, S y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. En: *Psicología y Salud*. 16 (2): 199-205.

López-Ibar, J; Ortiz, T y López-Ibar, M. (1999). Relación médico-enfermo. Transferencia y contratransferencia. En: *Lecciones de psicología médica*. España: Másson.

Martínez, E y Barreto, M. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Descleé de Brower.

Martín, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en iberoamericana*. México: Paidós.

Mycrough, P y Ford, M. (2001). Los papeles de médico y de paciente. En: *Hablando de pacientes claves para una buena comunicación*. España: AztraZeneca.

Navarro, J y Moctezuma, D. (2002). La información en el marco de la reforma del Sector Salud. En: De la Fuente, J; Tapia, R y Lezana, M. (2002). *La información en salud*. México: Mc Graw-Hill.

Nieto-Monera. J; Abad, M; Esteban, M Y Tejeina, M. (2004) La dimensión asistencial. En: *Psicología para ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill.

Oblitas, G. (2006). Psicología de la salud. En: *Psicología de la salud teoría y práctica*. México: Plaza y Valdés.

Oseguera-Rodríguez, J y Viniegra-Velazquez. (2008). Características humanistas del médico deseadas por la sociedad. En: *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 46(2): 171-178.

Phares, J (1996). Psicología de la salud y medicina conductual. En: *Psicología clínica: conceptos, métodos, práctica*. México: Manual Moderno.

Piña, J. (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: análisis, investigación y difusión. En: *Revista de psicología y salud*. 15(2):157-168.

Ruelas, E. (1996). Encuentros y desencuentros. En: De la Fuente, J y Rodríguez-Carranza, R. (1996). *La educación medica y la salud en México*. México: Siglo XXI.

San Martín, H. (1993). *Salud y enfermedad*. México: La prensa médica mexicana.

Taylor, S. (2007). ¿Qué es la psicología de la Salud?. En: *Psicología de la salud*. México: Mc Graw-Hill.

Tena, C y Hernández, F. (2005). *La comunicación humana de la relación médico paciente*. México: Prado.

Tena, C; Ruelas, E; Sanchez, M; Rivera, A; Lee, G; Barragan, M; Ramirez, A; Hernández, L; Puebla, A y Casares, S. (2003). Los derechos médicos. En: *Revista médica del IMSS*. 41(6):503-508.

Tizón, J; San-José, J y Nadal, D. (1997). Organización mínima de un servicio mental vinculado a la atención primaria de la salud. En: *Protocolo y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder.

Trejo, M. (2001). Psicología de la salud. En: *psicología de la salud en México estilos de vida y hábitos de salud*. Tesis para la licenciatura. UNAM-FES Iztacala México.

Treviño, N. (1996). El instituto mexicano del seguro social. En: De la Fuente, J y Rodríguez-Carranza, R. (1996). *La educación médica y la salud en México*. México: Siglo XXI.

Trull, T y Phares, E. (2003). Psicología de la salud y medicina conductual. En: *Psicología clínica*. México: Thomson.

Uribe, J. (2006). La calidad de vida y la relación médico-paciente. En: Malagón-Lodoño, G; Galán, R y Potón. (2006). *Garantía de calidad en salud*. México: Panamericana

Vega, C. (2002). *Antecedentes de la psicología de la salud. Psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable*. Tesis para la licenciatura. UNAM-FES Iztacala México.

Velázquez, G y Álvarez, F. (2002). Información continua de la calidad en los servicios de salud. En: De la Fuente, J; Tapia, R y Lezana, M. (2002). *La información en salud*. México: Mc Graw-Hill.

Werner, R; Pelicion, M y Chiattonne, H. (2002). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. En: *Revista internacional de psicología de la salud*. 2(1):153-172.

Wolpert, e y Robles, G. (1996). La secretaria de salud. En: De la Fuente, J y Rodríguez- Carranza, R. (1996). *La educación médica y la salud en México*. México: Siglo XXI.

Zurro, M Y Pérez, C. (2003). Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: *Atención Primaria*. Madrid: El Sivier.