



**VICERECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

TESIS

**RELACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE
CONSULTORIO EXTERNO CON LA SATISFACCIÓN DEL
USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
PISCO, 2016**

PRESENTADO POR:

Bach. MILAGRO DE DIOS ESPINOZA MESONES

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN ADMINISTRACION Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS

ICA -PERÚ

2017

DEDICADO A: Mis padres, mi hermano y mis dos menores hijas que con su amor y colaboración permitieron que esta investigación se termine con mucho entusiasmo

AGRADEZCO A: La personas que colaboraron para la conclusión de esta tesis, el Dr. Leveau, el Dr. Ricardo Cabrera y el Lic. Mendoza

RECONOCIMIENTO A: La Universidad “Alas Peruanas”, por permitirme desarrollar mis capacidades y competencias y optar el grado académico de Maestría.

ÍNDICE	Pág
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
RECONOCIMIENTO -----	iv
ÍNDICE -----	v
RESUMEN -----	vii
ABSTRACT -----	viii
INTRODUCCIÓN -----	ix

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA -----	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN -----	12
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL -----	12
1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL -----	12
1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL -----	12
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL -----	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA -----	13
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL -----	13
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS -----	13
1.4. OBJETIVOS -----	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL -----	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	13
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN -----	13
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL -----	13
1.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS -----	14
1.5.3. VARIABLES -----	14
1.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES -----	14
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN -----	15
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN -----	15
a) Tipo de investigación -----	15
b) Nivel de investigación -----	15
1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN -----	15

a) Método de investigación-----	15
b) Diseño de investigación -----	15
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN-----	16
a) Población -----	16
b) Muestra-----	16
1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS -----	16
a) Técnicas-----	16
b) Instrumentos -----	17
c) Fuentes-----	19
1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN -----	20
a) JUSTIFICACIÓN -----	20
b) IMPORTANCIA -----	20
c) LIMITACIONES-----	21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación -----	22
2.2. Bases teóricas-----	30
2.3. Definición de términos básicos -----	76

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS-----	80
3.2. CONCLUSIONES -----	94
3.3. RECOMENDACIONES -----	95
3.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	96
3.5. ANEXOS-----	101
3.5.1. Matriz de consistencia -----	102
3.5.2. Modelo de cuestionario -----	103
3.5.3. Evaluación por jueces-----	105

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se observa muchas quejas de los pacientes por la atención recibida en casi todos los hospitales del Perú y, el Hospital San Juan de Dios de Pisco no escapa a esta realidad, por lo que para una buena gestión en el sector salud es que se realizó esta investigación para identificar las causas de este malestar de los usuarios.

Objetivo: Determinar la relación entre la satisfacción que perciben los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco con el estado de ánimo del médico que le atendió.

Material y métodos: Investigación de tipo Observacional o no experimental, analítica, transversal, prospectiva. En 51 médicos que atienden en consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco en setiembre del 2016, quienes fueron evaluados por sus usuarios sobre la atención recibida manifestando mediante un cuestionario su grado de satisfacción, la que se relacionó no el estado de ánimo de dicho profesional la que fue determinado a través del inventario de EVEA (Escala de Valoración del Estado de ánimo) que brinda el estado de ánimo en cuatro categorías (Alegre, Ansioso, Deprimido y Hostil).

Resultados: El estado de ánimos del médico del hospital San Juan de Dios de Pisco que atienden en el área de consultorios externo fue de 41.2% alegres, 27.5% ansiosos, 17.6% tristeza-depresión y 13.7% ira-hostil. El nivel de satisfacción por el servicio brindado en los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco en setiembre del 2016 fue de 59.5%. El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco es distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió. Siendo más favorable cuando el profesional médico presenta estados de ánimos positivos como alegre o ansioso. La categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida es el estado de ánimo alegre.

Palabras clave: Estado de ánimo del médico, consultorio externo, satisfacción usuario externo.

ABSTRACT

Introduction: In recent years many complaints of patients seen for care received in almost all hospitals in Peru and the San Juan de Dios of Pisco Hospital does not escape this reality, so for good management in the sector health is that this research was conducted to identify the causes of this malaise users.

Objective: To determine the relationship between satisfaction perceived by patients treated at outpatient clinics of the Hospital San Juan de Dios of Pisco with the mood of the attending physician.

Methods: Observational research or experimental, analytical, transversal, prospective. 51 doctors who care in outpatient clinics of the Hospital San Juan de Dios of Pisco in September 2016, who were evaluated by their users about the care manifesting through a questionnaire their degree of satisfaction, the mood is not related to that professional which was determined through inventory EVEA (Rating Scale mood) provided by the mood in four categories (Alegre, anxious, depressed and Hostile).

Results: The mood of the doctor of San Juan de Dios hospital in Pisco serving in the area of external offices was 41.2% cheerful, eager 27.5% 17.6% 13.7 sadness-depression and anger-hostility%. The level of satisfaction with the service provided in the outpatient clinic of the Hospital San Juan de Dios of Pisco in September 2016 was 59.5%. The degree of satisfaction perceive patients treated at outpatient clinics of the Hospital San Juan de Dios Pisco differs depending on the mood of the attending physician. Being more favorable when the provider presents positive mood states as happy or anxious. The category of mood that is related to a higher satisfaction with the care received is the cheerful mood.

Keywords: Mood of medical office external user satisfaction external.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los países de América Latina han tenido importantes transformaciones en la organización del Sistema Nacional de Salud, que han involucrado a la calidad como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud. De ello se deduce que la calidad es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que puede ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

En la búsqueda continua para mejorar los estándares de eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, se consolidan acciones de mejoramiento institucional e individual, que permiten corregir las desviaciones presentadas en el desarrollo de las actividades, en cumplimiento de la función de la entidad.¹

Maturana sostiene que las emociones y los estados de ánimo son predisposiciones para la acción. La forma como un observador distingue los estados de ánimo de otros seres vivos, en la medida en que no participa de la experiencia asociada con su vivencia, es emitiendo un juicio sobre el comportamiento de tales seres vivos y, en particular, sobre lo que tal comportamiento define en términos de las acciones posibles de ser ejecutadas desde él.²

En los últimos años se observa muchas quejas de los pacientes por la atención recibida en casi todos los hospitales del Perú y, el Hospital san Juan de Dios de Pisco no escapa a esta realidad, por lo que para una buena gestión en el sector salud es que se debe identificar las causas de este malestar de los usuarios, por lo que la investigación se orientó a conocer la relación que existiría entre el estado de ánimo de los profesionales médicos con la atención brinda y percibida por el usuario externo que se atiende en los diferentes consultorios externos que oferta este nosocomio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En los organismos que están orientados a brindar servicios al cliente, los trabajadores y en este caso, los médicos, proporcionan una atención cálida y eficaz, solucionando conflictos, ofreciendo asistencia personalizada, respondiendo preguntas, garantizando, la satisfacción de los mismos por el servicio recibido. Por ello, el estado de ánimo, se relaciona con la tendencia del colaborador a exhibir una conducta cordial durante la realización de su trabajo, es evidente que es una característica esencial para determinar si un médico está orientado o no hacia el cliente.

De lo mencionado, se observa que los factores que influyen de manera significativa en la ocurrencia de dichos problemas están relacionados con las actitudes hacia el trabajo, ya que la insatisfacción de los pacientes podría estar directamente vinculado al estado de ánimo del médico que lo atiende.

En este sentido el estado emocional del profesional de salud es un campo de interés cada vez más creciente por quienes están vinculados a la actividad de gestión del potencial humano, ya que resulta un buen indicador del funcionamiento organizacional y representa para la sociedad un referente de los estándares de calidad de vida en las organizaciones.

Ello estaría explicado también por aspectos intrínsecos de la personalidad del empleado, lo cual influye en la percepción de calidad

de servicio por parte de los pacientes relacionada con niveles bajos de amabilidad.

Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de la calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del proceso de atención.³

Los seres humanos, donde quiera que estén, donde quiera que habiten, están siempre inmersos en determinados estados de ánimo. No hay forma en que podamos evitar encontrarnos en alguno y mirar la vida desde fuera de algún tipo de estado emocional, cualquiera que éste sea. Los estados de ánimo son constitutivos de la existencia humana. Simplemente no se puede concebir la existencia humana sin aceptar que estamos, inevitablemente, en algún tipo de estado de ánimo. Los estados de ánimo son un hecho de la vida y los encontramos por doquier.

Los desórdenes del estado de ánimo se encuentran entre los trastornos más frecuentes observados, tanto en la práctica psiquiátrica como en el ejercicio cotidiano del médico general. Las variaciones del estado de ánimo, patológicos en calidad y en intensidad, pueden ser desde la depresión profunda hasta la ilación maníaca, la distimia depresiva

siendo mucho más frecuente que el estado anímico expansivo y eufórico de la manía.⁴

En la práctica psicológica se encuentran estados de ánimo preocupantes en los médicos que estaría influyendo en la mala calidad de la atención percibida por el usuario en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, por lo que fue necesario medir el estado de ánimo de los profesionales médicos responsables de la atención en consultorios externos y correlacionarlos con la calidad de atención brindada.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Esta investigación se realizó a nivel local, específicamente en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco, ubicado en la Región Ica del Perú. Estuvieron comprendidos todos los consultorios externos donde atienden los profesionales médicos.

1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL

Los instrumentos fueron aplicados tanto a hombres y mujeres profesionales médicos que atienden en consultorios externos del nosocomio las que fueron evaluados por los usuarios externos.

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La información se empezó el 1 de setiembre y se terminó el 30 de setiembre del año 2016, en una muestra representativa de toda la población que se atiende por consultorio externo del Hospital.

1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La investigación se centró exclusivamente en dos constructos psicológicos: la Satisfacción por la Atención Recibida y la identificación del Estado de Ánimo del profesional médico que brinda el servicio.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿De qué manera el estado de ánimo del médico de consultorio externo se relaciona con la satisfacción del usuario externo en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

1.-¿Cuál es la categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida?

2.-¿Existe potenciación entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

-Determinar la relación que existe entre la satisfacción que perciben los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco con el estado de ánimo del médico que le atendió.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.-Identificar la categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida.

2.-Evaluar la interacción entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

-El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco sería significativamente distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió

1.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

-La categoría del estado anímico que se relacionaría con una satisfacción significativamente más elevada por la atención recibida sería la alegría.

- Existiría interacción entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado

1.5.3. VARIABLES

Variable Y:

Satisfacción por la atención recibida

Variable X:

Estado de ánimo del profesional que brinda la atención

1.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Dimensiones	Indicador	Instrumento	Fuente
Estado de ánimo	X	Alegre	Nivel de alegría	Escala de Valoración del Estado de Ánimo	Médico
		Ansioso	Nivel de ansiedad		
		Deprimido	Nivel de depresión		
		Hostil	Nivel de hostilidad		
Satisfacción por la atención recibida	Y	Humana	Satisfacción	Cuestionario	Paciente
		Técnico-científica	Satisfacción		
		Del entorno	Satisfacción		

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

a) Tipo de investigación

Sustantiva, básica pues busca ampliar el conocimiento sobre los estados anímicos, y la satisfacción por la atención prestada.

b) Nivel de investigación

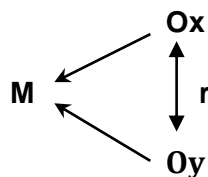
Descriptiva, pues se describirá las variables de estudio según su desarrollo natural y correlacional pues se determinará la correlación entre ellas.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a) Método de investigación

- 1.- Método Hermenéutico pues interpreta los resultados sobre las bases científicas
- 2.- Inductivo pues se analiza cada estado de ánimo con un nivel de satisfacción por parte del usuario.
- 3.- Hipotético Deductivo pues de las hipótesis específicas se deduce la hipótesis general.

b) Diseño de investigación



En donde:

M = Población muestral

Ox = Observaciones de la variable X

Oy = Observaciones de la variable Y

r = Niveles de relación entre las variables concurrentes

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

a) Población

Profesional médico que atiende en consultorio externo durante el mes de setiembre del 2016 que son 51 profesionales, de las diferentes especialidades, los que serán evaluados por los pacientes atendidos por cada profesional médico, que fue según demanda, se estima 12 pacientes por cada profesional por día de trabajo en consultorio externo los que serán evaluadas aleatoriamente en cualquier día de trabajo del profesional. Total 63.

b) Muestra

La muestra fue seleccionada según criterios de inclusión y exclusión, pues fueron excluidos los profesionales de la salud que se encuentran de vacaciones o de permiso.

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnicas

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta para la variable satisfacción por la atención recibida.

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo en la consulta externa inmediatamente después que ellos hayan salido de su consulta que se estima 12 pacientes por día, por todo el mes de setiembre según los turnos de consultorio del profesional.

Procedimiento durante el recojo de información de la encuesta:

- El encuestador se identificó y expuso brevemente el objetivo de la encuesta.
- Se preguntó al usuario si podía brindarnos su opinión acerca de la atención recibida en la consulta externa haciéndole saber que es anónima.
- No se trató de influenciar las respuestas de los usuarios.

- Se verificó antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas.

Para la variable independiente Estado de Ánimo se empleó la encuesta que realizado por el investigador previo saludo con el profesional médico y solicitando su colaboración en el estudio.

b) Instrumentos

Un cuestionario para la variable satisfacción por la atención recibida. Este instrumento consta de dos partes: Datos Generales y datos específicos que abordaron la dimensión humana (8 ítems), técnica-científica (8 ítems) y del entorno (6 ítems)

El instrumento de medición original tiene una longitud de 22 ítems y una amplitud de escala de cinco categorías, asignándose para la calificación un puntaje de 5, 4, 3, 2, y 1 según el nivel de percepción del servicio recibido.

Partes del instrumento de recolección de datos de la variable satisfacción.

Parte I. Datos generales: Aborda los aspectos relacionado a instrucciones.

Parte II. Datos específicos: Aborda la calidad de la atención de salud considerando sus tres dimensiones:

- Dimensión Humana (08): pregunta 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, y 16.
- Dimensión Técnico-científica (08): pregunta 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, y 21.
- Dimensión del entorno (06): pregunta 14, 17, 18, 19, 20 y 22

Para la variable Estado de Ánimo se empleó un inventario, el test de EVEA (Escala de Valoración del Estado de ánimo) que brinda el estado de ánimo en cuatro categorías (Alegre, Ansioso, Deprimido y Hostil)^{31,32}

Descripción: La EVEA se construyó como un instrumento “para medir estados de ánimo transitorios en los estudios que utilizan procedimientos de inducción estado de ánimo” (Sanz, 2001, p. 71). La EVEA consta de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala de tipo

Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras “nada” (0) y “mucho” (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., “me siento triste”, “me siento alegre”). La EVEA pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala, y todos los ítems dentro de cada subescala están formulados en la misma dirección.

Aplicación

Tiempo de administración estimado: 1-2 minutos

Normas de aplicación: Las instrucciones de la EVEA hacen hincapié en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se “siente ahora mismo”, en el mismo momento de completar el instrumento. El orden de presentación de los ítems en la EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que dos ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento en que se administró el instrumento. Para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alcaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que

sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14), y, finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15).

Dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala entre 4, y se obtiene puntuaciones entre 0 y 10

Una puntuación más alta en las subescalas de la EVEA indica, respectivamente, un mayor nivel de tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad o alegría.

Momento de aplicación: Tanto antes como durante o después de un procedimiento de inducción de estado de ánimo, y en cualquier momento en el que se desee conocer el estado de ánimo actual de una persona.

c) Fuentes

El nivel de satisfacción por la atención recibida se obtuvo directamente del paciente o familiar que asistió a la consulta.

El estado de ánimo se obtuvo del profesional médico que brindó la atención inmediatamente al término de su trabajo.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos se tabularon en el programa SPSS v23 de donde obtuvieron los estadísticos y el nivel de significancia al 95%. Se empleó el análisis de la varianza intersujetos (ANOVA de un factor) y para distinguir las diferencias entre los grupos se empleó la prueba de TUKEY.

Aspectos éticos

Durante la aplicación de la encuesta, a todos los pacientes encuestados en la consulta externa se les explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos a través de la encuesta de opinión.

1.6.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a) Justificación

Para los pacientes, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, la accesibilidad de la atención el buen trato, la privacidad, y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios fue reconocida crecientemente durante la década de los ochenta. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

En los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente.

De tal manera que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicionalmente centrada en la institución a otra que incorpore la perspectiva de los usuarios.⁵

Es de prever que dependiendo del estado de ánimo en que nos encontremos, ciertas acciones son posibles y otras no —algunas posibilidades están abiertas y otras están cerradas. Esto es lo central de lo que constituye a las emociones y los estados de ánimo. Si estamos predispuestos a la desconfianza, se estrechan las posibilidades de coordinar nuestras acciones con las de alguien. En un estado de entusiasmo, se amplía nuestro horizonte de acciones posibles en el futuro.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla.

b) Importancia

El presente estudio posee relevancia ya que busca establecer la relación entre la satisfacción por la atención recibida y las categorías

del estado de ánimo de los médicos que atienden los consultorios del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco; considerando que la satisfacción es una actitud dentro de las organizaciones que predispone a sus integrantes en la exhibición de conductas positivas, que repercuten directamente con el trato al paciente. Así, la percepción de servicio de calidad en el sector salud es un elemento fundamental, si se tiene por misión el respeto y la valorización del paciente basado en la humanización de su atención. Finalmente, en base a la investigación se pueden ofrecer lineamientos o pautas para la ejecución efectiva de acciones que busquen la mejora de los niveles de satisfacción de los trabajadores del hospital, a fin de garantizar la satisfacción real de su principal beneficiario: el paciente.

c) Limitaciones

Este estudio se desarrolló en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco, de tal modo que los resultados solo son aplicables a esta realidad siendo una limitación no poder inferir a otras realidades.

En el desarrollo de la investigación se presentan casos de poca colaboración de los profesionales o pacientes que limitan la investigación para lo cual se tomaron las medidas para no perder ninguna unidad de muestra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ámbito Internacional

- **Rodríguez García N. 2013.** *Calidad de Atención, desde la perspectiva del usuario en el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.* Dentro de los factores más importantes en cuanto a la calidad de atención, se encuentra, la que registra un gran nivel de insatisfacción por parte de los usuarios es la amabilidad del personal, una de las causas de este problema radica en la desmotivación que sufre el personal, al encontrarse sobrecargado en sus funciones por la falta de personal, tanto médicos y técnicos como administrativos, constituyendo un nudo crítico de la atención. Existe un 54% de usuarios que demuestran insatisfacción respecto a la cortesía y amabilidad del personal médico. El 67% de los encuestados se mostró satisfecho respecto a la presentación personal de los profesionales médicos. A su vez, existe un 76% de insatisfacción respecto a la capacidad del personal médico para responder dudas y consultas. Un 74% de los usuarios encuestados registra insatisfacción respecto a la preocupación y dedicación de parte del personal médico, para dar solución a sus problemas y un 58% de insatisfacción con respecto a la oportunidad y/o instancia para opinar sobre su tratamiento y/o enfermedad.⁶

- **Sánchez Barrón L.** 2012. *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una Institución de Seguridad Social en Guadalupe, Nuevo León.* México. Objetivo general; Determinar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la consulta externa y establecer su asociación con las dimensiones: infraestructura, accesibilidad, trato personal, tiempo de espera y tiempo de consulta. Diseño metodológico; Estudio de tipo transversal, porque aplicó encuesta de satisfacción a los usuarios directos de la consulta externa de una unidad de medicina familiar de una Institución de Seguridad Social. El instrumento es una adaptación de la encuesta aplicada en el programa SICALIDAD previamente validada por expertos, en donde se tomaron en cuenta las dimensiones de accesibilidad, trato personal, tiempo de espera, infraestructura y tiempo de consulta. Resultados: Se encontró que la temperatura iluminación, el mobiliario, así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios. El trato en el área de admisión, el trato recibido por el médico, y el trato recibido por el personal de salud, el trato al ser recibido por el médico, están también asociados a la satisfacción del paciente. En cuanto a la accesibilidad: el tiempo de trámite de la consulta resultó estar asociado a la satisfacción. No así la percepción del tiempo de traslado a la unidad. En cuanto al tiempo de espera en sala para ser atendido por el médico no resultó estar asociado a la satisfacción, sí el tiempo de duración de la consulta.⁷
- **Castillo Soto G.** 2011. *Grado de satisfacción del usuario externo con la calidad de atención en la consulta externa que se desarrolla en el Centro Médico Esmil.* En los resultados se demostró, que existía mucha satisfacción en cuanto a limpieza y comodidad en la sala de espera, insatisfacción en la valoración de los procesos relacionados con lo referente a que sus historias clínicas no están disponibles en el momento de su consulta, la atención en el sedrvicio de rayos X es mala, en cuanto a la privacidad del paciente durante su atención no se respeta en su totalidad, el médico no tiempo necesario para contestar

sus dudas o preguntas sobre tratamientos, procedimientos médicos, y además refieren que solo algunas veces son tratados con amabilidad y respeto por parte del personal de la consulta externa, estos problemas hacen ver las falencias en el proceso de atención.⁸

- **Bohórquez Peñaranda A.** 2007. *Prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de medicina Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.* Objetivos: Determinar la prevalencia de punto de depresión y de ansiedad en los estudiantes de Medicina de la Universidad Javeriana y evaluar la asociación entre la presencia de depresión o ansiedad con el desempeño (o rendimiento) académico al final del periodo académico. Diseño: Investigación de corte transversal, descriptivo con elemento analítico con uso de un modelo de regresión logístico policotómico para asociación. Lugar: Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Población: Estudiantes de 1° a 10° semestre de la Facultad de Medicina. Resultados: 46,95% fue la prevalencia de depresión según la escala de Zung de los estudiantes de medicina de 1° a 10° semestre, mientras que la prevalencia de ansiedad con la escala de Zung fue de 60.33%, de los cuales el 8,63% tenían ansiedad moderada y 1,11% ansiedad severa. En la entrevista confirmatoria participaron 114 estudiantes, tuvieron diagnóstico de episodio depresivo único o recurrente el 38,6% IC95%(30,4% - 40,1%) y algún trastorno de ansiedad en el 24,6% IC95% (17% -33,5%). El desempeño académico al final del semestre de los estudiantes participantes fue: el 51,50% aprobaron con buena calificación, con calificación regular el 20,50% y reprobaron el 5,33% mientras que sobresaliente fueron el 22,67%. Se encontró una asociación positiva entre el desempeño académico regular y la presencia de depresión severa con RRR = 4,65 y un IC95% (1,16 – 18,65). Conclusiones: Se encontró una elevada prevalencia de depresión y ansiedad entre los estudiantes participantes, teniendo la

primera una asociación significativa con un desempeño académico regular.⁹

- **Jiménez-Torres, M.; Martínez, P; Miró, E; Sánchez, A.** (2012). *Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento.* La edad correlaciona positivamente con la estrategia de reestructuración cognitiva y con el estilo activo centrado en el problema y correlaciona de modo inverso con la autocrítica. El estrés percibido, el estilo de afrontamiento pasivo y el ánimo negativo están correlacionados. Además, el estado de ánimo negativo se debería por el estrés percibido y por la frecuente utilización en estrategias de afrontamiento pasivas. El estrés percibido, el estado de ánimo negativo y el estilo de afrontamiento pasivo también están correlacionados. Entre las estrategias de afrontamiento de primer, segundo y tercer orden también se producen numerosas asociaciones, encontrándose que el estilo de afrontamiento activo y el estilo de afrontamiento pasivo también están correlacionados.¹⁰
- **Gomez-Martinez, S; Ballester-Arnal, R; Gil-Julia, B; Abizanda-Campos, R.** (2015). *Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos.* Los profesionales sanitarios (PS) de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) no son inmunes a los efectos emocionales que supone enfrentarse diariamente a situaciones de sufrimiento y muerte. Los estudios sobre afectación emocional en profesionales sanitarios se han centrado en el síndrome burnout y han presentado ansiedad y depresión como consecuencias de éste. El objetivo es evaluar los problemas de ansiedad, depresión y percepción subjetiva del estado de ánimo en profesionales de las UCIs. Los participantes son 117 profesionales sanitarios de la UCI de un Hospital de la Comunidad Valenciana (España). Los análisis descriptivos muestran que entre

14.6%-20% y un 4-7% de los participantes presentan síntomas de ansiedad y de depresión respectivamente. La edad y la experiencia mostraron relación con depresión y ansiedad. Los análisis diferenciales, muestran diferencias en función del género en ansiedad y en función del puesto laboral en depresión. Además, se realizaron análisis de regresión para conocer qué variables juegan un papel más importante en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, Los resultados muestran que trabajar a diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales.¹¹

- **D`Empaire, G.** (2010). *Calidad de atención médica y principios éticos. Chile. La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario.* La complejidad de los servicios de salud y la pobre formación de los profesionales médicos ha hecho que se incrementen los errores con consecuencias muy negativas en la morbilidad, mortalidad y costos de atención a pesar del extraordinario desarrollo científico-tecnológico logrado en las últimas décadas. Han surgido diferentes modelos de calidad de atención. Sin embargo, por lo general estos se implementan como procesos, gerenciales, administrativos y alejados de la realidad del personal que los debe utilizar. La calidad de atención debe ser percibida no sólo como un problema médico gerencial, sino como un problema moral y, como tal, estar sustentado en una educación en valores que garantice la participación activa de todos los actores del sistema, siendo la excelencia, la solidaridad y el profesionalismo valores fundamentales.¹²
- **Najul Godoy, J.** (2011). *El capital humano en la atención al cliente y la calidad de servicio Venezuela.* Los principales esfuerzos deben estar orientados hacia el paciente, por su relevancia como impulsor de todas las actividades de la organización. Satisfacer las expectativas del paciente es tan importante como se ha dicho, los pacientes tienen un gran poder, son más exigentes en la calidad del servicio y la atención

que le brinden, es pues necesario disponer de información adecuada sobre los clientes (“conoce a tu cliente”), en asuntos relacionados con sus necesidades, atributos en los que se fijan para determinar el nivel de calidad de servicio y mantener el talento humano, motivado y con la intención de realizar carrera dentro de la organización, permitiendo una gestión de recursos humanos moderna, concentrada en su gente y lo más importante en sus pacientes.¹³

Ámbito Nacional

- **Torres Alarcón F.** 2015. *Relación entre satisfacción laboral y amabilidad rasgo del colaborador interno en el hospital Edgardo Rebagliati Martins* Lima – Perú. Lima. Se ha identificado una percepción negativa del asegurado a la calidad de servicio que recibe del colaborador interno. Situación problemática reflejada también en los resultados del estudio con el modelo de SERVQUAL, que concluye, “el paciente del Hospital Rebagliati percibe que el servicio ofrecido por la institución es de baja calidad. La amabilidad muestra la tendencia del colaborador a exhibir una conducta cordial durante la realización de su trabajo y la satisfacción laboral proporciona el nivel de motivación que el trabajador presenta en función de las condiciones que la institución brinda. Asimismo, el nivel de reclamos presentados por los pacientes, experimentó un incremento del 70% en el período 2010-2013 en una muestra de 675 pacientes. Se concluye que existe relación positiva ($r=0.444$) entre las dos variables; específicamente hay una relación más alta ($r=0.360$) entre el factor reconocimiento personal y social con la faceta: confianza del rasgo amabilidad.¹⁴
- **Vargas Alarcón D.** 2013. *Estudio de satisfacción del usuario externo e Interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha 2013*. Objetivo: Identificar y analizar los factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos de los 12 centros de salud del Patronato Provincial de Pichincha y cómo éstos aportan a un análisis de los principios de Gestión de Calidad. Metodología y

Población de Estudio: Investigación de diseño descriptivo, analítico transversal cuya población de estudio fue usuarios internos que laboran en los 12 centros de salud del Patronato Provincial de Pichincha, y usuarios externos escogidos aleatoriamente y que acudieron a recibir atención en los 12 servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha. Se utilizó como instrumento una encuesta estructurada, elaborada específicamente para esta investigación, basada en encuestas similares realizadas en Lima- Perú. Resultados: Se realizó la investigación en 499 Usuarios Externos (seleccionados de forma aleatoria de acuerdo a demanda de cada centro) que acudieron los días que estuvo previsto entrevistar en los 12 centros de salud del Patronato. Resultados: El nivel de satisfacción del usuario externo fue de un 98%. No presentaron insatisfacción las variables: la confianza brindada, el respeto brindado a sus creencias y privacidad, la forma en cómo le resolvieron el problema y la satisfacción por la atención recibida. Las áreas más utilizados son Medicina general y Odontología 54,51%, con un tiempo promedio de espera para ser atendido de 15,75 minutos y un tiempo de atención de 18,37 minutos. La edad promedio es de 39 años con predominancia del sexo femenino 68,34%, nivel de instrucción secundaria completa 45,89%, el lugar de residencia más frecuente es el cantón Quito, Las variables estadísticamente significativas, Chi²: sexo (p= 0,047), “horario de atención” (p=0,000), instalaciones (p=0,000) y tarifas (p=0,014); Anova: “por qué escogió estos servicios” (p=0,058); todas ellas relacionadas con el principio ISO: “enfoco al cliente”, en la población en general. La variable de las dos poblaciones: IESS (28,26%) y demanda espontánea, no tuvieron asociación estadísticamente significativa.¹⁵

- **Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho** 2013. *Satisfacción del Usuario Externo Hospital San Juan de Lurigancho. Estudio de satisfacción del usuario externo Servqual 2013.* Se encontró los siguientes resultados, en el consolidado de la evaluación por dimensiones de consulta externa que la dimensión

capacidad de respuesta es la que presenta mayor insatisfacción el cual está relacionado a la atención del módulo de admisión en pacientes asegurados, le sigue la dimensión de aspectos tangibles que está relacionado a la falta de personal de informes que brinde orientación al paciente y familiares en el proceso de atención de la consulta externa.¹⁶

- **Cuba-Fuentes M.** (2011). *Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención*. Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la estrategia de atención primaria y el grado de satisfacción de los usuarios en un establecimiento de salud de primer nivel. Material y Métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo transversal en un establecimiento de salud de primer nivel. Se aplicaron 2 encuestas a 240 usuarios escogidos al azar. Se midió el grado de satisfacción con respecto a la estructura, los procesos y los resultados del establecimiento, y el cumplimiento de tres atributos de la atención primaria: continuidad, primer contacto, integralidad. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 61,7% de los usuarios mostró satisfacción media y 23,3% satisfacción alta. El 47% mostró satisfacción media con la atención recibida. Los usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos en 5 parámetros: accesibilidad geográfica (99,8%), infraestructura (66,6%), horarios de atención (61%), resolución de problemas (52,5%) y exámenes auxiliares (51,3%). El grado más bajo de satisfacción se encontró con los tiempos de espera para atenciones programadas (29,1%) y de emergencia (7,5%). En cuanto a los atributos de la Atención Primaria, los atributos de continuidad (55%) y de primer contacto (55,8%) mostraron un cumplimiento medio y el de integralidad fue percibido de bajo cumplimiento (51,7%). Conclusiones: El grado de satisfacción con el establecimiento y el cumplimiento de los atributos de la atención primaria fueron percibidos en grado medio.¹⁷

Ámbito Local

No se encontraron estudios de relevancia, en las principales bibliotecas de las Universidades ni en la web.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ESTADO DE ÁNIMO

- **Historia:** Los trastornos del estado de ánimo no son contemporáneos, por el contrario, numerosos textos antiguos los narran; tal es el caso de la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aurelius Cornelius Celsus en su texto de medicina, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus. En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos.

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general.

El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos.^{18,19}

- **La depresión**

Sentirse abatido y triste es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos; sin embargo, hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica. A pesar de que hay una relación entre la tristeza humana normal y los trastornos depresivos, no todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo.

Como el estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, su presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo, ya que el término “depresión” se puede referir a un síntoma o a un trastorno.

Definición. La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.

Etiología. La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están:

Las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

El papel de la herencia. Algunas formas de la depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). También mencionan que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión.

Aspectos bioquímicos. Cada una de los miles de millones de neuronas en el cerebro interactúa con las demás por medios electroquímicos. Cuando la neurona es estimulada, libera neurotransmisores, sustancias químicas, de las vesículas o áreas de almacenamiento en la terminación nerviosa. Es probable que la depresión sea el resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro. Una de las primeras hipótesis sobre el papel de los neurotransmisores en los trastornos del estado del ánimo fue:

- La Teoría de las catecolaminas. Esta teoría propone que la depresión puede ser el resultado de una deficiencia de catecolaminas, en especial norepinefrina en algunas sinapsis importantes en el cerebro y que la manía quizá se debe a un exceso de catecolamina en esas sinapsis.

- Hipótesis de la desensibilización. Esta supone que ciertos receptores de catecolamina son supersensibles en las personas deprimidas y que el papel de las drogas antidepresivas consiste en reducir esta sensibilidad a los niveles normales. Sin embargo, los estudios clínicos para demostrar la presencia de estos receptores supersensibles todavía no producen resultados que apoyen esta hipótesis.

Estudios hormonales. Las relaciones estrechas de los trastornos del estado de ánimo con el sistema endócrino apenas se empiezan a comprender. Los avances en la comprensión de la química cerebral, en especial la forma en que el cerebro libera hormonas de la glándula pituitaria y el hipotálamo en la depresión permite creer que un nivel elevado de cortisol, una hormona que se produce en la corteza suprarrenal, que se ha encontrado de forma consistente en los pacientes con depresión podría tener acción en el escenario clínico de este padecimiento. Sin embargo, hasta el momento estos esfuerzos sólo han contribuido al conocimiento general de dichos trastornos.

Factores psicosociales. Existen factores adicionales como podría ser la tensión en el medio ambiente en que se mueven las personas, tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este mal. Los acontecimientos estresantes por ejemplo la pérdida del cónyuge, o de un progenitor preceden con frecuencia a los primeros episodios del

trastorno depresivo mayor. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intra neuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo.

La familia. Algunos trabajos indican que las malas relaciones en la familia, cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tienden a permanecer tras la recuperación del mismo y, además, este grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del enfermo e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.²⁰

- **Detección y diagnóstico de los estados depresivos según Alonso Fernández**

Para la detección de la depresión el Dr. D. Francisco Alonso Fernández propone como base cuatro vías simultaneas, cada una de ellas indica un trastorno que es desglosado en sus síntomas más frecuentes y éstos, a su vez, están encuadrados en la dimensión depresiva. Las 4 dimensiones y sus síntomas son:

Humor depresivo

1. Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
2. Incapacidad para expresar placer o alegría.
3. Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática, psíquica o sentimiento de culpa.
4. Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.
5. Opresión precordial.

6. Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

Anergia

1. Apatía o aburrimiento.
2. Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
3. Falta de concentración.
4. Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
5. Fatiga general o cansancio precoz.
6. Disfunción sexual o trastornos digestivos.

Discomunicación

1. Brotes de mal humor o enervamiento.
2. Tendencia a afligirse por todo.
3. Retraimiento social.
4. Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.
5. Sensación de soledad o desconfianza.
6. Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.

Ritmopatía

1. Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día notables diferencias entre la mañana y la tarde.
2. Pérdida de apetito y peso.
3. Crisis de hambre voraz.
4. Dificultad para conciliar el sueño.
5. Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
6. Hipersomnia durante el día

La presencia de dos rasgos en la misma dimensión o a tres dispersos entre dos o más dimensiones, en un mínimo lapso de 14 días, es considerado suficiente para sospechar la existencia de un estado depresivo y un buen momento para buscar apoyo profesional, ya que se puede sospechar de la existencia de una depresión.²¹

Trastorno distímico

El término distimia que proviene del griego “distimia” significa estado de ánimo defectuoso o enfermo y fue introducido en 1980.

Definición. Es un trastorno crónico caracterizado por un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los días que no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios de otros episodios depresivos. Según el DSM-IV las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

Epidemiología. Es frecuente en la población en general, oscila entre un 3 y un 5% de la misma. Se diagnostica en un tercio a la mitad de los pacientes de clínicas psiquiátricas. Es más común entre mujeres de menos de 64 años que entre los hombres de cualquier edad y se observa con más frecuencia entre personas solteras, jóvenes y con ingresos bajos. Además, coexiste comúnmente con otros trastornos mentales, especialmente el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y, probablemente el trastorno límite de la personalidad.

Diagnóstico. Para diagnosticar este trastorno debe existir la presencia de un ánimo deprimido la mayoría del tiempo al menos durante dos años en adultos, y uno en niños y adolescentes. El paciente no debe presentar síntomas que permitan diagnosticar un trastorno depresivo mayor y no haber sufrido ningún episodio maníaco o hipomaníaco.

Síntomas. Los síntomas de este trastorno son estables, aunque pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los mismos. Los pacientes con trastorno distímico pueden ser a menudo sarcásticos, nihilistas, sórdidos, exigentes y quejarse constantemente; pueden mostrarse tensos, rígidos e incluso resistirse a la intervención terapéutica, aunque acudan regularmente a las consultas; pueden quejarse del mundo y de que son maltratados por sus familiares, hijos, padres, amigos, y por el sistema. Existen síntomas de un ánimo deprimido caracterizado por sentimientos de tristeza y una disminución por el interés ante las actividades cotidianas, sólo que estos síntomas son menores a los del trastorno depresivo mayor. Se producen cambios

en el apetito o en los patrones de sueño, presentan baja autoestima, pérdida de energía, sensación de cansancio constante, lentitud psicomotora, disminución del impulso sexual y preocupación obsesiva por asuntos de salud.

Evolución. Generalmente comienza al inicio de la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años, y puede llegar a ser de duración indefinida.

Tratamiento. La combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo para este trastorno.

Pronóstico. Es variable. Los antidepresivos y/o determinados tipos de psicoterapia tienen efectos positivos sobre el curso y pronóstico de este trastorno. Los datos sobre tratamientos anteriores indican que únicamente del 10 al 15% de estos pacientes han remitido al año del diagnóstico inicial, y un 25% de los pacientes nunca consigue una remisión completa.

Trastorno ciclotímico

Definición. Trastorno bifásico caracterizado por oscilaciones bruscas de una fase a otra (hipomanía o depresión), donde cada fase dura días, con ánimo normal poco frecuente.

Etiología. Algunos investigadores han postulado que el trastorno ciclotímico está más relacionado con el trastorno límite de la personalidad que con los trastornos del estado de ánimo.

Factores biológicos. De acuerdo con los datos genéticos aproximadamente un 30% de los pacientes con este trastorno presentan historia familiar de trastorno bipolar I. La prevalencia del trastorno ciclotímico es frecuente en pacientes con un trastorno bipolar I. Un tercio de los pacientes con trastorno ciclotímico evolucionan hacia trastornos afectivos mayores, y son particularmente sensibles a la hipomanía inducida por los antidepresivos.

Epidemiología. Entre un 3 y un 10% de los pacientes psiquiátricos tratados ambulatoriamente pueden presentar un trastorno ciclotímico.

En la población general, la prevalencia en la vida del trastorno se ha

estimado en un 1%, igual que con el trastorno bipolar I, los pacientes pueden tener conciencia de un problema psiquiátrico. El trastorno psicológico coexiste con frecuencia con el trastorno límite de la personalidad. Se ha estimado que un 10% de pacientes ambulatorios y un 10% de pacientes ingresados por un trastorno límite de la personalidad presentan a la vez un trastorno ciclotímico. La proporción hombre-mujer en el trastorno ciclotímico es aproximadamente 3 a 2 y de un 50 a un 75% de los pacientes han iniciado el trastorno entre los 15 y 25 años.

Diagnóstico. Los problemas matrimoniales y la inestabilidad en las relaciones son quejas comunes por las que los pacientes con este trastorno son con frecuencia promiscuos e irritables. Cuando pasan por estados hipomaniacos o mixtos existen casos de incremento de la productividad y la creatividad cuando los pacientes están hipomaniacos, pero la mayoría de los clínicos observan que sus pacientes se convierten en desorganizados e ineficaces en el trabajo y en la escuela cuando atraviesan estos periodos. Los criterios establecen la presencia más o menos constante de los síntomas durante 2 años o 1 año para niños y adolescentes.

Síntomas. Los síntomas del trastorno ciclotímico son similares a los del trastorno bipolar I, excepto en que generalmente resultan menos graves y menos disfuncionales. En ocasiones, no obstante, los síntomas pueden presentar la misma gravedad, pero menor duración, que la observada en el trastorno bipolar I. Aproximadamente la mitad de los pacientes con trastorno ciclotímico exhiben depresión como síntoma principal y es más probable que busquen tratamiento cuando están deprimidos. Los pacientes en quienes predominan los síntomas hipomaniacos es menos probable que consulten a un psiquiatra que quienes se muestran deprimidos. Casi todos los pacientes con un trastorno ciclotímico presentan periodos con síntomas mixtos con marcada irritabilidad. La sintomatología se caracteriza por aumento del deseo por dormir alternando con reducción de la necesidad de dormir, aislamiento social alternado con búsqueda social desinhibida, hablar

poco o hablar de más, llanto inexplicable alternado con bromas excesivas, poca actividad o aumento incluso agitación, malestar físico o sensación de plenitud, sentidos alterados o percepciones agudas, confusión mental alternado de pensamiento creativo, baja autoestima o confianza excesiva, pesimismo alternado de optimismo incluso despreocupación.

Evolución. El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o el inicio de la edad adulta, con un inicio insidioso y un curso crónico. Hay un riesgo del entre el 15 y el 50% de que la persona llegue a presentar posteriormente un trastorno bipolar tipo I y II.

Tratamiento psicosocial. La psicoterapia se dirige a incrementar la conciencia de enfermedad de los pacientes y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento ante sus cambios de humor. Los terapeutas suelen ayudar también al paciente a reparar los perjuicios laborales y familiares producidos durante los episodios de hipomanía debido a la larga duración del trastorno ciclotímico, los pacientes pueden necesitar tratamiento durante toda la vida. Las terapias familiares y de grupo pueden proporcionar apoyo, educación y recursos terapéuticos a los pacientes y a las personas que le rodean.²²

Nuestros estados de ánimo son como lentes a través de los cuales observamos el futuro. Los diferentes estados de ánimo son diferentes aperturas hacia el futuro. Si sucede que estamos de buen ánimo, el futuro se verá brillante.

Si estamos de mal ánimo, el futuro se verá oscuro. ¿No nos ha sucedido a menudo que nos damos cuenta de cómo nos cambia el futuro simplemente porque atravesamos por un cambio diario de estado de ánimo?

Del mismo modo, nuestros estados de ánimo conforman el mundo en que vivimos. Los seres humanos no se relacionan con su entorno natural y social tal como éste es, objetivamente, no sabemos cómo éste es «realmente», sólo sabemos cómo es para nosotros, según nuestras inquietudes y el estado de ánimo en que estemos. Cada estado de ánimo trae consigo un mundo propio. Cuando Candide, de Voltaire

dice: «Todo es para mejor en el mejor de los mundos posibles», todavía no sabemos exactamente cómo era ese mundo. Pero definitivamente sabemos en qué estado de ánimo se encontraba. Sabemos cuan amplio debe haberse visto el horizonte de sus posibilidades.

Uno de los problemas que enfrentamos es que los estados de ánimo son a menudo transparentes para nosotros. No los notamos y, por lo tanto, juzgamos que lo que pertenece a nuestros estados de ánimo es propiedad de nuestro mundo. Normalmente suponemos que el mundo «es» tal cual lo observamos, sin detenernos a examinar el papel que juega el observador en aquello que observa.

Si sucede que estamos de mal ánimo, juzgamos que todo lo que nos rodea «es» negativo. Si estamos de buen ánimo, todo «es» positivo. Normalmente no nos damos cuenta de que estas características positivas y negativas no pertenecen al mundo mismo, como algo separado de nosotros, sino al observador que somos, según el estado de ánimo en que nos encontremos.

No estamos insinuando que, puesto que somos nosotros los que coloreamos el mundo con tonalidades positivas y negativas, la forma en que éste se muestra sea independiente del acontecer del mundo o simplemente irrelevante. Muy a menudo puede ser muy comprensible que veamos el mundo en términos negativos o positivos. Si logramos un ascenso o un aumento de sueldo, es muy razonable que nuestro estado de ánimo sea optimista. Estamos ampliando nuestras posibilidades futuras y nuestro mundo se ve más brillante. Pero aun en esas circunstancias, es importante admitir que nuestro mundo reside en el estado de ánimo en que estemos. Si cambia el estado de ánimo, el mundo también cambiará con él.²³

En consecuencia, los rasgos se relacionan con conceptos tales como el ajuste, la adaptación y la integración. El ajuste tiene que ver con el nivel de satisfacción que un individuo va consiguiendo con respecto a la expresión de su naturaleza (grado de realización y felicidad). Por su parte, la adaptación se refiere a la medida en que la conducta del individuo le ayude a sobrevivir y también a triunfar. La integración,

finalmente, se produce cuando los propósitos del mismo individuo se cohesionan en un solo fin acorde con la existencia. El conflicto y la ansiedad se desarrollan cuando estos tres elementos son incompatibles con el entorno.

En general los rasgos de la personalidad poseen tres modalidades: a) Habilidades; es la consecución efectiva de un objetivo dentro de una situación compleja. b) Rasgos temperamentales; se relacionan con la forma de emitir respuestas específicas, por ejemplo, una persona puede ser temperamentamente lenta o irritable, y c) Rasgos dinámicos; son las motivaciones o intereses de los individuos en relación a una conducta, como cuando se habla de una persona ambiciosa en la realización de una actividad.

Sin embargo, es necesario tomar en cuenta los estados psicológicos que son de naturaleza distinta del rasgo, ya que, aunque poseen un carácter transitorio, son también muy importantes para la determinación de la conducta. La inestabilidad del estado de ánimo es en sí un rasgo, pero el encontrarse en un estado de ánimo concreto en un momento determinado no constituye un rasgo, aunque determina la conducta. (Cattell, 1972).

Amabilidad

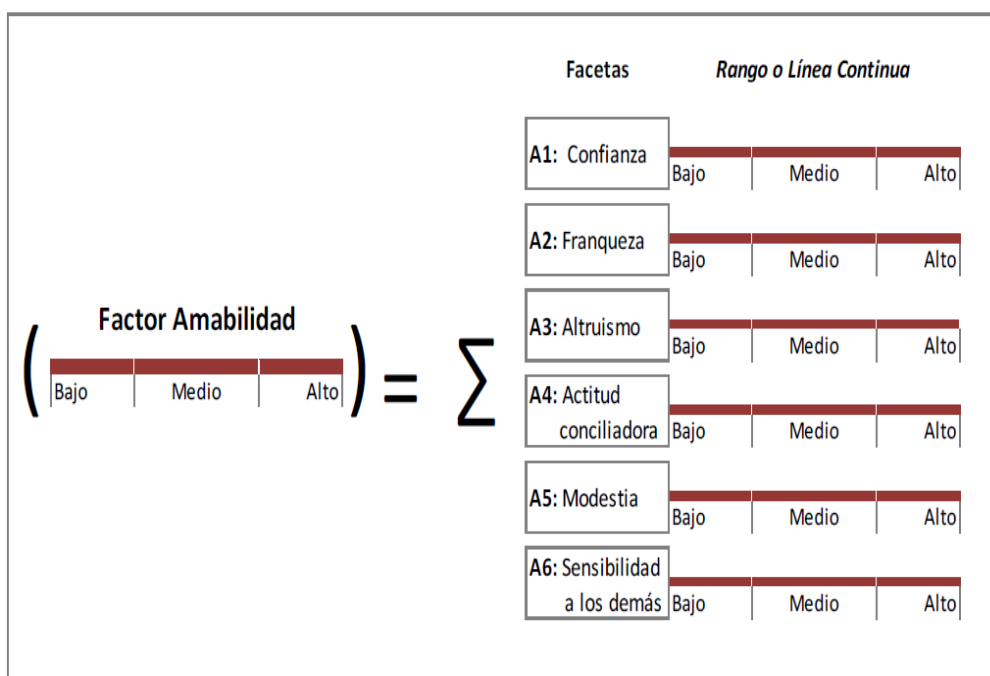
Amabilidad es un rasgo de la personalidad que se manifiesta en las características del comportamiento individual que se percibe como amable, cooperativo, cálido y considerado. En la psicología de la personalidad contemporánea, la amabilidad es una de las cinco dimensiones principales de la estructura de la personalidad, lo que refleja las diferencias individuales en la cooperación y la armonía social. Las personas que puntúan alto en esta dimensión tienden a creer que la mayoría de la gente es honesta, decente y digna de confianza.

Las personas que califican bajo en amabilidad son generalmente menos interesadas en el bienestar de los demás y reportan tener menos empatía. Por lo tanto, estas personas tienen menos probabilidades de “salir de su camino” para ayudar a los demás. Un nivel bajo en

amabilidad, a menudo, se caracteriza por el escepticismo sobre las intenciones de otras personas, dando lugar a la sospecha y la hostilidad. Individuos con niveles muy bajos exhiben una tendencia a ser manipuladores en sus relaciones sociales; teniendo más probabilidades de competir que cooperar.

La amabilidad es considerada un rasgo de orden superior, es decir, compuesta por un conjunto de sub-rasgos o facetas se agrupan estadísticamente. Las facetas o rasgos de nivel inferior que conforman la Amabilidad son:

Cuadro N° 1: Factor Amabilidad



Fuente: Torres Alarcón Fernando 2015

La Confianza es la primera faceta del factor Amabilidad. Las personas que están en el polo positivo consideran a los demás como honestos y bien intencionados; en sentido contrario, se pueden mostrar cínicas y escépticas. Asimismo, en la faceta **Franqueza**, pueden exhibirse como individuos sinceros e ingenuos; en el lado opuesto, tienden a manipular a través del halago o el engaño (ven dichas tácticas como habilidades sociales). En la faceta **Altruismo**, los sujetos se preocupan por el bienestar del otro, prestan ayuda a quienes la necesitan; en caso

contrario, son más individualistas y rehúsan implicarse en los problemas ajenos.

Asimismo, en la faceta **Actitud conciliadora** los sujetos tienden a ser indulgentes con los demás, controlan sus instintos agresivos y perdonan con cierta facilidad. En el polo opuesto, pueden ser muy competitivos e iracundos. La faceta **Modestia**, por su parte, se vincula a rasgos de humildad y reserva (ello no significa carencia de autoconfianza y autoestima). A la inversa, los individuos se perciben superiores al resto, siendo catalogados por los pares como arrogantes. En la faceta **Sensibilidad**, las personas se afectan por las necesidades ajenas y otorgan importancia a las normas sociales. En el otro extremo, suelen ser poco compasivos, percibiéndose a sí mismos realistas y lógicos.²⁴

- **Dominios complementarios de observación de los estados de ánimo**

La existencia humana reconoce tres dominios primarios: los dominios del cuerpo, de la emocionalidad y del lenguaje. Éstos representan dominios fenoménicos irreductibles, en el sentido de que los fenómenos que corresponden a cada uno no permiten su reducción a un dominio diferente sin que ello implique la disolución del fenómeno del que se procura dar cuenta. A pesar del carácter irreductible de estos tres dominios, ellos mantienen entre sí relaciones de coherencia y que, en razón de ello, cabe la posibilidad de reconstruir los fenómenos de un dominio en términos de los fenómenos de cualquiera de los otros dos, como, asimismo, cabe también la posibilidad de intervenir indirectamente en un dominio particular, al intervenir en los otros.

Esto significa, por lo tanto, que podemos observar los fenómenos emocionales y actuar sobre ellos, desde los dominios del cuerpo y del lenguaje.

Clarifiquemos la distinción entre estos dos subdominios en que dividimos el dominio del cuerpo: la Biología y la corporalidad. Llamamos biología al dominio de los componentes y relaciones que constituyen nuestra estructura biológica. La manera en que estamos

usando la distinción biología se refiere a la forma en que nuestros diferentes componentes (biológicos) se comportan y se relacionan entre sí para producir la unidad biológica que somos. Lo que está en juego aquí es el comportamiento de nuestros componentes biológicos. Cuando hablamos de Biología, por lo tanto, estamos señalando lo que sucede a nivel de los sistemas nervioso, digestivo, circulatorio, etcétera; estamos examinando, por ejemplo, diferentes condiciones hormonales o diferentes configuraciones genéticas.

Cuando hablamos de la corporalidad, estamos en otro dominio de observación. Lo que está en juego aquí es el comportamiento físico de un individuo (de la unidad biológica como un todo), la forma en que esta unidad se sitúa físicamente en su entorno y las relaciones físicas que establece con las entidades que constituyen ese entorno. Estamos usando la distinción de la corporalidad para referirnos a nuestra forma de gesticular, nuestras posturas corporales, la forma en que un individuo se mueve en su entorno, etcétera.

Los dominios de la biología y de la corporalidad están relacionados. Lo que pasa a nivel biológico condiciona lo que ocurre a nivel corporal y viceversa.

Pero, a pesar de su interconexión, siguen siendo dominios de observación diferentes y utilizamos diferentes conjuntos de distinciones para referirnos a ellos.

Debemos admitir que lo que llamaríamos la biología de los estados de ánimo está en pañales y muchos de nuestros conocimientos podrían cambiar al surgir nuevos descubrimientos. Sin embargo, informes de investigaciones recientes sugieren, por ejemplo, que existe un nexo muy fuerte entre la conformación del cerebro y la actividad de los lóbulos frontales, y las emociones y estados de ánimo de las personas. Específicamente, los resultados muestran que las personas que tienen mayor actividad en el área frontal izquierda del cerebro que en la derecha, tienden a tener un carácter más positivo y optimista. Por ejemplo, reaccionan más alegremente frente a personas y situaciones. Por otra parte, las personas que tienen más actividad en la corteza

frontal derecha, rehuyen los encuentros con otras personas y se afectan negativamente con mucha facilidad frente a las dificultades.

Se ha informado que son muchas las situaciones que causan felicidad a quienes pertenecen al primer grupo y éstos son normalmente seres sociables y chispeantes. Tienen un fuerte sentido de autoconfianza y se ven a sí mismos como involucrados con el mundo en forma gratificante. Su melancólica contraparte, prosigue el informe, ve el mundo como plagado de dificultades, tensiones y amenazas. Fácilmente sospechan de la gente y se consideran incapaces de manejar bien su mundo. Tienden a ver catástrofes en las cosas más pequeñas.

El Dr. Richard Davidson, de la Universidad de Wisconsin, ha encontrado este tipo de conformación cerebral en niños de apenas 10 meses. Estas conformaciones permitieron predecir cuales niños de 10 meses llorarían cuando sus madres abandonaran la habitación por un minuto. La investigación mostró que todos los niños que lloraron tenían una actividad frontal derecha aumentada. Los que no lloraron tenían más actividad en el lado izquierdo.²⁴

Otros métodos de investigación han demostrado que pacientes a los cuales se les ha extirpado quirúrgicamente el lóbulo frontal derecho, han registrado cambios significativos de personalidad después de haberles practicado la operación quirúrgica. Ellos se tornan más afectuosos y les molestan menos los acontecimientos negativos.

La primera descripción de un desorden del ánimo atribuido únicamente a una alteración del cerebro fue realizada por Goldstein en 1939, quien lo llamo reacción catastrófica. Esta reacción consistía en un estallido emocional que involucraba varios grados de rabia, frustración, tristeza, llanto, gritos y a veces conducta agresiva (Robinson & Manes, 2000).

Otra anomalía del ánimo relacionada con daño en el cerebro corresponde a la “reacción de indiferencia”, asociada con lesiones del hemisferio derecho consistente en síntomas de indiferencia hacia los errores, carencia de interés en la familia y amigos, un gusto por juegos

absurdos y minimización de dificultades físicas (Hécaen, Ajuriaguerra & Massonet, 1951 citado en Robinson & Manes, 2000).

Una tercera anomalía del ánimo atribuida a lesiones del cerebro corresponde a lo que Ironside (1956) describió en los pacientes como “risa o llanto patológico”, caracterizada por expresiones emocionales que no guardaban relación con el propio estado emocional interno. Este fenómeno ha sido llamado labilidad e incontinencia emocional y emocionalidad patológica (Robinson & Manes, 2000).

Estos descubrimientos son coherentes con el planteamiento del neuropsicólogo ruso A.R. Luria. Este observó que la actividad del lóbulo frontal izquierdo contribuye a detener una emoción desagradable una vez que ésta se ha iniciado. Un daño a ciertas áreas de esta zona, observó, hace que los pacientes queden más proclives a obsesionarse con acontecimientos perturbadores.

Esto no significa, sin embargo, que haya una sola dirección causal entre conformación cerebral y estados emocionales. No significa que nuestra conformación cerebral sea el determinante de nuestros patrones emocionales.

También es posible cambiar nuestra conformación cerebral interviniendo a nivel de nuestras emociones y estados de ánimo. «Si uno aprende a controlar mejor sus sentimientos negativos», dice el Dr. Davidson, «podría ocurrir que también haya aprendido a activar el lóbulo frontal izquierdo».

La manera en que la biología se relaciona con nuestros estados de ánimo va más allá de esta relación entre conformación del cerebro y estados emocionales.

Por una parte, sabemos que muchas otras alteraciones biológicas, además de los patrones de nuestros lóbulos frontales, pueden producir cambios emocionales. Los desequilibrios hormonales a menudo producen cambios de estados de ánimo y estos cambios pueden a su vez modificarse a través de medicamentos químicos. Esto ha sido bien documentado en casos de depresión. Las drogas son un buen ejemplo

de cómo las personas afectan sus estados emocionales al producir una perturbación química en su estructura biológica.

Por otra parte, también sabemos que un cambio en nuestro estado emocional produce modificaciones biológicas. Un cambio en nuestro estado de ánimo puede provocar latidos del corazón más lentos o más rápidos, que el nivel de adrenalina en nuestra sangre sea más alto o más bajo, sudor, fatiga, dolor de estómago, etcétera. Una investigación experimental reciente ha comprobado que el estado de ánimo de un paciente es un factor importante de su capacidad de recuperación para un amplio espectro de enfermedades (jaquecas graves, cáncer, enfermedades cardíacas, stress, desórdenes nerviosos, etcétera).

- **Observando los estados de ánimo desde el subdominio de la corporalidad.**

Todos podemos admitir que siempre estamos en una u otra postura física (de hecho, no podemos evitarlo). Esta postura física se relaciona con el estado emocional en que nos encontramos. La conexión entre nuestras posturas corporales y nuestra vida emocional es tan fuerte que podemos darnos cuenta del estado de ánimo de una persona por el mero hecho de observar la postura de su cuerpo. También podemos predecir las posturas físicas que adoptarán las personas si sabemos en qué estado emocional se encuentran.

Podemos decir que alguien se encuentra excitado o defraudado observando la forma en que cruza una habitación, la forma en que está sentado o parado.

Las artes visuales utilizan esta conexión permitiéndonos observar los estados de ánimo de las personas a partir de sus posturas corporales. Al mirar, por ejemplo, «El Pensador» de Rodin podemos descubrir su estado de ánimo. Asimismo, cuando observamos «La Pietá» de Miguel Ángel podemos describir el estado de ánimo de María. Los retratos de Goya son un excelente ejemplo de lo que señalamos pues nos revelan magistralmente cuanto nos dice la corporalidad sobre los estados emocionales de los seres humanos. Los actores también sacan provecho de la conexión entre posturas corporales y estados de ánimo.

Pensemos en Greta Garbo, Humphrey Bogart o James Dean. La forma en que cada uno se movía, o «sus posturas», daban vida a distintos estados de ánimo.

Cuando cambian nuestros estados de ánimo, comúnmente también lo hacen nuestras posturas corporales. Lo interesante es que muchas veces, cambiando nuestra postura corporal podemos también cambiar nuestro estado de ánimo.

Un ejemplo claro de ésto es el efecto del ejercicio físico (salir a caminar, trotar, jugar tenis) u otras prácticas físicas, como el bailar o el yoga, sobre nuestro estado de ánimo.²⁵

En un nuevo estudio, el Dr. Richard Davidson, y el Dr. Paul Ekman, de la Universidad de California, en San Francisco, muestran la relación existente entre determinadas formas de sonreír, la actividad cerebral y la emocionalidad correspondiente. De dieciocho tipos de sonrisas diferentes, una de ellas, la llamada «sonrisa Duchenne» —por el neurólogo francés del siglo XIX Benjamín Amand Duchenne— logra activar la región izquierda anterior de la corteza cerebral, a la vez que produce sensaciones de alegría y deleite. La «sonrisa Duchenne» se caracteriza por comprometer dos importantes músculos de la cara: el Zygomaticus mayor, que va de las mejillas a la esquina de los labios, y el Orbicularis oculi, que está alrededor de los ojos.

Lo que los investigadores descubrieron es que cuando se les solicitaba a los sujetos de su experimento que sonrieran comprometiendo estos dos músculos, se producía la mencionada activación en la corteza cerebral y generaban la sensación de la alegría. Por lo tanto, al intervenir al nivel de la corporalidad, intervenían indirectamente al nivel tanto de la biología, como al nivel de la emocionalidad.

En un estudio diferente, complementario del anterior, el Dr. Davidson señala, refiriéndose a una mujer, sujeto en dicho estudio, que «cuando se le pedía que pusiera sus músculos faciales en expresión de tristeza, ella rompía en llanto».

Nuestras posturas físicas no son inocentes. Cada vez que adoptamos una cierta postura física delatamos una forma particular de ser, la forma

en que nos ubicamos en el mundo —la forma en que nos paramos y movemos en el mundo, denota la forma en que enfrentamos el mundo. Si se desea cambiar la posición en la vida es necesario cambiar también nuestras posturas físicas.²⁶

2.2.2. CALIDAD DE SERVICIO DEL PACIENTE CLIENTE

Cuando lo que se ofrece a las personas es salud, la connotación de la calidad del servicio que se presta al cliente que acude para restablecer su estado de salud, requiere de una serie de acciones que tiendan no tan solo a confortarlas y aliviarlas físicamente, también incluye una serie de transacciones de emociones y necesidades, importando mucho la atención del personal administrativo, el tratamiento especializado médico que el paciente requiere, la connotación integral de lo que es servir y tratar a las personas amablemente, con asertividad, responsabilidad, rapidez, oportunidad, higiene, profesionalismo y tecnología adecuada, entre otros elementos a considerarse.

- **Definición.**

“La calidad es la habilidad que posee un sistema para operar de manera fiable y sostenida en el tiempo, a un determinado nivel de desempeño; en una organización de servicios”. Domínguez C. Humberto (2006: 47).

“La calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes, así como una manera de ser y de vivir. La calidad entonces no es una serie de características que permanezcan fijas, es una cualidad mejorable. El término tiene su origen en la etimología latina Qualitas que quiere decir forma de ser con respecto a mis semejantes”. Martínez R. Armando (2005: 57).

“La calidad depende de un juicio que realiza el paciente, este puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo”. Álvarez H. Francisco (2007: 95).

“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena

salud”. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, Agosto de 2007.

Vabra: dice que: “Para llevar a cabo un proceso de satisfacción en el que se mida la efectividad, hay que saber lo que los pacientes realmente necesitan, desean y esperan”. Es acertada la apreciación del autor debido a que el conocimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes, es la vía más efectiva para adaptar el producto, de tal forma que se logre la satisfacción por cada individuo, manteniendo índices altos de aprobación y permitiendo realizar de forma efectiva el seguimiento a las actividades desarrolladas por el hospital.

La prestación de servicios de salud, no es exenta de la aplicación de normas de calidad y de igual forma que en organizaciones que presta otros servicios, requiere de la medición periódica y oportuna de la satisfacción del cliente; la satisfacción de la población, con el servicio de salud, es objeto importante de atención; en el sistema de salud, ésta medición proporciona información a las organizaciones en cuanto al personal dispuesto para servicio frente al alcance o no de las expectativas del paciente. La evaluación de los diferentes procesos del área de la salud, debe constituirse en un proceso flexible, dinámico y sistémico, basado en los datos del servicio durante y posterior, al evento u enfermedad que produjo la atención.²⁴

a. Gestión de la Calidad de Servicio

Es el conjunto de actividades que las instituciones de salud determinan como política de calidad, los objetivos y las responsabilidades proporcionando de forma consistente, una calidad de servicio superior a la de la competencia. La gestión de la calidad de servicio implica el establecimiento adecuado del proceso administrativo: la planificación de la calidad, la organización de la calidad, la dirección, el control de la calidad y la mejora de la calidad.

La clave reside en igualar o superar las expectativas de los pacientes en cuanto a calidad de servicio, que se forman en base a la publicidad de las instituciones de salud. Los consumidores quienes son los únicos que pueden emitir estas valoraciones, comparan el servicio percibido

con sus expectativas de servicio, es decir si la percepción de calidad del servicio del personal y de los médicos es inferior a las expectativas de los pacientes, perderán interés en atenderse en estas entidades sean públicas o privadas; mientras si se alcanza o supera, estarán dispuestos a frecuentarlas.

b. Principios en los que descansa la calidad del servicio.

- El paciente es el único juez de la calidad del servicio.
- El paciente es quien determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.
- El hospital debe formular promesas que le permitan alcanzar los objetivos, ganar dinero y distinguirse de sus competidores.
- El hospital debe "gestionar" la expectativa de sus usuarios, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.
- Nada se opone a que las promesas se transformen en normas de calidad.
- Para eliminar los errores se debe imponer una disciplina férrea y un constante esfuerzo.

c. Aspectos sobre los cuales se basa el cliente para evaluar la Calidad del Servicio.

- Imagen
- Expectativas y percepciones acerca de la calidad
- La manera cómo se presenta un servicio
- La extensión o la prolongación de su satisfacción.

• **Satisfacción del paciente**

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE): “Es el sentimiento de bienestar que se obtiene cuando se ha cubierto una necesidad”, en este caso es la respuesta acertada hacia una queja, consulta o duda.

Para Atalaya P. María C. (1995:23): “La satisfacción es un fenómeno que no se da en abstracto siempre está ligado a aspectos objetivos que directamente afectan al usuario en su percepción”.

Según Oliver, Richard L. (2009:40) define: “Satisfacción es la respuesta de saciedad del cliente”.

El concepto de satisfacción, se ha matizado a lo largo del tiempo según el avance de su investigación, enfatizando distintos aspectos y variando su concepto.

Satisfacción, es la evaluación que realiza el paciente respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio responde a sus necesidades y expectativas.

La satisfacción del paciente es influida por las características específicas del producto o servicio y las percepciones de la calidad, también actúan sobre la satisfacción las respuestas emocionales. Es el juicio acerca de los rasgos del producto o servicio en sí mismo, que proporciona un nivel placentero del consumo actuando también las emociones del paciente.

Tengamos en cuenta que la satisfacción no sólo depende de la calidad del servicio sino también de las expectativas del cliente, el cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.

Si las expectativas del cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende

principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobretodo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.²⁷

a. Elementos que conforman la satisfacción del cliente:

Rendimiento Percibido

Se refiere al desempeño en cuanto a la entrega del valor que el paciente considera haber obtenido luego de adquirir un producto o servicio. Dicho de otro modo, es el resultado que el paciente percibe cuando obtiene el producto o servicio que adquirió.

El rendimiento percibido tiene las siguientes características:

- Se determina desde el punto de vista del paciente, no de la institución.
- Se basa en los resultados que el paciente obtiene con el servicio.
- Está basado en las percepciones del paciente, no necesariamente en la realidad.
- Sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el paciente.
- Depende del estado de ánimo del paciente y de sus razonamientos.

Las expectativas

Las expectativas son las esperanzas que los usuarios tienen por conseguir algo. Las expectativas de los clientes se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones.

- Promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el servicio.
- Experiencia de compras anteriores.
- Opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes de opinión.
- Promesas que ofrecen los competidores.

Los Niveles de Satisfacción

Los pacientes experimentan uno de los 3 niveles de satisfacción:

Insatisfacción

Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del paciente.

Satisfacción

Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del paciente.

Complacencia

Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del paciente.

b. Dimensiones de la Satisfacción**Confiabilidad**

Zeithman, Valerie A. y Jo Bitner (2002:103) la confiabilidad es: “Capacidad para desempeñar el servicio que se promete de manera segura y precisa”

En un sentido más amplio, la confiabilidad significa que la institución cumple sus promesas acerca de la entrega, la prestación del servicio, la solución de problemas y los precios (“entregar lo que se promete”). La calidad de confiable es la credibilidad, veracidad y honestidad en el servicio brindado.

Análisis de la Confiabilidad

Es la capacidad de los médicos para cumplir con los servicios prometidos de una manera segura, precisa y honesta de manera reiterada con el paciente.

Validez

Es la característica principal del servicio que brinda el médico de una manera correcta y eficaz además de la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera en concordancia con las expectativas del paciente.

Confiabilidad y validez

Quién sino el mismo paciente, puede brindar a cualquier organización la confiabilidad y la validez del adecuado servicio que se le presta.

Lealtad

Reichheld Frederick F. (2003:45) define la lealtad como:

“Es el sello distintivo de los grandes líderes y se da cuando los líderes pueden ayudar a sus empleados a construir relaciones con los pacientes correctos: los pacientes que puedan crear un valor tan consistente, que quieran regresar por más, tarde o temprano hacer todos sus tratamientos con este hospital.”

La conservación de los pacientes, es un asunto que sencillamente no se puede encerrar dentro de límites estrechos, llegamos a comprender que la lealtad en los servicios tiene tres dimensiones lealtad del paciente, la lealtad del empleado y la lealtad del gerente, y que estas son mucho más poderosas, trascendentales e interdependientes de la que esperábamos o imaginábamos.

La lealtad es algo indispensable en todas nuestras relaciones, especialmente aquellas que deseamos que lleguen a perdurar por años o toda la vida.

Es decir, aquel compromiso que nosotros mismos nos hacemos con los pacientes.

- **Factores claves que influyen en la formación de pacientes leales.**
En el artículo de Bowen, John J. Jr. y Meter Kurey (revista onwallstreet, 2006, citado en Conocimiento web net), el plantea que existe seis factores importantes, que influyen en la formación de lealtad en los consumidores y que la gran parte de ellos, los puede manejar la organización.

El carácter

Es la cualidad personal que los pacientes buscan en los empleados de alguna organización, por ejemplo: algunas personas buscan profesionales de salud que sean honestos y confiables cuando ofrecen un servicio, los pacientes buscan una sensación de seguridad que les permita creer realmente en lo que se le está ofreciendo para ello toman en cuenta mucho del tono de voz del empleado y el trato que le ofrece.

La química

Es la capacidad de los empleados de estar sincronizados o conectados con sus pacientes, es decir cuando el personal comprende y conoce perfectamente las exigencias y necesidades del paciente.

La preocupación

Es un interés genuino acerca del bienestar de los pacientes es decir el empleado o la organización debe encontrar la forma de solucionar sus problemas y no como una forma más de ganar dinero.

La capacidad

Los empleados deben demostrarle y comunicarlos indirectamente a sus pacientes, capacidades, por ejemplo, si una persona le pregunta algo sobre algún servicio a un empleado, él debe tener la capacidad y el conocimiento de responder correctamente todas sus dudas.

La Eficacia de costos

Implica que los pacientes deben recibir el valor verdadero por el costo de los servicios y productos, no se les debe entregar un precio que podría ser engañoso, el consumidor debe sentir realmente que lo que está comprando, tiene el valor indicado por la organización.

Consultivo

Es el factor más importante, ya que enmarca la relación de paciente hospital es algo como una sociedad en curso a través del tiempo, es decir inicia una relación más cercana entre estas dos entidades. Esto lo hace la característica más eficaz para formar la lealtad del paciente. No cabe duda alguna que, tener pacientes complacidos o satisfechos es uno de los factores claves para alcanzar el éxito en el servicio para ello se necesita determinar los niveles de satisfacción de los pacientes, pero para hallar la satisfacción es necesario recurrir a los pacientes utilizando encuestas. Las encuestas cuentan con un número de preguntas que el paciente responde y es así como miden la satisfacción con los resultados obtenidos se puede corregir las deficiencias (insatisfacción de los pacientes), mejorar la oferta (cuando el paciente está satisfecho) o mantenerla (cuando el paciente está complacido). Para Domínguez C. Humberto (2006:47): “El concepto de calidad debe de estar siempre relacionado con la satisfacción del paciente; podemos decir entonces que la calidad genera satisfacción del paciente al ciento por ciento y permanentemente”.²³

- **Dimensión humana de la calidad**

Para Dueñas O. especialista en Auditoría de Servicios de Salud, hay una dimensión o un aspecto de la calidad de la atención en salud que, a pesar de ser la más importante y prioritaria ha sido por completo olvidada y relegada a un bajo nivel en esta ola de las teorías y gestión de la calidad de los servicios de salud. Esta dimensión es la dimensión humana, aspecto fundamental ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano. La Organización Mundial de la Salud define a la “salud” como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral. Bajo este precepto el conjunto de factores que determinan la relación salud-enfermedad tiene componentes biológicos (genético, ambiental, físicos, etc.), determinantes geográficos y determinantes sociales (cultura, religión, ideología, economía, etc.). Por lo tanto, la Medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental.

Los servicios de salud deben ser dirigidos a los pacientes. El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención: la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender por qué y comprender y el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno, concomitantes con su proceso salud-enfermedad, los cuales lo llevan a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud. El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares, amigos, etc.) deseos y circunstancias propias de cada momento en que el paciente utiliza los servicios de salud

moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de éste; en términos populares es ponernos en los zapatos de él y saber satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y laboral (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empresa, etc.) que se convierten en parte fundamental de la relación médico-paciente o institución-paciente.

El paciente es la fuente de control. El paciente debe tener la información necesaria garantizando que la entienda y la comprenda; y la oportunidad de ejercitar el grado de control para que sean ellos mismos los que escojan y decidan libremente sobre los aspectos que los afectan en relación con su salud.

Para esto el paciente debe tener acceso a su propia información médica y conocimiento clínico. Por esto, clínicos y pacientes deben comunicarse efectivamente y compartir información para que finalmente los pacientes tengan la claridad absoluta y la objetividad para la toma de decisiones. Por ello la transparencia y la veracidad de la información son necesarias.

El sistema de salud debe proporcionar la información, el tiempo y la libertad a los pacientes y sus familias que les permita tomar decisiones acertadas cuando seleccionen el plan de salud, el hospital y la práctica clínica, y cuando escogen entre alternativas de tratamiento, respetando los principios éticos de justicia, respeto, equidad, autonomía, autodeterminación, protección, beneficio, y no maleficencia, evaluando cada caso particular buscando que la relación médico-paciente gire hacia una confianza informada y no hacia la confianza ciega.²⁹

El lema de múltiples campañas de los grupos de derechos humanos en este mundo convulsionado y afectado por múltiples guerras es “humanizamos la guerra” y desafortunadamente, es el mismo “hay que humanizar la atención en salud” que día a día esgrimen los grupos defensores de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en un servicio que por naturaleza propia debería ser humanizado.

Maimónides, afirmó: “El bienestar del alma sólo puede obtenerse cuando se ha garantizado el del cuerpo”. Hay un papel fundamental

que debe cumplir el médico y el personal de salud que es del conocimiento del paciente, de sus aspectos biológicos, familiares, psicosociales y espirituales; y el del acompañamiento, apoyo y soporte al paciente, enfermo y a su familia, sin olvidárenos que están sufriendo física, moral y psicológicamente y , por tanto, esperan un trato cordial, comprensivo, solidario, compasivo y respetuoso del sufrimiento, que hagan sentir al paciente que se encuentra entre amigos preocupados por su bienestar y no porque se sienta como un objeto de un negocio, una mercancía o peor aún, un capital económico al que hay que exprimir y sacarle el mayor provecho.

Finalmente, Dueñas O. refiere que la calidad en la atención en salud en una organización hospitalaria es una función directiva donde las herramientas y métodos de gestión se encuentran orientados al cliente, pero principalmente es un sistema de pensamiento empresarial, una filosofía de vida empresarial e individual. La calidad no solamente está ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud de quienes prestan el servicio, conscientes de lo que verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio. De poco sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades técnico profesionales utilizando los mejores equipos y tecnologías y los mejores procesos, si se desconoce al paciente como eje fundamental y razón de ser del ejercicio médico clínico.

Según el Ministerio de Salud la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz oportuna y entendida por el usuario o paciente, o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es asimismo válido para el usuario interno.

- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

Abizanda refiere que hoy en día no se discute que el ser humano es por principio libre, sino que con relación a su ámbito nacional y cultural tiene derecho a que se respeten sus formas particulares de comportamiento y expresión, siempre y cuando éstas no vulneren las de otros individuos.

Donabedian afirma que, en relación al manejo de la relación interpersonal, es fácil ver que lo que se considera bueno en la relación entre el paciente y el proveedor de la atención médica y que también tiene que variar de un lugar a otro. Los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en las transacciones paciente–proveedor; y estos valores influyen, a su vez, en cuales estilos de los que se usan para manejar las transacciones lograrán que los pacientes participen con la mayor efectividad en su propia atención.

La confidencialidad hace referencia al uso limitado de la información médica y social que del paciente dispone el profesional sanitario. El derecho a la confidencialidad y el respeto a la misma ya se menciona en el juramento de Hipócrates, y tiene un componente fundamental en lo que se refiere al manejo de los documentos que constituyen la historia clínica; sobre todo en nuestra época en que la informatización permite un acceso casi indiscriminado a los bancos de datos hospitalarios, a la vez que tiene una aplicación específica en lo que se refiere a la información transmitida a los familiares, allegados o terceras partes sobre la situación y expectativas del paciente.

Con respecto a la información, el paciente tiene derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico, su tratamiento o cualquier pronóstico; dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Cuando no

se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a disposición de un familiar autorizado.³⁰

2.2.3. CALIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA

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

Respecto a la calidad en la consulta externa, Donabedian propone abordar o evaluar la calidad del servicio a partir de tres dimensiones: la dimensión humana, técnico-científica y del entorno de la calidad; en cada una de las cuales se pueden establecer atributos o requisitos de calidad que caracterizan al servicio de salud. Los atributos de calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y que debe ser percibida por los usuarios tanto externos como internos.

Los atributos de la calidad establecidos para la consulta externa en este trabajo de investigación consideran los siguientes indicadores:

- Trato cordial y amable

El trato adecuado a los usuarios externos es un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, siendo parte importante para la satisfacción de los usuarios, contribuyendo a una atención personalizada (características individuales de la persona).

El personal de salud debe aplicar las normas de cortesía, amabilidad, respetando sus creencias ideológicas, religiosas y políticas, sin ningún tipo de discriminación de raza, sexo, procedencia, clases sociales o discapacidades físicas o mentales.

Los usuarios externos deben percibir un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía. Este es un estándar de resultado que

se alcanza por la interacción entre proveedores y usuarios que generan una percepción positiva sobre el trato, respeto y empatía percibida.

Asimismo, el usuario externo se constituye en el foco de atención en sus percepciones y juicios de valor que son medidos a través de encuestas, cuyo análisis de resultados son utilizados para mejorar y sensibilizar permanentemente a todos los actores sociales dentro y fuera de la organización.

- Personal de salud correctamente uniformado

El uniforme es una prenda de vestir peculiar y distintivo que usan los individuos pertenecientes a un mismo cuerpo, a un mismo colegio y que tiene la misma forma.

La utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de la profesión, así como respeto que le tiene la sociedad; elementos que favorecen una adecuada imagen social.

- Respeto al orden de llegada

El personal de salud debe comprometerse a atender a los pacientes referidos respetando el orden correlativo de llegada.

- Interés en la persona y su problema de salud

El equipo de salud debe demostrar interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas.

El reto para la gestión es el de establecer mecanismos que recojan las necesidades, requerimientos y expectativas de los usuarios de los servicios de salud y, a su vez, permitan retroalimentar el sistema en función de los mismos.

- Respeto a la privacidad

Según el Manual de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones de Salud, el paciente tiene derecho de recibir el tratamiento respetuosamente en todo momento y bajo todas circunstancias como reconocimiento de su dignidad. El paciente tiene derecho, de acuerdo a ley, a su privacidad personal, es decir, a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Ésto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertos exámenes

médicos, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a no permanecer desnudo más tiempo que el necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.

El usuario y su individualidad representan el eje central de la medición de privacidad en la atención en los servicios de salud donde el equipo de gestión y el personal de la organización de salud que se desempeña en la consulta externa establecerán la forma de garantizar la privacidad en la atención del usuario externo.

- Información completa, oportuna y entendida por el usuario

El usuario externo debe recibir, comprender y aceptar la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso.

Este aspecto es un estándar de resultado, basado en la percepción de los usuarios externos respecto al conocimiento, comprensión y aceptación acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento de la dolencia que lo aqueja.

La información completa al usuario externo contribuye a generar en el usuario externo una actitud crítica y de colaboración con el desempeño de la prestación de servicios de salud que le permitan tomar decisiones en este aspecto.

Asimismo, la labor del médico es trascendental, por ello el acto médico obliga a este profesional a brindar la consulta externa que incluye el componente educativo preventivo y curativo que se detalla a continuación:

Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos:

- Deberá explicarle al paciente, los intervalos de cómo debe cumplir los medicamentos.
- Deberá explicarle claramente al paciente, de acuerdo al nivel educativo, los efectos no deseados que podrían desencadenar los medicamentos.

- Deberá explicarle claramente la importancia de cumplir con la prescripción establecida, así como las consecuencias y complicaciones que traería al no acatar las indicaciones correspondientes.
- El médico está en la obligación de orientar al paciente y/o acompañante, en la forma adecuada y segura para conservar sus medicamentos, la temperatura y el ambiente adecuado para preservarlos en buenas condiciones, así como estar pendientes de la fecha de vencimiento de los mismos; además que éstos deberán estar fuera del alcance de los niños.
- El médico deberá manifestar al paciente y/o acompañante que los medicamentos prescritos el día de su consulta son de uso exclusivo para el consultante y por ninguna razón deberá automedicarse o medicar a terceros.
- El médico deberá explicar las consecuencias de una sobredosis y el mal uso de los medicamentos, así como su sintomatología, y si fuere el caso que consulte a un centro de atención más próximo.³¹

Dentro del área de evaluación de satisfacción al usuario es importante determinar la comprensión y aceptación de los contenidos que le son entregados por el personal de salud (no solamente el médico), lo cual se puede medir mediante encuestas para lograr el cumplimiento de estándar e indicador (80%). Ellos se constituirán en fuente de cambio sostenido de las actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos que el usuario comprenda.

- Solución del problema de salud del paciente

Este atributo está relacionado a la efectividad, es decir, al logro de cambio positivo (efectos) en el estado de salud del paciente. Al respecto, Donabedian afirma que los pacientes pueden entender los cambios más aparentes en su salud que se presentan durante y después de recibir atención, y los utilizan como indicadores de calidad; por desgracia, hay cambios muy sutiles en el estado de salud que los pacientes no perciben, además, las consecuencias más obvias pueden tardar en aparecer o posiblemente, aunque se detecten tempranamente, no tengan que ver con la atención recibida. Con

frecuencia los pacientes tienen expectativas poco realistas en relación con la efectividad de la atención y por lo general sobrestiman sus poderes, por lo tanto, es responsabilidad del médico el infundirles un carácter más sobrio a las esperanzas del paciente. Pero también uno debe cuidarse de las predicciones injustificadamente pesimistas, cuyo propósito siempre es demostrar que el desempeño fue mucho mejor de lo que se hubiera esperado.

- Duración de la consulta médica

La consulta médica ambulatoria consiste en una sesión personalizada entre el médico y el paciente ambulatorio (consulta externa). Comprende la entrevista inicial, la anamnesis y el examen físico para evaluar el estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo y en los casos requeridos la orden para estudios diagnósticos y tratamiento precoz. El tiempo de duración de una consulta es de aproximadamente 20 minutos.

- Tiempo de espera no mayor de 20 minutos

La atención que se brinda a los usuarios que acuden a los servicios representa no solamente un valor social de los usuarios hacia los servicios sino también la capacidad de respuesta inmediata de los servicios. El tiempo de espera es uno de los factores que influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios; y a su vez, es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio que espera el paciente en los servicios de consulta externa para la atención de salud, se podrán identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio.

- Limpieza y orden de los ambientes y baños

Un componente crítico de la teoría ambiental de Nightingale es la limpieza. Al mencionar este concepto, Nightingale se refería tanto al paciente como a la enfermera y el entorno físico. Advirtió así, que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes, camas, etc.) era fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso en zonas bien ventiladas la presencia de materia orgánica podía generar suciedad en el entorno; por tanto, se requería una eliminación apropiada de las

evacuaciones corporales y un buen sistema de alcantarillado para evitar la contaminación del entorno.

- Iluminación de los ambientes

El concepto de luz también era muy relevante en la teoría de Nightingale; en particular, consideraba la recepción de luz solar directa como una necesidad específica de los pacientes, y anotó en sus escritos que “la luz

tiene efectos reales tangibles sobre el cuerpo humano”.

- Ventilación de la sala de espera

La ventilación apropiada para el paciente era aparentemente una de las preocupaciones de Nightingale; quién aconsejaba siempre a las enfermeras mantener el aire que se respira tan puro como el del exterior, sin que el paciente se enfríe”. A pesar de su rechazo de la teoría de los gérmenes, que en su tiempo se hallaba en pleno desarrollo, el interés de Nightingale en la ventilación parecía demostrar un cierto reconocimiento de la importancia del componente ambiental como ayuda para la recuperación de los pacientes³²

2.2.4. LA TEORÍA DE SISTEMAS Y LOS PROCESOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Según Bertalanffy y Chávez se ha definido a un sistema como un conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes. Los sistemas pueden clasificarse en abiertos o cerrados. Estos últimos, son los que no guardan relación con el medio. Los primeros (sistemas biológicos o sociales) intercambian información y recursos con el medio, lo modifican, y son modificados por él.

Los elementos de los sistemas abiertos es su interrelación permanente, de tal modo que “un cambio en el estado de cualquier elemento induce otros cambios en el estado de los demás elementos. Por este motivo, una prueba esencial de la relación de los sistemas es la existencia de patrones, flujos de información y cierto grado de estabilidad. Las porciones funcionales mayores de un sistema son sus “componentes”: los elementos de entrada, salida, y el procesador. Los elementos de

entrada en el sistema consisten en aquellos que son transformados por él. Los elementos de salida son los que genera el sistema y comprenden también las finalidades para la cual funciona este último. El procesador es un mecanismo necesario para transformar los elementos de insumo o entrada, en otros de salida o productos. Sus elementos comprenden una “estructura de comunicación y de distribución de procesos y métodos, personal que utiliza ambos, e instalaciones apropiadas, equipos y otros materiales”.

Con arreglo a estas bases teóricas, refiere Paganini, cualquier estudio de sistemas necesita identificar no solamente el procesador del sistema, sus elementos e interrelaciones, sino también su relación con el entorno, es decir, sus elementos de entrada y salida.

Los hospitales pueden clasificarse en sistemas abiertos. Son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes: mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de otras actividades afines a la salud, como serían la enseñanza e investigación.

El elemento más importante de entrada y de salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención. El enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como método para evaluar la calidad de atención, guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas. La estructura del sistema de atención o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de salida del sistema.

Según Donabedian la estructura se refiere a las “características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan... e incluye los recursos humanos,

físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica; comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones”.

Según Starfield, los elementos de la estructura incluyen: personal (número, tipo, preparación y motivación); instalaciones físicas (número, tipo, acreditación y estándares); equipos médicos; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y adecuación); sistemas y registro de información; financiamiento; gerencia y administración (gobierno).

Con respecto a los individuos, continúa Donabedian, no sólo somos proveedores de satisfacción quizá porque los pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala.

Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que sea más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y pacientes, el “cliente” es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención sanitaria.

Avedis Donabedian tiene un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado:

- **Estructura:**

La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipos médicos y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la estructura

institucional (como la organización del personal médico, método para la evaluación del colegas y métodos de reembolsos).

Proceso:

El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.

Resultado:

El resultado comprende los efectos de la atención en el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

Con respecto a la definición de la calidad Gilmore refiere que la calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente.

Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Existe siempre un estándar básico y referencial, y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no. Este mismo autor refiere que la calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Asimismo, cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como eficiencia, cuidados y eficacia.

Los programas de calidad, pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.

Considerando que la información sobre el desempeño institucional se puede utilizar para juzgar la calidad, algunas definiciones de las dimensiones del desempeño son:

Hacer lo correcto

- La eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente: El grado en que la atención/intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado/programado.

- La adecuación de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente: El grado en que la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimiento.³³

Hacer lo correcto correctamente

- La disponibilidad de una prueba, procedimiento tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita: El grado al que la atención/intervención

adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.

- La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente: El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.

- La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados: El grado al que la atención/intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.

- La seguridad del paciente u otros a quienes se proporcionan los servicios: El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

- La eficiencia con que se proporcionan los servicios: La relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.

- El respeto y cuidado con que se prestan los servicios: El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respecto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

Este sistema de gestión refiere que a nivel mundial son muchas las acepciones que se han dado al concepto de calidad, desde las genéricas hasta las específicamente referidas a los servicios de salud. En este último caso, una de las más aceptadas es la Avedis Donabedian, que dice:

“La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”.

Lefcovich (2005), menciona, que a través del análisis de diversas investigaciones realizadas por la American Marketing Association llegó a las siguientes conclusiones:

- Cien clientes satisfechos producen 25 nuevos clientes
- Por cada queja recibida, existen otros 20 clientes que opinan lo mismo pero que no se molestan en presentar la queja.
- El costo de conseguir un nuevo cliente equivale a cinco veces el de mantener satisfecho al que ya se ha ganado.
- Un cliente satisfecho comenta como promedio su buena experiencia a otras personas. En tanto que uno insatisfecho lo hace con nueve.³⁴

- **Aspectos finales**

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumple con los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.

Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje

estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población.

En relación con el ámbito clínico, integrado por las instituciones de salud y los proveedores de atención, se requiere: a) Contar con políticas institucionales donde se posicione la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas, b) Establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos, que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora y correctivas en caso necesario y, c) Desarrollar una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad, donde no exista temor a notificar los errores y el reporte se convierta en una oportunidad de aprendizaje a nivel individual y organizacional.³⁵

Así mismo, se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas permanentes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal en los procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser dirigidos a todo el personal, con énfasis en los de nuevo ingreso, de tal forma que se garantice que, al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos.

En cuanto al ámbito formativo, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el área de la salud requieren contar con planes de estudio que incorporen transversalmente la temática de calidad y seguridad, esto contribuye a que todo profesional en formación conozca su contribución y responsabilidad en el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad. En este sentido, la formación de los profesionales de salud se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios

de salud sitúan a los profesionales de la salud en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes.

Su participación en la mayoría de los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención.³⁶

Finalmente, respecto al ámbito del usuario receptor de la atención, promover su participación ciudadana en temas de calidad y seguridad es fundamental para lograr sistemas de salud más seguros. El empoderamiento del paciente se considera una medida crucial, la OMS define el empoderamiento como el proceso a través del cual las personas obtienen control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. Esto implica desarrollar la comprensión del paciente de su propio rol en la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de su salud, así como el conocimiento y las habilidades suficientes para poder involucrarse en la mejora de su salud; además de lo anterior, es fundamental la presencia de un ambiente facilitador para su participación.

Para lograr el reto de la calidad y la seguridad de la atención se requiere un compromiso institucional, multidisciplinario, interdisciplinario y a nivel individual tanto por parte de los proveedores como por el propio usuario receptor de la atención. La contribución de todos y cada uno de los actores sociales involucrados en el ámbito de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la co-responsabilidad de todos es fundamental. Existe evidencia de múltiples avances, a nivel local, nacional e internacional; sin embargo, las diferencias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo.^{37,38}

- **De la excelencia médica a la calidad de atención de los sistemas de salud**

1. Excelencia profesional

Durante más de 24 siglos a los médicos se les ha exigido excelencia y profesionalismo basados en principios y valores morales. Tal solicitud ha sido claramente expresada a lo largo de la historia en diferentes juramentos y códigos deontológicos, a través de los cuales las sociedades han buscado garantizar una conducta médica apegada a las más estrictas exigencias morales.

El médico debe resolver en su quehacer diario problemas que comprometen los valores más sagrados del ser humano: la vida, la salud, la enfermedad, la felicidad y la capacidad de continuar con un proyecto de vida.

De ahí que desde los inicios de la medicina occidental el médico fue considerado un “profesional”, según la concepción histórica de la palabra. De acuerdo con Diego Gracia, “las profesiones son actividades muy particulares que obligan no sólo ‘al bien hacer’ sino a la ‘perfección’”. Según esta concepción, las profesiones, a diferencia de los oficios, poseían un tipo de responsabilidad fuerte o responsabilidad moral, mientras que los oficios tenían responsabilidad jurídica. La responsabilidad moral protegía a estos profesionales de la responsabilidad jurídica, de forma que un profesional responsable era inmune. Esta condición profesional propiamente dicha, con las características antes descritas, estaba prácticamente reservada a tres actividades: el sacerdocio, la realeza y la medicina.

A esta condición profesional del médico se agregaba una connotación sagrada. Para Galeno: “Si el enfermo no admira al médico de algún modo como a un Dios no aceptará sus prescripciones”.

Esta connotación sagrada y suprajurídica en términos de la responsabilidad profesional exigía indudablemente perfección. Del médico siempre se ha esperado la perfección y la excelencia. Sin embargo, durante muchos siglos esta exigencia estuvo centrada en la figura del médico y en su quehacer profesional. El acto médico se

llevaba a paternalista, según el cual el médico tenía la obligación de actuar y el paciente la de obedecer. A pesar de su elevada responsabilidad, contaba con escasos recursos y sus posibilidades de intervenir sobre las causas y mecanismos de la enfermedad eran muy limitadas. En este contexto, aplicaba sus conocimientos y técnicas en un acto solitario, siempre con la intención de aliviar al paciente, pero consciente de sus limitaciones.^{39,40}

2.2.5. BASES LEGALES

LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 1°.- Modificaciones a la Ley General de Salud.

Modifícase los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

"Artículo 15°.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.

b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.

c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.

d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.

e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

15.2 Acceso a la información

a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.

b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.

c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.

d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.

e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.

f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene

derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.

g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.

h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.

i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.”^{41,42}

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Personalidad:** Se describe y se mide por un conjunto de rasgos los cuales, a través de cálculos matemáticos, se infieren de una conducta determinada. Se entiende por rasgo una tendencia a reaccionar, relativamente permanente y amplia, los cuales provienen de las "negociaciones" entre las exigencias fisiológicas del organismo y las exigencias físicas - sociales del entorno.
- **Satisfacción del paciente:** es el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención médica recibida.
- **Accesibilidad:** es la facilidad que tiene el usuario para acceder al servicio médico.
- **Trato personal:** es la percepción del usuario, es el grado de conexión, correspondencia, trato, comunicación del personal percibido por el usuario derivado del contacto con el personal.
- **Tiempo de espera:** es el tiempo que el usuario percibe esperó en la sala antes de ser atendido por el médico.

- **Tiempo de traslado:** es el tiempo que el usuario percibe transcurrió desde el momento que salió de su casa hasta el momento de arribar al Hospital.
- **Tiempo de consulta:** es el tiempo que el usuario percibe de la duración de la consulta médica.
- **Consulta externa:** Atención en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico. Se imparte tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente ambulatorio.
- **Calidad:** Es el grado de conformidad (satisfacción) de la atención prestada con el fin de responder a las necesidades de aquellos a los que va destinada.
- **Paciente:** Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Real academia española.
- **Atención médica:** Es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos, la de los propios profesionales, las hospitalizaciones sanitarias y sociales en la comunidad.
- **Calidad asistencial:** Es el grado de conformidad con la atención prestada, comprendiendo tanto la función operacional como la relacional, diseñadas ambas con el fin de responder a las necesidades de aquellos a los que va destinada.
- **Consulta general:** La atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio con el objeto de proporcionar asistencias médicas básicas y todas las demás subespecialidades que de ellas se deriven.
- **Consultorio:** área, del establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a una clínica, sanatorio o servicio hospitalario que tenga como fin prestar atención a la salud de los usuarios ambulatorios.

- **Equipo médico:** Aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.
- **Mobiliario:** Dotación de bienes de uso duradero, indispensables para la prestación de los servicios de atención médica.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

DESCRIPTIVOS

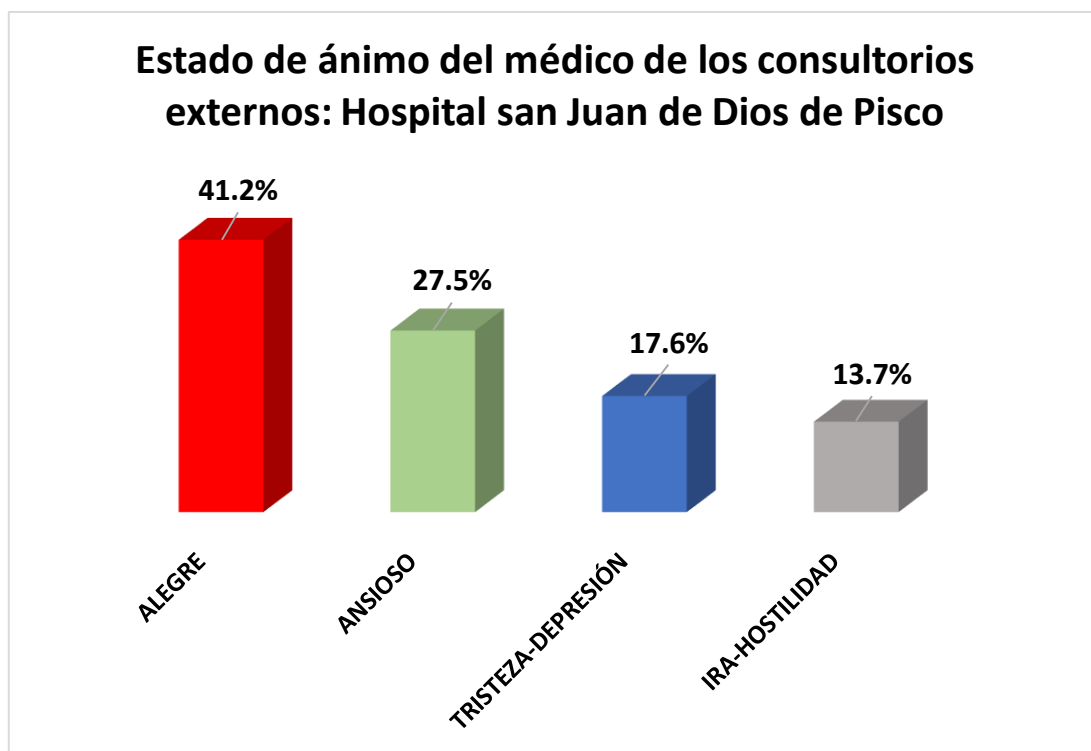
Tabla N° 01

ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE CONSULTORIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016

ESTADO DE ÁNIMO	Frecuencia	Porcentaje
ALEGRE	21	41.2%
ANSIOSO	14	27.5%
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	17.6%
IRA-HOSTILIDAD	7	13.7%
TOTAL	51	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Gráfico N° 01



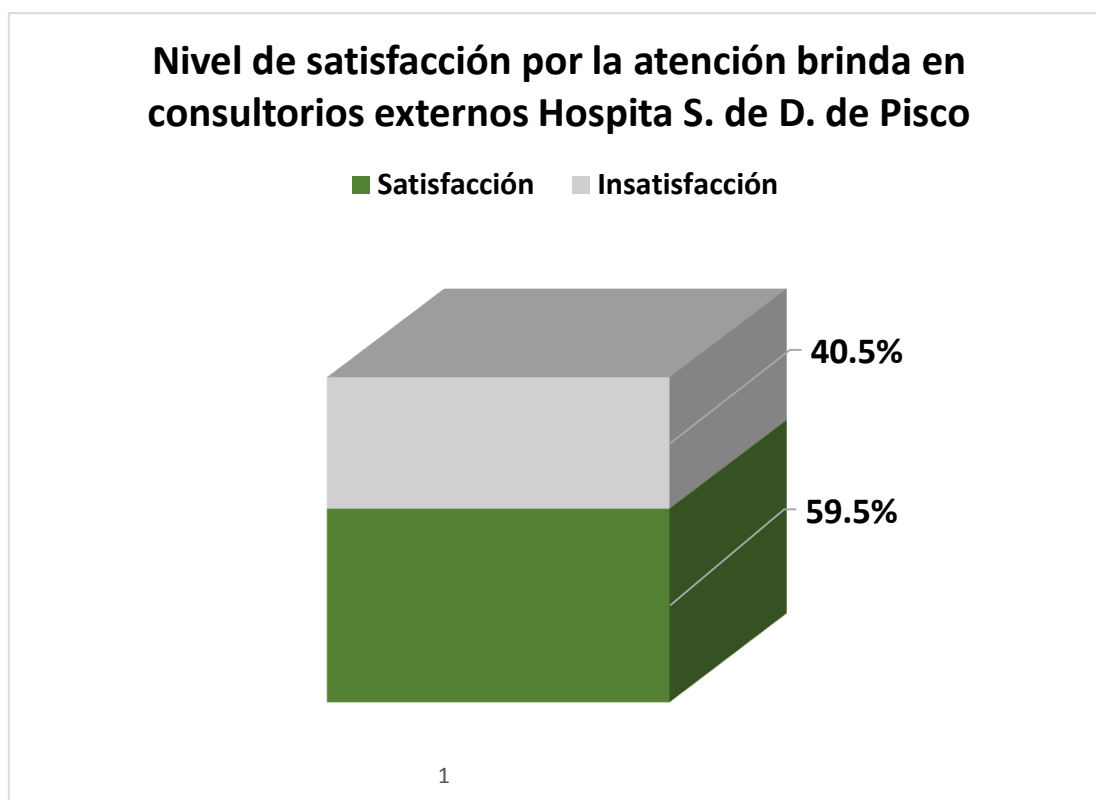
El estado de ánimos del médico del hospital San Juan de Dios de Pisco que atienden en el área de consultorios externo fue de 41.2% alegres, 27.5% ansiosos, 17.6% tristeza-depresión y 13.7% ira-hostil.

Tabla N° 02
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL
 SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016**

Nivel de satisfacción	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Satisfacción	3337	59.5%
Insatisfacción	2273	40.5%
Total	5610	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Gráfico N° 02



El nivel de satisfacción por el servicio brindado en los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco en setiembre del 2016 fue de 59.5%, quedando un nivel de insatisfacción al 100% de 40.5%.

TABLAS CRUZADAS (ANÁLISIS DE DIMENSIONES)

Tabla N° 03

RELACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE CONSULTORIO EXTERNO CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016.
DIMENSIÓN HUMANA

ESTADO DE ÁNIMO	N	Media	95% del intervalo de confianza para la media	
			Límite inferior	Límite superior
ALEGRE	21	26.57	21,77	31,38
ANSIOSO	14	22.71	19,52	25,90
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	17.11	11,84	22,39
IRA-HOSTILIDAD	7	14.57	12,08	17,07
Total	51	22.20	19,65	24,74

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

DIMENSIÓN HUMANA			
Prueba de Tukey			
ESTADO DE ANIMO	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
IRA-HOSTILIDAD	7	14,57	
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	17,11	
ANSIOSO	14	22,71	22,71
ALEGRE	21		26,57
Sig.		,103	,686

El promedio de satisfacción del estado de ánimo ira-hostilidad, tristeza-depresión y ansioso no muestran diferencias significativas entre ellos, de igual modo entre el estado ansioso y alegre no muestran diferencias significativas. Pero existe diferencia significativa entre el estado de ánimo alegre con el de tristeza-depresión e ira-hostilidad, como se muestra en la prueba de Tukey.

Gráfico N° 03

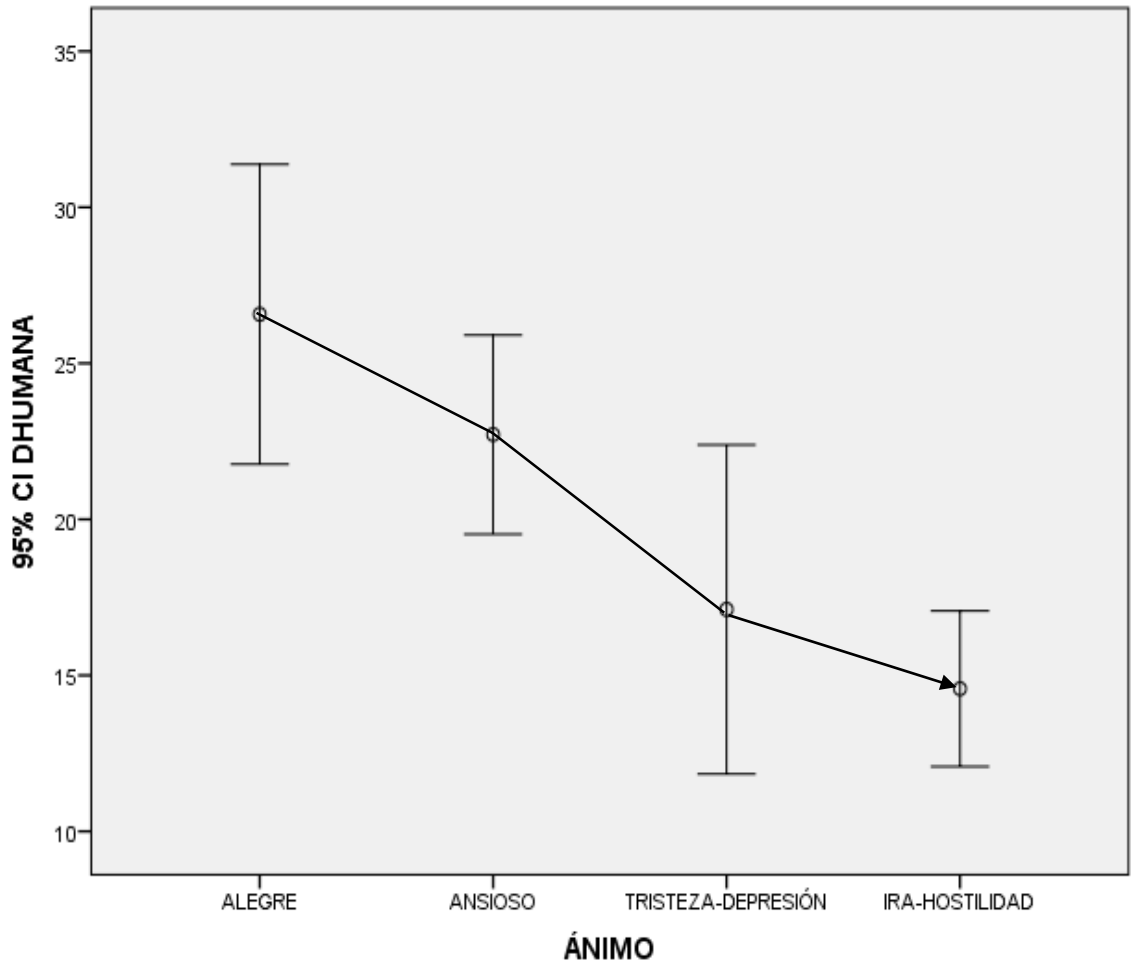


Tabla N° 04

RELACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE CONSULTORIO EXTERNO CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016.

DIMENSIÓN: TÉCNICO-CIENTÍFICA

ESTADO DE ÁNIMO	N	Media	95% del intervalo de confianza para la media	
			Límite inferior	Límite superior
ALEGRE	21	30.62	26,28	34,96
ANSIOSO	14	26.71	22,54	30,89
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	19.33	15,34	23,33
IRA-HOSTILIDAD	7	11.29	9,54	13,03
Total	51	24.90	22,08	27,73

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

DIMENSIÓN: TÉCNICO-CIENTÍFICA				
Prueba de Tukey				
ÁNIMO	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
IRA-HOSTILIDAD	7	11,29		
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	19,33	19,33	
ANSIOSO	14		26,71	26,71
ALEGRE	21			30,62
Sig.		,083	,127	,639

El promedio de satisfacción del estado de ánimo ira-hostilidad con tristeza-depresión no muestran diferencias significativas, tampoco entre tristeza-depresión con ansioso, tampoco entre ansioso y alegre. Pero si existe diferencias significativas entre ansioso y los con ánimo ira-hostilidad, y también hay diferencias entre el alegre con tristeza-depresión e ira-hostilidad, como se muestra en la prueba de Tukey.

Gráfico N° 04

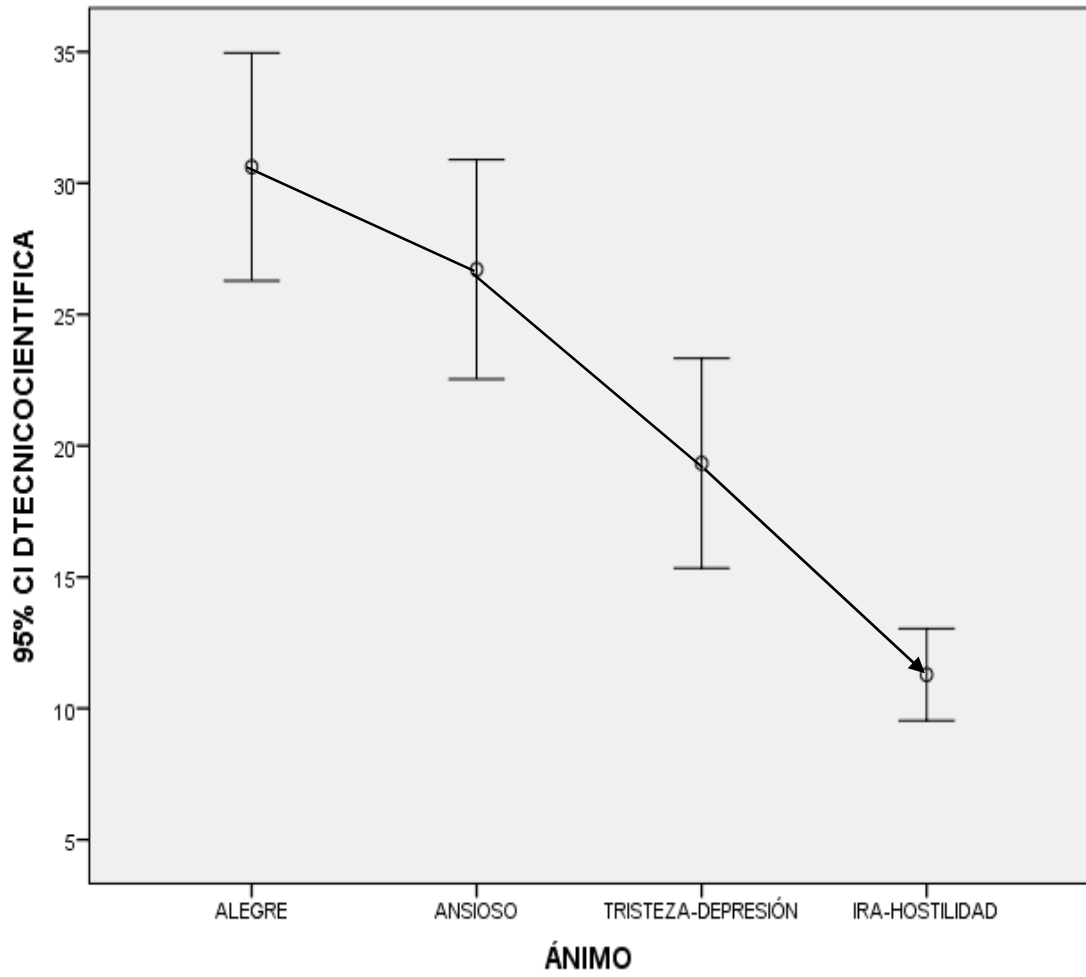


Tabla N° 05

RELACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE CONSULTORIO EXTERNO CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016.

DIMENSIÓN: DEL ENTORNO

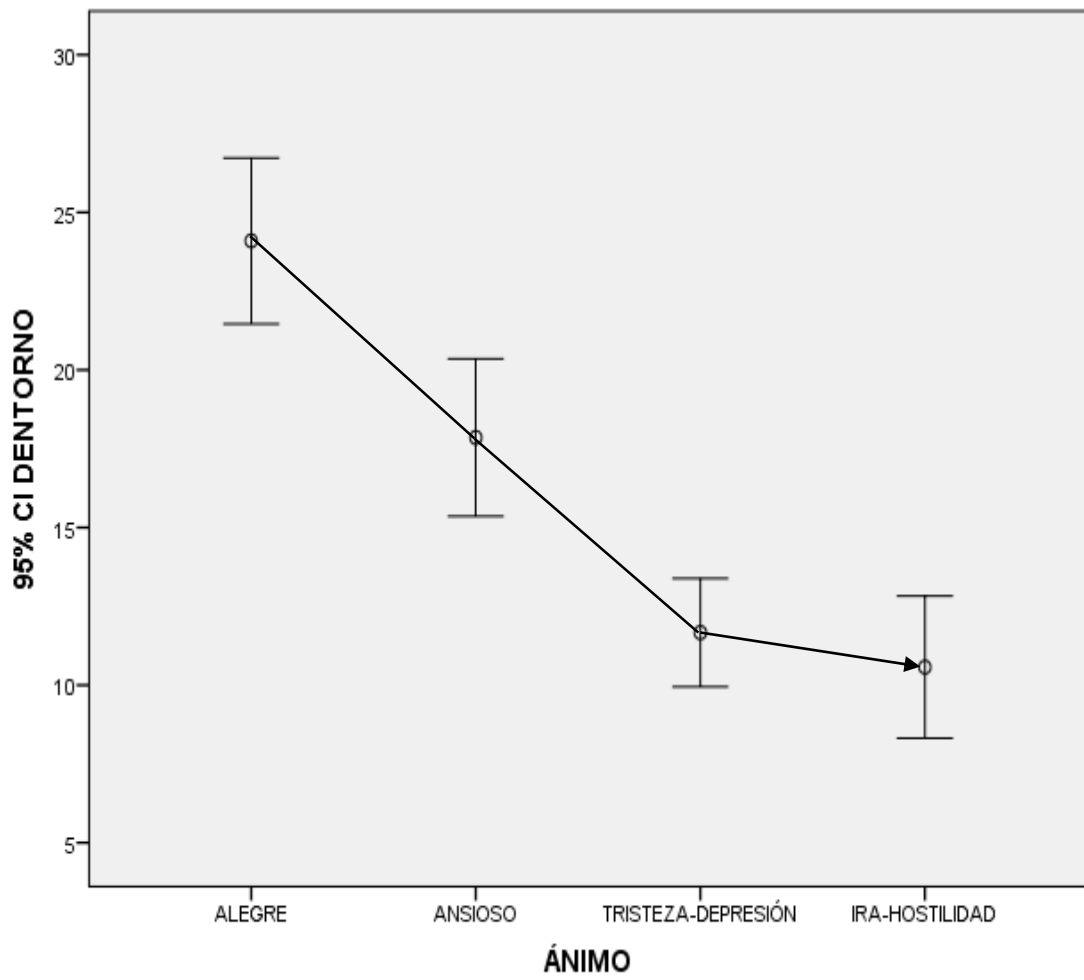
ESTADO DE ÁNIMO	N	Media	95% del intervalo de confianza para la media	
			Límite inferior	Límite superior
ALEGRE	21	24.10	21,46	26,73
ANSIOSO	14	17.86	15,36	20,36
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	11.67	9,95	13,39
IRA-HOSTILIDAD	7	10.57	8,32	12,83
Total	51	18.33	16,34	20,33

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

DIMENSIÓN: DEL ENTORNO				
Prueba de Tukey				
ÁNIMO	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
IRA-HOSTILIDAD	7	10,57		
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	11,67		
ANSIOSO	14		17,86	
ALEGRE	21			24,10
Sig.		,945	1,000	1,000

El promedio de satisfacción del estado de ánimo ira-hostilidad con tristeza-depresión no muestran diferencias significativas, Pero si existe diferencias significativas entre ansioso y los con ánimo tristeza-depresión e ira-hostilidad, y también hay diferencias entre el alegre con ansioso, tristeza-depresión e ira-hostilidad, como se muestra en la prueba de Tukey.

Gráfico N° 05



TABLAS CRUZADAS (ANÁLISIS GLOBAL)

Tabla N° 06

RELACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL MÉDICO DE CONSULTORIO EXTERNO CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2016.

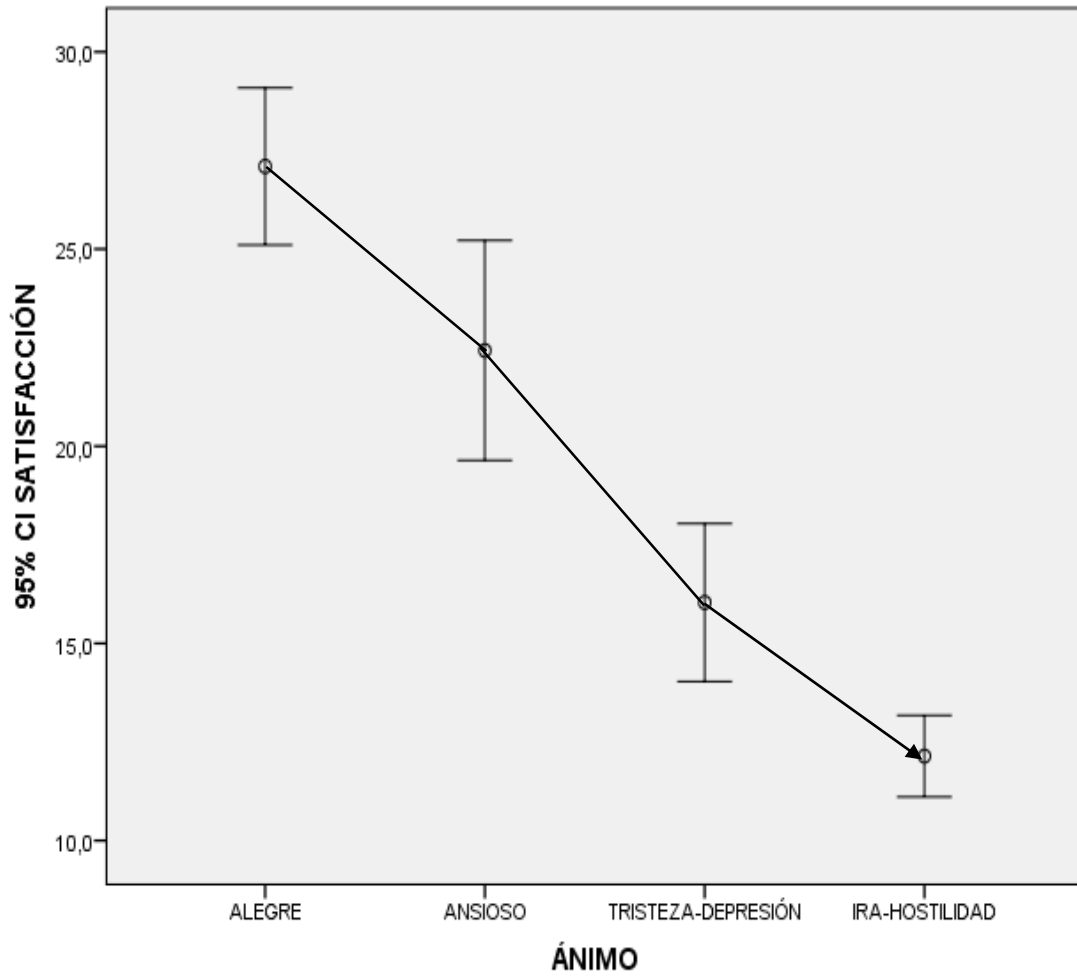
ESTADO DE ÁNIMO	N	Media	95% del intervalo de confianza para la media	
			Límite inferior	Límite superior
ALEGRE	21	27.10	25,105	29,085
ANSIOSO	14	22.43	19,641	25,216
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	16.04	14,034	18,040
IRA-HOSTILIDAD	7	12.14	11,107	13,179
Total	51	21.81	19,906	23,715

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

SATISFACCIÓN				
Prueba de Tukey				
ÁNIMO	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
IRA-HOSTILIDAD	7	12,143		
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	16,037		
ANSIOSO	14		22,429	
ALEGRE	21			27,095
Sig.		,122	1,000	1,000

El promedio de satisfacción del estado de ánimo ira-hostilidad con tristeza-depresión no muestran diferencias significativas, Pero si existe diferencias significativas entre ansioso y los con ánimo tristeza-depresión e ira-hostilidad, y también hay diferencias entre el alegre con ansioso, tristeza-depresión e ira-hostilidad, como se muestra en la prueba de Tukey.

Gráfico N° 05



PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- HIPÓTESIS

Ha: El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco sería distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió.

Ha: El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco No sería distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió.

2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA: 0.05

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA: ANOVA de un factor

ANOVA					
SATISFACCIÓN					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1546,085	3	515,362	32,422	0.000
Dentro de grupos	747,083	47	15,895		
Total	2293,168	50			

4.- P valor= 0.000

5.- DECISIÓN:

El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco es distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- HIPÓTESIS

Ha: La categoría del estado anímico que se relacionaría con una satisfacción más elevada por la atención recibida es la alegría.

Ha: La categoría del estado anímico que se relacionaría con una satisfacción más elevada por la atención recibida No es la alegría.

2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA: 0.05

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA: Prueba de Tukey

SATISFACCIÓN				
Prueba de Tukey				
ÁNIMO	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
IRA-HOSTILIDAD	7	12,14		
TRISTEZA-DEPRESIÓN	9	16,04		
ANSIOSO	14		22,43	
ALEGRE	21			27.10
Sig.		,122	1,000	1,000

4.- p valor= menor de 0.05

5.- DECISIÓN:

La categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida es la alegría.

DISCUSIÓN

La investigación mostró que el estado de ánimos de los médicos que atienden en los consultorios externos el 41.2% presentó un estado de ánimo alegre, el 27.5% presentó estado de ánimo ansioso, el 17.6% presentó estado de ánimo tristeza-depresión y el 13.7% presentó estado de ánimo de tipo ira-hostilidad, lo que demuestra un alto porcentaje de médicos con estados de ánimo no favorables para la atención de los problemas de los usuarios externos; un profesional predispuesto a tener disputas con el paciente ocasionará profundas decepciones a los pacientes. Al respecto Jiménez-Torres, M.; Martínez, P; Miró, E; Sánchez, A. (2012), dice que el estado de ánimo negativo puede explicarse por el estrés percibido y por la frecuente utilización es estrategias de afrontamiento pasivas. Sin embargo, Gomez-Martinez, S. (2015), encontró entre 14.6%-20% y un 4-7% de los profesionales de la salud presentan síntomas de ansiedad y de depresión respectivamente.

Lo mencionado anteriormente se observa al medir la satisfacción por la atención recibido por los pacientes pues se encontró un 59.5% de satisfacción que dista mucho de llegar a un estándar del ministerio de salud que es del orden del 80%. Al respecto Rodríguez García N. 2013 en Chile encontró que 54% tiene insatisfacción por la atención recibida y un 74% de los usuarios encuestados registra insatisfacción respecto a la preocupación y dedicación de parte del personal médico. También Cuba-Fuentes M. (2011) en su estudio encuentra un grado de satisfacción con el establecimiento y el cumplimiento de los atributos de la atención primaria fueron percibidos en grado medio.

Al hacer el examen de la satisfacción por la atención recibida según el estado de ánimo del profesional, se encontró que en la dimensión humana de la atención se encontró relación significativa entre los estados de ánimo positivos como es el alegre reflejado en un mejor nivel de satisfacción por la atención brindada, mientras que en los estados de ánimo negativos como es el de ira-hostilidad ello fue más bajo, no encontrándose diferencias significativas entre los estados de ánimo intermedios como son el ansioso y el de tristeza-depresión.

Un parámetro similar se encontró en la dimensión técnico científica de la atención, pues los profesionales con estados de ánimo positivos como la alegría presenta mejor nivel de satisfacción por la atención brinda que los que tienen tristeza-depresión e ira-hostilidad. Lo que demuestra que el estado de ánimo afecta la calidad de la atención hasta en los procedimientos que se realizan.

Estas diferencias son aún más manifiestas en la dimensión del entorno, pues un buen estado de ánimo se refleja en un buen ambiente laboral, limpieza y orden, es por ello que la satisfacción en esta dimensión es mejor en el estado de ánimo alegre, seguido de ansioso, y en menor nivel los estados de ánimo negativos como son tristeza-depresión e ira-hostilidad. Al respecto Sánchez Barrón L. 2012, determinó que la iluminación, la temperatura, el mobiliario, así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios.

Finalmente se evaluó la satisfacción global del usuario externo con el estado de ánimo manifestado por el médico que lo atiende, encontrándose que el nivel de satisfacción manifestado por los usuarios es diferente según el estado de ánimo que se encuentre el médico, así es significativamente mejor cuando el médico esta alegre, seguido del ansioso, mientras que es de bajo nivel cuando el médico está en un estado anímico de tristeza-depresión y en ira-hostilidad. Torres Alarcón F. 2015. Relación entre satisfacción laboral y amabilidad rasgo del colaborador interno en el hospital Edgardo Rebagliati Martins Lima – Perú. Lima, encontró que existe una relación más alta($r=0.360$) entre el factor reconocimiento personal y social con la faceta: confianza del rasgo amabilidad.

3.2. CONCLUSIONES

1. El estado de ánimos del médico del hospital San Juan de Dios de Pisco que atienden en el área de consultorios externo fue de 41.2% (21) alegres, 27.5% (14) ansiosos, 17.6% (9) tristeza-depresión y 13.7% (7) ira-hostil, y el nivel de satisfacción por el servicio brindado en los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco en setiembre del 2016 fue de 59.5%.
2. El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital San Juan de Dios de Pisco es distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió. Siendo más favorable cuando el profesional médico presenta estados de ánimos positivos como alegre con una media de satisfacción de 26.57 o ansioso 22.71, mientras que en los que presentan tristeza-depresión 17.11 y los que presentan Ira-Hostilidad 14.57.
3. La categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida es el estado de ánimo alegre con 26.57 como promedio de satisfacción.

3.3. RECOMENDACIONES

1. Socializar entre los médicos a fin de identificar motivos por lo que el estado de ánimo de los profesionales se encuentra en estado negativo, las que se pueden lograr programando reuniones intrahospitalarias en horas de descanso que frecuentemente se observa al final de la jornada laboral.
2. Incentivar y motivar a los profesionales médicos que tienen mejor calidad de atención a fin de que puedan servir de modelo para otros profesionales y mejorar la satisfacción del usuario, la que se puede lograr publicando y haciendo reconocimiento público o, a través de carta de felicitación, la que se archivará en el file del profesional.
3. Programar atenciones psicológicas a los profesionales que se encuentren estados anímicos negativos a fin de que con un apoyo por parte del psicólogo se pueda revertir dichos cuadros, o programar charlas de clima organizacional, y trabajo en equipo.

3.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- MINSA. (2011). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo* RM N° 527-2011/MINSA
- 2.- Pacheco-Unguetti, A. P. (2010). *Ansiedad, estilos cognitivos, control y procesamiento. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Granada*. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18920810.pdf>
- 3.- Dirección general de salud de las personas dirección ejecutiva de calidad en salud Lima (2008). *Sistema de gestión de la calidad en salud*.
- 4.- Hervas, G., y Vazquez, C. (2013). *Bajo estado de ánimo mantienen recompensas, disminución de la sensibilidad a la recompensa y la vulnerabilidad sometió a disfórico. La terapia de comportamiento, 44, 62-74*. Editorial Universidad Nacional de Cuyo. Ciudad de Mendoza Argentina.
- 5.- Hernández F. (2013). *Buenas prácticas en gestión hospitalaria*. Disponible en: map.gob.do/.../Hosp.-Traumatologico-Dr.-Ney-Arias-Lora-Dr.-Hernand. Editorial Hospital Traumatológico. República Dominicana.
- 6.- Rodríguez García N. (2013). *Calidad de Atención, desde la perspectiva del usuario en el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios*. Santiago, Chile 2013. Editorial de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- 7.- Sánchez Barrón L. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una Institución de Seguridad Social en Guadalupe, Nuevo León*. México.
- 8.- Castillo Soto G. (2011). *Grado de satisfacción del usuario externo con la calidad de atención en la consulta externa que se desarrolla en el Centro Médico Esmil*. Loja Ecuador.
- 9.- Bohórquez Peñaranda A. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de medicina Prevalencia de depresión y de*

ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

10.- Jiménez-Torres, M.; Martínez, P; Miró, E; Sánchez, A. (2012). *Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento.* Anales de Psicología, vol. 28, núm. 1, 2012, pp. 28-36 Universidad de Murcia Murcia, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161004>

11.- Gomez-Martinez, S; Ballester-Arnal, R; Gil-Julia, B; Abizanda-Campos, R. (2015). *Ansiedad, depresion y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos.* Anales de Psicología, vol. 31, núm. 2, mayo, 2015, pp. 743-750 Universidad de Murcia Murcia, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16738685039>

12.- D`Empaire, G. (2010). *Calidad de atención médica y principios éticos.* Acta Bioethica, vol. 16, núm. 2, 2010, pp. 124-132. Universidad de Chile Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55415469003>

13.- Najul Godoy, J. (2011). *El capital humano en la atención al cliente y la calidad de servicio.* Observatorio Laboral Revista Venezolana, vol. 4, núm. 8, julio-diciembre, 2011, pp. 23-35 Universidad de Carabobo Valencia, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=219022148002>

14.- Torres Alarcón F. (2015). *Relación entre satisfacción laboral y amabilidad rasgo del colaborador interno en el hospital Edgardo Rebagliati Martins Lima – Perú.* Lima 2015.

15.- Vargas Alarcón D. (2013). *Estudio de satisfacción del Usuario Externo e Interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha.*

16.- Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho - Satisfacción del Usuario Externo Hospital San Juan de Lurigancho. (2013). *Estudio de satisfacción del usuario externo Servqual 2013.* Lima Perú.

- 17.- Cuba-Fuentes M. (2011). *Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención*. Rev Med Hered v.22 n.1 Lima ene. 2011.
- 18.- Álvarez E. (2015). *Estado de ánimo y depresión en las personas mayores*. Fundació salut i Envelliment uab universitat autònoma de Barcelona. 1º Edición 2015.
- 19.- Gil A. (2016). *Alteraciones del estado de ánimo*. Disponible en: <http://alteraciondelestadodeanimoblogspot.blogspot.pe/2016/04/imagenes-de-estado-de-animos.html>
- 20.- Gallardo Vergara R. (2012). *Naturaleza del Estado de Ánimo*. Universidad Mayor de Chile.
- 21.- Gorosabel Rebolleda J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria*. Universidad Autónoma de Madrid.
- 22.- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A., y Lupiáñez, J. (2010). *La atención y la ansiedad: diferente funcionamiento atencional en virtud de la ansiedad rasgo y estado*. Ciencia psicológica, 21, 298-304.
- 23.- Romero Martín, N. (2012). *Memoria auto-referente y autobiográfica en la depresión mayor: factores de vulnerabilidad implicados*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en: <http://eprints.ucm.es/17113/1/T34033.pdf>
- 24.- Suñol R. (2012). *La Calidad de la Atención*. Álvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Disponible en: www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- 25.- Echeverría R. (2014). *Emociones y Estados de ánimo*. Escuela Profesional de Coachin. Disponible en: <http://escuelainternacionaldecoaching.com/downloads/Master%20Adec0/Emociones%20y%20Estados%20de%20Animo%20-%20Rafael%20Echeverria.pdf>

- 26.- Sánchez López, A. (2011). *Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. <http://eprints.ucm.es/14460/1/T33365.pdf>
- 27.- Documento Técnico (2012). *Modelo de Gestión Hospitalaria. Documento Técnico: Modelo de Gestión Hospitalaria*.
- 28.- Departamento Estudios y Desarrollo. (2011). *Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos Agosto 2011*. Gobierno de Chile.
- 29.- Unidad de Gestión de la Calidad (2013). *Satisfacción del Usuario Externo Hospital San Juan de Lurigancho. Estudio de satisfacción del usuario externo Servqual 2013*.
- 30.- Proyecto MSH/ULAT Honduras (2012). *Componente de Descentralización. Modelo de Gestión Hospitalaria 2012. Hospitales eficientes, gestionados por resultados con Calidad*. Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.
- 31.- Sociedad Española de Calidad Asistencial. (2012). *Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud*. Disponible en: www.calidadasistencial.es
- 32.- Oficina general de Epidemiología Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Manual de indicadores hospitalarios. Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública N°004*
- 33.- Ortun Rubio V. (2009). *El buen gobierno sanitario economía de la salud y gestión sanitaria*. Editorial Springer. Madrid. España.
- 34.- Afanador G. (2012). *Atención segura y de calidad a través del manejo de la operación hospitalaria. Modelo de gestión basado en el manejo de la variabilidad en la demanda para aprovechar la capacidad instalada y garantizar cumplimiento de la promesa de valor*. Editorial SonoScape. Estados Unidos.
- 35.- Moreno M. (2013). *Calidad y seguridad de la atención Ciencia y Enfermería Chile*. vol. 19, núm. 1, 2013, pp. 7-9 Universidad de Concepción Concepción, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441812001>

- 36.- Betancourt, E (2010). *La Planificación Estratégica del Capital Humano en el siglo XXI*. Editado por el Dpto. de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad de Central
- 37.- Garrosa, E; Carmona-Cobo, I; Moreno-Jiménez, B; Sanz-Vergel, A. (2015). *El impacto emocional del incivismo laboral y el abuso verbal en el trabajo: El papel protector de la recuperación diaria*. *Anales de Psicología*, vol. 31, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 190-198 Universidad de Murcia Murcia, España. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16732936020>
- 38.- Labrador, F; Fernández, P; Ballesteros, F. (2011). *Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana*. *Anales de Psicología*, vol. 27, núm. 2, mayo, 2011, pp. 319-326 Universidad de Murcia Murcia, España. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051007>
- 39.- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S. & Abizanda, R. (2013). *Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18 (2), 129-138.
- 40.- Labrador, F. J.; Estupiñá, F. J. y García-Vera, M. P. (2010). *Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados*. *Psicothema*, 22: 619-626
- 41.- Dirección General de Salud de las Personas (2009). *Dirección de Calidad en Salud Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud* RM N° 727-2009/MINSA. Lima Perú 2009.
- 42.- Ministerio de Salud Perú. (2011). *Situación actual del sistema de salud en el Perú 2011*. Políticas Nacionales y Regionales. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

3.5. ANEXOS

- 3.5.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- 3.5.2. MODELO DE CUESTIONARIO**
- 3.5.3. EVALUACIÓN POR JUECES**

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Fuentes	Metodología	Población y muestra
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿De qué manera el estado de ánimo del médico de consultorio externo se relaciona con la satisfacción del usuario externo en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS 1.-¿Cuál es la categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida? 2.-¿Existe potenciación entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL -Determinar la relación que existe entre la satisfacción que perciben los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco con el estado de ánimo del médico que le atendió.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.-Identificar la categoría del estado anímico que se relaciona con una satisfacción más elevada por la atención recibida. 2.-Evaluar la interacción entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL -El grado de satisfacción que percibirían los pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco sería significativamente distinto según el estado de ánimo del médico que le atendió</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1.- La categoría del estado anímico que se relacionaría con una satisfacción significativamente más elevada por la atención recibida sería la alegría. 2.- Existiría interacción entre los estados anímicos afines con la calidad del servicio brindado</p>	<p>Satisfacción por la atención recibida</p> <p>Estado de Ánimo</p>	<p>Nivel de satisfacción</p> <p>Alegre Ansioso Deprimido Hostil</p>	<p>Paciente o Familiares</p> <p>Profesional Médico</p>	<p>TIPO Y NIVEL a) Tipo Sustantiva, básica. b) Nivel Descriptiva, y correlacional pues se determinará la correlación entre ellas. MÉTODO Y DISEÑO a) Método 1.- Método Hermenéutico 2.- Inductivo 3.- Hipotético Deductivo b) Diseño</p>	<p>51 médicos evaluados por los pacientes atendidos por cada profesional, que, según demanda, se estima 12 pacientes que serán evaluadas aleatoriamente en cualquier día de trabajo del profesional. Total 63.</p>



I. DATOS GENERALES

Estimado señor(a): Queremos conocer su opinión acerca de la “Atención que le brindó el médico del consultorio externo que Ud. visitó”. Esta investigación es de carácter anónimo y servirá para mejorar la calidad de la atención.

INSTRUCCIONES:

Para contestar esta encuesta usted debe marcar con una X en la casilla que Ud. crea conveniente en cada una de las preguntas que se realizan a continuación:

Una puntuación más alta indica, un mayor nivel de satisfacción

II. DATOS ESPECÍFICOS

N°	Enunciados	5	4	3	2	1
1	El médico le brindó un trato cordial y amable					
2	El médico respeta el orden de llegada de los pacientes					
3	El tiempo de espera para ser atendido es aproximadamente veinte minutos después que atendió al paciente anterior					
4	Recibe charlas educativas relacionadas con la salud mientras espera ser atendido					
5	El médico muestra interés cuando Ud. le consulta sobre su problema de salud					
6	El personal de salud respeta su privacidad durante la atención					
7	El médico realiza cuidadosamente el examen físico de acuerdo a su dolencia o área afectada					
8	El médico que lo atendió lo orientó sobre el problema de salud que le aqueja					
9	Ud. comprende las indicaciones relacionadas con el tratamiento					
10	El médico le orientó sobre los cuidados a seguir en su hogar					
11	El médico mantiene confidencialidad del diagnóstico					
12	El tiempo que dura su consulta es suficiente					
13	El médico empleó un lenguaje entendible en todo momento					
14	El personal de apoyo se encuentra presto a ayudarlo					
15	Durante la atención médica le solucionan su problema de salud					
16	El médico se encuentra correctamente uniformado y limpio					
17	El consultorio está limpio					
18	El consultorio está ordenado					
19	El consultorio está bien iluminado					
20	El consultorio cuenta con los elementos básicos para examinarlo (estetoscopio, tensiómetro)					
21	El médico se interesó sobre problemas de salud de tus familiares					
22	El médico interrumpió su consulta ante una llamada telefónica					

- Dimensión Humana (08): pregunta 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, y 16.
- Dimensión Técnico-científica (08): pregunta 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, y 21.
- Dimensión del Entorno (06): pregunta 14, 17, 18, 19, 20 y 22

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado una escala de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

N°	Frase	ESCALA										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Me siento nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Me siento irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Me siento alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Me siento melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Me siento tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Me siento alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Me siento enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Me siento ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Me siento apagado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Me siento molesto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Me siento jovial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Me siento intranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Me siento enfadado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Me siento contento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Me siento triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tristeza-depresión sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16).

Ansiedad sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13)

Ira-hostilidad sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14)

Alegría sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15).