

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Nutrición*

**POSIBLES FACTORES ASOCIADOS AL
AUSENTISMO EN LOS PACIENTES
ACTIVOS DE 18 A 65 AÑOS DE AMBOS
SEXOS DE LA CLÍNICA DE NUTRICIÓN
DE LA UNIVERSIDAD
HISPANOAMERICANA, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE
2018 Y FEBRERO 2019.**

PABLO MORA POVEDA

Mayo, 2019

Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1.1 Antecedentes del problema	10
1.1.2 Delimitación del problema	20
1.1.3 Justificación.....	20
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	23
1.4.1 Alcances de la investigación	23
1.4.2 Limitaciones de la investigación	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	25
2.1.1 Factores asociados.....	25
2.1.2 Factores institucionales	32
2.1.3 Factores causantes del ausentismo	35
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	42
3.3.1 Población.....	41
3.3.2 Muestra.....	41
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	43
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
3.4.1 Validez de un cuestionario	43
3.4.2 Confiabilidad.....	44
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46

3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)	52
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	54
4.1.1 Características sociodemográficas	54
4.1.2 Patologías asociadas	61
4.1.3 Características institucionales	62
4.1.4 Ausentismo y reprogramación de citas	66
4.1.5 Posibles factores causantes de ausentismo	68
4.2 ANÁLISIS BIVARIADO	69
4.2.1 Relación entre pacientes ausentes a citas de seguimiento y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación, y factores causantes del ausentismo.....	69
4.2.2 Relación entre los factores asociados como posible causa del ausentismo más recurrentes y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación, y factores causantes del ausentismo.....	78
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	93
5.1 Características sociodemográficas	94
5.2 Patologías asociadas	98
5.3 Características institucionales	99
5.4 Relación entre pacientes ausentes a citas de seguimiento y su perfil sociodemográfico, patologías, causas institucionales, y factores causantes del ausentismo.	104
5.5 Relación entre los factores asociados como posible causa del ausentismo más recurrentes y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación, y factores causantes del ausentismo.....	108
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
6.1 CONCLUSIONES	119
6.2 RECOMENDACIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	122
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	130
ANEXOS	131
DECLARACIÓN JURADA	161
CARTAS DE APROBACIÓN.....	162

Índice de tablas

Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión.....	43
Tabla N°2 Operacionalización de las variables	46
Tabla N°3 Características sociales de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	55
Tabla N°4 Referencias hospitalarias de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	56
Tabla N°5 Características laborales de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	57
Tabla N°6 Características del ingreso económico de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	58
Tabla N°7 Características geográficas y de transporte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	59
Tabla N°8 Patologías presentadas por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	61
Tabla N°9 Horario de atención y trato en el consultorio percibido por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	62
Tabla N°10 Tardías y tiempo de espera indicado por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	63
Tabla N°11 Servicio de recordatorio de cita brindado a los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	64
Tabla N°12 Nivel de motivación para asistir a las citas de seguimiento de control nutricional por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	65
Tabla N°13 Nivel de ausentismo y reprogramación de citas de seguimiento por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.	67
Tabla N°14 Posibles factores asociados al ausentismo por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019.....	68
Tabla N°15 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características sociales.	70
Tabla N°16 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características laborales	71

Tabla N°17 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características geográficas y de transporte.....	73
Tabla N°18 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según enfermedades presentadas por dichos pacientes	74
Tabla N°19 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según servicio de recordatorio.....	75
Tabla N°20 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según reprogramación de cita.....	76
Tabla N°21 Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según posibles factores de ausentismo	77
Tabla N°22 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características sociales	78
Tabla N°23 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características laborales	81
Tabla N°24 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características geográficas y de transporte.....	84
Tabla N°25 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según patologías.	86
Tabla N°26 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según servicio de recordatorio.	88
Tabla N°27 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según servicio de reprogramación.	89
Tabla N°28 Distribución de los pacientes por factores de ausentismo.....	91

Agradecimientos

A mi tutora, M.Sc. Yorleny Chacón Sandí, Directora de carrera, por su constante orientación, disponibilidad y paciencia a lo largo de este gratificante proceso de enseñanza-aprendizaje, que concluye de manera tan satisfactoria.

¡Muchas gracias por su tiempo y orientación!

A la Licda. Patricia Salazar Chinchilla, por creer en mí para llevar a cabo esta investigación tan importante y necesaria para el futuro de la clínica.

¡Muchas gracias por la confianza!

A los pacientes de los consultorios de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, ya que sin ustedes nuestro aprendizaje en las aulas no podría ser puesto en práctica; sus logros son nuestra mayor satisfacción de hacer las cosas bien.

¡Muchas gracias por asistir a consulta!

Resumen

Introducción: Las causas de ausencia por parte de los pacientes a las citas de seguimiento podrían ser evitables, y con una correcta intervención podrían corregirse o al menos intentar reducirse. El ausentarse a una cita conlleva una interrupción del tratamiento y a la vez genera un desinterés por parte del paciente ya que el sentimiento de culpabilidad por parte de ellos provoca un efecto negativo en su salud y una total desatención. Es por esto que los establecimientos de salud utilizan recordatorios como las llamadas, los mensajes de texto y los correos electrónicos para reducir las ausencias. **Objetivo General:** Determinar los posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el período comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019. **Metodología:** Se realiza un estudio transversal, no experimental, correlacional, de enfoque cuantitativo en la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamérica, Sede Aranjuez, ubicada en la provincia de San José. Se incluyen en el estudio pacientes entre 18 y 65 años, de ambos sexos, que se hayan ausentado al menos a una cita de seguimiento de la consulta nutricional, a través de un cuestionario. Para el análisis de datos bivariados se utiliza la prueba estadística Chi cuadrado con los paquetes de procesamiento y análisis de datos SPSS y Excel. **Resultados:** Se analiza con una muestra de 100 personas, resultantes del total de 8387 citas agendadas en el año 2018. La tasa anual de ausentismo a citas de seguimiento corresponde al 18%, de acuerdo con la muestra ausente (n=65) donde estos (n=62) reprograman en un 95,4% de las veces, existiendo una dependencia entre variables (valor $p=0.002$). Se identifican las seis causas más frecuentes para ausentarse a las citas de seguimiento, en orden: enfermedad (79%), compromisos laborales (54%), horario no compatible (38%), olvido (37%), dificultad de transporte (24%), dificultad económica (24%). **Discusión:** Este estudio presenta ciertas diferencias con las proyecciones nacionales en cuanto a datos demográficos, son destacables las similitudes de esta investigación con muchos otros estudios a nivel mundial, acerca del factor del ausentismo y las causas que lo desencadenan, se es claro en confirmar que al no asistir los pacientes son responsables de su patología, deteriorando su propia salud. Los pacientes no son conscientes de las repercusiones de no asistir a las citas, ellos piensan, según se ha demostrado, que es un beneficio para el establecimiento; sin embargo, las causas reales por las cuales no se presentan a la consulta, son causas prevenibles, que con programación se pueden evitar y aprovechar espacios para otras personas. **Conclusiones:** Las características demográficas no son determinantes para el ausentismo a las citas, el perfil de los pacientes es de mujeres, en la década de los 40 años, casadas, con residencia entre 2 y 10 km desde los consultorios, la mayoría de los pacientes presenta patologías gastrointestinales, no hay relación con los datos institucionales, pero los pacientes aceptarían el uso de WhatsApp como un servicio de recordatorio más actual. Además, existe una relación de dependencia estadística muy fuerte por el factor del compromiso laboral, además de la enfermedad y el olvido como las principales causas encontradas en este estudio. **Palabras Claves:** Ausentismo, Falta de asistencia, Cita, Sistemas de recordatorio, Programación de citas.

Abstract

Introduction: The causes of absence by patients to follow-up appointments could be avoidable and with a correct intervention could be corrected or at least try to reduce, missing an appointment leads to an interruption of treatment and at the same time generates a lack of interest on the part of the patient because of the feeling of guilt on their part causes a negative effect on their health and total neglect, which is why health facilities use reminders such as calls, text messages and emails to reduce absences. **Objective:** Determine the possible factors associated with absenteeism in active patients aged 18 to 65 years of both sexes of the Nutrition Clinic of the Hispano-American University, in the period from September 2018 to February 2019. **Methodology:** A cross-sectional, non-experimental, correlational, quantitative approach was conducted at the Nutrition Clinic of the Hispano-America University, Aranjuez Headquarters located in the province of San José. Patients between 18 and 65 years old of both sexes were included in the study, have absented at least one follow-up appointment for the nutritional consultation, through a questionnaire. For the analysis of bivariate data, the Chi square statistical test is used with the SPSS and Excel data analysis and processing packages. **Results:** It is analyzed with a sample of 100 people, resulting from the total of 8387 appointments scheduled in 2018. The annual rate of absenteeism to follow-up appointments corresponds to 18%, according to the absent sample ($n = 65$) where these ($n = 62$) reprogram in 95.4% of the time, there being a dependency between variables (value $p = 0.002$). The six most frequent causes for absence to follow-up appointments are identified, in order, illness (79%), work commitments (54%), non-compatible schedule (38%), forgetfulness (37%), transportation difficulty (24 %), economic difficulty (24%). **Discussion:** This study shows certain differences with the national projections in terms of demographic data, it is remarkable, the similarities of this research with many other studies worldwide, about the factor of absenteeism and the causes that trigger it, it is clear to confirm that the not attending patients are responsible for their pathology deteriorating their own health. Patients are not aware of the repercussions of not attending appointments, they think, as has been shown, that it is a benefit for the establishment, however, the real causes for which they do not appear at the consultation, are causes Preventable that with programming can be avoided and take advantage of spaces for other people. **Conclusions:** The demographic characteristics are not determinant for the absenteeism to the appointments, the profile of the patients is of women, in the decade of the 40 years, married, with residence between 2 and 10 km from the doctor's offices, the majority of the patients presents / displays gastrointestinal pathologies , there is no relationship with the institutional data, but patients would accept the use of WhatsApp as a more current reminder service, in addition, there is a very strong statistical dependence relationship for the factor of work commitment, in addition to illness and forgetfulness as the main causes found in this study. **Keywords:** No-Show, Non-attendance, Appointment, Reminder systems, Appointment scheduling.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este apartado se expone el asunto que se tiene como objetivo aclarar. Se presentan otras investigaciones e información relacionada con el problema como una referencia de la línea de investigación, además, se delimita la población y se realiza una justificación con el fin de concretar la situación y tener la capacidad de analizarla, limitarla, describirla e intentar darle una posible solución o respuesta a la problemática planteada.

1.1.1 Antecedentes del problema

Se han identificado múltiples causas que sugieren los motivos por los cuales los pacientes se ausentan a sus citas de seguimiento; el problema con las citas perdidas es que la continuidad y la eficacia del servicio de atención se ven comprometidos, así como el apropiado seguimiento, se pueden evidenciar fallas del estado de salud y el costo de los servicios de salud puede aumentar.

Un estudio realizado en Teherán, Irán, publicado en el año 2018, con datos de citas agendadas durante el 2016 y 2017, busca conocer el alcance de la ausencia a las citas y sus posibles predictores en clínicas ambulatorias de un hospital académico. El análisis fue de 1395 citas, donde la tasa de ausencia a las citas programadas dentro de no más de dos semanas fue significativamente menor que las citas programadas por más de dos semanas. Las citas matutinas para las clínicas tuvieron una tasa significativamente mayor de ausencia. Los hallazgos muestran que la tasa más baja de no asistencia ocurrió en pacientes con un sistema de agendamiento telefónico, y la tasa más alta de no presentación fue por medio de citas agendadas vía internet (Anisi, Zarei, Sabzi y Chehrazi, 2018).

En Sudáfrica, en el año 2018, se realizó una investigación para determinar la frecuencia y las

razones de las citas perdidas de los pacientes ambulatorios de salud mental en el distrito de uMgungundlovu, dicha investigación se realizó con 182 personas. Los encuestados que faltaron a las citas indicaron que lo habían olvidado, que no tenían dinero, no tenían transporte y otros que estaban trabajando. Otras razones especificadas para citas perdidas incluyen tener que cuidar a algún familiar, otros por estar en vacaciones y también por enfermedad (Ramlucken y Sibiyi, 2018).

Un documento publicado en Australia por el Journal of Medical Radiation Sciences durante el año 2018, el cual busca identificar los posibles factores clave asociados con la ausencia a las citas en un hospital público, demostró que significativamente más pacientes masculinos faltaron a sus citas programadas que las mujeres. De los pacientes que se identificaron como aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, el 11,8% no asistió a su cita programada. Esto se compara con 4,8% de los pacientes que no se identificaron como aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. La falta de asistencia a la cita programada se observó en el 7,9% de los pacientes de 0 a 9 años, en el 8,5% de los pacientes de 10 a 17 años y en el 7,8% de los pacientes de 45 a 54 años. Estas fueron significativamente más altas que las otras categorías de edad (Mander, Reynolds, Cook, y Kwan, 2018).

En el año 2017, una investigación realizada en Sudáfrica y publicada por African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, reporta que se ha identificado que factores como la apatía del paciente y las creencias de enfermedad tienen un gran impacto en la decisión de los pacientes de asistir o no a las citas. Algunas intervenciones, como el recordatorio a través de sistemas de mensajes cortos (SMS), pueden ser efectivas para reducir la tasa de ausencias. Un análisis en profundidad de las principales barreras podría potencialmente permitir una intervención dirigida que lleve a mejoras financieras y administrativas, así como beneficios

éticos y clínicos de un acceso más fácil a la atención médica. El objetivo de este estudio fue explorar los factores que contribuyen a que los pacientes pierdan sus citas y las ideas de los pacientes sobre cómo mejorar la accesibilidad, lo que permite el desarrollo de un servicio de salud más centrado en el paciente (Frost, Jenkins, y Emmink, 2017).

Una investigación llevada a cabo en el año 2017, por la Revista Brasileña de Obesidad, y Nutrición, tuvo una muestra de 201 individuos, excluidos 51 de ellos por no haber atendido las comunicaciones o cambiado el número de teléfono, para una muestra final de 150 pacientes, siendo la mayoría del género femenino, grupo de edad entre 41 y 50 años, con el tiempo entre la atención inferior o igual a 30 días. La mayoría de los participantes frecuentó la clínica con un tiempo igual o menor que 30 días. La adhesión al tratamiento nutricional requiere dedicación y comprensión por parte del paciente, esta adhesión a la conducta nutricional indicada no depende solamente del paciente y de su voluntad, pero existen otros factores que pueden estar asociados a gran desistimiento, como extracto social, falta de tiempo, falta de transporte, falta de apoyo familiar, falta de autoconfianza, para así evitar el ausentismo en las citas de seguimiento (Soares, Araújo, Rocha, Cordoba, dos Santos Nobre, 2017).

En el año 2017, en Colombia se seleccionaron ocho centros de salud ambulatorios ubicados en Mamatoco, Bastidas, Gaira, Olaya Herrera, Tanganga, El Parque, Los Almendros y María Eugenia, con el objetivo de identificar los factores de la ausencia de pacientes inscritos en los programas de hipertensión arterial de ocho centros ambulatorios de Santa Marta. Los factores principales que llevaron al ausentismo fueron, en su orden, de tipo institucional, con mayor representatividad la demora en la atención; factores personales, como la presentación de otro tipo de enfermedad que les obligó a priorizar la atención; otro factor de origen socioeconómico como viajar a otras regiones en busca de nuevas oportunidades laborales,

además de la práctica de tratamientos alternativos, como opción de control de la hipertensión arterial, entre otros factores (Sánchez y González, 2017).

También se evidenció la búsqueda de tratamientos alternativos; lo cual puede indicar factores de insatisfacción con la atención institucional recibida de forma convencional, fallas en los resultados del tratamiento médico, no seguimiento de la prescripción médica indicada, entre otros factores, datos que ameritan confirmación a través de programas de seguimiento de adherencia al tratamiento farmacológico y entrevistas a profundidad dirigidas a identificar sentimientos, temores, experiencias, percepciones y vivencias relacionadas (Sánchez y González, 2017).

Una publicación del periódico La República en el año 2017 informa que cerca de un 44% de las citas que pierden los pacientes en diferentes establecimientos de salud de la Caja de Seguro Social (CCSS) se usan para atender otras personas. En el 2015 se logró reponer el 43%, mientras que en el 2016 también se sustituyó un 44% de las citas.

Se indica en la publicación que es importante que los pacientes no pierdan estas citas para que puedan continuar su tratamiento y controlar su enfermedad. También es fundamental, en caso de no poder asistir a una cita, llamar al centro médico para reprogramarla. Con el objetivo de evitar que se pierdan las citas, la Caja activó recordatorios mediante mensajes de texto y llamadas telefónicas (Garza, 2017).

Una revisión realizada en Detroit, Estados Unidos, en el año 2016, indica que la edad y el ingreso se relacionaron con la prevalencia de la ausencia a las citas. Aquellos que son más jóvenes y tienen un ingreso medio familiar menor tenían más probabilidades de ausencia, también aquellas personas que se identifican como negros puede tener una mayor

prevalencia de citas perdidas en comparación con aquellos que se identifican como caucásicos (Miller-Matero, Clark, Brescacin, Dubaybo y Willens, 2016).

Un artículo publicado en el 2016, por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, reporta que analizaron las razones del ausentismo de pacientes, entre las cuales se destaca que desconocían la cita, tenían doble cita y acudieron a una de ellas en otra fecha; además que cancelaron su cita previamente y que olvidaron la cita; otros indicaron que tuvieron algún imprevisto el mismo día de la cita (Pereira-Victorio *et al.*, 2016).

Una disertación presentada en Brasil en el año 2016, en la Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, demostró que, entre los continentes, la mayor tasa de *no-show* (ausencias) puede ser observada en el continente africano, con un 43,0% de no asistencia a las consultas programadas, seguido de América del Sur con el 27,8%. Las tasas fueron del 25,1% para los estudios asiáticos, del 23,5% para los norteamericanos y el 19,3% para los europeos. Oceanía fue el continente con menor tasa promedio de *no-show*, con el 13,2%. Se expone que los predictores de consultas perdidas se relacionaron con las características demográficas del paciente, tales como género, raza, edad, estado socioeconómico, características de programación, tiempo de espera, tipo de proveedor, distancia, etc. (Oliveira, 2016).

Una investigación realizada en Nueva York, en el año 2016, tiene como objetivo mitigar el impacto del ausentismo de los pacientes, los establecimientos de atención médica pueden intentar mejorar la asistencia del paciente mediante el envío de recordatorios o cobrando tarifas por cada ausencia; sin embargo, en otras diversas investigaciones se ha demostrado que estas intervenciones no evitarían la ausencia. Algunas clínicas han enfrentado hasta un 20% o más de pacientes ausentes en sus citas médicas, incluso después de haber implementado el sistemas de recordatorio de citas. El comportamiento del ausentismo de los

pacientes presenta un significativo problema ya que esto conlleva un aumento en el retraso de las citas (Shah, 2016).

En el año 2015 se dio la publicación de una investigación realizada en Houston, Texas, en la cual se definió una ausencia como el evento donde un paciente no apareció a la cita o canceló la cita tan tarde (generalmente el día de la cita) que programar otro paciente a ese intervalo de tiempo no es factible (Kheirkhah, Feng, Travis, Tavakoli-Tabasi, y Sharafkhaneh, 2015). Un reportaje publicado en Costa Rica, en el año 2015, indica que el ausentismo de los pacientes provocó que el año pasado se desaprovecharan entre el 12% y el 15% de las consultas con especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Se trata de 1,2 millones de citas que la CCSS no pudo asignar a otras personas, porque los asegurados que tenían programada la visita al médico tampoco avisaron que iban a faltar. Ante esta situación, la Caja y los centros médicos promueven distintas medidas para combatir el fenómeno, desde llamadas o mensajes de texto para recordar una cita, hasta convocar a más personas de las que pueden atenderse o crear una lista de pacientes sustitutos que puedan utilizar los espacios de quienes faltan. Estas son algunas estrategias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para contrarrestar el impacto de las ausencias. "Recurrimos a 'sobrevender el vuelo', es decir, si tenemos que atender a cierto número de pacientes, pero sabemos que normalmente faltan cinco, pues llamamos a cinco más, y así perdemos menos campos", explicó Ileana Balmaceda, directora del Hospital San Juan de Dios. (Rodríguez, 2015).

En una investigación realizada en la ciudad de São Paulo, Brasil, se incluyeron todos los pacientes mayores que tenían al menos una cita programada, se identificaron 421 pacientes, donde el olvido fue el motivo relacionado con más frecuencia por los pacientes. El analfabetismo fue un factor de riesgo para ser un ausente. Los pacientes que tenían conocimiento previo del farmacéutico presentaron más oportunidad de reprogramar una cita

después de la primera ausencia en comparación con los que no lo tenían. Además, ausentes que tenían conocimiento del fármaco y recibieron seguimiento farmacoterapéutico reprogramaron más de los que recibían otros tipos de tratamientos (Didone, Carvalho, Luppi, Melo & Ribeiro, 2015).

Un artículo publicado en el año 2015 por el departamento de otorrinolaringología en el Sistema de salud Henry Ford, en el área metropolitana de Detroit, Michigan trata sobre los pacientes que faltaron a tres o más citas clínicas, donde se incluyeron variables como: edad, sexo, raza, ingreso promedio, código postal, minutos en automóvil, minutos en autobús, número de traslados en autobús y tipo de seguro. El Sistema de Salud Henry Ford rutinariamente envía un recordatorio por correo aproximadamente una semana antes de la cita. Algunos datos sugieren los recordatorios en el teléfono pueden ser el método más efectivo para reducir la ausencia (Miller, Chae, Peterson y Ko, 2015).

En el año 2014 se publicó una investigación realizada por la Asociación Americana de Cirugía de Mano, donde se encontró que los factores asociados de forma independiente con los casos de ausencia incluyen edad menor, raza hispana o negra, estado civil (soltero o divorciado), cita el lunes o martes y residencia cerca de la oficina. Los factores asociados con las cancelaciones fueron el sexo femenino, el estado soltero, además, viuda o divorciada, la temporada de invierno y la cita en un día de la semana que no sea el viernes (Menéndez y Ring, 2015).

En el año 2014, la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología publica una investigación donde se dio a conocer las características de los pacientes que no acuden a la primera cita en un centro de salud mental, para poder mejorar estas derivaciones. Se examinan diversas características (sexo, edad, origen de la derivación, días en lista de espera y diagnóstico principal) de los pacientes atendidos en el servicio de salud mental durante un

año y se comparan con las de los pacientes que no acudieron a la consulta durante el mismo período. Los pacientes que acudieron a la primera consulta con el servicio estuvieron menos días en lista de espera que los que faltaron y provenían en mayor medida del servicio de urgencias. Se concluye que los pacientes que no acuden a su primera cita alargan innecesariamente la lista de espera, produciendo paradójicamente una mayor inasistencia (Vellisca *et al.*, 2014).

Una investigación realizada en Chile en el año 2014 demuestra que la inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas es un problema latente y de causa multifactorial. Se observa mayor tasa de inasistencia de pacientes en especialidades que preferentemente tratan patologías crónicas, podría presumirse que la explicación para esto está en los tiempos de espera por atención; pues las especialidades con menor inasistencia tratan patologías que deben tener un rápido acceso a tratamiento; esto también puede explicar la mayor inasistencia en niños que en adultos, donde probablemente los padres dan mayor importancia a las enfermedades de sus niños y buscan alternativas más rápidas para su resolución (Salinas, De la Cruz, Bastías, 2014).

En el año 2013, se realiza una investigación en España donde se analizan diversas variables sociodemográficas y clínicas (sexo, edad, procedencia rural o urbana, origen de la referencia, número de días en lista de espera y diagnóstico principal) en todos los pacientes que fueron citados para una primera consulta del servicio de salud mental (Vellisca *et al.*, 2014).

En el año 2013, en Arabia Saudí se demostró a través de una investigación en el Hospital Militar Riyadh que los factores demográficos asociados con citas faltantes fueron: género femenino, grupo de edad más joven y estatus socioeconómico deficiente. Las cinco causas principales más importantes para las citas perdidas fueron: dificultad para hacer una cita, compromiso de trabajo, viajes de larga distancia, falta de transporte, visita a otro centro de

atención médica. Entre el grupo que faltó a una cita, se desconoce el impacto de la falta de una cita en el servicio de atención médica (Alhamad, 2013).

En Nigeria, en el año 2013, la tasa de ausencia fue más alta entre los pacientes femeninos que entre los varones, los pacientes con afecciones neurológicas, las referencias del médico general, los pacientes que no residían en el mismo lugar que la clínica y una cita en el mes de diciembre. El costo de la atención, la distancia de viaje del paciente a la clínica y el progreso del tratamiento del paciente fueron los tres principales factores implicados para la no asistencia. Por lo tanto, la ausencia a la cita ambulatoria fue alta entre los pacientes nigerianos. Los factores sociodemográficos, el referente y el tipo de enfermedad podrían predecir colectivamente la no asistencia, pero no sin errores significativos. El costo de la atención, la distancia de viaje de los pacientes y el progreso del tratamiento del paciente fueron los factores percibidos más importantes, que afectan entre los pacientes nigerianos (Mbada *et al.*, 2013).

Un estudio retrospectivo fue realizado en Nigeria, en el departamento de fisioterapia del Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, Ile-Ife, (OAUTHC) desde el 2006 hasta el 2008. Los datos corresponden a demográficos, historial de referencias, primer nombramiento, número de citas perdidas y diagnóstico de los pacientes. La tasa de ausentismo fue más alta entre mujeres que hombres (58,6% vs. 41,4%), pacientes con enfermedades neurológicas (72,5%), referencias de médicos generalistas (68%), pacientes que no residen en el mismo lugar del centro de atención clínica (60,2%) y una cita en el mes de diciembre (75,9%). El costo de la atención (43,3%), la distancia de viaje del paciente a la clínica (36,7%) y el progreso del tratamiento (23,3%) fueron los tres principales factores implicados en la ausencia. La no asistencia para la cita de fisioterapia ambulatoria fue alta entre pacientes nigerianos (Mbada *et al.*, 2013).

Una revisión de literatura realizada por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Manchester, Inglaterra, en el año 2013, identifica que las variables predictoras comúnmente asociadas con el ausentismo a la cita inicial se pueden clasificar en cuatro amplias categorías: las características predisponentes del paciente, factores habilitantes, factores de necesidad y factores ambientales (Paige y Mansell, 2013).

Un estudio realizado en el año 2011 en San José, Costa Rica, sobre una estrategia para disminuir el ausentismo en la Consulta Externa de especialidades en Hospital México, se contabilizaron 602 usuarios que no asistieron a la consulta durante una semana. En relación con el comportamiento del ausentismo de los usuarios durante la semana estudiada, se observó que el lunes y martes se presentó el mayor ausentismo y conforme pasan los días de la semana, este tiende a disminuir. De los 269 pacientes entrevistados se encontró que la edad promedio fue de 49 años. El 96% de los entrevistados son costarricenses, un 3,5% residentes y un 0,5% extranjeros nacionalizados (Alvarado y Lizano, 2011).

En el año 2010, se realiza un estudio para determinar las causas de ausentismo a la consulta especializada del Hospital Monseñor Sanabria, donde se demuestra que quienes más se ausentan son quienes viven cerca del Hospital, otras causas corresponden a: olvido, problemas familiares e internamiento, además, se demuestran otras causas de ausentismo que pueden dar pautas a plantear soluciones para disminuir esta práctica generadora de pérdida de diversos recursos institucionales, entre ellos se enumeran factores socioeconómicos (Morales y Allen, 2010).

En estudio realizado en el Hospital México por la Dra. Wing Ching Chan en el año 2001, destaca como principal causa de ausentismo el olvido, además, anota que hay un porcentaje no despreciable de pacientes que fue reportado como ausente por problemas de la concesión y coordinación de las citas con las recepcionistas del Hospital. Del mismo modo, se asegura

que, para ese año, las listas de espera de casos nuevos están más allá de los tres meses, pero no se pudo demostrar relación entre la cita a largo plazo y el ausentismo (Wing, 2011).

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se realiza con los pacientes activos que no correspondan a cita de primera vez, sino a citas de seguimiento, las personas seleccionadas para la muestra de la investigación son sujetos entre los 18 y los 65 años, de ambos sexos. La investigación abarca información personal y sociodemográfica, patológica, así como de la percepción del paciente por procedimientos del consultorio, su nivel de motivación para asistir a las citas y los diversos factores que motivarían o provocarían el ausentismo a las citas de seguimiento de la consulta nutricional, todo esto se lleva a cabo en los consultorios de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana de Costa Rica, sede de Aranjuez, San José, Costa Rica, en el periodo comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019.

1.1.3 Justificación

La investigación se realiza con la finalidad de conocer los factores que motivarían a los pacientes de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana a ausentarse de sus citas de seguimiento y la identificación de estos factores por parte del paciente podría permitir disminuir el porcentaje de ausentismo, el cual aumenta los costos, genera mayores tiempos de espera para los pacientes; asimismo, evitaría que los estudiantes que atienden las consultas se sientan ociosos y tengan una mayor eficiencia y productividad, provocando un mejor desempeño y confianza en la consulta nutricional al desarrollar las destrezas adquiridas en su proceso de formación como profesional en el campo.

Las condiciones ofrecidas por la Clínica de Nutrición son de gran facilidad para la población en general, cuenta con instalaciones adecuadas, una excelente ubicación por su fácil acceso, flexibilidad de horarios, además, estudiantes altamente capacitados y respaldados por un excelente equipo de profesionales que tienen a cargo la supervisión de la intervención nutricional, agendar la cita no tiene costo alguno y el único requisito es presenciar una charla introductoria que hará que el paciente comprenda mejor el plan de alimentación prescrito.

Todas las condiciones mencionadas anteriormente favorecen para que los pacientes asistan contantemente a las citas, sin embargo, durante el año 2018, se reporta un nivel de ausentismo total del 22%, aun mayor que la media mundial, la cual ronda entre el 15% y el 18% de ausentismo, por esto la programación de citas de la clínica es de suma importancia para el adecuado funcionamiento en el flujo de los pacientes, ya que la ausencia de estos no permite un adecuado seguimiento de los objetivos propuestos y esto podría ser causa de desmotivación, generando incluso convertir el ausentismo en una deserción completa de los servicios brindados, así como un riesgo en la salud del paciente.

La importancia de este estudio se debe a que las causas de ausencias por parte de los pacientes podrían ser evitables y con una correcta y adecuada intervención podrían corregirse o al menos reducirse.

Las ausencias a las citas son consideradas a nivel mundial como una de las principales causas de la ineficiencia ya que para los pacientes los atrasos en la atención se deben a la duración del tratante; sin embargo, en la mayoría de los casos se debe a las listas de espera generadas por la ausencia sin previo aviso de un paciente, el ausentarse a una cita de seguimiento definitivamente conlleva una interrupción del tratamiento y a la vez genera un desinterés por parte del paciente ya que el sentimiento de culpabilidad por parte de ellos provoca un efecto negativo en su salud y una total desatención.

Por otra parte, el olvido de los pacientes también se considera dentro de las principales razones, y los recordatorios como las llamadas, los mensajes de texto y los correos electrónicos son opciones de bajo costo y de alto impacto para reducir las ausencias.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años, de ambos sexos, de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el período comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar los posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años, de ambos sexos, de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el período comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes que se presentan a una cita de seguimiento.
- 2) Conocer las patologías asociadas más recurrentes en los pacientes que se ausentan a su cita de seguimiento a través de la aplicación de un instrumento de evaluación.
- 3) Identificar las causas institucionales del ausentismo de la población a través de un instrumento de evaluación.

- 4) Identificar los posibles factores causantes del ausentismo de los pacientes mediante la aplicación de un cuestionario.
- 5) Evaluar el ausentismo y la reprogramación de citas de los pacientes a través de la aplicación de un cuestionario.
- 6) Asociar el ausentismo con el perfil sociodemográfico, patologías, causas institucionales, y los factores causantes del ausentismo de la población.
- 7) Relacionar los posibles factores causantes del ausentismo con perfil sociodemográfico, patologías, causas institucionales y la reprogramación de citas de la población estudiada.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

Con esta investigación se ha logrado conocer las causas más comunes por las cuales los pacientes de la Clínica de Nutrición se ausentan a sus citas de seguimiento, así como dar un perfil del tipo de paciente que frecuenta el servicio brindado. Además, evidencia, a través de la satisfacción de los usuarios, el adecuado manejo de recursos por parte de la administración de la Clínica.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Atraso en el calendario académico en el inicio de clases en el primer cuatrimestre del 2019, lo cual demoró dos semanas lo planificado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En este apartado se desarrollan diferentes conceptos de la investigación, con el objetivo de que se conozcan a profundidad temas relacionados con las variables que se estudian y que se puedan asociar de cierta forma a los resultados obtenidos en el estudio.

2.1.1 Factores asociados

Se entiende por factores, aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. La existencia de un factor de cambio o de acción puede darse de forma espontánea o no, voluntaria o involuntariamente, de modo medible o no, tratándose de un fenómeno multidimensional que se encuentra íntimamente relegado a un sinfín de variables internas y externas (Llore, 2015). Los factores asociados son los elementos que actúan como condicionante para la obtención de uno o más resultados (Vergel-Ortega, 2016).

2.1.2 Patología

Como se menciona en la Enciclopedia Cubana, EcuRed: “Es la parte de la medicina que estudia las enfermedades y el conjunto de síntomas de una enfermedad”.

La patología se encarga del estudio de las enfermedades en su más amplia aceptación, como procesos anormales de causas conocidas o desconocidas. Para probar la existencia de una enfermedad, se examina la existencia de una lesión en sus niveles estructurales, se evidencia la presencia de un microorganismo (virus, bacteria, parásito u hongo) o se advierte la alteración de algún componente del organismo (EcuRed, 2018).

De acuerdo con lo presentado por Cotran (1990), según su traducción literal, el término patología hace referencia al estudio (logos) de la enfermedad (pathos, sufrimiento). Se encarga del estudio de las causas de la enfermedad y de los cambios asociados a nivel celular, tisular y orgánico, que son responsables de los signos y síntomas que presentan los pacientes. Hay dos términos importantes que se van a encontrar durante el estudio de la patología y la medicina:

- La etiología es el origen de la enfermedad, incluidas las causas de base y los factores que la modifican. En este momento, resulta evidente que la mayor parte de las enfermedades frecuentes, como la hipertensión, la diabetes o el cáncer, se deben a una combinación de susceptibilidad genética hereditaria y diversos factores desencadenantes ambientales.
- La patogenia es el conjunto de pasos que ocurren durante el desarrollo de la enfermedad. Describe cómo los factores etiológicos ponen en marcha una serie de cambios celulares y moleculares que culminan en las alteraciones estructurales y funcionales específicas características de la enfermedad.

Mientras que la etiología se relaciona con por qué aparece la enfermedad, la patogenia busca describir cómo se desarrolla. Por tanto, al explicar las causas y el desarrollo de la enfermedad, la patología representa la base científica de la práctica de la medicina.

2.1.2.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que las ECNT tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ECNT son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las ECNT afectan

desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes. Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes se producen entre los 30 y los 69 años. Más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que las favorecen, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo metabólicos", que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ECNT por lo que respecta a las muertes prematuras (OMS, 2018).

2.1.2.2 Enfermedad

La OMS (2018) define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

2.1.2.3 Enfermedades endocrinas

Según la Enciclopedia Médica A.D.A.M, (2005):

El sistema endocrino está compuesto por glándulas distribuidas por todo el cuerpo, la función principal de estas es producir hormonas. Las hormonas son mensajeros químicos que viajan a través del torrente sanguíneo hacia los tejidos y órganos.

Las hormonas trabajan lentamente y afectan los procesos corporales desde la cabeza hasta los pies. Entre esos procesos se encuentran:

- Crecimiento y desarrollo.
- Metabolismo: digestión, eliminación, respiración, circulación sanguínea y mantenimiento de la temperatura corporal.
- Función sexual.
- Reproducción.
- Estado de ánimo.

Si los niveles hormonales están demasiado elevados o disminuidos, es posible que tenga un trastorno hormonal. Las enfermedades hormonales también ocurren si el cuerpo no responde a las hormonas como debería hacerlo. El estrés, las infecciones y los cambios en el electrolito de la sangre también pueden afectar los niveles hormonales.

2.1.2.4 Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis. Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria). Esta acumulación se llama placa. Con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en todo el cuerpo. Si una arteria resulta obstruida, limita el flujo de sangre rica en oxígeno y esto puede llevar a que se presente un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (Enciclopedia Médica A.D.A.M, 2005).

De acuerdo con lo indicado en la Academia Americana de Médicos de Familia (2018), la arterioesclerosis puede llevar a problemas graves como:

- Enfermedad de las arterias coronarias. Estas arterias llevan sangre al corazón. Cuando se bloquean, usted puede sufrir una angina de pecho o un ataque cardíaco.
- Enfermedades de las arterias carótidas. Estas arterias llevan sangre a su cerebro. Cuando se bloquean, puede sufrir un ataque cerebral.
- Enfermedad arterial periférica. Estas arterias están en sus brazos, piernas y pelvis. Cuando se bloquean, usted puede sufrir adormecimiento, dolor y a veces, infecciones.

2.1.2.5 Enfermedades digestivas

Las enfermedades digestivas son trastornos del aparato digestivo, que algunas veces se denomina tracto gastrointestinal (GI). En la digestión, el alimento y las bebidas se descomponen en pequeñas partes (llamadas nutrientes) que el cuerpo puede absorber y usar como energía y pilares fundamentales para las células. Las afecciones pueden ir de leves a serias. Algunos problemas comunes abarcan cáncer, síndrome del intestino irritable e intolerancia a la lactosa. Los exámenes para los problemas digestivos pueden abarcar colonoscopia, endoscopia de vías digestivas altas, endoscopia con cápsula, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y ecografía endoscópica. Muchos procedimientos quirúrgicos se llevan a cabo en el aparato digestivo. Estos abarcan intervenciones realizadas usando endoscopia, laparoscopia y cirugía abierta. Se pueden realizar trasplantes de órganos en el hígado, el páncreas y el intestino delgado. (Enciclopedia Médica A.D.A.M, 2005).

2.1.2.6 Enfermedades hipermetabólicas

El desarrollo de una respuesta hipermetabólica e hipercatabólica es caracterizado por un aumento de la gluconeogénesis e hiperglucemia debido a la insulinoresistencia, aumento de la lipólisis, disminución de la lipogénesis y un balance negativo de nitrógeno. El

hipercatabolismo es generado como respuesta de la fase aguda a través de la liberación de aminoácidos del músculo esquelético y ácidos grasos libres del tejido adiposo. La hiperglucemia inmediata al traumatismo forma parte de esta respuesta metabólica al estrés y es un marcador de gravedad y pronóstico, la cual se debe al aumento de catecolaminas y cortisol, con alteración en la síntesis y en la utilización de la insulina por los tejidos periféricos, induciendo a un estado pro-inflamatorio y pro-oxidativo que puede empeorar la lesión cerebral y el daño neurológico. Esta situación hipermetabólica se expresa a través de un incremento del gasto energético en reposo (GER) y del consumo de oxígeno (Savino y Patiño, 2016).

2.1.2.7 Enfermedades pulmonares

La Enciclopedia Médica A.D.A.M. (2005) establece que las enfermedades pulmonares corresponden a cualquier problema en los pulmones que impide que estos trabajen apropiadamente. Existen tres tipos principales de enfermedad pulmonar:

- Enfermedades de las vías respiratorias. Estas enfermedades afectan los conductos (vías aéreas o respiratorias) que transportan el oxígeno y otros gases dentro y fuera de los pulmones. Por lo regular causan un estrechamiento u obstrucción de las vías respiratorias. Estas incluyen asma, EPOC y bronquiectasia.
- Enfermedades del tejido pulmonar. Afectan la estructura del tejido pulmonar. La cicatrización o la inflamación del tejido hace que los pulmones no se puedan expandir totalmente (enfermedad pulmonar restrictiva). Esto hace que para los pulmones sea más difícil captar oxígeno y liberar dióxido de carbono. La fibrosis pulmonar y la sarcoidosis son ejemplos de enfermedades del tejido pulmonar.

- Enfermedades de la circulación pulmonar. Afectan los vasos sanguíneos en los pulmones. Son causadas por coagulación, cicatrización o inflamación de dichos vasos. Afectan la capacidad de los pulmones para captar oxígeno y liberar dióxido de carbono. Igualmente pueden afectar la actividad cardíaca. Un ejemplo de este tipo de enfermedad es la hipertensión pulmonar.

Muchas enfermedades pulmonares involucran una combinación de estos tres tipos.

2.1.2.8 Enfermedades renales

La enfermedad renal significa que los riñones están dañados y no pueden filtrar la sangre de la forma que deberían. Los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad renal son la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad cardíaca y los antecedentes familiares de la falla de los riñones. La diabetes y la hipertensión arterial son las causas más comunes de enfermedad de los riñones. La causa de su enfermedad de los riñones puede afectar el tipo de tratamiento que recibe. El paso más importante por tomar en consideración para tratar la enfermedad de los riñones es controlar la presión arterial. Los hábitos saludables también pueden ayudar a controlar su enfermedad de los riñones (MedlinePlus, 2017).

2.1.2.9 Dislipidemias

Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia. Son entidades frecuentes en la práctica médica, que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (SM) y el empleo de algunos fármacos. Las dislipidemias aumentan el riesgo de aterosclerosis porque favorecen el depósito de lípidos en las paredes arteriales, con la

aparición de placas de ateromas, y en los párpados (xantelasma) y en la piel con la formación de xantomias (Solórzano, 2018).

2.1.3 Factores institucionales

2.1.3.1 Satisfacción

Según Rubén Rico (2014):

La satisfacción es un estado de ánimo que crea agrado y complacencia por la realización completa de las necesidades y expectativas creadas. El estado de ánimo de los clientes surge como producto de relacionar las necesidades y expectativas versus el valor y los rendimientos percibidos.

La noción de satisfacción del cliente refiere al nivel de conformidad de la persona cuando realiza una compra o utiliza un servicio. Es posible definir la satisfacción del cliente como el nivel del estado de ánimo de un individuo que resulta de la comparación entre el rendimiento percibido del producto o servicio con sus expectativas. Esto quiere decir que el objetivo de mantener satisfecho al cliente es primordial para cualquier empresa. Los beneficios de la satisfacción al cliente son numerosos: un cliente satisfecho es fiel a la compañía, suele volver a comprar y comunica sus experiencias positivas en su entorno. Es importante, por lo tanto, controlar las expectativas del cliente de manera periódica para que la empresa esté actualizada en su oferta y proporcione aquello que el comprador busca (Pérez y Gardey, 2014).

2.1.3.2 Efectividad

Es la capacidad o facultad para entregar un servicio que se ha definido previamente, y para el cual se han desplegado acciones estratégicas a fin de llegar a él. Por tanto, la efectividad

institucional es un proceso continuo y sistemático de recopilar y analizar información relacionada con el desempeño de una unidad y usarla para resultados de mejoramiento continuo (Pérez y Gardey, 2018).

Se dice que la efectividad se consigue cuando la relación entre los objetivos iniciales y los resultados finales se hace óptima, lo cual supone valorar los procesos que desde los primeros conducen a los últimos. La efectividad se encuentra, pues, al observar la realidad de un programa, es decir, al comparar el ideal o esencia de una acción, representado por una norma o conjunto de estándares profesionales, con la situación existente o real (Fernández, 2000).

2.1.3.3 Eficiencia

La eficiencia tiene su origen en el término latino *efficientia* y refiere a la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado (Pérez, 2012).

El concepto también suele ser equiparado con el de fortaleza o el de acción. La eficiencia consiste en el logro de aquellas metas que se ha propuesto una empresa, utilizando para ello la menor cantidad posible de recursos, también se puede definir como obtener resultados de una magnitud importante invirtiendo la mínima cantidad posible en ella; implica operar de una determinada forma en la cual todos los recursos se utilicen de la manera más adecuada posible.

2.1.3.4 Eficacia

Número de acciones realizadas para el logro del objetivo propuesto en relación con el número de acciones programadas; y se encuadra sobre todo en el nivel de consecución de los objetivos de una empresa, la capacidad para conseguir todo aquello que se propongan, proviene del latín *efficacia*, es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la

realización de una acción. Es el grado de cumplimiento de las metas perseguidas a través de un plan de actuación (Pérez, 2009).

2.1.3.5 Motivación

La palabra motivación es resultado de la combinación de los vocablos latinos: *motus* (traducido como “movido”) y *motio* (que significa “movimiento”). A juzgar por el sentido que se le atribuye al concepto desde el campo de la psicología y de la filosofía, una motivación se basa en aquellas cosas que impulsan a un individuo a llevar a cabo ciertas acciones y a mantener firme su conducta hasta lograr cumplir todos los objetivos planteados. La motivación, además, está asociada a la voluntad y al interés.

En otras palabras, puede definirse la motivación como la voluntad que estimula a hacer un esfuerzo con el propósito de alcanzar ciertas metas. Cabe resaltar que la motivación implica la existencia de alguna necesidad, ya sea absoluta, relativa, de placer o de lujo. Cuando alguien está motivado, considera que aquello que lo entusiasma es imprescindible o conveniente. Por lo tanto, la motivación es el lazo que hace posible una acción en pos de satisfacer una necesidad.

En relación precisamente a cómo la necesidad influye en la motivación, es interesante recalcar que existe una teoría clásica, la de la jerarquía de necesidades de Maslow, que precisamente deja patente cómo existe una estructura piramidal de aquellas que son las que contribuyen de la mejor manera a motivar a una persona en cuestión (Pérez, 2012).

2.1.3.6 Servicio de recordatorio

Recordatorio es un término que puede emplearse como adjetivo o como sustantivo. En el primer caso, se trata del calificativo que revela que un elemento resulta útil para acordarse de algo. Los diferentes dispositivos de uso diario, tales como los ordenadores y los teléfonos

móviles, ofrecen varias posibilidades para crear recordatorios. Dependiendo del sistema operativo y de las necesidades de cada usuario, existen aplicaciones que permiten hacer anotaciones que más tarde nos mostrará en el momento que le indiquemos, ya sea haciendo sonar una alarma o enviándonos un mensaje por correo electrónico, entre otras opciones (Pérez, 2015).

2.1.4 Factores causantes del ausentismo

2.1.4.1 Personales

Son el conjunto de actitudes que podemos cambiar de forma consciente. Se trata, por lo tanto, de una conducta esperada según el nivel social y cultural. Los factores personales, son un conjunto de características y actitudes que posee la persona, sea de forma innata desde el nacimiento o adquirida según el medio social donde se desarrolla, porque el hombre no es un ser aislado, sino inmerso en un medio social y los factores que afectan el entorno del hombre, influyen también decisivamente en su comportamiento y en su salud (Pereira, 2014).

Los factores personales se dividen en biológicos y psicosociales. Los biológicos se corresponden con un buen estado de salud corporal, la ausencia de predisposición genética a las enfermedades mentales, así como de hábitos tóxicos, y la posesión de un temperamento fuerte y estable, bien equilibrado, y los de tipo psicosocial tienen que ver con un adecuado estilo de vida y una buena integración de la personalidad, con actitudes acertadas y optimistas ante la vida, con educación y nivel cultural idóneos, buena adaptación familiar y social, adecuada comunicación y relaciones humanas, estabilidad de pareja y empleo, suficiencia económica, satisfacción de sus necesidades espirituales y afectivas, plenitud sexual, espíritu solidario, madurez personal, ímpetu de desarrollo, apropiada autoestima y confianza en sí mismo, seguridad personal y autoeficacia (Cid H., 2016).

2.1.4.2 Laborales

Los factores laborales son condiciones psicosociales de trabajo que como tales pueden ser positivas o negativas. Su número es muy amplio y su clasificación y organización dependen del enfoque que se elija. Cuando tales condiciones son adecuadas, facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales y los niveles altos de satisfacción laboral, de productividad empresarial y de estados de motivación en los que los trabajadores alcanzan mayor experiencia y competencia profesional. Dentro de los factores laborales están: las condiciones de empleo, el diseño del puesto y la calidad en el trabajo (Moreno, 2011).

2.1.4.3 Económicos

Los recursos económicos son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades dentro del proceso productivo o la actividad comercial de una empresa. La ciencia económica actual incluye otros recursos económicos como factores productivos, al considerar que se trata de elementos indispensables dentro de la compleja actividad actual; sin embargo, el factor económico afecta a la persona ya que es muy común que esta no puede combinar ambas cosas, trabajar y atender las consultas.

El factor económico, que se traduce en la parte laboral, se refiere a cuando se consigue una oportunidad de trabajo que vaya a remunerar ingresos económicos para la familia y la vida personal. El factor económico, medido por los ingresos familiares, por la cantidad de servicios y equipamiento básicos que tienen en sus hogares, ha clasificado el nivel de ingreso en tres categorías: bajo, medio y alto (Pérez, 2013).

2.1.4.4 Geográficos

Según la definición de Pérez (2014), la noción de espacio geográfico es utilizada por la geografía para nombrar al espacio organizado por una sociedad. Se trata de una extensión en la que conviven los grupos humanos y se interrelacionan con el medio ambiente. Se trata de cualquier sitio que sea habitado, modificado o transformado por el ser humano con el objetivo de obtener algún beneficio, de satisfacer nuestras varias necesidades. El espacio geográfico es una construcción social que puede estudiarse en sus diversas manifestaciones (como paisaje natural, paisaje urbano, paisaje industrial, etc.).

El geógrafo francés Jean Tricart (1920-2003) definió el espacio geográfico como la “epidermis del planeta Tierra”, que puede analizarse según su sistema espacial (la locación) o su sistema ambiental (la ecología). Es importante destacar que todo espacio geográfico es el resultado de la historia, ya que cada sociedad tiene su propio modo de organización y deja sus huellas en el paisaje. El espacio geográfico, por lo tanto, depende del proceso histórico. En ciertos lugares es posible apreciar una superposición de espacios geográficos, con vestigios que se remontan a la prehistoria y diversas marcas que fueron generadas a lo largo de la historia. El espacio geográfico controlado bajo un orden administrativo se conoce como territorio y puede estar conformado por diversas entidades, como municipios, comarcas, provincias o regiones. (Pérez, 2014).

2.1.5 Agendamiento de citas de seguimiento

2.1.5.1 Cita médica

El diccionario Oxford (Oxford Dictionaries, 2018) la define como: acuerdo entre personas del lugar y tiempo en que se encontrarán para verse o tratar un asunto, en este caso un encuentro con un médico para la valoración o revisión de un examen o enfermedad.

La consulta médica es una instancia de encuentro entre el médico y el paciente que representa una de las formas más antiguas de resolver los problemas de salud-enfermedad de las sociedades, uno de los escenarios más frecuentes de la relación médico-paciente.

2.1.5.2 Consulta nutricional

Tratamiento basado en la nutrición. Incluye comprobar el estado nutricional de una persona, ofrecer un plan de alimentación y brindar educación nutricional en el caso de personas sanas, en el caso de tratamiento nutricional en patologías puede abarcar cambios sencillos en el régimen alimentario de una persona, o alimentación intravenosa o con sonda. La terapia nutricional médica puede ayudar a que los pacientes se recuperen más rápido y pasen menos tiempo en el hospital. También se llama terapia nutricional (Azcona, 2013).

2.1.5.3 Citas exitosas

Según el diccionario Oxford (Oxford Dictionaries, 2018), es hacer que una cosa esté terminada, perfecta, llena o entera: completar una colección, un trabajo.

2.1.5.4 Ausencias (*No Show*)

La "ausencia" como acción y efecto de ausentarse, puede referirse a personas, objetos, cualidades, acciones y conceptos. La "ausencia", con su carga de connotación negativa, parece no contar como elemento de significación, pero continuamente se puede constatar que "lo ausente", "lo que no es o no está" es sensiblemente expresivo en cualquier situación (Carrasco, 1999).

2.1.5.5 Reprogramación de citas

Es el cambio de fecha de la consulta, que comprende desprogramación, asignación de una nueva fecha de cita y comunicación de esta al paciente (Forigua y Castrellón, 2018).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utiliza el enfoque de tipo cuantitativo ya que el análisis de los datos se realiza en forma objetiva mediante métodos estadísticos, por los cuales se busca conocer los factores que generan que los pacientes se ausenten a sus citas de seguimiento.

En cada proceso de esta investigación se debe comprobar el objetivo de dicha investigación, para asegurar que se cumplan dichos objetivos, en este particular es medir el ausentismo y los factores por los cuales los pacientes se ausentan para relacionar estos con las características propias y personales de los individuos, determinando tendencias a través de cálculos estadísticos que permiten recolectar y analizar datos de una manera segura y congruente (Hernández Sampieri, 2014).

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se define como correlacional ya que describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, por lo tanto, la investigación pretende establecer cuáles son los factores por los cuales los pacientes se ausentan de sus citas de seguimiento.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

En esta investigación las unidades de análisis están conformadas por los pacientes que asisten de manera regular a la consulta nutricional que se brinda en los consultorios de la Universidad Hispanoamericana.

Área de estudio: La presente investigación tiene lugar en la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamérica, Sede Aranjuez, ubicada en la provincia de San José.

Fuentes de información: Se detallan las fuentes primarias y secundarias utilizadas para la recolección de la información.

Fuentes primarias:

Pacientes activos a citas de seguimiento sometidos a encuesta.

Fuentes secundarias:

Artículos científicos en inglés, español y portugués.

Revisiones bibliográficas.

Tesis y disertaciones aplicadas en el ámbito de nutrición e investigaciones sobre ausentismos en el área de salud.

Agenda del consultorio y registro de asistencia.

3.3.1 Población

Para la investigación se toma en cuenta la cantidad total de citas agendadas anualmente, las cuales corresponden a un total de 8387 citas, las cuales incluyen las citas nuevas y las de seguimiento, las cuales se subdividen en citas que son efectivas o realizadas, las que se reprograman y las que presentan ausentismo.

3.3.2 Muestra

La muestra del estudio corresponde al total de personas a las que se les debe aplicar el instrumento, esto con la finalidad de representar de manera significativa el total de la población y así obtener resultados objetivos y significativos, de acuerdo con criterios y recomendaciones de profesionales en el área.

Se determina trabajar la presente investigación a partir del número total de citas anuales agendadas, con pacientes diferentes al plan piloto, que no se repitan en la muestra y que

cumplan con los criterios de inclusión, para asegurar la calidad de la investigación y la precisión de los resultados, para lo cual se aplica el siguiente procedimiento estadístico:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

N = población (8387)

n = tamaño de muestra

Z = nivel de confianza de un 95%, para un valor de Z de 1,96

P y Q= corresponden a las probabilidades de éxito y fracaso que tiene cada integrante de la población: 50 (0,5) y 50 (0,5)

D = margen de error permisible, establecido por el investigador. Diferencia entre la estimación y el valor de la población, en este caso es de 10%. (0,1)

Por lo tanto, para obtener el número de la muestra se sustituyen los valores de la fórmula de la siguiente manera;

$$\text{Paso 1} \quad n = \frac{8387 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2 \times (8387 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$\text{Paso 2} \quad n = \frac{8387 \times 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2 \times (8387 - 1) + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$\text{Paso 3} \quad n = \frac{8387 \times 3,8416 \times 0,25}{0,1^2 \times (8387 - 1) + 3,8416 \times 0,25}$$

$$\text{Paso 4} \quad n = \frac{8387 \times 3,8416 \times 0,25}{0,1^2 \times (8386) + 3,8416 \times 0,25}$$

Paso 5

$$n = \frac{8054,87}{84,82}$$

$$n = 94,96 \rightarrow n = 95$$

Con base en la fórmula desarrollada, para efectos de la presente investigación se deben tomar en cuenta un total de 95 personas que asistan a su cita de seguimiento de control nutricional en el consultorio de la Universidad Hispanoamericana; sin embargo, considerando este criterio y basándose en la recomendación de profesionales en el área, se determina seleccionar **100** participantes para la muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Paciente activo, de ambos sexos, asistente a la consulta nutricional.	- Paciente sin consentimiento informado.
- Paciente con un tiempo adicional a la consulta de 15 minutos.	- Paciente sin asentimiento informado.
- Saber leer y escribir.	- Paciente de primera cita.
- Cognitivamente estable.	

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.4 INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez de un cuestionario

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Otro tipo de validez que algunos autores consideran es la validez de expertos o *face validity*, la cual se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”.

(Hernández Sampieri, 2014). Se encuentra vinculada a la validez de contenido y, de hecho, se consideró por muchos años como parte de esta.

Para esta investigación se propone realizar el plan piloto en los Consultorios de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana con pacientes de características similares a la población en estudio, quienes posteriormente no son incluidos en la investigación, con la finalidad de alcanzar la validación de los instrumentos. Se aplica a 12 personas con disponibilidad de tiempo, y que acudieran a una cita de seguimiento de control nutricional, con el fin de corroborar que las preguntas fueran objetivas, claras y entendibles.

3.4.2 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales. En un instrumento de medición, la objetividad se refiere al grado en que este es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan. La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instrucciones y condiciones para todos los participantes) y en la evaluación de los resultados; así como al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento. Los estudios cuantitativos buscan que la influencia de las características y las tendencias del investigador se reduzca al mínimo posible, lo que es un ideal, pues la investigación siempre es realizada por seres humanos (Hernández Sampieri, 2014).

Por otra parte, es de gran importancia el respaldo y la ayuda de otras fuentes (fuentes de información secundarias) de información que colaboren a llevar a cabo la investigación, por ejemplo, los expedientes de los estudiantes y artículos científicos de estudios semejantes para

guiar el estudio de la mejor manera.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación se puede determinar como no experimental ya que es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo; clasificándose como de tipo transversal ya que los datos se recolectan en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla N°2
Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes que se presentan a una cita de seguimiento	Perfil sociodemográfico:	Se refiere a las características sociales de una población en un área determinada en un momento dado	Aplicación de cuestionario	Sexo	Masculino o femenino	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. I Parte. Preguntas 1 - 22.
	- Social			Edad	Menores de 17 años, 18-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-60 años, 61-65 años, mayor de 65 años	
	- Económico			Nivel académico	Sin escolaridad, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Técnico o Diplomado, Bachillerato Universitario o Licenciatura, Maestría o Doctorado	
	- Laboral			Estado civil	Soltero (a), Casado (a), Separado (a), Divorciado (a), Viudo (a), Unión libre	
	- Geográfico			Referido de algún centro hospitalario	Sí / No	
				Cuidador de una persona	Sí / No	

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla N°2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes que se presentan a una cita de seguimiento	Perfil sociodemográfico:	Se refiere a las características sociales de una población en un área determinada en un momento dado	Aplicación de cuestionario	Persona a su cuidado	Infante o niño, enfermo o discapacitado, persona adulta mayor con discapacidad	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. I Parte. Preguntas 1 - 22
	- Social			Apoyo familiar	Sí / No	
	- Económico			Trabajo actual	Sí / No	
	- Laboral			Clasificación de ingreso económico	Asalariado, trabajador independiente	
	- Geográfico			Ingreso económico mensual	Menos de ¢280 000, de ¢281 000 a ¢500 000, de ¢501 000 a ¢750 000, de ¢751 000 a ¢950 000, más de ¢951 000	
				Cantidad de personas dependientes	1 persona, 2 personas, 3 personas, 4 personas, más de 5 personas	
				Medio de transporte utilizado para acudir a las citas de nutrición	Vehículo propio, vehículo manejado por otros (familiar), bicicleta, caminando, bus, taxi, Uber, tren.	
				Monto gastado al acudir a la cita	Menos de ¢2 500, de ¢2 600 a ¢5 000, de ¢5 100 a ¢10 000, más de ¢10 100	
	Horario de trabajo	Diurno, nocturno, mixto, rotativo				

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla N°2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes que se presentan a una cita de seguimiento	Perfil sociodemográfico:	Se refiere a las características sociales de una población en un área determinada en un momento dado	Aplicación de cuestionario	Horas diarias de trabajo	4 horas, 8 horas, 10 horas, 12 horas	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. I Parte. Preguntas 1 - 22.
	- Social			Antigüedad	Menos de un año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 20 años, más de 21 años	
	- Económico			Servicio de Nutrición en la empresa	Sí / No	
	- Laboral			Nacionalidad	Costarricense Otra	
	- Geográfico			Provincia de residencia	San José, Alajuela, Heredia, Cartago, Guanacaste, Puntarenas, Limón	
		Distancia entre el lugar de residencia y el Consultorio de Nutrición		Menos de 2 km, entre 2.1 y 5 km, entre 5.1 y 10 km, entre 10.1 y 20 km, más de 20.1 km		

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla N°2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Conocer las patologías asociadas más recurrentes en los pacientes que se ausentan a su cita de seguimiento a través de la aplicación de un instrumento de evaluación.	Patologías asociadas de los pacientes	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible	Casilla de selección en instrumento de evaluación	Patología	Diabetes, enf. respiratoria, cardiovascular, hipertensión, enf. renal, problemas tiroideos, intolerancia a los alimentos, problemas dentales o deglución, gastritis, colon irritable, estreñimiento, diarreas, colelitiasis	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. II Parte.
Definir las causas institucionales del ausentismo de la población a través de un instrumento de evaluación.	Causas institucionales	Conjunto de características del ambiente de trabajo percibidas por los diversos actores y asumidas como factor principal de influencia en su comportamiento. Se sugieren mucho sobre la manera como se desarrolla el proceso de dirección en la institución pues es una variable que afecta sus resultados.	Aplicación de cuestionario	Horario de atención adecuado Trato recibido como análisis de ausentismo Tardías Espera por más de 30 minutos	Sí / No Sí / No Sí / No Sí / No	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. III Parte. Preguntas 23 - 34.

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla N°2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Definir las causas institucionales del ausentismo de la población a través de un instrumento de evaluación	Causas institucionales	Conjunto de características del ambiente de trabajo percibidas por los diversos actores y asumidas como factor principal de influencia en su comportamiento. Se sugieren mucho sobre la manera como se desarrolla el proceso de dirección en la institución pues es una variable que afecta sus resultados	Aplicación de cuestionario	Adecuado servicio de recordatorio telefónico	Sí / No	Ver Anexo #3 “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. III Parte. Preguntas 23 - 34.
				Mejor servicio de recordatorio (SMS, correo electrónico)	Sí / No	
				Recibe recordatorio escrito de próxima cita	Sí / No	
				Motivación de estudiantes, personal clínico y administrativo	Sí / No	
Medir el ausentismo y la reprogramación de citas de los pacientes a través de un cuestionario	Ausentismo y reprogramación de citas	El concepto alude a la inasistencia de una persona al sitio donde debe cumplir una obligación o desarrollar una función y la reprogramación es el cambio de fecha de la consulta, y asignación de una nueva fecha	Aplicación de cuestionario	Consulta nutricional interactiva y motivadora para volver	Sí / No	Ver Anexo #3. “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH”. IV Parte. Preguntas 35 - 38.
				Logro de objetivos terapéuticos como razón para ausentarse	Sí / No	
				Ausencia de al menos una cita	Sí / No	

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la Tabla N°2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Medir el ausentismo y la reprogramación de citas de los pacientes a través la aplicación de un cuestionario	Ausentismo y reprogramación de citas	El concepto alude a la inasistencia de una persona al sitio donde debe cumplir una obligación o desarrollar una función y la reprogramación es el cambio de fecha de la consulta, y asignación de una nueva fecha	Aplicación de cuestionario	Reprogramación inmediata de esa cita Al ausentarse, tiempo después se volvió a agendar una cita	Sí / No A la semana siguiente, al siguiente mes, al menos dos meses después, de tres a seis meses después, más de tres meses después	Ver Anexo #3. "Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH". IV Parte. Preguntas 35 - 38.
Identificar los factores causantes del ausentismo de los pacientes mediante la aplicación de un cuestionario	Factores causantes del ausentismo	Problemas que desencadenan la no presentación en el lugar y horario acordado a la atención de la actividad, la ausencia que se produce por diferentes factores y para los que la organización no está preparada, la mayoría de las veces la ausencia es inadvertida.	Aplicación de cuestionario	Factores de ausentismo	Olvido, compromisos laborales, no tuvo acompañante, dificultad económica, enfermedad, problemas climáticos, pereza / apatía, desmotivación, no ver resultados, horario no compatible, dificultad de transporte, largo tiempo de espera	Ver Anexo #3. "Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la UH". V Parte. Plantilla.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)

La prueba piloto se realiza con una subpoblación con características similares a la muestra seleccionada para esta investigación, las características que son afines se determinan por ser pacientes que se presentan a su cita de seguimiento.

Se aplicó un cuestionario denominado “Instrumento 1” (Anexo 1), el cual se utilizará para identificar los principales elementos de comprensión, de lectura, de manejo y de aceptabilidad de los datos para la tabulación de la información. Fue aplicado el día 30 de octubre en el Consultorio de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana a 12 personas y los resultados se muestran en el Anexo 2).

Producto de la prueba piloto se lograron identificar deficiencias en una pregunta, la cual será reestructurada, además, se modifica el orden de preguntas para que tengan una secuencia lógica y sea acorde a responder los objetivos planteados y quedan definitivas como se pueden apreciar en el Anexo 3m denominado “Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana”.

Posterior la realización del plan piloto se considera eliminar del cuestionario la pregunta de ocupación, ya que se muestra que no es necesaria ni relevante para el cumplimiento de los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan en forma de tablas los resultados obtenidos producto de la recolección de datos acerca de los posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el periodo comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019, donde se muestran características demográficas, sociales, económicas, geográficas, enfermedades presentadas por los pacientes, aspectos relacionados con el consultorio, ausentismo y reprogramación de citas y los factores que generarían que los pacientes no asistan a su cita de seguimiento.

La presentación de los hallazgos se encuentra en el mismo orden en el que se plantearon los objetivos específicos para una mayor comprensión.

Para el análisis bivariado de esta investigación se utiliza la prueba estadística de Chi cuadrado, se determina que sí existe una relación significativa entre las variables, es decir, sí son dependientes la una de la otra de manera más probable que por azar o error, se considera un valor de $p=0.05$, por lo tanto, en los casos donde el resultado de la prueba Chi cuadrado dio menor que 0.05, son variables dependientes y sí hay una relación entre ellas, ya que se está rechazando la hipótesis de independencia.

En los casos donde la prueba Chi cuadrado dio mayor 0.05 son variables independientes, no hay una relación entre ellas ya que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis de independencia. Cabe destacar que la muestra para esta investigación es de 100 individuos por lo que en porcentaje cada uno de los participantes representa 1% en el análisis univariado.

4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

4.1.1 Características sociodemográficas

A continuación, se presentan como datos importantes de análisis, las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla N°3
Características sociales de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	
<i>Femenino</i>	84
<i>Masculino</i>	16
<i>Total</i>	100
<i>Edad</i>	
<i>De 18 a 24 años</i>	17
<i>De 25 - 29 años</i>	8
<i>De 30 – 34 años</i>	4
<i>De 35 – 39 años</i>	9
<i>De 40 – 44 años</i>	10
<i>De 45 – 49 años</i>	20
<i>De 50 – 54 años</i>	9
<i>De 55 – 60 años</i>	11
<i>De 61 – a 65 años</i>	12
<i>Total</i>	100
<i>Nivel académico</i>	
<i>Sin escolaridad</i>	1
<i>Primaria incompleta</i>	4
<i>Primaria completa</i>	20
<i>Secundaria incompleta</i>	12
<i>Secundaria completa</i>	30
<i>Técnico o diplomado</i>	10
<i>Bachillerato universitario o licenciatura</i>	23
<i>Total</i>	100
<i>Estado civil</i>	
<i>Soltero (a)</i>	32
<i>Casado (a)</i>	44
<i>Divorciado (a)</i>	13
<i>Unión libre</i>	8
<i>Viudo (a)</i>	3
<i>Total</i>	100

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°3 se puede observar en la primera variable, correspondiente al sexo de la población encuestada, que el 84% de la muestra corresponde al sexo femenino y el restante 16% representa a la población masculina encuestada. La siguiente variable estudiada corresponde a la edad de los pacientes, se muestra que el 20% de los asistentes presentan una edad de entre 45 a 49 años, seguido muy de cerca con 17% por pacientes de entre 18 a 24 años; por otra parte, la menor

asistencia está entre 25 y 29 años con un 8% y de 30 a 34 años en un 4%.

Continuando con los resultados, en la tabla se muestra el nivel académico alcanzado por las personas pertenecientes a la muestra de la investigación, donde se detalla que un 30% cuenta con secundaria completa, 23% cuenta con un diploma de bachillerato o licenciatura universitaria, además hay personas que cuentan un título de técnico o diplomado en un 10%. Por otra parte 20%, cuentan con primaria completa y solamente 1% no cuenta con escolaridad de ningún grado.

Por último, en esta Tabla N°3 se ubica el estado civil de los participantes, la mayoría, con un 44%, son personas casadas, seguido del grupo de solteros en un 32% y en menor cantidad, se muestra que un 13% de la población es divorciada, un 8% convive en unión libre y un 3% son viudos.

Tabla N°4

Referencias hospitalarias de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Es referido de algún centro hospitalario?</i>	
<i>No</i>	<i>96</i>
<i>Sí</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>
<i>¿Cuál hospital?</i>	
<i>Hospital Calderón Guardia</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>4</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

La Tabla N°4 se refiere las referencias hospitalarias de los pacientes, según lo que se muestra, 96% de las personas informan que no han sido referidas desde ningún establecimiento de salud, por el contrario, los casos en los cuales han sido referidos corresponden a una mínima cantidad de pacientes, tan solo un 4%. Al consultar acerca de dónde se les dio la referencia, estos reportan en un 100% que han sido referidos desde el Hospital Calderón Guardia para la atención nutricional.

Tabla N°5
Características laborales de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Trabaja en este momento?</i>	
<i>Sí</i>	38
<i>No</i>	62
<i>Total</i>	100
<i>¿Cuál es su horario de trabajo?</i>	
<i>Diurno</i>	24
<i>Mixto</i>	10
<i>Rotativo</i>	4
<i>Total</i>	38
<i>¿Cuántas horas al día trabaja?</i>	
<i>4 horas – 8 horas</i>	22
<i>8 horas – 12 horas</i>	16
<i>Total</i>	38
<i>Antigüedad laboral</i>	
<i>Menos de un año</i>	4
<i>De 1 a 5 años</i>	14
<i>De 6 a 10 años</i>	6
<i>De 11 a 20 años</i>	8
<i>Más de 21 años</i>	6
<i>Total</i>	38
<i>¿Hay servicios de Nutrición en su lugar de trabajo?</i>	
<i>Sí</i>	5
<i>No</i>	33
<i>Total</i>	38

Fuente: Elaboración propia (2019).

Según los datos presentados en la Tabla N°5 sobre el perfil laboral de los pacientes que asisten a las consultas, con el fin de enriquecer la investigación y conocer el perfil de los pacientes, se muestra con la primera variable que un 62% de los pacientes no laboran, mientras que un 38% de estos, sí lo hacen.

Considerando solamente el 38% de las personas que sí trabajan, se presentan los siguientes resultados: el horario de trabajo de la mayoría de la muestra con un 24% es diurno, un 10% indica tener un horario mixto y únicamente el 4% reportan tener un horario rotativo. En cuanto al horario

diario de trabajo de esta submuestra, se determina que un 22% tiene un horario laboral de 4 a 8 horas diarias y el restante 16% indica tener un horario de 8 a 12 horas diarias. En relación con la antigüedad laboral, se demuestra que un 14% de la muestra tiene entre 1 a 5 años de laborar en esa empresa, compañía o institución, seguido por un 8% de personas entre 11 y 20 años, y solamente un 4% tiene menos de un año de haber comenzado a trabajar en ese lugar.

Por último, al final de la tabla se presentan los resultados obtenidos acerca de los servicios de nutrición en los lugares de trabajo de estas personas laboralmente activas, se reporta que un 33% de la muestra no cuenta con este servicio, y solamente un 5% indica que sí existe el servicio en su lugar de trabajo, sin embargo, no lo utilizan.

Tabla N°6
Características del ingreso económico de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Cómo es su ingreso económico?</i>	
<i>Asalariado (a)</i>	25
<i>Trabajador (a) independiente</i>	13
<i>Pensionado (a)</i>	7
Total	45
<i>¿Cuál es su ingreso económico mensual?</i>	
<i>Menos de ¢280 000</i>	15
<i>De ¢281 000 a ¢500 000</i>	10
<i>De ¢501 000 a ¢750 000</i>	12
<i>De ¢751 000 a ¢900 000</i>	5
<i>Más de ¢901 000</i>	3
Total	45
<i>¿Cuántas personas dependen directamente de ese ingreso?</i>	
<i>1 persona</i>	15
<i>2 personas</i>	13
<i>3 personas</i>	7
<i>4 personas</i>	6
<i>Más de 5 personas</i>	4
Total	45

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los datos mostrados en la Tabla N°6 se basan en el 38% de las personas que sí laboran, mostradas en la tabla N°5 y se adiciona un 7% de personas pensionadas que no laboran actualmente, pero que sí perciben un ingreso económico mensual, por lo tanto el resultado del 45% de la muestra es acerca de la manera de obtener recursos económicos, demostrando que la mayoría de estos son asalariados en un 25%, seguido de las personas que tienen una labor independiente con un 13% y por último los pensionados con un 7%.

En esta tabla también se determina que un 15% de los encuestados tienen un ingreso menor a ¢280 000 mensuales, seguido en un 10% de los encuestados que reporta una ganancia mensual entre ¢281 000 a ¢500 000, solamente un 3% de los encuestados indican tener un ingreso mayor a ¢901 000 mensuales. Al indagar acerca de la cantidad de personas que dependen de este ingreso reportado, se muestra que, en su mayoría, solamente dependen 1 o 2 personas.

Tabla N°7

Características geográficas y de transporte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Cuál es el transporte utilizado para acudir a las citas?</i>	
<i>Bus</i>	63
<i>Vehículo manejado por otros (familiar)</i>	12
<i>Vehículo propio</i>	15
<i>Caminando</i>	5
<i>Uber</i>	3
<i>Taxi</i>	2
<i>Total</i>	100
<i>¿Cuánto dinero gasta al acudir a una cita?</i>	
<i>Menos de ¢2.500</i>	73
<i>De ¢2.600 a ¢5.000</i>	24
<i>De ¢5.100 a ¢10.000</i>	1
<i>Más de ¢10.100</i>	2
<i>Total</i>	100
<i>¿Es de nacionalidad costarricense?</i>	
<i>Sí</i>	98

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la tabla N°7.

	<i>No</i>	2
	Total	100
<i>¿Es de nacionalidad extranjera?</i>		
	<i>Nicaragua</i>	2
	Total	2
<i>Provincia de residencia</i>		
	<i>San José</i>	81
	<i>Cartago</i>	9
	<i>Heredia</i>	8
	<i>Alajuela</i>	1
	<i>Limón</i>	1
	Total	100
<i>¿Cuál es la distancia desde su residencia hasta los consultorios?</i>		
	<i>Menos de 2 km</i>	3
	<i>Entre 2.1 km y 5 km</i>	34
	<i>Entre 5.1 km y 10 km</i>	31
	<i>Entre 10.1 km y 20 km</i>	22
	<i>Más de 20.1 km</i>	10
	Total	100

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°7 se presentan los resultados obtenidos acerca de las condiciones geográficas y movilidad de los pacientes, para conocer mejor el perfil de los pacientes que asisten a las citas de control en la Clínica de Nutrición. Se muestra que un 63% de los pacientes se transportan en servicio de autobús, seguido por un 15% de los pacientes con vehículo propio, los servicios de transporte menos utilizados corresponden al Uber en un 3% y taxi con un 2%.

Se muestra, además, que las personas pertenecientes a la muestra en su mayoría gastan menos de ¢5.000 al asistir a una consulta tanto de ida al consultorio como de retorno a su residencia, de los cuales un 73% incluso gasta menos de ¢2.500, mientras que un 24% de los encuestados lo hacen en un rango entre ¢2.600 y ¢5.000. Tan solo un 3% gasta más de ¢5.000 en su desplazamiento.

Para conocer de qué nacionalidad son los pacientes que asisten a la clínica, un 98% indica ser costarricense y solamente un 2% son personas extranjeras, ambas indican ser de nacionalidad

nicaragüense. Según los resultados, el 81% de personas vive en la provincia de San José, seguido de un 9% en Cartago y un 8% en Heredia. En cuanto a la distancia desde su casa de habitación hasta los consultorios de Nutrición, el 34% de la población habitan entre los 2.1 km y 5 km, seguidos por los pacientes que habitan entre los 5.1 km y 10 km con un 31%, los pacientes que residen a una distancia entre 10.1 km a 20 km corresponden a un 22%; los de distancias más alejada, con un 10% de la muestra, habitan a más de 20.1 km y por otra parte, solamente el 3% reporta residir en un rango menor de 2 km de los consultorios.

4.1.2 Patologías asociadas

A continuación, se detallan las enfermedades que presenten los pacientes de la clínica, como una variable importante en el desarrollo de la investigación.

Tabla N°8
Patologías presentadas por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Enfermedades presentadas por los pacientes</i>	n=100
<i>Colon irritable</i>	35
<i>Gastritis</i>	34
<i>Dislipidemia</i>	34
<i>Intolerancia a alimentos</i>	32
<i>Hipertensión</i>	26
<i>Estreñimiento</i>	23
<i>Problemas tiroideos</i>	13
<i>Enfermedad respiratoria</i>	12
<i>Problemas dentales o deglución</i>	9
<i>Diarrea</i>	9
<i>Enfermedad renal</i>	7
<i>Colelitiasis</i>	7
<i>Enfermedad cardiovascular</i>	6
<i>Diabetes</i>	6

Fuente: Elaboración propia (2019).

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla N°8, se demuestra que las patologías gástricas, colon irritable (n=35), gastritis (n=34) la intolerancia a los alimentos (n=32) y estreñimiento

(n=23) son las más recurrentes en la muestra, también la dislipidemia (n=34) y la hipertensión (n=26) se presentan como enfermedades comunes en la población. Por otra parte, las enfermedades cardiovasculares (n=6) y la diabetes (n=6) corresponden a las enfermedades de menor incidencia.

4.1.3 Características institucionales

En este apartado se muestran los resultados acerca de cuestiones propias del consultorio, desde la perspectiva de los pacientes como un aliciente para ausentarse a las citas de control, y a la vez para tomar medidas acerca del manejo y controles propios de la Clínica de Nutrición desde una perspectiva administrativa de esta.

Tabla N°9

Horario de atención y trato en el consultorio percibido por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿El horario de atención es adecuado para acudir a cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>96</i>
<i>No</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>
<i>¿El trato recibido por algún funcionario o estudiante le ha hecho analizar ausentarse a alguna cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>1</i>
<i>No</i>	<i>99</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados obtenidos de la Tabla N°9, demuestran que el 96% de los encuestados indican que el horario de atención a las citas es adecuado para asistir a las citas, que hay una gran flexibilidad de horarios y esto favorece para que ellos puedan elegir la mejor opción de acuerdo a su disponibilidad. Además, solamente el 1% de los pacientes indican haber sentido un trato inadecuado por parte del personal que le hizo pensar en no asistir a la consulta de seguimiento, el

99% restante indican haber recibido un buen trato, de todas las personas que representan el consultorio (los profesores, la secretaria en turno y los estudiantes). Con lo que se demuestra que los pacientes se sienten satisfechos con el nivel de servicio brindado.

Tabla N°10

Tardías y tiempo de espera indicado por los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Ha tenido tardías a las citas?</i>	
<i>Sí</i>	32
<i>No</i>	68
<i>Total</i>	100
<i>¿Se le ha atendido incluso llegando tarde a la cita de seguimiento?</i>	
<i>Sí</i>	27
<i>No</i>	5
<i>Total</i>	32
<i>¿Ha tenido que esperar por más de 30 minutos para ser atendido?</i>	
<i>Sí</i>	32
<i>No</i>	68
<i>Total</i>	100

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a los resultados mostrados en la Tabla N°10, se determina que el 32% de los pacientes aceptan haber llegado tarde a su cita de seguimiento, mientras que el 68% de los encuestados reporta haber llegado a tiempo y no generar demoras. En el caso de las personas que acudieron tarde a su cita de seguimiento, un 27% informa que sí se les atendió incluso llegando tarde, y un 5% de ellos llegaron más tarde de lo permitido y no se les atendió. En cuanto al tiempo de espera para ser atendido, se detalla que el 68% de los encuestados no ha tenido que esperar, mientras que el 32% ha tenido que esperar más de 30 minutos para ser atendido a la cita de seguimiento.

Tabla N°11

Servicio de recordatorio de cita brindado a los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Ha beneficiado el servicio de recordatorio escrito para tener presente la cita?</i>	
<i>Sí</i>	88
<i>No</i>	12
Total	100
<i>¿Ha beneficiado el servicio de recordatorio telefónico para tener presente la cita?</i>	
<i>Sí</i>	82
<i>No</i>	18
Total	100
<i>¿Consideraría otro servicio de recordatorio como una mejor opción para su asistencia a las citas?</i>	
<i>Sí</i>	70
<i>No</i>	30
Total	100
<i>¿Cuál servicio?</i>	
<i>WhatsApp</i>	63
<i>SMS</i>	5
<i>Correo electrónico</i>	2
Total	70
<i>¿Recibe siempre el recordatorio escrito con la información de su próxima cita?</i>	
<i>Sí</i>	95
<i>No</i>	5
Total	100

Fuente: Elaboración propia (2019).

Uno de los aspectos más importantes dentro de las causas institucionales para el ausentismo de los pacientes, es la manera en que estas mantienen comunicación con el paciente, y es donde los servicios de recordatorios tienen una alta importancia, por esto en la Tabla N°11 se muestran los resultados obtenidos en relación a este servicio. En cuanto a la pregunta de si el recordatorio escrito le ha beneficiado para tener presente y recordar su cita, el 88% de los pacientes indican que sí ha ayudado, y solamente el 12% de las personas de la muestra indican no tomarlo en cuenta.

Respecto al servicio de recordatorio por medio de la llamada telefónica el día antes de la cita, el 82% de las personas indican haber recibido la llamada y el restante 18% indican no haberla recibido, incluso algunos desconocían que se brindara este servicio. Con la facilidad que aporta la tecnología, se investiga sobre la necesidad que tienen los pacientes sobre otros métodos de recordatorio, a lo cual el 70% de los encuestados indica que si fuera necesario más opciones, la respuesta más común sería el uso del servicio de mensajería instantánea WhatsApp en un 63%, las otras opciones son mensajes de texto (SMS) con un 5% y el correo electrónico en un 2%.

Para concluir los datos de esta tabla, se muestra si los pacientes recibieron el recordatorio escrito con la información de la próxima cita, a lo cual el 95% indica haberlo recibido y solamente el 5% de los encuestados indican que nunca recibieron el recordatorio con la información.

Tabla N°12

Nivel de motivación para asistir a las citas de seguimiento de control nutricional por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Siente motivación por parte del estudiante para asistir a la próxima cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>97</i>
<i>No</i>	<i>3</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>
<i>¿Siente motivación por parte del personal clínico y administrativo para asistir a la próxima cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>96</i>
<i>No</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>
<i>¿Considera que la consulta nutricional es interactiva y motivante para seguir asistiendo a consultas?</i>	
<i>Sí</i>	<i>99</i>
<i>No</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°12 se muestran los resultados acerca de la motivación que perciben los pacientes para asistir a las citas de control nutricional, además conocer si las relaciones interpersonales en el consultorio afectarían de alguna manera a los pacientes, para que estos se ausenten de sus citas de seguimiento. Por tanto, al consultar si los pacientes sienten motivación por parte de los estudiantes avanzados -quienes atienden las consultas-, un 97% manifiesta sentir esa motivación y solamente en un 3% de los pacientes reporta no sentirse motivado para asistir a las consultas, indicando que la consulta es monótona, además que hay algunos estudiantes que se toman el tiempo de explicar el tratamiento y los resultados obtenidos, mientras que otros solo se concentran en completar el expediente, considerando la atención sin fluidez y de manera mecánica.

Por otra parte, el 96% de los encuestados reportan que sienten motivación por parte del personal (repcionista, profesores, oficiales de seguridad) para asistir a las citas de control, ya que se sienten motivados y alentados al ver sus logros personales y solamente el 4% de los encuestados indica que no siente dicha motivación por el personal, cuando perciben desconfianza del profesor hacia el alumno, además, un paciente expresó haber tenido una diferencia de criterio con el profesor, cuando este le cuestionó sobre un tratamiento en específico.

Lo último que se evaluó en este apartado corresponde a conocer si los pacientes consideran que la consulta es interactiva y que si esto lo motiva a seguir asistiendo a las consultas, de las personas encuestadas en la muestra el 99% reporta que sí lo es y solamente 1% reporta que la consulta no es interactiva y que solo asiste por compromiso.

4.1.4 Ausentismo y reprogramación de citas

A continuación, se muestran los resultados acerca del ausentismo y la reprogramación de citas de los pacientes de la clínica.

Tabla N°13

Nivel de ausentismo y reprogramación de citas de seguimiento por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>¿Se ha ausentado al menos a una cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>65</i>
<i>No</i>	<i>35</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>
<i>¿Reprogramó esa cita?</i>	
<i>Sí</i>	<i>62</i>
<i>No</i>	<i>3</i>
<i>Total</i>	<i>65</i>
<i>¿Cuánto tiempo después volvió a agendar la cita perdida?</i>	
<i>A la semana siguiente</i>	<i>14</i>
<i>A las dos semanas</i>	<i>27</i>
<i>Al siguiente mes</i>	<i>16</i>
<i>Al menos dos meses después</i>	<i>2</i>
<i>De 3 a 6 meses después</i>	<i>1</i>
<i>Más de 6 meses después</i>	<i>2</i>
<i>Total</i>	<i>62</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°13 se resumen los datos propiamente del ausentismo, en el cual se muestra que el 65% de la muestra reporta haberse ausentado a alguna cita de control nutricional, el otro 35%, indica no haberse ausentado a las citas.

Al indagar acerca de la reprogramación de esas citas, se puede demostrar que un 62% de los encuestados realizaron la labor de reprogramación y solamente el 3% declinaron de este servicio para su control nutricional. Por otra parte, de estas personas que reprogramaron su cita, se decidió conocer el tiempo en cual realizan su próxima cita, una vez que se han ausentado, el 27% concuerda en que se les ha reprogramado para las próximas dos semanas desde su ausencia. El 1% de la población volvió a programar su cita para dentro de 3 a 6 meses y un 2% lo hicieron para más de 6 meses.

4.1.5 Posibles factores causantes de ausentismo

En este apartado se detallan, finalmente, los factores que posiblemente harían que los pacientes se ausenten de las citas de seguimiento, con esta tabla se demuestran las causas más recurrentes, con lo cual se logra identificar los factores que posiblemente generen la ausencia de los pacientes a las citas de seguimiento y poder identificar cuál es la situación más recurrente que causa el ausentismo, para así poder intentar tomar acciones y disminuir el nivel.

Tabla N°14

Posibles factores asociados al ausentismo por parte de los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana durante el 2018 – 2019

<i>Variable</i>	<i>%</i>
<i>Enfermedad</i>	<i>79</i>
<i>Compromisos laborales</i>	<i>54</i>
<i>Horario no compatible</i>	<i>38</i>
<i>Olvido</i>	<i>37</i>
<i>Dificultad de transporte</i>	<i>24</i>
<i>Dificultad económica</i>	<i>24</i>
<i>Falta de comunicación</i>	<i>21</i>
<i>No ver resultados a lo largo del tiempo</i>	<i>20</i>
<i>Desmotivación</i>	<i>17</i>
<i>Problemas climáticos</i>	<i>17</i>
<i>Largo tiempo de espera para ser atendido</i>	<i>11</i>
<i>Pereza / apatía</i>	<i>10</i>
<i>No tuvo acompañante</i>	<i>9</i>
<i>Otro</i>	<i>3</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

Para efectos de la investigación, se toman en cuenta los seis aspectos más relevantes, ya que se considera que prácticamente el 25% de la muestra está de acuerdo con ese factor como una causa para dejar de asistir a la consulta de seguimiento, los cuales se pueden mostrar en las primeras casillas de la Tabla N°14.

El factor más recurrente entre las respuestas corresponde a enfermedad con un 79%, los compromisos laborales un 54%, a pesar de que solamente el 38% personas labora, las demás personas que consideran este factor corresponden a personas en busca de empleo, el 38% indica que por un horario no compatible, en caso de modificaciones de horarios, el 37% indica que sería por olvido y las dificultades de transporte y dificultades económicas, ambas con 24%.

En el inferior de la tabla se demuestra que un 11% indica que el largo tiempo de espera para ser atendido, la pereza/apatía de asistir a la cita con 10%, y la falta de compañía con un 9%, corresponden a las opciones menos viables para que los pacientes se ausenten a las citas de seguimiento.

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

A continuación, se presentan los resultados bivariados que se derivan de la investigación y que darían respuesta a los objetivos 6 y 7, donde se aborda el tema del ausentismo y su relación con las variables más significativas. En este apartado se muestran los cruces obtenidos como resultados de la pregunta N°36 del cuestionario (ver Anexo 3), donde se indaga si el paciente alguna vez se ha ausentado al menos a una cita, (n=65) personas contestaron que sí, siendo de esta manera el 100% de la submuestra, por lo tanto, a partir de esta interrogante, se va a relacionar este ausentismo con las características más relevantes, para conocer el perfil de estos pacientes, posterior a esto se relacionará los factores asociados con el perfil de los pacientes, para así ampliar esta investigación.

4.2.1 Relación entre pacientes ausentes a citas de seguimiento y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación y factores causantes del ausentismo

Tabla N°15
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características sociales

Característica	Absoluto	%	Valor p
Sexo			0.731
<i>Femenino</i>	54	83,1	
<i>Masculino</i>	11	16,9	
Total	65	100	
Edad			0.115
<i>De 18 a 24 años</i>	10	15,4	
<i>De 25 - 29 años</i>	6	9,2	
<i>De 30 – 34 años</i>	4	6,2	
<i>De 35 – 39 años</i>	6	9,2	
<i>De 40 – 44 años</i>	7	10,8	
<i>De 45 – 49 años</i>	10	15,4	
<i>De 50 – 54 años</i>	9	13,8	
<i>De 55 – 60 años</i>	8	10,3	
<i>De 61 – a 65 años</i>	5	7,7	
Total	65	100	
Nivel académico			0.299
<i>Primaria incompleta</i>	4	6,2	
<i>Primaria completa</i>	13	20,0	
<i>Secundaria incompleta</i>	6	9,2	
<i>Secundaria completa</i>	21	32,3	
<i>Técnico o Diplomado</i>	8	12,3	
<i>Bachillerato Universitario/Licenciatura</i>	13	20,0	
Total	65	100	
Estado Civil			0.74
<i>Casado (a)</i>	28	43,1	
<i>Divorciado (a)</i>	8	12,3	
<i>Soltero (a)</i>	20	30,8	
<i>Unión libre</i>	7	10,8	
<i>Viudo (a)</i>	2	3,1	
Total	65	100	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°14 se muestra que la mayoría de los pacientes que se ausentan corresponden al sexo femenino en un 83,1% (n=54) y en menor proporción un 16,9% (n=11) al sexo masculino, esto debido a que la mayor parte de la muestra es del sexo femenino, sin embargo, es importante

destacar que una alta cantidad de hombres se ausentan a sus citas de seguimiento, con base en el número de total de personas.

En relación con la edad, las personas que más se ausentan tienen un rango de edad entre 18 a 24 años y de 45 a 49 años, con un 15,4% cada grupo (n=10), además se puede determinar que a partir de los 40 años se evidencia un mayor ausentismo en la población.

Según los datos del nivel académico, las personas que en menor número se ausentan presentan un nivel de escolaridad de primaria incompleta 6,2% (n=4), y por otra parte, los que mayor nivel de ausentismo presentan tienen un grado académico de secundaria completa en un 32,3% (n=21). Por otra parte, de manera distante, tanto las personas con primaria completa como las que cuentan con estudios universitarios, presentan un 20% (n=13). Haciendo una revisión del nivel educativo, el 64,6% de la muestra (n=42) tiene un mayor nivel educativo.

El estado civil de la población que se ha ausentado al menos a una vez a su cita de seguimiento corresponde principalmente a personas casadas, siendo un 43,1% de la muestra (n=28), seguido por las personas solteras 30,8% (n=20), solamente un 3,1% (n=2) de las personas que se ausentan indican ser viudas. De acuerdo con los datos evaluados, la prueba Chi cuadrado no detecta suficiente evidencia en los datos como para indicar una dependencia entre las variables y el ausentismo de los pacientes.

Tabla N°16
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características laborales

Características Laborales	Absoluto	%	Valor p
¿Trabaja en este momento?			0.562
<i>No</i>	41	63,1	
<i>Sí</i>	24	36,9	
Total	65	100	

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la tabla N°16.

¿Cómo es su ingreso económico?			0.069
<i>Asalariado (a)</i>	13	20,0	
<i>Trabajador (a) independiente</i>	11	16,9	
<i>Pensionado (a)</i>	3	4,6	
Total	27	41,5	
¿Cuál es su horario de trabajo?			0.895
<i>Diurno</i>	15	23,1	
<i>Mixto</i>	7	10,8	
<i>Rotativo</i>	2	3,1	
Total	24	36,9	
¿Cuántas horas al día de trabaja?			0.79
<i>4 horas – 8 horas</i>	13	20,0	
<i>8 horas – 12 horas</i>	11	16,9	
Total	24	36,9	
Antigüedad laboral			0.707
<i>Menos de un año</i>	2	3,1	
<i>De 1 a 5 años</i>	11	16,9	
<i>De 6 a 10 años</i>	3	4,6	
<i>De 10 a 20 años</i>	4	6,2	
<i>Más de 21 años</i>	4	6,2	
Total	24	36,9	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a las características económicas de la muestra de pacientes ausentes (n=65), se destaca que el 63,1% (n=41) no labora, mientras que el 36,9% (n=24) si lo hace.

Tomando en consideración las personas que sí laboran 36,9% (n=24) y debido a que un 4,6% (n=3) son personas pensionadas, esto resultaría en un 41,5% (n=27) el total de personas que perciben un ingreso económico, el restante se distribuye en personas asalariadas que corresponde a un 20% (n=13) y un 16,9% de la muestra son personas trabajadoras independientes (n=11).

Del 36,9% (n=24) que sí labora, un 23,1% (n=15) tiene un horario de trabajo diurno, 10,8% (n=7) corresponde a un horario mixto, y por último 3,1% (n=2) de la muestra tiene un horario rotativo.

En cuanto a las horas diarias laboradas por estas personas, un 20% (n=13) indica laborar de 4 a 8

horas al día, y por otra parte 16,9% de la muestra, indica hacerlo en un horario de 8 a 12 horas cada día.

La antigüedad laboral indica que el 16,9% (n=11) tiene de 1 a 5 años de laborar para la misma empresa o institución y solamente 3,1% (n=2) cuenta con menos de un año, es destacable que un 6,2% (n=4) de la muestra tiene de 10 a 20 años y la misma cantidad más de 20 años de laborar en la misma compañía.

Al someter los datos de la Tabla N°15 a la prueba de Chi cuadrado, estos no presentan una dependencia entre las variables y el ausentismo de los pacientes.

Tabla N°17
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según características geográficas y de transporte

Características Geográficas y de Transporte	Absoluto	%	Valor p
<i>¿Cuál es el transporte utilizado para acudir a las citas?</i>			0.753
<i>Bus</i>	38	58,5	
<i>Caminando</i>	4	6,2	
<i>Taxi</i>	2	3,1	
<i>Uber</i>	2	3,1	
<i>Vehículo manejado por otros (familiar)</i>	8	12,3	
<i>Vehículo propio</i>	11	16,9	
Total	65	100	
<i>¿Cuánto dinero gasta al acudir a una cita?</i>			0.202
<i>Menos de ₡2.500</i>	47	72,3	
<i>De ₡2.600 a ₡5.000</i>	17	26,2	
<i>De ₡5.100 a ₡10.000</i>	1	1,5	
Total	65	100	
<i>¿Es de nacionalidad costarricense?</i>			0.653
<i>No</i>	1	1,5	
<i>Sí</i>	64	98,5	
Total	65	100	
<i>Provincia de residencia</i>			0.356
<i>San José</i>	55	84,6	
<i>Cartago</i>	4	6,2	

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la tabla N°17.

	<i>Heredia</i>	5	7,7	
	<i>Limón</i>	1	1,5	
	Total	65	100	
¿Cuál es la distancia desde su residencia hasta los consultorios?				0.229
	<i>Menos de 2 km</i>	1	1,5	
	<i>Entre 2.1 km y 5 km</i>	22	33,8	
	<i>Entre 5.1 km y 10 km</i>	21	32,3	
	<i>Entre 10.1 km y 20 km</i>	17	26,2	
	<i>Más de 20.1 km</i>	4	6,2	
	Total	65	100	

Fuente: Elaboración propia (2019).

La Tabla N°17 demuestra que el servicio de transporte más utilizado por las personas que se ausentan a sus citas de seguimiento es el bus con un 58,5% (n=38), seguido en un 16,9% (n=11) con vehículo propio, los servicios menos usados corresponden al Uber y taxi en un 3,1% (n=2) cada uno.

Se demuestra que un 72,3% (n=47) gasta menos de ¢2.500 al acudir a una cita, seguido por un importante grupo que gasta de ¢2.600 a ¢5.000 con un 26,2% (n=17). También informa que el 98,5% (n=64) son de nacionalidad costarricense. Por último, se puede demostrar que los pacientes que se ausentan tienen su casa de habitación en un rango de distancia de entre 2.1 km y 10 km, sumando ambos grupos esto corresponde a un 66,1% (n=43).

Se demuestra con la prueba de Chi cuadrado que no existe una relación dependiente entre ninguna de las variables estudiadas en esta tabla.

*Tabla N°18
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según enfermedades presentadas por dichos pacientes*

Patologías	Absoluto	%	Valor p
<i>Colon irritable</i>	23	35,4	0.901

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la tabla N°18.

<i>Gastritis</i>	23	35,4	0.69
<i>Dislipidemia</i>	19	29,2	0.17
<i>Estreñimiento</i>	17	26,2	0.307
<i>Hipertensión</i>	17	26,2	0.962
<i>Enfermedad respiratoria</i>	9	13,8	0.439
<i>Diabetes</i>	4	6,2	0.93
<i>Colelitiasis</i>	5	7,7	0.712
<i>Enfermedad cardiovascular</i>	5	7,7	0.332
<i>Enfermedad renal</i>	6	9,2	0.233
<i>Problemas tiroideos</i>	6	9,2	0.127
<i>Diarrea</i>	6	9,2	0.912

Fuente: Elaboración propia (2019).

Según se demuestra en la Tabla N°18, de los pacientes que se han ausentado al menos una vez a su cita de seguimiento el 35,4% (n=23) manifiesta presentar colon irritable, así como también gastritis y un 26,2% (n=17) estreñimiento, siendo las patologías gastrointestinales las de mayor recurrencia en la población estudiada. Además, el 29,2% (n=19) manifiesta presentar dislipidemia y un 26,2% (n=17) hipertensión, expresándose de esta manera como el conjunto de patologías frecuentes. De acuerdo con los datos indicados en la Tabla N°17, la prueba de Chi cuadrado demuestra que no hay una dependencia entre las variables estudiadas ya que no hay suficiente evidencia.

Tabla N°19

Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según servicio de recordatorio

Servicio de recordatorio	Absoluto	%	Valor p
<i>¿Consideraría otro servicio de recordatorio como una mejor opción para su asistencia a las citas?</i>			0.81
<i>No</i>	17	26,2	
<i>Sí</i>	48	73,8	
Total	65	100	
<i>¿Cuál servicio?</i>			0.253
<i>WhatsApp</i>	43	89,5	
<i>MS</i>	3	6,3	
<i>Correo</i>	2	4,2	
Total	48	100	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados de la Tabla N°19 corresponden al servicio de recordatorio, como una herramienta para evitar el ausentismo, del cual, el 73,8% (n=48) considera necesario algún otro servicio, como una mejor opción para tener presente la cita de seguimiento, donde la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp es la opción predilecta en un 89,5% (n=43), tal como se muestra en la misma tabla.

Tabla N°20
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según reprogramación de cita

Reprogramación	Absoluto	%	Valor p
<i>¿Reprogramó cita?</i>			<u>0.002</u>
No	3	4,6	
Sí	62	95,4	
Total	65	100	
<i>Tiempo después volvió a agendar</i>			<u>0.012</u>
A la semana siguiente	15	23,1	
A las dos semanas	29	44,6	
Al siguiente mes	16	24,6	
Al menos dos meses después	2	3,1	
De 3 a 6 meses después	1	1,5	
Más de 6 meses después	2	3,1	
Total	65	100	

Fuente: Elaboración propia (2019).

De las 65 personas que se han ausentado a alguna cita de seguimiento, el 95,4% (n=62) reporta haber reprogramado la cita, el 44,6% (n=29) lo hizo para las 2 semanas después, y un 24,6% (n=16) lo hizo para el siguiente mes, el 23,1% (n=15) logró reprogramar su cita para la siguiente semana. Esto demuestra que el 92,3% (n=60) de los pacientes busca reagendar su cita lo más próximo posible para continuar con su tratamiento.

En la relación que se compara en la Tabla N°19 acerca del ausentismo de los pacientes, ambas variables son dependientes, por lo tanto, se puede aceptar que existe suficiente evidencia estadística para determinar que el ausentismo se relaciona con la reprogramación de la cita.

Tabla N°21
Distribución de los pacientes que alguna vez se han ausentado al menos a una cita según posibles factores de ausentismo

Factores	Absoluto	%	Valor p
<i>Enfermedad</i>	52	80,0	0.738
<i>Compromisos laborales</i>	37	56,9	0.424
<i>Olvido</i>	28	43,1	0.086
<i>Horario no compatible</i>	27	41,5	0.32
<i>Dificultad económica</i>	19	29,2	0.095
<i>Falta de comunicación</i>	19	29,2	0.006
<i>Dificultad de transporte</i>	17	26,2	0.492
<i>Problemas climáticos</i>	14	21,5	0.100
<i>No ver resultados a lo largo del tiempo</i>	13	20,0	0.999
<i>Desmotivación</i>	10	15,4	0.558
<i>Largo tiempo de espera para ser atendido</i>	8	12,3	0.569
<i>Pereza / apatía</i>	8	12,3	0.295
<i>No tuvo acompañante</i>	6	9,2	0.912
<i>Otro</i>	2	3,1	0.951

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla N°21 se detalla que el 80% (n=52) de los pacientes manifiesta que el motivo de su ausencia podría ser por enfermedad, un 56,9% (n=37) lo haría por compromisos laborales, un 43,1% (n=28) por motivo de olvido, 41,5% (n=27) se ausentaría por no obtener un horario compatible, y en un 29,2% (n=19) la ausencia sería motivada por una dificultad económica y/o de transporte. De acuerdo con los datos resultantes de la prueba Chi Cuadrado, solamente la falta de comunicación tiene suficiente evidencia estadística para indicar que existe una dependencia entre dichas variables, sin embargo, no es un factor que presenta múltiples respuestas.

Para la siguiente evaluación se definen los seis factores más recurrentes como posible causa de ausentismo, por lo tanto, la totalidad de la población se detalla: enfermedad (n=79), compromisos laborales (n=54), horario no compatible (n=38), olvido (n=37), dificultad de transporte (n=24), dificultad económica (n=24), en estos resultados se hará un análisis global de la influencia de las variables, así como las características de cada uno, con la finalidad de interrelacionarlas.

4.2.2 Relación entre los factores asociados como posible causa del ausentismo más recurrentes y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación, y factores causantes del ausentismo.

*Tabla N°22
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características sociales*

Características Sociales	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Total	79	100		54	100		38	100		37	100		24	100		24	100	
Sexo			0.272			0.457			0.281			0.964			0.44			0.592
Femenino	68	86,1		44	81,5		30	78,9		31	83,8		17	70,8		21	87,5	
Masculino	11	13,9		10	18,5		8	21,1		6	16,2		7	29,2		3	12,5	
Edad			0.376			0.002			0.148			0.312			0.739			0.476
De 18 a 24 años	11	13,9		11	20,4		10	26,3		7	18,9		7	29,2		3	12,5	
De 25 - 29 años	5	6,3		6	11,1		5	13,2		3	8,1		1	4,2		2	8,3	
De 30 – 34 años	4	5,1		4	7,4		1	2,6		0	0,0		1	4,2		2	8,3	
De 35 – 39 años	6	7,6		7	13,0		5	13,2		4	10,8		2	8,3		2	8,3	
De 40 – 44 años	9	11,4		5	9,3		2	5,3		1	2,7		2	8,3		4	16,7	
De 45 – 49 años	16	20,3		13	24,1		6	15,8		8	21,6		3	12,5		5	20,8	
De 50 – 54 años	9	11,4		3	5,6		2	5,3		3	8,1		3	12,5		3	12,5	
De 55 – 60 años	9	11,4		5	9,3		5	13,2		7	18,9		3	12,5		3	12,5	
De 61 – a 65 años	10	12,7					2	5,3		4	10,8		2	8,3		0	0,0	
Nivel académico			0.817			0.045			0.173			0.145			0.561			0.202
Primaria incompleta	3	3,8		0	0,0		1	2,6		3	8,1		1	4,2		0	0,0	
Primaria completa	17	21,5		9	16,7		3	7,9		5	13,5		2	8,3		3	12,5	

Continúa en la siguiente página.

Continuación de la tabla N°22

<i>Secundaria</i>												
<i>incompleta</i>	10	12,7	5	9,3	5	13,2	4	10,8	2	8,3	3	12,5
<i>Secundaria completa</i>	23	29,1	16	29,6	16	42,1	10	27,0	10	41,7	5	20,8
<i>Técnico o Diplomado</i>	9	11,4	6	11,1	3	7,9	2	5,4	2	8,3	5	20,8
<i>Bachillerato</i>												
<i>Universitario o</i>												
<i>Licenciatura</i>	16	20,3	18	33,3	10	26,3	13	35,1	7	29,2	8	33,3
<i>Sin escolaridad</i>	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estado Civil	0.188		0.071		0.052		0.178		0.248		0.813	
<i>Casado (a)</i>	37	46,8	19	35,2	13	34,2	14	37,8	10	41,7	11	45,8
<i>Divorciado (a)</i>	12	15,2	6	11,1	3	7,9	5	13,5	3	12,5	2	8,3
<i>Soltero (a)</i>	21	26,6	24	44,4	19	50,0	13	35,1	11	45,8	7	29,2
<i>Unión libre</i>	7	8,9	4	7,4	2	5,3	2	5,4	0	0,0	3	12,5
<i>Viudo (a)</i>	2	2,5	1	1,9	1	2,6	3	8,1	0	0,0	1	4,2

Fuente: Elaboración propia (2019). **Abs***= valor absoluto.

Los resultados de la tabla N°21 muestran la distribución de los pacientes según sus características sociales y la relación de estos según los seis factores de ausentismo más recurrentes entre la muestra del estudio, cada uno presenta una muestra definida, enfermedad (n = 79), compromisos laborales (n = 54), horario no compatible (n = 38), olvido (n = 37), dificultad de transporte (n = 24) y dificultad económica (n = 24), sometidos a prueba de dependencia por medio del Chi cuadrado, en la cual se busca obtener un resultado donde se evidencia alguna relación entre las variables expuestas.

En las seis categorías estudiadas, el sexo femenino es predominante, influenciado también por ser este grupo el que mayormente compone la muestra total.

Es importante destacar que el factor de dificultad económica presenta la población masculina más baja con solamente un 12,5% (n=3) de las 24 personas que indicaron que este sería el factor que más motivaría a faltar a las citas. Por otra parte, en relación con esta misma variable, posterior al aplicar la prueba Chi Cuadrado, la dificultad de transporte tiene suficiente evidencia estadística para indicar que existe una dependencia entre esta y el sexo (valor $p = 0.044$).

Los resultados indican que a mayor edad el factor de enfermedad, la dificultad de transporte y la dificultad económica son considerados más frecuentemente como los motivos por los cuales se ausentarían a las citas de seguimiento a diferencia de los otros factores, caso contrario ocurre con el compromiso laboral, el cual refleja que, a menor edad, es más influyente. Se destaca en la prueba de Chi cuadrado presenta una dependencia, entre la variable edad y el compromiso laboral (valor $p = 0.002$).

La prueba estadística determina una relación de dependencia entre el nivel académico y los compromisos laborales (valor $p = 0.045$). Además, a menor nivel de estudio, influye más la enfermedad como factor para ausentarse, y a mayor nivel educativo, los factores corresponden al compromiso laboral, así como un horario no compatible, debido a que al estar sujeto a un horario de trabajo, la disponibilidad para presentarse a una cita de seguimiento sería menor que una persona que no labore, con mayor tiempo libre.

Por último, la relación del estado civil con los posibles factores de ausentismo no presenta ninguna influencia significativa o dependencia entre variables según lo mostrado por la prueba de Chi cuadrado; sin embargo, es destacable resaltar que estar soltero predomina en los factores de compromiso laboral, un horario no compatible y dificultad de transporte, por otra parte, enfermedad, olvido y dificultad económica tienen un predominio por las personas casadas de la muestra.

Tabla N°23
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características laborales

Características Laborales	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Total	79	100		54	100		38	100		37	100		24	100		24	100	
Trabaja			0.683			0.001			0.39			0.809			0.795			0.431
No	49	62,0		22	40,7		23	60,5		22	59,5		14	58,3		13	54,2	
Sí	30	38,0		32	59,3		15	39,5		15	40,5		10	41,7		11	45,8	
Ingreso económico			0.256			0.012			0.039			0.754			0.235			0.799
Asalariado (a)	22	27,8		21	38,9		9	23,7		12	32,4		8	33,3		7	29,2	
Trabajador (a) independiente	7	8,9		11	20,4		6	15,8		3	8,1		2	8,3		4	16,7	
Pensionado (a)	6	7,6		1	1,9		1	2,6		3	8,1		2	8,3		1	4,2	
Horario de trabajo			0.46			0.034			0.927			0.091			0.917			0.63
Diurno	20	25,3		18	33,3		10	26,3		13	35,1		7	29,2		6	25,0	
Mixto	6	7,6		10	18,5		4	10,5		1	2,7		2	8,3		4	16,7	
Rotativo	3	3,8		4	7,4		1	2,6		1	2,7		1	4,2		1	4,2	
Horas al día de trabajo			0.543			0.002			0.873			0.267			0.354			0.013
4 horas – 8 horas	18	22,8		18	33,3		8	21,1		11	29,7		4	16,7		10	41,7	
8 horas – 12 horas	11	13,9		14	25,9		7	18,4		4	10,8		6	25,0		1	4,2	
Antigüedad laboral			0.289			0.047			0.972			0.946			0.373			0.062
Menos de un año	3	3,8		4	7,4		1	2,6		1	2,7		2	8,3		0	0,0	
De 1 a 5 años	8	10,1		13	24,1		6	15,8		5	13,5		2	8,3		5	20,8	
De 6 a 10 años	6	7,6		3	5,6		3	7,9		3	8,1		2	8,3		4	16,7	
De 10 a 20 años	7	8,9		8	14,8		3	7,9		3	8,1		1	4,2		2	8,3	
Más de 21 años	5	6,3		4	7,4		2	5,3		3	8,1		3	12,5		0	0,0	

Fuente: Elaboración propia (2019). Abs*= valor absoluto

En la Tabla N°23, la cual resume el cruce de variables acerca de los factores de ausentismo según características laborales de los pacientes, tal como se esperaba, las personas que laboran mayoritariamente dan este motivo como un posible factor de ausentismo a las citas de seguimiento, es el único factor de los seis en estudio, donde la muestra es mayor por las que sí laboran con un 59,3% (n=32), que por las personas que no lo hacen, 40,7% (n=22).

De acuerdo con el ingreso económico, se puede mencionar que la mayoría de las personas son asalariadas, en cada uno de los posibles factores de ausentismo de los pacientes, tomando en cuenta que la mayoría de la muestra que reporta que sí labora son personas asalariadas, al aplicar la prueba de Chi cuadrado, el ingreso económico es dependiente de las variables de compromiso laboral (valor $p=0.012$) y de horario no compartible (valor $p=0.039$), como posibles causas de ausentismo de los pacientes. Con las otras cuatro categorías, no muestra una dependencia de las variables.

En cuanto al horario de trabajo, la mayoría corresponde a labores diurnas en los seis factores que se evalúan, y al igual que la muestra total, el horario rotativo presenta la menor frecuencia entre los valores, siendo el compromiso laboral el que presenta una dependiente significativa con dicha variable, determinada por valor $p=0.034$.

Por otra parte, la mayor parte de la muestra tiene un horario de trabajo de entre 4 y 8 horas a día, en el factor correspondiente a la dificultad en el transporte, esta respuesta tiene una mayor frecuencia de personas que laboran entre 8 a 12 horas al día, esto podría ser generado por una dificultad mayor de conseguir el transporte adecuado para trasladarse después de una cita y prefieran reportar esto como un posible causa de ausentismo, en esta categoría, el compromiso laboral (valor $p=0.002$) y la dificultad económica (valor $p=0.013$) son las variables que presentan una dependencia con el horario de trabajo.

La antigüedad laboral es tomada en cuenta como un factor importante, ya que con la antigüedad se van forjando lazos entre los jefes o supervisores y los empleados, lo que posiblemente facilitaría permisos para asistir a consultas de cita médicas, o como es el caso, seguimiento de consultas nutricionales. La mayoría de la población coincide en ser predominante en los seis factores en tener una antigüedad de entre 1 a 5 años en la empresa o institución donde labora, siendo la dificultad económica (valor $p=0.062$) y los compromisos laborales (valor $p=0.047$) los factores que tienen una dependencia estadística con la variable de estudio.

Es deseable destacar que con base en los resultados de la Tabla N°23, el factor de compromisos laborales tiene una dependencia completa con todas las variables presentadas, por lo que se puede tratar como una de las causas más significativas y de impacto en el ausentismo de los pacientes, por su alta relación y dependencia mostrada con las diversas variables estudiadas en la presente investigación.

Tabla N°24

Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según características geográficas y de transporte

Características Geográficas y de Transporte	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Total	79	100		54	100		38	100		37	100		24	100		24	100	
Transporte utilizado para acudir a las citas			0.509			0.974			0.359			0.295			0.529			0.001
Bus	52	65,8		32	59,3		20	52,6		22	59,5		13	54,2		16	66,7	
Caminando	3	3,8		3	5,6		1	2,6		1	2,7		0	0,0		0	0,0	
Taxi	2	2,5		1	1,9		1	2,6		1	2,7		1	4,2		2	8,3	
Uber	3	3,8		2	3,7		2	5,3		3	8,1		1	4,2		3	12,5	
Vehículo manejado por otros (familiar)	8	10,1		7	13,0		7	18,4		4	10,8		4	16,7		1	4,2	
Vehículo propio	11	13,9		9	16,7		7	18,4		6	16,2		5	20,8		2	8,3	
Dinero gastado al acudir a una cita			0.488			0.086			0.388			0.575			0.28			0.143
Menos de €2.500	55	69,6		36	66,7		27	71,1		27	73,0		17	70,8		15	62,5	
De €2.600 a €5.000	21	26,6		17	31,5		10	26,3		8	21,6		6	25,0		8	33,3	
De €5.100 a €10.000	1	1,3		1	1,9		1	2,6		1	2,7		1	4,2		1	4,2	
Más de €10.100	2	2,5		0	0,0		0	0,0		1	2,7		0	0,0		0	0,0	
Nacionalidad costarricense			0.461			0.909			0.263			0.274			0.384			0.384
No	2	2,5		1	1,9		0	0,0		0	0,0		1	4,2		1	4,2	
Sí	77	97,5		53	98,1		38	100,0		37	100,0		23	95,8		23	95,8	
Distancia de residencia hasta el consultorio			0.226			0.623			0.54			0.898			0.689			0.771
Menos de 2 km	1	1,3		1	1,9		0	0,0		1	2,7		0	0,0		0	0,0	
Entre 2.1 km y 5 km	25	31,6		16	29,6		14	36,8		11	29,7		8	33,3		8	33,3	
Entre 5.1 km y 10 km	26	32,9		20	37,0		10	26,3		11	29,7		6	25,0		7	29,2	
Entre 10.1 km y 20 km	18	22,8		12	22,2		9	23,7		10	27,0		7	29,2		7	29,2	
Más de 20.1 km	9	11,4		5	9,3		5	13,2		4	10,8		3	12,5		2	8,3	

Fuente: Elaboración propia (2019). Abs*= valor absoluto

La Tabla N°24 presenta los resultados acerca de la relación entre los seis factores de ausentismo más frecuentes en la población y las características geográficas y movilización por medios de transporte, para así conocer las características de esta población y obtener más provecho de los datos obtenidos en la investigación.

De la primera variable que evalúa el transporte que utilizan los pacientes para acudir a las citas, en las seis categorías el bus es el más común, seguido por el uso de vehículo propio, excepto en el factor de dificultad económica, donde el segundo medio de transporte utilizado corresponde al Uber, esto nos indica que los pacientes tienen una alta sensibilidad a sus problemas económicos ya que esto afectaría, incluso, hasta su forma de moverse y hacerse presente en las citas de seguimiento. En igual modo, esta categoría de dificultad económica tiene una dependencia estadística con el transporte, según la prueba de Chi cuadrado.

En la categoría de dinero gastado al acudir a la cita, todas las categorías reportan tener un gasto menor a $\$2.500$ y no presentan ninguna dependencia entre las variables. En cuanto a la nacionalidad, como se puede notar, en todas las categorías predominan los costarricenses, los extranjeros de la muestra no se pronunciaron en las categorías de horario no compatible y olvido, en esta variable, tampoco hay ninguna dependencia entre ellas.

La distancia de la vivienda hasta los consultorios también fue evaluada, con el fin de conocer el desplazamiento que deben realizar los pacientes para asistir a la citas, en la gran mayoría de la muestra en todas las categorías habitan entre los 2.1 km y los 10 km de distancia, es importante mencionar que el 2,7% (n=1) que vive menos de 2 km de la clínica, indica que el olvido sería una de las causas por las cuales no se presentaría a su cita de seguimiento; en esta categoría tampoco se muestra que haya ninguna dependencia entre las variables.

Tabla N°25
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según patologías

Patologías	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Diabetes	5	6,3	0.788	1	1,9	0.058	3	7,9	0.532	1	2,7	0.287	4	16,7	0.012	2	8,3	0.581
Dislipidemia	30	38,0	0.104	11	20,4	0.002	12	31,6	0.689	12	32,4	0.800	9	37,5	0.678	7	29,2	0.566
Enf. respiratoria	12	15,2	0.057	4	7,4	0.126	3	7,9	0.323	4	10,8	0.779	1	4,2	0.176	1	4,2	0.176
Enf. cardiovascular	6	7,6	0.193	1	1,9	0.058	1	2,6	0.267	4	10,8	0.121	1	4,2	0.664	2	8,3	0.581
Hipertensión	22	27,8	0.414	9	16,7	0.021	5	13,2	0.022	11	29,7	0.515	7	29,2	0.685	7	29,2	0.685
Enf. renal	6	7,6	0.651	3	5,6	0.54	2	5,3	0.594	1	2,7	0.197	0	0,0	0.123	3	12,5	0.226
Problemas tiroideos	12	15,2	0.207	6	11,1	0.543	4	10,5	0.565	7	18,9	0.177	5	20,8	0.191	3	12,5	0.933
Gastritis	28	35,4	0.555	18	33,3	0.879	13	34,2	0.972	13	35,1	0.854	8	33,3	0.937	8	33,3	0.937
Estreñimiento	21	26,6	0.099	14	25,9	0.451	15	39,5	0.002	6	16,2	0.217	7	29,2	0.41	8	33,3	0.168
Diarrea	9	11,4	0.105	6	11,1	0.424	7	18,4	0.01	3	8,1	0.811	5	20,8	0.02	3	12,5	0.492
Colon irritable	34	43,0	0.001	16	29,8	0.222	15	39,5	0.463	11	29,7	0.397	10	41,7	0.432	10	41,7	0.432
Colelitiasis	7	8,9	0.157	4	7,4	0.863	5	13,2	0.059	3	8,1	0.739	4	16,7	0.033	4	16,7	0.033
Problemas dentales o deglución	8	10,1	0.445	3	5,6	0.192	1	2,6	0.081	3	8,1	0.811	1	4,2	0,343	2	8,3	0.896
Intolerancia a alimentos	27	34,2	0.365	18	33,3	0.757	13	34,2	0.711	13	35,1	0.607	7	29,2	0,733	7	29,2	0.733

Fuente: Elaboración propia (2019). **Abs***= valor absoluto

Esta tabla N°25 se resumen los cruces de las variables de las categorías estudias y las patologías que podrían presentar los pacientes que asisten a las citas de seguimiento, las cuales se tomaron en consideración las más recurrentes de la población, las personas que reportan enfermedad como su posible factor para asentarse son principalmente los pacientes con colon irritable, el cual además tiene una dependencia entre las variables (valor p=0.001) y la dislipidemia.

En los casos que reportaron compromisos laborales, se demuestra que la mayoría de estos pacientes presentan gastritis, intolerancia a alimentos, además de colon irritable, la dependencia entre variables se da en los casos en los que se relaciona el compromiso laboral con la dislipidemia y la hipertensión.

Al analizar el tercer factor, correspondiente al horario no compatible, los pacientes presentan mayormente, estreñimiento y colon irritable, los menos comunes corresponden a la enfermedad cardiovascular y los problemas dentales o deglución este factor es que mayor cantidad de dependencias con el estreñimiento (valor $p=0.002$), hipertensión (valor $p=0.022$) y diarrea (valor $p=0.01$). El factor olvido, que se pensaría sería el más común de todos, presenta que son variables independientes por lo tanto no hay una relación entre estas.

Los pacientes que reportan la dificultad de transporte como una causa para ausentarse a las citas de seguimiento, presentan mayoritariamente colon irritable y dislipidemia, y en menor incidencia enfermedades respiratorias, cardiovasculares y problemas dentales o deglución. Al someter el cruce de variables, la prueba de Chi cuadrado muestra una dependencia entre este factor y diarrea (valor $p=0.02$), así como también colelitiasis (valor $p=0.033$).

Al evaluar el último factor correspondiente a la dificultad económica, se demuestra que el colon irritable es la patología que más presenta la población que indica este factor, seguido por gastritis y estreñimiento, siendo la enfermedad respiratoria la que menos pacientes presenta, la patología que muestra una dependencia con el factor evaluado corresponde a la colelitiasis (valor $p=0.033$).

Cabe resaltar que la colelitiasis repite su dependencia a pesar de que solamente ($n=7$) de la muestra total presentan dicha patología, por lo que sería importante tomar medidas educativas para la población que la presenta.

Tabla N°26
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según servicio de recordatorio

Servicio de Recordatorio	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Total	79	100		54	100		38	100		37	100		24	100		24	100	
Otro servicio de recordatorio			0.362			0.07			0.529			0.021			0.261			0.102
No	22	27,8		10	18,5		10	26,3		6	16,2		5	20,8		4	16,7	
Sí	57	72,2		44	81,5		28	73,7		31	83,8		19	79,2		20	83,3	

Fuente: Elaboración propia (2019).

El servicio de recordatorio se convierte en la manera evaluar la institución como un factor que podría mejorarse para a su vez aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios, por lo tanto, se muestra que de los pacientes que se han ausentado a alguna cita, estos reportan en un 72,2% (n=57) está de acuerdo en que sí sería favorable tener otro servicio de recordatorio en todos los seis factores que hacen que se ausenten.

Tal como es de esperarse, el olvido presenta una relación dependiente (valor p=0.021) con los servicios de recordatorio, tal como se indicó en el análisis univariado de esta investigación la mayoría de los pacientes indica que el uso del WhatsApp podría impactar en recordar su cita a tiempo y evitar ausentarse.

Además, el otro factor que presenta dependencia con esta misma variable corresponde a los compromisos laborales (valor p=0.007).

Tabla N°27
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo según servicio de reprogramación

Reprogramación	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Total	79	100		54	100		38	100		37	100		24	100		24	100	
¿Se ha ausentado al menos a una cita?			0.738			0.424			0.32			0.086			0.492			0.095
No	27	34,2		17	31,5		11	28,9		9	24,3		7	29,2		5	20,8	
Sí	52	65,8		37	68,5		27	71,1		28	75,7		17	70,8		19	79,2	
Total	52	65,8		37	68,5		27	71,1		28	75,7		17	70,8		19	79,2	
¿Reprogramó cita inmediatamente?			0.647			0.511			0.584			0.215			0.438			0.074
No	3	3,8		1	1,9		1	2,6		1	2,7		0	0,0		2	8,3	
Sí	49	62,0		36	66,7		26	68,4		27	73,0		17	70,8		17	70,8	
Total	51	64,6		36	66,7		27	71,1		28	75,7		17	70,8		18	75,0	
Tiempo después volvió a agendar			0.46			0.54			0.705			0.492			0.829			0.17
A la semana siguiente	12	15,2		8	14,8		7	18,4		5	13,5		5	20,8		3	12,5	
A las dos semanas	21	26,6		19	35,2		12	31,6		13	35,1		7	29,2		7	29,2	
Al siguiente mes	13	16,5		6	11,1		5	13,2		8	21,6		4	16,7		5	20,8	
Al menos dos meses después	2	2,5		1	1,9		1	2,6		1	2,7		0	0,0		1	4,2	
De 3 a 6 meses después	1	1,3		1	1,9		1	2,6		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Más de 6 meses después	2	2,5		1	1,9		1	2,6		1	2,7		1	4,2		2	8,3	

Fuente: Elaboración propia (2019). Abs*= valor absoluto

En la Tabla N°27 se evidencia la ausencia de los pacientes a sus citas de seguimiento, según los datos encontrados la mayoría se ha ausentado, siendo el olvido con 75,7% (n=28), la dificultad de transporte con un 70,8% (n=17) y la dificultad económica con un 79,2% (n=19), los factores que más indican como un posible motivo o que han generado que dichos pacientes se ausenten.

La reprogramación de las citas es realmente exitosa, ya que, en todas las categorías, prácticamente todos los pacientes vuelven a agendar, sin importar el motivo que llevó a ausentarse en primera instancia, no se encuentra ninguna relación dependiente por medio de la prueba Chi cuadrado que indique alguna dependencia entre las variables.

Es importante destacar que los pacientes muestran agendar nuevamente la cita en las fechas más cercanas posibles, siendo la mayoría a las próximas dos semanas desde que se sufrió la ausencia, esto tampoco influye si la ausencia primaria no obedece a ninguna de las posibles causas que esta investigación determina, ya que el paciente libremente vuelve a realizar el agendamiento de la cita. En ninguna de las categorías hay una relación entre las variables, por lo que se podría decir que dichas variables son independientes entre sí.

Tabla N°28
Distribución de los pacientes por factores de ausentismo

Factores	Enfermedad (n=79)			Compromisos laborales (n=54)			Horario no compatible (n=38)			Olvido (n=37)			Dificultad de transporte (n=24)			Dificultad económica (n=24)		
	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p	Abs*	%	Valor p
Olvido	33	41,8	0.055	21	38,9	0.672	16	42,1	0.408	-	-	-	12	50,0	0.13	13	54,2	0.046
Compromisos laborales	40	50,6	0.19	-	-	-	26	68,4	0.023	21	56,8	0.672	14	58,3	0.625	16	66,7	0.153
No tuvo acompañante	7	8,9	0.925	5	9,3	0.922	5	13,2	0.255	4	10,8	0.628	4	16,7	0.132	2	8,3	0.896
Dificultad económica	22	27,8	0.081	16	29,6	0.153	13	34,2	0.061	13	35,1	0.046	7	29,2	0.55	-	-	-
Enfermedad	-	-	-	40	74,1	0.19	31	81,6	0.62	33	89,2	0.055	20	83,3	0.069	22	91,7	0.081
Problemas climáticos	15	19,0	0.305	9	16,7	0.923	8	21,1	0.398	8	21,6	0.346	7	29,2	0.581	6	25,0	0.231
Falta de comunicación	19	24,1	0.146	14	25,9	0.19	9	23,7	0.606	9	24,3	0.532	6	25,0	0.001	11	45,8	0.001
Pereza/Apatía	7	8,9	0.461	7	13,0	0.285	5	13,2	0.41	7	18,9	0.023	8	33,3	0.231	3	12,5	0.64
Desmotivación	13	16,5	0.799	12	22,2	0.132	8	21,1	0.398	9	24,3	0.135	6	25,0	0.482	6	25,0	0.231
No ver resultados a lo largo del tiempo	17	21,5	0.461	15	27,8	0.035	11	28,9	0.08	10	27,0	0.178	6	25,0	0.019	9	37,5	0.014
Horario no compatible	31	39,2	0.62	26	48,1	0.023	-	-	-	16	43,2	0.408	14	58,3	0.012	13	54,2	0.061
Dificultad de transporte	20	25,3	0.55	14	25,9	0.625	14	38,8	0.019	12	32,4	0.13	-	-	-	17	29,2	0.497
Largo tiempo de espera para ser atendido	11	13,9	0.07	9	16,7	0.05	7	18,4	0.063	5	13,6	0.538	6	25,0	0.701	3	12,5	0.788
Otro	2	2,5	0.594	0	0,0	0.057	0	0,0	0.169	0	0,00	0.178	1	4,2	0.497	1	4,2	0.701

Fuente: Elaboración propia (2019). **Abs***= valor absoluto

Para finalizar el análisis de los cruces de las variables y la importancia de estas con la investigación, se decide establecer la relación entre las mismas causas, por tanto, se puede notar que los pacientes que indican enfermedad como su causa de ausentismo principal, también reportan que sería el compromiso laboral en un 50,6% (n=40) y el olvido en un tercer lugar con 41,8% (n=33), siendo recíproco para la segunda categoría que corresponde al compromiso laboral y sería de segunda opción la enfermedad con un 74,1%

(n=40), seguido por un horario no compatible en un 48,1% (n=26), presentando una dependencia entre el compromiso laboral y un horario no compatible, como también con el factor que indica que los pacientes, al no ver resultados a lo largo del tiempo, deciden ausentarse en algún momento de su programación.

El tercer factor como posible causa de ausentismo corresponde al horario no compatible, donde los pacientes reportan también que la enfermedad, con 81,6% (n=31), y los compromisos laborales en un 68,4% (n=26) serían otras causas para ausentarse, esta última tiene una dependencia estadística (valor $p=0.023$), además de la dificultad de transporte (valor $p=0.019$).

Los pacientes que indican el olvido como principal causa, también la enfermedad 89,2% (n=33) y los compromisos laborales 56,8% (n=21) serían las otras causas. En relación con este factor, la dificultad económica (valor $p=0.046$) y el factor de pereza/apatía (valor $p=0.023$) como dependientes entre sí.

Al evaluar la dificultad de transporte, como factor principal de ausentarse, se demuestra que el 83,3% (n=20) reporta también enfermedad y los compromisos laborales en un 58,3% (n=14), al aplicar la prueba de dependencia de variables esta da como resultado que la falta de comunicación (valor $p=0.001$), el no ver resultados a lo largo del tiempo (valor $p=0.019$) y un horario no compatible (valor $p=0.012$) son variables dependientes entre estas.

Por último, la dificultad económica como factor principal de ausentarse, se demuestra que la enfermedad 91,7% (n=22) y el compromiso laboral 66,7% (n=16) se eligen como las otras opciones para ausentarse. En la prueba de relación de variables se obtiene que el olvido (valor $p=0.046$), la falta de comunicación (valor $p=0.001$), el no ver resultados a lo largo del tiempo (valor $p=0.014$) y el horario no compatible (valor $p=0.061$) son entre ellas dependientes.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas

Según el archivo de “Estimaciones y Proyecciones de población” publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015), se estima que en Costa Rica la población durante el año 2019 corresponde a 5 057 999, de los cuales 2 549 674 (50,4%) son hombres y 2 508 325 (49,6%) son mujeres. Según estos datos, la población nacional es prácticamente equilibrada y no corresponde con la población encuestada, según lo expuesto en la Tabla N°3 del capítulo anterior, ya que aproximadamente por cada 10 personas encuestadas, 8,5 son del sexo femenino. Con base en esto se puede apreciar que existe una mayor tendencia en el uso del servicio de la consulta nutricional por las mujeres que por los hombres.

Según Magadzire, Mathole, y Ward (2017), la mayoría de los encuestados en la población de pacientes eran mujeres. Esto no fue sorprendente dado que la mayoría de los beneficiarios son mujeres.

Al igual que la investigación de Storrs, Ramov y Lalloo (2016), donde las citas reservadas fueron 56% para mujeres, 54,8% fueron para personas de 45 años o más, siendo de esta manera datos similares a la muestra de la investigación, tanto en variables como en el resultado de estas. Los resultados encontrados en la presente investigación también son mencionados por Kheirkhah, Feng, Travis, Tavakoli-Tabasi y Sharafkhaneh (2015), donde expresan que, durante el período de estudio, las mujeres usaron en mayor cantidad la clínica para la atención médica.

De acuerdo con AlRowaili, Ahmed y Areabi (2016), la edad media de esos pacientes fue de $40,14 \pm 20$, y el 55% eran mujeres, lo cual concuerda con los datos de la investigación, la mayoría de la población era femenina, y el rango de edad de mayor prevalencia corresponde a la cuarta década de vida.

Las diferencias de género son variables entre los diversos estudios, pero las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más que los hombres (Miller *et al.*, 2015). Según lo citado por Huang y Hanauer (2014), en su investigación acerca de un modelo de predicción de ausencia, se demuestra que el género y la religión no tienen un impacto significativo en el estado de asistencia o ausencia en las investigaciones, sin embargo, en esta investigación sí es necesario tomar en cuenta el sexo de los pacientes, por tanto la religión no ha sido considerada dentro de los parámetros de la investigación.

En relación con la edad, que se puede observar en la Tabla N°3, la mayor cantidad de personas corresponden al rango etario entre los 45 a 49 años. Estos resultados no son concordantes con las estimaciones del archivo de “Estimaciones y proyecciones de población” publicadas por el INEC (2011), debido a que los individuos en edad adulta para el año en curso, está en un rango entre 30 a 34 años la mayoría, y en la investigación esta subpoblación fue la que menor cantidad de personas presentó. En la investigación de Shimotsu *et al.* (2016), los datos encontrados no pueden ser respaldados debido a que estos reportaron que la edad la edad media de los pacientes fue de 37 años.

Un aspecto importante en la presente investigación se relaciona con el nivel educativo de las personas que asisten a las consultas nutricionales de seguimiento, por lo tanto, se puede notar que la mayoría de la población cuenta con secundaria completa o títulos posteriores; sin embargo, estos resultados distan de la realidad nacional ya que según lo publicado en la Encuesta Nacional de Hogares del año 2018, realizada por el INEC, la mayoría de la población no cuenta con la secundaria completa o tiene títulos inferiores. Los datos de mayor relación corresponden al título universitario tanto en grado de bachiller o licenciatura, los cuales sí se asemejan a las estadísticas nacionales.

En cuanto al estado civil de la muestra estudiada, se puede revisar, también en la tabla N°3, que la mayor parte de la muestra son personas casadas, seguidas por las personas solteras; de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares del 2018, realizada por el INEC, el predominio nacional corresponde a personas con estado civil solteras y en segunda posición las personas casadas, por lo que los resultados de esta investigación están invertidos y distan de los datos poblacionales, donde incluso, haciendo una comparación por áreas geográficas, las personas que habitan en el área urbana tienen predominio de ser solteras.

Mallow, Theeke, Barnes, Whetsel & Mallow (2014) reportan que la muestra es mayormente de mujeres, casadas y con educación secundaria o menos, la edad media de los sujetos en el estudio fue de 48 años. Según los resultados de esta investigación, los datos concuerdan en su gran mayoría, solamente difieren en el nivel educativo, con educación secundaria o mayor, tomando en cuenta que la población nacional con más preparación, habita en la Gran Área Metropolitana (GAM), esto potenciaría que los resultados sobre el nivel educativo de la muestra sean superiores en comparación con la totalidad de la población nacional y de otras investigaciones.

En cuanto a la condición laboral de las personas encuestadas, mostrada en la Tabla N°5, se demuestra que los datos obtenidos no corresponden a los datos nacionales ya que según la Encuesta Continua de Empleo (ECE), publicada en el año 2018 por el INEC, se demuestra que la mayor parte de la población sí cuenta con un empleo.

Como se observa en la Tabla N°5 sobre el ingreso económico de las personas que sí laboran, estos resultados se aproximan o concuerdan con la realidad nacional, donde la mayoría de la población tiene un ingreso mensual máximo de hasta ¢750.000,00 en las cuales, de acuerdo con los datos mostrados en Encuesta Continua de Empleo (ECE), publicado en el 2018 por el INEC, las personas asalariadas tienen un ingreso promedio de ¢492.071,00 y las personas

que son trabajadoras independientes tienen un ingreso promedio de ¢242.037,00, por último según los datos obtenidos de la SUPEN la pensión reportada al 2018 en un mínimo de ¢133.414,00 y máximo ¢1.572.186,00

Según los valores expresados en la Tabla N°6, acerca del tema del transporte, los pacientes indican viajar en autobús, seguido de la utilización de su vehículo propio como medio de transporte, lo cual facilitaría la asistencia a las citas de control nutricional. El modo de transporte principal, como lo son los buses de autobús, podría alentar a los pacientes de bajos ingresos a asistir a sus citas clínicas (Miller *et al.*, 2015).

Al hacer la revisión acerca de la nacionalidad, como se muestra en la Tabla N°6, se puede comprobar que la mayoría de la muestra es costarricense y una pequeña parte es nicaragüense, según los datos publicados en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del 2008, publicada por el INEC, donde se determina que la mayor población de inmigrantes proviene de Nicaragua.

Los pacientes con una distancia de viaje más cercana a su cita tuvieron menos ausencia a las citas, mientras que menos tiempo de viaje en autobús también se correlaciona con el desempeño de los pacientes que se ausentan (Percac-Lima *et al.*, 2015). Por otra parte, Blæhr, Søggaard, Kristensen y Væggemose (2016) exponen que se ha demostrado que un buen sistema de transporte público y un corto tiempo de viaje se asocian con una menor falta de asistencia a las citas. Ante lo anterior, la presente investigación determina que las personas que deben realizar un mayor viaje se ausentan menos a las citas, esto puede ser debido a que los pacientes valoran la preparación para llegar hasta el lugar de la cita, ya que deben tomar más tiempo para hacerse presentes.

5.2 Patologías asociadas

En esta variable se muestran las patologías que presentan los pacientes pertenecientes a la muestra, brindando un aporte a la investigación, y de esta manera poder conocer el perfil de los pacientes que asisten a las citas de seguimiento de la consulta nutricional.

Como se puede observar en la Tabla N°8, la mayor cantidad de pacientes tienden a presentar patologías gástricas, seguidas por las dislipidemias y la hipertensión, generando una ventana de oportunidad desde el punto de vista de consulta nutricional, donde la educación alimentaria y la modificación de los hábitos de alimentación sean imprescindibles para obtener éxito en el mejoramiento del estado de salud en general de los pacientes, y esto sería posible a través de planes de alimentación adecuados y de alto impacto, que sean individualizados y tras un adecuado estudio del perfil de cada paciente, es por esto que Pérez y Rendon (2016) indican que la inasistencia a los controles de enfermedades crónicas representa un problema mayor debido a que estos pacientes, al no llevar un buen control médico de su patología, pueden deteriorar su propia salud, cronificar su enfermedad y elevar los costos al sistema en intervenciones que pudieron ser prevenibles.

Además, Támara, Álvarez y Rodríguez (2016) determinan que la pérdida de las citas de seguimiento es perjudicial tanto para el asesoramiento como para el propio seguimiento clínico y de laboratorio, lo que lleva a consecuencias para la salud en lo individual y colectivo.

Por otra parte, Sánchez y González (2017) indican que a pesar de los esfuerzos que llevan a cabo los organismos de salud para la prevención y el control de la hipertensión, aún es necesario desarrollar nuevas estrategias que reduzcan el índice de ausentismo de los pacientes inscritos a dichos programas, y de esa manera contribuir positivamente en la reducción de las tasas de complicaciones en la salud, en comparación con los datos derivados de esta

investigación, la hipertensión se ubica dentro de las patologías más comunes presentada por los pacientes, al igual que lo señalan los autores mencionados, es de alta prioridad brindar una mayor interacción para que el paciente sea consciente de su patología y comprenda la importancia de la continuidad y los beneficios que le aporta el mantenerse constante en sus seguimientos.

A pesar de no concordar con los datos de la encuesta de investigación, Shah *et al.* (2016) acertadamente exponen que los pacientes que son identificados como de alto riesgo a ausentarse presentan un desempeño deficiente en las medidas de manejo de enfermedades crónicas. Debido a que el manejo del cáncer y de enfermedades crónicas es fundamental para la práctica de la atención primaria, es lógico pensar que un menor número de personas que no se presentan a las clínicas de atención primaria pueden mejorar estas medidas.

Magadzire, Mathole y Ward (2017) señalan que el manejo de enfermedades crónicas se extiende más allá de la implementación mecanicista de intervenciones puramente técnicas, y que el hecho de no abordar los factores sociales que afectan a los pacientes conduce al fracaso para servir de manera efectiva a la población.

5.3 Características institucionales

De acuerdo con las diversas investigaciones publicadas, una gran parte del éxito del tratamiento de los pacientes en el área de salud recae en las instituciones y en su labor de ser cada vez más eficaces y eficientes, olvidan tener presente a su recurso más valioso, los pacientes. Por esto en la presente investigación se muestra una variable que estudie el comportamiento del consultorio como institución y su accionar como una posible causa del ausentismo de los pacientes.

Según lo expuesto por Fu (2013), el fenómeno de la ausencia tiene un impacto inevitable en la eficiencia y accesibilidad de los sistemas de atención de salud. El ausentismo como tal ha

sido un área de investigación activa con resultados productivos, a lo largo de casi 60 años de historia de la investigación de la programación de citas.

Para atribuirle la culpa del ausentismo a los procedimientos de las instituciones, estas deben tener diseñada una política de cancelación aceptable y dominar la programación de citas, lo anterior es esencial para reducir el riesgo desde la perspectiva administrativa. Además, el autor expone que los administradores de atención médica pueden implementar una política para informar a los pacientes de las consecuencias de las cancelaciones tardías o de no cumplir con sus citas programadas (Popple, 2013). Además, Norris *et al.* (2014) concluyen que una política de ausentismo de pacientes es el primer paso en el desarrollo de una estrategia de intervención para combatirlo

Este procedimiento descrito anteriormente no se cuenta en el consultorio donde se realiza la investigación, ya que tiene una proyección social de atención, y esta no busca obtener ninguna remuneración por los servicios brindado; sin embargo, es destacable el reconocimiento que hacen los pacientes al indicar que, a pesar de llegar tarde por alguna situación, si existe la posibilidad según agenda, estos han podido ser atendidos sin ningún contratiempo. Los pacientes parecen tener alta conciencia de los esfuerzos que se hacen en la clínica para brindarles la atención, incluso cuando ya, técnicamente, tienen la cita perdida. De acuerdo con los datos obtenidos de la Tabla N°8, acerca del horario de atención, la mayoría indica que se tiene una adecuada oferta de horarios disponibles y que esto facilita que los pacientes puedan elegir a su conveniencia, algunos pocos expresaron resentir la clausura de uno de los días de consulta, debido a que tuvieron que reajustarse para continuar asistiendo a las citas, esto impactaría en la actitud del paciente, y según Berg *et al.* (2013), una actitud positiva probablemente mejoraría la asistencia a las citas, mientras que una actitud negativa podría generar un aumento en las tasas de ausencia de los pacientes.

Según los datos obtenidos en la Tabla N°9, específicamente en la pregunta sobre la espera por más de 30 minutos para lograr ser atendidos, un alto número de personas de la muestra indica que ha tenido que esperar, y como se mencionaba anteriormente, la demora en la atención es un inconveniente que debe ser solventado desde la programación. Para Sánchez y González (2017), cuando el primer factor comprometido con el ausentismo es de origen institucional, relacionado con demora en la atención, este comportamiento deriva de condiciones intangibles que no pueden ser medidas por indicadores contenidos en los procedimientos de atención.

En relación con la Tabla N°10 acerca de los servicios de recordatorio utilizados por el consultorio como una herramienta para evitar el ausentismo de los pacientes, estos indican que a la mayoría le ha beneficiado recibirlos, principalmente se refieren al recordatorio escrito brindado una vez finalizada la cita, ya que con esto tienen presente su cita, otro importante grupo de la muestra dice que prefieren esperar a la llamada telefónica, ya que esta última causa mejores efectos a la hora de recordar la cita, ante esto Nancarrow, Bradbury y Ávila, C. (2014), al igual que en la presente investigación, definen que el recordatorio por medio de llamadas telefónicas se debe realizar 24 horas antes de una cita como protocolo estándar.

Por otra parte, Reid *et al.* (2016) establecen que el uso secuencial de llamadas telefónicas, SMS y recordatorios postales demostró ser eficiente, rentable y bien aceptado por los pacientes, y la intervención redujo significativamente la tasa de citas ausentes.

López y Olivi (2017) establecen un protocolo de envío, que contempla una antelación de 72 horas: los días lunes se envían los recordatorios correspondientes a las citas del día miércoles, los días martes se envían los recordatorios correspondientes a las citas del día jueves, los días miércoles se envían los recordatorios correspondientes a las citas del día viernes, los días

jueves se envían los recordatorios correspondientes a las citas del día lunes y los días viernes se envían los recordatorios correspondientes a las citas del día martes, aunque este protocolo difiera al actualmente utilizado por el consultorio, ya que se limita a solamente brindar el recordatorio escrito posterior a la cita y realizar una llamada telefónica el día antes de la cita, implementar un programa como el expuesto sería muy ambicioso y podría mejorar o controlar el ausentismo o al menos, reprogramar las citas de manera conveniente, para así obtener un máximo provecho de los recursos.

Continuando con el tema de los recordatorios explicados en la Tabla N°11, Ratmansky, Hai, Schlossberg, Mimouni-Bloch y Schweiger (2017), a raíz de su investigación han propuesto diferentes estrategias para lidiar con las tasas de ausencia, las cuales van desde el enfoque más paternalista como el de formular un contrato con el paciente para asistir a citas futuras, hasta los medios tecnológicos más relevantes de los sistemas de recordatorio, como llamadas telefónicas, servicio de mensajes cortos (SMS), Servicio de Mensajería Multimedia (MMS) y correos electrónicos. Los mensajes de recordatorios "simples", que contienen los detalles de la cita (fecha, hora y ubicación) fueron investigados con mayor frecuencia y se encontró que aumentaban las tasas de asistencia en comparación con ningún recordatorio.

En la misma Tabla N°11 se muestra que la gran mayoría de los pacientes indica que prefiere otro servicio de recordatorio telefónico, siendo la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp la que lidera esta opción, los pacientes se sentirían mejor informados al hacer uso de esta herramienta tecnológica y se podrían reducir las tasas de ausentismo. Para Boksmati, Butler-Henderson, Anderson y Sahama (2016), el tipo de mensaje (genérico o personal) no mostró ninguna diferencia significativa. Se debe tener precaución respecto a la información contenida en el mensaje, ya que se han informado preocupaciones de privacidad y confidencialidad. Se encontró que los recordatorios de mensajes de texto eran similares a los

recordatorios telefónicos en cuanto a su efecto en las tasas de asistencia, y dado que cuestan menos que los recordatorios telefónicos, son más rentables y tienen un efecto superior al de los recordatorios postales.

Las personas más jóvenes tienen una mayor aceptación de la tecnología de los teléfonos móviles y se observa una tasa de asistencia más baja en pacientes más jóvenes en comparación con el resto de la población. Para Molfenter (2013), el uso de llamadas de recordatorio antes de la cita fue la intervención más popular y se aplicó con la misma frecuencia que las otras intervenciones combinadas. El uso de llamadas de recordatorio redujo las tasas de ausencia en promedio en un 19%, según los datos de esa investigación. Por otra parte, Kogan-Liberman, Rivas, Thompson y Tomer (2015) señalan que la asistencia puede mejorarse enviando cartas de recordatorio y haciendo llamadas telefónicas a los pacientes. Sin embargo, para que esta intervención tenga éxito, los sistemas deben tener la información actualizada del paciente. La incapacidad de contactar a los pacientes debido a números de teléfono incorrectos es probable que reduzca la eficacia de esta intervención. Además, estas intervenciones requieren apoyo administrativo adicional, lo que aumenta el costo de la atención.

Por otra parte, según lo expresado en la Tabla N°11, acerca de la motivación de los pacientes, la gran mayoría respondió de manera positiva; sin embargo, en concordancia con lo expuesto por Guzek *et al.* (2015), la actitud hacia el comportamiento indica la opinión favorable o desfavorable de un paciente de asistir a una cita. La actitud abarca la respuesta emocional del paciente a la recomendación y educación del proveedor sobre la importancia del cumplimiento de la cita (Berg *et al.*, 2013).

5.4 Relación entre pacientes ausentes a citas de seguimiento y su perfil sociodemográfico, patologías, causas institucionales, y factores causantes del ausentismo.

El término *no show*, el cual significa “no presentarse”, se define como: un paciente que pierde una cita o no se presenta en la fecha de la cita sin previo aviso, según lo expresa Anisi *et al.* (2018), además el autor Clark (2010) expresa de manera acertada que “no se puede tratar una silla vacía” y esto representa un común fenómeno en el cuidado de la salud (Molfenter, 2013). Según los datos obtenidos de las agendas del consultorio durante el año 2018, el nivel de ausentismo corresponde al 18% (Anexo 4), dato por encima de la media según lo indicado en múltiples investigaciones, en las cuales las tasas de ausentismo rondan entre los 15% a 20%. A raíz de esto, se realizan comparaciones con otras investigaciones similares en las cuales se expondrán ambos resultados comparados buscando justificar y otorgarle más validez a esta investigación.

Según los datos presentados en la Tabla N°14 del capítulo anterior, se muestra que, a mayor edad a partir de los 40 años, hay mayor tendencia a ausentarse a las citas, a diferencia de la investigación presentada por Alhamad (2013), donde los pacientes jóvenes menores de veinte años tienen más probabilidades de perder una cita que los pacientes mayores. Otra investigación publicada por Mallow, Theeke, Barnes, Whetsel & Mallow (2014) expresa que la edad más joven, la raza negra y los ingresos más bajos contribuyen de manera significativa al incumplimiento por parte del paciente de las citas clínicas, sin embargo, en ambas investigaciones se concuerda que la identificación de los predictores es el primer paso para dirigir las intervenciones en el futuro para mejorar la atención de los pacientes.

Para Ellis, McQueenie, McConnachie, Wilson y Williamson (2017), los factores que se relacionan con el ausentismo a las citas incluyen la edad, el sexo, la logística de transporte y los factores de la clínica o del profesional y la relación entre el personal y los pacientes.

Blæhr, Søgaaard, Kristensen y Væggemose (2016) reportan que los usuarios más jóvenes (20-40 años) tenían menos probabilidades de asistir a las citas que otros grupos de edad, siendo de esta manera una discrepancia con los datos encontrados en esta investigación, esta misma publicación acota que la ausencia por parte de los hombres fue significativamente más frecuente que entre las mujeres. Haciendo un análisis entre la cantidad total de personas de cada grupo, se puede confirmar lo mismo indicado por el autor en los datos de esta investigación, donde el sexo masculino presenta mayor frecuencia de ausentismo que las mujeres.

Otros estudios también comparados por el autor han reportado una mayor ausencia entre mujeres. Se ha demostrado que un buen sistema de transporte público y un corto tiempo de viaje se asocian con una menor falta de asistencia.

En los resultados de esta investigación no es posible asociar el ausentismo de los pacientes a su nivel educativo, debido a que no hay datos concluyentes acerca de esta relación, por lo tanto, la ausencia a las citas entonces corresponde a diversos factores en los cuales el grado de educación no podría ser considerado como parte de estos.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, que se ha evaluado en la Tabla N°16, muestra que cuanto más cerca habite un paciente de los consultorios de nutrición, hay mayor ausentismo a las citas programadas, lo cual es realmente preocupante ya que los pacientes cuentan con la facilidad de tener el servicio muy cerca y desaprovechan esta posibilidad, ausentándose.

En la misma Tabla N°16 se muestra que el transporte preferido para acudir a las citas de seguimiento corresponde al transporte de autobús, Davies *et al.* (2016), en su investigación, determina que la distancia a la clínica y la falta de transporte son considerados como barreras estructurales para ausentarse a las citas de seguimiento, estos autores también mencionan que la raza y el origen étnico del paciente, el estado socioeconómico, el estado civil, las creencias

sobre sus síntomas, la fuente de la enfermedad y la gravedad del estado del paciente son factores determinantes en la ausencia.

Esta investigación no indaga estas mismas causas, sin embargo, presenta altas similitudes con algunas de las variables, como el caso del estado socioeconómico, donde la mayoría de los pacientes que se ausenta a sus citas de seguimiento no labora, lo cual, se pensaría que al tener mayor disponibilidad de horario esto favorecería la asistencia; sin embargo, los resultados obtenidos demuestran lo contrario en nuestra población, además se debe tomar en cuenta que estos pacientes no tienen una limitante mayor, como tener el cuidado a tiempo completo de alguna persona que les impida presentarse, esto se detalla en la Tabla N°15.

En cuanto al estado civil, presentado en la Tabla N°14, se ve que la mayoría de la población es soltera o está casada, esto no genera mayor impacto en la decisión de presentarse o ausentarse a la cita, sin embargo, enriquece la investigación al determinar las características de los pacientes que se ausentan, estos mismos datos también los expresa Davies *et al.* (2016). El estudio de Blæhr, Søggaard, Kristensen y Væggemose (2016) indica que las ausencias de pacientes varían según las características del médico, la interacción médico-paciente, el acceso a la clínica, los procesos administrativos y los factores ambientales, incluida la comunicación del equipo y las citas a tiempo. De acuerdo con los resultados de la investigación, mostrados en la Tabla N°11, donde la motivación por parte del personal y de los estudiantes es la esperada por los pacientes, y no se reportan problemas de esta índole que sugieran el ausentismo en los pacientes.

Fu (2013) dice que la ausencia del paciente es particularmente relevante en el contexto de las clínicas de atención a la comunidad, principalmente debido a los largos tiempos de espera antes de una cita, exacerbados por el alto grado de angustia que experimentan los pacientes que esperan la cita.

En dicha investigación no se ha intentado examinar la tasa de ausencia de los pacientes, y específicamente en el contexto de diferentes períodos a lo largo del año, al igual que la presente investigación, sin embargo, hay similitud con los tiempos de espera, según la Tabla N°9, los pacientes asistentes a sus citas de seguimiento han experimentado, en menor frecuencia, un tiempo de espera mayor a 30 minutos, lo cual ha generado disconformidad, y en algunas ocasiones deben retirarse sin ser atendidos para poder cumplir otros compromisos, sin embargo, dichos pacientes están satisfechos con el servicio brindado.

En la Tabla N°18, del capítulo anterior, se presentan los resultados acerca de si los pacientes que se han ausentado a alguna cita de seguimiento consideran necesario que haya algún otro servicio de recordatorio, la gran mayoría indica que sería favorable. Esto concuerda con lo expuesto por Edwards, Cini y Caruana-Dingli (2014), donde se reporta que los estudios anteriores al suyo informan que los recordatorios telefónicos y postales pueden reducir las tasas de no asistencia, otros estudios también reportan un éxito y popularidad cada vez mayores de los recordatorios de mensajes de texto. Uno de estos estudios informó una reducción de entre el 25% y el 28% en las citas perdidas en la clínica ambulatoria.

Los mensajes de recordatorio de cita contribuyen a disminuir la tasa de ausentismo y mejoran la satisfacción de los pacientes con la calidad del servicio de salud. Los datos muestran que los pacientes reciben, leen y comprenden los mensajes, considerándolos útiles para el cuidado de su salud y para recibir una mejor atención médica. Por ello, la mayoría de las personas declara querer seguir recibiendo mensajes (López y Olivi, 2017).

Además, McLean *et al.* (2016), en concordancia con la investigación, afirman que los recordatorios por SMS no aumentan la cancelación o reprogramación de citas, este autor también indica que los pacientes que recibieron un recordatorio telefónico tenían más probabilidades de cancelar o reprogramar su cita (17% - 26%) en comparación con un grupo

de control que no había recibido ningún recordatorio (8% - 12%). Las clínicas pudieron reasignar entre el 27% y el 40% de los cupos de citas canceladas, al igual que en la actual investigación, los pacientes en un muy alto porcentaje reprogramaron su cita, tal como se muestra en los resultados de la Tabla N°19. Los recordatorios telefónicos tienen la ventaja inherente de que los pacientes que no pueden asistir pueden cancelar o reprogramar su cita en el momento de su contacto con el personal.

Alaeddini, Yang, Reeves y Reddy (2015) indican que el problema de la ausencia y cancelación de la cita puede causar una perturbación significativa en el buen funcionamiento de casi todos los sistemas de programación. Cuando los pacientes programados no asisten a sus citas, los recursos se infrautilizarán, mientras que otros pacientes no podrán obtener citas oportunas porque parte del horario está lleno de pacientes que no asistirán, es por esto que un adecuado control en la reprogramación evitaría que haya ausencias nuevamente, sin embargo, esto no fue objeto de estudio de esta investigación.

En lo expuesto en la Tabla N°20, acerca de los motivos de ausencia por parte de estos pacientes, ellos reportan dentro de los principales al olvido, y según lo detallado por Medécigo-Micete, Constantino-Casas y Rodríguez-Pacheco (2007), a pesar de ser una referencia antigua, da un importante aporte a la investigación, explicando que se considera como un fenómeno contradictorio por parte de los usuarios: por un lado, hay antecedentes de que los pacientes se quejan frecuentemente por los largos tiempos de espera para recibir atención; por otro, cuando se programa la atención con cita, el olvido es el primer motivo por parte del paciente para el incumplimiento. Estos hallazgos demuestran la importancia de la participación de los pacientes y sus familiares para el cumplimiento del programa.

Es deseable destacar, para efectos de esta investigación que la atención nutricional, al ser un servicio gratuito, los pacientes desconocen las implicaciones de perder una cita, lo cual genera una discontinuidad en el tratamiento, como también un probable abandono de la

consulta, ya que el paciente no se siente de algún modo presionado y esta lleva a infravalorar el servicio que se brinda, ya que son pacientes que no ven resultados a lo largo del tiempo y simplemente dejan pasar el tiempo entre cita y cita, generando un impacto negativo, y de acuerdo con lo expresado por Alhamad (2013), los pacientes desconocen el impacto financiero de las citas fallidas y creían que las citas perdidas podrían ser un evento positivo. En esta investigación se expresa que la apatía, es decir, ser descuidado, se destaca cuando se observan patrones de incumplimiento habitual. Puede ser un factor que está relacionado de alguna manera con la naturaleza humana, la insatisfacción y la falta de reglas, tal como también se puede ver en la Tabla N°20, donde hay situaciones prevenibles en las cuales se podría de antemano reagendar una cita o bien realizar la cancelación de esta, antes que preferir dejar de asistir.

5.5 Relación entre los factores asociados como posible causa del ausentismo más recurrentes y su perfil sociodemográfico, patologías, servicio de recordatorio, reprogramación y factores causantes del ausentismo

Alhamad (2013) expone que a través de las múltiples investigaciones acerca del ausentismo en los pacientes, estas concluyen que los factores más comunes para no presentar a una cita previamente programada incluyen: edad más joven, sexo masculino, estado civil, factores de creencia en la salud, pacientes que tienen familias más numerosas y menos educación, clase socioeconómica baja e historial previo de citas perdidas, problemas con transporte o incluso problemas con el centro de salud.

En relación con la presente investigación, se concuerda en algunos datos, sin embargo, estos factores son definidos o en general son una tendencia recapitulada, pero que motiva a los pacientes a no asistir a las citas, este mismo autor menciona, además, que las justificaciones más comunes con mayor frecuencia para justificar la falta de una cita son: dificultad para hacer una cita, compromiso de trabajo, viajes de larga distancia, falta de transporte, visitas a

otro centro de atención médica, horario de citas inconveniente, atención infantil, no tener un acompañante, olvido de la cita, largo tiempo de espera / percepción de falta de respeto por parte del sistema de salud.

En la presente investigación se determinan las seis causas más frecuentes del porqué los pacientes no asisten, y así se puede estudiar a profundidad cada uno de los aspectos y trabajar de la mano con el paciente para también evolucionar en procedimientos que favorezcan a los pacientes.

Al descubrir estas motivaciones se hace apertura de una nueva línea, en la cual, a razón de la eficacia y eficiencia, como califican los pacientes los servicios de la clínica, se pueda extender aún más este servicio social, muchas de estas razones expuestas en común, también concuerdan con las razones expuestas por Lalloo y McDonald, (2013), las cuales se relacionan con la falta de transporte, el tiempo y el olvido.

Esta investigación se puede comparar con otras investigaciones realizadas y presenta amplias similitudes con las conclusiones de estos trabajos. A continuación, se irá detallando, de acuerdo con otros estudios y esta investigación, cada uno de estos motivos con la finalidad de brindar mayor aporte a la investigación.

5.5.1 Enfermedad

De acuerdo con los resultados de la Tabla N°20, se muestra que la enfermedad, en el 79% de la población encuestada, corresponde al motivo de mayor influencia para ausentarse a las citas de seguimiento de la consulta nutricional; estos mismos resultados fueron obtenidos en la investigación de Sánchez y González (2017), donde se expresa que los factores principales que llevaron al ausentismo fueron, en su orden, de tipo institucional (32,6%), con mayor representatividad la demora en la atención; factores personales (26,2%), como la presentación de otro tipo de enfermedad que les obligó a priorizar la atención; otro factor de

origen socioeconómico como viajar a otras regiones en busca de nuevas oportunidades laborales (8,5%).

Según las diversas evaluaciones aplicadas por la prueba Chi cuadrado al factor “enfermedad” en relación con los diferentes factores, se muestra que no hay dependencia estadística con casi ninguna de las variables. Es importante destacar que el colon irritable es la única que marca una relación estadística con este factor, y se puede clasificar como una patología digestiva, las cuales son las de mayor frecuencia entre la población total.

Al igual que esta investigación, se puede indicar que a pesar de no tener el mismo orden de prioridad, los resultados son concordantes, al indicar en ambas poblaciones que la enfermedad es uno de los principales motivos para no asistir, además se deja en claro que las causas institucionales no son un motivador ya que según se muestra en el capítulo anterior, los pacientes se sienten satisfechos con el consultorio en general.

Los pacientes que tienen enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y además tienen que viajar una distancia media desde el hogar a la clínica fue de aproximadamente 20 millas, muestran prevalencia de ausentismo ante estos factores (Mallow, Theeke, Barnes, Whetsel & Mallow, 2014).

5.5.2 Compromisos laborales

La mayoría de la muestra de pacientes de esta investigación actualmente no laboran, sin embargo, en los datos expresados en la Tabla N°22, las personas que indican este factor como uno de los más importantes para ausentarse sí pertenecen a la fuerza laboral, y los que no lo hacen actualmente, se encuentran en edad para hacerlo, es por este motivo, que este factor es el segundo en frecuencia de posible causa para ausentarse a la cita, ya que si en el transcurso logran obtener una oportunidad laboral, estos indican que no asistirían.

De acuerdo con lo encontrado en la tabla y las personas que laboran actualmente, indican que hacen todo lo posible para que la cita no sea agendada en su horario de trabajo, sin embargo

ante un imprevisto se ven forzados a reprogramar o no asistir a su cita. También Pereira-Victorio *et al.* (2016) aportan que un notable porcentaje de pacientes en la población joven de su investigación refirió haber tenido algún imprevisto de tipo laboral y olvidaron cancelarla.

Este factor como posible causa de ausentismo, es el que presenta mayor relación de dependencia estadística, con la mayoría de las categorías y variables de esta investigación. Las variables corresponden a la edad, nivel académico, condición laboral actual, el ingreso económico mensual, el horario de trabajo, la cantidad de horas diarias laboradas, la antigüedad laboral; en relación con las patologías, tiene dependencia con la hipertensión y dislipidemia, siendo esta última de las más frecuentes encontradas en la población total encontrado en la Tabla N°7.

También, el uso de otro servicio de recordatorio como un factor de corte institucional, y la interacción con otros factores como no ver resultados a lo largo del tiempo y un horario no compatible, completan este grupo de relación de variables con el factor.

De esta manera, se considera el de mayor atención tanto por elección de los encuestados, como por pruebas estadísticas de ser una de las principales causas por las cuales los pacientes no asisten a sus citas de seguimiento. Al igual que Salinas, De la Cruz y Bastías (2014), las inasistencias se producen por motivos laborales y un mejor nivel socioeconómico aumentaría la inasistencia porque se dispone de mayores recursos para buscar otras alternativas de atención.

5.5.3 Horario no compatible

En tercer lugar de frecuencia como motivo de ausencia se ubica el horario no compatible, según exponen los pacientes, la reducción de horarios de atención de la clínica dificulta

agendar las citas, en un horario a conveniencia, a pesar de también indicar que ellos ajustan sus citas de seguimiento en el mejor horario disponible.

En la prueba estadística, este factor tiene una dependencia con la variable del ingreso económico, sin embargo, como se detalla en las Tablas N°6 y N°23, la mayoría de los pacientes gasta menos de ¢2.500 al asistir a las citas y las patologías tales como hipertensión, estreñimiento y diarrea, estas últimas pertenecientes al grupo de las patologías digestivas. Presenta dependencia también con el uso de otro servicio de recordatorio e interacción con el compromiso de laborar y la dificultad de transporte, dando respuesta a esta necesidad de las personas que reportan el horario como un factor importante a la hora de no presentarse a una cita.

El ajuste de las horas de la clínica según la demanda, agregando sesiones por la noche para brindar horas más flexibles para satisfacer las necesidades de los pacientes, se ha demostrado como una estrategia efectiva en varias clínicas de salud familiar que han aumentado las tasas de asistencia (Ratmansky, Hai, Schlossberg, Mimouni-Bloch y Schweiger, 2017). Ajustar los horarios de atención para satisfacer las necesidades específicas de la población local de madres trabajadoras, ajustar la programación de citas, evitar programar citas durante las horas pico de los días festivos y ofrecer fechas alternativas antes o después de las vacaciones, esto es muy recomendable para las mujeres y para los pacientes que repiten (Williams, Chambers, Dada, McLeod & Ulatowski, 2014).

En cuanto al horario de atención, los pacientes indican que es adecuado, es destacable tomar en consideración que se podría convertir en un factor para no asistir a las citas, por lo tanto, tener una adecuada oferta de horarios de atención a la clínica evitaría que se den problemas de ausencias, o en el peor de los casos, se lograría una adecuada reprogramación de citas para continuar con el seguimiento para los pacientes.

5.5.4 Olvido

En la mayoría de la literatura disponible, se puede encontrar el olvido como una causa muy frecuente, incluso en muchas de ellas como la más determinante para no asistir a las citas de seguimiento, esta investigación no es ajena a esta realidad mundial. Los pacientes que no han asistido a sus citas en el pasado pueden tener más probabilidades de repetir el comportamiento, y por lo tanto empeorar aún más la situación de la lista de espera total. El largo tiempo de espera antes de la cita no solo es un riesgo para la salud, sino que se relaciona con una menor satisfacción del paciente (Faiz y Kristoffersen, 2018).

La razón más común dada por los pacientes fue que "olvidaron" sus citas médicas programadas, sin embargo, el panorama en la presente investigación desde la perspectiva estadística se puede comprobar que es la que menor dependencia de variables presenta. Se relaciona solamente con el uso de otro servicio de recordatorio y una dependencia con el compromiso de laborar y la dificultad de transporte como posibles factores para ausentarse, y es necesario mencionar que el factor "olvido" se vuelve más recurrente hacia la década de los años 40.

Los proveedores médicos utilizan diferentes estrategias para aumentar la asistencia del paciente y reducir el impacto de las citas perdidas. Las estrategias más comunes incluyen *overbooking* (sobreventa) y programación de citas a corto plazo, recordatorios de citas, política de cancelación, educación del paciente, incentivos financieros, transporte, cambios de programación y programación basada en la web (Anisi *et al.*, 2018). Todo lo expresado anteriormente son esfuerzos que también se realizan en la clínica de Nutrición con la finalidad de evitar la ausencia de pacientes y así aprovechar al máximo los recursos, a pesar de que los pacientes reporten que sus recordatorios si mantienen alerta su cita, estos solicitan otros métodos de recordatorio, o en el peor de los casos, a como se detalla, muchos de ellos no se presentan, siendo estos mismos quienes reconocen que una gran parte de la motivación a fallar es precisamente, el olvido.

A pesar de que en la actualidad se empleen mecanismos como envío postal de una carta, llamada telefónica o envío de mensaje al teléfono móvil, aún son insuficientes porque no se desarrollan adecuadamente (Pereira-Victorio *et al.*, 2016).

5.5.5 Dificultad de transporte

Investigaciones a nivel mundial reportan este motivo como un factor muy frecuente, sin embargo, es sorprendente que en Costa Rica también se evidencia esta problemática que a pesar de ser un país pequeño y la mayor parte de la muestra de este estudio vive relativamente muy cerca de los consultorios, se indica que el transporte es un motivo para no asistir a las citas. Tal como se ha expuesto, la mayoría viaja en autobús o en vehículo propio, sin embargo, a diferencia de la investigación de Jaramillo *et al.* (2015) donde la accesibilidad geográfica es medida a través del Índice de Accesibilidad Geográfica, no se pudo evidenciar alguna relación con la adherencia terapéutica medida a través de la asistencia a las citas médicas programadas. Se planteó, además, que para Tijuana la accesibilidad geográfica no fue un impedimento para la asistencia a las citas médicas programadas en los últimos seis meses.

Se evidencia que los pacientes que viven más cerca del consultorio son los que más tendencia presentan de ausentarse (Menéndez, y Ring, 2015). Esto también lo indican Pereira-Victorio *et al.* (2016). Vivir cerca del hospital es un factor de riesgo para el absentismo a la consulta. Para Oliveira (2016), la distancia sería una barrera para el acceso, la proximidad de un paciente a la ubicación de la cita basada en el horario del autobús y las transferencias se consideraron significativas para no presentarse.

Se ha demostrado que un buen sistema de transporte público y un corto tiempo de viaje se asocian con una menor asistencia. Sin embargo, estas tendencias no se encontraron porque la falta de asistencia no fue significativamente mayor para los usuarios con una mayor

distancia desde su residencia hasta el hospital (Blæhr, Søgaaard, Kristensen y Væggemose, 2016).

La mayoría conduce sus propios autos, mientras que otros dependen de los miembros de la familia o de los taxis para transportarlos, se encontró que la falta de tiempo y la dificultad de transporte son razones para no asistir (AlKanderi y AlBader, 2009).

Los pacientes que viajaron 30 millas o más, y aquellos con más de una condición crónica tuvieron más probabilidades de faltar a citas. Los que viven lejos de la clínica pierden citas. Mejorar el acceso a la atención se logra mejor enfocándose en aspectos contextuales e individuales. Aunque la atención en esta clínica es gratuita, los costos ocultos y las cargas asociadas con la asistencia a las consultas de atención médica siguen siendo poco conocidos y requieren más estudios (Mallow, Theeke, Barnes, Whetsel & Mallow, 2014).

Además de todas las afirmaciones anteriores entre este estudio y la literatura que refiere el mismo factor como causal de ausentismo, hay una importante dependencia estadística que enriquece los datos de esta investigación, entre estos están: sexo, patologías digestivas como la diarrea y coleditiasis, así como también la falta de comunicación, no ver resultados a lo largo del tiempo y un horario no compatible, lo cual tendría sentido en el aspecto de los pacientes que deben invertir tiempo en transporte o desplazamiento, que en algunos casos influye en las citas de seguimiento.

5.5.6 Dificultad económica

Para concluir esta investigación, se muestra que los inconvenientes que obedecen a factores económicos tienen una influencia en los pacientes y la pérdida de cita. Hay que tomar en cuenta que a pesar de que el costo gastado para asistir a una cita es relativamente bajo, la mayoría de las personas no laboran, lo cual complica la obtención de dinero para presentarse a las citas. El estatus socioeconómico es un factor clave para la utilización de la atención de

salud. El bajo nivel socioeconómico y el hecho de vivir en áreas desfavorecidas están, de hecho, relacionados con el deterioro de la atención médica y sus medidas relacionadas, incluidas las citas faltantes (Alhamad, 2013).

La edad y los ingresos se relacionaron con la prevalencia de citas perdidas. Aquellos que son más jóvenes y tienen un ingreso medio por hogar más bajo tenían más probabilidades de no asistir a sus citas (Miller-Matero, Clark, Brescacin, Dubaybo y Willens, D. E., 2016).

La dificultad económica como posible factor de ausentismo podría estar influenciada por la difícil situación económica del país, además se reporta que no hay una dependencia entre muchas variables, se destaca en las que sí hay, como: la cantidad de horas de trabajo al día, el transporte utilizado para acudir a las citas, la coelitis y otros factores como falta de comunicación, no ver resultados a lo largo del tiempo y un horario no compatible, ya que dependiendo del horario de la cita las personas para movilizarse podrían incurrir en un impacto económico mayor y si a esto se le suma la continua asistencia y el paciente no ve resultados causados por no seguir el tratamiento como se planifica, es muy probable que toda esta cadena que se crea, lleve a la pérdida de la cita por ausencia.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En este apartado, se muestran de manera sintetizada, los resultados y la discusión expuestos anteriormente, con un orden secuencial de acuerdo con cada objetivo específico:

De acuerdo con las características sociodemográficas, se presenta una población predominantemente femenina, con un rango de edad en la década de los 40 años, con un nivel educativo de bachillerato de secundaria o mayor y estado civil casado. Los pacientes no son referidos con frecuencia de otros centros de salud. En los aspectos laborales, se concluye que la mayoría de la población actualmente no trabaja, y quienes sí lo hacen son en su mayoría asalariados, con un ingreso mensual promedio menor a $\text{¢}280\,000$, la mayoría trabaja de 4 a 8 horas diarias en horario diurno y tienen entre 1 a 5 años de estar en la misma empresa. Según el transporte y la geografía, se movilizan en bus y tienden a gastar menos de $\text{¢}2.500$ al asistir a las citas, son de nacionalidad costarricense en una gran mayoría y habitan en San José, a una distancia promedio entre los 2 y los 10 kilómetros del consultorio.

Se concluye que la mayoría de estos presenta enfermedades gastrointestinales, seguidas por la dislipidemia y la hipertensión como principales patologías.

Con los datos recolectados no se pueden definir causas institucionales que motiven a los pacientes a ausentarse a las citas de seguimiento; por el contrario, según la evidencia, los pacientes se sienten motivados por los estudiantes, por el personal y por el método utilizado para brindar la consulta, además, estos pacientes también externan el nivel de seguimiento de la institución para asegurarse la asistencia a las citas a través de distintos métodos.

La muestra encuestada refleja la realidad de la clínica, ya que el nivel de ausentismo de al menos una cita es muy elevado, se concluye que los pacientes buscan reprogramar su cita perdida lo más pronto posible, con preferencia en las dos semanas siguientes.

Se concluye que los posibles factores de ausentismo más frecuentes entre la población corresponden a la enfermedad, los compromisos laborales, un horario no compatible para agendamiento de la cita, el olvido, una dificultad en el transporte y dificultades económicas, estos seis aspectos son los más frecuentes en más del 24% de la muestra tomada para este estudio.

Los pacientes que se ausentan a las citas de seguimiento presentan una tendencia a esta falla conforme aumenta la edad, no hay ninguna relación con el nivel educativo, además, el ausentismo de estos pacientes no obedece a causas institucionales, según su perfil, estos pacientes padecen principalmente patologías gastrointestinales, dislipidemia e hipertensión, y son estos pacientes los que mayoritariamente piden otro recordatorio como WhatsApp, los pacientes ausentes reportan la enfermedad, los compromisos laborales y el olvido como sus principales causas para no asistir a consulta.

En todos los posibles factores de ausentismo predomina el sexo femenino y no se presenta relación con aspectos institucionales y es más común en personas mayores de 40 años. El compromiso laboral difiere, ya que es más común en personas menores de 40 años, con más alta escolaridad y solteros, también, presenta una relación estadística con la dislipidemia y comparte la dependencia entre variables de la hipertensión y el factor de horario no compatible, todos los demás factores se relacionan con una recurrencia de las patologías gastrointestinales.

La interrelación entre posibles causas de ausentismo corresponde en mayor frecuencia al compromiso laboral, el horario no compatible y no ver resultados a lo largo del tiempo, en segunda instancia con la dificultad de transporte y la falta de comunicación y por último también se presenta una dependencia con el olvido. Por lo tanto, tras dicho análisis se concluye en esta investigación que los factores más probables por las cuales se ausentan los pacientes corresponden a la enfermedad y a los compromisos laborales.

6.2 RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se enfocan en correcciones a las fallas encontradas en el curso de la investigación, con el fin de que sirvan de orientación a futuros proyectos:

- Documentar previamente a la investigación, a través de la agenda del consultorio, la cantidad de ausencias presentadas por cada paciente.
- Indicar en la metodología, la opción para llamar al paciente una vez ausente y realizar la encuesta vía telefónica.
- Contactar al paciente inmediatamente posterior a la ausencia y conocer por medio de un instrumento de evaluación, el motivo por el cual el paciente no se presentó.
- Mejorar la pregunta 20 del cuestionario para conocer el lugar de residencia por cantón para detallar más el perfil de los pacientes.
- Agregar la pregunta de cuáles horarios son favorables para agendar por parte del paciente, a fin de evaluar su necesidad.
- Tomar antropometría del paciente y evaluar su estado nutricional a partir de estos datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alaeddini, A., Yang, K., Reeves, P. & Reddy, C. K. (2015). A hybrid prediction model for no-shows and cancellations of outpatient appointments. *IIE Transactions on healthcare systems engineering*, 5(1), 14-32. Doi: 10.21037/mhealth.2017.03.03.
- Alhamad, Z. (2013). Reasons for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 258-268. Doi: 10.4102/curationis.v4i1i.1835.
- AlKanderi, A. & AlBader, H. (2009). Factors associated with failed dental appointments: a retrospective cross-sectional study. *J Dent Educ*, 73(9), 1118-1124. Doi: 10.5005/jp-journals-10005-1506.
- AlRowaili, M., Ahmed, A. E., & Areabi, H. A. (2016). Factors associated with No-Shows and rescheduling MRI appointments. *BMC healthservices research*, 16(1), 679. Doi: 10.1186/s12913-016-1927-z.
- Alvarado Rojas, O. M. & Lizano Calvo, M. (2011). Propuesta Estratégica para Disminuir el Ausentismo en la Consulta Externa de Especialidades en Hospital México. San José, Costa Rica.
- Anisi, S., Zarei, E., Sabzi, M. & Chehrazi, M. (2018). Missed Appointments: Factors Contributing to Patient No-Show in Outpatient Hospital Clinics in Tehran, Iran. *Shiraz E Medical Journal*, 19(8). Doi: 10.1177/0009922815570613.
- Azcona, C. (2013). *Manual de Nutrición y Dietética*. Universidad Complutense de Madrid [Internet].
- Berg, B., Murr, M., Chermak, D., Woodall, J., Pignone, M., Sandler, R. S. & Denton, B. (2013). Estimating the cost of no-shows and evaluating the effects of mitigation strategies. *Medical Decisions Making*, 33, 976-985. Doi:10.1177/0272989X13478194.
- Blæhr, E. E., Søggaard, R., Kristensen, T. & Væggemose, U. (2016). Observational study identifies non-attendance characteristics in two hospital out-patient clinics. *Hip*, 1, 5-75
- Boksmati, N., Butler-Henderson, K., Anderson, K. & Sahama, T. (2016). The effectiveness of SMS reminders on appointment attendance: a meta-analysis. *Journal of medical systems*, 40(4), 90. Doi: 10.1007/s10916-016-0452-2
- Carrasco, C. H. (1999). El significado de la ausencia. En *Actas del XI Congreso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de la América Latina Las Palmas de Gran Canaria*, del 22 al 27 de julio de 1996 (pp. 687-696). Servicio de Publicaciones.

- Cid H., Patricia, Merino E., José Manuel & Stieповich B., Jasna. (2016). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- Clark, H.W. (2010). *SAAS National Conference and NIATx Summit, Cincinnati, OH*: Keynote speech.
- Cotran, R. S., Kumar, V. & Robbins, S. L. (1990). *Robbins, patología estructural y funcional*, cuarta edición. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.
- Davies, M., Goffman, R., May, J., Monte, R., Rodríguez, K., Tjader, Y. & Vargas, D. (2016, March). Large-scale no-show patterns and distributions for clinic operational research. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 1, p. 15). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. doi: 10.3390/healthcare4010015.
- Didone, T. V. N., Carvalho, M. F. C., Luppi, G., Melo, D. O. D. & Ribeiro, E. (2015). Factors related to missing and rescheduling pharmaceutical care appointments by aged outpatients in a Brazilian public health setting. *Ars pharm*, 56(4), 209-216.
- EcuRed. (2018, octubre 9). *Patología*, Consultado, diciembre 29, 2018 en: <https://www.ecured.cu/index.php?title=Patolog%C3%ADa&oldid=1688848>.
- Edwards, N., Cini, D. & Caruana Dingli, G. (2014). *A prospective audit examining non-attendance at a surgical outpatient's clinic in Mater Dei Hospital, Malta, and methods to reduce this problem*. URI: <https://www.um.edu.mt/library/oar//handle/123456789/1637>
- Ellis, D. A., McQueenie, R., McConnachie, A., Wilson, P. & Williamson, A. E. (2017). Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*, 2(12), e551-e559. Doi: 10.1016/S2468-2667(17)30217-7
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc.; ©2005. *Qué es la enfermedad cardiovascular*; [actualizado 22 feb. 2018; consulta 26 dic. 2018]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc.; ©2005. *Enfermedades del sistema endocrino*; [actualizado 06 nov. 2018; consulta 26 dic. 2018]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/endocrinediseases.html>
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc.; ©2005. *Enfermedades digestivas*; [actualizado 26 oct. 2018; consulta 26 dic. 2018]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007447.htm>
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc.; ©2005. *Enfermedad pulmonar*; [actualizado 28 jul. 2018; consulta 26 dic. 2018]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007447.htm>

- Faiz, K. W. & Kristoffersen, E. S. (2018). Association between age and outpatient clinic arrival time: myth or reality? *BMC health services research*, 18(1), 235. Doi: 10.1186/s12913-018-3057-2
- Fernández Fernández, S. (2000). La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la Evaluación de Procesos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(3).
- Forigua Cuellar, J. A., & Castrellón Martínez, G. L. (2018). *Gestión de la calidad a través del mejoramiento de la oportunidad en la asignación de citas del servicio de consulta médica general de la Unidad Básica Puente Barco Leones*. URI: <http://hdl.handle.net/10839/2169>
- Frost, L., Jenkins, L. S. & Emmink, B. (2017). Improving access to health care in a rural regional hospital in South Africa: Why do patients miss their appointments? *African journal of primary health care & family medicine*, 9(1), 1-5. Doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1255
- Fu, M. (2013). *Reducing Disruptive Effects of Patient No-shows: A Scheduling Approach* (Doctoral dissertation). URI <http://hdl.handle.net/1773/24238>
- Garza, Jeffry (12 septiembre, 2017). Caja sustituye el 44% de las citas médicas perdidas. *La República*, Costa Rica.
- Guzek, L. M., Gentry, S. D. & Golomb, M. R. (2015). The estimated cost of “no-shows” in an academic pediatric neurology clinic. *Pediatric Neurology*, 52, 198-201. Doi:10.1016/j.pediatrneurol.2014.10.020
- Hernández Sampieri, R., et al. (2001). *Metodología de la Investigación*. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F.
- Huang, Y. & Hanauer, D. A. (2014). Patient no-show predictive model development using multiple data sources for an effective overbooking approach. *Applied clinical informatics*, 5(03), 836-860. Doi: 10.4338/ACI-2014-04-RA-0026
- INEC. (2018). *Encuesta Continua de Empleo*. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/encuestas/encuesta-continua-de-empleo>
- INEC. (2011). *Encuesta de Hogares de propósitos múltiples*. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/encuestas/encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples>
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Hogares*. Recuperado: <http://www.inec.go.cr/encuestas/encuesta-nacional-de-hogares>
- INEC. (2015). *Estimaciones y proyecciones de población*. Recuperado: de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Jaramillo, A. M. L., Zúñiga-Denuncio, M. L., Rangel-Gómez, M. G. & Fuentes-Flores, C. M. (2015). Relación entre adherencia a citas médicas de pacientes VIH+ y la

accesibilidad geográfica a servicios de salud entre quienes acuden al CAPASITS de Tijuana. *Población y Salud en Mesoamérica*.

- Kheirkhah, P., Feng, Q., Travis, L. M., Tavakoli-Tabasi, S. & Sharafkhaneh, A. (2015). Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC health services research*, 16(1), 13. Doi: 10.1186/s12913-015-1243-z
- Kogan-Liberman, D., Rivas, Y., Thompson, J. & Tomer, G. (2015). Improving nonattendance at outpatient pediatric endoscopy unit of a tertiary center. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 61(2), 234-237. Doi: 10.1097/MPG.0000000000000791
- Lalloo, R. & McDonald, J. M. (2013). Appointment attendance at a remote rural dental training facility in Australia. *BMC oral health*, 13(1), 36.
- Llore, M. & Xavier, F. (2015). *Factores psicopedagógicos que inciden en el rendimiento escolar del inglés de los estudiantes de Décimos Años de Educación Básica del Colegio Menor Universidad Central durante el año lectivo 2013-2014* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- López Borja, P. and Olivi Olivi, A. (2017). Implementación de un sistema de mensajería para mejorar el acceso de las personas mayores a los servicios de Atención Primaria de Salud: la experiencia del CESFAM Mena de Valparaíso. En *Cuba Salud 2018*.
- Magadzire, B. P., Mathole, T. & Ward, K. (2017). Reasons for missed appointments linked to a public-sector intervention targeting patients with stable chronic conditions in South Africa: results from in-depth interviews and a retrospective review of medical records. *BMC family practice*, 18(1), 82.
- Mallow, J. A., Theeke, L. A., Barnes, E. R., Whetsel, T. & Mallow, B. K. (2014). Free care is not enough: barriers to attending free clinic visits in a sample of uninsured individuals with diabetes. *Open journal of nursing*, 4(13), 912. Doi: 10.4236/ojn.2014.413097
- Mander, G. T., Reynolds, L., Cook, A. & Kwan, M. M. (2018). Factors associated with appointment non-attendance at a medical imaging department in regional Australia: a retrospective cohort analysis. *Journal of medical radiation sciences*, 65(3), 192-199. Doi: 10.1002/jmrs.284.
- Mbada, C. E., Ajayi, O., Agbeja, O. B., Mbada, K. A., Awotidebe, T. O. & Oghumu, S. N. (2013). *Non-Attendance for out-patient physiotherapy: Evaluation, prediction and physiotherapists' perceptions-a cross-sectional study clinic*, 28(29), 30.
- McLean, S. M., Booth, A., Gee, M., Salway, S., Cobb, M., Bhanbhro, S. & Nancarrow, S. A. (2016). Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient preference and adherence*, 10, 479. Doi: 10.2147/PPA.S93046

- Medécigo-Micete, C., Constantino-Casas, P. & Rodríguez-Pacheco, J. L. (2007). Incumplimiento de la cita previa en el primer nivel. Motivos relacionados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 213-217.
- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.) [actualizado 08 ago. 2018]. *Arterioesclerosis*; [actualizado 05 abr. 2017; consulta 27 dic. 2018]; Disponible en: <https://es.familydoctor.org/condicion/aterosclerosis/?adfree=true>
- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.) [actualizado 08 ago. 2018]. *Información general sobre la enfermedad de los riñones*; [actualizado feb. 2017; consulta 27 dic. 2018]; Disponible en: <https://es.familydoctor.org/condicion/aterosclerosis/?adfree=true>
- Menéndez, M. E. & Ring, D. (2015). Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand*, 10(2), 221-226. Doi: 10.1007/s11552-014-9685-z.
- Miller, A. J., Chae, E., Peterson, E., & Ko, A. B. (2015). Predictors of repeated “no-showing” to clinic appointments. *American journal of otolaryngology*, 36(3), 411-414. doi: 10.1016/j.amjoto.2015.01.017
- Miller-Matero, L. R., Clark, K. B., Brescacin, C., Dubaybo, H., & Willens, D. E. (2016). Depression and literacy are important factors for missed appointments. *Psychology, health & medicine*, 21(6), 686-695. Doi: 10.1080/13548506.2015.1120329.
- Molfenter, T. (2013). Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Substance use & misuse*, 48(9), 743-749. Doi: 10.3109/10826084.2013.787098.
- Morales Calderón, M. J. & Allen Meneses, R. (2010). *Causas de ausentismo a la consulta especializada del Hospital Monseñor Sanabria, durante el primer semestre del año 2009*. San José, Costa Rica.
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-22.
- Nancarrow, S., Bradbury, J. & Ávila, C. (2014). Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: A retrospective cohort study. *The Australasian medical journal*, 7(8), 323. Doi: 10.4066/AMJ.2014.2098
- Norris, J. B., Kumar, C., Chand, S., Moskowitz, H., Shade, S. A. & Willis, D. R. (2014). An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no shows at outpatient clinics. *Decision Support Systems*, 57, 428-443. doi:10.1016/j.dss.2012.10.048
- Oliveira, F. L. C. (2016). *Revisão sistemática da literatura sobre no-show em agendamento de consultas* (Doctoral dissertation, PUC-Rio).

- OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2018). *Enfermedad*. <http://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr1/fichas/e/Enfermedad.html>
- Oxford Dictionaries. (2018). *Ocupación* | Definición de cita en español de Oxford Dictionaries. Recuperado el 31 de diciembre de 2018, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/cita>
- Oxford Dictionaries. (2018). *Ocupación* | Definición de completo en español de Oxford Dictionaries. Recuperado el 31 de diciembre de 2018, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/completo>
- Paige, L. & Mansell, W. (2013). To attend or not attend? A critical review of the factors impacting on initial appointment attendance from an approach–avoidance perspective. *Journal of Mental Health*, 22(1), 72-82.
- Percac-Lima, S., Cronin, P. R., Ryan, D. P., Chabner, B. A., Daly, E. A. & Kimball, A. B. (2015). Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. *Cancer*, 121, 1662-1670. Doi:10.1002/cncr.29236
- Pereira, M. L. N. (2014). Factores que favorecen el desarrollo de una actitud positiva hacia las actividades académicas. *Revista educación*, 34(1), 31-53.
- Pereira-Victorio, C. J., Vázquez-Molinero, A., Lizán-García, M., Gómez-Guardiola, J. L. & López-Valcárcel, B. G. (2016). Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *Medicina General y de Familia*, 5(3), 83-90.
- Pérez Porto, J.; Gardey, A. Publicado: 2017. Actualizado: 2018. Definicion.de: *Definición de efectividad* (<https://definicion.de/efectividad/>)
- Pérez Porto, J.; Gardey, A. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de: *Definición de eficiencia* (<https://definicion.de/eficiencia/>)
- Pérez Porto, J.; Merino, M. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Definicion.de: *Definición de eficacia* (<https://definicion.de/eficacia/>)
- Pérez Porto, J.; Merino, M. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de: *Definición de motivación* (<https://definicion.de/motivacion/>)
- Pérez Porto, J.; Gardey, A. Publicado: 2014. Actualizado: 2015. Definicion.de: *Definición de recordatorio* (<https://definicion.de/recordatorio/>)
- Pérez Porto, J.; Merino, M. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. Definicion.de: *Definición de recursos económicos* (<https://definicion.de/recursos-economicos/>)

- Pérez Porto, J.; Gardey, A. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Definicion.de: *Definición de espacio geográfico* (<https://definicion.de/espacio-geografico/>)
- Pérez Porto, J.; Gardey, A. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Definicion.de: *Definición de satisfacción del cliente* (<https://definicion.de/satisfaccion-del-cliente/>)
- Pérez Sambrano, M. & Rendon Álvarez, M. M. (2016). *Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la Ciudad de Medellín 2016* (Doctoral dissertation).
- Popple, A. (2013). Opening Pandora's box: Are no-show fees the solution to missed appointments? MGMA Connexion, *Medical Group Management Association*, 13(1), 48-50. Retrieve from <http://mgma.com/store/magazines>
- Ramlucken, L. & Sibiyá, M. N. (2018). Frequency and reasons for missed appointments of outpatient mental health care users in the uMgungundlovu District. *Curationis*, 41(1), 1-4. Doi: 10.4102/curationis.v41i1.1835
- Ratmansky, M., Hai, N., Schlossberg, T., Mimouni-Bloch, A., & Schweiger, A. (2017). Does pain take holidays? Non-attendance rates at a hospital-based pain clinic are elevated during the Jewish high-holidays. *Israel journal of health policy research*, 6(1), 11. Doi: 10.1186/s13584-017-0132-9
- Reid, M. W., May, F. P., Martinez, B., Cohen, S., Wang, H., Williams Jr, D. L. & Spiegel, B. M. (2016). Preventing endoscopy clinic no-shows: prospective validation of a predictive overbooking model. *The American journal of gastroenterology*, 111(9), 1267.
- Rico, R. R. (2014). *Total customer satisfacción (satisfacción y deleite total de los clientes): vías de planificación y acción para crear, administrar y medir la satisfacción y el deleite de los clientes*. Buenos Aires. Macchi Grupo Editor S.A.
- Rodríguez, I. (8 febrero, 2015). Pacientes desperdician 1 millón de citas al año con el médico. *La Nación*. Costa Rica.
- Salinas, E. A., De la Cruz, R. & Bastías, G. (2014). Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave*, 14(09).
- Sánchez Serrano, B. & González Ruiz, G. E. (2017). *Ausentismo y complicaciones de salud en usuarios de programas de hipertensión arterial de Santa Marta* (Colombia).
- Savino, P. & Patiño, J. F. (2016). Metabolismo y nutrición del paciente en estado crítico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 31(2).
- Shah, S. J., Cronin, P., Hong, C. S., Hwang, A. S., Ashburner, J. M., Bearnot, B. I., ... & Kimball, A. B. (2016). Targeted reminder phone calls to patients at high risk of no-

- show for primary care appointment: a randomized trial. *Journal of general internal medicine*, 31(12), 1460-1466. Doi: 10.1007/s11606-016-3813-0
- Shimotsu, S., Roehrl, A., McCarty, M., Vickery, K., Guzman-Corrales, L., Linzer, M., & Garrett, N. (2016). Increased likelihood of missed appointments (“no shows”) for racial/ethnic minorities in a safety net health system. *Journal of primary care & community health*, 7(1), 38-40. doi: 10.1177/2150131915599980
- Soares, A., Araújo, C. O., Rocha, T. R., Cordoba, G. M. C. & dos Santos Nobre, J. A. (2017). Porque obesos abandonam o planejamento nutricional em uma clínica-escola de nutrição?. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(65), 368-375.
- Solórzano Solórzano, S. L. (2018)., *Dislipidemias: Estudio de dislipidemias en pacientes adultos en el hospital de Machala*, Editorial Académica Española, Ecuador.
- Storrs, M. J., Ramov, H. M. & Lalloo, R. (2016). An investigation into patient non-attendance and use of a short-message reminder system at a university dental clinic. *Journal of dental education*, 80(1), 30-39.
- Támara, J. R., Álvarez, C. A. & Rodríguez, J. (2016). Pérdida de seguimiento y factores asociados en pacientes inscritos el Programa de VIH/SIDA en el Hospital Universitario San Ignacio, Colombia, 2012-2013. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 36(2).
- Vellisca, M. Y., Latorre, J. I., Orejudo, S., Gascón, S., Nolasco, A. & Villanueva, V. J. (2014). Patrón asociado a la inasistencia a la primera consulta en un centro de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(2).
- Vergel-Ortega, M., Martínez-Lozano, J. & Zafra-Tristancho, S. (2016). Factores asociados al rendimiento académico en adultos - Factors associated with academic achievement in adults. *Revista Científica*, 2(25), 206-215.
- Williams, K. A., Chambers, C. G., Dada, M., McLeod, J. C. & Ulatowski, J. A. (2014). Patient punctuality and clinic performance: observations from an academic-based private practice pain centre: a prospective quality improvement study. *BMJ open*, 4(5), e004679.
- Wing, Chan. (2001). *Factores predisponentes al ausentismo en Consulta Externa especializada en Hospital México*. Hospital México, Costa Rica UNED.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

No-Show: Término en inglés que se traduce: ausente.

Overbooking: Término en inglés que se traduce: sobreventa o sobre programación.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UH: Universidad Hispanoamericana.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Carrera de Nutrición

Investigador: Pablo Mora Poveda

Fecha: _____

Código: _____

“Posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el periodo comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019”, corresponde al título de la investigación que es realizada por un estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, para optar por el grado académico de Licenciatura.

Instrucciones:

- El cuestionario que va a realizar es con la finalidad de conocer los motivos por los cuales los pacientes se ausentan a las citas de seguimiento de la consulta nutricional.
- Las respuestas brindadas son completamente confidenciales y anónimas, por lo que agradezco que sean contestadas con sinceridad y en el espacio indicado para tal fin.
- En caso de que no se comprender la pregunta o su contenido, por favor evacuar las dudas antes de responder, para evitar errores.
- El cuestionario consta de tres (3) partes que permitirán obtener información acerca de los motivos sociales, geográficos, laborales, económicos e institucionales, que sugieren la ausencia a las citas de seguimiento.

Se agradece de antemano su colaboración y disposición para realizar este cuestionario.

I Parte. Datos sociodemográficos. En este apartado se presentan una serie de preguntas relacionadas con factores sociodemográficos, en los cuales se incluyen datos sociales, económicos, geográficos y laborales. Marque con una X su respuesta en el recuadro.

1. ¿Cuál es su sexo?
- Masculino
- Femenino
2. ¿Cuál es su rango de edad?
- Menores de 17 años
- De 18 a 24 años
- De 25 - 29 años
- De 30 – 34 años
- De 35 – 39 años
- De 40 – 44 años
- De 45 – 49 años
- De 50 – 54 años
- De 55 – 60 años
- De 61 – a 65 años
- Mayor de 65 años
3. ¿Cuál es su nivel académico?
- Sin escolaridad
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnico o Diplomado
- Bachillerato Universitario o Licenciatura
- Maestría o Doctorado
4. ¿Cuál es su estado civil?
- Soltero (a)
- Casado (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)
- Viudo (a)
- Unión libre
5. ¿En este momento, usted trabaja?
- Si
- No
- *En caso de contestar No, pasar a la pregunta 11.
6. ¿Cómo es su ingreso económico?
- Asalariado
- Trabajador independiente
7. ¿Cuál es su horario de trabajo?
- Diurno

- Nocturno
 De ¢280 000 a ¢500 000
- Mixto
 De ¢500 000 a ¢750 000
- Rotativo
 De ¢750 000 a ¢950 000
- Más de ¢900 000
8. ¿Cuántas horas al día trabaja?
- 4 horas
- 8 horas
- 10 horas
- 12 horas
9. ¿Cuál es su ocupación?
- Dirección o Gerencia
- Supervisor o técnico profesional nivel medio.
- Trabajador Administrativo
- Trabajador Operativo
10. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la empresa?
- Menos de un año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 10 a 20 años
- Más de 20 años
11. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?
- Menos de ¢280 000
12. ¿Cuántas personas dependen directamente de ese ingreso?
- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- Más de 5 personas
13. ¿Ofrecen servicios de Nutrición en su lugar de trabajo?
- Sí
- No
14. ¿Es usted costarricense?
- Sí
- No
- En caso de responder No, favor indicar su nacionalidad:
- _____
15. ¿Cuál es la provincia de su residencia?
- San José
- Alajuela
- Heredia

Cartago Guanacaste Puntarenas Limón

16. ¿Cuánta distancia hay desde su residencia hasta los consultorios de nutrición?

 Menos de 2 km Entre 2 y 5 km Entre 5 y 10 km Entre 10 y 20 km Más de 20 km

17. ¿Cuál es el transporte utilizado para acudir a las citas?

 Vehículo propio Vehículo manejado por otros (familiar) Bicicleta Caminando Bus Taxi Uber Tren

18. ¿Cuánto dinero gasta al acudir a una cita de nutrición (transporte, alimentación)?

 Menos de ¢2 500 De ¢2 500 a ¢5 000 De ¢5 000 a ¢10 000 Más de ¢10 000

19. ¿Es usted referido de algún centro hospitalario?

 Sí ¿Cuál? _____ No

20. ¿Tiene usted el cuidado de alguna persona?

 Sí No

*En caso de contestar "No" pasar a la pregunta 22.

21. ¿Quién es la persona que está a su cuidado?

 Infante o niño Enfermo o incapacitado Persona adulta mayor con discapacidad

22. ¿Considera usted sentir apoyo de sus familiares para asistir a una cita nutricional?

 Sí No

23. De las siguientes patologías, por favor indicar la(s) que usted padece:

Patología	Sí	Patología	Sí
Diabetes		Intolerancia a alimentos	
Dislipidemia		Problemas dentales o deglución	
Enfermedad respiratoria		Gastritis	
Enfermedad cardiovascular		Colon irritable	
Hipertensión		Estreñimiento	
Enfermedad renal		Diarreas	
Problemas tiroideos		Colelitiasis	
Cáncer		VIH / SIDA	
Otros:			

II Parte. Datos institucionales. En este apartado se presentan una serie de preguntas relacionadas con factores propios de los consultorios de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana.

24. ¿Considera usted que el horario de atención favorece una adecuada asistencia a las citas?

Sí

No

25. ¿En algún momento, el trato recibido le ha hecho analizar ausentarse a alguna cita?

Sí

No

26. ¿Ha llegado tarde alguna vez a su cita?

Sí

No

27. ¿Se le ha atendido, incluso llegando tarde?

Sí

No

28. ¿Ha tenido que esperar más de 30 minutos para ser atendido?

Sí

No

29. ¿Considera que el servicio de recordatorio telefónico le ha beneficiado para acudir a su cita?

Sí

No

30. ¿Considera que el servicio de recordatorio telefónico se realiza en el tiempo oportuno?

Sí

No

31. ¿Consideraría algún otro servicio de recordatorio (SMS, correo electrónico) como una mejor opción para su asistencia?

Sí ¿Cuál? _____

No

32. ¿Recibe siempre el recordatorio escrito con la información de su próxima cita?

Sí

No

33. ¿El logro de sus objetivos terapéuticos puede ser considerada una razón para ausentarse a las citas?

Sí

No

34. ¿Se siente motivado por el (los) estudiante (s) para la asistencia a la consulta?

Sí

No

35. ¿Se siente motivado por parte del personal clínico y administrativo para la asistencia a la consulta?

Sí

No

36. ¿Considera que la consulta nutricional es interactiva y lo motiva a asistir a su próxima cita?

Sí

No

37. ¿Alguna vez se ha ausentado al menos a una cita?

Sí

No

38. ¿Reprogramó inmediatamente esa cita?

Sí

No

39. Después de ausentarse, ¿cuánto tiempo después volvió a agendar una cita?

Al siguiente mes

Al menos dos meses después

De 3 a 6 meses después

Más de 3 meses después

III Parte. Plantilla inteligente. En este apartado se presentan una serie de opciones, las cuales deberá marcar como los factores que usted considere más importantes para ausentarse a una cita de seguimiento de la consulta nutricional.

Olvido	<input type="checkbox"/>	Pereza / Apatía	<input type="checkbox"/>
Compromisos laborales	<input type="checkbox"/>	Desmotivación	<input type="checkbox"/>
No tuvo acompañante	<input type="checkbox"/>	No ver resultados a lo largo del tiempo	<input type="checkbox"/>
Dificultad económica	<input type="checkbox"/>	Horario no compatible	<input type="checkbox"/>
Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Dificultad de transporte	<input type="checkbox"/>
Problemas climáticos	<input type="checkbox"/>	Largo tiempo de espera para ser atendido	<input type="checkbox"/>

¡Muchas gracias por su participación, la cual es invaluable para realizar esta investigación!

Anexo 2. Resultados del plan piloto

Tabla N°1

Sexo de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Género</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	9	75
<i>Masculino</i>	3	25
<i>Total</i>	12	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

De acuerdo con el plan piloto, el cual cuenta con 12 participantes, la primera categoría evaluada corresponde al sexo, siendo la mayoría correspondiente al sexo femenino, para un total de (n=9) 75%, por otra parte, el 25% (n=3) son del sexo masculino, como se muestra en la Tabla N°1.

Tabla N°2

Rango de edad según sexo de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Rango de edad</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>De 18 a 24 años</i>			2	16,7	2
<i>De 25 a 29 años</i>	1	8,3			1
<i>De 30 a 34 años</i>	1	8,3	1	8,3	2
<i>De 35 a 39 años</i>	1	8,3			1
<i>De 40 a 44 años</i>	1	8,3			1
<i>De 45 a 49 años</i>	1	8,3			1
<i>De 50 a 54 años</i>	1	8,3			1
<i>De 55 a 60 años</i>	1	8,3			1
<i>Mayor de 65 años</i>	2	16,7			2
<i>Total</i>	9	75.0	3	25.0	12

Fuente: Elaboración propia (2018).

Según la Tabla 2, el 58,1% (n=7) de las participantes está en un rango de edad de entre 25 a 60 años, por otra parte, el 16,7% (n=2) es una población femenina mayor de 65 años. Un 16,7% (n=2) corresponde a masculinos de entre 18 a 24 años, y un 8,3% (n=1) es reflejado por una persona con un rango de edad de entre 30 a 34 años.

Tabla N°3

Nivel de escolaridad de los participantes del plan piloto de la investigación

Grado académico	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>	
	n	%	n	%	n	%
<i>Bachillerato Universitario o Licenciatura</i>	3	33,3	2	66,7	5	41,7
<i>Primaria completa</i>	2	22,2			2	16,7
<i>Secundaria completa</i>			1	33,3	1	8,3
<i>Secundaria incompleta</i>	2	22,2			2	16,7
<i>Técnico o Diplomado</i>	2	22,2			2	16,7
Total	9	75	3	25	12	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

En cuanto a la escolaridad reflejada en la Tabla 3, se puede considerar que en cuanto a hombres, el 66,6% (n=2) poseen un grado académico de Bachillerato Universitario o Licenciatura, y el 33,3% (n=1) completo la secundaria. En el lado femenino, se demuestra que un 33,3% (n=3) posee un grado académico Universitario y el restante 66,6% (n=6) tiene un nivel educativo inferior. En términos globales, un 58,4% (n=7) no cuenta con educación universitaria, mientras que el restante 41,7% (n=5) sí cuenta con título de educación superior.

Tabla N° 4

Estado civil de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Estado civil</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Casado</i>	5	42,0
<i>Divorciado</i>	2	17,0
<i>Soltero</i>	4	33,0
<i>Viudo</i>	1	8,0
Total	12	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

En la Tabla 4 se detalla el estado civil de los participantes del plan piloto, donde se muestra que el 42% (n=5) están casados, el 33% (n=4) están solteros, un 17% (n=2) son divorciados y un 8% (n=1) es viudo.

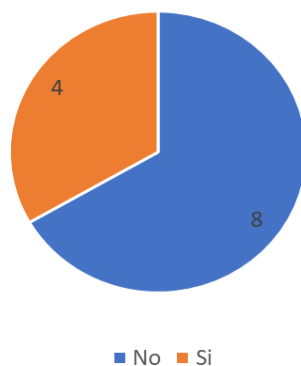


Figura N° 1. Estado laboral de los participantes de la prueba piloto de la investigación Elaboración propia (2018).

Según la figura anterior, un 33,3% (n=4) de los participantes es laboralmente activo, del cual obtienen ganancias siendo asalariados o trabajadores independientes. El restante 66,6% (n=8) no cuenta actualmente con trabajo.

Tabla N°5

Características económicas de los participantes laboralmente activos del plan piloto de la investigación

<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Ingreso económico</i>	Asalariado	2	50
	Trabajador independiente	2	50
<i>Horario</i>	Diurno	2	50
	Mixto	2	50
<i>Horas de trabajo diarias</i>	8 horas	3	75
	10 horas	1	25
<i>Antigüedad laboral</i>	De 1 a 5 años	1	25
	De 10 a 20 años	1	25
	Más de 20 años	2	50
<i>Ingreso económico</i>	De ¢280 000 a ¢500 000	1	25
	De ¢500 000 a ¢750 000	1	25
	De ¢750 000 a ¢950 000	2	50
<i>Personas dependientes del ingreso</i>	1 persona	2	50
	3 personas	2	50

Fuente: Elaboración propia (2018).

En cuanto a las características económicas del 33,3% (n=4) de la población laboralmente activa, reflejado en la figura anterior, se puede determinar que el 50% (n=2) es asalariado y el otro 50% (n=2) es trabajador independiente. El 50% (n=2) tiene un horario diurno y la otra mitad labora en horarios mixtos. El 75% (n=3) labora 8 horas al día, y el restante 25% (n=1) labora 10 horas diarias. El 50% (n=2) tiene más de 20 años de laborar para la misma empresa o compañía, un 25% (n=1) apenas cuenta un tiempo de entre 1 a 5 años y el otro 25% (n=2) tiene entre 10 a 20 años. En relación con el ingreso económico, el 50% (n=2) tiene un salario que va de ¢750 000 a ¢950 000, el restante 50% de la población laboralmente activa presenta un ingreso salarial menor.

En cuanto a la dependencia de ese salario, el 50% (n=2) indica que solo depende 1 persona y el restante 50% (n=2) reporta que tres personas dependen de él.

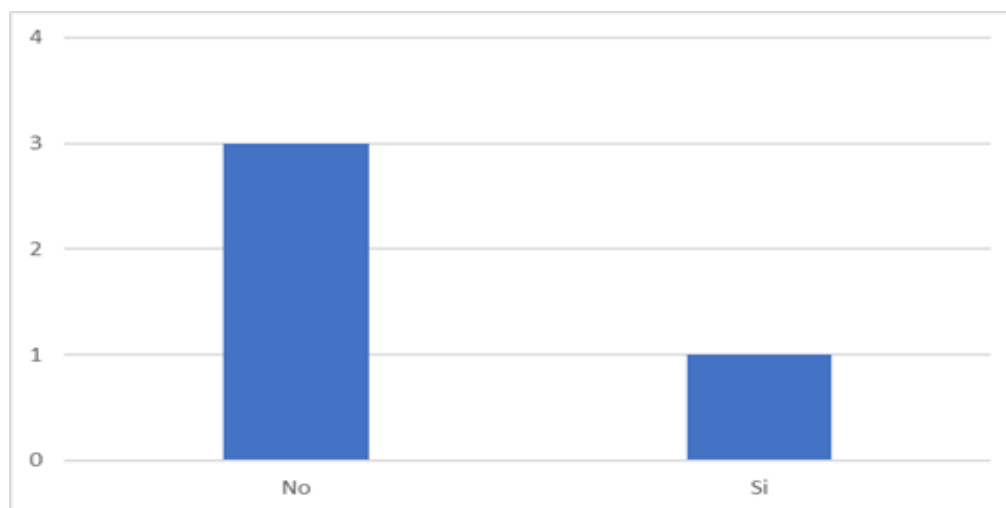


Figura N°2 Oferta de servicio de Nutrición en lugar de trabajo. Elaboración propia (2018).

De las personas laboralmente activas determinadas en la Figura 1, el 75% (n=3) reporta que en sus lugares de trabajo no cuentan con un servicio de atención o asesoría nutricional, y el

25% (n=1) reporta que en su lugar de trabajo sí cuentan con servicio de Nutrición, lo anteriormente expuesto se muestra en la Figura 2.

Tabla N°6

Características geográficas y de transporte de los participantes laboralmente activos del plan piloto de la investigación

<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Residencia</i>	Cartago	2	16,7
	Heredia	2	16,7
	San José	8	66,6
<i>Distancia</i>	Menos de 2 km	1	8,33
	Entre 2 km y 5 km	4	33,3
	Entre 5 km y 10 km	2	16,7
	Entre 10 km y 20 km	3	25,0
	Más de 20 km	2	16,7
	<i>Medio de transporte</i>	Bus	3
Caminando		1	8,33
Vehículo manejado por otros (familiar)		4	33,3
Vehículo propio		4	33,3
<i>Dinero gastado al ir a cita</i>	De ¢2 500 a ¢5 000	3	25,0
	De ¢5 000 a ¢10 000	1	8,33
	Menos de ¢2 500	8	66,6

Fuente: Elaboración propia (2018).

Tomando en cuenta la información recopilada en la Tabla 6, se demuestra que el 66,6% (n=8) de los participantes viven en la provincia de San José y el 33,4% (n=4) reside en Cartago y Heredia. La distancia más recurrente entre el consultorio y su residencia con un 33,3% (n=4) corresponde entre 2 km y 5 km. Un 66,6% (n=8) de los pacientes se transportan en vehículo propio o bien manejado por otros familiares y un 25% (n=3) viaja en bus. En cuanto al dinero que gastan los pacientes al asistir a la cita de control nutricional, un 66,6% (n=8) gasta menos de ¢2 500, mientras que un 8,33% (n=1) gasta entre ¢5 000 a ¢10 000.

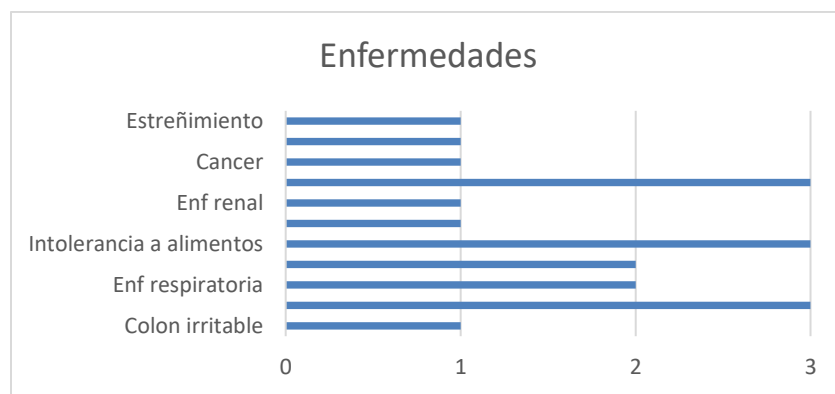


Figura N°3 Enfermedades padecidas por los participantes de la prueba piloto de la investigación. Elaboración propia (2018).

La Figura 3 presenta las patologías más recurrentes entre los pacientes participantes, siendo gastritis, dislipidemia e intolerancia a alimentos las de mayor prevalencia, seguidas por la hipertensión y la enfermedad respiratoria.

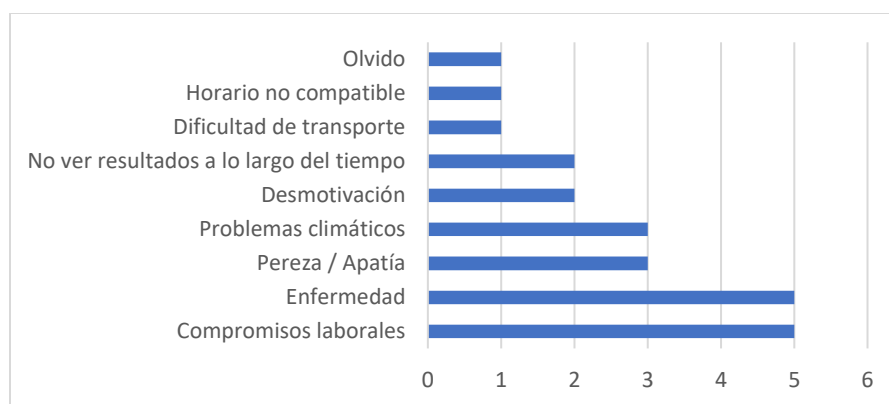


Figura N°4 Factores por considerar para ausentismo por parte de los participantes de la prueba piloto de la investigación. Elaboración propia (2018).

En la Figura 4 se muestran los factores que los participantes consideran relevantes para ausentarse a una cita de control nutricional, siendo los compromisos laborales y enfermedad los más prevalente entre las personas encuestadas, seguido por los problemas climáticos y la pereza / apatía. En el caso del olvido, el horario no compatible y la dificultad de transporte se reflejan como los factores menos predisponentes para ausentarse a una cita.

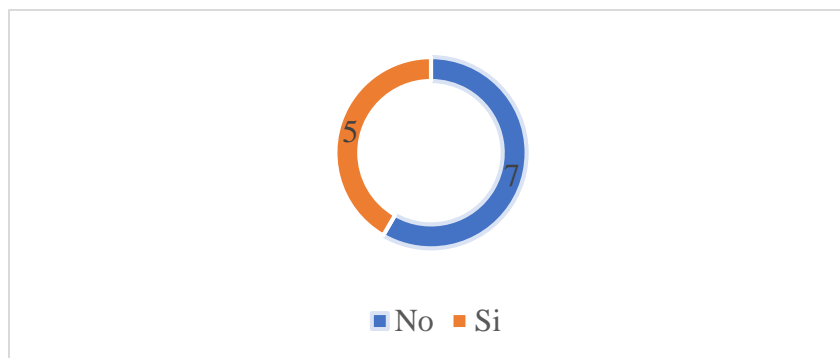


Figura N°5 Ausentismo por parte de los participantes de la prueba piloto de la investigación. Elaboración propia (2018).

En la Figura 5 se evalúa el ausentismo de los pacientes participantes, donde un 41,6 (n=5) reporta haberse ausentado al menos a una cita de control nutricional y el restante 58,3% (n=8) indica no haberse ausentado a las citas.

Tabla N° 7

Reprogramación de citas de los participantes del plan piloto de la investigación.

<i>Pacientes ausentes al menos a una cita nutricional</i>		
	n	%
<i>Reprogramación inmediata</i>		
Sí	5	100
<i>Tiempo de reprogramación</i>		
Al mes siguiente	5	100

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 7 se muestra el compromiso de reprogramación de citas por parte de los 5 pacientes que se habían ausentado con anterioridad a una cita, mostrando que el 100% (n=5) reprograman de manera inmediata la cita a la cual se ausentan, y la reprogramación se da en el mes siguiente.

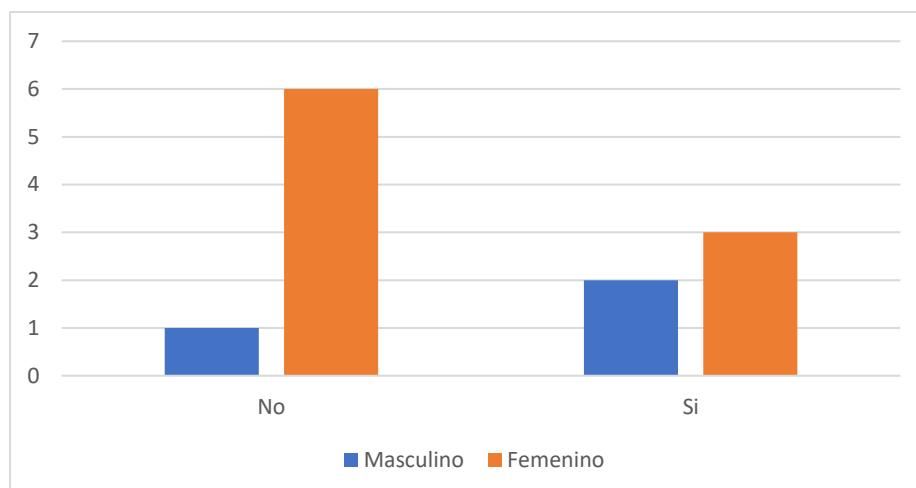


Figura N°6. Nivel de ausentismo según sexo de los participantes de la prueba piloto de la investigación. Elaboración propia (2018).

La Figura 6 presenta el ausentismo de los pacientes según sexo. De los pacientes que se ausentan, 25% (n=3) son del sexo femenino y 16,6% (n=2) son del sexo masculino. Por otra parte, la mayoría de las personas del sexo femenino no se ausentan a sus citas de seguimiento, con un total de 50% (n=6) personas y del sexo masculino 8,3% (n=1) no se ausenta.

Tabla N°8

Ausencia según nivel académico de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Nivel académico</i>	<i>Ausencia</i>		<i>Total</i>
	<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<i>Primaria completa</i>	2		2
<i>Secundaria incompleta</i>	2		2
<i>Secundaria completa</i>	1		1
<i>Técnico o Diplomado</i>	1	1	2
<i>Bachillerato Universitario o Licenciatura</i>	1	4	5
TOTAL	7	5	12

Elaboración propia (2018).

El ausentismo en relación con el nivel académico por parte de los pacientes muestra que la mayoría de los pacientes ausentes cuenta con un grado académico superior siendo un 41,6% (n=5) de los participantes con un grado de técnico o diplomado o bien han realizado estudios universitarios, por otra parte, el 58,3% (n=7) de los encuestados tiene grados académicos menores.

Tabla N° 9

Rango de edad de los de los participantes del plan piloto de la investigación que se ausentaron al menos a una cita de control nutricional

<i>Rango de edad</i>	
<i>De 18 a 24 años</i>	1
<i>De 25 a 29 años</i>	1
<i>De 30 a 34 años</i>	1
<i>De 40 a 44 años</i>	1
<i>Mayor de 65 años</i>	1
<i>Total</i>	5

Elaboración propia (2018).

Según los resultados de la Tabla 9, las edades de las personas que se ausentan son muy variadas, van desde los 18 hasta los 34 años, una persona entre los 40 a 44 años y otra persona mayor a 65 años, tomando en cuenta estos datos 60% (n=3) son adultos jóvenes los que presentan un mayor nivel de ausentismo.

Tabla N°10

Estado civil de los participantes del plan piloto de la investigación que se ausentaron al menos a una cita de control nutricional

<i>Estado civil</i>		
	n	%
<i>Casado</i>	2	40
<i>Divorciado</i>	1	20
<i>Soltero</i>	2	40
<i>Total</i>	5	

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 10 se muestra el estado civil de las personas que se han ausentado al menos a una cita de control nutricional, se determina que un 40% (n=2) de los participantes está soltero y la misma cantidad es casado, el restante 20% (n=1) es una persona divorciada.

Tabla N° 11

Estado laboral de los participantes del plan piloto de la investigación que se ausentaron al menos a una cita de control nutricional

<i>Trabaja</i>		
	n	%
<i>No</i>	2	40
<i>Sí</i>	3	60
Total	5	

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 11 se muestra el estado laboral de las personas que se ausentan, demostrando que el 60% (n=3) reporta que sí trabaja, mientras que el restante 40% (n=2) no es laboralmente activa.

Tabla N° 12

Horario laboral de los participantes del plan piloto de la investigación que se ausentaron al menos a una cita de control nutricional

<i>Horario</i>	n	%
<i>Diurno</i>	2	66,6
<i>Mixto</i>	1	33,3
Total	3	

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 12 se presenta el horario en el cual trabajan las personas que son laboralmente activas que se han ausentado al menos a una cita de control nutricional, donde el 66,6% (n=2) trabaja en un horario diurno, el restante 33,3% (n =1) lo hace en un horario mixto de trabajo.

Tabla N°13

Distancia entre la vivienda y la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Distancia</i>	<i>Ausentes</i>			
	n	%	n	%
	No		Sí	
<i>Menos de 2 km</i>			1	8,3
<i>Entre 2 km y 5 km</i>	3	25	1	8,3
<i>Entre 5 km y 10 km</i>	1	8,3	1	8,3
<i>Entre 10 km y 20 km</i>	1	8,3	2	16,6
<i>Más de 20 km</i>	2	16,6		
Total	7		5	

Elaboración propia (2018).

Según los resultados de la Tabla 13, se presenta la distancia entre la vivienda y la Clínica de Nutrición, donde los pacientes que se ausentan, un 16,6% (n=2) deben viajar más de 0 km, mientras que los pacientes que no se ausentan, 25% (n=3) viven entre 2 km y 5 km, considerándose la distancia como un factor para el ausentismo.

Tabla N° 14

Medio de transporte utilizado para acudir a la Consulta Nutricional de los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Medio de transporte</i>	n No	<i>Ausentes</i>		
		%	n Sí	%
<i>Bus</i>	2	16,6	1	8,3
<i>Caminando</i>			1	8,3
<i>Vehículo manejado por otros (familiar)</i>	3	25	1	8,3
<i>Vehículo propio</i>	2	16,6	2	16,6
Total	7		5	

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 14 se presenta el resultado del medio de transporte que utilizan más comúnmente las personas que se han ausentado a sus citas de seguimiento, un 16,6% (n=2) reporta transportarse en vehículo propio, y un 24,9 (n=3) lo hace en bus, caminando o en un vehículo que maneja un familiar.

Tabla N° 15

Dinero gastado por los participantes del plan piloto de la investigación al acudir a la Consulta Nutricional

<i>Dinero gastado al ir a cita</i>	<i>Ausentes</i>	
	No	Sí
<i>De ¢2 500 a ¢5 000</i>	1	2
<i>De ¢5 000 a ¢10 000</i>	1	
<i>Menos de ¢2 500</i>	5	3
Total	7	5

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 15 se aprecia el dinero gastado por parte de los pacientes cuando deben asistir a las consultas de seguimiento, en el caso de los pacientes que reportan haberse ausentado a su

cita, el 60% (n=3) gasta menos de ¢2 500, y el restante 40% (n=2) gastan entre ¢2 500 a ¢5 000. En el caso de los pacientes que no reportan ausencia, el 71,4% (n=5) indica gastar menos de ¢2 500 el día que acude a la visita.

Tabla N°16

Enfermedades padecidas por los participantes del plan piloto de la investigación

<i>Enfermedad</i>	<i>Ausentes</i>	
	<i>No</i>	<i>Sí</i>
<i>Cáncer</i>	1	
<i>Dislipidemia</i>	2	1
<i>Enf. renal</i>	1	
<i>Enf. respiratoria</i>	2	
<i>Gastritis</i>	1	2
<i>Hipertensión</i>	1	1
<i>Intolerancia a alimentos</i>	1	2
<i>Colon irritable</i>		1
<i>Estreñimiento</i>	1	

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 16 se resume las enfermedades padecidas por los pacientes que se ausentan, donde la mayoría reporta gastritis e intolerancia a los alimentos, así como el colon irritable e hipertensión y dislipidemia.

Tabla N°17

Atención de cita de control nutricional a los pacientes participantes del plan piloto de la investigación que se presentan tarde

<i>Atención incluso llegando tarde</i>	<i>Ausentes</i>	
	<i>No</i>	<i>Sí</i>
<i>No</i>		2
<i>Sí</i>	4	3
<i>Total</i>	4	5

Elaboración propia (2018).

Según lo presentado en la Tabla 17,4% de los pacientes indican no haberse ausentado, pero sí fueron atendidos incluso llegando tarde, por otra parte, los dos pacientes ausentes indican

no haber sido atendidos y a tres de los ausentes sí se les brindó el servicio de consulta de seguimiento.

Tabla N°18

Factores que considerar para ausentarse de los participantes del plan piloto de la investigación que estuvieron ausentes al menos a una cita de control nutricional

<i>Factores</i>	
<i>Compromisos laborales</i>	3
<i>Desmotivación</i>	2
<i>Enfermedad</i>	1
<i>Pereza / Apatía</i>	2
<i>No ver resultados a lo largo del tiempo</i>	2

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 18 se exponen los factores considerados como causas para ausentarse a las citas expresados por los pacientes que ya se han ausentado anteriormente, destaca principalmente los compromisos laborales, seguido por la desmotivación, la pereza y no ver resultados a lo largo del tiempo, como las categorías de mayor incidencia, por último, la enfermedad se reporta como una causa para ausentarse.

Tabla N°19

Cumplimiento de objetivos terapéuticos como factor para ausentarse según sexo del plan piloto de la investigación

<i>Cumplimiento de objetivos terapéuticos</i>	<i>Sexo</i>	<i>Ausencia</i>				<i>Total</i>
		<i>No</i>		<i>Si</i>		
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>No</i>	Femenino	4	33,3	3	25	7
	Masculino			2	16,6	2
<i>Sí</i>	Femenino	2	16,6			2
	Masculino	1	8,33			1
<i>Total</i>		7		5		12

Elaboración propia (2018).

En la Tabla 19 se reúnen los resultados según sexo y ausencia a las citas con base en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos como un factor para ausentarse a las citas de control nutricional. En el caso de las personas ausentes que corresponden al 41,6% (n=5)

reportan que no lo consideran. Por otra parte, de los pacientes que no se ha ausentado un 33,3% (n=4) del sexo femenino reporta no considerarlo, mientras que el 16,6% correspondiente al sexo femenino sí considera un factor importante, así como el 8,33% (n=1) del sexo masculino lo reporta como un factor a considerar para ausentarse.

**Anexo 3. Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes activos de la
Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana**

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Carrera de Nutrición

Investigador: Pablo Mora Poveda

Fecha: _____

Código: _____

Cuestionario: "Cuestionario de posibles factores de ausentismo en pacientes"

“Posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, en el periodo comprendido entre septiembre 2018 y febrero 2019”, corresponde al título de la investigación que es realizada por un estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, para optar por el grado académico de Licenciatura.

Instrucciones:

- El cuestionario que va a realizar es con la finalidad de conocer los motivos por los cuales los pacientes se ausentan a las citas de seguimiento de la consulta nutricional.
- Las respuestas brindadas son completamente confidenciales y anónimas, por lo que agradezco que sean contestadas con sinceridad y en el espacio indicado para tal fin.
- En caso de no comprender la pregunta o su contenido, por favor evacuar las dudas antes de responder, para evitar errores.
- El cuestionario consta de 3 partes que permitirán obtener información acerca de los motivos sociales, geográficos, laborales, económicos e institucionales, que sugieren la ausencia a las citas de seguimiento.

Se agradece de antemano su colaboración y disposición para realizar este cuestionario.

I Parte. Datos sociodemográficos. En este apartado se presentan una serie de preguntas relacionadas con factores sociodemográficos, en los cuales se incluyen datos sociales, económicos, geográficos y laborales. Marque con una X su respuesta en el recuadro.

1. ¿Cuál es su sexo?

Masculino

Femenino

2. ¿Cuál es su rango de edad?

De 18 a 24 años

De 25 - 29 años

De 30 - 34 años

De 35 - 39 años

De 40 - 44 años

De 45 - 49 años

De 50 - 54 años

De 55 - 60 años

De 61 - a 65 años

3. ¿Cuál es su nivel académico?

Sin escolaridad

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico o Diplomado

Bachillerato Universitario o
Licenciatura

Maestría o Doctorado

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero (a)

Casado (a)

Separado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)

Unión libre

5. ¿Es usted referido de algún centro hospitalario?

Sí ¿Cuál? _____

No

6. ¿Tiene usted el cuidado de alguna persona?

Sí

No

*En caso de contestar No, pasar a la pregunta 8.

7. ¿Quién es la persona que está a su cuidado?

Infante o niño

Enfermo o incapacitado

Persona adulta mayor con discapacidad

8. ¿Considera usted sentir apoyo de sus familiares para asistir a una cita nutricional?

Sí

No

9. En este momento, ¿usted trabaja?

Sí

No

*En caso de contestar No, pasar a la pregunta 17.

10. ¿Cómo es su ingreso económico?

Asalariado

Trabajador independiente

Pensionado

11. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?

Menos de ¢280 000

De ¢280 000 a ¢500 000

De ¢500 000 a ¢750 000

De ¢750 000 a ¢950 000

Más de ¢900 000

12. ¿Cuántas personas dependen directamente de ese ingreso?

1 persona

2 personas

3 personas

4 personas

Más de 5 personas

13. ¿Cuál es su horario de trabajo?

Diurno

Nocturno

Mixto

Rotativo

14. ¿Cuántas horas al día trabaja?

4 horas – 8 horas

8 horas – 12 horas

Más de 12 horas

15. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la empresa?

Menos de un año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 10 a 20 años

Más de 20 años

16. ¿Ofrecen servicios de Nutrición en su lugar de trabajo?

Si

No

17. ¿Cuál es el transporte utilizado para acudir a las citas?

Vehículo propio

Vehículo manejado por otros (familiar)

Bicicleta

Caminando

Bus

Taxi

Uber Alajuela Tren Heredia

18. ¿Cuánto dinero gasta al acudir a una cita de nutrición (transporte, alimentación)?

 Cartago Menos de ¢2 500 Guanacaste De ¢2 500 a ¢5 000 Puntarenas De ¢5 000 a ¢10 000 Limón Más de ¢10 000

21. ¿Cuánta distancia hay desde su residencia hasta los consultorios de nutrición?

19. ¿Es usted costarricense?

 Menos de 2 km Sí Entre 2 y 5 km No Entre 5 y 10 km

En caso de responder No, favor indicar su nacionalidad:

 Entre 10 y 20 km

20. ¿Cuál es la provincia de su residencia?

 Más de 20 km San José

II Parte. Patologías asociadas. En este apartado se presentan diferentes enfermedades, marque con una X su respuesta en el recuadro, si usted padece de alguna o varias de ellas.

22. De las siguientes patologías, por favor indicar la(s) que usted padece:

Patología	Sí	Patología	Sí	Patología	Sí
Diabetes		Enf. renal		Gastritis	
Dislipidemia		Problemas tiroideos		Colon irritable	
Enf. respiratoria		Cáncer		Problemas dentales o deglución	
Enf. cardiovascular		Estreñimiento		Intolerancia a alimentos	
Hipertensión		Diarreas		VIH / SIDA	
Colelitiasis					

III Parte. Datos institucionales. En este apartado se presentan una serie de preguntas relacionadas con factores propios de los consultorios de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana. Marque con una X su respuesta en el recuadro.

23. ¿Considera usted que el horario de atención favorece una adecuada asistencia a las citas?

Sí

No

24. ¿En algún momento, el trato recibido por parte de alguna persona (estudiante / administrativo) le ha hecho analizar ausentarse a alguna cita?

Sí

No

25. ¿Ha llegado tarde alguna vez a su cita?

Sí

No

*En caso de contestar "No" pasar a la pregunta 27.

26. ¿Se le ha atendido, incluso llegando tarde?

Sí

No

27. ¿Ha tenido que esperar más de 30 minutos para ser atendido?

Sí

No

28. ¿Considera que el servicio de recordatorio escrito le ha beneficiado para tener presente la cita?

Sí

No

29. ¿Considera que el servicio de recordatorio telefónico le ha beneficiado para tener recordar la cita?

Sí

No

30. ¿Consideraría que algún otro servicio de recordatorio (SMS, correo electrónico, WhatsApp) como una mejor opción para su asistencia?

Sí ¿Cuál? _____

No

31. ¿Recibe siempre el recordatorio escrito con la información de su próxima cita?

Sí

No

32. ¿Se siente motivado por el (los) estudiante (s) para la asistencia a la consulta?

Sí

No

33. ¿Se siente motivado por parte del personal clínico y administrativo para la asistencia a la consulta?

Sí

No

34. ¿Considera que la consulta nutricional es interactiva y lo motiva a asistir a su próxima cita?

Sí

No

IV Parte. Ausentismo y la reprogramación de citas. En este apartado se presentan una serie de preguntas relacionadas con el comportamiento de ausencia y reprogramación. Marque con una X su respuesta en el recuadro.

35. ¿El logro de sus objetivos terapéuticos puede ser considerado una razón para ausentarse a las citas?

Sí

No

36. ¿Alguna vez se ha ausentado al menos a una cita?

Sí

No

*En caso de contestar "No" pasar a V parte.

37. ¿Reprogramó inmediatamente esa cita?

Sí

No

38. ¿Al ausentarse, cuánto tiempo después se le volvió a agendar una cita?

A la semana siguiente

Al siguiente mes

Al menos dos meses después

De 3 a 6 meses después

Más de 3 meses después

V Parte. Plantilla inteligente. En este apartado se presentan una serie de opciones, las cuales deberá marcar los factores que usted considere más importantes para ausentarse a una cita de seguimiento de la consulta nutricional.

Olvido

Pereza / Apatía

Compromisos laborales

Desmotivación

No tuvo acompañante

No ver resultados a lo largo del tiempo

Dificultad económica

Horario no compatible

Enfermedad

Dificultad de transporte

Problemas climáticos

Largo tiempo de espera para ser atendido

Falta de comunicación

Otro

¡Muchas gracias por su participación, la cual es invaluable para realizar esta investigación!

Anexo 4. Nivel de ausentismo según conteo de agendas del consultorio durante el año 2018

ANUAL				Total de citas	Citas según categoría
	Exitosa		n	%	%
		Nueva	978	12	67%
		Seguimiento	3895	46	56%
		Total	4873	58	
	Ausencia				
		Nueva	293	4	20%
		Seguimiento	1482	18	21%
		Total	1775	22	
	Reprogramada				
	Nueva	190	2	13%	
	Seguimiento	1549	18	22%	
	Total	1739	20		
Total					
	Nueva	1461	17		
	Seguimiento	6926	83		
	TOTAL	8387	100		

Fuente: Elaboración propia (2018).

Anexo 5. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
 ESCUELA DE NUTRICIÓN
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
 Teléfono:(506) 2256-8197

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Factores asociados al ausentismo en los pacientes de 25 a 60 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, durante el año 2018.

Nombre del investigador: Pablo Mora Poveda.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es realizada por un estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, para optar por el grado académico de Licenciatura. El objetivo es conocer los principales motivos por los cuales los pacientes se ausentan a las citas de seguimiento de la consulta nutricional. La investigación tiene una duración aproximada de 6 meses, y la participación de las personas es una sesión de 15 a 30 minutos como máximo.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Se le realizará una entrevista en la cual usted deberá contestar las preguntas con sinceridad, ya que la información aportada es confidencial. La mayoría de las preguntas tienen solo respuestas para facilitar la comprensión y la sinceridad del encuestado, todas las preguntas sugieren información social, económica, laboral, geográfica y de su percepción de la atención de la Clínica de Nutrición, por último, se preguntará al encuestado de manera directa sobre los motivos que podrían hacer que la persona se ausente a una cita de control nutricional.

Los requisitos para participar en la investigación es ser paciente activo de la clínica de nutrición, tener entre 25 a 60 años y poder contestar las preguntas sin ayudas de terceros. Al aceptar ser parte de la investigación se compromete a colaborar con la información requerida.

Su participación en la investigación será breve, la cual consta de una sola sesión donde se obtienen los datos.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: no comprender las preguntas planteadas y contestar de manera

errónea, sin embargo, el investigador le garantiza una correcta orientación y discreción en sus respuestas.

2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que el investigador determine los factores más comunes por los cuales los pacientes se ausentan a la cita de control y se puedan establecer procedimientos para evitarlos, este conocimiento beneficiará a otros estudiantes en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador Pablo Mora Poveda, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 8308 5482 en el horario 8:00 am a 4:00 pm de lunes a viernes. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2256-8197, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Pablo Mora Poveda, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 6-0389-0451 egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN NUTRICION, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: POSIBLES FACTORES ASOCIADOS AL AUSENTISMO EN LOS PACIENTES ACTIVOS DE 18 A 65 AÑOS DE AMBOS SEXOS DE LA CLÍNICA DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE 2018 A FEBRERO 2019, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 09 días del mes de abril del 2019.



Pablo Mora Poveda

Cédula 6 0389 0451

CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL TUTOR

04 de abril de 2019

Sres.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimado señores:

El estudiante Pablo Mora Poveda, cédula de identidad número 603890451 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de Tesis "Posibles factores asociados al ausentismo en los pacientes activos de 18 a 65 años de ambos sexos de la Clínica de Nutrición en la Unviersidad Hispanoamericana, en el periodo comprendido entre septiembre 2018 a febrero 2019", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por la postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		100

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


MBA. Yarelmy Chacón Sandí
1-1087-0860
Código Colegio Profesional 251-10

CARTA DEL LECTOR

San José, 10 de mayo 2019

MBA. Yorleny Chacón Sandí
Nutrición
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante Pablo Mora Poveda, cédula de identidad número 603890451, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el Informe final de su tesis, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de lectora, he verificado que cumple con los requisitos de este proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación: 100 puntos

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de filólogo.

Atentamente,



Dra. Sonia Espinoza Delgado
Cédula identidad 11177317
Carné Colegio Profesional 1335-13

13 de mayo del 2019

Señores
Universidad Hispanoamericana
Carrera de Nutrición

Estimados señores:

Leí y corregí la tesis denominada: **POSIBLES FACTORES ASOCIADOS AL AUSENTISMO EN LOS PACIENTES ACTIVOS DE 18 A 65 AÑOS DE AMBOS SEXOS DE LA CLÍNICA DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE 2018 Y FEBRERO 2019**, elaborado por Pablo Mora Poveda, para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

Corregí el trabajo en aspectos tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado la Universidad, por cuanto cumple con los requisitos establecidos.

Cordialmente,



Licda. Ginette Fonseca Vargas
Carné 10993
Colegio de Licenciados y Profesores en Artes y Letras