



Universidad Nacional de La Plata.

Centro INUS.

***Maestría en Salud Pública
Orientación en sistemas municipales***

Director: Prof. Dr. José María Paganini

Tesista: Med. Elizabeth Beatriz Barbis

Cohorte: 2003-2005



INDICE DE CONTENIDOS**Pág. 1- 10**

Portada
Reconocimientos y Agradecimientos.
Declaración jurada
RESUMEN

Título - Imagen principal (A).

1. INTRODUCCION.**Pág. 11**

1.1.- Las esposas de los médicos como subgrupo. Subcultura médica y paciente, la esposa como eslabón de transición.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**Pág. 13**

2.2.- Perspectiva de subgrupo en el proceso salud/enfermedad/atención

3.- ESTADO DEL ARTE**Pág.****14**

3.1.- Las esposas de los médicos en la Historia de la Medicina
3.2.- Las esposas en estudios de morbilidad psiquiátrica
3.3.- Artículos, libros, películas y curiosidades.

4.- MARCO TEÓRICO**Pág. 19**

4.1.- La cultura, condicionante de la salud.
4. 2.- El Género y su influencia.
4. 3.- Clase social y condiciones de vida
4. 4.- Percepción de enfermedad
4. 5.- Automedicación. Indicador de percepción y autocuidado.
4.5. a.- La automedicación femenina.
4. 6.- Utilización de los servicios de atención
4.6. a.- Tamaño de la familia
4.6. b.- Modelos de interacción
4.6. c.- Gasto en salud
4.6. d.- Nivel de instrucción
4.6.e.- Médico definido o de cabecera
4. 7.- Proceso de la atención médica
4.7. a.- Interacción médico-paciente (MP)
4.7. b.- Modelos teórico de relación MP

- 4. 8.- Proceso salud, enfermedad, atención (PSEA)
- 5.- Interrogantes a delimitar

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Pág. 42

Imagen (B)

- 6.1.- Objetivos
- 6. 2.- Población en estudio
- 6. 3.- Material y Métodos
- 6. 4.- Período
- 6. 5.- Territorio de aplicación (Mapa)
- 6. 6.- Diseño. Muestra
- 6. 7.- Descripción.
 - 6.7.a.- El cuestionario como instrumento
 - 6.7.b.- Ejes temáticos del cuestionario
- 6.8.- Técnica de recolección de datos. Cronograma
- 6. 9.- Método de análisis de datos
- 6.10.- Descripción de variables
 - 6.10. a.-Operacionalización de variables
- 6.11.- Limitaciones al estudio

7.- PLAN DE ANALISIS

Pág. 52

Imagen (C)

Descripción del análisis cuantitativo y cualitativo.
Descripción de material. Oleadas.
Características de la muestra. Edad. Nivel de instrucción.

8.- ANALISIS DE RESULTADOS

Pág.

55

Imagen (D)

- Descripción de resultados. Tipo de prueba estadística.
- 8. 1.- Tablas de frecuencia (Esposas de médicos –EM y esposas de no –ENM)
 - 8.1. a.- Edad
 - 8.1. b.- Nivel de instrucción
 - 8.1. c.-Trabajo fuera del hogar
 - 8.1. d.- Percepción del estado de salud
 - 8.1. e.- Dificultad en tareas, estado animo negativo, vulnerabilidad, acciones beneficiosas
 - 8.1. f.- Actitud frente a un problema de salud e inacción
 - 8.1. g.- Automedicación
 - 8.1. h.- Fuente principal de consulta
 - 8.1. h.1.- Fuente principal de atención (médico conocido o desconocido)

- 8.1. i.- Modalidad de atención.
- 8.1. j.- Tipo de consejo
- 8.1. k.- Libre elección
- 8. 2.- Tablas de contingencia
 - 8.2. a.- Cuestionario esposas (ES/instrucción/trabajo)
 - 8.2. b.- Cuestionario a médicos(ES/ánimo/Elección especialista)
 - 8.2. c y c1.- Estado de salud s/ edad – EM-ENM
 - 8.2. d y d 1.-.Estado de salud s/instrucción/EM – ENM
 - 8.2. e y e 1.- Estado de salud s/ trabajo fuera del hogar – EM-ENM
 - 8.2. f.- Relación entre variables -médicos y sus esposas-
 - 8.2. g.- Relación entre variables – médicos y esposas de colegas-
 - 8.2. h.- Modalidad de atención a esposas de colegas/dimensión.
 - 8.2. i.- Percepción de complicaciones-causales.
- 8. 3.- Registros de utilización formal. Tasas.
 - 8.3. a.- Registro formal de prácticas vs consultas
 - 8.3. b.- Relación entre variables. Tasa de uso

9.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	Pág. 74
--------------------------------------	----------------

Descripción del grupo del estudio.
 Observaciones diferenciales con el grupo comparativo.
 Aspectos resultantes del cuestionario de médicos.
 Categoría definidas por la fuente secundaria

10.- CONCLUSIONES	Pág. 76
--------------------------	----------------

Características de subgrupo. Tendencias de utilización de servicios.
 Componentes beneficiosos y perjudiciales.
 COMENTARIOS. Habitus de Boudie
 Frase del prólogo de Conrad Schiebel

11.- REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS	Pág. 79
---------------------------------------	----------------

Fuentes y Bibliografía consultada (no incluidas en las referencias)

13.- ANEXO I, II Y III	Pág. 85
-------------------------------	----------------

CUESTIONARIOS



***Universidad Nacional de La Plata.
Centro INUS.***

**Maestría en Salud Pública
Orientación en sistemas municipales**

Director: Prof. Dr. José María Paganini

Tesista: Médica Elizabeth Beatriz Barbis

Cohorte: 2003-2005

Plan de tesis aprobada: 2006

Avances: 2011- 2013

Observación de Jurado: Nov. 2014

Reconocimientos y Agradecimientos

A mis Docentes y mi Director, de los cuales aprendí que el entusiasmo
nunca se pierde.

A mis compañeros de Maestría: Pedro, Susana y Elina con quienes esos
años, se hicieron más afables.

A mis hijas, que entendieron.

A mi compañero de vida y de profesión, quien sustentó con su objetividad,
dedicación y profundo amor, mis horas y días completos dedicados al
estudio.

Declaración Jurada

Por la presente declaro que esta propuesta, es mi propio trabajo y hasta donde yo sé no ha sido previamente publicado o escrito por otra persona, ni material que de manera substancial haya sido aceptado para el otorgamiento de premios de cualquier otro grado o diploma de la Universidad u otro instituto de enseñanza superior, excepto donde se ha hecho reconocimiento debido en el texto.

Renuncio en este aspecto que se enuncia, a los derechos de propiedad intelectual, otorgándole a la Universidad Nacional de La Plata, el derecho a la publicación del contenido de mi Tesis de Maestría en Salud Pública, dictado por el centro INUS en el período 2003-2005

Elizabeth Beatriz Barbis

Quilmes. A los 15 días del mes de Marzo del año 2015



Resumen:

La investigación “La esposa del médico, su percepción del proceso salud-enfermedad y la utilización de los servicios de atención” pretende analizar las características de cultura y género, aplicados a las dimensiones de percepción, utilización y relación médico-paciente, en las parejas femeninas convivientes de médicos hombres (en ejercicio de la profesión).

Se establece teóricamente, que la menor distancia social entre la población y los servicios de salud, generan mayor utilización. La compatibilidad entre ambas subculturas -“usuario y prestador”- podría conformar un indicador de mayor uso. En esta línea de pensamiento, es que las esposas de los médicos pertenecerían a un subgrupo particular por mayor accesibilidad; eventual demanda satisfecha y mayor utilización, imprimiendo un aporte propio al proceso salud/enfermedad/atención. .

Los familiares directos de los médicos y en particular, sus cónyuges, han sido poco estudiados y se desconoce si en el rango cultural: “médico-paciente” se comportan sin influencia, pudiendo considerarse un eslabón transicional entre ambos. Los supuestos a investigar se plantean desde la perspectiva de subgrupo (esposas de médicos) en la percepción/utilización/dirección del proceso; auto-cuidado/automedicación, modalidad de atención, “medico definido o de cabecera” -aplicado al esposo médico- elección condicionada ante ciertas especialidades y relacionar este comportamiento -en todas las variables en estudio- con el de otras mujeres, con similar segmento etéreo, clase social y nivel de instrucción, a través de un estudio descriptivo con instrumentos de investigación cuali/cuantitativa (cuestionarios, entrevistas y registros de atención).

El estado del arte hace notorio la participación de las esposas en la historia de la medicina, se describen artículos, libros y películas cinematográficas, que distinguen a este colectivo. En el desarrollo del marco teórico se detallan aspectos de la cultura y el género, aplicados al proceso salud/enfermedad/atención como condicionantes de la población general y se evalúan los aspectos relacionados con las encuestas de salud de aplicación internacional ajustados a los objetivos de la investigación.

Conclusiones: La percepción de un buen estado de salud -inversamente proporcional a la edad- y particularmente en el género femenino; es admitido como verdadero en la bibliografía de soporte. El esposo médico -como referente o de cabecera- aporta el beneficio resultante de menores consultas en emergencias (por considerarse la fuente principal de consulta). El análisis -delimitado a los registros de consultas y prácticas de utilización- de los servicios de atención en la Obra social de los médicos de la Provincia de Buenos Aires, delimita un uso elevado de prácticas médicas ambulatorias sin su correspondencia con consultas registradas que permite inferir la indicación doméstica de la misma o la atención informal. Las esposas -de hombres con profesiones no médicas- que respondieron al cuestionario de similares características del construido

para el grupo de estudio, contribuyen al enfoque de potencial diferenciación, para iguales características de edad, nivel de instrucción y clase social.

El análisis de los resultados obtenidos por cuestionario y por registros de atención, no posiciona en condiciones más favorables al sujeto de estudio (esposas de médicos) confrontado con otras mujeres con las cuales comparten condicionantes - no obstante se benefician con menor espera en la atención y menor tasa de uso de internaciones, aunque la informalidad en la primera de ellas (como modalidad de atención) y la mayor disponibilidad en el acceso al medicamento, sería un cuestionado aporte positivo al proceso salud/enfermedad/atención.

Palabras clave: Esposas de médicos - Percepción – Utilización- servicios de salud – Relación médico-paciente

“La esposa del médico, su percepción del proceso salud-enfermedad y la utilización de los servicios de atención”



1.- Introducción:

El propósito de esta investigación, es analizar aspectos de la percepción del proceso salud-enfermedad y la utilización de los servicios de salud en las esposas de médicos - como grupo socialmente diferenciado- por disponibilidad y accesibilidad; sin excluir los condicionantes propios de la clase social, la cultura y el género.

En el marco de este enfoque, se pretende discurrir entre las relaciones entre un médico y un paciente, donde la ocurrencia de una transferencia afectiva interviene considerablemente en el éxito o fracaso de la relación y la adherencia a las acciones terapéuticas propuestas y si estas relaciones, son pasibles de aplicar sobre la esposa del médico (como paciente-esposa) asumiendo la presunción, que la subcultura de pacientes, es diferente a la de los prestadores de salud.

Estas dos nociones, resumidas en una menor distancia social entre el usuario y el prestador, colocaría a las esposas de los médicos, como mayores utilizadoras e intermedias entre las categorías: médico y paciente.

La percepción en el proceso salud-enfermedad, la utilización de servicios y su condicionante cultural son un campo muy explorado, pero pendiente aún de conclusiones definitivas. Cada grupo social o subcultura, ofrece en una amplia escala y variaciones en el proceso y es allí donde le corresponde a la Salud Pública, plantear tácticas diferenciadas; ya que cualquier ejercicio - en función de un cambio de estilo que aporte beneficio a la salud- conlleva la necesidad del discernimiento previo sobre las causales se sostiene esa conducta. Cualquier modificación, sería improbable de llevar a cabo, sin el conocimiento del plano cultural que admitiría [o no] el cambio. (1) (2)

Dalto y García Amigo, en el artículo “Enfoque sociológico del fenómeno salud-enfermedad” puntualizan que en las variables “determinantes de la utilización”, la morbilidad percibida esta asociada a mayor utilización de servicios de salud, aún comparada con la característica de poseer -o no- cobertura, y centran el concepto que “a menor distancia social entre la población y los servicios de salud, mayor utilización” (3) (4)

En consonancia con esta afirmación, es que la compatibilidad entre ambas sub-culturas [usuario y prestador] se traduce en un probable indicador de mayor uso

Se considera que el pedir y aconsejar en cuestiones de salud, organiza entre las personas, la dirección que se tomará en el proceso, creando un sistema informal de referencia que estará definido por la cultura o el conocimiento de la salud. (5) (6)

La percepción cultural de una desviación de la normalidad provoca cambios en el comportamiento y adopción de identidad de “paciente”; que en su búsqueda de recuperar la salud, se logrará -o no- la adherencia a las acciones terapéuticas propuestas.

Edmundo Granda afirma, que “si el profesional de la salud no comprende al individuo como personalidad, como cultura y como componente de un grupo social, limita la posibilidad de dicha transferencia y limita el efecto de la relación positiva.”

Duncan Pedersen, incluye el concepto que se ha utilizado en la introducción de esta investigación,...”la cultura y la subcultura de grupo de las personas que reciben programas de salud, difieren a veces mucho de la cultura y subcultura de las personas que formulan estos programas y de las que los ejecutan...”(7) (8)

En correspondencia con estas nociones, **las esposas de los médicos** pertenecerían a un subgrupo particular, en términos de accesibilidad y cercanía en la relación con el médico, circunstancia que podría validar o no, diferencias en la percepción de enfermedad y utilización de servicios, con posible diferenciación de la llamada “población de pacientes”

En los determinantes claves de la salud, **la cultura** se observa como condicionada por valores dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones -sean estas beneficiosas o perjudiciales- y por contener servicios culturalmente apropiados [o inapropiados] que condicionan la aceptabilidad y la accesibilidad.

El término subcultura se usa en sociología, antropología y semiótica cultural para definir a un grupo de personas con un conjunto distintivo de comportamientos y creencias que les diferencia de la cultura dominante de la que forman parte. La microcultura, describe en cambio, al flujo de significados y valores manejados por pequeños grupos, atendiendo a situaciones locales concretas (Wulff, 1988).

Quizás más que cualquier categoría de interés en salud, los temas multiculturales de la salud, demuestran la imposibilidad de considerar aisladamente, el bienestar físico, mental, espiritual, social y económico. Igualmente, **el género**, es por naturaleza un diferenciador, ya que como sistema simbólico en un contexto cultural particular, asocia la construcción social de esferas de actividades masculinas o femeninas y se traduce en asimetrías institucionalizadas -entre hombres y mujeres- en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos. El análisis de los servicios de salud, se ha considerado únicamente en las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo (en particular relacionadas a la reproducción) y solo ocasionalmente, se reflexiona sobre las interacciones entre el sexo y las variables no relacionadas con necesidades biológicas. Las mujeres son vistas como epidemiológicamente más vulnerables (relacionado con el acceso a servicios de salud adecuados o forma directa) pero igualmente sobrellevan la carga social de la responsabilidad de los niños, los ancianos, los enfermos, etc. (relacionado con los efectos no previstos de atención o indirecta).

Cuando se mide **utilización**, se esta midiendo **accesibilidad** -aunque no es una medida exacta- es la mas usada; al estudiar utilización-accesibilidad por grupo socioeconómico, se esta evaluando equidad del sistema.

La percepción según el Modelo Mechanic (1976) es uno [sino el más importante] de los 10 determinantes que inducen la conducta del enfermo hacia una respuesta aprendida -cultural y socialmente- en la búsqueda de atención médica. Estos determinantes van desde el reconocimiento de un problema de salud, hasta la disponibilidad de recursos necesarios para atenderse. (9)(10) (11)(12)

Entre los diferentes **modelos de relación médico-paciente** (RMP) la relación entre el médico (en su rol) y su esposa (**paciente y esposa**) podrían teorizarse desde los modelos posibles como: El de la relación “Cuasi-diádica”; ya que el interés por

conservar la salud es de ambos, pero es el paciente quien padece la dolencia (Laín Entralgo); el interaccional (las relaciones, las interacciones y el contexto) aportando el concepto de que la comunicación es un proceso, no un intercambio, los sujetos que participan se retro-alimentan en un contexto que cambia de modo permanente; Dominación – Sometimiento (adoptar una posición, determina la otra) Amor –Odio (asumir una conducta, estimula en el otro actitud del mismo signo) que corresponde a Leary y por último el modelo de Hollender, que considera la relación, desde las posiciones de Actividad – Pasividad, dirección-cooperación, participación mutua y recíproca. (14)

La relación médico-paciente en la historia, no puede desprenderse de la historia de la medicina, ya que cada época ha tenido una forma particular de comprender el acto médico, la salud, la enfermedad y la relación entre este y sus pacientes; es de algún modo, la idea que el hombre construye los significados, según la cultura a la que pertenece. (13)

2.- Planteamiento del Problema:

En los años de desarrollo de esta Tesis se ha encontrado cierta inconsistencia en el conocimiento sobre cómo responden al proceso de percepción de enfermedad / utilización de servicios de salud, los familiares directos de los médicos (15 -22) en particular las esposas. Si se aplica un enfoque de género, de cultura y la variable disponibilidad, se asumirán dimensiones complejas en el esquema de la observación.

Bajo esta condición, es donde este subgrupo podría considerarse un **eslabón transicional** entre ambos sustantivos (médicos y pacientes) y sus distintivos (género, cultura, accesibilidad, disponibilidad, inter-relación) que permiten que algunas acciones de salud, consigan valorarse en esta dirección.

Los supuestos a investigar en el desarrollo de este trabajo se plantean desde la perspectiva de subgrupo (esposas de médicos):

- La Relación Percepción - accesibilidad - Utilización de servicios de salud
- El Nivel de estudio, ocupación y edad en relación a la percepción – utilización
- Modalidad en la utilización de los servicios de salud. (formal o informal)
- La dirección del proceso de la Atención medica. Auto-cuidado y automedicación.
- El Grado de pertenencia a subgrupo de usuario-pacientes
- El Modelo teórico aplicable en la relación entre médico y esposa-paciente.
- Relación con un subgrupo de población general (esposas de no médicos)

El sujeto [objeto] de estudio y sus condicionantes

“El objeto es lo cognoscible, lo determinable, lo aislable y por lo tanto, lo manipulable. Contiene la verdad objetiva y en ese caso, es todo para la ciencia; pero al ser manipulable por la técnica, es nada.

El sujeto es lo desconocido, desconocido por indeterminado, por espejo, por extraño, por totalidad. Así es que en la ciencia de Occidente, el sujeto es el todo-nada; nada existe sin él, pero todo lo excluye; es como el soporte de toda verdad pero al mismo tiempo, no es más que ruido y error frente al objeto”. (Edgar Morin, en *Introducción al Pensamiento complejo*.1990)

En el estudio de las variables relacionadas con el sujeto-objeto de estudio, se delimitan: la accesibilidad por un lado y la disponibilidad por otro. Las esposas de médicos, presentan para la primera de ellas, evidentes facilitadores y para la segunda, el pertenecer a una pretendida clase social - relacionada a un profesional – con validación de status socioeconómico en la sociedad actual, que permite inferir cobertura formal en salud (Obra social o prepaga) y una potencial mayor utilización, favorecida además, por el médico en el ambiente doméstico.

Si valoramos una relación contrastada (esposas de hombres de profesión no médica) en las características de proceso salud-enfermedad- atención y género, cultura, nivel de estudios e inter-relación médico-paciente (RMP); la observación se torna un razonamiento particularmente focalizado en el grupo de estudio.

3.- Estado del arte:

3.1.- Las Esposas de los médicos en la Historia de la Medicina

Al hablar de las guerras del opio, suele olvidarse, que su consumo occidental era por entonces, no ya superior, sino muy superior al del lejano Oriente, pues -si bien empezaba a verse relegado por el uso de morfina y codeína- seguía siendo el tercer artículo más vendido por las farmacias. Con todo, en Europa y América se negaba la presencia de “opiómanos”, y en sus célebres *Confesiones* (1822-1845) Thomas De Quincey niega una y otra vez que esta droga cree “hábito imperioso”. Los primeros casos de adicción a drogas distintas del alcohol, el café o el tabaco, aparecen a propósito de la morfina; utilizada masivamente en la guerra civil americana y la franco-prusiana (bautizándola “mal militar” y “dependencia artificial”). La monografía médica pionera sobre este fenómeno, es la obra de Louis Lewin que se publica en 1879 – cuando la morfina lleva más de medio siglo vendiéndose libremente- y la misma la revista donde aparece (*Journal der Allgemeine Medizin*) publicará poco después un comentario contrario de otro médico, que pone en duda el carácter científico de la expresión “morfinismo” pues “expresa una debilidad del carácter, y no algo causado por una sustancia química”. (23)

Entre 1880 y 1920, comenzarían las restricciones a la libre disponibilidad de la morfina; el espectro sociológico del “usuario regular” de morfina eran en un 50% médicos o **esposas de médicos** y boticarios; el resto incluye personas acomodadas con “problemas de los nervios” o entregadas a la moda (el estilo “decadente” hacía furor), gente del teatro y la noche, damas de vida alegre, algunos

clérigos y personal sanitario auxiliar. Sólo un 14% había decidido consumir esta droga por iniciativa propia, sin mediar el consejo de algún terapeuta o amigo, y más de un 80% sobrellevó dos, tres y hasta cuatro décadas de hábito sin hacerse notar. (24)

Si las drogas (estas drogas) existían desde hace tanto tiempo, ¿por qué recién en estos años se escucha hablar de drogadictos, crímenes por narcotráfico y todas esas calamidades de aparente actualidad? La respuesta está en la misma historia. Antiguamente no se conocían las propiedades medicinales de las plantas que crecían en los jardines, con la salvedad de algunas hierberas, parteras y otras del gremio de mujeres “curadoras”, por la natural inclinación del género femenino hacia la madre naturaleza; nadie excepto **los médicos y sus esposas**, manejaban estos secretos.

Cuando se descubrieron las drogas "fuertes", sólo los médicos (ya no las hierberas) tenían a su disposición la posibilidad de fabricarlas y utilizarlas. Así, los primeros "adictos" fueron esos **médicos y sus esposas**. Los primeros solían experimentar nuevas medicinas en sus propias personas y **en las segundas**, que gracias al “amor de sus maridos”, recibían tratamientos con estas nuevas medicinas (morfina, por ejemplo) para evitar su sufrimiento y hasta curarse. ¿Alguien puede culpar al doctor que ama a su mujer enferma, no soporta el dolor de ella y le administra morfina para calmar el dolor de sus últimos días? Antes nadie. Hoy, las leyes dicen que el individuo debe sufrir los dolores más increíbles antes que someterse a tratamientos con drogas "esclavizantes". (25)

El obstetra James Young Simpson (1811-1870) experimentó con sus amigos y colegas, distintas sustancias para comprobar si podían utilizarse como anestésicos a fin de aliviar los dolores del parto. La primera paciente a la que Simpson administró el cloroformo fue **la esposa de un médico**, que quedó tan maravillada por sus efectos que bautizó a su hija con el nombre de "Anaesthesia". (Descrito por Bigelow, H en: «*Surgical Anaesthesia*». Boston, 1900). (26)

William Steward Halsted (1852-1922), cirujano del hospital John Hopkins de Baltimore, contaba con una ayudante en el quirófano; la aristocrática Carolina Hampton, que padecía una dermatitis provocada por los antisépticos que se utilizaban entonces -solución de bicloruro de mercurio- para esterilizar los instrumentos. Halsted pidió a la firma Good Year que le fabricara unos guantes de goma. El doctor Halsted no estaba interesado en los guantes -sino en su novia- así fue el comienzo del uso de los guantes en los quirófanos, instruyendo posteriormente a su equipo, a que los utilizara metódicamente.

De proteger a alguien que padecía una enfermedad, se pasó después a proteger el campo estéril de las manos del cirujano y de las de los ayudantes. Carolina pasó a ser **la esposa de Halsted** en 1890, siendo la inspiradora de una creación de uso médico masivo. A partir de 1894, los guantes de goma fueron obligatorios para todos los cirujanos. (27)

En virtud de sus aplicaciones, los médicos adoptaron ampliamente drogas con poder adictivo, sobretudo a partir de los resultados de un médico francés llamado Francois Magendie, quien publicó un trabajo donde relatava como había usado la morfina para calmar los dolores de una niña; pero no sería -sino hasta años después- que su uso se propagaría por toda Europa y Occidente, gracias a Alexander Wood, un médico de

Edimburgo, quién inventó la jeringa hipodérmica en 1853 para poder **inyectar morfina a su esposa**, quién padecía un cáncer incurable. (28)

La esposa del Dr. A. Wood quien fuera la primera persona en recibir esta droga por esa vía, pasó a ser la primera en adquirir el “hábito de la aguja”. Luego, durante la guerra civil estadounidense en 1861, serían miles los soldados que dejarían de sufrir terribles dolores por las heridas de la batalla, gracias a este fármaco y su aplicación inyectable. (29)

El inglés Williams Fergusson (1808-1873) simplificó el uso de la jeringa y luego el fabricante Luer la industrializó de forma parecida a las actuales. Este invento hizo posible la incorporación al organismo de dos sustancias singularmente importantes en el campo de la analgesia y de la anestesia: la morfina y la cocaína. Dumas afirmaba que la morfina era el “ajeno de las damas”. En 1856, abrió sus puertas en USA la primera fábrica de agujas. Desde ese momento, la morfina desplazó, definitivamente, al opio en mundo occidental. Era una droga de gente bien: burgueses, intelectuales y profesionales (farmacéuticos, médicos y enfermeras). De momento, era el analgésico sublime. En la Guerra Civil Americana (1861-65) fue empleada masivamente y junto al éter alivió el sufrimiento de los heridos provocando rápidamente la aparición de la llamada «Army disease», la drogadependencia de los combatientes. La guerra Franco-Prusiana de 1870 crearía idéntico problema en Europa. (30)

Cuando aparece la «Army disease» ya muchos **médicos y sus esposas** eran morfinómanos. Había grandes personalidades seducidas por la droga; Bismark; Williams Halsted, el fundador del Hospital John Hopkins, de Baltimore; el neurólogo Westphol y hasta el emperador Maximiliano y Wagner, eran cautivos de ella. La medicina se encontró luego, con el desafío de desintoxicarles. (31) (32)

En la guerra del Oriente Próximo en Siria, cuando se inicio la epidemia de sífilis de los soldados, se prohibió el ingreso de las prostitutas, y eran **las esposas de los médicos** – como mujeres autorizadas a integrar los campamentos, la que examinaban a las esposas de los soldados, a las cuales no se podía impedir la entrada al campamento. Luego de revisar a las esposas de los soldados, las **esposas de los médicos** informaban sobre cualquier anormalidad hallada en el “examen” que realizaban en búsqueda de signos de enfermedad venérea. (33)

3.2.- Las esposas de médicos en estudios de morbilidad psiquiátrica

Combinando estos conceptos, se vuelve relevante para la observación, la investigación de Safinosky (1980) sobre 335 médicos varones y 227 médicas mujeres, encontrando que la esposas de los médicos tienen un riesgo aumentado (SMR es 458) para el consumo inadecuado de sustancias, cifras más altas que para la mayoría de los grupos de profesionales (excepto farmacéuticos). La alta tasa de suicidios en las **esposas de los médicos**, parece ser el resultado de las necesidades -no correspondidas- por el cuidado y la dependencia que los médicos tienen a sus exigencias profesionales. (34) Otros estudios (Milles JL y col. 1975) relacionaron las características de la relación marital y patología mental en las **esposas de los médicos**; observando aspectos comunes entre ellas como ser: una esposa dependiente, histriónica y un marido

emocionalmente distante. Las esposas de los médicos se encuentran presentes en números desproporcionadamente grandes de la consulta psiquiátrica, en el 90 por ciento de las pacientes estudiadas, había antecedentes de preocupación suicida o intento y en el 55 por ciento, antecedentes de drogas y / o abuso de alcohol. (35)

Aunque son estudios realizados hace más de 30 años, los más actuales sobre morbilidad psiquiátrica, se han enfocado a la diferenciación por género que por subgrupo poblacional.

3.3.- Artículos; libros, películas y curiosidades.

* Libro: Conrad Schiebel en *“El Marido doctor”*. 2006;

Prólogo: “Ser la esposa del médico viene con sus propias luchas, muchas de las cuales se derivan de los estereotipos que quedaron de la época de guante blanco, cuando las esposas de los médicos eran consideradas parte de la alta sociedad y se espera que mantenga esta postura y apoye la carrera de su marido, por encima de otras necesidades”

* Libro: Slaughter Frank, Escritor norteamericano (1908-2001) - famoso por sus best seller- entre los cuales se encuentra **“Esposas de médicos” (1967)**.

La historia tiene lugar en la ciudad de Weston, el sitio de la Escuela de Medicina de Weston, con su hospital de enseñanza y la clínica de la facultad privada. Los personajes principales son un grupo de siete hombres (seis médicos y un administrador) que se conocieron de servir juntos en el ejército durante la guerra de Corea y más tarde se unieron para formar el núcleo de la Escuela de Medicina de Weston. Todos estos hombres ocupan puestos de responsabilidad como jefes de diversos servicios hospitalarios y la realización lucrativa práctica privada en la clínica. Sus esposas se reúnen en el "Club de disección".

* Película: **La mujer del Doctor** *“The Doctor's Wife”* Neil Gaiman. 2011;

Cuarto episodio de la sexta temporada de la serie británica de ciencia ficción Doctor Who, en la cual TARDIS (Tiempo Y Dimensiones Relativas en el Espacio) la nave de capaz de viajar por el tiempo y el espacio, se presenta con apariencia de mujer, pensando que esa sería la "historia de amor definitiva" para el Doctor. El episodio, por su nombre y su argumento recibió premios y excelentes críticas del periodismo especializado.

* Artículo: La escritora Mónica Swanson en el Huffintong Post, Feb. 2014 describió **“Los 5 supuestos de ser la esposa de un médico”**

1. Nosotros nunca tenemos que ir a un consultorio médico, porque tenemos nuestro propio médico en casa. 2.- Él puede prescribir medicamentos en cualquier momento que queremos / necesitarlo. 3. Voy de compras todo el tiempo, y que pasar el rato en los clubes de campo. Entiéndase tengo dinero y tiempo libre.4. Porque estoy casada con un

médico, usted puede pedirme casi cualquier pregunta médica, y yo debería ser capaz de ayudarlo. 5. Nunca veo a mi esposo porque él está trabajando constantemente, y simplemente no tienen tiempo para la familia.

* Libro: Slaughter Frank, Escritor norteamericano (1908-2001) - famoso por sus best seller- entre los cuales se encuentra **“Esposas de médicos” (1967)**.

La historia tiene lugar en la ciudad de Weston, el sitio de la Escuela de Medicina de Weston, con su hospital de enseñanza y la clínica de la facultad privada. Los personajes principales son un grupo de siete hombres (seis médicos y un administrador) que se conocieron de servir juntos en el ejército durante la guerra de Corea y más tarde se unieron para formar el núcleo de la Escuela de Medicina de Weston. Todos estos hombres ocupan puestos de responsabilidad como jefes de diversos servicios hospitalarios y la realización lucrativa práctica privada en la clínica. Sus esposas se reúnen en el "Club de disección".

* **La sociedad de esposas de médicos de México.**

Es una Asociación civil, integrada por esposas de médicos. Vincula lazos de amistad y afecto. Labor social, asistencial, cultural y recreativa. Asumen sesiones ordinarias mensuales desde hace 50 años.

4.- Marco Teórico

En el desarrollo de este apartado, es ineludible describir aquellos condicionantes del proceso salud-enfermedad y la influencia de las variables propuestas para alcanzar los objetivos de estudio como: cultura; género; clase social; percepción de enfermedad / utilización de servicios y el proceso de salud/enfermedad/atención (PSEA).

En consecuencia, si se acepta que el hombre es un ser vivo, biológico y sociocultural, con un medioambiente complejo, dinámico y variable; que es capaz de alterar y transformar su entorno (ventaja sobre cualquier otro animal) y al mismo tiempo, es el origen de las contradicciones personales que puede o no superar; se consentirá entonces, que preexiste una complejidad en las reacciones que se encuentran al abordar el estudio de los problemas de salud y por el carácter relativo y subjetivo del concepto salud / enfermedad. Este proceso difiere de un grupo social a otro, de individuo a individuo y varía con el tiempo y las condiciones socioeconómicas y culturales. (36)

Es un proceso, que al encontrarse compuesto por la biología, la ecología, la sociología y la economía, entre otras; será la experiencia de cada uno y el valor que damos a nuestra vida, aquello que condicionará la noción de salud- enfermedad. (37)

4.1 La Cultura

El ajuste cultural dentro de la adaptación externa, es sin duda, aquel que incorpora la adaptación al medio natural, socioeconómico y psicológico.

La adaptación psicológica constituye una respuesta consciente, voluntaria que se inscribe en el dominio cultural; son las adaptaciones culturales las que han dado al homo-sapiens, una superioridad notable sobre otros animales. (38 – 39)

Se ha expuesto precedentemente, que la cultura se observa como condicionada por valores que contribuyen a la perpetuación de condiciones apropiadas o inapropiadas y por ello facilitadoras de aceptación o resistencia.

Los factores relacionados con la cultura [o etnicidad] permiten considerar:

1. La manera de interactuar con el sistema de salud.
2. La participación en programas de promoción y prevención.
3. El Acceso a la información de salud.
4. Las elecciones de estilos de vida.
5. El Entendimiento de salud, enfermedad y prioridades.

No hay disciplinas aplicadas que requieran tanta comprensión de la conducta humana como las profesiones médicas y paramédicas, donde es necesaria la real comprensión del proceso de la conducta, tanto en salud, como en enfermedad. (40)

Rosenstock y Zola, sostienen la explicación sociológica del comportamiento y la utilización de los servicios de salud, en la diferente percepción de grupos sociales. El problema, sus consecuencias y la forma de obtener solución por un lado, y las fases o etapas por las que pasa la percepción individual y social por otro, inicia un camino hacia la resolución del mismo, encontrando en este proceso, a los servicios de salud. (41)

Estas interpretaciones excluyen, o dan poca influencia, al medio institucional médico sanitario sobre esta conducta, pero confirman que los servicios de salud, tienen la capacidad de modificar algunos patrones con educación sanitaria.

A diferencia del accionar variable en las enfermedades comunes; en las enfermedades graves, los factores socioculturales y comportamientos, tienden a uniformarse.

Solo desde esta perspectiva, se podrá entender a los sistemas de salud/enfermedad/atención, como producto de la construcción de saberes y prácticas de los diferentes conjuntos sociales y como emergentes estructurales de las condiciones históricas de una sociedad. (42)

Henriquez Sarella, sostiene que la búsqueda de la salud esta indisolublemente vinculada con el estilo de vida y el sustrato de valores culturales, por lo cual surge la noción, que la enfermedad tiene una dimensión y un significado que va mas allá del individuo, porque ésta afecta invariablemente las relaciones sociales alterando los roles (43)

En la Medicina Clínica, el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (evidencia) ni su libre voluntad juega en la curación; sino que el individuo tiene que supeditarse -tanto en el ámbito de la comprensión como en cuanto en su accionar- a los dictámenes del Médico; representante del conocimiento constituido y del método. En esta forma, en palabras de Foucault "el individuo es suprimido", barrido como "evidencia". (44)

Es entonces, donde los comportamientos individuales se expresan dentro de un contexto político y económico, y son modelados por poderosas fuerzas e influencias

sociales y culturales, que se manifiestan en unidades o agregados sociales más amplios, como la familia, el grupo o la comunidad.

Los hallazgos relacionados con la condición social, producen impacto en los procesos salud-enfermedad, poniendo en el centro de la dinámica de acción al componente cultural, como modo de acercar la brecha. Modificando algunas acciones que permitan el acceso a los servicios de salud, se llegaría a mejores resultados que surgen de la comprensión de los procesos causales. (45)

J. Rosenstock en: ¿Por qué la gente utiliza los servicios de Salud? plantea un abordaje sobre la conducta con respecto a la salud, en términos de prevención, mas que la conducta ante la enfermedad. Trabajos como los de Koos, Stoechle, Zola, Freidson y Sushman incluidos en “Modelos de creencias de la salud” de Becker, demuestran claramente la importancia de las interacciones en la conducta ante la enfermedad, pero se desconoce en qué medida esos resultados puedan aplicarse a la decisión de búsqueda de servicios preventivos o “conducta ante la salud”. (46) (47)

La variable Psicológica (de tomar una acción determinada) la medida de la acción (en términos de beneficio), sus dimensiones (vulnerabilidad o susceptibilidad a una amenaza) y las consecuencias graves que podría esto acarrear, fundamentan el modelo propuesto por Rosenstock, para explicar la conducta frente a la salud, reconociendo que los elementos emocionales, tienen mayor peso que los cognoscitivos sobre la conducta, siendo algunas de estas variables, las seleccionadas dentro de este estudio.

En este campo, Hochbam -incluido en Estilos de vida de Pedersen- ha comprobado con imponente precisión, que una acción determinada, es una situación de dos variables interactuantes:

- a) La susceptibilidad percibida a la enfermedad y
- b) los beneficios obtenidos como producto de la acción; definiendo que el reconocimiento de susceptibilidad, es de mayor peso para la acción, que el beneficio a obtener como resultado de la misma. (48)

Los trabajadores de la Salud Pública y sus programas, debemos conocer con detenimiento los detonantes que desencadenan la acción, teniendo en cuenta la importancia de la percepción, origen de las creencias, modalidades empleadas para modificar creencias, conductas voluntarias y clase social, entre otros.

Así como la comunicación social, a través de los medios de prensa es advertida como de “poco impacto” en las familias de bajos ingresos -en quienes deberán ajustarse las estrategias de comunicación- se observa que los mensajes que impliquen temor o riesgo producen mayores respuestas positivas que los mensajes neutrales. Hay evidencia que las técnicas de influencia personal -códigos y lenguaje- son altamente efectivas a la hora de la persuasión y sobre esto, Foucault propone denunciar los discursos de la verdad que exigen absoluta sumisión., invita a platear la voluntad de la verdad, como la voluntad del poder. El conocimiento [el saber] impone una doble represión: condena al silencio los discursos excluidos y ordena -y determina- los discursos aceptables proclamando:

..“No es posible apropiarse de un poder, sin previamente, apropiarse del saber. La profesión médica no es -en primera instancia- criticada por su provecho económico, sino porque ejerce un poder no controlado, sobre los cuerpos de la gente, su salud, su vida y su muerte”... (49)

4.2 El Género

Género, se refiere a los roles socialmente determinados en contextos culturales de una sociedad - en un momento histórico determinado- y el poder relativo que esta le otorga a esos roles. (50)

Los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud, son la socialización y el control institucional.

El enfoque de género -como herramienta analítica- enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad, que señala diferenciales empíricos entre hombres y mujeres de acuerdo a las siguientes dimensiones:

- a) Necesidades especiales de atención.
- b) Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- c) Percepciones de enfermedad.
- d) Conductas de búsqueda de atención.
- e) Grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud.
- f) A nivel macro social, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

En el 2003, la OMS en su apartado sobre Género, salud y desarrollo de las Américas, puntualiza a la salud también como a “la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona, con particular referencia, al acceso y al control que ejercen los sexos en forma diferente, sobre los recursos de salud”

8 años después sigue definiendo que “las mujeres están lejos de poder satisfacer sus necesidades de salud reproductiva; el tabaquismo constituye un factor de riesgo para los adolescentes de ambos sexos; la obesidad afecta más a las mujeres que a los hombre y ellas realizan menos actividad física que los hombres”(OMS 2011)

Liliana La Rosa Huertas, define que Transversalizar o institucionalizar la perspectiva de género en las políticas públicas. Es un proceso técnico y político, dado que es una estrategia para el logro de políticas de equidad. Representa un desafío al “status quo” de la sociedad, que durante siglos, ha hecho de la dominación masculina un elemento sustantivo del *ethos* cultural.

Un argumento instrumental para justificar la relevancia de la transversalización de la perspectiva de género, en los procesos de descentralización de la salud, es la constatación que la acción femenina en las políticas sociales locales, es única.

Cuando se ignora el papel femenino en la transmisión, creación y recreación de las políticas sociales se está restando efectividad a estas políticas, dado que se está perdiendo de vista a un “actor estratégico” y dejando de asumir que las mujeres son intermediarias claves entre el Estado y la familia. (51) (52)□ (53)

En el campo de las reformas sanitarias, los analistas del género han prestado gran atención a los programas de ajuste estructural (PAE) (Afshar y Dennis 1992) sin duda alguna, estos recortes afectan especialmente a las mujeres por dos motivos distintos:

- 1) Las mujeres son las reproductoras biológicas, cualquier deterioro de la provisión de servicios de salud reproductiva, influye en ellas de manera desproporcionada y

2) La mujer es la que lleva el peso de las tareas de reproducción social -cuidado de los niños y familiares y manejo de la atención de cualquier miembro enfermo de la familia.

Las reducciones de gastos del sector salud, tienen un efecto devastador en la economía de asistencia informal administrada por las mujeres. Los economistas feministas, llamaron la atención sobre las adversas consecuencias políticas de los sesgos conceptuales ocultos -en las teorías económicas- que sostienen el ajuste estructural. Aunque presentadas como neutrales en cuanto al género, en realidad, son “ciegas al género”, puesto que no consideran el trabajo no remunerado, llevado a cabo fundamentalmente por las mujeres (Elson y Palmer) (54).

4.3.- Clase social

Si bien es verdad que los problemas de salud que afrontan las mujeres comparten muchos rasgos comunes en todo el mundo, también se observan sorprendentes diferencias determinadas por las distintas condiciones de vida. En los países de ingresos elevados, las mujeres de todos los grupos de edad viven más tiempo y presentan menor morbilidad y mortalidad que las de los países de ingresos bajos. La clase social, en la perspectiva relacional, los gradientes de desigualdad observados suelen ser el resultado empírico subyacente en complejas y múltiples interacciones sociales entre los grupos modelados, tomando como base la disponibilidad de recursos en relación con posibles conflictos de interés. En tal contexto, los recursos no son los únicos elementos que pueden concebirse en términos materiales (como es el caso del capital económico); también el conocimiento, el apoyo social o la situación social pueden considerarse como “formas de capital socialmente valiosas”. (55).

Bourdieu, formula que el “valor” de una posición se mide por la distancia social que la separa de otras posiciones inferiores o superiores, lo que equivale a decir que el espacio social es - en definitiva- un sistema de diferencias sociales jerarquizadas, socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado. (56)

Adler et al 1993; Freeborn et al 1977 y Kaplan et al 1996; definen como de mayor morbilidad y mortalidad a las franjas mas bajas dentro de la Clase social y el ingreso y encontraron que la mayor utilización de estos grupos, estaría mediada por una necesidad en salud mas acentuada. La relación entre utilización por estos grupos y los grupos mas favorecidos económicamente, es un indicador de equidad del sistema. La mujeres de clase alta, se realizan en mayor medida, exámenes preventivos para el cáncer de cuello uterino, en relación a menores porcentajes en las clases económicamente bajas. (57)

Cuando el resultado analizado son las visitas preventivas, la educación tiene consistentemente un efecto positivo sobre la utilización.

Borrell et al (1999) Breen y Kessler (1994) Calle et al (1993); coinciden en una asociación significativa entre las dos variables, aun después del ajuste de otros factores. Las personas con seguro de salud (o cobertura formal de obras sociales y prepagas) consultan con mayor frecuencia, esta afirmación se observa en particular en los niños, quienes presentan mas consultas ambulatorias y menos consultas en los servicios de emergencia (Rosenbanch et al .1999); este factor no solo incrementaría las consultas en general, sino el uso de consultas preventivas. Es importante considerar que las variables

basadas en bienes de consumo resultan poco explicativas del proceso de salud-enfermedad de la población, pues son el resultado de otras variables, tales como condiciones de empleo, ocupación, relaciones de control y autoridad en el trabajo, y diferencias de poder entre clases sociales, que pueden ser más informativas o explicativas acerca de cómo las desigualdades se generan y qué efecto tienen en la salud de la población. (58)

4.4.- Percepción de enfermedad

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural, ya que cada sujeto, vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento; siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico. La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo, es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo.

Así como la percepción, el significado y la evaluación, son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse, es sancionada positivamente, entonces se espera que el/ella asuma el rol de enfermo/a. El rol de enfermo, es un concepto definido por el sociólogo Parsons en 1951 para indicar esas expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma:

- a) Relevación de las responsabilidades diarias;
 - b) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y
 - c) conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.
- En relación al último aspecto, algunos autores teorizan que la conducta de enfermedad, es una forma mediante la cual el individuo obtiene una ganancia secundaria (Bass y Benjamin 1992; Ford 1983) y Kleinman (1986), sugiere que la somatización, es una manifestación de la tensión resultante de un medio ambiente –sociocultural- altamente restrictivo.

Es la experiencia de la enfermedad moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda); es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Cristina Di Silvestre, propone que dado que el médico y el paciente no siempre, provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus “modelos explicatorios”. Y este hecho, resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y busca reiterada de nuevos médicos. (59)

El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social, mediante la cual el sujeto, elabora su padecimiento y condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva, y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. (60)

De manera consecuente con lo planteado, se constatan diferencias en cuanto a la valoración y percepción que las mujeres realizan de su propio estado de salud, sus modos de enfermar (psíquicos y/o físicos), la conformación de su identidad, su vivencia relacionada con ésta (sexualidad, maternidad, etc.), su estilo de vida (ejercicio físico, alimentación, higiene, comportamientos de seguridad, etc.). Esta diversidad se encuentra mediatizada por las variables socioeconómicas y culturales (Eiser y Herser, 2000). El cuerpo es aquí y hoy, un valor central, un signo de status y un símbolo de éxito -o fracaso- impulsado en las últimas décadas por el auge de las actividades físico-deportivas: en nuestra sociedad y cada vez más, cobran relevancia necesidades relacionadas con la calidad de vida, el mantenimiento y mejora de la salud, así como la ocupación del tiempo libre en actividades lúdico-culturales, etc. (61) (62)

El Estado de salud desde la perspectiva de género, ha demostrado diferencias significativas en cuanto a la percepción de la salud de las mujeres, que tienden a considerar su estado de salud -anterior y actual- peor que los hombres. Del mismo modo, se preocupan con una mayor frecuencia por su salud y se consideran menos resistentes a la enfermedad que sus compañeros (percepción de vulnerabilidad), aunque estos resultados no se reflejan en unas expectativas peores, puesto que en el factor que analiza las previsiones de futuro, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (63)

La perspectiva de género es importante en todos los apartados de una encuesta sobre salud; Rohlf et al (64), proponen que en una Encuesta de salud, no deberían obviarse las variables que posibilitan este análisis como:

a. Sociodemográficas y de trabajos: Estado civil de hecho, Clase social, Nivel de estudios, Situación laboral, Trabajo productivo (remunerado), Ocupación o puesto de trabajo, Horas trabajadas a la semana, Trabajo reproductivo (no remunerado) Estructura familiar, Convivientes, Trabajo doméstico.

b. Morbilidad, salud percibida, calidad de vida y salud mental
Estado de salud percibido, Salud mental y calidad de vida. Trastornos crónicos. (65)

Reforzando el concepto de otros autores y que se utilizaran en el análisis de esta investigación se encuentran:

- Las mujeres y edades extremas son los que utilizan más servicios. El efecto es mediado -a menos en parte- por una mayor necesidad de salud.
- Los factores socioeconómicos determinan la utilización, principalmente a través de las categorías necesidad en salud y características de los servicios, si la accesibilidad no es buena, los grupos con mayor necesidad y menos recursos, utilizan menos.
- Las personas con seguro de salud voluntario, utilizan más los servicios, los que cuentan con la categoría positiva -como médico definido- demuestran que utilizan más la consulta ambulatoria y menos, las consultas en emergencias y las internaciones. (66) (67)

En las estadísticas nacionales sobre percepción del estado de salud en Argentina, solo en la dimensión estado de salud “BUENO” las cifras se asemejan entre varones y

mujeres, exhibiendo notables diferencias en las dimensiones, estado de salud “MUY BUENO” y “REGULAR” entre 2 y 5 puntos de diferencia (varones y mujeres, respectivamente).

Los resultados en la Encuesta de de Factores de riesgo del 2005 no muestra diferencias con la realizada en el 2009. **Tabla 1.**

Los roles atribuidos -y asumidos- por hombres y mujeres, tienen un papel importante en la explicación de su estado de salud, sus conductas y su utilización de servicios sanitarios; por ello es relevante, estudiar cómo las condiciones del entorno social, de los trabajos (productivo y reproductivo) y de los hábitos de vida, influyen sobre la salud de los individuos.

Estado de salud general de la población de 18 años y más por sexo según provincia. Promedio de 24 localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2009.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Varones					Mujeres				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
10,7	26,7	45,7	14,7	2,2	7,9	24,1	45,4	19,7	2,9

Tabla 1.- "Estado de salud general" hace referencia a la percepción del encuestado acerca del mismo. Encuesta de de Factores de riesgo del 2009. (68)

4.5.- La Automedicación (como indicador de percepción y auto-cuidado).

El artículo “La automedicación: concepto y perfil de sus usuarios” especifica que la automedicación, constituye una de las expresiones más modernas de la siempre presente, necesidad de hombres y mujeres de velar por su propia salud Sin embargo, y a diferencia de otras expresiones del auto-cuidado, la automedicación tiene, para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas (69-74)

Contrariamente, la OMS señala la existencia de un lugar válido para la automedicación en las sociedades desarrolladas. A lo largo de los años se ha extendido la creencia de que los medicamentos, son las armas terapéuticas de los médicos -y que sólo a éstos-corresponde su prescripción. En este sentido, en un estudio realizado en los EEUU, se detectó que un 60% de los pacientes que se había automedicado, lo negaba. Y aunque muy probablemente, no toda esta proporción corresponda a un ánimo ocultista (sesgo de memoria, sesgo de apreciación) quizá una buena parte de ésta, sí responda a esta motivación. (75)

La OMS propone “la necesidad de que se forme a la población en el uso de los fármacos, como un aspecto más de la educación para la salud”. En este sentido, en los países desarrollados, la automedicación está tomando cada vez un mayor protagonismo

Se ha reflexionado sobre la dificultad de la conceptualización de la automedicación; etimológicamente la palabra está compuesta por el prefijo “auto” (*motu proprio*) y “medicación” (medicinas, fármacos). Así, el prefijo “auto” pretende indicar por propia iniciativa, sin mediar prescripción. Otro aspecto sobre el que existe divergencia de criterio es si debe considerarse automedicación, al cambio de la pauta posológica -el retraso o adelantamiento del tratamiento o la supresión del mismo- modificaciones

todas ellas muy comunes en tratamientos prolongados. Asimismo, se podría considerar dentro de este concepto, a la decisión del paciente de no tomar los medicamentos prescritos. (76)

La decisión del individuo está influenciada significativamente por los consejos del personal sanitario; surgen así, diferencias entre los distintos autores a la hora de considerar o no como automedicación, el tomar un medicamento por consejo del farmacéutico, del personal de enfermería, o incluso por haber sido prescrito por el propio médico en anteriores consultas. (77-79)
En este apartado, **la esposa del médico** podría ser considerada de prescripción “doméstica” o reiteración farmacológica por propia iniciativa.

Entre los factores sociodemográficos, la edad es la variable -que mayor número de estudios coinciden- en considerar relacionada con la automedicación; en este sentido, y controlando por todas estas variables (sexo, estado civil, nivel socio-cultural, situación laboral, nivel de salud). Figueiras, no encontró diferencias significativas en las prevalencias de automedicación para los distintos grupos de edad, mayores de 16 años. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la automedicación “indeseable” (medicamentos de necesaria indicación profesional), mostrando al grupo de más de 60 años, en un alto porcentaje. (IC 95%: 58,0; 2900) La mayoría de los estudios asientan, que el consumo de fármacos, tanto prescritos como no prescritos, es superior en las mujeres. El efecto del nivel socio-cultural sobre la automedicación, los estudios coinciden en señalar que a mayor nivel socio-cultural, mayor prevalencia de la automedicación; aunque también existe una mayor conciencia de la peligrosidad potencial de los fármacos. (80) (81).

George, et al, apuntan como principales razones para el autotratamiento: la autorrealización, el sentimiento de independencia y la responsabilidad y el deseo de control de la propia salud. En términos menos filosóficos, los distintos autores coinciden que los pacientes, ven en la automedicación, un derecho a cuidar su salud, preservando su intimidad. (82)

La naturaleza de su enfermedad percibida, es un factor sociomédico, que jugará un papel fundamental:

- El 90% se automedica en procesos agudos frente al 18% en procesos crónicos. El enfermo es mucho más propenso a la automedicación cuando percibe síntomas claros y puntuales (fuertes dolores, gripe, descomposición), que cuando éstos son más suaves y duraderos; esta última situación es cuando el individuo demanda un mayor número de consultas al médico, o cuando en mayor medida, practica la automedicación inadecuada. Los pacientes parecen así, distinguir claramente entre síntomas menores y mayores y por tanto, que en buena parte de los casos, la automedicación se adecua bastante a las características que indica la OMS, en síntomas claramente identificados por el enfermo, puntual en el tiempo y con medicamentos de amplia ventana terapéutica.

- La Accesibilidad al facultativo, es otro factor socio-médico, que condicionará la automedicación. La consulta lleva asociada un importante coste de oportunidad, esto es: el paciente debe necesariamente dejar de hacer otras cosas; frente a esto, la automedicación representa para el enfermo una mayor capacidad de funcionamiento.
- La mayoría de los estudios coinciden en señalar una mayor automedicación en el sexo femenino, en las personas que viven solas, en los sujetos con mayor formación y en los grandes núcleos urbanos. (83-84)

La OMS en su estrategia de "Salud para todos en el año 2000" considera los autocuidados, como uno de los principales ejes para la promoción de la salud. El término "autocuidados" incluye automedicación, autotratamiento y primeros auxilios. Las medidas de autocuidados -más frecuentemente utilizadas- son las no farmacológicas, pero la que más interés ha despertado (por sus consecuencias económicas y potenciales efectos perjudiciales) es la automedicación, entendida como la toma de medicamentos sin intervención del médico. (85)

Las Estadísticas locales aportan que el 25% de los argentinos consume medicamentos sin prescripción y sin orientación médica. Farmacéuticos y galenos, se enfrentan a la hora de asignar responsabilidades, pero coinciden en que esta tendencia es altamente peligrosa.

En nuestro país, "una cuarta parte de la población se automedita, y con medicamentos cada vez más complejos", es la preocupante estadística del doctor Antonio Somaini, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal. En el ranking de la automedicación, los antibióticos ocupan un rotundo primer lugar. A éstos se suman los antiinflamatorios, analgésicos, sedantes y antihipertensivos "cuyo consumo aumentó muchísimo en gente joven", como afirma la doctora Claudia Botti, (Directora técnica de una farmacia de Capital Federal), Antimicóticos, antiácidos, anticonvulsivantes, anticonceptivos, colirios y gotas para los oídos, entre otros, engrosan el listado. A excepción de las sustancias psicoactivas (particularmente los estupefacientes, cuyo expendio está rigurosamente controlado), se coincide que la venta bajo receta en la Argentina "ya no existe". En un país como el nuestro, que ocupa el tercer puesto en el ranking mundial de gasto en medicamentos per cápita, con 180 dólares anuales, después de Alemania, Japón y Estados Unidos, la automedicación es un hábito que expande vigorosamente sus raíces a partir de la repetición de conductas aisladas. Una de ellas, irónicamente, es la prescripción médica: "El médico indica una droga durante 15 días -explica Schiffrin-, pero el paciente no la suspende, o se auto-aumenta la dosis o, cuando vuelve a sentirse mal, la toma sin consultar". (86)

4.5.a- La Automedicación femenina

Según los datos aportados por el Colegio de Farmacéuticos, el 65% de quienes se automedican, son mujeres. No se puede dejar de mencionar que las mujeres son también protagonistas de otro inmenso campo de la automedicación: el de los

anticonceptivos. La automedicación en las mujeres, esta directamente relacionada con las actividades que desarrollan las mujeres de hoy, en combinación con el cumplimiento de las exigencias personales y sociales. La exigencia social "somete" a las mujeres a un estilo de vida donde prima el estrés y la búsqueda de un óptimo cumplimiento de sus actividades familiares y profesionales (evidentemente a costa de la salud). La mayoría de los casos de automedicación, ocurren debido a la recomendación que un amigo o familiar hace de alguna medicina. La Automedicación en la Sociedad actual, se encuentra promovida por el acelerado ritmo de vida llevado en la sociedad actual y a la gran incorporación de la mujer al mundo laboral, ha llevado a la población, a cambios en sus hábitos. El uso, abuso y mezcla de medicamentos sin prescripción médica, es un fenómeno que se ha desarrollado en las últimas décadas. En una muestra de 100 personas: 47% hombres y 53% mujeres, de ellos el 91% se automedica y el 9% no, siendo las mujeres las que más se automedican. Las personas que más se automedican son las que trabajan en empresa privada y la mayoría por falta de tiempo para acudir al médico. (87-88)

4.6.- Utilización de los servicios de atención

Los motivos por los cuales una persona consulta, van mas allá de la carga de morbilidad que puede estar sufriendo. Es bien conocido el fenómeno de “*icerberg de la enfermedad*” -descrito por Last en 1963- donde solo una pequeña parte de las personas con síntomas consultan al médico (encontrando bajo la superficie, otros grupos que no demandan)

Los patrones de utilización, son determinados, entre otras características, por la necesidad sentida en salud, entre otras características y que no todos los problemas de salud son manifestados en el momento de la consulta,

El modelo de Kalimo propone, que la población que percibe el valor del uso de los servicios, es aquella que demanda atención, y luego si es atendida, será la que utiliza los recursos -aunque excluye- la posible existencia de grupos que utilizan los servicios o demandan, sin estar clasificados como una población enferma o con percepción de necesidad. (89-90-91) En tal sentido, resulta de valor el análisis cruzado combinando ambos conceptos. (Figura 1)

Enfermedad (definida por la ciencia)				
No utiliza	SANO	SANO. Percibe necesidad NO demanda	ENFERMO NO percibe NO demanda	ENFERMO Percibe enfermedad NO demanda
SI utiliza	SANO. Utiliza medicina preventiva	SANO por definición médica NECESITA atención DEMANDA	ENFERMO NO PERCIBE enfermedad DEMANDA control de salud	ENFERMO PERCIBE Y DEMANDA

Figura 1- Modelo (modificado) de Härö Purola

4.6.a.- El tamaño de la familia -o el número de hijos- parece influenciar la utilización de consultas, y la estructura de la familia puede ser otro factor que afecte la utilización. La familia, no solo el número, sino la disfunción familiar o el stress, demostrado por Parkinson, influyen la utilización; controlando la edad, sexo y raza, los pacientes con 6 o más visitas, tenían stress familiar.

La madre parece afectar en la utilización de los servicios de salud de los hijos - aumentando la frecuencia con que consultan si ellas son también, grandes utilizadoras, hecho demostrado por Oakley (1993) en Inglaterra. Aquellos con menor soporte [red] social son menos utilizadores (Krasnik et al .1997) (92)

4.6.b. Modelos en el proceso de interacción (entre usuarios de la atención médica y los proveedores de servicios de salud) se definen los modelos epidemiológico, psicosocial, sociológico y económico.

* El modelo epidemiológico, hace énfasis en la etapa de necesidades de salud;

* El psicosocial enfatiza más su análisis en la etapa del deseo de la atención médica, dando valor, aunque en menor grado, a la etapa de continuidad de la atención (adherencia).

* El sociológico, además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de percepción de la necesidad y en cuanto al camino a seguir en función de la accesibilidad;

* El económico, el cual su mayor énfasis está en la etapa de inicio y continuidad, con aportes sobre la disponibilidad de los servicios y el poder económico de la población para utilizar servicios.

En la década 1980-89, Brehil y Granda consideraron que, para que se utilice un servicio de salud se debe producir en el sujeto, un proceso escalonado de transformaciones que lo llevaran a:

- La senso-percepción de un problema;
- El registro racional de la existencia del problema;
- El planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema;
- La selección de los medios de solución y
- La ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva) (93) (94-96)

4.6.c. Gasto en salud: ha sido mensurado por la Dirección de Estadística e Información de salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación desde 1989 cuando consideró incluir en la EPH -Encuesta permanente de Hogares- (**Tabla 2**) el módulo sobre Utilización de Servicios de salud y gasto en salud, incluyendo contenidos como:

- a) Afiliación
- b) percepción de enfermedad
- c) utilización y gasto en Servicios de salud

d) contenidos sociales y demográficos específicos.

Desde 1995, la Dirección de estadísticas- incorpora un modulo de utilización y gastos de Servicios de Salud (SS) dentro de la encuesta de estratificación social en el área metropolitana de Buenos Aires. (94)

Variables de utilización de servicios de salud. Encuesta permanente de hogares 2010

	Afiliación	Consulta a medico	Consulta a dentista	Consulta otros	Medicam	Análisis
Varones	66	35,1	12,6	5,6	64	16,6
Mujeres	67,2	49,2	18,7	8,3	74,6	24
Nivel de educación						
Hasta Primario Completo	60,5	41,8	12,3	6,1	67,6	19,8
Est. Secundarios	62,2	41,1	15,5	4,8	68,7	20,3
Est. Superiores	83,4	44,2	20,6	11,9	72,6	21
quintiles ingreso						
Quintil 1	43,4	44,5	12,7	6,4	72,5	22
Quintil 2	60,7	40,5	14,6	6,1	68,2	22,1
Quintil 3	61,8	39,6	15,1	5,1	68,6	17,6
Quintil 4	78,9	40,2	12,5	6	67	16,5
Quintil 5	83,3	42,4	22,5	9,2	69,4	22,5

Tabla 2. Encuesta permanente de Hogares. 2010.

La tabla muestra que las mujeres para igual porcentaje de afiliación, presentan un 15% y 10% (mayores consultas y medicamentos respectivamente) y entre un 5 y 8% mayor para las otras variables consideradas.

4.6.d. Nivel de instrucción: La información permite analizar el efecto directo de la educación y el indirecto a través de los efectos de las condiciones económicas y status de empleo:

- El porcentaje de afiliación aumenta con la edad, las mujeres exhiben un mayor número de afiliaciones y las diferencias desaparecen después de los 30 años.
- En la afiliación a Obras sociales (OS) hay un ligero predominio de varones hasta los 44 años. En el grupo de 44 a 64 se invierte la situación. Exactamente lo contrario, se observa en la afiliación a prepagas, con predominio femenino hasta los 44 años.
- La afiliación tiende a aumentar con el nivel de educación.

La afiliación a OS es mayor en las mujeres con nivel de educación mayor y en los hombres a prepagas.

- La utilización de los SS, incluidos medicamentos, no se diferencian entre OS y prepagas, la no afiliación por su parte tiende a estar vinculada a consultas en menor proporción y a exhibir mayor porcentaje de consumo de medicamentos.

La Encuesta Nacional de factores de riesgo (2009) expone significativa diferencia en la asociación entre nivel de estudio y utilización de servicios preventivos (PAP y Mamografía). (**Tabla 3**)

Klienman y Newachek, demostraron que si estudiaban la utilización, sin separar por grupo de necesidad, no existían diferencias entre los grupos sociales, pero si estudiaban el grupo con mayor necesidad, las personas con clases sociales mas bajas, consultaban en menor proporción que las personas con clases mas altas, manifestando así la existencia de inequidad.(98).

Encuesta Nacional de factores de riesgo. 2009			
Nivel de instrucción	Primario incompleto	Primario completo o secundario incompleto	Secundario completo o más
Papanicolaou	40.3%	53.5%	70.4%
Mamografía > 40	34,9%	46,7%	70,8%

Tabla 3.- Realización de Papanicolaou/ Mamografía en los últimos dos años según educación, (Población: mujeres) Total País. Año 2009. Fuente: msal.gov.ar/vigilancia/encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo 2009.

4.6.e.- Médico definido (de cabecera o referente)

Esta ocurrencia [médico definido] de estar presente, se encuentra asociada con mayor utilización. Los investigadores que utilizaron esta variable Alpert Andersen; Aday y Becker, entre otros; encontraron que era uno de los factores mas importantes en la utilización, y también puede ser considerado un factor en la calidad de atención, vinculado con la continuidad de la asistencia y de la relación médico-paciente, conforme explica Donabedian. El factor “médico definido” afecta tanto el número de consultas médicas como de internaciones. Inversamente, la categoría estudiada “No medico definido” se asoció con mayor número de consultas de emergencia. La utilización y sus determinantes, tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad. A lo largo de este proceso, se identifican como determinantes del deseo de atención, aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la tolerancia al dolor y a la incapacidad. Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente, lo que ha permitido el estudio de la utilización de servicios de salud desde diferentes enfoques, que a su vez, ha dado lugar al diseño de diversos modelos que intentan explicar el motivo por el cual la población, hace uso o no de los servicios (99-102)

4.7.- Proceso de la atención médica

El proceso de atención médica, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan -en forma paralela- el otorgante de la atención médica, por una parte, y el paciente (usuario) por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica, surgen como respuesta a una necesidad, que generalmente se percibe como una alteración de la salud; determinada en primera instancia, por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo.

Según, Edgar Morín (1990), el estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser por necesidad, multifacético. Cada vez más la mente humana, si bien no existe sin cerebro, tampoco existe sin tradiciones familiares, sociales, genéricas, étnicas, raciales; solo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas, y el mundo físico es siempre el mundo entendido por seres biológicos y culturales. (103)

La oferta de servicios de salud -en gran medida- induce la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, sea por la población o por el usuario de los servicios. Incluso, el profesional de la salud puede ser el primero en detectar la necesidad y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica. Hay evidencias expuestas en el apartado de automedicación, que muchas personas se automedican sin consultar a profesionales de la salud, pero sí lo hacen, consultando previamente, a su red de relaciones sociales (amigos y familiares) para identificar la conducta a seguir ante la percepción de un daño a su salud.

En el caso de la interacción con profesionales de la salud, el proceso de búsqueda de la atención, lleva a establecer contacto directo con el médico y las instituciones de salud. En algunas situaciones, el camino que lleva hacia el médico, es un tanto complicado e intervienen en él, amigos y familiares; lo que Freidson llama "sistema no profesional de referencias". Una vez establecido el contacto con el médico, éste fija una serie de actividades que son el proceso de diagnóstico, la toma de decisiones, y el proceso terapéutico; en el cual ya interviene un "sistema profesional de referencias". Este sistema de referencia no es más, que la red de relaciones profesionales del médico, con otros de sus colegas. (104)

El comportamiento del paciente y el comportamiento del otorgante (médico-Institución) convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Se puede decir, que el proceso de atención médica, tiene la propiedad de ser "circular": comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa.

En coincidencia con ello, se puede definir a la fuente principal de atención, al punto central de su patrón de atención médica (AM), aquella a la que se acude cuando se necesita consejo o AM.

Es la fuente que tiene mayor importancia, que será analizada como variable de diferenciación de nuestro grupo de estudio, utilizándola como punto de referencia o como fuente continua de comprobación y tranquilidad

Mas en la organización, que en la cultura, la presentación social de la enfermedad se valida con la consulta al experto científico [el médico]. Parsons, habla de la validación o legitimación y Freidson va más allá, y atribuye al médico la creación del estado social de enfermo. Sendrail se pregunta: ¿“La Medicina misma, al fin de cuentas, unida a la legislación social, ¿no se encarga acaso de enseñar a los que hacen ostentación de una salud insolente, el arte de estar enfermo?” (105-106)

4.7. a.- Interacción médico-paciente:

Las variables que tienen que ver con la interacción médico-paciente forman uno de los determinantes del cumplimiento terapéutico y se cuentan entre las más relevantes en la explicación de esa conducta. La explicación del cumplimiento como conducta, se asume que se debe entender sobre la base de la teoría del rol, es decir, del papel social de ambos actores, y de la forma de interpretación que elijan.

Sobre esa base, podemos establecer diversos componentes para considerar los grados de cumplimiento o de incumplimiento:

- Las conductas de representación de los papeles sociales de paciente y de médico,
- las de representación del rol de paciente cumplidor o no cumplidor, las expectativas validadas a cada uno de los papeles complementarios -o del resto del microsistema social- (esposo/a, familiares, etc.) y
- las evaluaciones periódicas que los actores hacen de su representación en la interacción.
-

Así, el grado de cumplimiento es mayor, cuando la persona ha incorporado a su auto-concepto el papel de enfermo y el de paciente (que no siempre coinciden). Un paciente cumple -más y mejor- en la medida en que demuestra conocimiento y competencia en la representación de su papel social y su conducta de cumplimiento aumenta cuando la representación de los papeles sociales complementarios (y del resto del microsistema social) es congruente con su propia representación. En la conducta de cumplimiento, se contemplan dos aspectos de la interacción que guardan relación con el cumplimiento:

1.- La efectividad de la comunicación y,

2.- El tono afectivo de la interacción (positivo en los casos en que se nota en el médico un interés y preocupación por conocer las expectativas del paciente, y negativo en los casos contrarios) (106-109)

La “buena comunicación”, sus funciones informativa y persuasiva, aparece como una variable relevante en la determinación del cumplimiento terapéutico. Es un requisito necesario (aunque no suficiente) del cumplimiento terapéutico que la

información e instrucciones del médico se recuerden y se comprendan de forma lo mas clara y precisa posible Dentro de este mismo grupo, el “tono emocional” del encuentro clínico, puede influir mucho en el cumplimiento del paciente. Cuanto mas negativo sea el tono emocional de la interacción, menor será el cumplimiento; cuanto mas positivo sea el tono emocional, mayor será la tasa de satisfacción del paciente y mayor será su grado de cumplimiento Hay una fuerte correlación entre la satisfacción del paciente y la interacción con el médico y su cumplimiento. (110-115)

4.7.b.- Modelos teóricos de RMP:

Se han propuesto modelos teóricos de RMP que intentan explicar los distintos roles que puede ocupar el médico y /o el paciente en los intentos de constituir la alianza terapéutica o relación médico paciente (RMP):

1.- La relación Cuasidiádica de Pedro Laín Entralgo, está basada en el binomio “Menester-amor”, en el cual, existiría un carenciado y un satisfactor de esa carencia, es un encuentro entre dos personas, una de ellas necesitada de ayuda (el enfermo) y la otra (el médico) capacitado para brindar esa ayuda.

Laín Entralgo sostiene que, la relación M-P es “Cuasidiádica ya que el interés por conservar la salud es de ambos, pero es el paciente quien padece la dolencia”. Dentro de las formas de relación existe la llamada “Afectiva” desagregándola en:

- Camaradería — M y P aspiran a solucionar la enfermedad pero con poco compromiso personal.
- Amistad Médica— La confianza se acrecienta en la relación y el paciente empieza a revelar sentimientos profundos al médico, a quien ve como un confidente, el médico por su parte obra bajo el principio de la beneficencia hacia su paciente. La Relación es técnica y afectiva.
- Transferencia y Contratransferencia.- Tiene que ver con mecanismos internos que juegan en el médico y el paciente, transfiriendo a la relación, ciertas actitudes inadecuadas, repitiendo modelos aprendidos, etc. La Transferencia: es un fenómeno que favorece a la reactivación de conductas infantiles, irracionales, en un contexto favorecido por significado de la enfermedad, miedo a la muerte, etc. La Contra transferencia: Son todas las emociones que se despiertan en el médico por actitudes del paciente.

2.- El Modelo Interaccional, surge de algunos postulados de la psicología social y algunos de la Teoría de la Comunicación (1960), intenta explicar las relaciones humanas que se desarrollan entre M-P u otros profesionales de la salud. Aporta el concepto que la comunicación, es un proceso, más que un intercambio. Analiza 3 aspectos, el de las relaciones, el de las interacciones y el del contexto.

Relaciones.- Implica todos los aspectos psicosociales del rol que se desempeñe: Complementarias, donde cada uno de los miembros desarrolla funciones que son asimétricas, que no compiten ni se oponen, se articulan. El control es desigual, uno tiene más que el otro, las relaciones son estables y predecibles, no se pierde tiempo en la negociación. (Ej: Relación Médico – Paciente)

Simétricas: No existe desigualdad, el control se reparte por igual, ante cada cambio se redefine el control. Estas relaciones permiten compartir ideas, responsabilidades, y decisiones. (Ej, equipo de Profesionales entre sí en una sala de internación).

Paralelas: Los objetivos no son comunes, el control se transfiere entre los participantes. Puede virar entre complementaria y simétrica. (Ej, Medico Enfermera, médico que inter-consulta a un especialista)

Este modelo permite el análisis de la interacción entre M-P, M-familiares del paciente, Profesionales entre si, Enfermo con su familia. Las Interacciones, tienen que ver con las acciones y afectos recíprocos entre los miembros del equipo de salud, incluyen la comunicación verbal y no verbal, la coherencia entre ambos tipos de comunicación, facilitan la comprensión del mensaje. El contexto, está representado por el ambiente donde tiene lugar la interacción M-P. El tono de la voz, la actitud corporal, que se expresan en el consultorio, no son los mismos que en la guardia de un Hospital.

3.- Modelo de Leary, es un modelo de interacción humana, sobre la base de la observación empírica de los acontecimientos que tenían lugar durante los tratamientos psicoterápicos que él [Leary] efectuaba. Sostiene que la interacción entre las personas gira en torno a dos ejes:

- Dominación – Sometimiento (adoptar una posición, determina la otra)
- Amor –Odio (asumir una conducta, estimula en el otro actitud del mismo signo).

4.- El Modelo de Hollender, se trata de un modelo centrado en las actitudes que, médico y paciente, pueden adoptar en el transcurso de una enfermedad. El Paciente se comporta con mayor pasividad en una emergencia (ej. accidente en vía pública), el médico por tanto debe ser activo, asemejándose al prototipo de relación de Madre-Lactante; en cambio, cuando la enfermedad es aguda (ej. Bronquitis), el médico asume la dirección con la cooperación del paciente, tal como ocurre en relación padre -hijo. En el caso de enfermedades crónicas o estrategias de rehabilitación, la relación evoluciona hacia una de participación mutua y recíproca, asumiéndose a una relación según el modelo adulto-adulto.(116)

En la concepción de la RMP como un proceso, se consideran un continuo de tres características donde la **Empatía**: a través de la cual el paciente (como cualquier persona) necesita ser querido y además que se lo demuestren; la **Aceptación**, en términos de moral, interesarse por lo que el enfermo hace y no por lo que el enfermo es y la **Veracidad**, que entiende que no hay justificación ética para la mentira, no obstante, se debe considerar que así como el paciente tiene derecho a saber, hay ocasiones que tiene derecho a no saber y esto debe ser respetado.

Francis, Korsch y Morris, demostraron que una relación de tipo formal era más probable que se tradujera en un cumplimiento de tratamiento, que una relación amistosa. La conducta extremadamente cordial y amistosa, aumenta la satisfacción, pero no tiene efectos demostrables en el cumplimiento de los consejos médicos. (117)(118).

Algunas evidencias sobre las reglas de decisión, tipos de error y consecuencias en el diagnóstico médico, coloca al médico en situación de aumentar el error de tipo 2 (tomar como enfermo a alguien sano) cuando realiza atención médica directa a alguna persona vinculada particularmente con él (**esposa propia o de un colega**) en virtud de la responsabilidad personal que esta relación provoca (119)

La relación médico-enfermo consta de 2 términos “médico” y “enfermo”; para constituirse, cada término “dice al otro”. Si cada componente no dijera ser “el otro” no se tendría en absoluto la relación mencionada. En consecuencia, establecida la relación de médico, esta postula, de forma indiscutible, la co-relación inversa, la del paciente [o enfermo].

Daniel Silva expresa: “Las oposiciones extremas a este comportamiento se verán cuando el enfermo se vea convertido en objeto y desposeído de su “personidad” cada vez que el “iatra” entronizado en un seudotrón, se dirija a él imponiéndose y negándose a escucharlo como persona, o cuando imbuido en lo que ha denominado paternalismo médico, procura imponer sus criterios científicos sin escuchar el alegato en contrario o las objeciones que pueda formular el paciente.
Pero es también el paciente, el que puede tratar al iatra como objeto y no como persona, cada vez que deposita sobre el mismo, esperanzas infundadas o desplaza hacia sus conflictivos imposibles de sobrellevar, culpándolo de aquellos fracasos no culpables o de aquellos resultados no deseados”

Si en toda actividad humana, las fallas son comunes, en la práctica clínica, en la que se juega [nada menos] que el bienestar, la salud e incluso la vida de un semejante; la incertidumbre es una constante. (120) (121)

Aracely Granados Díaz en “*Cuando el paciente es otro médico*” observa que los médicos en algún momento de su vida también consultarán a un colega por algún mal funcionamiento de sus sistemas. Como seres humanos, sabedores de lo que han aprendido en la Universidad, consultarán con el amigo -seguramente especialista- ya sea con un profesor que les impartió la materia, o con alguno de sus compañeros del cual se sabe, fue un buen estudiante y buen médico. El programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), fue creado el año 1998 por el Colegio de Médicos de Barcelona “Ni los mejores pacientes, ni los más atendidos”. Se ha demostrado, que los profesionales de la salud se encuentran entre la población que recibe una menor atención sanitaria, bien sea por autosuficiencia, por la negación de las propias enfermedades, por consultas espontáneas a colegas, o por otros motivos. Tampoco entre médicos se establece la adecuada relación terapeuta-paciente. Uno y otro motivo, los sitúa paradójicamente, como uno de los colectivos peor atendidos dentro del sistema sanitario. (122)

El pico máximo de esta problemática es cuando la enfermedad, le toca a algún **familiar de un médico**. La prescripción superficial que solo retrasa el diagnóstico y las complicaciones subsecuentes, además de la terrible falta de empatía del médico con quien lo consulta; es algo tan doloroso, como la enfermedad propia o de alguien cercano.

4.8.- Proceso salud-enfermedad- atención médica (PSEA) y género.

Una mirada feminista de la salud, propuesta por Paula del Cid Vargas -en un artículo de mujeres en red- revisa la historia, cuestiona la posición, condición y situación de mujeres y hombres, sus cuerpos y sus vidas y propone formas nuevas de pensar y actuar en este campo. Si bien con el "desarrollo" de la sociedad, las mujeres han incursionado en el espacio público, donde por lo general perciben menor remuneración, las actividades del ámbito privado continúan siendo asumidas casi exclusivamente por ellas.

Esto conlleva una sobrecarga de trabajo que se reflejará posteriormente en diversos malestares.

Carol Gilligan, refiere que esta especialidad, construida entre las mujeres para el cuidado de otros y esa expectativa constante de identificar lo que otros necesitan o requieren, limita las posibilidades de decisión sobre sí mismos y donde se encuentran a merced de lo que otros decidan por ellos.

Esta imposibilidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, es otro factor que se reflejará en las enfermedades y malestares que padezcan.

La autora asegura que *“o para garantizar la procreación o controlarla, las mujeres han sido el objeto o el medio, aportando una visión restringida y misógina de la salud de las mujeres, que ocasiona que sus problemas de salud sean invisibilizados, sirviendo al discurso moralista que controla el cuerpo y la sexualidad de las mujeres.”*(123 -124)

El papel que el trabajo desempeña en el bienestar psicológico de las mujeres es complejo y depende de una amplia serie de variables ligadas a la naturaleza de éste, su valoración social y las posibilidades que ofrece en su proceso de desarrollo personal. A la hora de analizar el papel que el trabajo puede ejercer en la salud mental de la mujer, es necesario tener en cuenta los aspectos inherentes al significado y el sentido personal y social del mismo. (125-127)

Una investigación cualitativa (Universidad Pontificia) sobre Género, psicofármacos y la opinión de los prescriptores; permitió conocer la opinión sobre los factores que influyen en la prescripción diferencial a psicofármacos y analizar los discursos con el objeto de mostrar los posibles sesgos de género implícitos.

Se dibujó el perfil de la persona consumidora de antidepresivos como:

“una mujer en torno a los 50 años, ama de casa, que vive en pareja, con estudios primarios y nivel socioeconómico bajo en la que subyacen creencias asociadas con el sexo, tanto en la relación médico-paciente como en la prescripción de medicamentos”.(128)(129)

La cultura occidental durante siglos se ha asentado en el principio que las mujeres son diferentes de los hombres, “inferiores y dependientes” (García, 1990).

De las mujeres se espera, una menor consecución de éxito, de rendimiento y de competencia, en definitiva, una menor predisposición hacia el deporte, fenómeno contradictorio desde otras lecturas, ya que se fomenta la actividad física femenina, como una de las formas para conseguir una imagen corporal impecable y que exige grandes gastos y sacrificios (130)

Estas paradojas conspiran contra la propia salud femenina, generando en las mujeres trastornos tales como la anorexia nerviosa, bulimia y adicciones, etc. La propia sociedad propugna la búsqueda continua del autocontrol, de la autodisciplina en el comer, en la sexualidad, etc. y a la vez, del consumo sin medida. (131)

La dominación masculina según Bourdieu, es un ejemplo de dominación paradójica, ejercida por medio de la “violencia simbólica” que es insensible e invisible para los dominados, ejercida a través del conocimiento, reconocimiento y del sentimiento, pero además, es admitida tanto por el dominador como por el dominado. Encuentra en Occidente, esta manifestación en las formas convencionales de escoger pareja; el hombre debe ocupar la posición dominante en la pareja, como ser: más alto, más viejo o tener mejor posición económica. (**Esposo médico**)

Es aquello definido por el autor como “capital simbólico” que representan propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas como: autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc, que según el autor “no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido” (132)

El análisis crítico del discurso, pone de manifiesto la ideología que subyace en algunos prescriptores. Las creencias ideológicas asociadas con la debilidad de las mujeres, generan una valoración desigual ante los mismos problemas de salud. Resulta significativo constatar el discurso de algunos profesionales, en los que aparece una minimización de la importancia asignada a los malestares de las mujeres y una maximización de la misma afección, cuando se presenta en los varones. En el grado en que se percibe y se espera un determinado comportamiento, se diagnostica y se trata en la misma línea. La profecía auto-cumplida comporta un doble efecto perverso: por un lado, infravalora o minusvalora las enfermedades psiquiátricas de las mujeres y, por otro, confiere un estado patológico a malestares sociales y favorece su medicalización. (133) (134)

En las Estadísticas Nacionales sobre consumo de sustancias, se observa que en el caso del consumo de alcohol, sigue siendo importante la diferencia en favor de los hombres, aunque no tan marcada para el consumo de tabaco, se mantiene casi constante por grupo de edad para ambas sustancias y aumenta con el nivel de estudio para el consumo de alcohol;

- Los tranquilizantes sin prescripción médica están aumentados en las mujeres y se constata en mayor proporción a medida que aumenta la edad.
- En las mujeres, sus dolencias conllevan una mayor utilización de los servicios y un

- Mayor consumo de medicamentos, lo que denota un diferente comportamiento.
- Las mujeres acuden con más frecuencia a la consulta médica y al dentista, pero se hospitalizan menos (si se excluye el motivo del parto).

Guillen, 1990; Nathason y Lorenz, 1982; Piperno y Di Orio, 1990 afirman que:

Consumen más medicamentos, especialmente a medida que envejecen y disminuyen los ingresos familiares y su nivel educativo.

Otros como Clark, definen que el consumo de medicamentos y las consultas en urgencias, se incrementan en las mujeres que trabajan en el hogar, al tiempo que disminuyen las visitas al dentista; en enfermedades laborales, “ellas se enferman más y ellos se accidentan”. (133- 139)

Carme Valls, (en “Mujeres invisibles”) denuncia que la FDA publicó una guía que excluía a las mujeres en edad fértil de los ensayos (con el argumento de prevenir un riesgo potencial de daño fetal)

¿Se ha podido dañar a las mujeres en lugar de protegerlas?

15 años más tarde, la FDA, reconoce su error y en 1993 publicó una guía de estudio y la evaluación de las diferencias según sexo y se recomienda aplicar enfoque de género al diseño de estudios. (140)

Es lo que en 1991, Bernardine Haely denominó el síndrome yentl “*ante la enfermedad, las mujeres han sido invisibles a la atención sanitaria, a los procedimientos diagnósticos e incluso a los tratamientos*”.

En cuanto a lo que significa simbólicamente el corazón, la mujer ha estado mas cerca de lo sentimental y sensible por paradigmas culturales que dicen que “la mujer es y debe ser sensible” en Argentina el año 2010 alrededor de 97.000 personas murieron por causas cardiovasculares y 49.000 de ellas fueron mujeres.

Lo significativo, es que una enfermedad tan grave como las relacionadas con la falla cardíaca, sea subestimada por mujeres y por los propios médicos que toman como signos de alerta cardíaca, los signos masculinos, y desconocen los otros síntomas femeninos, una extensión de un problema social en donde la diferencia, se convierte brutalmente en desigualdad.

Cuando se habla de “problemas del corazón” en relación a las mujeres, la asociación inmediata esta relacionada al amor, sin embargo mientras en los últimos 10 años se redujo la aparición de la enfermedad cardiovascular en los varones, en las mujeres se incrementó. Solo el 13% de ellas considera que el corazón pueda representar un problema.

Las mujeres sufren más complicaciones de salud (morbilidad) en todos los rangos de edad, culturas y grupos socioeconómicos (OMS, 1996).

La vida más prolongada de las mujeres no es por fuerza, más sana (OMS 2009)

5.-- Interrogantes a delimitar:

Dentro del marco de teorización expuesto, determinantes como el género, la clase social y cultura; así como los condicionantes de percepción/utilización, médico definido y cobertura formal; permitirían valorar a las ESPOSAS DE LOS MEDICOS como beneficiadas - o perjudicadas- por la asociación de ciertas características analizadas en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Su disponibilidad en el acceso a los medicamentos y una ineludible relación doméstico-profesional, admitirían el establecer una descripción objetiva sobre las características particulares de este subgrupo.

6.- DISEÑO METODOLOGICO



6.1.- Objetivo general

Describir si las esposas de los médicos, se comportan como subgrupo social diferenciado en el proceso salud-enfermedad-atención.

a).-Objetivos específicos:

1. Relacionar la edad, nivel de instrucción y trabajo fuera del hogar con la percepción de estado de salud.
2. Establecer la fuente principal de atención y actitud, frente a un problema de salud.
3. Particularizar los beneficios/ consecuencias de considerar al esposo médico como el médico referente o de cabecera.
4. Valorar si la modalidad formal o informal de los servicios generada por su condición de esposa de médico.
5. Relacionar con las esposas de profesiones no médicos, las dimensiones aplicadas al grupo objeto de estudio.
6. Reflexionar estas variables desde la perspectiva del médico.
7. Analizar la tasa de utilización formal o registrada

6.2 Población en estudio: Mujeres esposas de médicos.

7.1.- Criterios de inclusión: Parejas femeninas de médicos hombres en actividad.

7.2.- Criterios de exclusión: Parejas femeninas de profesión médicas.

6.3.- Material y métodos

a) Material (Objeto - Unidad de análisis):

- 50 Esposas de médicos del conurbano bonaerense sur y (ESPOSAS)
- 50 esposas de hombres con otras profesiones (NO ESPOSAS)

b) Objetos intermedios de análisis:

- 50 Médicos (Fuentes primarias)
Cuestionarios sobre sus esposas y esposas de colegas.
- Servicios de atención de la salud. (Fuentes secundarias)
Registros de utilización formal de esposas de médicos.

c) Métodos :

C.1.- Cuestionarios auto-administrados destinados a:

- A) Esposas de médicos (denominación: ESPOSAS. Sigla- EM)
- B) Esposas de hombres con profesionales no médicas y (denominación: NO ESPOSAS. Sigla: ENM)
- C) Médicos.

C.2.- Registros de atención a esposas de médicos en la Obra social de médicos (OSMEBA)

C.3.- Entrevistas (como prueba piloto)

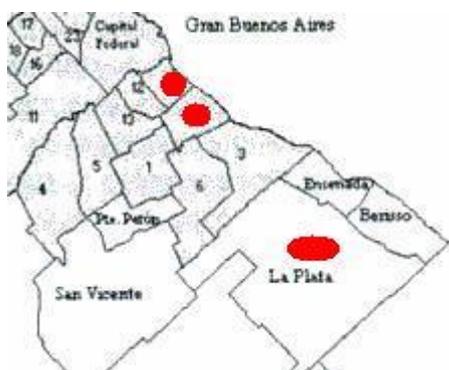
6.4.- Período:

a) Inicial: 30 de Julio del 2005 al 30 de Junio del 2008

b) 2º Período (2º oleada, revisión y avances) 30 Marzo 2010 al 30 Julio 2013.

6.5.- Territorio de aplicación:

Conurbano y región sur de la Pcia de Bs. As (Avellaneda, Quilmes y La Plata)



Población de médicos calculada en el territorio de aplicación: 2.984 médicos hombres. (3,8 médicos por cada 1000 habitantes en tres Municipios de 340.985 (Avellaneda) 580.829 (Quilmes) y 649.613 (La Plata) con una proporción del 49% médicos sexo masculino.

Fuente: Red Federal de Registro Profesionales. Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

6.6.- Diseño: Estudio descriptivo. Cualit-cuantitativo. **Muestra:** no probabilística intencional.

6.7.- Descripción:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo. Nos conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación, mientras que la cualitativa no pretende generalizar, de manera probabilística, los resultados a poblaciones más amplias ni necesariamente obtener muestras representativas.

Una Muestra no probabilística intencional, comprende los procedimientos de muestreo intencional que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra puede ser pequeña.

El método racional -descrito el filósofo inglés Francis Bacon-, es el utilizado para obtener conocimiento sobre fenómenos que no son susceptibles de comprobación experimental. Entre las áreas que se apoyan en este método para la resolución de sus inquietudes, se destaca la filosofía. Es la observación y en la aceptación de ciertas

existencias que poseen evidencia en la realidad. A través de él puede conseguirse comprender de una forma más amplia la humanidad, la vida, el mundo y al ser. (HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL PENSAMIENTO CIENTÍFICO. Ramón Ruiz Limón. 2006)

6. 7.a.- El cuestionario como instrumento

El instrumento se ha elegido como una estrategia metodológica principalmente cualitativa, entendiendo que es la que mayores posibilidades ofrece para generar una descripción del problema en estudio, sumando la aplicación de análisis cuantitativos de fuentes secundarias, tablas comparativas del objeto principal y los secundarios.

Nos permiten abordar las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad, así como conocer los comportamientos, creencias, actitudes y percepciones de los problemas de salud por parte de la población, de una manera más adecuada y completa.

El nuevo paradigma de la salud, exige indagar a fondo acerca del *por qué y el cómo*, complementando así las respuestas que hasta ahora y desde otra perspectiva, han respondido *en qué medida y cuanto*. (141).

Siguiendo esta línea de estudio, el objetivo principal es entender a la sociedad [aplicado a este grupo particular] desde la perspectiva del sujeto-actor, considerando que la realidad es todo aquello percibido y entendido por las personas.

En las investigaciones cualitativas existen ciertos criterios de rigor propuestos por Krefting y col.(1991), quienes plantean una adaptación de “criterios de validez y confiabilidad” distintivos para estas investigaciones:

- Es creíble, cuando presenta una descripción detallada de los hechos tal cual las personas lo sienten;
- es aplicable, cuando los investigadores maximizan la diversidad en la obtención de la muestra y
- es consistente, cuando otro investigador puede realizar una replica obteniendo resultado similares, nunca contradictorios.

Se suele adjudicarles falta de rigor - como la presencia de sesgos- siendo la manera de minimizarlos, entre otras, la triangulación metodológica. En el presente estudio, se utiliza un grupo comparativo y un registro formal de utilización.

El fortalecimiento de las encuestas de vigilancia de comportamiento (EVC), tan utilizados en el análisis de indicadores socio-demográficos, son métodos cuantitativos que en realidad surgen de entrevistas y métodos cualitativos para elaborarlas.

El Cuestionario es un instrumento impreso –predeterminado- destinado a obtener respuestas a preguntas abiertas y cerradas (mixtas) sobre el problema en estudio que el investigado llena por sí mismo (auto administrado). Debe contener en orden de relevancia, todas las preguntas que conducirán a responder lo formulado en los objetivos propuestos.

El Cuestionario de Salud SF-36 es el más usado en la bibliografía internacional para medir la calidad de vida relacionada con la salud. La consistencia o fiabilidad interna de cada escala es mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La Entrevista es un formulario semi-estructurado basado en el cuestionario auto-

administrado, que el investigado responde al entrevistador y que aporta datos subjetivos. Se utiliza como prueba piloto del cuestionario. (142-144).

Ventajas y desventajas del Cuestionario auto-administrado como elección del método de recolección de datos:

- Es un método estandarizado teniendo la formulación precisa y el orden de las preguntas decididas de antemano, ya que proporcionan mayor seguridad que los datos sean reproducibles.
- El cuestionario auto-administrado requiere de cierto nivel de instrucción del encuestado.
- La entrevista, aporta atmósfera facilitadora para la posibilidad de preguntas aclaratorias siempre que este realizado por personal calificado.

Las respuestas también dependen a quien sean hechas, **las esposas** tienden a referir más patologías propias que las de su cónyuge.

Asimismo, cabe subrayar que cualquier variable que sea sometida a consideración, nos pondrá frente a afirmaciones, no ante mediciones directas.

En actitudes, sentimientos y creencias no existen métodos directos de medida. Si una persona responde sentirse bien, no necesariamente estaremos conociendo la auto-percepción que tiene de su salud, sino lo que refiere de ella - cuestión no equivalente- por muy interesante que pueda resultar en si misma. (145)

6.7. b.- Ejes temáticos de los cuestionarios:

Cuestionario y entrevistas a esposas de médicos (Anexo I)

La valoración del estado de salud con el Modelo de Encuesta Nacional de salud Cuestionario de Salud SF-36 (23) se tomó como modelo validado en la estimación de variables aplicadas al estudio como:

- Nivel de instrucción, edad, profesión, trabajo fuera del hogar;
- Susceptibilidad/beneficio de una acción de la salud,
- Dirección del proceso de la atención medica,
- Modalidad de atención, criterios de elección del médico, aceptabilidad y percepción de vulnerabilidad. Automedicación
- Accesibilidad. Atención diferenciada Hs laborales (del esposo médico)

Cuestionarios y entrevistas a médicos: (Anexo II)

- Evaluación de la percepción del estado de salud de la esposa,
- Dirección del proceso de la atención medica.
- Criterios de elección de otro médico.
- Estimación de los condicionantes en la atención a esposas de colegas

Cuestionarios y entrevistas a esposas de NO médicos: (Anexo III)

- Idénticas variables del cuestionario a esposas de médicos con Hs laborales del esposo y profesión u oficio.

El cuestionario consta de 57 preguntas dirigidas a esposas de médicos y no médicos

Pregunta 1 a 18: Preguntas personales, Estado de salud, cognición y estado de ánimo.

Pregunta 19 a 23: Factores de riesgo, susceptibilidad –beneficio.

Pregunta 24 a 33: Dirección del proceso de atención de la salud

Pregunta 34 a 55: Utilización de servicios, modalidad de atención, beneficio-consecuencia, aceptabilidad, cuidados preventivos, percepción de vulnerabilidad y libre elección del medico

Pregunta 56 a 57: Capital social, stress y características de la ocupación del cónyuge.

El cuestionario dirigido a médicos consta de 27 preguntas:

Pregunta 1 a 7: Preguntas personales generales

Pregunta 8 a 11: Referidas a su esposa, percepción del estado de salud.

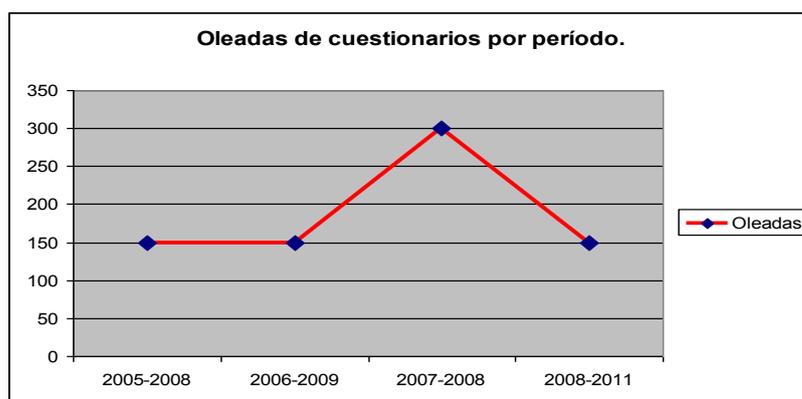
Pregunta 12 a 17: Dirección del proceso de atención.

Pregunta 18 a 27: Atención médica dispensada a esposas de colegas.

6. 8.- Técnica de recolección de datos y cronograma:

- 1) Se proporcionaron 150 cuestionarios estructurados auto- administrados a médicos hombres, asistentes al Posgrado en Medicina comunitaria de la Universidad de Buenos Aires. Período 2005-2008 (Primera oleada)
- 2) Se enviaron por mail 300 cuestionarios auto-administrados a asociaciones profesionales. Período: 2006-2009
- 3) Se entregaron al Circulo Médico de Quilmes 150 cuestionarios para su llenado y devolución espontánea. Período 2007-2008 (2° oleada)
- 4) Se enviaron 150 cuestionarios auto-administrados con metodología de bola de nieve a madres y abuelas de alumnos de escuelas privadas secundarias y primarias del partido de Quilmes y La Plata. Período 2008-2011
- 5) Se realizaron 5 entrevistas como prueba piloto del cuestionario. Período 2005
- 6) Se solicitó autorización escrita para el acceso a la base de datos de utilización de consultas y prácticas de esposas en la Obra social de médicos de la Provincia de Buenos Aires (OSMEBA)
- 7) Evaluación de tasa de uso –preestablecida para este estudio- de consultas, prácticas e internaciones en la OSMEBA. Período 2006-2008.

Cronograma				
Primera oleada. Entrevistas y encuestas en mano	Envío por mail	Segunda oleada. Círculos médicos	Registros de atención. OSMEBA	Técnica bola de nieve-mano y mail
2005-2008	2006-2009	2007-2008	2006-2008	2008-2011



6.9.- Método de Análisis de los Datos del cuestionario

El análisis de los datos del cuestionario, como cualquier otro tipo de datos de interés científico, ha de guardar relación con el problema de conocimiento que se trata de esclarecer y con la métrica de la información empírica que se tiene entre manos; por tanto, lo prioritario a realizar un cuestionario, no es ver qué dicen los datos sino qué dicen en relación con el problema que se plantea.

Una serie de conclusiones importantes sobre los datos relevados:

- La cantidad y calidad del conocimiento que se desea obtener sobre un problema no está necesariamente, en función del tamaño de la muestra empleada para hacer una encuesta.
- El margen global de error en los resultados de una encuesta no disminuye necesariamente, aumentando el tamaño de la muestra.
- Los datos de la encuesta son mas útiles, cuanto mayor sea la posibilidad de poderlos comparar con otros similares y anteriores en el tiempo o procedentes simultáneamente de otras poblaciones. (cuestionarios a médicos y a esposas de no médicos)
- Su componente tradicional es la descripción; se centra en el contenido y no en hipótesis, el objetivo principal es la descripción de ese contenido, de su fondo y de su forma.

En tanto no se trata de un estudio clínico-epidemiológico no se aplica la utilización del test de significancia.

6.10.- Descripción de Variables:

VARIABLES DEPENDIENTES: Percepción de (salud) enfermedad. Utilización de los servicios de salud.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Nivel de instrucción, ocupación. Edad. Fuente principal de atención médica. Utilización formal o informal. Automedicación. Trabajo fuera del hogar. Hs. de trabajo del esposo. Estado de ánimo. Internaciones. Consultas en urgencias. Atención diferenciada. Percepción de vulnerabilidad. Libre elección del médico.

a) Percepción de enfermedad - salud:

La calidad de vida incluye -según Mc Dowell y Newell- el grado de adecuación del individuo al entorno, principalmente al entorno físico, y a la opinión que tiene respecto del mismo. El perfil de impacto de la enfermedad SIP (Sickness Impact Profile) fue desarrollado por Bergner, como una medida de estado de salud percibida. La enfermedad puede afectar las actividades de la vida diaria, las percepciones y las actitudes. El SIP enfoca hacia los cambios en el comportamiento de una persona debido a la enfermedad. El paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no buscar atención (comportamiento activo como resultado del proceso de percepción de un determinado padecimiento) y a comprender -desde su propio entorno- el problema de salud que enfrenta. A este respecto, la relación médico-paciente es uno de los aspectos ambientales de mayor importancia en el proceso de percepción de la enfermedad. (146)(147)

b) Utilización de servicios desde la perspectiva del usuario:

La utilización de servicios de salud se comprende como resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor de los servicios y de los atributos del sistema de atención. Suchman, Rosenstock, Mechanic y Andersen (1992) han demostrado que la adopción de decisiones en el campo de la salud, es un proceso en el cual el individuo pasa por algunas etapas y que la interacción con el medio influye en las decisiones del individuo y en su posterior conducta.

El estado de salud percibido, traducido en la presencia de síntomas y en el grado de incapacidad que le produjeron dichos síntomas o una dada enfermedad, define en gran medida, el sentido que los individuos le atribuyen a los actos relacionados con el cuidado de su salud y se relaciona directamente con la utilización de servicios. (148-149)

d) Utilización formal de los servicios

Primaria: Consulta programada con anticipación o con horario y lugar preestablecido, realización de Historia Clínica.

Secundaria: cumplimiento de las prescripciones médicas y farmacológicas, citación al control evolutivo de la enfermedad.

e) Accesibilidad:

Floreal Ferrara (en TEORÍA SOCIAL Y SALUD. 1985) toma el concepto de accesibilidad y sus cuatro formas “clásicas” (geográfica, cultural, jurídica y económica) aclarando que “son fácilmente reducibles por la influencia de la estructura social determinante” siendo la geográfica especialmente determinada por la pertenencia a una clase social, la cultural marca la diferencia de clases entre médico y paciente (relación acentuada en estado de enfermedad), la jurídica marca las diferencias entre derechos declarativos y beneficios reales; la económica como el grado de facilidad que tiene el individuo -o la comunidad- en utilizar los servicios de salud y consumir los bienes en un tiempo y lugar determinado y finalmente [y sumada] la administrativa, que hace referencia a la burocracia y señala que es un mecanismo de control social. La accesibilidad administrativa, pasa por la participación en el poder político y social de aquellos que demandan prestaciones de salud.

El tiempo de desplazamiento del paciente a la fuente de atención, tiempo de espera para obtener una cita y tiempo en la sala de espera, es conocido como Índice de acceso de Chen (150) (151)

f) Fuente principal de atención médica: se considera al punto central de su patrón de atención médica, aquella a la que se acude cuando se necesita consejo o Atención médica (AM). Es la fuente que tiene mayor importancia, utilizándola como punto de referencia o como fuente continua de comprobación y tranquilidad.

g) Automedicación: Auto suministro de elementos farmacológicos con fines curativos de un problema de salud reciente que no se resuelve en forma espontánea. También es considerada por la OMS como indicador de autocuidado.

h) Atención diferenciada: percepción de recibir beneficios o privilegios en comparación a otros usuarios del mismo servicio.

i) Tasa de utilización/año (variable ordinal definida para este estudio) (**Tabla 4**)

Prestación	Baja	Mediana	Alta	Muy alta
Consulta	< 4	4 a 8	9 a 12	> 13
Laboratorio (*1)	< 6	7 a 18	19 a 24	> 24
Prácticas	< 4	4 a 7	8 a 15	>15
Internaciones (*2)	< = 4	5 a 10	11 a 29	> de 30

Tabla 4. (*1) Unidad de rutina de laboratorio (9 determinaciones) (*2) Unidad día de internación.

6.10.a.- Operacionalización de variables

Dimensión	Variable	Pregunta	Número de pregunta
Percepción de salud/enfermedad	Percepción del estado de salud	¿Como calificaría hoy su estado de salud?	11
	Percepción de susceptibilidad/beneficio	¿Cree enfermarse con más frecuencia o de mayor gravedad que otras personas?	21
	Acción/beneficio	¿Que actitud toma? Consulta/se medica/deja que pase.	22
		Consulta especialista- Automedicación- Estudios diagnósticos- Ignorar los síntomas	38
	Grado de Satisfacción general, física y mental	¿En qué medida se siente satisfecho con su estado de salud?	57
Dirección del proceso	Fuente principal de consulta	¿Ante un problema de salud con que persona lo comenta primero?	25
Modalidad de atención	Formal / informal	¿Como fue la consulta con el médico? Turno/H.C/ Seguimiento	34
	Consejería	¿Que tipo de consejos/indicaciones recibió?	36
Accesibilidad	Control de salud	¿Cuando realizó el último control ginecológico?	41
	Libre Elección	¿Entre cuantos profesionales pudo elegir?	44
	Lugar de atención	¿En qué lugar recibió la atención?	45

6.11.- Limitaciones al estudio:

- Precisar si entre los familiares directos de las esposas de no médicos (hijos, padres) hay médicos en actividad.
- Establecer con exactitud la ocupación de las esposas en los registros (fuentes secundarias) de información provenientes de OSMEBA (no consta en la base de datos) para definir si forman parte de los criterios de exclusión.
- Se eliminaron del plan de análisis, cuestionarios con más de 2 preguntas sin responder.

7.- PLAN DE ANÁLISIS:



a) Análisis Cuantitativo: Tablas de Frecuencia y tablas de contingencia (uni y bivariado respectivamente) Para el análisis bivariado se buscó explorar la relación existente entre las distintas variables en estudio y otras variables más estructurales como edad, nivel de instrucción y trabajo fuera del hogar.

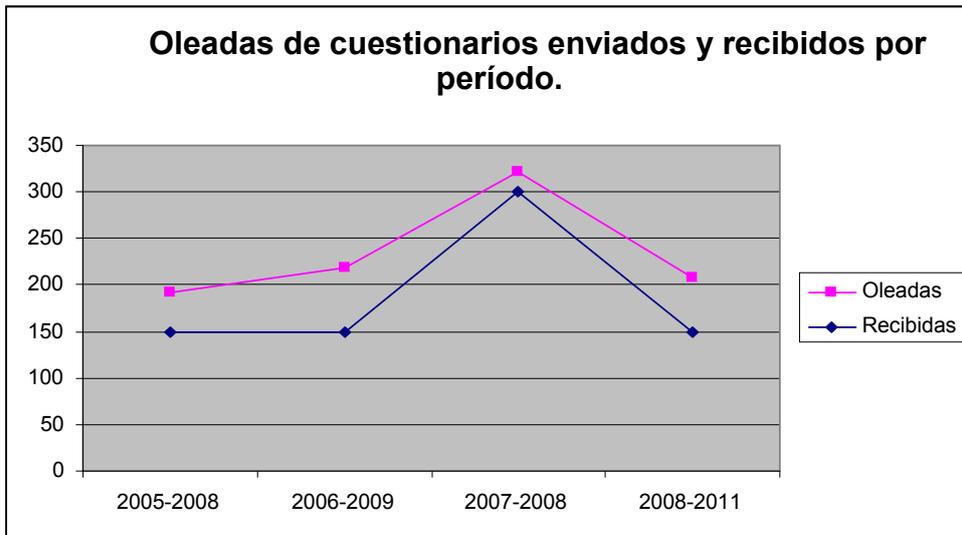
b) Análisis Cualitativo: se confrontaron las respuestas de los cuestionarios (esposas, no esposas y médicos) para construir las representaciones sociales en relación a las distintas dimensiones estudiadas, percepción de la salud, atención diferenciada, elección condicionada y cumplimiento.

Material analizado

- 90 de los 150 cuestionarios entregadas en formato papel a médicos hombres asistentes al Posgrado UBA.
- 20 de los cuestionarios de las 300 enviadas por mail a asociaciones profesionales.
- 2 de los 100 cuestionarios entregados por el Círculo médico de Quilmes.
- 57 cuestionarios de los 150 enviados a mujeres madres de alumnos de escuelas primarias y secundarias (método bola de nieve) en Quilmes y La Plata.
- Se evaluaron los registros de 100 afiliadas -utilización formal- de la obra social de médicos de la Provincia de Buenos Aires, se validaron 87. **(Tabla 5)**

Cuestionarios entregados/enviados	Médicos Posgrado UBA	Vía asociaciones médicas	Mail Círculos médicos	Mostrador de madres de alumnos	Registros de Obra social
Total: 800	150	300	100	150	100
Cuestionarios recibidos	90	20	2	57	100
Cuestionarios validados (inclusión)	47	2	1	50	87

Tabla 5: Descripción cuantitativa por tipo de canal de cuestionario



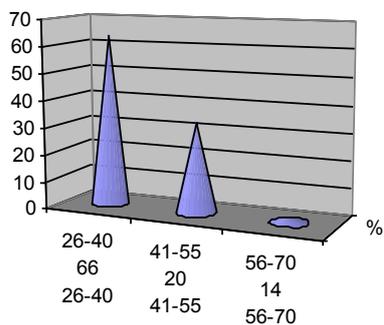
Se desestimaron:

- 62 cuestionarios de esposas de médicos, por cumplir con criterios de exclusión.
- 7 cuestionarios de esposas de no médicos por más de 2 preguntas sin respuesta o incompletas.

Descripción de muestra encuestada

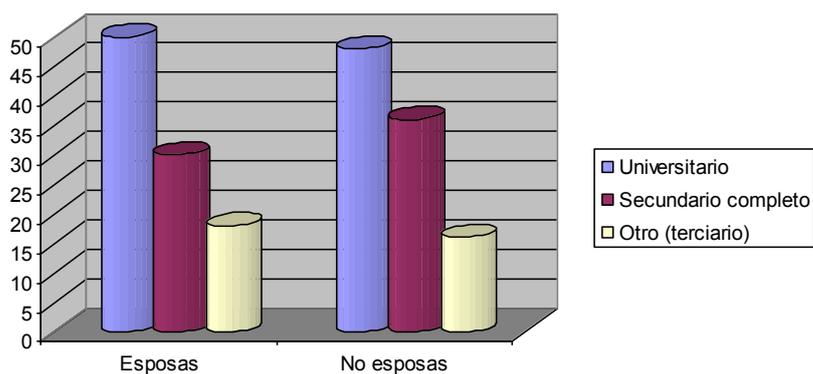
EDAD	Esposas	%	No esposas	%
Rango	26-40	66	26-40	64
	41-55	20	41-55	34
	56-70	14	56-70	2

Descripción de las encuestadas. % Rango de edad.



NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Esposas	No esposas
Universitario	50	48
Secundario completo	30	36
Otro (terciario)	18	16

Descripción de las encuestadas por nivel de instrucción
%



8.- ANALISIS DE RESULTADOS:



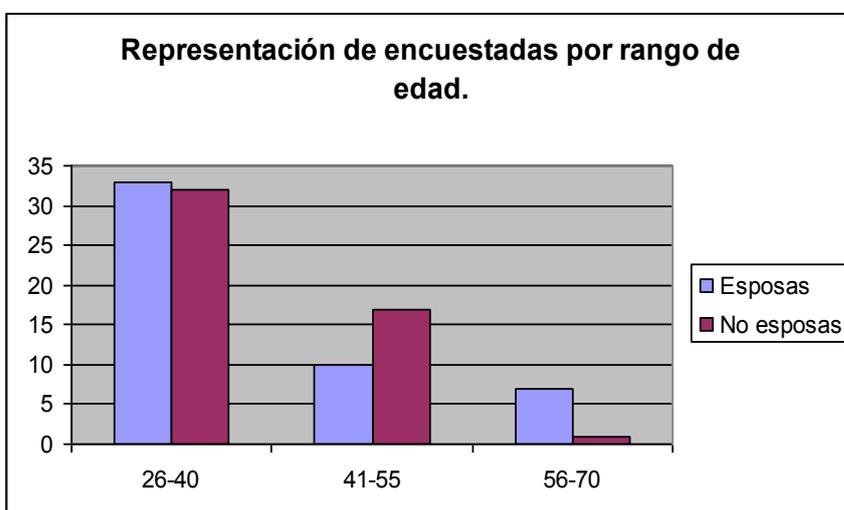
Durante los años de investigación, se han encontrado dificultades comunes a trabajos cualitativos que requieren de la participación activa del grupo sujeto de la observación. El aporte de cuestionarios suministrados y respondidos por esposas cuyos maridos no son de profesión “*médico*”, ha permitido correlacionar algunos aspectos que confirman las diferencias en algunos casos y las similitudes en otros, convalidando previamente, que todas pertenecen un grupo socioeconómico similar. (152-158)

Se aplicaron pruebas estadísticas de diferencias de proporciones entre porcentajes similares (EM y ENM) a fin de estimar o probar una diferencia entre las mismas. (Inacción ante un problema de salud)

8. 1.- TABLAS DE FRECUENCIA: (n= 100)

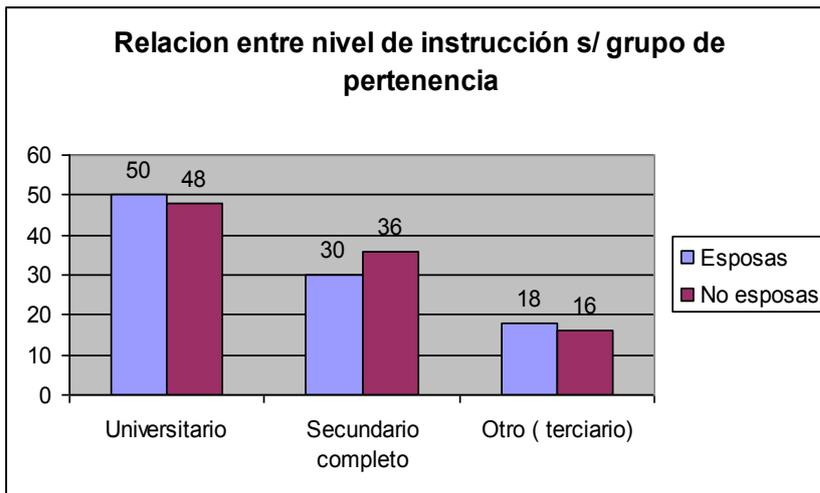
8.1. a.-EDAD.- La representación de rango de edad por encuestadas se concentra en la franja de 26-40 años en ambos grupos.

EDAD	Esposas	N =	%	No esposas	N=	%
Rango	26-40	33	66	26-40	32	64
	41-55	10	20	41-55	17	34
	56-70	7	14	56-70	1	2



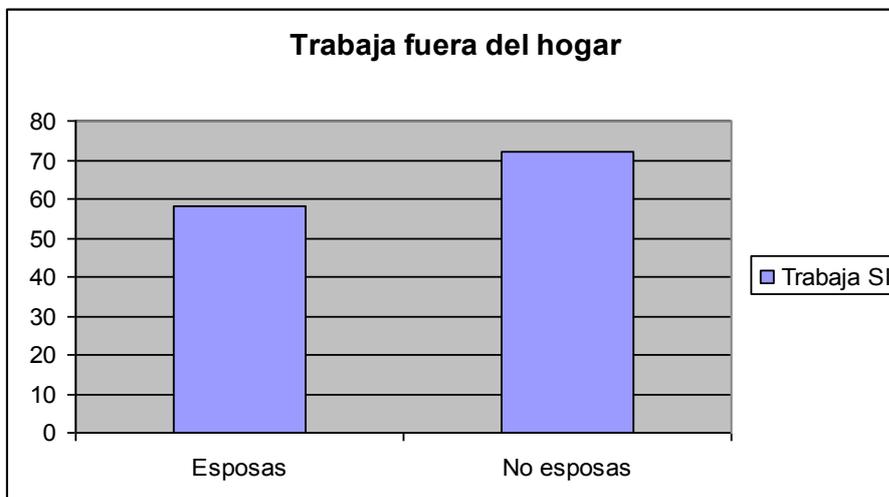
8.1. b.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN: representa a la mitad de ambos grupos para el nivel de instrucción universitario completo.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Esposas	%	No esposas	%
Universitario	25	50	24	48
Secundario completo	15	30	18	36
Otro (terciario)	9	18	8	16



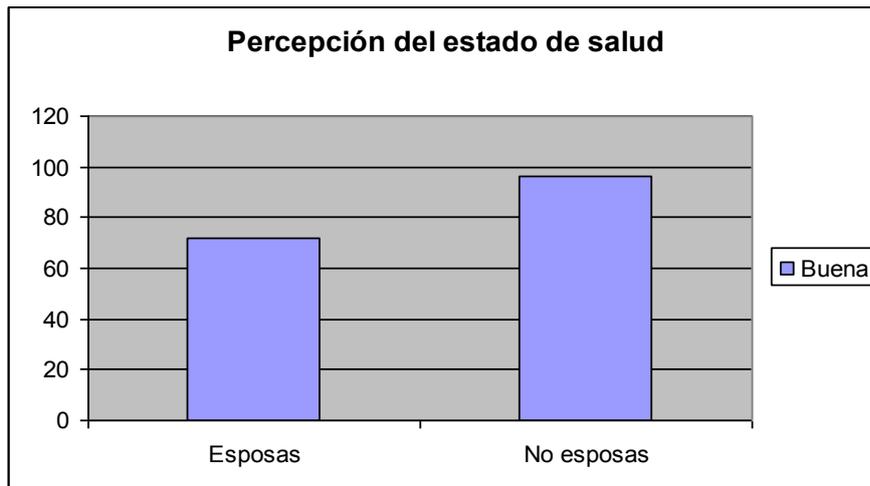
8.1.c.-TRABAJO FUERA DEL HOGAR: se presenta con menor frecuencia en esposas que en el grupo de comparación.

TRABAJO FUERA DEL HOGAR	Si	%
Esposas	29	58
No esposas	36	72



8.1.d.-PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD: las esposas refieren BUENA (tomado como satisfactoria) en una proporción menor a las No esposas

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Buena	%
Esposas	36	72
No esposas	48	96



8.1.e.- DIFICULTAD EN LAS TAREAS, ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO, SE ENFERMA MÁS Y ACCIONES BENEFICIOSAS (analizadas conjuntamente)

El estado de ánimo negativo y la sensación de vulnerabilidad son más acentuados en las esposas mientras que es significativamente menor en relación a la dificultad de las tareas diarias y a las acciones beneficiosas sobre la salud comparado con las respuestas de las no esposas.

A.-¿Ha tenido en los últimos 30 días dificultad para realizar tareas?

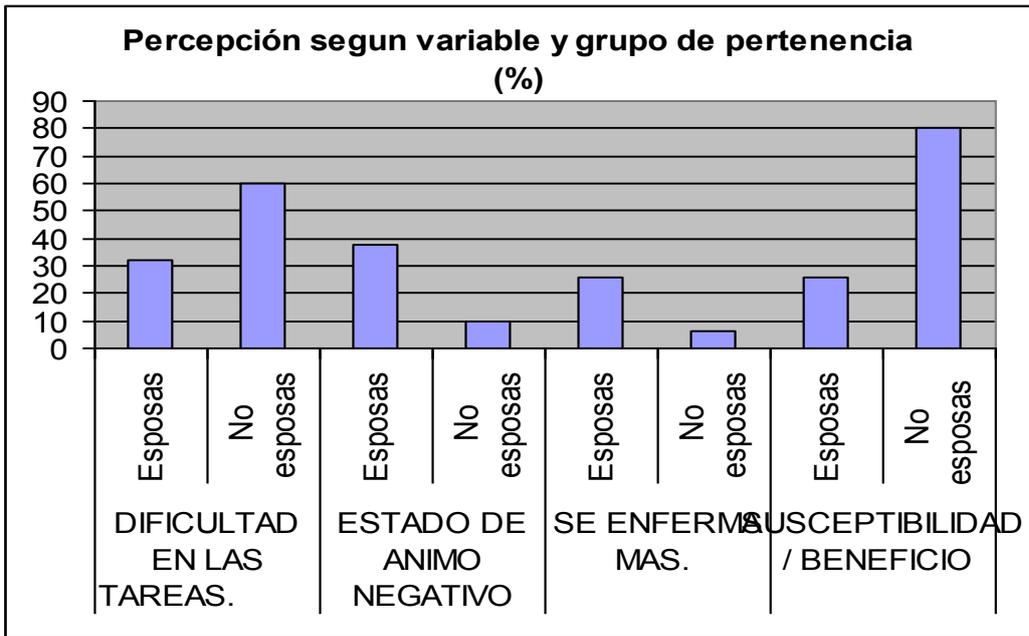
B.- ¿Ha sentido en los últimos 30 días triste, deprimido, ansioso o con dificultad para dormir?

C.- ¿Siente que se enferma con mas frecuencia que otras personas?

C.1.- ¿Cree que sus síntomas revelan alguna enfermedad importante?

D.- ¿Cree en caso de enfermarse mas o de mayor importancia es beneficiosos iniciar alguna acción?

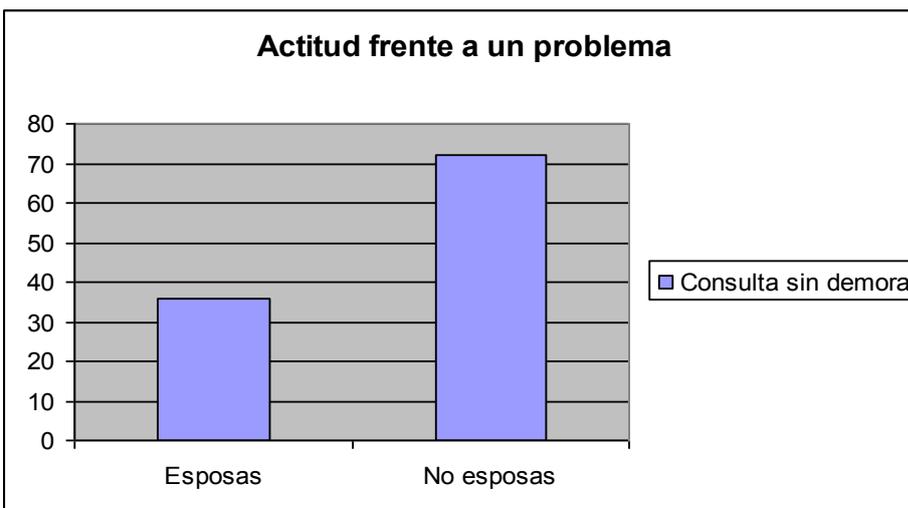
A.- DIFICULTAD EN LAS TAREAS	Si refiere	%
Esposas	16	32
No esposas	30	60
B.-ESTADO DE ANIMO NEGATIVO	Negativo	%
Esposas	19	38
No esposas	5	10
C.-SE ENFERMA MAS	SI	%
Esposas	13	26
No esposas	3	6
D.- SUSCEPTIBILIDAD / BENEFICIO	Acciones beneficiosas	
Esposas	13	26
No esposas	40	80



8.1.f.- ACTITUD FRENTE A UN PROBLEMA DE SALUD o Inacción

La tabla muestra que las esposas consultan sin demoran en un bajo porcentaje.

ACTITUD FRENTE AL PROBLEMA	Consulta sin demora	%
Esposas	18	36
No esposas	35	72



A esta categoría: **INACCIÓN**: “Espera que se le pase”. Se aplica la formula de diferencias estadísticas por ser proporciones muy similares. Siendo estadísticamente significativa la diferencia entre ambas respuestas.

INACCIÓN	Espera que se le pase	%
Esposa	7	14
No esposa	8	16

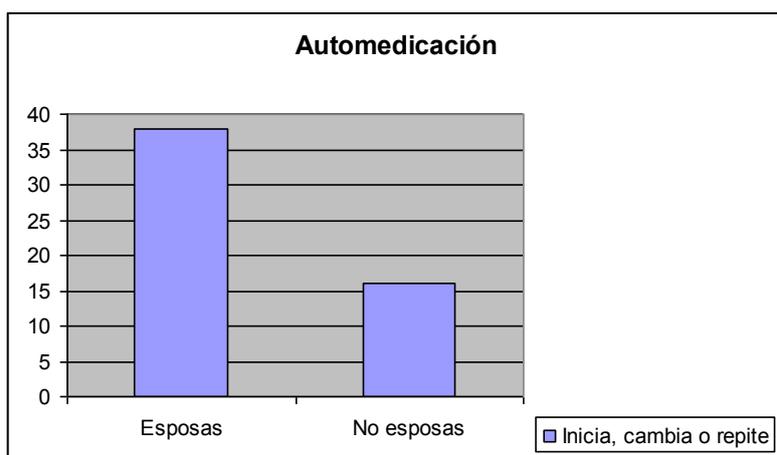
Estadístico de prueba $Z = -0.28006$ (estadísticas de diferencias de proporciones)

8.1.g.- AUTOMEDICACION: Las esposas tienen una tendencia duplicada a optar por la automedicación.

Las preguntas 23, 28 y 38 se combinan en este resultado.

¿Que hace cuando siente que se enferma? ¿Que consejo sigue proveniente de un amigo? ¿Con cual acción se identifica?

AUTOMEDICACIÓN	Inicia, cambia o repite	%
Esposas	19	38
No esposas	8	16

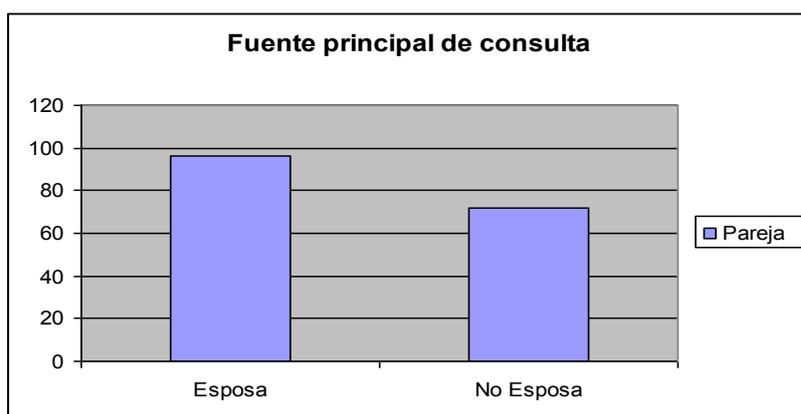


8.1.h.-FUENTE PRINCIPAL DE CONSULTA: Esta opción podría asumirse como mayoritaria (96%) por ser la pareja consultada de profesión médica, aunque el 72 % de

la esposas de NO médicos, también refieren como fuente principal de consulta a su pareja (de profesión no médica).

¿Ante un problema de salud con quién conversa primero sobre su preocupación?

FUENTE PRINCIPAL DE CONSULTA	Pareja masculina	%
Esposa	48	96
No Esposa	36	72



8.1.h.1.-Fuente principal de atención (medico conocido o desconocido): El médico conocido se aplicó como variable de influencia por parte de la pareja médico. Observando que solo la mitad de ellas se encuentran potencialmente influenciadas mientras que las no esposas acuden a médicos conocidos en un alto porcentaje.

FUENTE PRINCIPAL DE ATENCIÓN.	Medico conocido	%
Esposas	25	50
No esposas	44	88

8.1.i.- MODALIDAD DE ATENCIÓN: Modalidad diferenciada es una variable comparativa en consulta o asistencia médica en carácter de “esposas de”; siendo variable diferenciada sin turno previo o seguimiento informal (sin cita) percepción de recibir otros beneficios que los usuarios del servicio.

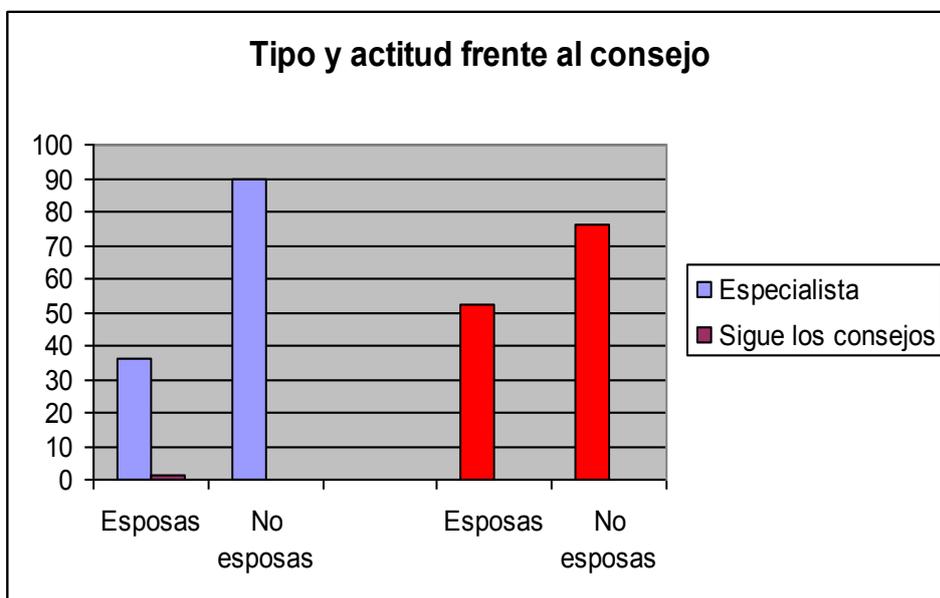
MODALIDAD DE ATENCIÓN	Diferenciada	%
Esposas	40	80
No esposas	32	64

8.1.j.- TIPO DE CONSEJO: Las esposas reciben en menor proporción consejos relacionados con ver a otro especialista y solo la mitad de ellas los sigue.

¿Ante un problema de salud consultado un medico conocido o desconocido, que consejo ha recibido con mas frecuencia?

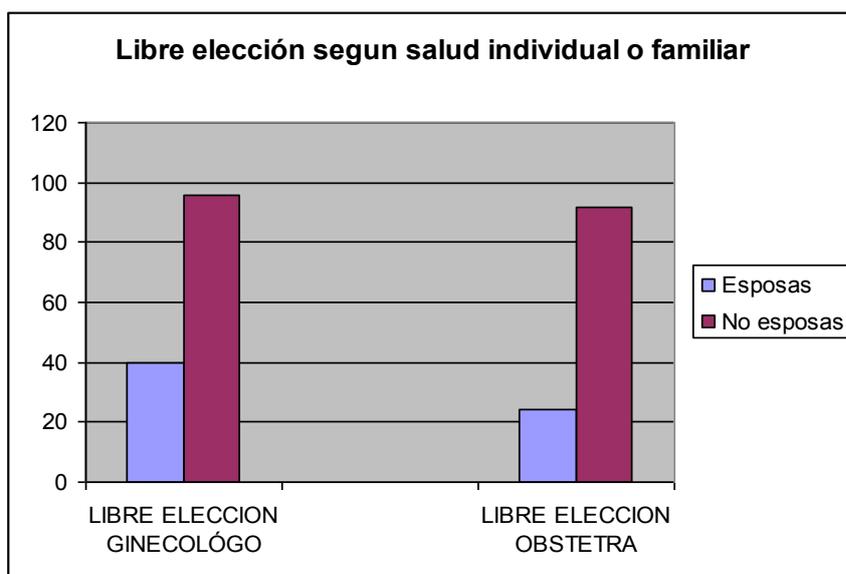
Ha seguido ese consejo?

TIPO DE CONSEJO	Especialista	%
Esposas	18	36
No esposas	45	90
SIGUE CONSEJOS	Si	%
Esposas	26	52
No esposas	38	76



8.1.k.- ELECCION NO CONDICIONADA DE ESPECIALISTA: Ambas preguntas estuvieron orientadas a analizar si la consulta de salud individual (ginecólogo) era condicionada por el esposo médico en relación a la consulta familiar (Obstetra) en caso de embarazo. Se observa la relación invertida en el condicionamiento según la especialidad. Las esposas de no médicos no fueron condicionadas en ninguna de las elecciones en el 92 y 96 %.

ELECCION GINECOLÓGO	No condicionada por esposo	%
Esposas	20	40
No esposas	48	96
ELECCION OBSTETRA		
Esposas	12	24
No esposas	46	92



8. 2.- Tablas de contingencia

8. 2. a.- Cuestionarios a esposas y no esposas: (percepción/nivel de instrucción/Trabajo fuera):

	Edad	Nivel de instrucción	Trabajo fuera del hogar
Percepción del estado de salud. Esposas	* (B 1)	* (C)	*(D.)
Percepción del estado de salud. NO Esposas	* (B.2)	* (C.1)	* (D.1)

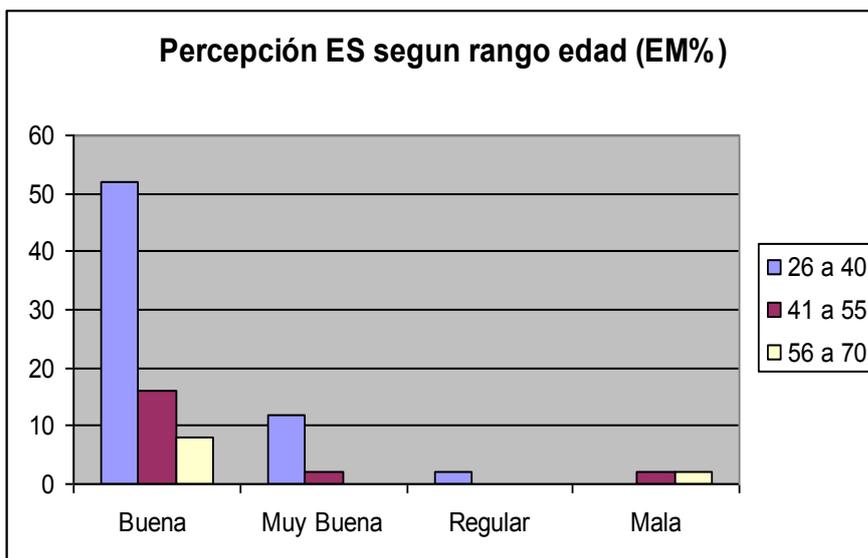
8. 2.b.- Cuestionario a médicos:

	Estado de salud	Animo triste deprimido ninguno	Elección del ginecólogo	Elección del obstetra
Esposas	*	*	*	*
Médicos	*	*	*	*

Esposas de colegas (C)	Automedicación	Varios médicos	Consulta tardía	Ninguna
Mayores complicaciones	*	*	*	*
Iguals complicaciones	*	*	*	*

8. 2.c.- Percepción de estado de salud según rango de edad. Esposas de médicos (EM %)

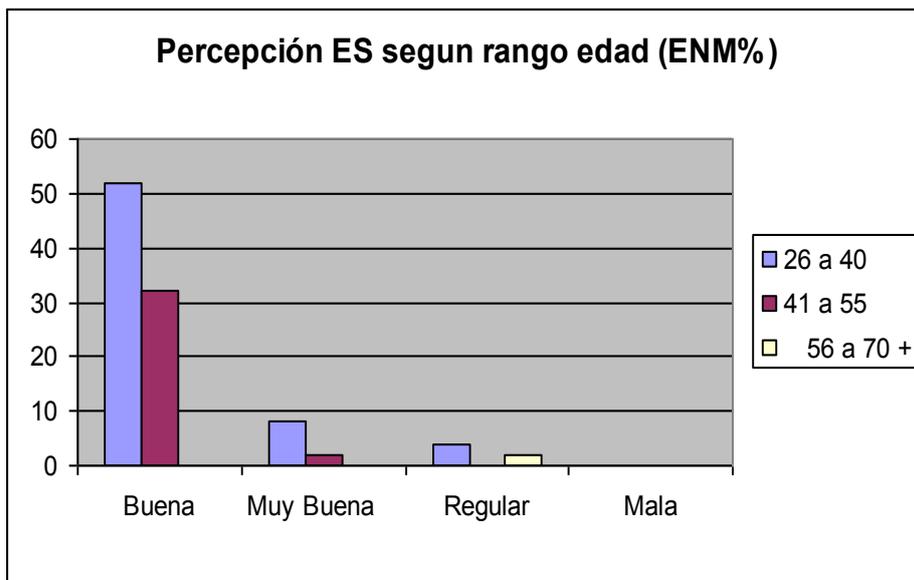
Edad	Buena	Muy Buena	Regular	Mala
26 a 40	52	12	2	
41 a 55	16	2		2
56 a 70	8		4	2



Estado de salud/edad EM: 76 % de la EM consideran su salud percibida como BUENA en los 3 rangos de edad y 14 % como MUY BUENA en menores de 55. La concentración de opción REGULAR y MALA se encuentra en el rango: > 55 años.

8. 2.c.1.- Esposas de no médicos. (EN-M %)

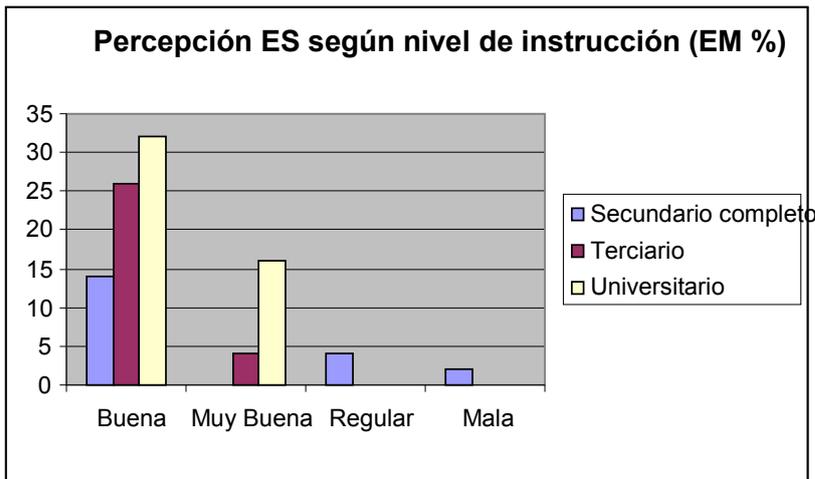
Edad	Buena	Muy Buena	Regular	Mala
26 a 40	52	8	4	0
41 a 55	32	2		
56 a 70 +			2	



Estado de salud/edad ENM: El 64% percibe el los rangos menores de 55 la salud como BUENA, MUY BUENA el 10%, sin opción elegida la salud MALA en ningún rango

8. 2.d.- Percepción del estado de salud según nivel de instrucción (EM)

Nivel de instrucción	Buena	Muy Buena	Regular	Mala
Secundario completo	14		4	2
Terciario	26	4	2	2
Universitario	32	16		0

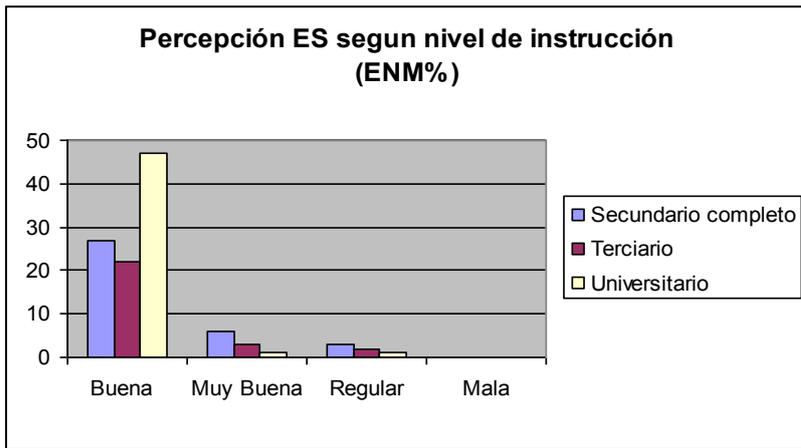


Estado de salud/nivel de instrucción. EM: Para la opción de salud percibida BUENA la concentración de las respuestas se encontró en el nivel Terciario O UNIVERSITARIO, con opción REGULAR o MALA, ESTUVE CONCENTRADA EN EL 6%, EN SECUNDARIO INCOMPLETO. La opción MUY BUENA fue definida por el 16 % de las mujeres con nivel Universitario

8. 2.d.1.- EN-M:

Nivel de instrucción	Buena	Muy Buena	Regular	Mala
Secundario completo	27	6	3	
Terciario	22	3	2	
Universitario	47	1	1	

Estado de salud/nivel de instrucción. ENM: La percepción de salud BUENA se mantuvo en porcentaje similares tanto en secundario incompleto como secundario, con un 47 % en Universitario. La Opción MUY BUENA tuvo un porcentaje mayor para el grupo secundario incompleto, con distribución menor para la percepción REGULAR en los tres niveles de instrucción.



8.2.e.- Percepción del estado de salud según trabajo fuera del hogar (EM %)

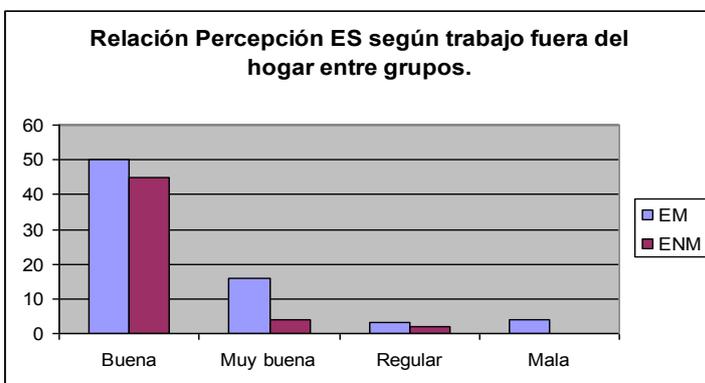
Trabajo fuera	Buena	Muy buena	Regular	Mala
Si	50	16	3	4
No	22	4	3	

Las EM que trabajan fuera del hogar tienen el doble de percepción BUENA del estado de salud de quienes no lo hacen

8.2.e.1- EN-M

Trabajo fuera	Buena	Muy buena	Regular	Mala
Si	45	4	2	
No	49	6	4	

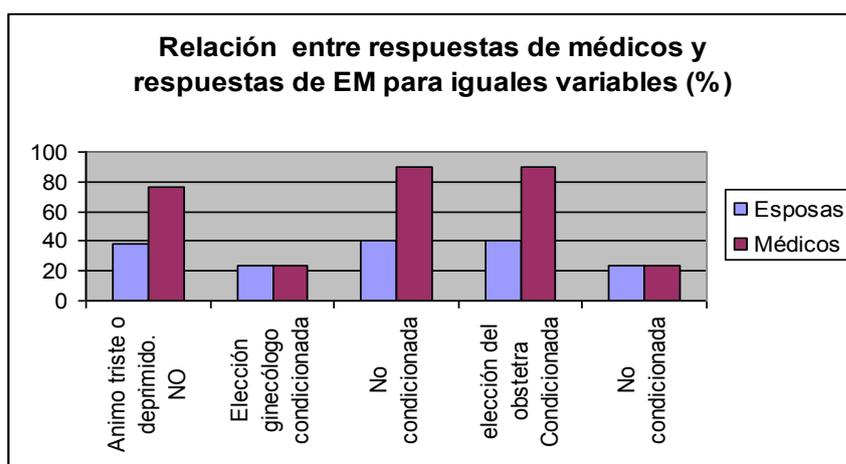
En las ENM las proporciones en relación al trabajo fuera de hogar son similares para la Opción BUENA.



Cuestionario a Médicos (n=50)

8. 2.f.- Relación médicos y sus esposas:

Animo triste o deprimido	Esposas	Médicos	% esposas	% médicos
Ninguno	19	30	38	76
Satisfacción estado de salud B	36	44	72	88
Elección ginecólogo condicionada	12	12	24	24
No condicionada	20	45	40	90
elección del obstetra				
Condicionada	20	45	40	90
No condicionada	12	12	24	24

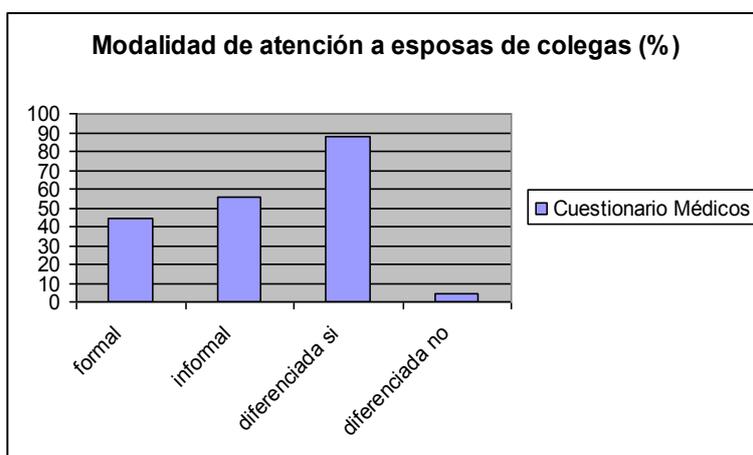


Vinculación entre respuesta de médicos y respuestas de esposas: Estado de animo/ estado de salud/Elección condicionada de médico especialista:

Los médicos sobre-valoran el estado de ánimo y estado de salud en general de sus esposas, confirman su bajo condicionamiento en la elección del ginecólogo y muy elevado al condicionamiento de la elección del obstetra.

8.2.g.- Relación médico/ esposas de colegas:

Modalidad de atención	Médicos hacia otras esposas	% médicos
formal	22	44
informal	28	56
diferenciada si	44	88
diferenciada no	2	4

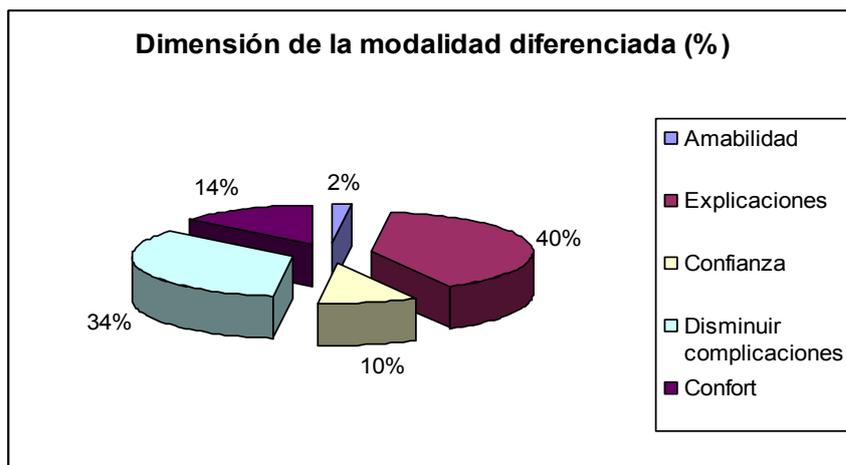


Relación y modalidad de atención a esposas de colegas: Más de la mitad de los médicos manifiestan una atención informal a esposas de colegas y reconocen brindar una diferenciación hacia ellas en relación a otras pacientes.

8.2.h.- Médicos/esposas de colegas/ dimensión de atención diferenciada:

¿En el trato diferenciado Ud. Pone énfasis en...

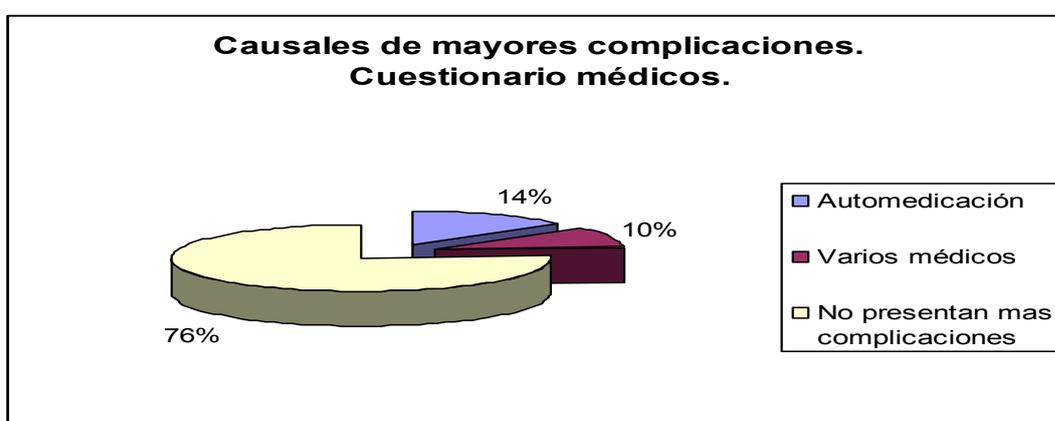
Modalidad	Diferenciada	% médicos
Amabilidad	1	2
Explicaciones	20	40
Confianza	5	10
Disminuir complicaciones	17	34
Confort	7	14



Tipo de respuesta a la atención diferenciada: Las explicaciones para disminuir complicaciones son las opciones más seleccionadas a la hora de definir que dimensión de diferenciación aplican a esposas de colegas

8.2 i.- Percepción del médico en la atención esposas de colegas:

Causales	Complicaciones mayores	Iguals complicaciones	% médicos
Automedicación	7		14
Varios médicos	5		10
Consulta tardía			-
Negadoras			-
Perciben más que otras mujeres			-
Afectan más al médico			0
Ninguna		38	76



Percepción de causales de complicaciones en EM: Los Médicos encuestados en un alto porcentaje no refieren que las esposas de colegas padezcan más complicaciones que otras mujeres y de tenerlas, se deben a automedicación y consultas múltiples.

8.3.- REGISTROS UTILIZACIÓN FORMAL.

Fuente secundaria (OSMEBA). Variable utilización formal

Se definieron previamente las categorías según tasa de utilización (baja, mediana, alta o muy alta) para Consulta, prácticas de laboratorio, prácticas ambulatorias y días de internación

Definición de variable Tasa de utilización/año según trazador				
	Baja	Mediana	Alta	Muy Alta
Consulta	< a 4	4 a 8	9 a 7	> a 10
Laboratorio (*1)	< a 6	7 a 18	19 a 24	> a 24
Practicas	< de 4	4 a 7	8 a 15	>15
Internaciones (*2)	< o = 4	5 a 14	15 a 29	> de 30

(*1) Unidad de rutina de laboratorio. (*2) Unidad día de internación

8.3. a.- Análisis de fuente secundaria:

Sobre 100 registros de un período de 1 año, de la Obra social de los médicos, se validaron 87 (n=87).

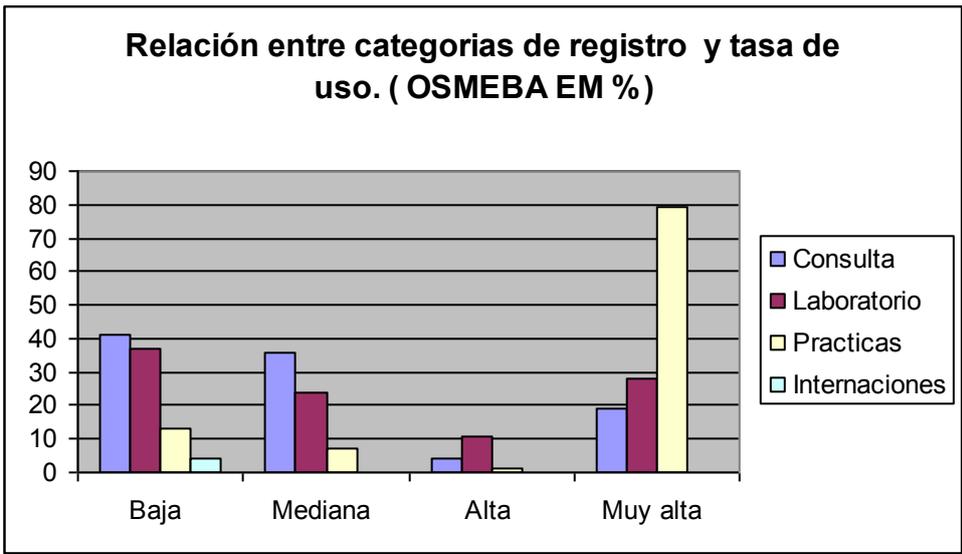
El registro formal se aplica a cantidad de Bonos de consulta o autorizaciones de prácticas o internación registradas en el período.

Rango de edad de pacientes: 26 a 82 años.

8.3.b.- Registro formal de Prácticas (%):

Se observa una alta tasa de uso de prácticas ambulatorias con baja relación con su correspondencia con consultas.

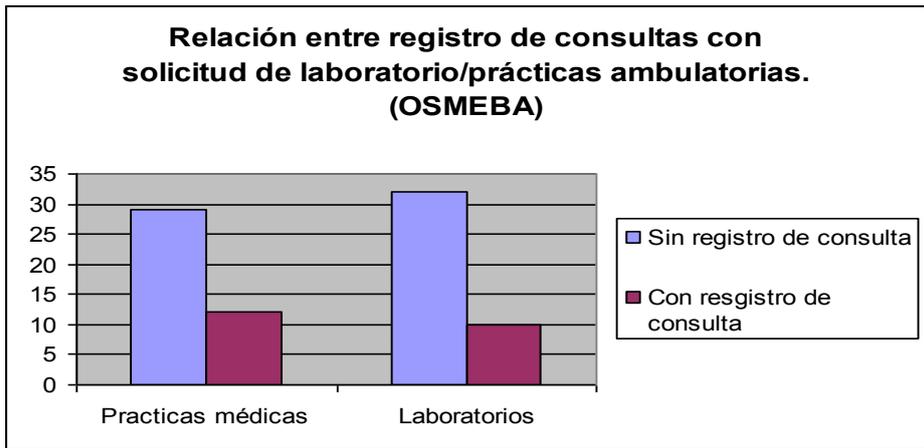
	Baja	Mediana	Alta	Muy alta
Consulta	41	36	4	19
Laboratorio	37	24	11	28
Practicas	13	7	1	79
Internaciones	4	S/D	S/D	S/D



8.3.c.-Registro formal relación prácticas/ consultas:

Consultas formales (bonos)	Practicas médicas	Laboratorios
No	26	28
SI	11	9

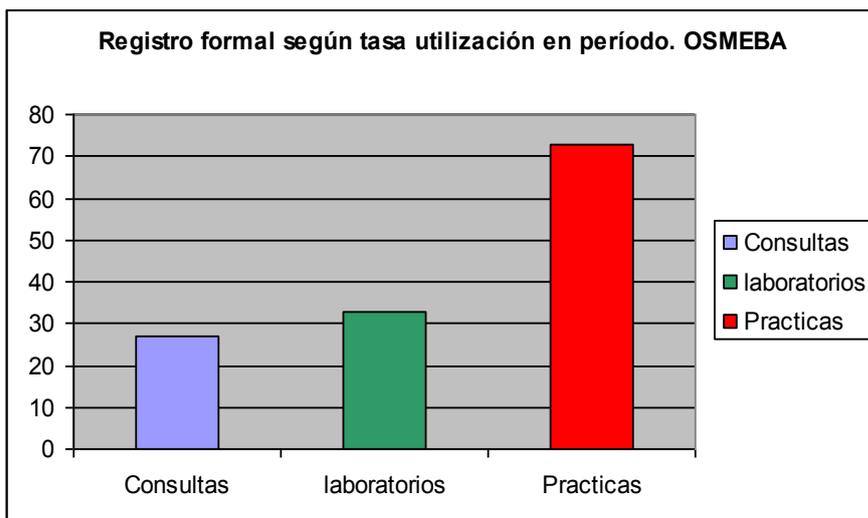
La relación entre Prácticas y consultas / laboratorio y consultas es 2,5 a 1 y 3 a 1 respectivamente



Relación entre variables:

- Relación laboratorio o prácticas y consultas: 26 (29%) consultas sin prácticas y 28 (32%) consultas sin solicitud de laboratorio (esperable)
- Relación consultas-internaciones: 2 internaciones registradas en las 87 afiliadas analizadas, sin registro de consultas formales en ninguna de ellas.
- Consultas: 24 de 87 mujeres (27%) presentaron una alta tasa de consulta/año, no relacionadas con el aumento de la tasa según edad.
- Laboratorio: 29 de 87 (33%) utilización alta de servicios de apoyo.
- Practicas: 64 de 87 muy alta (73%)

El 36.7% (32) no utilizaron laboratorio en el año de análisis. El 41.3 % (36) no utilizaron practicas en el período de análisis.



Nota: Los registros de OSMEBA se utilizaron como fuentes secundarias de análisis, NO corresponden a las esposas de médicos encuestadas.

9.- DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Cumpliendo con el objetivo de esta investigación sobre el comportamiento diferencial de las esposas de médicos en actividad - como subgrupo social diferenciado- se ha descrito un análisis comparativo -en aquellas variables posibles de ser cotejadas como diferenciales- con otras mujeres esposas de hombres en actividad de profesiones no médicas, con equivalente nivel socioeconómico-cultural.

Considerando las variaciones por edad y nivel de instrucción, se han encontrado algunas diferencias que se detallan, siguiendo aspectos generales y específicos.

Dentro del grupo de estudio (esposas de médicos- EM); el trabajo fuera del hogar se registra como de mayor frecuencia con la asociación de mayores dificultades en las tareas diarias o en los aspectos cognitivos.

El aspecto triste o deprimido es inferior y perciben que se enferman más frecuentemente - como representación de vulnerabilidad- aun en aquellas que perciben mejor estado de salud.

El comportamiento ante un problema de salud, no consultan con premura a pesar de su percepción de vulnerabilidad. Reconocen automedicarse en un alto porcentaje, siendo la accesibilidad al medicamento una inferencia posible.

La espera o inacción ante un problema de salud, en caso de opción múltiple, tiene porcentajes similares para ambos grupos.

La consulta a emergencias es notablemente mas baja, asociado a que la consulta sobre el problema es en primer término, dirigida y orientada por su pareja médico.

Cabe destacar que ante la pregunta:

¿Con quién conversa primero ante una preocupación de salud?

Casi la totalidad de las EM lo hacen con su pareja (esperable) pero también lo hacen con su esposo NO médico el resto de la mujeres encuestadas; paradójicamente, en caso de recibir de este, un consejo (consultar, ver especialistas o hacer estudios complementarios) solo la mitad de la esposas de médicos muestran adhesividad al consejo, sugerencia o indicación.

Otras observaciones diferenciales:

1. La elección libre (o no condicionada por la opinión o sugerencia de su pareja) de un profesional en la especialidad de ginecología (atención esposas individual) fue mayoritaria en ambos grupos.
2. La elección libre del obstetra (atención de esposa y futuro hijo) se mantuvo elevada en la ENM, mientras se mostró muy reducida (por condicionamiento) en el grupo de estudio. Circunstancia que aporta una perspectiva de “opinión calificada” en la determinación de atención familiar vs atención individual de la esposa por parte del esposo médico.
3. Aun con mayor percepción de vulnerabilidad, las esposas de médicos, no asumen el cumplimiento de consejería ni consultan rápidamente, la inacción

tiene una baja adhesión. Muestran preocupación, pero no actúan en consecuencia una vez consultada la misma..

En cuanto al análisis del grupo de estudio desde la perspectiva del médico (cuestionario realizado a médicos) se definen dos aspectos a desarrollar:

- Percepción sobre su propia esposa

La mayoría de los médicos encuestados, opina que sus esposas no tienen dificultad alguna en relación a su estado de ánimo; respuesta que se contrapone con un grupo importante de ellas que lo refieren positivamente. El estado de salud de las esposas es considerado por el esposo médico, sensiblemente superior a la opinión de ellas (EM). La opción de estado salud “Malo” para definir a sus esposas; no fue una opción seleccionada por ellos, aún cuando ha sido definida por ellas en cuneto a su propia percepción.

Los esposos médicos, reconocen que permiten en su gran mayoría la libre elección del ginecólogo y asumen condicionar la elección del obstetra en su gran mayoría.

- Atención a esposas de colegas

En relación a la atención de esposas de colegas; el 88% de los médicos encuestados refiere procurar una atención diferenciada hacia este grupo, con una selección de la dimensión de ofrecer “mayores explicaciones para disminuir complicaciones”. Una buena parte de ellos, afirman que las esposas de médicos no presentan mayores complicaciones que otras mujeres según edad o patología; y de presentarlas, le asignan como causal, consultas a varios profesionales y/o automedicación.

Análisis de registros formales de atención en Obra social

Los registros formales de atención definen categorías como:

- a) Baja utilización de consultas y laboratorio,
- b) Alta tasa de práctica -cardiológica, oftalmológica, imágenes- sin utilización de de bonos de consulta.
- c) Baja frecuencia de internación.

Estas comprobaciones permiten inferir que la prescripción se realiza en el ámbito doméstico o con consulta informal (no registrada).

En todos los rangos de edades de este grupo y en el año de estudio, la variable internación se registró en una muy baja frecuencia, que comporta el concepto que el médico definido podría ser un indicador de menor frecuencia de internación (resolución domiciliaria).

10.- CONCLUSIONES

El grupo estudiado “Esposas de médicos” no ha demostrado comportamiento diferencial en relación a la percepción del estado de salud según edad y nivel de instrucción, aunque muestra una dificultad cognoscitiva mayor no registrada por sus esposos.

Los aspectos que se observan como diferenciados, se aplican a un mayor utilización informal de prácticas auxiliares de diagnóstico y tendencia aumentada hacia la automedicación y baja al cumplimiento de consejería en situaciones de enfermedad.

La consulta en emergencias es notablemente baja y dependiente de la orientación hacia la precocidad de alerta sobre signos o síntomas (por la percepción de enfermar con mayor frecuencia) así también, como la frecuencia de internación en el análisis de registros formales.

Se han definido algunas tendencias generales que se aplican en forma específica a las esposas de los médicos:

- En la variable automedicación, el mayor acceso a drogas legales (incluyendo psicofármacos) condiciona mayor utilización.
- El estado de salud y estado de ánimo, se encuentra sobre-calificado por parte del esposo.
- En la observación indirecta de la relación médico-paciente y directa de modalidad de atención, la esposa del médico, es asumida como una “población diferenciada” por un alto porcentaje de médicos que han asistido profesionalmente a las mismas. Quienes las asisten, se esmeran en ofrecer mejores explicaciones sobre la enfermedad. Paradójicamente, reciben una modalidad informal (sin turno previo o cita de seguimiento).
- En la clasificación sobre los modelos de RMP, la cuasi-diádica de Laín Entralgo - con sus desagregaciones emocionales- es la que mayormente se aplica al modo de relacionarse, tanto con el esposo, como con colegas del mismo. Con este modelo, se encuentran mas expuestas, al tipo de error de decisiones diagnósticas - tipo 2- (tomar como enfermo a alguien sano) por el vínculo personal en las dos situaciones.
- En la utilización de la Obra social de médicos (OSMEBA) realizan prácticas de estudios complementarios, sin su correlación con consultas formales; se internan poco en todos los grupos de edad.
- La elección del profesional Gineco-Obstetra (maternidad), como indicador de accesibilidad, se manifiesta considerablemente influenciada por el esposo médico y es inversamente proporcional a la elección del ginecólogo (atención individual).

- La subcultura de usuario y prestador, no modifica la percepción ni la utilización de servicios en general; a excepción -casi exclusiva- del acceso a medicamentos y la atención informal.
- La importancia otorgada a la opinión de sus cónyuges -sobre un problema de salud- estuvo igualmente orientado en el grupo de esposas de No médicos, definiendo -de algún modo- que la consulta se basa más en la confianza marital, que en el conocimiento de la medicina.
- Se objeta la presunción -o imaginario social- en el campo laboral de la medicina sobre que: “las esposas de los médicos presentan más complicaciones” y “se encuentran mejor atendidas o satisfechas” con el sistema de atención “por pertenecer” a una parte del mismo, no siendo observado en este grupo por análisis cruzado en cuestionarios a médicos.
- Las mujeres esposas de médicos observadas en esta investigación, se muestran como beneficiadas por el menor uso de los servicios de emergencias e internaciones.

COMO SUBGRUPO SE OBSERVA:

1. Mayor tendencia a la consulta informal (mayor disponibilidad de menor calidad),
2. El acceso facilitado a la automedicación y a prácticas ambulatorias sin consulta formal previa (mayor accesibilidad y eventual sobre-utilización),
3. Menor disposición al seguimiento de patologías y con baja adhesividad a la consejería. (menor satisfacción y aceptabilidad)

COMO SUBGRUPO DE ESTUDIO es pertinente categorizarlo como:

“De acceso informal, doméstico y condicionado” a los servicios de salud, como aporte desfavorable sobre el proceso salud/enfermedad/atención.

La esposa del médico, en la descripción de esta muestra, observa mayor comportamiento de grupo social, cultura y género, que de subgrupo socialmente diferenciado en el proceso salud/enfermedad/atención.

COMENTARIOS:

Según la teoría sociológica de P. Bourdieu, la condición de esposa se subsume a la condición de médico; sería la apropiación inconciente del “habitus” que supone la adopción práctica de esquemas adecuados a la situación.

A cada posición social distinta, le corresponden distintos universos de experiencias, ámbitos de prácticas, categorías de percepción y apreciación que al servicio del habitus del individuo, serán naturalizados y consideradas cualidades específicas de clase.

“Ser la esposa del médico viene con sus propias luchas, muchas de las cuales se derivan de los estereotipos que quedaron de la época de guante blanco, cuando las esposas de los médicos eran consideradas parte de la alta sociedad y se espera que mantenga esta postura y apoye la carrera de su marido por encima de otras necesidades” (Conrad Schiebel en “El Marido doctor”. 2006)

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Sarella, H. Las Ciencias sociales y la Salud. Texto Maestría en Salud Pública. Pag. 26-35. 2003
- 2.-Rosen G. Salud Historia y Ciencias Sociales.. Extractado de “De la policía Medica a la medicina social”. Siglo XXI. Editores Pag. 19-28. 1995.
- 3.- OPS/OMS Factores desencadenantes de la Salud. ¿Qué es lo que hace que las poblaciones sean saludables? En Gobierno Canadá. Salud de la población. P1- 13. Washington DC 2000.
- 4.- Dalto, SR; García Amigo, SR. Enfoque sociológico del fenómeno salud-enfermedad: su relevancia en la formación de recursos humanos.; Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de Antioquia. Colombia.
- 5.- La población y la atención de la salud. En Atención medica Bs As. El Ateneo. Pag. 288-290 (tomo 2) 1984
- 6.- Dalto, SR; García Amigo, SR, Enfoque sociológico del fenómeno salud-enfermedad.; Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de Antioquia. Colombia. Pag 58-60. Texto Maestría Salud Pública 2003.
- 7.- Granda Edmundo. Salud Pública e Identidad. OPS/UNL. 2003.
- 8.- Pedersen, Duncan; Estilos de vida Pag. 290/291. 1986
- 9.- La población y la atención de la salud. En Atención medica Bs As. El Ateneo. Pag. 280-287 (tomo 2) 1984.
- 10- Whitehead M; The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: (Document EUR/ICP/RPD/414). World Health Organization Office for Europe; 1990.
- 11.- Weisman CS. Women’s health care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; pp. 106-110. 1998.
- 12.- Priego Alvarez H, López Naranjo J, Meneses JL. Encuesta de Consumo-Utilización de Servicios. 2000
- 13.- Outomuro, Delia; Mirabile, Lorena Macro y microestructura de la relación médico-paciente. Editorial UMSA-UNISA-Pro Diversitas. Buenos Aires, 2012.
- 14.- Vida, F, Bárbara M Korsch y Marie J. Morris. Fallos en la comunicación medico paciente. Respuestas de los pacientes a las recomendaciones del medico. <http://e-sanitas.edu.co>. 2003.
15. - Johnson CA; Johnson BE. Liese B J. Dual doctor marriages: career development. Fam med 24 83: 205-8. 1992.
16. - Parker G. Jones R, Jun 54 (2) 143/7. The doctor’s husband. Br. J. Med. Psychol. 1981.
17. - Miles J,E; Kreller R, Lin T Y ; The doctor’s wife: mental illness and marital pattern.. Int. J. Psychiatry Med 6(4) 481-7. 1975.
18. - Uhenberg P; Cooney TM. Male and female physicians: family and career comparisons. Soc. Sci. Med. 1990.
19. – Menninger, B. Wayne M, Sotile Ph D. Physician’s wives evaluate their marriages, their husband and life in medicine: result of de AMA Allianz medical marriage survey. Clin . 68. 2004.
20. - Cohen L; C M A J. When parents are doctors: can MDS a life outside medicine? 1998.

21. - Border TF; Arif A. Ethnic differences in parents perception of participatory decision-making style of their children's physicians. *Med care* 42.(4) 328-35. 2004
22. - Thuog, R; "Doctors: if the were your child, what would you do?. *J. Clin Ethics*. 2003.
- 23.- Escohotado, A. Historia general de las drogas, Alianza, Madrid, 1998
- 24.- Escohotado, A. Aprendiendo de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1998
- 25.-Alvestegui, P. Ibáñez, A en: El nombre científico de la marijuana es cannavis sativa. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia. 2005
- 26.- Archer, W. E.: «Anestesia en Odontología». Ed. Mundi, Buenos Aires, 1955
27. - Harvey, A. M. "The influence of William Halsted's concepts of surgical training." *John Hopkins Med J*. 1981
- 28.-Curiosidades médicas - Fuente: <http://idd0073h.eresmas.net/jue2.htm>. Artículos/sld/cu.
29. - Edinburgh Medical and Surgical Journal "A New Method for Treating Neuralgia by the Direct Application of Opiates to Painful Points". 1855.
- 30.- Ruiz Jiménez, Claudia. El fin del dolor: La Morfina Por: www.clinifarma.com. 2005
- 31.- UNAM ; Historia para el ajenjo parte VI y V. "La escritura o la neurastenia" Medicina tradicional mexicana. Mx. 1960.
- 32.- Álvarez Sierra, J.: «Historia Universal de la Medicina». Madrid, 1960.
- 33.- Clot Bey, B. "Risala viv Mashurat al Sihhaila hukamo" al Jihadiyya (Tratado del Consejo de sanidad para los médicos del ejercito) El Cairo. Natba al Diwan al Jihayya. 1835. En: Feminismo modernidad en medio oriente Lila Abu- Lughod. Edición Cátedra. Universidad de Valencia. 2002
- 34.- Canadian Fam pshysician: El suicidio en los médicos y las esposas de los médicos. *Pub Med.gov*. 1980.
35. Miles J,E.. La mujer del médico: enfermedad mental y el patrón marital; *I Med J psychiatric*. 1975.
- 36.- Ruiz Frutos C, García A, Delclòs J, García Benavides F: Concepción moderna de los estados de salud enfermedad EN: Manual de salud Publica y Medicina Preventiva. p11/21. 1986
- 37.- White K. La ecología de la atención médica. En investigaciones sobre servicios de salud. OPS/OMS. Washington DC 1992.
- 38.- San Martín, H. Concepción moderna de los estados de salud y de enfermedad. EN: Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. 1986.
- 39.- OMS/OPS. Hacia un entendimiento común: clarificación de los conceptos básicos de la salud de la población EN: OMS/OPS. Gobierno de Canadá. Salud de la Población. Washington. DC 2000
- 40.- San Martín, H. Comportamiento humano y la salud. EN: San Martín, H. Salud y enfermedad. México. La prensa Médica Mexicana. 1981.
- 41.- Rosenstock, I. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Porque la gente utiliza los servicios de salud? 1966
- 42.- Colangelo, M A, et al. Atención de la salud infantil de una comunidad toba de un medio urbano. *Arch. Arg. Pediatr*. Vol 96. 1998.
- 43.- Sarella, H. O .Ciencias sociales y salud. 2003
- 44.- Granda, E. Rev Cubana Salud Pública. Universidad Nacional de Loja OPS ¿A qué llamamos salud colectiva? 2004
- 45.- Pedersen, D. Estilos de vida. Pag. 290/291. 1985

- 46.- Rosenstock, I. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Porque la gente utiliza los servicios de salud? 1966
- 47.- Becker y col. Extraído del “Modelo de creencias de la salud” como mediadores de comportamiento preventivo. 1974
- 48.- Pedersen, D; Estilos de vida. Cap 18 pag. 291-293. texto Maestría Salud Pública 2003.
- 49.- Foucault, M. El sujeto y el poder. 1978.
- 50.- OPS. Género, salud y desarrollo de las Américas. 2003
- 51.- García Prince Evangelina. La transversalización de la equidad. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, 2003
- 52.- García Prince, E. Hacia la Institucionalización del Enfoque de Género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. 2003
- 53.- Raczynski Dagmar, Serrano Claudia. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local. Cieplan. Chile, Mayo 1992.
54. - Elson, D. “Male bias in structural adjustment. Women and adjust”. En: Afshar, H., Dennis, C. Basingstoke: policies in the third world. Macmillan. Palmer, I. 1992
- 55.- Wright E. O. The shadow of exploitations in Weber’s class analysis. Am. Sociol. Rev. 2002; 67 (6):832–53
56. - Boudie, P. The forms of capital. En: Richardson JG, ed. Handbook of theory and research for the sociology of education.. Pp. 241–58 (8). New York: Greenwood Press; 1986.
- 57.-Adler, N; Boyce, W; Chesney, M; Folkan, S & Syme, L. Socioeconomic inequalities in health. No easy solutions. JAMA.1993
- 58.- Muntaner C; Clase social y salud en América Latina. University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health and Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, Canada. Rev. Panam. Salud Pública 31 (2). 2012
- 59.- Di Silvetre, C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad.. Mater of Sciences. Universidad de Chile 1998.
- 60- Sacchi M; Hausberger M; Pereyra, A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud colectiva -versión online-. Lanús. 2007.
- 61.- García Lanzuela, Y.; Matute Bravo, S.; Tifner, S.; Gallizo Llorens, M.E y Gil-Lacruz, M.: Las_diferencias de género aplicables al Sedentarismo y percepción de la salud: España. 1996.
- 62.-Buñuel, A. La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. Perspectivas en sociología del cuerpo. Revista española de investigaciones sociológicas, Cap-68. 1994.
- 63.- Pina Roche, M; Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad, Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2003.
- 64.- Rohlfs, C. Borrell, C. Anitua y cols. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud.Gac. Sanit. 2000.
- 65.- Arredondo L, Víctor Meléndez C . Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. 2003.
- 66- Becker MH, Maiman LA. Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. 1975
- 67.- Palazón I, Mira J, Aranaz J, Benavides F. La satisfacción de los usuarios y el control de calidad. Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. 1990.
- 68- Encuesta de factores de riesgo. msal.gov.ar. Año 2009.

- 69.- Segall A, Goldstein C. Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Soc Sci Med*; 1989
- 70.- Loweil S. Self-Care in health. *Ann Rev Public Health*.1983
71. - Ryan A. A systematic approach to self-medication in older people. *Br. J Nurs*. 1998.
- 72.- Gordon S, Mosure D, Lewis J, Brown S, McNagny S, Schmid, G. Prevalence of self-medication with antibiotics among patients attending a clinic for treatment of sexually transmitted diseases. *Clinical infectious Diseases*. 1993.
73. - WHO-Regional Office for Europe. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhagen. 1986.
- 74.- Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med. Clin. Barc*. 1992.
- 75.- Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin Barc*. 1997.
- 76.- Baños E, Bosch F, Toranzo I. La automedicación con analgésicos. Estudio en el dolor odontológico. *Med. Clin. Barcelona*. 1991.
- 77.- Van Zyl-Schalekamp. Self-medication in three Orange Free State communities. *S Afr. Med. J*; 1993.
- 78.-. Kronenfeld J. Self-help and self-care as social movements. *Adv Health Ed Promot*. 1986.
- 79.- Caravajal, Alfonso; Montero, Dolores. Farmacovigilancia. Artículo original. *En sociedad española de farmacología clínica*.. 2002
80. - Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Socio demographic factors related to self-medication in Spain. *Eur. J Epidemiol*. 1993
81. - Kronenfeld J. Self-help and self-care as social movements. *Adv Health Ed Promot* 1986.
- 82.-George E, Gearhart G: Common Patient Symptoms: patterns of self-treatment and Prevention. *Journal MSMA*. 1993
- 83.- Northcott H, Bachynsky J Concurrent utilization of chiropractic, prescription medicines, non prescription medicines and alternative health care. *Soc Sci Med*. 1993.
- 84.-Tejedor N. et al. «Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación» *Atención Primaria*. 1995.
- 85.- Reportaje de Florencia Bernadou. *Diario La Nación*. Agos 2007
- 86.- Moral Serrano S., et al. ¿Se automedican correctamente los pacientes? *Atención Primaria*. 1994.
- 87.- Abellán Sánchez M; Álvarez Navarro, R; López Arroyo, M J. Morales Moreno, I Automedicación en la sociedad actual. Congreso Moratalla Poster. Mayo 2006.
- 88.-Arredondo A, L, Víctor Meléndez; Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud 2002.
- 89.- OPS. Secretaria de Salud Pública. Asociación de facultades de medicina. “Estado de la salud de la población del área metropolitana”. Serie 6 N° 1 Bs As. 2004.
- 90.- Utilización de los servicios de Salud. 827 Cad. Saude Pública. 2001
- 91.- Arce ML. El proceso de socialización y los roles en la familia EN. Teoría y metodología para la intervención en familias. San José. Universidad Nacional de Costa Rica. 1995.
- 92.- Granda E. Lineamientos teóricos sobre la demanda de los servicios de salud. Ministerio Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador. 1986.
- 93.- Donabedian A. Aspectos de la Administración de la Atención Médica. 1ª edición en español, México, Fondo de Cultura Económica. 1987.

- 94.- Alun, J. Accessibility and utilization. London. Tavistock Publications; 1984.
95. - Arredondo A, Parada I. Economic analysis of health care decentralization in Latin American countries: information for health planning and financing. *Int J Health Plann Manage*; 2001.
- 96.- Granda E. Lineamientos teóricos sobre la demanda de los servicios de salud. Ministerio Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador. 1986
- 97.- OPS. Secretaria de Salud Pública. Asociación de facultades de medicina. “Estado de la salud de la población del área metropolitana”. Serie 6 N° 1 Bs As. 2004.
98. - Klienman, A. “On illness meanings and clinical interpretation: not ‘Rational Man’, but a rational approach to Man the Sufferer/ Man the Healer.” *Cult. Med. Psychiatry*. 1981.
- 99.- Donabedian A. Aspectos de la Administración de la Atención Médica. 1ª edición en español, México, Fondo de Cultura Económica. 1987
- 100.- Cad. Saude Publica; Utilización de los servicios de Salud. 827. Río de Janeiro. 2001.
- 101.- Arredondo A, Víctor Meléndez C. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de la utilización de Servicios de Salud. 2002.
102. - Rosenstock J. Why people use health services? (Part two), the Milbank Memorial Fund Q. 1986.
- 103.- Morín, Edgar; Introducción al pensamiento complejo. 1990.
- 104.- Arredondo A, Víctor Meléndez C. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de la utilización de Servicios de Salud. 2002
- 105- Stone G. Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*. 1979.
- 106.- Barragán, H L; El proceso de la atención médica fundamentos de salud pública. Capítulo 15. 2007.
- 106.- Stone G. Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*. 1979.
107. - Dracup, KA, Meleis, AI. Compliance: an interactions approach. *Nursing Res*. 1982.
108. - DiMatteo MR. Physician-patient communication. Promoting a positive health care setting. Hannover, NH: University Press of New England, 1985.
- 109.- Becker M, H, Maiman L. A. Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med. Care*. 1975.
110. - Ley, P. Communicating with patients. London Chapman and Hall. 1988.
111. - Svarstad B. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. En *Mechanic : The growth of bureaucratic medicine* New York. 1976.
112. - Becker MH, Maiman LA. Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recomendations. *Med Care* 1975.
- 113.-Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor-patient communication: patients response to medical advice. *N Engl J Med*. 1969.
114. - Davis MS. Physiologic, psychological, and demographic factors in patient compliance with doctors. 1988.
115. - Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication *Pediatrics*. 1968.
116. - Rodríguez Marín, Jesús; La relación entre médico y paciente: Una vida en común. Universidad Miguel Hernández de Elche An. R. Acad. Med. Comunitat Valenciana. 2011.

- 117- Lerch M. Breakdown in communication between providers results in life-altering infection in newborn (on line). *Strategies Qual Risk Managent*. 2003.
118. - Johnson CA; Johnson BE. Liese B J . Dual doctor marriages: career development. *Fam med*. 1992.
- 119.- Scheff, Thomas; Reglas de decisión. Tipos de error y sus consecuencias en el diagnostico medico. Cap 28. Pag. 327. *Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología*. OPS. 1992.
120. Silva, D; La autonomía en la relación medico paciente. Año 2008
- 121.- Martínez, C S, Gustavo Leal F. Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente. *Anales médicos*. Vol. 48, Núm. 4. 2003.
- 122.- Granados Díaz, A. Cuando el paciente es otro medico. *Médica psiquiatra*. Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2011.
- 123.- Del Cid Vargas, C, I: <http://www.nodo50.org/mujeresred/salud.htm>. 2000.
124. - Gilligan C. *Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. 1982.
125. - Bebbington PE, Hurry J, Tennant C. The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*. 1981.
- 126.- Torres Martínez C, Orgaz Gallego P, Lozano Álvarez F, Sánchez Gómez MH, Pinnel Muñoz MF, Tojeiro Lorente S, et al. Psicofármacos en atención primaria: calidad de la prescripción. *Aten Primaria*.; 11:385. 1993.
- 127.- Delgado Sánchez A. El papel del género en la relación médico-paciente. *FMC*. 1999.
- 128.- Universidad Pontificia de Comillas; Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. EN: "Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas" (España). 1992
- 129.- Soler Vila M, García Bayo I, Caramés Durán E, Espín Martínez A, García Pulido C, Rispau Falgás A. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria*. 1998.
- 130.- García Lanzuela, Y; Las diferencias de género aplicables al Sedentarismo y percepción de la salud. Universidad de Zaragoza. España. 1996.
- 131.- Esteban, M. L. La obsesión de adelgazar. 1993.
- 132.- Giménez, G. La sociología de Pierre Bourdie. UNAM. 1997.
- 133.-Skodra E. Families and abuse of prescribed medication: a psychological analysis of women's and children's experiences in the family and other social institutions. *Counseling- Psychology-Quarterly*. 1992.
- 134.- Schelling, T. C. *Micromotivos, macroconductas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
135. - SEDRONAR-INDEC, Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. 2004.
- 136.- Montero, I; Aparicio, D; Gómez-Beneyto, M; Moreno-Küstner, B; Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Género y salud mental en un mundo cambiante Gac Sanit*; 2004.
137. - Nathasons, C.A. y Lorenz, G. (1982). Women and health: the service dimensions of medical data. En J. Zollinger (Ed.). *Women in the middle year*. New York: Wiley, J. And Sons. 1982.
- 138.- Clark, J.D. Variation in Michigan Hospital use rates: de physician and hospital characteristics provide the explanations?. *Social Science and Medicine*, 30, 67-82. 1990.

- 139.- García, Ana María; Gadea, Rafael. Las enfermedades laborales en España, Síntesis del informe elaborado por ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)-Comisiones Obreras. Fuente: Montserrat Salvat López. 2004.
- 140.-Valls C. Morbilidad invisible y cooperación. Directora del Programa “Mujer, Salud y Calidad de Vida”. 2004.
141. - Jossey-Bass. Qualities methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research. Family health international. 2005.
142. - Taylor S J y Bogdan R. Introducción. Ir hacia la gente. Cap 1. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, Barcelona,1996.
- 143.- Seltiz C; Weightsman L.S Cook S.W. Research methods in social relations. University of Michigan 3º edición. 1976.
- 144.- Britten N, Fisher B: Qualitive research an general practice. British Journal of general practice. 2000.
145. - Taylor, S J y R. Bogdan . Introducción a los métodos cualitativos. Ediciones Paidós Tercera edición: 2000.
- 146.– Bergner, M y Bobbitt, R ; Carter, W. El perfil del impacto en la enfermedad: elaboración y revisión final de un indicador del estado de salud. Cap 69. Pag.789. Investigaciones sobre servicios de salud. Una Antología. OPS 1992.
- 147.- Huicochea L. Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz. Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México: México. 2002.
- 148.- Díaz Novas, J.; Ávila Díaz, M. Morbilidad Percibida y Utilización de Servicios de Salud / Perceived morbidity and health services utilization Rev. Cuba. Med. Gen. Integr. 1996.
- 149.- Frenk, Julio; El concepto y la medición de accesibilidad. Cap 80. pag 931. Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología. OPS. 1992.
- 150.- Ferrera F, Acebal, E; Paganini, JM. Medicina de la comunidad Intermedica. 1976.
- 151.- Comes, Y; Solitario, R; Garbus, P; Mauro, M; Czerniecki, S; Vázquez, A; Sotelo, R; Stolkiner, A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de psicología. UBA. Anuario de investigaciones / volumen XIV/ año 2006-
- 152.- Sarduy Domínguez, Yanetsys; El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2007.
- 153.-Van Dalen, Deobold B y Meyer, William J. ; Síntesis de "Estrategia de la investigación descriptiva" en Manual de técnica de la investigación educacional.
- 154.- Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.25 no.1 Medellín Jan./June 2007
- 155.- Ulin, Priscilla R; Robinson, Elizabeth T; Tolley, Elizabeth E; Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos... Publicación Científica y Técnica No. 614 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2006
- 156.- Casas Anguita , JR Repullo Labrador, J; La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Atención primaria, vol.31 Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid. España. 2003.

- 157.- López Noguero, Fernando; El análisis de contenido como método de investigación. Universidad de Huelva. Revista de Educación, 2002
- 158.- Chacón, José.; Una introducción a la ESTADÍSTICA INFERENCIAL 2007.

Fuentes y Bibliografía consultada (no incluidas en las referencias)

- * Standing H; Género y la reforma del sector salud. Gender and equity in health sector reform programmers: A review. Health Polity. 1997.
- * Jarrett, S.W., Ofosu- Amaah, S. Strengthening health services for MCH in Africa: The first four Health Policy and years of the Bamako Initiative. 1992.
- * Ten Have M, Vollebergh W. Predictors of incident care service utilization for mental health problems in the Dutch general population. Soc. Psych. Epidemiol. 2001.
- * Saidmann T, Rajan S. Race and ethnic disparities in health care access and utilization: An examination of state variation. Med. Care Research & Rev 2000
- * Bastante T., De la Morena F. Tutor: Prof. R. Herruzo Cabrera; Salud laboral genero Rebeca Torada, Neus Moreno (Capitulo publicado en Mujer y trabajo. Problemática actual. 2003
- * Vázquez-Barquero JL, Santiago A, Díez-Manrique JF. La salud mental de la mujer en España. En: La mujer y la salud en España. Informe básico.1992.
- * El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias. Montevideo. Uruguay. Sanita Morin-Abrahams, MHS Addiction Alert organization. 57 East Street. Kingston. Jamaica. 1966
- * Menéndez, E. Racismo, colonialismo y violencia científica. 1972.
- * Stoelben S., et al. «Adolescents' drug use and drug knowledge» Eur J Pediatr ; 2000.
- Relaciones entre personalidad y salud física - psicológica diferencias según sexo - género, situación laboral y cultura - nación. Localización Web: <http://www.ucm.es/eprints/7494/> Dresch, Virginia. 2008
- * Vega navarro, A. Jugar a ser iguales en cuadernos de pedagogía nº 261. pp 16-20.1997
- * Lionetti, Lucia “La educación del sexo bello” para el ejercicio de la Ciudadanía en Argentina (1870-1916). En Perez Cantu, Pilar & Postigo Castellanos, Elena: Autoras protagonistas. Edic. Univ. Autónoma de Madrid. 2000
- * Bonder, G Mujer educación en América latina: hacia la igualdad de oportunidades. Revista Iberoamericana de educación. 1994
- * Center of Excellence for women's Health. “who cares”? Research Bulletin 2002 CESDEM. Encuesta experimental de demografía y salud. 1999. República Dominicana. CESDEM. 1999
- * Donelan K, et al: “Care giving: Challenges and implications form womens health”. Women's Health Instes. 2001.
- * Esposas de médicos. Frank G. Slaughter. Año publicación 1977
- * Sociedad de Esposas de Médicos. México. Mayo 2011
- * The Doctor's Wife, serie de ciencia ficción del Reino Unido. 2011
- * Cinco mitos sobre ser la esposa de un doctor. Monica Swanson 2013
- * In Practice: The Doctor's Wife. Sayantani DasGupta. 2007
- * La enfermedad de los médicos. Aser García Rada. 2012

ANEXO I

MODELO CUESTIONARIO INDIVIDUAL 1: (Dirigido a esposas de médicos)

<u>IDENTIFICACION GEOGRAFICA:</u>	
<u>LOCALIDAD:</u>	<u>PROVINCIA:</u>
<u>Via de cuestionario postal:</u>	1.- Entrevista
	2.- Cuestionario por correo electrónico
	<i>(en estos casos responder con letra X)</i>
	3.-Cuestionario por Correo postal
	(marcar respuestas con X o circular frases)

A.-Características sociodemográficas del entrevistado/ encuestado

1.- ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.?	... años
2.- ¿Estado civil actual?	Soltero/a...
	Casado/a....
	Separado/a...
	Divorciado/a..
	Viudo/a....
	Unión libre...
3.- ¿Hasta que año aprobó en su instrucción?	Ninguno....
	Primaria incompleta...
	Primaria completa....
	Secundaria incompleta...
	Secundaria completa....
	Carrera terciaria...
técnica.....	
	Profesional.....
Universitario....	
	Maestría, doctorado...
4. ¿En total, cuantos años estudió?años

B.- Ocupación fuera del hogar

5.- ¿En que trabaja actualmente? (estatal)...	Empleado publico
	Empleado particular ...
	Independiente....
	(Cuenta propia)....
	Empresario.....
	Voluntario (sin pago)

	No trabaja.....
6.- ¿Es integrante de un equipo de Salud?	Si No
7.- ¿Cuál es su profesión u oficio?

B1.-Ocupación doméstica

8.- ¿Cuántos integrantes de la familia conviven en su hogar?	2
personas	Entre 2 y 4
	Mas de 4
9.- ¿Cuántas horas diarias dedica Trabajo doméstico?	Menos de 2
hs.	Entre 2 y 4 horas
	Mas de 4 horas
10.- ¿Como calificaría su trabajo en el hogar?	Suficiente
	Tolerable
	Demasiado

C.- Descripción del estado de salud

11.- En general. ¿Como calificaría hoy su estado de salud?	Muy Bueno...
	Bueno....
	Moderado....
	Malo....
	Muy malo....

12.- En general en los últimos 30 días ¿Que grado de dificultad ha tenido para realizar Las tareas del trabajo o el hogar?	Ninguno...
Leve...	
Moderado...	
	Alto...
	Extremo...

Cognición

13.- En los últimos 30 días qué grado de Dificultad ha tenido para concentrarse o Recordar cosas?	Ninguno...
	Leve.....
	Moderado...
	Alto...

Actividades sociales

14.- ¿Qué grado de dificultad ha tenido para relacionarse con otras personas o participar de actividades sociales?	Ninguno...
	Leve.....
	Moderado..
	Alto.....

15.- Que grado de dificultad ha tenido para	Ninguno....
---	-------------

enfrentarse a conflictos y tensiones con otras personas?	Leve.....
	Moderado..
	Alto.....

Sueño y energía

16.- Durante los últimos 30 días ha tenido problemas para quedarse dormido, dormirse en el día o despertarse muy temprano?	Ninguno....
	Leve.....
	Moderado
	Alto.....

Estado de ánimo

17.- En que grado de ha sentido triste, decaído O deprimido?	Ninguno....
	Leve.....
	Moderado...
	Alto.....
18.- ¿En que grado ha sentido preocupación o ansiedad?	Ninguno
	Leve.....
	Moderado
	Alto.....

Factores de Riesgo

19.- Fuma	Diariamente...
	Si, pero no diariamente...
	No.....
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	

20.- Toma bebidas alcohólicas	Si
	Nunca

D.- Susceptibilidad / beneficio

21.- Ud. Cree que se enferma con mayor frecuencia que otras personas?	SI
	NO
	No Sabe

22.- ¿Ud. cree que sus síntomas revelan alguna enfermedad importante?	SI
	NO
	Con frecuencia
23.- En alguna de las situaciones anteriores (enfermarse seguido o de algo importante) ¿Qué actitud adopta?	Consulto rápidamente
	Tomo medicamentos
	Espero que se pase

D 1.- Dirección de proceso (fuente principal)

24.- Si percibe un problema de salud ¿Con cual respuesta identifica su actitud?	
	1 Conversó con alguien sobre lo que sentía

33.- ¿Cual es la especialidad que consulta con mayor frecuencia?
.....

Modalidad de atención

34.- ¿Como fue la consulta médica con el medico conocido?		
a) Sacó turno	SI	NO
b) Le realizaron Historia clínica	SI	NO
c) La citaron para el control de su enfermedad o síntoma		
	SI	NO
35.-¿Como fue la consulta con el médico desconocido?		
a) Saco turno	SI	NO
b) Le realizaron HC	SI	NO
c) La citaron ara control	SI	NO

36.- Los consejos de este último fueron:	
	Consultar con un especialista
	Realizar estudios diagnósticos
	Tomar medicación
	Ignorar los síntomas

37.-	
Los siguió	SI
	NO
	Con frecuencia

Beneficio/consecuencia de la acción en salud

38.- Si contesto afirmativamente en seguir los consejos en todos los casos, con cual de estas razones se identifica:
Consultar a un especialista es solucionar más rápido el problema
Realizar estudios diagnósticos confirman o descartan una enfermedad
Tomar medicación alivia los síntomas
Ignorar el síntoma es mejor que preocuparse por nada

Aceptabilidad

39.- Como califica la atención recibida por médico conocido o desconocido
Mala regular Buena Muy buena

40.- Opina UD. Que esta calificación de la atención de relaciona con:
Perfil profesional (“trata así a todos”)
Género de profesional (“porque es hombre / o es mujer “)
Edad del profesional (“es joven” o “ es mayor”)
Consideración especial por ser la esposa de...

E.- Cuidados médicos

41.- Cuando fue la última vez que le realizaron un examen ginecológico?		
Menos de dos años,		
De dos a tres años,		
Mas de tres años		
Mas de 5 años		
Nunca		
42.- Tuvo algún hijo en los últimos 5 años?	SI	NO

43.- Cuando fue la última vez que Ud. Necesitó asistencia médica?	
Últimos 30 días	
Mas de un mes y menos de un año...	
	Mas de un año.....
	Mas de dos años....
	Mas de 5 años.....
	Nunca tuvo necesidad

44.- Cuando necesitó acudir a un profesional	
Entre cuantos pudo elegir?	1 2 3 o mas

45.- La ultima vez que necesito asistencia, donde la recibió?	
Consultorio	
Establecimiento con internación	
	En domicilio
46.- Si tuvo un parto hace menos de dos años	
(si no, pase a la siguiente pregunta)	
Quién atendió su parto?	Médico...
	Enfermero/a
	Partera....
	Familiar
	Otros....

Percepción de vulnerabilidad

47.- La razón por la que consulta al ginecólogo/a habitualmente es:	
Por algún síntoma (molestia o dolor)	
Por control	
No Sabe	

48.- La elección del ginecólogo/a tuvo relación con cual de las siguientes afirmaciones:	
Era mi ginecólogo de la adolescencia	
Me lo recomendó una amiga	
Me lo recomendó mi marido	
Elegí un desconocido (de mi marido y mío)	

Satisfecho
Muy satisfecho.

Preguntas relacionadas con su cónyuge médico

a) Edad en años cumplidos	() años
b) Especialidad.....	
c) Ámbito de trabajo profesional:	
Publico () Privado () Mixto () Independiente ()	
d)	Horas de trabajo aproximadas diarias
mas de 6 () Mas de 8 () mas de 12 ()	

Gracias por contestar

ANEXO II
CUESTIONARIO INDIVIDUAL 2 (dirigida médicos)

<u>IDENTIFICACION GEOGRAFICA:</u>	
<u>LOCALIDAD:</u>	<u>PROVINCIA:</u>
<u>Via de cuestionario postal:</u> 1.- Entrevista 2.- Cuestionario por correo electrónico	
3.-Cuestionario por Correo postal	
<u>En caso de cuestionario electrónico marcar con X la respuesta correcta</u>	

A.-Características sociodemográficas del entrevistado/ encuestado

1.-¿Cuantos años cumplidos tiene Ud.?	() años
---------------------------------------	----------

2.-¿Estado civil actual?	Soltero/a...
	Casado/a....
	Separado/a...
	Divorciado/a..
	Viudo/a....
	Unión libre...

3.- Especialidad.....

4.- Estudios de Postgrado,	Master
	Doctorado
	Otras disciplinas.

5.- Ámbito de trabajo.	Estatal Publico
	Privado
	Particular
	Mixto

6. Horas de trabajo diarias promedio	6 () 8 () 12 ()
--------------------------------------	--------------------

7.- Realiza guardias medicas	SI	NO
------------------------------	----	----

B.-Descripción del estado de salud de su esposa (pareja, conviviente actual)

8.- En general ¿ como calificaría el estado de salud de su esposa?	Muy bueno
	Bueno
	Moderado
	Malo
	Muy malo

9.- Durante los últimos 30 días ha tenido alguna Dificultad para realizar tareas del trabajo o de hogar?
--

Ninguno
Leve
Moderado
Alto

C.-Estado de ánimo

10.- En general durante los últimos 30 días ¿en que grado la ha observado triste, decaída o deprimida
Ninguno
Leve
Moderado
Alto
Extremo

11.- ¿En que grado la observó con Preocupación o ansiedad?	Ninguno
Leve	
Moderado	
Alto	
Extremo	

D.-Dirección del Proceso

12.- Considera que ante una alteración de su estado de salud, ella consulta primero:
A Ud
Lo conversa con pariente o amiga
Consulta a algún médico conocido
Consulta a un médico desconocido

13.- Si el consultado es Ud. ¿Que suele aconsejar?
Consultar un especialista
Hacer estudios diagnósticos
Tomar medicación
Ignorar el síntoma

14.- Ante los consejos que Ud. Aporta ¿Ella los sigue?
SI
NO
Con Frecuencia

E.- Intervención en el proceso

15.- Si su esposa necesita de un especialista para un control ginecológico Cual es su actitud?
Le recomienda no conocido
Deja que ella lo elija

16.- Si su esposa esta embarazada y deben buscar un medico obstetra: Ud. que actitud adopta?
--

Le recomienda uno conocido
Deja que ella elija

17.- Si su mujer debe ser hospitalizada o asistida por alguna patología ambulatoria:
Exige trato especial en cualquier lugar que se encuentre
Pretende consideraciones espontáneas por parte de la Institución
Se mantiene al margen confiando en el lugar de atención elegido
Ninguna opción le parece importante

F.- Atención a esposas de medico

18.-En su ámbito de trabajo y especialidad se presenta a la consulta la esposa de un medico que Ud. No conoce ¿Cual es su actitud?
(igual trato que a cualquier otro paciente) No diferenciada de mi actitud habitual
(diferente trato que a cualquier otro paciente) Si diferenciada de mi actitud habitual

19.- En el trato diferenciado Ud. Pone énfasis en:
La amabilidad
Las explicaciones
La confianza

20.- Si en el ámbito laboral de su especialidad se presenta un medico conocido con su esposa. Su actitud es:
Diferenciada No diferenciada

21.- En este ultimo caso, el trato diferenciado se traduce en :
Amabilidad
Explicaciones
Confianza

G.- Modalidad de atención

22.- En el ultimo caso (esposa de colega conocido) Le realiza habitualmente historia clínica en la primera consulta?
Si NO A veces
De necesitar seguimiento de la patología. ¿Recita con turno programado? (día y hora)
SI NO A veces
De indicar medicación. ¿Recita a la paciente para conocer la evolución?
SI NO A veces

23.- Si Ud. Es internista y se hospitaliza la esposa de un colega. Su actitud es:
Diferenciada

No diferenciada

24.- El Trato diferenciado se traduce en:
Rápida atención del problema medico o quirúrgico
Garantizar confort y comodidad
Minimizar las complicaciones

25.- En la externación o alta medica su actitud es:
Diferenciada
No diferenciada

26.- La actitud diferenciada se traduce en:
El control pos alta por consultorio sin turno
El extremar los cuidados de una correcta evolución

H.- Percepción o experiencia

27.- En su experiencia o percepción: Las esposas de los médicos (con profesiones no relacionadas con la salud)
a) Presentan mas complicaciones que las mujeres sin esta condición
b) No presentan mas complicaciones que otras mujeres

De ser afirmativa la respuesta, que aspectos le sugieren esta afirmación:
Tienen o perciben mas enfermedades que otras mujeres
Tienen enfermedades mas complejas que otras mujeres
Consultan mas tardíamente que otras mujeres
Sus enfermedades son atendidas por varios médicos
Son negadoras de sus enfermedades
Tienen mayor acceso a la automedicación
Tienen igual frecuencia de complicaciones pero estas afectan mas al médico tratante.

Fin del cuestionario. Gracias por su colaboración.

ANEXO III

MODELO CUESTIONARIO INDIVIDUAL 3: (Dirigido a esposas de NO médicos)

IDENTIFICACION GEOGRAFICA:	
LOCALIDAD: _____	PROVINCIA: _____
Vía de cuestionario _____	
1.- Entrevista	
2.- Cuestionario por correo electrónico	
3.-Cuestionario por Correo o en mano	
A.-Características sociodemográficas del entrevistado/ encuestado	
1.- ¿Cuántos años cumplidos tiene UD.?	... años
2.- ¿Estado civil actual?	
Soltero/a	
Casado/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	
Unión libre	
3.- ¿Hasta que año aprobó en sus estudios?	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Carrera terciaria o técnica	
Profesional	
Universitario	
Ninguno	
4. ¿En total, cuantos años estudió?años
B.- Ocupación fuera del hogar	
5.- ¿En que trabaja actualmente? (estatal)	Empleado publico
Empleado privado	
Independiente. (Cuenta propia)	
Empresario	
Voluntario (sin pago)	
No trabaja	
6.- ¿Cuál es su profesión u oficio?
B1.-Ocupación doméstica	
7.- ¿Cuántos integrantes de la familia Conviven en su hogar?	2 personas
Entre 2 y 4	
Mas de 4	

8.- ¿Cuántas horas diarias dedica Trabajo doméstico?	Menos de 2 hs.
Entre 2 y 4 horas	
Más de 4 horas	
9.- ¿Cómo calificaría su trabajo en el hogar?	Suficiente
	Tolerable
	Demasiado

C.- Descripción del estado de salud

10.- En general. ¿Cómo calificaría hoy su estado de salud?	Muy Bueno
	Bueno.
	Regular.
	Malo.
	Muy malo..
11.- En los últimos 30 días. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para realizar Las tareas del trabajo o el hogar?	Ninguno
	Leve.
	Moderado.
	Alto
	Extremo..

Cognición

12.- En los últimos 30 días que grado de Dificultad ha tenido para concentrarse o Recordar cosas?	Ninguno
	Leve
	Moderado
	Alto

Actividades sociales

13.- ¿Qué grado de dificultad ha tenido para relacionarse con otras personas o Participar de actividades sociales?	Ninguno
	Leve
	Moderado.
	Alto
14.- ¿Qué grado de dificultad ha tenido para Enfrentarse a conflictos y tensiones con otras Personas?	Ninguno
	Leve.
	Moderado.
	Alto.

Sueño y energía

15.- Durante los últimos 30 días ha tenido Problemas para quedarse dormido, dormirse en el día o despertarse muy temprano?	Ninguno
	Leve
	Moderado
	Alto

Estado de ánimo

16.- En que grado de ha sentido triste, decaído O deprimido?	Ninguno....
	Leve....
	Moderado
	Alto...
17.- ¿En que grado ha sentido preocupación o ansiedad?	Ninguno...
	Leve...
	Moderado...

Alto.....	
Factores de Riesgo	
18.- Fuma	Diariamente
	Si, pero no diariamente
	No
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	
19.- Toma bebidas alcohólicas	Si No

D.- Susceptibilidad / beneficio

20.- UD. Cree que se enferma con mayor	SI
Frecuencia que otras personas?	NO
	No Sabe

21.- ¿UD. cree que sus síntomas revelan	SI
Alguna enfermedad importante?	NO
	Con frecuencia
22.- En alguna de las situaciones anteriores (enfermarse seguido o de algo importante) ¿Qué actitud adopta?	
Consulta rápidamente	
Tomo medicamentos	
Espero que se pase	

D 1.- Dirección de proceso (fuente principal)

23.- Si percibe un problema de salud ¿Con cual respuesta identifica su actitud?	
1 Conversó con alguien sobre lo que sentía	
2.- Pensó que pasaría y no lo conversó con nadie	
3- Le preocupó y consultó con alguien	
4. Pensó, se preocupó y no lo hablo con nadie	
24.- Por favor, responda. ¿Con que persona conversó primero sobre su percepción de salud?	
Su esposo/pareja	
Su Madre	
Un amigo/a	
Un Médico desconocido /Un médico conocido	

25.- Si el consultado fue su marido/pareja, Sus consejos fueron:	
Consultar con un especialista	
Realizar estudios diagnósticos	
Tomar medicación	
Ignorarlos síntomas	

26.-Siguió los consejos?	Si
No	
Con frecuencia	

27.- Si el consultado fue un pariente o amigo sus consejos fueron:
1.- Consultar
2.- Automedicarse
3.- Ignorar los síntomas

28.- Los siguió	SI
No	
Con frecuencia	
29.- Si el consultado fue un medico conocido o desconocido	
Sus consejos fueron:	
Consultar con un especialista	
Realizar estudios diagnósticos	
Tomar medicación	
Ignorarlos síntomas	
30.- Los siguió	SI
NO	
Con frecuencia	
31.- ¿Cuál fue la especialidad que consultó por última vez?	
.....	
32.- ¿Cual es la especialidad que consulta con mayor frecuencia?	
.....	

Modalidad de atención

33.- ¿Como fue la consulta médica con el medico conocido? (medico de cabecera o habitual)		
a) Sacó turno	SI	NO
b) Le realizaron Historia clínica	SI	NO
c) La citaron para el control de su enfermedad o síntoma		
	SI	NO
34.-¿Como fue la consulta con el médico desconocido? (cuando consulta por primera vez)		
a) Saco turno	SI	NO
b) Le realizaron HC	SI	NO
c) La citaron ara control	SI	NO

35.- Los consejos de este último fueron:	Consultar	con	un
especialista			
Realizar estudios diagnósticos			
Tomar medicación			
36.- Los siguió			SI
			NO
Con frecuencia			

Beneficio/consecuencia de la acción en salud

37.- Si contesto afirmativamente en seguir los consejos en todos los casos, con cual de

Familiar
Otros....
Percepción de vulnerabilidad
46.- La razón por la que consulta al ginecólogo/a habitualmente es:
Por algún síntoma (molestia o dolor)
Por control
No Sabe
47.- La elección del ginecólogo/a tuvo relación con cual de las siguientes afirmaciones:
Era mi ginecólogo de la adolescencia
Me lo recomendó una amiga
Me lo recomendó mi marido / pareja
Elegí un desconocido (de mi marido y mío)
48.- La elección del médico obstetra para atender mi/s embarazos tuvo relación con:
Era mi ginecólogo de la adolescencia
Me lo recomendó una amiga
Me lo recomendó mi marido/ pareja
Elegimos un desconocido de ambos (mió y de mi pareja)
49.- ¿Cuándo estuvo hospitalizado por última vez?
Hace un mes
Hace mas de un mes y menos de un año
Mas de un año y menos de tres
Mas de cinco
Nunca
50.- Compartió la habitación con otra/s personas?
SI NO
51.- Si estuvo en habitación individual o sin compañía, esto fue solicitado
Por usted (con pago diferenciado)
Por su marido (sin pago diferenciado)
Fue una atención dispensada por la Institución
52.-¿Como calificaría la atención recibida?
Muy buena Buena Regular Mala
53- Como calificaría el tiempo de internación?
Suficiente Excesivo Adecuado N/S
F.- Capital social y Stress
54.- Con que frecuencia siente que no puede hacer frente a cosas importantes de su vida.
Nunca
Casi nunca
A veces
A menudo
Muy a menudo
55.- En que medida está satisfecho con su salud (general, física y mental)
Muy insatisfecho

Algo Insatisfecho
Ni satisfecho ni insatisfecho
Satisfecho
Muy satisfecho.
Preguntas relacionadas con su cónyuge /pareja conviviente
a) Edad en años cumplidos () años
b) Profesión u oficio.....
c) Ámbito de trabajo : Publico () Privado () Mixto () Independiente ()
d) Horas de trabajo aproximadas diarias mas de 6 () Mas de 8 () mas de 12 ()

Gracias por contestar

