LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE: VARIABLES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS

Alonso-Morillejo, E., Pozo, C., Rebolloso, E. y Cantón, P.
Área de Psicología Social
Universidad de Almería

RESUMEN

Los usuarios de los servicios sanitarios se quejan frecuentemente de las dificultades que encuentran en los procesos de comunicación y en la relación que mantienen con los profesionales que los atienden. Numerosos trabajos han señalado que la relación con el profesional de la salud condiciona la satisfacción del paciente, lo cual constituye uno de los determinantes centrales de la conducta de cumplimiento terapéutico. En el presente estudio se analizan algunos de los factores que influyen en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, y sus efectos sobre el nivel de satisfacción de éste último, así como sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Participa una muestra de pacientes y allegados de tres centros hospitalarios de una provincia andaluza. Los análisis realizados ofrecen resultados clarificadores acerca de los aspectos estudiados y muestran la validez de la escala utilizada para la investigación sobre el tema. Algunos de los resultados más relevantes muestran la incidencia de la satisfacción en el seguimiento de los tratamientos, siendo necesario que ese nivel de satisfacción sea elevado.
Palabras clave. Relación profesional sanitario-paciente. Comunicación. Satisfacción del paciente. Cumplimiento terapéutico.

ABSTRACT

Users of health services frequently complaint about the problems they encounter in the process of communication and with the health providers from wich they receive care. Many pieces of work have shown that social relationships maintained with health professionals shape patient satisfaction, which is the most important determinant in the compliance behavior. In the present study, we analyze some factors that influence interaction and communication between health professionals and patients, as well as its effects on patient satisfaction and compliance with medical régime. The sample is composed of patients and relatives from three local hospitals from a Andaluzian province. The analysis offers enlightening results about several studied aspects and shows the validity of the scale used for the investigation concerning this topic. Some of the most relevant outcomes show the impact of satisfaction on the follow-up medical prescriptions, being necessary this level of satisfaction to be up high.
Key words: Health professionals-patient interaction. Communication. Satisfaction of patients. Therapeutic compliance.

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace demasiados años, el sistema de salud tenía como objetivo prioritario salvar la vida de las personas y prolongarla a cualquier precio, es decir, conseguir "más cantidad de vida". A partir de los años 60 la perspectiva cambió desde las metas "materiales" a otras vinculadas con necesidades psicológicas y sociales. La investigación sobre las condiciones objetivas y subjetivas de la calidad de vida (Andrews y White, 1976; Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Cantril, 1965; Brandburn, 1969; Diener, 1984; Veenhoven, 1984) sirvió para introducir este concepto en el debate de los objetivos del tratamiento médico a largo plazo, subrayando el hecho de que no sólo la cura y la supervivencia de los pacientes es importante, sino también la mejora de su calidad de vida y el aumento del bienestar subjetivo.

Aún en nuestros días, siguen manteniéndose las discusiones acerca de cuáles son esos elementos que definen la calidad de vida, ya que se trata de un concepto complejo, integrado por muy diversos dominios y dimensiones de difícil definición operacional (Blanco, 1985; Casas, 1999; Chibnall y Tait, 1990; De Haes, 1988; Diener, 1994; Michalos, 1995; Veenhoven, 1994). Lo que sí parece asumirse es que, en general, se trata de un juicio subjetivo acerca del grado en que se ha alcanzado la felicidad y la satisfacción, aunque dicho juicio está estrechamente relacionado con determinados indicadores "objetivos", biológicos, psicológicos, compor-

tamentales y psicosociales (Blanco, 1985; Diener, 1984). Por tanto, la calidad de vida de los pacientes se lograría no sólo mejorando sus condiciones físicas y biológicas, sino también incrementando su nivel de satisfacción y valoración subjetiva con respecto al tratamiento dispensado.

Por otro lado, desde la implantación de los modelos de calidad en el ámbito sanitario a partir de la década de los noventa, la satisfacción del paciente como usuario de los servicios de cuidado de salud se ha convertido en un resultado fundamental para garantizar la eficacia de dichos servicios y facilitar la toma de decisiones para la mejora de los mismos. La orientación hacia la calidad otorga, pues, al usuario el papel central en la gestión de cualquier tipo de organización, convirtiendo la satisfacción de sus necesidades y expectativas en uno de los criterios últimos de la calidad (Mayer y Cates, 1999; Rebolloso *et al.*, 2000; Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993).

Sin embargo, la mejora de la calidad asistencial va mucho más allá que el proporcionar satisfacción a las necesidades y expectativas de los pacientes. En ella intervienen aspectos ligados al propio servicio (elementos tangibles, fiabilidad, seguridad, etc.), a la competencia social de los profesionales, su satisfacción laboral, la calidad científico-técnica de los servicios prestados y, de especial relevancia, las relaciones interpersonales de los usuarios con los profesionales de la salud (De la Fuente, 1999; Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín y Buil, 1999; Rodríguez-Marín, 1995).

Desde esta consideración, Trespaderne (1996) plantea que en el ámbito de la salud deben estar presentes las siguientes exigencias: (a) ejercicio de la responsabilidad de forma justa y satisfactoria a todos los niveles; (b) ofrecimiento de incentivos más allá de los puramente materiales; (c) fomento de la empatía como forma de comprensión y consideración de las necesidades y deseos de los profesionales y usuarios; y (d) adquisición de habilidades de relación y comunicación interpersonal.

Centrándonos ya en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes es posible distinguir dos aspectos relevantes: de un lado, el estilo de interacción que adopten ambos en función de sus respectivos roles (Love, Mainous, Talbert y Hager, 2000; McKinstry, 1992) y, de otro, la comunicación entre ellos (Bellón, 2001; De la Fuente, 1999; Godoy, Sánchez-Huete y Muela, 1994; Rodríguez-Marín, 1995).

Numerosos estudios declaran que una de las quejas más frecuentes entre los usuarios de los servicios sanitarios se refiere precisamente a las dificultades que encuentran en la comunicación y la relación con los profesionales que los atienden (Rebolloso, 1990; Robledo, 1992; Rodríguez-Marín, 1995). En concreto, se pone de manifiesto, entre otras cosas, la existencia de diversos déficits en la comunicación interpersonal (Huici, 1983; Morales, 1985), la insatisfacción de los pacientes

ingresados con la comunicación mantenida con el personal sanitario (Buller y Buller, 1987; Mumford y Skipper, 1967), o las consecuencias negativas que una mala comunicación tiene en el proceso de curación, afectando a la comprensión y el seguimiento de las prescripciones terapéuticas (Bayés, 2000; Brown y Raven, 1994; Ferrer, 1995; Friedman y DiMatteo, 1989; Rebolloso, 1995).

En definitiva, una adecuada interacción entre el personal sanitario y los usuarios de los servicios de salud garantiza la adopción, por parte de estos últimos, de actitudes y estrategias de prevención, o lo que es lo mismo, la puesta en marcha de "conductas de salud", entre las que cabe mencionar especialmente el seguimiento de las prescripciones médicas (Prados, 1992). En este sentido, en un reciente estudio prospectivo se ha demostrado que aquellos profesionales sanitarios -haciendo especial referencia a los médicos-, con una mejor comunicación centrada en los pacientes provocan que éstos perciban una mejoría de su salud y la consiguiente menor utilización de consultas, así como una reducción en el número de pruebas complementarias recomendadas por los propios médicos; incluso, se ha puesto de manifiesto la relación entre la mejora de las habilidades de comunicación y resultados de salud medidos objetivamente, como la reducción de la presión arterial, la menor incidencia de cefaleas, etc. (Stewart *et al.*, 2000).

Ahora bien, cabe preguntarse acerca de cuáles son las variables que inciden en que los profesionales de la salud muestren unas habilidades de comunicación propiciadoras de una mayor satisfacción en los pacientes con la atención recibida y, por ende, de la puesta en marcha, por parte de estos últimos, de comportamientos orientados a la salud. En este sentido, Rodríguez-Marín (1995), presenta un modelo teórico en el que recoge las dimensiones que las investigaciones previas han destacado como las de mayor influencia en los procesos de comunicación entre profesional y paciente.

Entre los factores que condicionan la comunicación cabe citar en primer lugar la *estructura del sistema sanitario* (Freidson, 1961, 1978; Mechanic, 1975). Dentro de ésta, estudios previos ponen de manifiesto las diferencias entre las dimensiones estructurales de los centros públicos y privados, derivadas principalmente de las presiones económicas para complacer al paciente (cliente) que tienen lugar en la red privada y que llevan a sus usuarios a sentirse tratados "como personas".

El *marco de la interacción* constituye otro factor importante. En ocasiones, el propio contexto en el que se desarrolla la interacción social resulta inadecuado para que tenga lugar una comunicación eficaz; por una parte, el paciente se encuentra enfermo y angustiado y debe comunicar sus problemas a otra persona que, a veces, es extraña, con lo que su capacidad de transmisión puede verse mermada; por otra, el médico suele disponer de un tiempo limitado para atender a cada paciente y conseguir la información necesaria en ese breve espacio de tiempo y por último, no siempre existe un espacio adecuado para la interacción (Taylor, 1986).

Un tercer factor es la *conducta del profesional*, donde puede distinguirse, en primer lugar, el uso de la jerga médica. Los pacientes en general, y sobre todo aquéllos que tienen un bajo nivel educativo, no entienden muchos de los términos utilizados por los médicos. Cabe mencionar el estudio realizado por Rebolloso (1990), donde se destaca el papel que juega el conocimiento médico poseído por la población en la relación profesional de la salud/enfermo. El uso de la jerga médica se debe a diferentes razones, entre las que destacan el "hábito profesional", el mantenimiento de la situación de poder o pensar que de esa manera puede beneficiarse a los pacientes, aunque sin duda constituye una barrera importante para la comunicación (DiMatteo y DiNicola, 1982; Freidson, 1970; Mckinlay, 1975). Por otra parte, son también destacables los aspectos afectivos de la conducta del profesional, principalmente la sensibilidad, el calor, la empatía y la preocupación por los problemas del paciente, que éste puede percibir a través del comportamiento del profesional que lo trata (DiMatteo, Linn, Chang y Cope, 1985). Asimismo, la pauta de interacción que usa el profesional tiene efectos sobre la relación con el paciente; en este sentido, la satisfacción aumenta con los profesionales que permiten hablar, se toman tiempo para escuchar, etc. (DiMatteo, 1994).

En cuarto lugar, se encuentra la *conducta del paciente*, donde destaca el estilo de interacción que mantenga, su forma de describir los síntomas o dónde centra la descripción, los factores emocionales o el *feedback* que dé al profesional (Ben-Sira, 1976; Bishop, Briede, Cavazos, Grotzinger y MacMahon, 1987).

Finalmente, las *características del paciente y del profesional*, donde se engloban variables sociodemográficas como la edad, el sexo y la clase social, y otras psicológicas, por ejemplo, el nivel intelectual y el control emocional del paciente (López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1994), han sido otros tipos de variables analizadas en cuanto a su incidencia en la comunicación.

Todos los factores señalados propiciarán un tipo u otro de comunicación entre el profesional y el paciente que, en el caso de ser adecuada, revertirá positivamente sobre el nivel de satisfacción de este último. El modelo apuntado más arriba (ver Rodríguez-Marín, 1995) incluye la satisfacción del "usuario" como variable de resultado sobre la que inciden la comunicación y el proceso de interacción con el profesional sanitario, pero a su vez, la importancia de esta variable radica en que está significativa y funcionalmente relacionada con el seguimiento de las prescripciones terapéuticas y con otras conductas de salud (satisfacción como "variable de entrada").

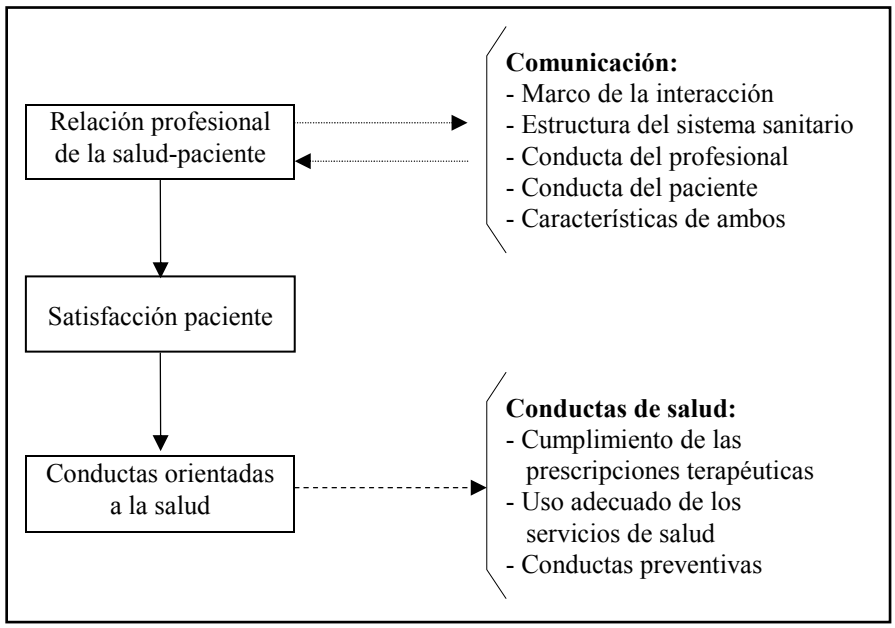
Objetivos de la investigación

Partiendo del marco teórico expuesto, se plantea el presente trabajo, incluido dentro de una investigación más amplia orientada a la evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios. El propósito de la misma descansa en el análisis de los

distintos factores que median en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, estudiando la satisfacción de este último como resultado de diversos componentes y, a su vez, como antecedente o "input" de numerosas conductas de salud. El objetivo último se centra en la voluntad de diseñar, aplicar y evaluar programas que subsanen las posibles deficiencias encontradas, contribuyendo a una mejora de la calidad asistencial y, en último término, a la optimización de la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos de la salud.

De manera más específica, con este trabajo se pretende profundizar en dos de los factores que condicionan la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente: el marco de la interacción y la conducta del profesional sanitario, contrastando la estructura de las dos dimensiones de estudio y determinando cómo ambas pueden incidir en la satisfacción del paciente como usuario de los servicios de salud. Se analizará también el papel de la satisfacción como variable determinante de conductas orientadas a la salud; concretamente, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas (ver Figura 1).

Figura 1.- Marco de trabajo para el estudio de la relación entre el profesional de la salud y el paciente



A partir de Rodríguez-Marín (1995)

MÉTODO

Muestra

Participan en el presente estudio 792 usuarios de tres centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de una de las ocho provincias andaluzas: un centro hospitalario -C1- (52.2% de la muestra), un centro de especialidades -C2- (41.8%) y un centro de Salud Mental -C3- (6%). El 45.7% de los participantes son varones y el 54.3% mujeres. Respecto a la edad, un 13.3% es menor de 20 años, un 36.9% tiene entre 21 y 35, un 23.6% entre 36 y 50 y, finalmente, un 26.3% tiene más de 50 años. Tan sólo un 18.9% de la muestra declara no tener estudios, distribuyéndose el resto entre individuos con estudios primarios (32.2%), bachillerato (24.8%) y estudios superiores (24.1%).

Variables e Instrumento de medida

La subescala empleada en este trabajo forma parte del *Cuestionario para la Evaluación de la Calidad del Sistema Sanitario* -CECASS- (ver anexo), diseñado *ad hoc* por el propio equipo que realiza este trabajo. La elaboración del CECASS se hizo a partir de una revisión exhaustiva de la literatura sobre el tema, y teniendo presentes los trabajos previos sobre evaluación de la calidad de los servicios que este equipo de investigación viene desarrollando en otros contextos diferentes al ámbito sanitario (ver por ejemplo, Alonso Morillejo, Rebolloso, Pozo y Fernández Ramírez, 1999; Alonso Morillejo y Pozo, 2002; Rebolloso *et al.*, 2000).

El cuestionario está compuesto por 53 ítems (aunque algunos de ellos -ítems 13, 24, 28, 47 y 50- se subdividen en otros con opciones no excluyentes entre sí, por lo que podemos decir que el total de cuestiones que se formulan ascienden a 75), de los que aproximadamente un 75% se presentan como afirmaciones en un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde "1", *totalmente en desacuerdo*, hasta "5", *totalmente de acuerdo*), y el resto en un formato de respuesta cerrado (tipo SÍ/NO; Nunca, A veces, etc.).

Dichos ítems pueden englobarse en una serie de dimensiones teóricas referidas a la medida de las siguientes cuestiones: calidad del servicio, estilo de interacción, comunicación, apoyo social, régimen terapéutico, valor de salud, creencias irracionales y satisfacción del paciente. Además, contiene otros elementos en los que se recoge información identificativa correspondiente a diversas variables sociodemográficas y de control. Del total de dimensiones bajo estudio, en este trabajo hemos seleccionado las que se describen sucintamente a continuación (ver cuadro 1):

(a) *Comunicación entre el profesional sanitario y el paciente* (Mira *et al.*, 1999; Rodríguez-Marín, 1995). Se han utilizado 19 ítems referentes al marco de la interacción (4 ítems) y a la conducta del profesional sanitario (15 ítems). De-

ntro del marco o contexto en el que se desarrolla la interacción se recogen cuatro aspectos básicos ligados con la adecuación del tiempo que se dedica al paciente, la información sobre posibles cambios en el estado de salud, la existencia de un espacio reservado para que el profesional informe a sus pacientes y la adecuación de dicho espacio en tanto en cuanto garantiza la intimidad. Por lo que se refiere a la conducta llevada a cabo por el profesional sanitario, se recogen aspectos como la dificultad del lenguaje, su interés por el paciente, la disponibilidad, la forma de transmitir información, pautas de interacción, trato personalizado, accesibilidad, empatía, tratamiento de quejas, etc.

(b) *Satisfacción del paciente* (Godoy *et al.*, 1994; Ley, 1988). Incluye 3 ítems sobre la satisfacción del paciente con el contacto mantenido con los profesionales sanitarios, con la comunicación y con el servicio recibido. En el presente trabajo se utilizará una puntuación promedio de la satisfacción obtenida a partir de las tres medidas señaladas.

(c) *Régimen terapéutico* (Brown y Raven, 1994; Ferrer, 1995; Rodríguez-Marín, 1995). Dado el objeto de nuestro estudio, de esta dimensión se tendrá en cuenta un único ítem (ver anexo, ítem 27) referente a la medida del seguimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los pacientes. El resto de cuestiones referidas al régimen terapéutico, pero que no van a ser sometidas a análisis en este trabajo, hacen alusión a los motivos que los participantes en la investigación señalan como causantes del incumplimiento de los tratamientos en el caso de que dicho incumplimiento se produzca. Tal y como señala la investigación precedente (Ferrer, 1995; Bayés, 2000), y aunque es una de las formas de evaluación más comunes, sabemos de las limitaciones que supone la consideración única de autoinformes para la medida del cumplimiento de las recomendaciones médicas; sin embargo, en la investigación que nos ocupa no ha sido factible utilizar otro tipo de evaluación como el recuento de medicamentos, los informes de allegados y, mucho menos, las mediciones bioquímicas. Las condiciones del estudio han obligado a utilizar medidas en las que el propio paciente indica en qué grado se ha ajustado a las prescripciones.

Cuadro 1.- Subescala de comunicación y cumplimiento terapéutico.

Dimensiones	Categorías	Ítems
Conducta del profesional sanitario	Lenguaje difícil	*1. Los profesionales sanitarios suelen utilizar un lenguaje difícil de comprender*
	Interés	*2. Habitualmente, los profesionales sanitarios se interesan por el estado de ánimo de los pacientes*
	Disponibilidad	*3. Los profesionales sanitarios se muestran dispuestos a ayudar a los pacientes*
	Información clara	*4. Habitualmente, el profesional sanitario me ofrece una información clara y detallada*
	Información brusca	*5. Cuando los profesionales sanitarios proporcionan información lo hacen de manera brusca*
	Información con cautela	*6. Cuando los profesionales sanitarios proporcionan información lo hacen con cautela o delicadeza*
	Información teniendo presentes sentimientos	*7. Cuando los profesionales sanitarios proporcionan información lo hacen teniendo presentes mis sentimientos*
	Pauta de interacción	*8. Habitualmente, el profesional sanitario me permite hablar y me siento escuchado*
	Fiabilidad	*9. Los profesionales sanitarios realizan su trabajo correctamente y con seguridad*
	Trato personalizado	*10. Habitualmente, recibo un trato personalizado por parte de los profesionales sanitarios*
	Respuesta rápida	*11. Los profesionales sanitarios dan respuesta rápida a las necesidades y problemas de los pacientes*
	Trato considerado	*12. El trato de los profesionales sanitarios con los pacientes es considerado y amable*
	Empatía	*13. Los profesionales sanitarios son capaces de ponerse en mi lugar*
	Accesibilidad	*14. Cuando necesito información, siempre encuentro a la persona adecuada*
	Tratamiento de quejas	*15. Los profesionales sanitarios tienen en cuenta mis quejas y sugerencias*
Marco de la interacción	Tiempo adecuado	*16. El tiempo que me dedica el profesional sanitario cuando me informa sobre mi salud (resultados, pruebas...) es adecuado*
	Información rápida	*17. Normalmente, se me informa con rapidez cuando hay algún cambio en mi estado de salud*

Cuadro 1.- Subescala de comunicación y cumplimiento terapéutico (contin.)

Dimensiones	Categorías	Ítems
Marco de la interacción	Espacio reservado	*18. Existe un espacio reservado para que el profesional sanitario me informe sobre mi estado de salud*
	Intimidad del espacio	*19. Este espacio permite la intimidad*
Satisfacción del paciente	Con el contacto	*20. En general, me encuentro satisfecho con el contacto que mantengo con el profesional sanitario*
	Con el servicio	*21. En general, me encuentro satisfecho con el servicio recibido.*
	Con la comunicación	*22. En general, me encuentro satisfecho con la comunicación mantenida con los profesionales sanitarios*
Régimen terapéutico	Seguimiento prescripciones	*23. Habitualmente, he seguido los tratamientos que los profesionales sanitarios me han indicado*

Procedimiento

La aplicación del instrumento fue llevada a cabo por los miembros del equipo de trabajo, que se trasladaron a los centros sanitarios donde se realizó la recogida de datos, previa autorización de los responsables de dichos centros y contando con la inestimable colaboración del personal de los servicios.

En lo que concierne al procedimiento de análisis de datos, se ha empleado el paquete estadístico SPSS en su versión 10.0 para Windows, con tres fines diferenciados. En primer lugar, los análisis descriptivos reflejan la distribución de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems que conforman las dos subescalas: conducta del profesional sanitario y marco de la interacción. En la tabla 1 aparecen las medidas de tendencia central (media) y desviación típica especificadas para cada uno de ellos.

En segundo término, y con el fin de analizar las propiedades psicométricas de la escala, se ha sometido la matriz de correlaciones de los ítems a un análisis factorial exploratorio, utilizando el método de Componentes Principales con rotación Varimax. Además, se ha realizado un análisis de fiabilidad (coeficiente *alfa* de Cronbach) para averiguar la consistencia interna de la escala.

Finalmente, se ha efectuado un análisis de regresión múltiple (ARM), utilizando el método *enter* con la totalidad de los ítems, para estimar su poder predictivo sobre la dimensión "satisfacción". De igual manera, se ha llevado a cabo un análisis

de varianza (ANOVA) para determinar el posible efecto que la satisfacción del paciente, en este caso considerada como variable independiente, tiene sobre el seguimiento de las prescripciones terapéuticas.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres grandes apartados. En primer lugar se exponen los análisis descriptivos para el conjunto de ítems; en segundo lugar, las propiedades psicométricas de la escala; y por último, la contrastación empírica del modelo.

Análisis descriptivos

Como muestra la tabla 1, los aspectos que obtienen una mejor valoración para el conjunto de la muestra, con una puntuación media de 3.64 (recordemos que la escala de respuesta es de 1 a 5), son la disponibilidad del personal, la fiabilidad y corrección en el trabajo, el trato considerado y la existencia de un espacio reservado (items 3, 9, 12 y 18). También destacan, en este caso por sus bajas puntuaciones, dos ítems referidos al uso de jerga médica ("Los profesionales sanitarios suelen utilizar un lenguaje difícil de comprender") y a la transmisión de información de manera brusca, ambos con puntuaciones que no alcanzan el punto medio de la escala (2.57 y 2.90, respectivamente). Esto indica que los profesionales no abusan de los aspectos medidos con estos ítems, lo que se puede considerar muy favorable. En sentido contrario, obtienen una menor estimación la empatía (0= 3.10), la accesibilidad (0= 3.10) o el tratamiento de quejas (0= 3.24), aunque en todos los casos superan el punto medio escalar (ítems 5, 13 y 14).

En líneas generales, el hecho de que los profesionales se muestren dispuestos a ayudar a los pacientes, realicen su trabajo correctamente y con seguridad, y tengan un trato considerado y amable, recibe una evaluación positiva, aunque no resulta tan elevada como cabría desear. Además, los pacientes valoran positivamente que exista un espacio reservado para que los profesionales puedan informarles sobre su estado de salud.

Resulta positivo también que los pacientes no perciban una utilización abusiva de la jerga médica en los profesionales y que éstos no les proporcionen información de una manera brusca. Pero se opina que no son capaces de ponerse en el lugar del paciente y que resulta difícil encontrar a la persona adecuada cuando se necesita información.

En conclusión, los resultados muestran una percepción positiva de los profesionales por parte de los pacientes, entendiendo que aquéllos están preocupados por ayudarles, por dispensarles un trato personalizado y considerado, y por procurar

ofrecerles una información clara y detallada. Igualmente, los usuarios de los sistemas de salud analizados afirman que los profesionales que les atienden realizan su trabajo con altos niveles de eficacia, aunque, existen ciertas cuestiones que pueden ser objeto de mejoras. Así, sería preciso atender en mayor medida las sugerencias expresadas por los pacientes, facilitar el acceso a la persona idónea que resuelva sus dudas, les proporcione información detallada o les dé una respuesta rápida a sus problemas. En definitiva, los datos apuntan hacia la necesidad de hacer un mayor esfuerzo por empatizar con los pacientes, resolver sus quejas y ser más accesibles.

Tabla 1.- Medidas de tendencia central del conjunto de ítems

Categoría	0	Sx
Lenguaje difícil	257	1.43
Información brusca	290	1.53
Empatía	310	1.46
Accesibilidad	324	1.47
Tratamiento de quejas	328	1.43
Respuesta rápida	336	1.42
Interés	340	1.47
Información teniendo presentes sentimientos	340	1.43
Intimidad del espacio	343	1.53
Tiempo adecuado	347	1.36
Información con cautela	350	1.34
Información rápida	351	1.39
Pauta de interacción	356	1.37
Información clara	356	1.36
Trato personalizado	357	1.32
Fiabilidad	364	1.27
Espacio reservado	364	1.41
Trato considerado	364	1.30
Disponibilidad	364	1.33

Propiedades psicométricas de la escala

Se pretende estudiar la estructura factorial de la escala utilizada, con objeto de conocer si permite la identificación de los dos factores estudiados (conducta del profesional y marco de la interacción). Efectivamente, los resultados sugieren una estructura doble, con dos factores que explican conjuntamente el 48.38% de la varianza total (la tabla 2 muestra los porcentajes de varianza explicados por cada

factor y los ítems que los integran), aunque no los que teóricamente esperábamos encontrar.

Tabla 2.- Análisis factorial de los ítems de la escala: matriz de Componentes Principales (rotación Varimax)

Ítem	Categoría	F1	F2
8	Pauta de interacción	.740	
11	Respuesta rápida	.714	
3	Disponibilidad	.712	
4	Información clara	.694	
16	Tiempo adecuado	.690	
9	Fiabilidad	.679	
6	Información con cautela	.676	
10	Trato personalizado	.655	
13	Empatía	.637	
14	Accesibilidad	.631	
12	Trato considerado	.626	
19	Intimidad del espacio	.622	
2	Interés	.609	
7	Información teniendo presentes sentimientos	.578	
15	Tratamiento de quejas	.571	
17	Información rápida	.562	
18	Espacio reservado	.503	
5	Información brusca		-.802
1	Lenguaje difícil		-.700

PVT = 48.38%; F1 = 40.86%; F2 = 7.51%

El primero de los factores explica un 40.86%, aglutinando un total de 17 ítems. Por su parte, al segundo factor pertenecen los dos elementos restantes, con un porcentaje de varianza explicada del 7.51%. Este último haría referencia a los aspectos más específicos del lenguaje o la expresión oral, y el primero de los factores a las cuestiones más afectivas de la comunicación. En concreto, el primer factor se ha denominado "conducta profesional y afectiva", y engloba ítems que hacen referencia a aspectos actitudinales y de pautas de interacción, a cuestiones de seguridad,

fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía, etc. Mientras que el segundo factor, denominado "expresión del lenguaje", está compuesto por un ítem referente al uso de un lenguaje difícil de comprender, y otro acerca de la transmisión de la información de manera brusca. La consistencia interna de la escala resulta satisfactoria, obteniéndose un coeficiente *alfa* de 0.88 para un total de 679 casos válidos. Aunque los resultados pudieran sugerir aceptar la unidimensionalidad de la escala (debido a que tan sólo son dos los elementos que quedan fuera del primer factor), lo cierto es que el peso de cada uno de los elementos del segundo factor es tan elevado que no podemos desechar su consideración, con lo que tendríamos que hablar de una estructura bifactorial. En cualquier caso, no hay que olvidar que se trata de un estudio piloto y que sus resultados servirán para depurar y perfeccionar el instrumento utilizado.

Contrastación empírica del modelo

**** La satisfacción como resultado***

En cuanto a las correlaciones halladas entre los distintos items y la dimensión "satisfacción" se observa una correlación positiva y significativa de todos los items ($p<.01$), a excepción del número 1 ($r= -.174$) relativo a una inadecuada utilización de la jerga médica; y el 5 ($r= -.124$) "Cuando los profesionales sanitarios proporcionan información lo hacen de manera brusca"; que muestran una correlación negativa, es decir, a mayor utilización de un lenguaje difícil de comprender y transmisión de información brusca, menor satisfacción. Las correlaciones más altas rondan la puntuación 0.50, destacando principalmente, la fiabilidad ($r= .597$), la capacidad de respuesta ($r= .585$) y la pauta de interacción ($r= .571$). En general, las correlaciones pueden considerarse relativamente altas (la mayoría supera la puntuación 0.40), y además significativas al 99%.

Puede concluirse que la satisfacción de los pacientes aumentará cuando los profesionales realicen su trabajo correctamente y con seguridad, solucionen rápidamente sus problemas y necesidades, sean capaces de ponerse en el lugar de ellos y muestren disponibilidad para ayudarles.

La capacidad predictiva de la escala sobre la dimensión "satisfacción" puede considerarse notablemente alta ($R^2= .66$; error típico= .67; $F= 73.22$; $p= .001$). De los 19 items que la componen, los que tienen un mayor peso son fiabilidad ($\beta= .191$; $p= .001$), información con cautela ($\beta= .154$; $p= .001$), trato considerado ($\beta= .114$; $p= .001$), disponibilidad ($\beta= .105$; $p= .000$) y, finalmente, información rápida ($\beta= .099$; $p< .001$).

**** La satisfacción como "input"***

Es importante, como dato de partida, mencionar que un 20.01% de la muestra empleada en el estudio no sigue habitualmente los tratamientos que los profesionales les indican. Para determinar el posible efecto que la satisfacción de los pacien-

tes tiene sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA). Los resultados (tabla 3) muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas (F= 17.40; p= .001) entre los niveles de satisfacción (bajo, medio, alto) y el seguimiento de las prescripciones terapéuticas ("Habitualmente, he seguido los tratamientos que los profesionales sanitarios me han indicado"). Un nivel alto de satisfacción marca diferencias estadísticamente significativas (en cuanto al seguimiento) con los niveles bajo (t= -4.325; p= .001) y medio (t= -4.55; p= .001), de forma que el grupo de pacientes con un mayor nivel de satisfacción es el que cumple más habitualmente los tratamientos recomendados. Entre los niveles bajo y medio, los datos no revelan la existencia de diferencias significativas, lo que señala que sólo podemos esperar un nivel aceptable de cumplimiento cuando se ha logrado un nivel suficientemente elevado de satisfacción.

Tabla 3.- Diferencias en el seguimiento de las prescripciones en función del nivel de satisfacción

Nivel de Satisfacción	n	0	Sx	F	p	/t/
Bajo (1)	151	3.79	1.35	17.40	.001	1-3=-4.32***
Medio (2)	181	3.85	1.18			2-3=-4.55***
Alto (3)	459	4.31	1.06			

*** p< .001

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación pretendía determinar si dos aspectos centrales del constructo "comunicación" (la conducta del profesional sanitario y el marco de la interacción) inciden en la satisfacción del paciente como usuario de los servicios de salud. Al mismo tiempo, pretendía averiguar si dicho nivel de satisfacción actúa como variable determinante de conductas orientadas a la salud, y más concretamente del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

Los análisis descriptivos muestran unos profesionales sanitarios que, en opinión de sus pacientes, se preocupan por los aspectos más afectivos de su conducta, tales como el trato o la disponibilidad, amén de la realización de su trabajo con buenos niveles de eficacia. Resulta muy positivo que se cuiden los aspectos relativos al uso de la jerga médica, e intenten ofrecer una información clara y detallada, capaz de ser comprendida y en un tono considerado o cauteloso. No obstante, es necesario romper las barreras que aún tienen estos profesionales (al menos, esa es la percep-

ción de los usuarios de los servicios de salud analizados) a la hora de ponerse en el lugar de los pacientes (empatía). A pesar de que puede ser algo teóricamente favorable para ellos, en el sentido que se sientan menos involucrados y más centrados en los aspectos biológicos de la enfermedad, resulta un indicador claro de la demanda de los pacientes para no sólo sentirse "bien tratados", sino también comprendidos y apoyados de una manera sincera y cálida.

Por su parte, los análisis dirigidos a comprobar las características psicométricas de la escala ponen de manifiesto la estructura bifactorial del instrumento y su elevada consistencia interna. Sin embargo, posteriores aplicaciones del mismo nos permitirán depurar y perfeccionar dicha escala.

Los resultados han mostrado también un alto poder predictivo de la escala sobre la dimensión "satisfacción", siendo los elementos de mayor peso los referidos a la corrección y seguridad con la que los profesionales realizan su trabajo, el trato considerado y amable, la disposición a ayudar a los pacientes y la provisión rápida de información cuando hay algún cambio en el estado de salud. Como puede verse, algunos de ellos hacen referencia a los aspectos más afectivos de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, y son cuestiones a las que, en ocasiones, los profesionales de la salud no le dan la importancia necesaria.

En este sentido, es importante resaltar la validez del instrumento utilizado con vistas a seguir investigando sobre este tema, dada su aceptable consistencia interna y validez de criterio. Debemos recordar que la escala empleada en este documento forma parte de un instrumento más amplio, aún sin validar, y del que esperamos, en sucesivos trabajos, mostrar su adecuación para nuestro objeto de estudio. En cualquier caso, y dado que se trata de un estudio inicial, los resultados encontrados aquí permitirán ir introduciendo las mejoras oportunas.

En cuanto a la influencia de la satisfacción en el seguimiento de las prescripciones terapéuticas, los datos revelan diferencias significativas entre los niveles de satisfacción para el seguimiento de los tratamientos. La conclusión más importante que puede extraerse es que, en primer lugar, el hecho de estar satisfecho incide significativamente en el cumplimiento de las recomendaciones, pero además, es necesario que esta satisfacción sea suficientemente elevada como para provocar conductas orientadas a la salud e incluso comportamientos preventivos. En este sentido, pequeños cambios no tendrán grandes consecuencias, siendo necesario el esfuerzo de los profesionales por aumentar considerablemente la satisfacción de sus pacientes y lograr así un mayor impacto en la salud de los mismos a través del correcto cumplimiento de los tratamientos.

En definitiva, es posible corroborar el modelo teórico presentado, aunque es necesario seguir indagando en los diferentes aspectos que median en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, tanto en los que tienen una influencia directa en la satisfacción como en los que se derivan de ella, puesto que su conoci-

miento y determinación redundarán en un mayor beneficio para los pacientes y para el sistema sanitario en general.

Como ya señalamos en la parte inicial de este trabajo, el fin último de una investigación de estas características descansa en la determinación de las variables relevantes para el diseño e implantación de programas de intervención dirigidos, por un lado, a los profesionales de la salud de forma que sean subsanadas las deficiencias de interacción y comunicación existentes; y de otro, intervenciones dirigidas a los pacientes con el fin, entre otras cosas, de proporcionarles información sobre su rol en la interacción con los profesionales sanitarios, eliminar las creencias erróneas sobre los tratamientos, modificar sus pautas inadecuadas de comportamiento en relación con las prescripciones médicas, etc. Todo ello, redundará, en última instancia, en un incremento de la satisfacción no sólo de los usuarios de los servicios de salud sino también de los propios profesionales, con lo que se garantiza la mejora de la calidad de dichos servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso Morillejo, E. y Pozo, C. (2002). La satisfacción laboral como indicador de calidad. *Capital Humano, 151*, 38-42.

Alonso Morillejo, E., Rebolloso, E., Pozo, C. y Fernández Ramírez, B. (1999). Evaluación de la Calidad en la Educación Superior. *Papeles del Psicólogo, 74*, 12-17.

Andrews, F.M. y White, S.B. (1976). *Social indicators of wellbeing*. New York: Plenum Press.

Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adhesión al tratamiento. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.), *Sida: una visión multidisciplinar*. Cuenca: Ediciones Castilla-La Mancha.

Bellón, J.A. (2001). Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de Atención Primaria. *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra, 24*(supl. 2), 7-14.

Ben-Sira, Z. (1976). The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior, 17*, 3-15.

Bishop, G.D., Briede, C., Cavazos, L., Grotzinger, R. y MacMahon, S. (1987). Processing illness information: The role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology, 8*, 21-43.

Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Brandburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Wellbeing*. Chicago: Aldine.

Brown, J. y Raven, B. (1994). Power and compliance in doctor/patient relationship. *Revista de Psicología de la Salud, 6*(1), 3-22.

Buller, M.K. y Buller, D.B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 375-388.

Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Sage.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concers.* New Brunswick: Rutgers University Press.

Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo, 74*, 46-54.

Chibnall, J.T. y Tait, R.C. (1990). The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. *Psychology and Health. 4*, 283-292.

De Haes, J.C.J.M. (1988). Quality of life: Conceptual and theoretical considerations. En M. Watson, S. Greer y C. Thomas (Eds.), *Psychosocial Oncology*. Oxford: Pergamon Press.

De la Fuente, C. (1999). La implantación de sistemas de aseguramiento de la calidad en organizaciones y servicios sanitarios. *Enfermería Científica, 202/203*, 80-84.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial, 8,* 67-113.

DiMatteo, M.R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association, 271,* 79-83.

DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of medical practitioner's role*. New York: Pergamon.

DiMatteo, M.R., Linn, L.S., Chang, B.L. y Cope, D.W. (1985). Affect and neutrality in physician behavior: A study of patient's values and satisfaction. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 397-409.

Ferrer, V. (1995). "Adherencia a " o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la Salud, 7* (1), 35-61.

Freidson, E. (1961). *Patient's views of medical practice*. New York: Russell Sage Foundation.

Freidson, E. (1970). *Professional dominance*. Chicago: Aldine Press.

Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

Friedman, H.S. y DiMatteo, M.R. (1989). *Health psychology*. New Jersey: Prentice Hall.

Godoy, J.F., Sánchez-Huete, J. y Muela, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Revista de Psicología de la Salud, 6* (1), 103-122.

Huici, C. (1983). La relación profesional de la salud-enfermo (II). En C. Huici (Dir.), *Ciencias de la conducta. Unidad didáctica II: Psicología social*. Madrid: UNED.

Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Chapman & Hall.

López-Roig, S., Pastor, M.A. y Rodríguez-Marín, J. (1994). Doctor's decision-making on giving information to cancer patients. Comunicación presentada en el *International Congress of Applied Psychology*, Madrid, Julio 17-22.

Love, M.M., Mainous, A.G., Talbert, J.C. y Hager, G.L. (2000). Continuity of care and the physician-patient relationship. The importance of continuity for adult patients with asthma. *The Journal of Family Practice, 49,* 998-1004.

Mayer, T. y Cates, R. (1999). Service excellence in health care. *Journal of the American Medical Association, 13*, 1281-1283.

McKinlay, J.B. (1975). Who is really ignorant-Physician or patient? *Journal of Health and Social Behavior, 16*, 3-11.

McKinstry, B. (1992). Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *The British Journal of General Practice, 42,* 340-342.

Mechanic, D. (1975). The organization of medical practice and practice orientation among physicians in prepaid and non prepaid primary care settings. *Medical Care, 13,* 189-204.

Michalos, A.C. (1995). Introducción a la teoría de las discrepancias múltiples (TDM). *Intervención Psicosocial, 11,* 101-115.

Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. y Buil, J.A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo, 74,* 3-11.

Morales, J.F. (1985). La relación profesional de la salud-enfermo. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Mumford, E. y Skipper, J.K. (1967). *Sociology in hospital care*. New York: Harper & Row.

Prados, J.A. (1992). Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 16*, 209-216.

Rebolloso, E. (1990). Aspectos informativos de la relación médico-paciente. En S. Barriga, J.M. León, M.F. Martínez e I.F. Jiménez (Comps.), *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social.* Sevilla: Sedal.

Rebolloso, E. (1995). Theoretical and methodological considerations in evaluation of patients leaving the emergency room without receiving medical attention. *European Journal of Psychological Assessment, 2*, 29-40.

Rebolloso, E., Fernández Ramírez, B., Pozo, C. y otros (2000). *Gestión integral de la calidad. Satisfacción de los estudiantes y del personal profesional con los servicios universitarios*. Almería: UCIE.

Robledo, M.L. (1992). La comunicación en la relación entre el paciente y el personal de Enfermería. En J.M. La Torre y P.J. Beneit (Coords.), *Psicología de la Salud*. Albacete: Tebar.

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Westone, W.W. y Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice, 49,* 796-804.

Taylor, S.E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.

Trespaderne, I. (1996). Dimensión psicosocial de la calidad. En P. Tazón y otros (Eds.), *Ciencias Psicosociales.* Barcelona: Masson.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: D. Reidel Publ.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial, 9,* 87-116.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

Dirección de contacto:
Prof. Enrique Alonso Morillejo
Universidad de Almería
Cañada de San Urbano, s/n
04120 Almería
Telf. (34) 950-01-52-61/52-55
e-mail: ealonso@ual.es

ANEXO

Cuestionario de Evaluación para la Calidad del Sistema Sanitario (CECASS)

A continuación, le presentamos una serie de enunciados acerca de distintas situaciones cotidianas que pueden tener lugar durante el contacto con los profesionales sanitarios. Por favor, le rogamos que manifieste su grado de acuerdo o desacuerdo con dichos enunciados. Para ello, rodee con un círculo la opción elegida, teniendo en cuenta que 1 indica "totalmente en desacuerdo", y 5 "totalmente de acuerdo". Evite, en la medida de lo posible, posicionarse en el punto medio (3) de la escala. Gracias por su colaboración.

Motivo de su visita Paciente Allegado
Sexo Hombre Mujer
Edad .....años
Servicio Hospitalario.....
Nivel educativo: Sin estudios Estudios Primarios Bachillerato Estudios Superiores

1: Totalmente en desacuerdo
2: Algo en desacuerdo
3: Ni en desacuerdo ni de acuerdo
4: Aldo de acuerdo
5: Totalmente de acuerdo

1. *En mi contacto habitual con el profesional sanitario, suelo dejarme llevar por todo lo que me dice*	1 2 3 4 5
2. *El tiempo que me dedica el profesional sanitario cuando me informa sobre mi salud (resultados, pruebas...) es adecuado*	1 2 3 4 5
3. *Normalmente, se me informa con rapidez cuando hay algún cambio en mi estado de salud*	1 2 3 4 5
4. *En mi contacto habitual con el profesional sanitario, intento colaborar con él en todo lo que me pide*	1 2 3 4 5
5. *Existe un espacio reservado para que el profesional sanitario me informe de mi estado de salud*	1 2 3 4 5
6. *Este espacio permite la intimidad*	1 2 3 4 5
7. *En mi contacto habitual con el profesional sanitario, llegamos a un acuerdo sobre lo que debo hacer*	1 2 3 4 5
8. *Los profesionales sanitarios suelen utilizar un lenguaje difícil de comprender*	1 2 3 4 5
9. *En general, me encuentro satisfecho con el contacto que mantengo con el profesional sanitario*	1 2 3 4 5
10. *Habitualmente, los profesionales sanitarios se interesan por el estado de ánimo de los pacientes*	1 2 3 4 5
11. *Los profesionales sanitarios se muestran dispuestos a ayudar a los pacientes*	1 2 3 4 5
12. *Habitualmente, el profesional sanitario me ofrece una información clara y detallada*	1 2 3 4 5

13. *Cuando los profesionales sanitarios proporcionan información lo hacen:*	
- de manera brusca	1 2 3 4 5
- con cautela o delicadeza	1 2 3 4 5
- teniendo presentes mis sentimientos	1 2 3 4 5
14. *Habitualmente, el profesional sanitario me permite hablar y me siento escuchado*	1 2 3 4 5
15. *Los profesionales sanitarios realizan su trabajo correctamente y con seguridad*	1 2 3 4 5
16. *Habitualmente, recibo un trato personalizado por parte de los profesionales sanitarios*	1 2 3 4 5
17. *Los profesionales sanitarios dan respuesta rápida a las necesidades y problemas de los pacientes*	1 2 3 4 5
18. *El trato de los profesionales sanitarios con los pacientes es considerado y amable*	1 2 3 4 5
19. *Los profesionales sanitarios son capaces de ponerse en mi lugar*	1 2 3 4 5
20. *Cuando necesito información, siempre encuentro a la persona adecuada*	1 2 3 4 5
21. *Los profesionales sanitarios tienen en cuenta mis quejas y sugerencias*	1 2 3 4 5
22. *En general, me encuentro satisfecho con el servicio recibido*	1 2 3 4 5
23. *Cuando un tratamiento no resulta efectivo lo mejor es cambiar de médico*	1 2 3 4 5
24. *En general, no pido aclaraciones a los profesionales sanitarios porque:*	
- temo parecer ignorante	1 2 3 4 5
- no quiero causar problemas	1 2 3 4 5
- hay más pacientes esperando	1 2 3 4 5
- temo la respuesta	1 2 3 4 5
- falta de tiempo	1 2 3 4 5
25. *Normalmente, controlo mis emociones cuando hablo con los profesionales sanitarios*	1 2 3 4 5
26. *En general, estoy satisfecho con la comunicación mantenida con los profesionales sanitarios*	1 2 3 4 5
27. *Habitualmente, he seguido los tratamientos que los profesionales sanitarios me han indicado*	1 2 3 4 5
28. En general, cuando no sigo los tratamientos es porque:	
- son de larga duración	1 2 3 4 5
- suponen mucho esfuerzo	1 2 3 4 5
- son muy complicados	1 2 3 4 5
- suponen un cambio en mi rutina diaria	1 2 3 4 5
- dudo de su eficacia	1 2 3 4 5
- se me olvida	1 2 3 4 5
- me da pereza	1 2 3 4 5
- anteriormente no me han dado resultado	1 2 3 4 5
- no tengo toda la información	1 2 3 4 5
- son muy costosos	1 2 3 4 5
- producen efectos secundarios	1 2 3 4 5
- no confío en los profesionales sanitarios	1 2 3 4 5
- no se trata de una enfermedad grave	1 2 3 4 5
- no puedo luchar contra el destino	1 2 3 4 5
29. Los profesionales sanitarios sólo curan a unos pocos de sus pacientes	1 2 3 4 5
30. A largo plazo, la gente que se cuida muy bien permanece saludable	1 2 3 4 5
31. Estoy seguro de que puedo curarme a mi mismo una vez que caigo enfermo	1 2 3 4 5

32. Los profesionales sanitarios siempre pueden ayudar a los pacientes a sentirse mejor	1 2 3 4 5
33. Una buena salud es sólo menos importante que una vida feliz	1 2 3 4 5
34. Los remedios naturales son más eficaces que los cuidados médicos	1 2 3 4 5
35. Mis creencias religiosas me impiden llevar a cabo algunos tratamientos médicos	1 2 3 4 5
36. Para recuperarse de una enfermedad es fundamental un buen cuidado médico	1 2 3 4 5
37. Las "recetas de la abuela" dan mejor resultado que cualquier medicamento	1 2 3 4 5
38. Hay otras cosas que puedo cuidar antes que mi salud	1 2 3 4 5
39. Los profesionales sanitarios no pueden hacer mucho por la gente enferma	1 2 3 4 5
40. Si no se tiene salud, no se tiene nada	1 2 3 4 5
41. No hay nada más importante que una buena salud	1 2 3 4 5
42. La enfermedad de las personas se debe a que no se cuidan lo suficiente	1 2 3 4 5
43. La salud de mis hijos es más importante que cualquier otra cosa	1 2 3 4 5
44. Aunque una persona se cuide mucho, puede caer enferma en cualquier momento	1 2 3 4 5
45. ¿Cuántos familiares cercanos tiene?	1 (Ninguno) 2 (1-2) 3 (3-4) 4 (5-6) 5 (7 o más)
46. ¿Con qué frecuencia los ve?	1 (Ninguna) 2 3 4 5 (Mucha)
47. Cuando necesita ayuda, sus familiares	
- le brindan afecto y apoyo moral	SI NO A VECES
- le ayudan en sus tareas cotidianas	SI NO A VECES
- le prestarían dinero si lo necesitara	SI NO A VECES
48. ¿Cuántos amigos cercanos tiene?	1 (Ninguno) 2 (1-2) 3 (3-4) 4 (5-6) 5 (7 o más)
49. ¿Con qué frecuencia los ve?	1 (Ninguna) 2 3 4 5 (Mucha)
50. Cuando necesita ayuda, sus amigos	
- le brindan afecto y apoyo moral	SI NO A VECES
- le ayudan en sus tareas cotidianas	SI NO A VECES
- le prestarían dinero si lo necesitara	SI NO A VECES
51. En general, me encuentro satisfecho con el apoyo que me dan mis familiares	SI NO A VECES
52. En general, me encuentro satisfecho con el apoyo que me dan mis amigos	SI NO A VECES
53. De 1 a 5, ¿qué valor le da a su propia salud?	1 (-) 2 3 4 5 (+)