

Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes Desde la Perspectiva del Paciente y el Cuidador por Eduardo L. Bunge

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



**Universidad de Palermo**

**Doctorado en Psicología**

**Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes Desde la  
Perspectiva del Paciente y el Cuidador**

**Lic. Eduardo L. Bunge**

**Prof. Dr. Alejandro Castro Solano**

**Septiembre, 12 de 2012**

## Índice

<b>Agradecimientos</b>	9
<b>Introducción general</b>	14
<b>PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA</b>	
<b>1. Introducción teórica</b>	21
<b>2. Calidad en Salud Pública</b>	23
2.1 Calidad en los Sistemas de Salud	23
2.2 Modelos de evaluación de la calidad en salud mental	25
2.2.1 Monitoreo de la calidad	26
2.2.2 Gestión global de la calidad / Mejora continua de la calidad	27
2.2.3 Método de ponderación	28
2.2.4 El modelo multifacético de evaluación de tratamientos	28
2.2.5 Guía para la mejora de la calidad	30
2.3 Satisfacción y eficacia en la evaluación de calidad en salud mental	35
2.3.1 Relación entre calidad, satisfacción del usuario y eficacia	38
2.5 Utilidad de la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental	41

<b>3. Perspectivas Teóricas de la Satisfacción del Usuario con los Sistemas de Salud</b>	46
3.1 Definición de satisfacción del usuario	46
3.2 Dimensiones de la satisfacción del usuario	48
<b>4. Estudios Sobre Satisfacción en los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes</b>	55
4.1 Niveles de satisfacción según las características de los servicios	55
4.2 Niveles de satisfacción según las características del usuario	59
4.2.1 Estudios sobre satisfacción de los usuarios desde la perspectiva de los adolescentes	59
4.2.1.1 Variables sociodemográficas	60
4.2.1.2 Variables psicológicas	61
4.2.3 Estudios sobre satisfacción de los usuarios desde la perspectiva de los padres	62
4.3 Niveles de satisfacción según el resultado del tratamiento	64
4.4 Niveles de satisfacción en el contexto cultural latinoamericano	66

## 5. Metodología e Instrumentos de Evaluación Utilizados en el Estudio de la

<b>Satisfacción del Usuario</b>	69
5.1 Instrumentos	69
5.1.1 Cuestionario de satisfacción del usuario	71
5.1.2 Cuestionario de Satisfacción de Padres	72
5.1.3 Escala de Satisfacción	72
5.1.4 Cuestionario de Satisfacción de Usuarios Jóvenes	73
5.1.5 Escala Multidimensional de Satisfacción Adolescente	74
5.1.6 Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES)	75
5.1.7 Cuestionario de Satisfacción de Jóvenes (CSJ)	76
5.1.8 Escala de Satisfacción del Servicio de Verona	77
5.2 Metodología	78
5.2.1 Tasas de respuesta	79
5.2.2 Diferencias según el grado de respuesta	80
5.2.3 Respuestas sesgadas	81
5.2.4 Participación del usuario	82
5.2.5 Recolección de datos	82
5.2.6 Cuándo recolectar los datos	83

## SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

<b>6. Introducción al Estudio Empírico</b>	87
<b>7. Método</b>	90
7.1 Objetivo general	90
7.2 Objetivos específicos	90
7.3 Objetivos secundarios	92
7.4 Preguntas e Hipótesis	93
7.5 Tipo de estudio	94
7.6 Participantes	93
7.7 Instrumentos	97
7.7.1 El Cuestionario de Experiencias con el Servicio (CES)	97
7.7.2 Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF)	98
7.8 Procedimiento	101
7.9 Análisis de Datos	102
<b>8. Resultados</b>	108
8.1 Exploración de los Aspectos Valorados por los Usuarios del SSMNA	109

8.1.1. Aspectos valorados positivamente.	106
8.1.2. Aspectos valorados negativamente.	111
8.1.3. Análisis de los aspectos que los usuarios desearían agregar al SSMNA.	111
8.1.4. Ejemplificación de las Categorías más frecuentemente identificadas.	113
8.2. Evaluación de los niveles de Satisfacción de los Usuarios Niños y Adolescentes en relación a sus Padres	116
8.3. Diferencias en la Satisfacción de los Usuarios Según la Edad de los Niños y Adolescentes	117
8.4. Diferencias en la Satisfacción de los Usuarios de los Padres, Niños y Adolescentes Según el SSMNA	117
8.5. Diferencias Individuales en la SU Según el tipo de Problema	118
8.6. Diferencias en la SU Según el Impacto del Problema	121
<b>Resultados de los Objetivos Secundarios</b>	122
8.7 Adaptación del CES para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios	122
8.7.1 Adaptación lingüística.	122
8.7.2 Fiabilidad.	122
8.8 Adaptación del CDF para la Evaluación del Tipo de Problema	123
8.8.1 Adaptación lingüística.	123

8.8.2 Fiabilidad.	123
8.8.3 Validez - Análisis factorial del CDF.	123
8.8.4 Validez concurrente.	127
8.9 Síntesis de resultados	129

### **TERCERA PARTE: DISCUSIÓN**

<b>9.1 Conclusión y Discusión</b>	133
<b>9.2 Limitaciones</b>	144
<b>9.3 Direcciones Futuras</b>	146
<b>10. Referencias</b>	148
<b>11. Anexos</b>	172
1. Brecha entre Necesidades y Recursos Disponibles en Salud Mental para Niños y Adolescentes	173
2. Cuestionario de Experiencia con el Servicio. Versión Padres	174
3. Cuestionario de Experiencia con el Servicio. Versión Adolescentes	176
4. Cuestionario de Experiencia con el Servicio. Versión Niños	178
5. Cuestionario de Dificultades y Fortalezas Versión Padres	180
6. Cuestionario de Dificultades y Fortalezas Versión Jóvenes	182
7. Procedimiento de Toma de Escalas	184
8. Consentimiento Informado	185



## Lista de Tablas y Figuras

### Tablas

Tabla 2.2.1 Marco de evaluación de la calidad del cuidado	27
Tabla 2.2.5c Ejemplos de indicadores de la calidad de salud mental según el interesado	34
Tabla 7.6: Participantes según SSMNA	95
Tabla 7.9.1: Distribución de la SU según muestra. Prueba de Kolmogorov Smirnov	103
Tabla 7.9.2: Distribución de la SU según muestra. Prueba de Levene	103
Tabla 7.9.3: Distribución de la variable satisfacción de los padres según tipo de problema del hijo. Prueba de Levene	103
Tabla 7.9.4: Distribución de la variable satisfacción de los jóvenes según tipo de problema. Prueba de Levene	104
Tabla 8.1.1: Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos positivos	110
Tabla 8.1.2: Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos negativos	112
Tabla 8.1.3: Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos que se desean agregar	113
Tabla 8.1.4a: Ejemplificación de las categorías más frecuentemente identificadas para los aspectos positivos	114
Tabla 8.1.4b: Ejemplificación de las categorías más frecuentemente identificadas para los	

aspectos negativos	115
Tabla 8.4: Diferencias en satisfacción según tipo de tratamiento psicológico	118
Tabla 8.5: Diferencias entre satisfacción y tipo de problemas de los niños y adolescentes según reporte de PADRES	120
Tabla 8.7.2: Diferencias entre satisfacción y tipo de problemas de los niños y adolescentes según reporte de JÓVENES	120
Tabla 8.8.3.1: Varianza y matriz de componentes rotados CDF versión PADRES	125
Tabla 8.8.3.2: Varianza y matriz de componentes rotados CDF versión JÓVENES	126
Tabla 8.8.4: Correlación entre las subescalas del CDF según las versiones de padres y jóvenes	128

### Figuras

Figura 2.2.5a: Programa de siete pasos. Tomado de OMS (2003)	31
Figura 2.2.5b: La pirámide de la calidad. Tomado de OMS (2003)	33
Figura 6.1: Planteo general de la tesis.	89

## **Agradecimientos**

Esta tesis es en gran parte producto del inmenso apoyo que me brindaron muchas personas. Quiero agradecerles a todos, a los que me ayudaron tanto en lo académico como en lo profesional y personal.

En primer lugar, al Dr. Alejandro Castro Solano, director de la tesis, por haber confiado en mí desde un inicio. Sin su guía no hubiera sido posible concluirla, su paciencia para leer una y otra vez los borradores fueron claves. Su exigencia, definitivamente me permitió aprender lo que no imaginaba que podía hacer.

A Martín Gomar y Javier Mandil, quienes me alentaron en todo momento y ayudaron más de lo que ellos creen en que pueda confiar en mí. Por haberme apoyado en los momentos más difíciles, apostando a crecer juntos en lo profesional y personal.

A la Dra. Ana Maglio, por toda su calma y claridad para desenredar mis dudas. Sus correcciones y sugerencias me permitieron profundizar definitivamente el arte de investigar.

A todos los miembros de Fundación ETCI (Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil), Gabriela Carrea, Raul Borgialli, Florencia Duthu, Javier Labourt, Carolina Sottani, Ignacio Rizzo, Mar Tosas, Francisco Musich, Mariano Scandar, Guillermo Vasallo, Soledad Carro, Melisa Barreira, Gonzalo Cichero, Mariano Angulo, Carina Barilá, Ana Sinclair, Michelle Cababié y Romina Agejas. Por su compañerismo constante, por contagiarme las ganas de seguir aprendiendo y por formar un equipo del que nos sentimos orgullosos.

Al personal del Centro Privado de Psicoterapias, en especial al Lic. Hugo Hirsch, Alejandra Bader y Graciela Herborn, quienes me abrieron las puertas desinteresadamente y brindaron una colaboración esencial para poder finalizar el estudio.

Al directorio y personal del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires D. XV, en particular a Nieves Ruiz por permitir que este proyecto cuente con la colaboración de los profesionales del Servicio de Asistencia a la Comunidad.

A Ricardo Muñoz, por transmitirme la importancia que implicaba emprender este proyecto y una visión generosa, humilde y sana de la profesión. A Ricardo Rodríguez Biglieri, Pablo Gagliesi, Javier Camacho y Ernesto Wahlberg por acompañarme en la profesión como pocos lo hicieron. A Pablo López, por sus sabias explicaciones y contribuciones. A Ceri Savage, por su apoyo e inspiración en los inicios de este emprendimiento. A Julieta Díaz de Vivar, Bernabé Morixe, y Norberto Lechman, por su colaboración gentil y buena predisposición.

A Mariano Tirigall Pinto, inspiración absoluta en mi desarrollo personal y profesional, y a todos los miembros de Eolic, por energizar mi profesión.

A los alumnos que me obligan a querer actualizarme y aprender cada día más.

A todos los pacientes que aceptaron colaborar en este proyecto ayudando a que podamos comprender mejor su visión de los servicios que brindamos los profesionales de la salud mental, un pequeño grano de arena clave para reducir el sufrimiento de millones de personas.

Finalmente, en lo personal, a Estefanía Millán y Félix Bunge, mi familia querida. Por hacerme feliz y porque sin notarlo fueron el motor que me impulsó a perseverar en el esfuerzo y el oxígeno cuando la energía se agotaba. También, como siempre, a mis padres, hermanos y sobrinos, por hacer de mi vida una alegría constante.

*El balance del poder ya no estará con el sistema, sino que habrá una relación igualitaria entre los servicios y los usuarios que los utilizan y eligen.*

*El futuro de la salud mental (Main, 2006)*



## INTRODUCCIÓN GENERAL

La evaluación de la satisfacción del usuario (SU) se ha vuelto un elemento esencial de quienes evalúan la calidad de los servicios de salud mental en general. La evaluación de la misma en el campo particular de los servicios de salud mental para niños y adolescentes (SSMNA) es más reciente y se la ha investigado en menor medida. Esto, es a pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la promoción y prevención de la salud mental en los niños y adolescentes. En este ámbito existe una brecha inmensa entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles (Belfer, 2008 – Ver Anexo 1). Sobre todo en los países de bajos y medianos recursos donde vive el 90% de los niños y adolescentes de la población mundial, sin embargo solo un 10% de los estudios en SSMNA se realizan en dichos países (Kieling, 2011).

Si se desea brindar acceso a los servicios básicos de salud mental a todas las personas, se requiere que los servicios de salud mental (SSM) cuenten con una calidad adecuada (OMS, 2003), estos deberían incluso garantizar la calidad de su servicio (Ley Nacional de Salud Mental 26.657., 2010; Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000). Sin embargo, un informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001a) señala que existe un abismo entre las intervenciones que probaron su utilidad y las que se administran, lo cual atenta contra la calidad de los servicios de salud. Además, a pesar de que existe un consenso acerca de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, estos suelen carecer de capacidad para medir sus propias debilidades y limitaciones (OMS, 2009)

La calidad en salud implica el grado en el que los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener buenos resultados y la medida en que estos son coherentes con el conocimiento profesional actual (Institute of Medicine, 2001). Es decir, la medida en que se alcanzan o no los resultados que se desean alcanzar, y si éstos resultados son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. La evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental es uno de los componentes involucrados dentro del

ámbito de la evaluación de la calidad de los SSM. Si bien la reducción de los síntomas de la enfermedad debería ser la prioridad en la gestión de una política sanitaria eficaz, una vez garantizada la eficacia, deberían dedicarse recursos adicionales para alcanzar la mayor calidad del servicio posible, lo cual incluye alcanzar niveles elevados de satisfacción (Serrano del Rosal & Loriente Arín, 2008).

La SU consiste en una medida subjetiva, definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción que tiene del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999). La expresión de satisfacción o insatisfacción es el juicio sobre la calidad del cuidado desde la perspectiva del paciente y si bien la perspectiva del paciente abarcaría todos los aspectos del cuidado, principalmente concerniría a la evaluación del proceso interpersonal (Donabedian, 1988)

Donabedian (1992) divide la atención médica en una dimensión técnica y otra interpersonal. La primera alude a la aplicación del proceso médico-curativo para solucionar el problema de salud, mientras que la segunda a la interacción social entre prestadores y usuarios. La SU suele hacer énfasis en la dimensión interpersonal del proceso de cuidado. “Si bien se puede discutir la validez de la satisfacción del paciente como indicador de la calidad... la información sobre la satisfacción de los pacientes debería ser indispensable para la evaluación de la calidad del cuidado y para la gestión de los sistemas de cuidado de la salud (Donabedian, 1988, p.7)”.

La experiencia del usuario del servicio de salud es una fuente de información esencial acerca de la calidad del servicio que se está proveyendo (Commission for Health Improvement, 2004) y la importancia de evaluar la SU radicaría en que la información acerca de qué afecta la satisfacción contribuiría a que se provean mejores servicios de salud mental centrados en el paciente.

La evaluación de la SU se relaciona con una serie de beneficios potenciales. En primer lugar, está relacionada con el uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento y con los resultados clínicos y sociales del servicio (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004); los pacientes satisfechos suelen mostrarse más



predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Willams, 1994); a cumplir con las futuras citas (Linder-Pelz, 1982); serviría como indicador de la adecuación de los servicios que se están brindando (Rey, O'Brien & Walter, 2002), e incluso se observó un proceso de mejora de la calidad de un SSMNA comunitario mediante un estudio que evaluó las áreas de insatisfacción identificadas por los usuarios (Stallard, 2001).

En el campo de los SSMNA son múltiples las variables que pueden asociarse con la SU (por ejemplo: variables sociodemográficas, satisfacción de los padres, satisfacción de los hijos). Respecto de la relación entre las variables sociodemográficas y la SU, la evidencia es confusa (por ejemplo para género, etnia, educación e ingresos) (Barber, Tischler & Healy, 2006). Con respecto a la satisfacción de los padres con el servicio, se considera que puede ser esencial para el involucramiento y la continuación del tratamiento (Breda & Bickman, 1997; Martin, Petr, & Kapp, 2003), y comprender qué aspectos pueden contribuir a la satisfacción de los padres ayudaría a diseñar servicios más efectivos y/o aceptables para el usuario (Rey, Plapp & Simpson, 1999). Se observó que los padres cuyos niños presentaban niveles menores de patología tendían a estar más satisfechos y la satisfacción de los padres fue significativamente mayor en los niños con menor deterioro (Measelle, Weinstein & Martinez, 1998); los padres de niños con síntomas externalizadores reportaron niveles de satisfacción menores que aquellos cuyos hijos presentaban trastornos internalizadores (Bjørngaard, Wessel Andersson & Osborg Ose, 2008); y no se hallaron diferencias substanciales padres de niños o niñas (Bjørngaard, et al., 2008; Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000).

Por otro lado, en cuanto a la satisfacción de los niños y adolescentes con los SSMNA se considera que las necesidades de los padres y sus hijos sobre los servicios no necesariamente son las mismas (Rey, Plapp & Simpson, 1999), de hecho se observó que si bien los niños y adolescentes reportaron niveles elevados de satisfacción, en general ambos presentaron niveles menores de satisfacción que sus padres/cuidadores (Barber, Tischler & Healy, 2006). En cuanto a la diferencia entre niños y adolescentes los hallazgos son variados, según

Simonian et al., (1993), los niños mayores se encontraban más satisfechos que los niños menores, mientras que según Stuntzner-Gibson, Koren y Dechillo (1995) la satisfacción tiende a decrecer con la edad.

Los estudios sobre satisfacción con SSMNA en el contexto hispano y latinoamericano son escasos y lo mismo ocurre en el contexto local a pesar de los aportes que estos pueden representar. La falta de estudios sobre la SU con los SSMNA en el ámbito local representa un bache significativo en el conocimiento al respecto y consecuentemente en la posibilidad de operar a partir del mismo.

Esta tesis pretende aportar a la comprensión de tal fenómeno en el campo local. Por ello al momento de iniciar esta tesis se plantearon las siguientes preguntas: ¿qué aspectos valoran como positivos y/o negativos los usuarios de los SSMNA?, ¿hay diferencias en el grado de SU con los SSMNA entre los niños, adolescentes y padres/cuidadores (P/C)?, ¿hay diferencias en la SU según la edad de los niños y adolescentes?, ¿existen diferencias entre el grado de SU con los SSMNA que reciben tratamientos psicológicos diferenciales (cognitivo comportamental, sistémico y orientación psicodinámica)?, ¿hay diferencias en la SU de los niños y adolescentes de acuerdo al tipo de problema, (síntomas emocionales, problemas de conducta, de hiperactividad o de relación con sus pares) que presenten?, y ¿hay diferencias individuales en la SU de los niños y adolescentes de acuerdo al impacto del problema que presentan? Para abarcar dichas temáticas se trabajó en diferentes etapas descriptas a continuación.

En la primera etapa se presenta una revisión bibliográfica exhaustiva que se sintetiza a lo largo de los capítulos que componen el marco teórico. En ella, se delimita el campo de la SU, dentro de la evaluación de la calidad en salud mental, se revisa el origen y la definición del constructo SU; la importancia del estudio de la SU, los estudios empíricos sobre SU y por último las metodologías e instrumentos utilizados en los estudios sobre SU.

En una segunda etapa de la tesis se reseña el trabajo empírico. En el mismo, se trabajó con una muestra de 382 sujetos, conformada por padres, niños y adolescentes que se encontraban recibiendo tratamiento en

SSMNA y se trabajó con profesionales y usuarios de tres servicios de salud mental de Capital Federal y de la zona norte del Gran Buenos Aires, a los largo de dos años.

En la sección empírica, inicialmente se evaluó el grado de SU a partir de un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios: el Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES; Commission for Health Improvement 2002 [Experience of Service Questionnaire]). Posteriormente, se evaluó la SU según el tipo de problema de acuerdo de los usuarios según el reporte del Cuestionario de dificultades y Fortalezas (CDF-Goodman, Meltzer & Bailey, 1998 [Strengths and Difficulties Questionnaire]).

Al inicio de la sección empírica se describen los resultados de la adaptación del CES. Luego se detalla el estudio cualitativo de las preguntas exploratorias acerca de qué aspectos valoran como positivos, negativos, o desean agregar a los servicios los usuarios. El mismo se realizó siguiendo la metodología del análisis de temático de acuerdo a los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006). Seguido, se describen los resultados de los análisis cuantitativos, donde se analizaron las diferencias individuales en la SU entre padres, niños y adolescentes; entre niños y adolescentes según la edad; y según la orientación teórica del SSMNA.

Posteriormente, en la sección empírica se presentan los resultados de la adaptación del CDF para evaluar el tipo de problema. Seguido se presentan los análisis cuantitativos que evaluaron la relación entre SU y tipo de problema, y SU e impacto del problema.

A continuación, se presenta el apartado con las conclusiones y la discusión sobre la importancia de este trabajo y sus consecuencias para el estudio de la satisfacción de los usuarios en el ámbito de la salud mental. Asimismo, se presentan las limitaciones que presenta el trabajo las futuras líneas de investigación en el ámbito.

La evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la evaluación de resultados en los países de bajos recursos debido a que son estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para los prestadores de servicios de salud. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de niños y adolescentes que habitan en

dichos países, la elevada necesidad de contar con servicios de salud mental adecuados y la escases de estudios que evalúan los servicios prestados; la evaluación de la SU con los SSMNA en tal contexto, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

## **PARTE PRIMERA: REVISIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA**

## 1. Introducción teórica

A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la promoción y prevención de la salud mental en los niños y adolescentes, existe una brecha inmensa entre sus necesidades y los recursos disponibles (Belfer, 2008). Esto tiene importantes consecuencias ya que gran parte de los problemas en salud mental de los adultos se originan en la infancia (Kim-Cohen, et al., 2003; Kessler, Angermeyer, Anthony, et al., 2007). Los problemas de salud mental afectan a un 10-20% de los niños y adolescentes en el mundo (Kieling, 2011).

En los países de bajos y medianos recursos vive el 90% de los niños y adolescentes; y a pesar de ello solo un 10% de los estudios en salud mental se realizan en dichos países (Kieling, 2011). Debido a ello, Kieling sostiene que hay evidencia suficiente para justificar el desarrollo de los servicios de salud mental para niños y adolescentes (SSMNA) en dichos contextos; y esto se ve limitado por la falta de políticas gubernamentales, falta de financiamiento y escasos de profesionales entrenados. Por lo tanto, el apoyo a la investigación en la salud mental de los niños y adolescentes en los países de medianos y bajos recursos es necesaria, ya que la prevención e intervención temprana podría evitar problemas de salud mental en los adultos y mejorar el bienestar (Kieling, 2011).

En los países desarrollados, la preocupación por la eficacia de los servicios de salud mental ha crecido en los últimos años (Lambert, Salzer & Bikman, 1998). La medición de los resultados de los servicios de salud mental se ha vuelto una práctica corriente. Inicialmente, se evaluó la eficacia de los servicios en términos de reducción de la sintomatología solamente y las prestadoras de salud comenzaron a evaluar el costo y el beneficio de las intervenciones, lo que generó preocupación en los usuarios acerca de la posible merma en la calidad del cuidado (Lambert et al., 1998). Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones suelen ser costosos y arrojan resultados que no necesariamente se pueden extrapolar al contexto clínico debido por ejemplo, a los rigurosos criterios de inclusión de los sujetos en las investigaciones, lo que no se da en el ámbito clínico.

Ante ello, Seligman, (1995) llevó a cabo un estudio novedoso para aquel entonces sobre la psicoterapia en el contexto clínico, en el además de evaluar el cambio percibido, también evaluó la satisfacción con el tratamiento. Paralelamente, los servicios de salud mental, además de evaluar la eficacia en la reducción de la sintomatología, también incorporaron la evaluación de la satisfacción de los usuarios (SU) (Lambert et al., 1998). De hecho, Bilbrey & Bilbrey (1995) observaron que el 90% de las prestadoras de salud mental consideran la evaluación de la SU como el método más útil para evaluar los resultado.

La evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la evaluación de resultados en los países de bajos recursos debido a que son estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para los prestadores de servicios de salud. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de niños y adolescentes que habitan en dichos países, la elevada necesidad de contar con servicios de salud mental adecuados y la escases de estudios que evalúan los servicios prestados; la evaluación de la SU con los SSMNA en tal contexto, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

Para una adecuada promoción de la salud mental se requiere de servicios de salud de calidad, lo que implica que satisfagan las necesidades de los usuarios y contribuyan también a reducir su sintomatología. A continuación se describen los principales aspectos de la evaluación de la calidad en salud mental, de los aspectos involucrados en la SU y la eficacia.

## **2. Calidad en Salud Pública**

### **2.1 Calidad en los Sistemas de Salud**

Si bien existe un fuerte consenso acerca de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, en los países en desarrollo no hay un marco establecido para lograrlo y muchos sistemas de salud simplemente carecen de capacidad para medir sus propias debilidades y limitaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009). La OMS (2003) afirma que toda persona que lo precise debería tener acceso a servicios básicos de salud mental, ello requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles.

La calidad de los servicios que se prestan debería ser un fin al que todo servicio de salud mental aspire y la legislación argentina tiene como objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas (Ley Nacional de Salud Mental 26.657., 2010; Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000). Ello se aplica para todos los sectores del Sistema de Salud Mental (estatal, de seguridad social y privado) y se indica que la autoridad de aplicación debe garantizar la mejor calidad y efectividad así como también potenciar los recursos orientados a la asistencia (Artículo 8°. Ley 448).

Sin embargo, un informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2001) señala que existe un abismo entre lo que se conoce que funciona y lo que se pone en práctica, lo cual atenta contra la calidad de los servicios de salud.

La calidad en salud implica el grado en el que los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener buenos resultados y la medida en que estos son coherentes con el conocimiento profesional actual (Institute of Medicine, 2001). Es decir, la medida en que se alcanzan o no los resultados que se desean alcanzar, y si éstos resultados son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esto incluye dos componentes: por un lado los usuarios (personas con trastornos mentales, sus familias y la población en



general), y por el otro los planificadores de servicios y gestores políticos. Para los primeros la calidad de los servicios apunta a que estos arrojen resultados positivos; para los segundos, la calidad conllevaría el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

La calidad de los servicios de salud también puede entenderse como un conjunto de características de un servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (Organización Panamericana de la Salud, 1999); o como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente (Donabedian, 1990a). La gestión de la calidad consiste en una actividad dirigida a elicitar información acerca de la performance clínica, para reajustar las circunstancias y procesos del cuidado de la salud (Donabedian, 1992a).

Según la OMS (2003) una buena calidad implica que los servicios de salud mental (SSM) deben: preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales (TM); proporcionar cuidados clínicos y no clínicos para reducir el impacto del trastorno y mejorar la calidad de vida de las personas con TM; utilizar intervenciones que ayuden a las personas con TM a afrontar por sí mismas su discapacidad; utilizar los recursos de salud mental de una manera eficiente y efectiva; asegurar que la calidad de la atención mejore en todas las áreas (promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación en atención primaria), así como en los diversos dispositivos (residenciales comunitarios, ambulatorios y de internación).

Las ventajas que reportaría mejorar la calidad en la salud mental radicarían en contribuir a que los recursos se utilicen de manera adecuada, incrementar la probabilidad de obtener resultados favorables para los usuarios; la implementación de conocimientos científicos actualizados en los tratamientos; brindar los cuidados adecuados y basados en la evidencia a las personas con TM; fomentar y aumentar la confianza en la efectividad del sistema de salud; y a superar los obstáculos para conseguir cuidados apropiados a diferentes niveles (OMS, 2003). Preocuparse por la calidad de la salud mental podría parecer un lujo en los países en desarrollo, donde los recursos pueden ser inadecuados o escasos. Sin embargo no lo es, debido a que: a la persona con un TM le

aseguraría que reciba los cuidados que precisa, mejoren sus síntomas y su calidad de vida; al familiar le proporcionaría apoyo para preservar la integridad familiar; al proveedor de servicios le aseguraría la efectividad y eficiencia; y al gestor de políticas, la calidad le permitiría mejorar la salud mental de la población (OMS, 2003).

El énfasis que se ha puesto en la calidad de los servicios se basa en que se pasó de una práctica clínica basada en el convencimiento de que se sabía qué era lo mejor para el paciente, a otra en la que se necesita conocer su punto de vista y necesidades personales (Valenzuela, 2009). Así, quienes apunten a lograr la calidad de la atención médica deberían hallar el modo de satisfacer esas necesidades y expectativas a un costo asumible. Es decir, la calidad cuesta dinero, y desde un punto de vista social la atención excesiva a un grupo podría desproteger a otros que lo necesiten más. Por ello, si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible optimizar la relación coste-beneficio, es decir, la calidad (Donabedian, 1990a).

En síntesis, toda persona tiene derecho a un SSM de calidad y existe un fuerte consenso sobre la importancia de trabajar en la mejora de la calidad de los SSM debido a que incrementa la probabilidad de obtener buenos resultados y permitiría gestionar mejor los recursos. Sin embargo, existe un abismo entre lo que se sabe que funciona y los servicios que se administran en salud mental

## **2.2 Modelos de Evaluación de la Calidad en Salud Mental**

Para abordar la calidad en los servicios de salud se han desarrollado diversos modelos: el monitoreo de la calidad (OMS, 1994; OMS, 1997; Donabedian, 1980); gestión global de la calidad/ mejora continua de la calidad (Juran, 1988; Juran, 1992); la ponderación de la calidad (Hermann, Regner, Erickson & Yang, 2000; Kaplan & Norton, 1996); el modelo multifacético (Nelson y Steele, 2006); o el propuesto por la OMS (2003) en el que integra aspectos de los modelos previos. A continuación se detallan los mismos.

### 2.2.1. Monitoreo de la calidad

El enfoque tradicional de monitoreo de la calidad (también llamado Garantía de Calidad) implica la creación de una serie de estándares y la comparación de los servicios actuales con dichos estándares (OMS, 1994; OMS, 1997). Si los estándares se cumplen, entonces los servicios son de una calidad adecuada, caso contrario se desarrollan planes para solucionarlas. Este enfoque, sostiene que la calidad se puede evaluar según la estructura, los procesos y los resultados (Donabedian, 1980, 1988).

Por *estructura* se entiende los atributos del ambiente donde ocurre el cuidado, los cuales incluyen a los recursos materiales (por ej.: equipamiento), humanos (por ej.: calidad del personal) y la estructura organizacional (por ej.: organización del equipo de profesionales). En cuanto al *proceso* representa las interacciones entre los pacientes y el sistema de salud (aquí se incluiría a la satisfacción del paciente). Mientras que por *resultado* se entiende a los efectos en la salud del paciente y la población, tales como los cambios salugénicos en el comportamiento del paciente (eficacia en la reducción de síntomas). Según el autor este abordaje se basa en que buenas estructuras aumentarían la probabilidad de obtener buenos procesos y estos a su vez, aumentarían la probabilidad de obtener buenos resultados (Donabedian, 1988). Para una mayor comprensión sobre dichos componentes Hermann (2005) presentó un modelo donde se detallan los elementos descritos por Donabedian (Ver Tabla 2.2.1).

Tabla 2.2.1

*Marco de evaluación de la calidad del cuidado (Tomado de Hermann, 2005)*

<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Características del clínico	Procesos interpersonales	Síntomas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación</li> </ul>	Funcionamiento
Características de las Facilidades y/o Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisiones</li> </ul>	Satisfacción
Características financieras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo interpersonal</li> </ul>	Calidad de vida
	Procesos técnicos	Eventos adversos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención</li> </ul>	Satisfacción
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección</li> </ul>	Costo-beneficio
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento/Fidelidad</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> </ul>	

Según la OMS (2003) este modelo proporciona un conjunto de estándares y procedimientos de acreditación consensuados con la población, los cuales constituyen una norma reconocible con la cual se pueden comparar y medir los servicios (OMS, 2003).

### **2.2.2 Gestión global de la calidad / Mejora continua de la calidad**

En los últimos años, los sistemas de salud mental tomaron como modelo técnicas del sector industrial para mejorar la productividad y reducir los costos, lo que se denominó como “gestión global de la calidad” o “mejora continua de la calidad” (Juran, 1988; Juran, 1992). Estas nuevas técnicas se incorporan a la gestión de salud mental, de manera que ésta incluye un mecanismo para identificar y tratar los problemas con el propósito de anticiparse y evitarlos, se pretende que los gestores y los evaluadores sean proactivos y que la cultura de la organización se base en sensibilizar y capacitar a los profesionales para participar y asumir responsabilidades a la hora de identificar problemas y hallar soluciones. Se concibe a la mejora de la calidad como un proceso

continuo. La ventaja de este enfoque radica en que no permite “bajar la guardia” una vez alcanzado el estándar (OMS, 2003).

### **2.2.3 Método de ponderación**

Este tercer modelo, el método de ponderación, incluye aspectos de los dos anteriores y consiste en un abordaje que facilita la gestión del rendimiento en varias áreas simultáneamente (costos, estructura, procesos y resultados) (Kaplan & Norton, 1996). Evalúa los procesos para determinar si una persona con una enfermedad mental está recibiendo un tratamiento basado en la evidencia, los resultados para evaluar si esa persona mejora, y al mismo tiempo, controla los costos para que los servicios se presten dentro de los límites del presupuesto especificado (Hermann, et al., 2000). La ventaja de este método consiste en no dejar de lado ninguna de las variables involucradas en la calidad de los servicios de salud.

### **2.2.4 El modelo multifacético de evaluación de tratamientos**

Nelson y Steele, (2006) proponen un modelo multifacético de evaluación de tratamientos en salud mental, no fue concebido como modelo de evaluación de la calidad pero presenta numerosos puntos en común con los modelos mencionados en el presente apartado. El mismo amplía el foco de la evaluación de los tratamientos en salud mental ya que no se centra exclusivamente en medidas tales como la reducción de los síntomas desde el punto de vista del clínico. Si bien esto es un aspecto esencial de los servicios de salud, quedan por fuera otros aspectos que también son esenciales en los cuidados de la salud mental. Nelson y Steele (2006) proponen que además de la evaluación de resultados, se evalúen también: los proveedores del tratamiento, la satisfacción del usuario y los aspectos económicos; logrando así un abordaje más comprehensivo de la evaluación de los tratamientos. Lo cual cobra sentido si se considera que si bien la eficacia del diagnóstico y el tratamiento debería ser la prioridad en la gestión de una política sanitaria eficaz, una vez garantizado esto,

deberían dedicarse recursos adicionales a alcanzar la excelencia del servicio, como por ejemplo, niveles elevados de satisfacción y calidad (Serrano del Rosal & Loriente Arín, 2008).

Específicamente, el modelo multifacético de evaluación abarca la evaluación de cuatro áreas: la evaluación de resultados, del proveedor, la satisfacción del usuario, y la evaluación económica (Nelson & Steele, 2006). La evaluación de los resultados, implica saber si un tratamiento es eficaz en los contextos de investigación, si funciona y para quienes funciona (Kazdin, 1994). La evaluación del proveedor, tiene dos aspectos, el prospectivo, saber si el tratamiento es atractivo para quienes serán los proveedores, y el retrospectivo, que implica saber si el profesional se sintió satisfecho luego de la implementación del tratamiento. Del mismo modo, la satisfacción del usuario también incluye los aspectos prospectivos y retrospectivos, es decir, si le resulta atractivo el tratamiento ofrecido a los potenciales usuarios y si están satisfechos con el tratamiento que recibieron. Finalmente, también se destaca que se deberían evaluar las dimensiones económicas, es decir: el costo beneficio y los costos indirectos (Por ejemplo: ¿el tratamiento a implementar, genera costos a otros sistemas?).

El modelo multifacético de evaluación propuesto por Nelson y Steele (2006) intenta ser una guía teórica para la evaluación de los tratamientos investigados. De acuerdo al modelo un programa comprehensivo de evaluación debería procurar validar el tratamiento a lo largo de múltiples dominios (resultado, proveedor, satisfacción del usuario y evaluación económica). El objetivo de los autores es que el tratamiento que haya sido evaluado positivamente en cada uno de los dominios sea un candidato más válido para ser diseminado dentro de los tratamientos basados en evidencia. Como ejemplo de caso, se menciona la Terapia Multi-Sistémica (MST-Henggeler, 1999) para los niños y adolescentes con trastornos de conducta.

### **2.2.5 Guía para la mejora de la calidad: la propuesta de la OMS**

La OMS (2003) desarrolló un conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones. Su propósito es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones, que se puedan utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles, proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten, y colaborar con la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

El presente modelo consiste en siete pasos que deben llevarse a cabo por los gestores políticos y de salud para garantizar un compromiso sistemático y sostenible con la calidad. Los mismos consisten en: 1) orientar la política hacia la mejora de la calidad en los servicios de salud, 2) el diseño de estándares, 3) establecer procedimientos de acreditación, 4) monitorear el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad, 5) integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de servicios, 6) tener en cuenta la reforma sistemática para la mejora de los servicios, y 7) revisar los mecanismos de calidad. Este programa cuenta con una lógica circular donde el último paso debería funcionar como guía orientativa de las nuevas políticas hacia la mejorar de la calidad de los servicios de salud (Ver Figura 2.2.5a).

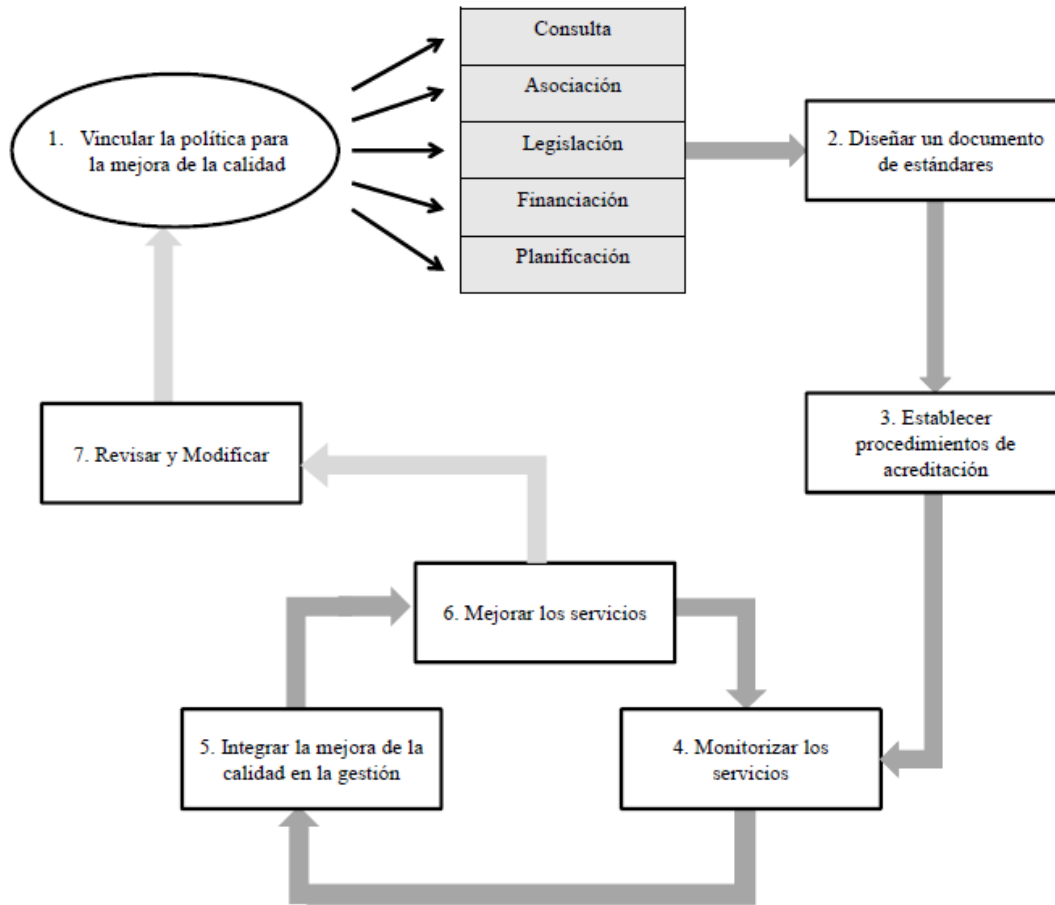


Figura 2.2.5a: Programa de siete pasos. Tomado de OMS (2003)

A lo largo del programa se destacan la participación de los diversos grupos involucrados (profesionales, instituciones académicas, usuarios, etc.) en los sistemas de salud. Sobre todo en lo que respecta a la consulta y colaboración entre dichos grupos, la monitorización en conjunta de los servicios y el diseño de estándares de evaluación.

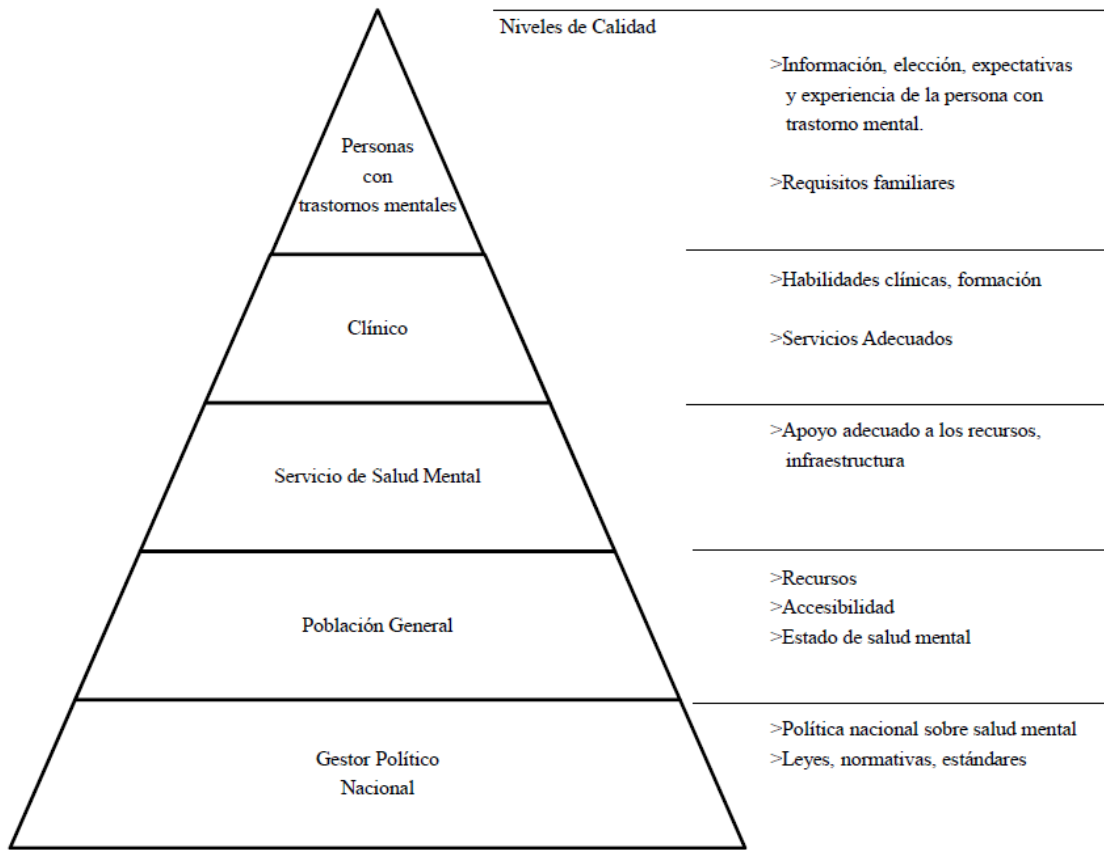
En lo que respecta a la consulta y colaboración proponen que todas las partes implicadas desarrollen una visión común, basada en la información compartida, sobre lo que se entiende por calidad (Ver Figura 2.2.5b). Debido a que los usuarios pueden verse inhibidos al presentar sus opiniones, deben tomarse medidas activas para promocionar la autonomía y la confianza de los enfermos mentales, para que sus opiniones se incorporen a



los mecanismos de mejora de calidad ya que sus aportes son esenciales porque son los principales beneficiarios de los servicios (OMS, 2003).

En cuanto a la monitorización de los servicios de salud se destaca que la información necesaria para hacer el seguimiento de la calidad surge de diversos indicadores que funcionan como variables para medir el cambio (Ver Tabla 2.2.5c). Donde se distinguen los indicadores objetivos y los subjetivos. Los indicadores objetivos consistirían en los recursos (camas, y profesionales), los procesos (consultas y tratamientos) y los resultados (efectos de la prestación) (Thornicroft & Tansella, 1999) entre otros. Los indicadores subjetivos consistirían en la satisfacción de los pacientes y sus familiares (OMS, 2003).

En lo que refiere al diseño de estándares también se destaca el trabajo en conjunto entre las partes y siguiendo a Rosenblatt, Wyman, Kingdon, e Ichinose (1998) se divide a la medición de resultados en: 1) de situación clínica (signos y síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales asociados a un trastorno); 2) de estatus funcional (la habilidad de cumplir los roles sociales adecuadamente); 3) de nivel de satisfacción y realización (evalúa la calidad de vida y el bienestar relacionado a la recuperación); 4) de bienestar y seguridad (implicaciones con el sistema judicial penal, la explotación o la indigencia).



*Figura 2.2.5b: La pirámide de la calidad. Tomado de OMS (2003).*

Tabla 2.2.5c

*Ejemplos de indicadores de la calidad de salud mental según el interesado. Tomado de OMS (2003)*

<b>Grupo Interesado</b>	<b>Propósito del Indicador</b>	<b>Ejemplo del Indicador</b>
<b>Los que financian</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisiones de compra</li> <li>• Control del rendimiento especificado en los contratos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coste medio por persona atendida</li> <li>• Porcentaje de gastos en servicios administrativos y de apoyo</li> </ul>
<b>Personas con Trastornos Mentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisiones de ingreso y reingreso</li> <li>• Elección de proveedores</li> <li>• Monitorización de la calidad y capacidad de respuesta de planes y proveedores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de personas con trastornos mentales cuya funcionalidad ha mejorado</li> <li>• Porcentaje de personas con trastornos mentales que recibieron atención sin una demora excesiva</li> </ul>
<b>Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de adultos con esquizofrenia que reciben medicación antipsicótica adecuada</li> </ul>
<b>Agencias de Acreditación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de normas y estándares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de personas dadas de alta del hospital y evaluadas o seguidas en la comunidad</li> </ul>
<b>Organismos Gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de políticas</li> <li>• Decisiones de compra</li> <li>• Responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos en salud mental per cápita por región</li> <li>• Porcentaje de personas con una historia de enfermedad mental que trabajan a media jornada o jornada completa</li> </ul>

*Nota.* Estos ejemplos no pretenden sugerir que los indicadores de importancia para un grupo no tengan relevancia para otros grupos

En síntesis, los modelos para abordar la calidad en los servicios de salud que se mencionaron tienden a incluir la perspectiva del usuario como ingrediente esencial. El modelo de monitoreo de la calidad sostiene que la calidad se puede evaluar según la estructura, los procesos y los resultados (Donabedian, 1980, 1988) y dentro

de los indicadores de resultados uno de ellos es la SU. El modelo de gestión global de la calidad, se basa en sensibilizar a los profesionales para participar en la mejora de los problemas del servicio que se presta. El modelo del método de ponderación, evalúa tanto los tratamientos brindados, como los resultados en la persona y los costos de ellos. Por su parte, el modelo multifacético de evaluación de tratamientos, evalúa tanto los resultados, como también los proveedores del tratamiento, la satisfacción del usuario y los aspectos económicos; logrando así un abordaje más comprehensivo de la evaluación de los tratamientos. Finalmente, la propuesta de la OMS (2003) destaca la importancia del trabajo en conjunto entre las partes involucradas donde los usuarios, con sus opiniones, necesidades y grados de satisfacción, cobran un rol tan protagónico como el del resto de los agentes involucrados.

### **2.3 Satisfacción y Eficacia en la Evaluación de Calidad en Salud Mental**

Los modelos propuestos para la evaluación de la calidad en salud mental destacan que para poder comprender y valorar los sistemas de salud se debe adoptar un pensamiento sistémico (OMS, 2009) atendiendo tanto a la visión de todas las partes involucradas, como por ejemplo la “satisfacción del usuario” (SU) así como también a la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

La SU consiste en una medida subjetiva, definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción que tiene del servicio recibido (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999). La expresión de satisfacción o insatisfacción es el juicio sobre la calidad del cuidado desde la perspectiva del paciente y si bien la perspectiva del paciente abarcaría todos los aspectos del cuidado, principalmente concerniría a la evaluación del proceso interpersonal (Donabedian, 1988) (para más detalle ver apartado 2.2 Dimensiones de la satisfacción del usuario).

La eficacia de una intervención en salud mental consiste en que ésta es superior a la recuperación espontánea o a la ausencia de tratamiento en la reducción de la sintomatología (Bados López, Gacía Grau & Fusté Escolano, 2002). Para evaluar la eficacia de los tratamientos psicosociales se establecieron una serie de criterios de investigación en los que fueron propuestas cuatro categorías: 1) tratamientos bien establecidos, 2) tratamientos probablemente eficaces, 3) tratamientos posiblemente eficaces y 4) tratamientos experimentales (Ver: Chambless et al., 1996; Chambless & Hollon, 1998). La evaluación de las intervenciones deben cumplir ciertos requisitos: buenos diseños experimentales, obtener resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo; u obtener resultados equivalentes a otro tratamiento ya establecido como eficaz; los resultados deben ser replicados por grupos independientes de investigadores (Bados López, et al., 2002).

Al concepto de eficacia se le agrega el de efectividad o utilidad clínica. Por efectividad se entiende que: los resultados del tratamiento pueden ser generalizables al contexto clínico (el cual suele ser distinto del contexto de investigación); que es viable (aceptable por parte de los usuarios); y que es eficiente (que cuenta con una buena relación costo/beneficio para el usuario y para la sociedad) (Bados López, et al., 2002).

En el campo de la salud mental numerosas revisiones soportan la eficacia de las intervenciones con adultos (Botella & Feixas, 1994; Chambless & Ollendick, 2001; Elliott, Stiles & Shapiro, 1993; García, Bados & Saldaña, 1998; Lambert & Bergin, 1994; Matt & Navarro, 1997). Lo mismo sucede con las intervenciones para niños y adolescentes (Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995; Casey & Berman, 1985; Kazdin et al., 1990; Kazdin & Weisz, 2003).

En síntesis, la SU consiste en la congruencia entre las expectativas de servicio que se deseaba recibir y la percepción del servicio que se recibió. Mientras que la eficacia de las intervenciones en salud mental consiste en la superioridad sobre la recuperación espontánea o la ausencia de tratamiento en la reducción de la

sintomatología. La relación entre calidad, satisfacción del usuario y eficacia puede contemplarse desde diversas perspectivas y ha generado numerosas controversias en el campo de la salud mental. A continuación se describen algunas de ellas.

### 2.3.1 Relación Entre Calidad, Satisfacción del Usuario y Eficacia

Si se considera a la calidad en salud como el grado en el que los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener buenos resultados y la medida en que estos son coherentes con el conocimiento profesional actual (Institute of Medicine, 2001) entonces, la calidad sería un concepto multi determinado. Dentro de los múltiples factores involucrados estarían la eficacia en la obtención de los resultados y la satisfacción de los usuarios. La relación entre estos factores es confusa (Bjørngaard, Wessel Andersson & Osborg Ose, 2008; Fitzpatrick, 1993; Mahin, Attari, & Mokhtari, 2004; Hawley & Weisz, 2005) y se debería evaluar desde múltiples perspectivas, por ejemplo: los debates acerca de la inclusión de la perspectiva del usuario, los estudios sobre la relación entre SU y eficacia; los estudios sobre eficacia y calidad; y la relación entre eficacia, satisfacción y calidad.

Con respecto al debate sobre la inclusión de la perspectiva del usuarios al evaluar la calidad de los servicios, hay quienes la promueven (Donabedian, 1988, 1992; Serrano del Rosal & Lorient Arín, 2008); y quienes la cuestionan (Godin, Pearce & Wilson, 1987).

Dentro de quienes soportan la inclusión de las perspectivas del usuario, Donabedian (1988, p.7) afirma que:

“Si bien se puede discutir la validez de la satisfacción del paciente como indicador de la calidad, más allá de sus fortalezas y debilidades, la información sobre la satisfacción de los pacientes debería ser indispensable tanto para la evaluación de la calidad del cuidado como para la gestión de los sistemas de cuidado de la salud”.

En la misma línea Serrano del Rosal y Lorient Arín (2008), sostienen que conocer la opinión de los usuarios de los servicios de salud mental tiene una triple justificación: lograr su participación, juzgar la calidad y medir su satisfacción. En cuanto a la participación sostiene que los ciudadanos deberían ser parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de

la política sanitaria (Serrano del Rosal & Biedma, 2005). Por otro lado, son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio (Donabedian, 1993), aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al mismo tiempo sus necesidades y expectativas (Donabedian, 1990b).

Por otro lado, quienes cuestionan el rol del usuario en la evaluación de la gestión de calidad consideran inadecuado que estos evalúen los tratamientos (Godin et al 1987; Lebow 1982). Esto se debe a que los usuarios de salud mental frecuentemente presentarían un estado mental incapacitado que les imposibilitaría realizar una evaluación racional. Tampoco poseerían el conocimiento necesario acerca de los pasos del tratamiento con lo cual el usuario podría introducir un elemento espurio en la compleja relación entre terapeuta y cliente. Ante esto, Lebow (1982) sugiere que dichos argumentos nos son en sí suficientes para desestimar la información del usuario y que incluso las visiones distorsionadas pueden surgir de los terapeutas más que del cliente. Incluso, agrega que el usuario provee una perspectiva única del proceso de tratamiento que puede ser utilizada para evaluar el proceso del tratamiento y ser determinante en la calidad y resultado del servicio (Chadwick & Stallard 1991; Donabedian 1992b; Fitzpatrick 1991b).

En cuanto a los estudios empíricos sobre la relación entre SU y calidad, diversos estudios apoyan la hipótesis de que la satisfacción de los usuarios es un buen indicador de la calidad de la asistencia (Rees-Lewis, 1994; Serrano del Rosal & Biedma, 2005; Steiber, 1998; Valdés Salgado, Molina Leza & Solís Torres, 2001; Valenstein, Mitchinson, Ronis, et al., 2004). Por ejemplo, se ha observado una correlación elevada entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio (Serrano del Rosal & Biedma, 2005; Steiber, 1998), lo cual resalta la importancia de conocer los niveles de satisfacción para poder conocer los niveles de calidad. De todos modos, las medidas de SU no presentan una correlación elevada con otros indicadores de calidad de los servicios, por lo que la evaluación de la satisfacción no equivale a evaluar la calidad general de un servicio, sino que es solo una dimensión del mismo (Steering Committee for the Review of Commonwealth, 1998).



Por otro lado, los estudios sobre la relación entre satisfacción y eficacia no arrojaron resultados concluyentes. Por un lado, Edlund, Young, Kung, Sherbourne y Wells (2003) observaron que el uso de la técnica apropiada para trastornos depresivos o ansiosos en adultos se asociaba significativamente con niveles mayores de satisfacción en pacientes adultos, pero para equiparar la calidad del cuidado con la satisfacción se requerirían muestras mayores y otros aspectos metodológicos que pueden ser difíciles de implementar (Edlund, Young, Kung, Sherbourne & Wells, 2003). En el ámbito de los SSMNA una serie de estudios hallaron una relación entre satisfacción y eficacia (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004; Hawley & Weisz, 2005, Ayton, Mooney, Sillifant, Powls, & Hufrizel, 2007). Pero por otro lado, un estudio llevado a cabo con SSMNA en Noruega, observó que si bien los padres mostraban niveles elevados de satisfacción con el servicio recibido, una considerable porción de ellos no estaban satisfechos con la reducción de los problemas del niño (Bjørngaard, et al., 2008).

Por último, en cuanto a la relación entre calidad, eficacia y SU, ha sido escasamente estudiada. Valenzuela (2009) afirma que la calidad en el servicio depende de la percepción del usuario en cuanto al trato que reciben y no necesariamente de la eficacia del tratamiento recibido. Esto se debe a que los usuarios no poseen el conocimiento técnico para poder evaluar el tratamiento recibido y asumen que el profesional que lo brinda es competente. Los resultados de un estudio sobre la calidad de un servicio de salud pública (Valenzuela, 2009), reflejan que los pacientes perciben la calidad de los servicios de salud en términos de la manera en que el servicio es brindado y no en el nivel de competitividad técnica del proveedor de los servicios. Debido a ello, concluye que para poder satisfacer las expectativas de los usuarios se debe ofrecer un trato respetuoso y digno, los servicios necesarios disponibles en el momento indicado, atención personalizada, flexible y oportuna a cada usuario. En sintonía con lo postulado por Lambert y Bergin (1994) quienes afirmaron que la diferencia en los resultados de un tratamiento se produce cuando los aspectos técnicos se relacionan a las disposiciones del usuario.

En síntesis, la relación entre estos tres factores es confusa. Por un lado hay quienes sostienen que la información sobre la satisfacción de los pacientes debería ser indispensable para la evaluación de la calidad del cuidado y por otro, quienes consideran inadecuado que estos evalúen la calidad. La mayor parte de los estudios sobre SU y calidad, sostienen que la satisfacción de los usuarios es un buen indicador de la calidad de la asistencia. En cuanto a los estudios sobre eficacia y SU en los SSMNA, si bien la mayor parte de ellos halló una relación entre satisfacción y eficacia, el estudio de Bjørngaard et al. (2008) no observó tal relación.

## **2.5 Utilidad de la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental**

Como se mencionó anteriormente, los modelos de evaluación de la calidad en salud mental, comenzaron a incluir la satisfacción de los usuarios (SU) como variable a evaluar. La razón por la que la SU ha cobrado una mayor atención por parte de los administradores, profesionales, usuarios y evaluadores de los servicios de salud se debe a que la SU se considera actualmente uno de los objetivos de quienes proveen servicios de salud. Se considera que la información acerca de qué afecta la satisfacción contribuye a que se provean servicios de salud mental centrados en el paciente. La Comisión para la Mejora en Salud de Gran Bretaña (Commission for Health Improvement [CHI]) (2004) afirma que la experiencia del usuario del servicio de salud es una fuente de información esencial acerca de la calidad del servicio que se está proviendo.

La importancia de evaluar la SU radicaría en que se relaciona con una serie de beneficios potenciales. En primer lugar, estaría relacionada con el uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento y con los resultados clínicos y sociales del servicio (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004). Según Willams (1994) un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. Linder-Pelz (1982) sostiene que un paciente satisfecho no solo cumplirá con las instrucciones de su médico, sino también con las futuras citas. Un estudio realizado por Hawley y Weisz (2005) indicó que tanto la satisfacción de los padres como la de los niños fue predictiva de la alianza terapéutica, y la

alianza terapéutica se asoció a menores cancelaciones y a reportes de mejoría por parte de los jóvenes y los padres.

Si bien estudios mencionados anteriormente (Bjørngaard, et al., 2008) discrepan con la hipótesis de que la satisfacción estaría relacionada a la eficacia, Rey, O'Brien y Walter (2002) sostienen que la SU si estaría relacionada con el resultado del tratamiento y evaluarla podría servir como indicador de que los servicios brindados son los adecuados. Sumado a esto, podría suponerse que evaluar predictores de insatisfacción permitiría prever la terminación prematura y no planificada del tratamiento. Se ha observado que los usuarios pueden presentar diversas expectativas acerca de la psicoterapia y si estas son incongruentes con lo que ocurre, pueden volverse insatisfechos y abandonar el tratamiento (Garfield, 1986).

Otras de las ventajas que reportan los estudios sobre la SU son: los bajos costos de realización, la facilidad de implementación, y la provisión de información cuantitativa “dura” la que puede funcionar como evidencia de un compromiso hacia la inclusión de los usuarios a los servicios (Williams & Wilkinson, 1995).

Los estudios sobre SU no solo pueden demostrar si la satisfacción es elevada, además pueden sentar una línea de base de la insatisfacción, y el reporte de una experiencia negativa dentro de un servicio permitiría que está sea medida posteriormente. Si bien los niveles elevados de SU pueden indicar que el servicio que se está brindando es el adecuado, ello no significa que se esté brindando el mejor servicio posible (Williams, Coyle & Healy, 1998). Este enfoque tendría su utilidad, si se actuara en consecuencia con las encuestas, es decir si se toman los comentarios negativos como oportunidad de mejora de los servicios. Por ejemplo, Valdés-Salgado, et al. (2001) sostienen que si un usuario se queja puede deberse a que padece algún dolor o está descontento y ello implica que los servicios adopten una postura ética ante las expresiones de insatisfacción y utilizar los resultados para evitar situaciones futuras que puedan causar daño.

En el caso específico de los usuarios de SSMNA debería contemplarse que los problemas de salud mental en niños y adolescentes son frecuentes (Health Advisory Services Report, 1995) y que se precisa contar

con servicios para responder a tales necesidades. Se estima que entre un 25% y 40% de los adolescentes en algún momento de su adolescencia experimentan problemas de salud mental y la tasa de prevalencia de los trastornos mentales severos en la adolescencia giran alrededor de un 10% (Bird, 1996).

Stallard (2001) realizó un estudio prospectivo que aporta evidencia a la utilidad de evaluar la SU en los SSMNA. En el mismo observó un proceso de mejora de la calidad de un SSMNA comunitario mediante la focalización de las áreas de insatisfacción identificadas por los padres de los jóvenes. Realizó un seguimiento a los padres que habían finalizado el contacto con el servicio durante tres periodos de tiempo, debido a que se identificaron tasas elevadas de insatisfacción los resultados de cada etapa de evaluación eran discutidos dentro del servicio para realizar los cambios necesarios para la implementación del proceso de mejora, como por ejemplo, reducir los periodos de lista de espera. El resultado de este proceso de mejora fue que los niveles de insatisfacción evaluados con información cuali y cuantitativa disminuyeron con el tiempo.

Los resultados del trabajo llevado a cabo por Stallard (2001) sugieren que los usuarios son capaces de expresar sus opiniones acerca de cómo los servicios podrían ser brindados de una manera más satisfactoria y como cuando estas opiniones son tenidas en cuenta puede llevar a una disminución de la disatisfacción. Sin embargo, cabe destacar que el diseño del estudio no permite afirmar que los niveles de satisfacción disminuyeron debido exclusivamente a los cambios realizados como parte del proceso de mejora (Stallard, 2001). El autor destaca cuatro elementos que contribuyeron al logro obtenido durante el proceso de mejora: el compromiso de los profesionales (creían firmemente en la importancia de la evaluación de la SU); la preparación (a pesar de que la disatisfacción puede sonar amenazante, los clínicos estaban dispuestos a replantearse su trabajo); el sentimiento de apropiación (los profesionales participaron del diseño del estudio y los cuestionarios); y el monitoreo constante (lo cual impidió que el trabajo se diluyera). Stallard (2001) considera que evaluar la SU en los SSMNA y los aspectos relacionados a la insatisfacción, permitirían asegurar y monitorear la calidad de los servicios de salud mental; lograr una mayor congruencia entre el proveedor del servicio y el usuario del servicio mismo; y focalizar en la insatisfacción puede informar cuali y

cuantitativamente sobre los cambios que se deben realiza en un servicio y proveer un modo de evaluar el impacto de dichos cambios.

De todos modos, una de las principales limitaciones del estudio de mencionado fue el haberse centrado en las opiniones de los padres, dejando de lado la de los jóvenes. En general los estudios realizados sobre SU de los SSMNA, la visión de los padres ha sido considerada con mayor frecuencia que la de los jóvenes (Brannan, Sonnichsen, & Hefflinger, 1996; Rickert, Graham, Fisher, Gottlieb, Trosclair, & Jay, 1993; Shapiro, Welker, & Jacobson, 1997). Si bien las visiones de los padres pueden estar relacionadas a las de sus hijos, estas no pueden ser consideradas como idénticas e incluso se ha observado que la correlación entre los grados de SU entre padres e hijos puede ser “inaceptablemente baja” (Cummins, McCabe, Romeo, Reid & Waters, 1997). Las necesidades de los jóvenes y sus opiniones no han sido contempladas tal como las de sus padres (Day, Davis, & Hind, 1998; Harrington, Kerfoot, & Verduyn, 1999; Stiffman, Chen, Elze, Dore, & Cheng, 1997) a pesar de que la evidencia indica que estos pueden brindar información válida y confiable (Charlesworth & Rodwell, 1997; Opong Odiseng, & Heycock, 1997)

Ante esto, Dogra (2000) plantea que la perspectiva de los adolescentes sobre los servicios de salud mental (SM) debe ser escuchada. Al respecto, enumera una serie de fundamentos: 1) su contribuciones son valiosas y parecen estar subestimadas; 2) la evidencia sugiere que perciben negativamente los aspectos relacionados a la SM y a quienes experimentan problemas de ese tipo (Bailey, 1999); 3) cuentan con escaso conocimiento sobre los servicios de SM y principalmente discuten sus problemas con los familiares y amigos, lo cual puede ser adecuado para ciertos problemas pero no para otros. Si este último punto se debe a la percepción negativa que tienen de los servicios de salud mental, no tratar dichas percepciones disminuye la probabilidad de que atiendan a los servicios necesarios. Por ello, sostiene:

“Mientras que no se les pregunte directamente a los adolescentes qué es lo que desean, los proveedores de los servicios verán limitada su capacidad de adecuarse a ellos ... si se quisiera saber

de qué modo podemos averiguar qué es lo que los jóvenes esperan de un SSMNA la respuesta obvia es: preguntarles” (Dogra, 2000, p. 6).

Se requiere conocer las creencias y sentimientos de los jóvenes acerca de la salud en general, de los problemas de salud mental y sus creencias acerca de cómo deberían funcionar los servicios de salud mental incluso en quienes no acuden a los centros, ya que ciertas creencias acerca de su utilidad podrían funcionar como barreras para que acudan a ellos (Dogra, 2000).

En síntesis, la evaluación de la SU ha cobrado una mayor atención por parte de los administradores, profesionales, usuarios y evaluadores de los servicios de salud ya que se relaciona con una serie de beneficios. Estaría relacionada con el uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento y con los resultados clínicos y sociales del servicio, a mayor predisposición a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y tanto la satisfacción de los padres como la de los niños fue predictiva de la alianza terapéutica. Por ello, conocer los niveles de SU podría servir como indicador de que los servicios brindados son los adecuados. Sumado a esto, evaluar la SU implica estudios de bajos costos de realización y fácil implementación. Lo que tiene sentido si se actúa en consecuencia con los resultados obtenidos. Un estudio prospectivo llevado a cabo en un SSMNA aporta evidencia a la utilidad de evaluar la SU en dichos servicios (Stallard, 2001). Finalmente, una limitación frecuentemente observada en los estudios sobre SU es la escasa inclusión de la perspectiva de los niños y adolescentes.

### 3. Perspectivas Teóricas de la Satisfacción del Usuario en Salud Mental

#### 3.1 Definición de satisfacción del usuario

Para poder evaluar la satisfacción del usuario en salud mental se requiere de una sistematización de la misma en el ámbito de la salud mental y de un marco teórico que explique la asociación entre satisfacción, usuario y servicio de salud. Según Lawler (1971, p.206) “se necesita comprender el concepto de satisfacción antes de poder explicar por qué ciertos factores la pueden causar y otros son causados por ella”. Básicamente, los aspectos conceptuales y teóricos deberían preceder a los metodológicos y las mediciones de la SU.

Los desarrollos teóricos de la SU en SSM inicialmente la concibieron como un concepto multidimensional relacionado a la accesibilidad/conveniencia, disponibilidad de los recursos, continuidad del cuidado, eficacia/resultados del cuidado, finanzas, humanismo (*humaneness*), información procurada, información recibida, comodidad de las instalaciones y calidad/competencias (Ware, 1976; Ware, Davies-Avery y Stewart, 1978). Si bien describían las dimensiones de la SU, no explicaban la naturaleza de la misma, ni contaban con una formulación teórica (Gutek, 1976).

Linder-Pelz (1982) realizó un trabajo que se considera pionero en la construcción de una teoría sobre SU para el ámbito de la salud mental. Su desarrollo se basó en la teoría de la actitud de Fishbein y Ajzen (1975) y en la investigación sobre satisfacción en el área laboral. La teoría de las actitudes, postula que: la actitud es un concepto de naturaleza afectiva, es una evaluación o sentimiento hacia un objeto como favorable o desfavorable. Las expresiones de satisfacción o insatisfacción serían expresiones de una actitud. Es decir, la satisfacción del paciente consiste en las evaluaciones positivas del paciente sobre las diversas dimensiones del cuidado de la salud (Linder-Pelz, 1982) como por ejemplo el tratamiento de un episodio de enfermedad, un ámbito o plan específico de salud, o el sistema general de los servicios de salud.

La teoría de Fishbein y Ajzen (1975), diferencia actitudes de percepciones. Las actitudes están ligadas a la dimensión afectiva y las percepciones a la dimensión cognitiva (creencias). Así, la actitud de una persona hacia un objeto está relacionada a su creencia de que dicho objeto posee ciertos atributos y a la evaluación

(afectiva) que hace de ellos. Tomando esta concepción, Linder-Pelz (1982) sostiene que la SU se basa en la fortaleza de la creencia (B, *belief*) y en la evaluación (E) de los atributos del servicio de salud. Dentro de los atributos que pueden afectar la satisfacción estarían: el tipo de tratamiento, las instalaciones, el equipo de trabajo, el trato personal, la confianza en el equipo de profesionales y la satisfacción general con el servicio. Para medir la satisfacción se debería multiplicar B x E y sumar los puntajes de acuerdo a los atributos que se hayan evaluado. Básicamente, se considera cuánto cree en X (B) y se multiplica dicho puntaje por cuánto le importa X (E), finalmente el resultado de cada una de estas multiplicaciones se suma para medir la satisfacción del paciente. Es decir, para intentar medir la satisfacción con una clínica en particular, se identificaría una serie de atributos y se desarrollarían una serie de enunciados (por ejemplo: ir a la clínica ayuda a las personas a sentirse mejor, una visita a la clínica cuesta mucho dinero, hay listas de espera demasiado largas en la clínica, etc.). Cada uno de estos enunciados se encuentra asociados a un atributo de la clínica (accesibilidad, costo, eficacia, entre otros). Los pacientes deberían indicar la fortaleza de la creencia (B) y proveer una evaluación de dichos atributos (E). Los resultados de B x E se sumarán y arrojarán un valor acerca de la satisfacción con la clínica.

Otros autores avanzaron sobre la definición de la satisfacción en el ámbito de la salud. Por ejemplo, Pascoe (1983) concibe a la satisfacción como “la reacción de quien recibe cuidados en su salud a los principales aspectos del contexto, proceso y los resultados de su experiencia (p. 189)”. Mientras que Strasser y Devis (1984) definieron la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud. Según Larrea (1991, p. 73), la SU es “el resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio”. Por su lado, Harris y Poertner (1998) la definieron como las perspectivas de los diversos aspectos del intercambio con el servicio que son importantes para el usuario. Finalmente, Zeithaml y Bitner (2002, p. 95) afirman que la satisfacción es “la evaluación que realiza el cliente o usuario respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio ha respondido a sus



necesidades y expectativas y, si no se diera un cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente o usuario, el resultado obtenido sería la insatisfacción con el servicio recibido.

En síntesis, hay diversas definiciones de la SU. La primera de ellas, postuló a la SU como el resultado de la fortaleza de una creencia sobre los servicios más la evaluación de los atributos de los servicios. Otras definiciones enfatizaron conceptos tales como: la reacción de quien recibe los servicios, los juicios de valor personales, las impresiones y expectativas, y la evaluación respecto de un producto.

### **3.2 Dimensiones de la satisfacción del usuario**

Los estudios que se orientaron a discriminar las dimensiones de la satisfacción pueden dividirse en aquellos que evaluaron tal constructo en el ámbito de salud mental en general, los que lo hicieron en los SSMNA pueden subdividirse entre aquellos que focalizaron en la SU de los padres y los que focalizaron en las perspectivas de los niños y adolescentes.

Dentro de los estudios que evaluaron las dimensiones de la satisfacción en el ámbito de la salud mental en general se encuentran los desarrollos de Donabedian (1992a), Harris y Poertner (1998), y Serrano del Rosal y Lorient-Arín (2008).

Donabedian (1992a) divide la atención médica en una dimensión técnica y otra interpersonal. La primera alude a la aplicación del proceso médico-curativo para solucionar el problema de salud, mientras que la segunda a la interacción social entre prestadores y usuarios.

Harris y Poertner (1998) sostienen que dimensiones principales de la SU son: las percepciones de los usuarios de los profesionales de la salud mental, la relación usuario profesional, el resultado del servicio y la satisfacción general. Otras dimensiones fueron evaluadas en menor medida: el entorno físico, los procedimientos, el tipo de tratamiento, el acceso a los servicios, las dificultades económicas para acceder a los servicios y la espera para la primera entrevista.

Recientemente, Serrano del Rosal y Lorient-Arín (2008) realizaron un estudio empírico para conocer cómo se conforma la satisfacción global del paciente, a través del análisis de las satisfacciones parciales e identificaron tres dimensiones parciales de la satisfacción: las instalaciones, la organización y el acto médico.

La dimensión de las instalaciones se refiere a la valoración de los elementos del ambiente físico que rodean el proceso de atención. La dimensión de la organización, se refiere a aquellas cuestiones de la parte administrativa y de la relación del usuario con el centro que pueden verse afectadas por el funcionamiento del mismo. La dimensión acto médico, incluye la interacción tanto técnica como relacional con el personal médico. Estas dimensiones empíricas surgidas tras el análisis de los datos son coincidentes con las propuestas por Serrano-del Rosal, Vera y Ateca, (2005) y Baker (1990) a partir de la investigación cualitativa y la revisión bibliográfica.

Los principales hallazgos de Serrano del Rosal y Lorient-Arín (2008) consistieron en que la satisfacción que expresan los usuarios en cada una de las tres dimensiones del servicio tiene una relación conocida y estadísticamente significativa con la satisfacción global, por lo que un cambio en la satisfacción en cualquiera de las dimensiones afectará el nivel de satisfacción global. De las tres dimensiones, que identificaron, la satisfacción con los aspectos organizativos es la que cuenta con mayor capacidad para variar la satisfacción global, luego la satisfacción con el acto médico y en menor medida la satisfacción con las instalaciones. Estos datos apoyarían la hipótesis de que la satisfacción del usuario es multidimensional y que no todas las dimensiones son igualmente importantes, es decir, que la satisfacción global no es una mera suma de las satisfacciones parciales (Serrano del Rosal & Lorient-Arín, 2008).

En lo que refiere a la satisfacción con los SSMNA desde la perspectiva de los padres, los estudios de Kaplan, Busner, Chibnall, y Kang (2001) y Riley, Stromberg, y Clark (2005) aportan datos valiosos a la comprensión de la misma.

Kaplan et al., (2001) tras un análisis de componentes hallaron tres factores que explican la misma. El primer factor denominado “necesidades de los padres” incluyó: la satisfacción con la comprensión acerca del

problema del niño por parte de los profesionales, el manejo de los profesionales de los reclamos y la involucración de los padres en el tratamiento; explicó el 34.5 de la varianza y presentó una consistencia interna de coeficiente alfa .73. El segundo factor denominado “servicios médicos” incluyó: la satisfacción con el uso de la medicación y la atención de los problemas médicos; explicó el 14.6 de la varianza y obtuvo un alfa de .69. El tercer factor denominado “facilidades/equipo” incluyó: satisfacción con el equipo y los procedimientos; explicó el 13.3 de la varianza y obtuvo un alfa de .62. Al evaluar si dichos factores permitían predecir la mejoría sintomatológica o la probabilidad de volver a utilizar los servicios., el factor servicios médicos fue el único que permitió predecir la mejoría sintomatológica, mientras que “necesidades de los padres” y “facilidades/equipo” permitieron predecir la probabilidad de volver a utilizar los servicios.

Por otro lado, Riley, et al. (2005) realizaron un estudio en 14 centros comunitarios de salud en Estados Unidos con una muestra de 1500 padres. El análisis factorial identificó cinco factores percibidos por los padres, la adecuación, el resultado, la participación en el tratamiento, la accesibilidad y la sensibilidad cultural. Estos cinco factores en conjunto explicaron el 69% de la varianza total. Interesantemente, si bien un 70% de los padres reportaron que los servicios eran adecuados, solo un 47% evaluó positivamente los resultados. Y al evaluar la satisfacción de acuerdo a los ítems del cuestionario que administraron, los padres reportaron un mayor grado de aprobación (90%) a aquellos ítems que indicaban que el staff era respetuoso y que se comunicaron con los padres de una manera comprensible, mientras que asignaron nivel menor de aprobación a los ítems que describían los resultados. Este aspecto resalta el hecho de que la satisfacción de los padres no debería ser vista como un indicador de la mejoría clínica de sus hijos (Lambert, et al., 1998; Rey, Denshire, Wever & Apolono, 1998).

Los estudios sobre los determinantes de la satisfacción con los SSMNA según la perspectiva de los niños y adolescentes observaron que las necesidades de los padres y sus hijos sobre los servicios no necesariamente son las mismas (Rey, Plapp & Simpson, 1999). Godley, Fiedler y Funk (1998) hallaron que si bien padres e hijos podían coincidir en la satisfacción de ciertos aspectos del servicio, diferían en otros,

indicando que presentan necesidades diferentes y perciben la SU de maneras diferentes. Por ello, no se puede asumir que los padres puedan representar las necesidades de sus hijos cuando se evalúa la calidad del cuidado en salud mental (Biering, 2010).

En cuanto a las dimensiones de la SU desde la perspectiva de los adolescentes Biering (2010) realizó una revisión de los artículos publicados al respecto y concluyó que la SU de los adolescentes presenta tres componentes. Estos son: 1) la satisfacción con el ámbito y la organización de los servicios; 2) la satisfacción con la relación entre el adolescente y el profesional; y 3) la satisfacción con el resultado del tratamiento. Biering (2010) baso sus conclusiones en estudios factoriales, revisiones y estudios cualitativos que se describen a continuación.

Kaplan et al. (2001) en un análisis de componentes observó cuatro factores. El primero denominado “facilidades” incluyó las actividades y los consultorios; explicó un 31.3 de la varianza y obtuvo un coeficiente de alfa de .75. El segundo factor denominado “equipo” que reflejó la satisfacción con el quipo del servicio, explicó un 9.5 de la varianza y obtuvo un alfa de .77. El tercer factor, denominado “medicación-terapia” reflejó la satisfacción con la medicación y la terapia individual o grupal, explicó el 8.8 de la varianza y obtuvo un alfa de .54. El cuarto factor incluyó solo un ítem: terapia familiar y explicó el 8 por ciento de la varianza. Según Biering (2010) los dos primeros factores aluden a la relación adolescente profesional, mientras que los últimos dos corresponden a la dimensión de resultados de tratamiento.

Por su parte Shapiro, Welker y Jacobson, (1997) realizaron un análisis de componentes en el que se identificó dos componentes que denominaron como relación entre adolescente y profesional, y beneficios del tratamiento. Garland et al. (2000b) identificaron aspectos de la SU de los adolescentes relacionados a las tres dimensiones destacadas por Biering (2010). Estos son: la accesibilidad, el costo y aspectos administrativos que corresponden a la dimensión de organización del servicio; competencia y relación con el equipo de profesionales, que corresponde a la dimensión de relación adolescente profesional; y eficacia y necesidades

cubiertas, que corresponden a la dimensión de resultados de tratamiento. Por su parte, Attride-Stirling (2003) desarrolló el Cuestionario de Experiencias con el Servicio contemplando los aspectos que identificó en una revisión de la literatura e incluyó aquellos relacionados a la dimensión “relación adolescente profesional” y “ámbito y organización de los servicios”. Sin embargo, excluyó las preguntas relacionadas al resultado del tratamiento debido a que no eran sensibles a las diferencias entre servicios que deseaba evaluar, lo que pudo deberse a que aquellos pacientes que se encontraban en etapas tempranas o intermedias de tratamiento las preguntas sobre resultados podían resultar inapropiadas (Attride-Stirling, 2003).

Con respecto a los estudios cualitativos, Biering (2010) revisó los estudios realizados con adolescentes y halló que estos aportan a la comprensión de las dimensiones que identificó: relación adolescentes profesional, ambiente y organización del servicio, y resultados del tratamiento. Los aportes se describen a continuación.

En relación a la dimensión de ambiente y organización de los servicios, los factores identificados con mayor frecuencia fueron: accesibilidad a los servicios y los profesionales, comodidad y limpieza, y flexibilidad de los servicios (Garland & Besinger 1996; Farnfield & Kaszap, 1998; Nabors, Weist, Reynolds, Tashman & Jackson, 1999; Buston, 2002; Hart, Saunders, & Thomas, 2005; Lee, et al., 2006).

En cuanto a la relación adolescente profesional, Biering (2010) reunió los hallazgos de cinco estudios cualitativos (Farnfield & Kaszap 1998; Laws, 1998, Buston, 2002; Hart et al., 2005; Lee et al., 2006). A partir de ellos observó que los adolescentes dan especial importancia a las habilidades comunicacionales del profesional y a la noción de empoderamiento. Observó que las habilidades comunicacionales son valoradas incluso por encima del abordaje terapéutico y estas incluyen: la aceptación y comprensión, empatía y amabilidad, escucha y atención, y abordaje no juicioso. La noción de empoderamiento estaría intrínsecamente ligada a la relación adolescente profesional. Basándose en los mencionados estudios Biering (2010) observó que los adolescentes desean: ser tratados como individuos autónomos y no simplemente como un número, ser incluidos en las decisiones del tratamiento, tener algún control sobre la medicación, y ser incluidos en la

decisión acerca de la frecuencia de los encuentros y elección del terapeuta. Por otro lado, los adolescentes también desean estar informados acerca del diagnóstico y pronóstico, de la medicación y el fundamento del tratamiento que reciben (Laws 1998, Buston 2002, Hart et al. 2005)

Finalmente, los aspectos relacionados a la dimensión de resultados de tratamiento, se observó que los adolescentes juzgan positivamente a los servicios si experimentan cambios positivos en sus pensamientos, emociones y comportamientos; y se identificaron tres categorías de cambios deseados: comportamental, emocional y evolutivos (Biering (2010). Los cambios comportamentales incluyen la ayuda a relacionarse mejor con otras personas y la provisión de habilidades tales como el manejo de la ira. Los cambios emocionales incluyen: el alivio emocional, ser ayudados con aspectos emocionales tales como el duelo, la ira e ideación suicida. Los cambios evolutivos refieren a los tratamientos que contribuyeron al crecimiento personal, tales como tomar conciencia de sus problemas o ganar independencia y responsabilidad.

El único estudio cualitativo hallado sobre como experimentan los niños menores de 13 años la salud mental fue realizado por Mitchell-Lowe y Eggleston (2009), consistió en un estudio exploratorio sobre las perspectivas de los niños de 7 a 12 años de un SSMNA. El mismo identificó los siguientes elementos: el temor a ser estigmatizado por acudir a un SSMNA, la cualidad y abordajes del equipo de profesionales, los aspectos ligados al ámbito del SSMNA, y la ansiedad acerca de asistir al SSMNA (Mitchell-Lowe y Eggleston, 2009). La cuestión del estigma, no es un aspecto menor, ya que los niños se mostraron cautelosos acerca de contar a sus amigos que asistían a un SSMNA y el temor acerca de volverse enfermo psiquiátrico. Contemplar esta perspectiva podría ser de suma utilidad, sobre todo si se considera que los niños cuentan con menores recursos que los adultos para hacer frente a tal preocupación.

En síntesis, dentro de las dimensiones de la satisfacción SSM se hallaron tres propuestas. La primera diferencia una dimensión técnica y otra interpersonal; la segunda, diferencia las percepciones de los usuarios de

los profesionales de la salud mental, la relación usuario profesional, el resultado del servicio y la satisfacción general; la tercera identificó tres dimensiones, las instalaciones, la organización y el acto médico. Dentro del ámbito de los SSMNA, un estudio focalizado en los padres identificó tres factores: necesidades de los padres, servicios médicos, facilidades/equipo; otro en cambio, identificó cinco factores: la adecuación, el resultado, la participación en el tratamiento, la accesibilidad y la sensibilidad cultural. Los estudios cuantitativos focalizados en la perspectiva de los adolescentes observaron como componentes principales a la satisfacción con: el ámbito y la organización de los servicios, la relación entre el adolescente y el profesional, y con el resultado del tratamiento. Los estudios cualitativos con adolescentes reportaron categorías similares a los factores identificados en los estudios cuantitativos. Mientras que un estudio cualitativo, llevado a cabo exclusivamente con niños identificó los siguientes elementos: el temor a ser estigmatizado por acudir a un SSMNA, la calidad y abordajes del equipo de profesionales, los aspectos ligados al ámbito del SSMNA, y la ansiedad acerca de asistir al SSMNA.

#### **4. Estudios sobre satisfacción en los servicios de salud mental para niños y adolescentes**

Generalmente los resultados de los estudios de satisfacción tanto de niños como de adultos suelen arrojar niveles de satisfacción que van de un 60% a 90% (Rey, Plapp y Simpson, 1999; Eysers, et al., 1994; Heflinger, Sonnichsen & Brannan, 1996; Pekarik & Wolff, 1996). Por ejemplo, Eysers, et al (1994) reportaron que en un SSM para adultos, el 64% de quienes respondieron al cuestionario de satisfacción sobre el servicio recibido en una clínica de trastornos del ánimo estaban muy satisfechos y un 21% parcialmente satisfechos. Mientras que en el caso de los SSMNA, Kotsopoulos, Elwood & Oke (1989) describieron que el 84% de los padres que asistieron a un SSMNA se hallaban satisfechos o muy satisfechos.

Los estudios sobre satisfacción en los servicios de salud mental para niños y adolescentes pueden dividirse, según si evalúan las características del servicio o las características del usuario, la relación con el resultado del tratamiento y el contexto cultural. Las características del servicio incluyen la duración del tratamiento, periodo de lista de espera, de internación, etc., mientras que las características del usuario se dividen en si evaluaron a los padres o a sus hijos e incluyen, las variables sociodemográficas (edad, género, etc.) y las psicológicas (tipo de problema, severidad sintomatológica, etc.) a continuación se describen los estudios sobre cada una de estas áreas.

##### **4.1 Niveles de satisfacción según las características de los servicios**

En cuanto a la satisfacción según características del servicio, la comparación entre distintos SSMNA puede ser compleja, debido a la cantidad de elementos que pueden variar de un servicio a otro, ya sea la el tipo y la cantidad de servicios que se proveen, la población que asiste o la orientación teórico practica de los profesionales, etc. Diversas revisiones (Lebow, 1983; Ruggeri, 1994; Williams, 1994) mostraron que las variables del servicio tales como, duración de la atención, tratamiento ambulatorio o internación, orientación del proveedor, han presentado escasas relaciones consistentes. Algunos estudios presentaron diferencias según el



tipo de servicio (Heflinger, Sonnichsen & Brannan, 1996; Graves, 2005; CAMHS Outcome Research Consortium [CORC], 2011), mientras que otros no (Bjørngaard, et al., 2008).

Uno de los estudios que si halló diferencias en la SU según tipo de servicio (Heflinger, et al., 1996) comparó entre dos grupos de SSMNA. Un grupo de SSMNA compuesto por servicios con un buen nivel de recursos (grupo demostración) y el segundo grupo compuesto por dos establecimientos que ofrecían un servicio tradicional (grupo comparación). Compararon la SU de los dos grupos según el proceso de admisión, de evaluación, pacientes ambulatorios y pacientes internados. Los padres del grupo demostración reportaron estar significativamente más satisfechos (94–98%) que los padres del grupo comparación (79–86%) con el proceso de admisión y el de evaluación. Cuando se compararon los resultados entre pacientes ambulatorios, los reportes de los padres del grupo demostración también presentaron una ventaja sobre los del grupo control aunque la diferencia fue menor que en el caso anterior. Mientras que al comparar los resultados de los pacientes internados no hubo diferencias.

Otro estudio (Graves, 2005) evaluó el cambio en los comportamientos internalizadores y externalizadores de los jóvenes y la satisfacción del usuario de acuerdo a cuanto adherían los servicios a la filosofía del sistema de cuidado. El sistema de cuidado consiste en que los servicios se centran en el niño y la familia, en aspectos comunitarios y ser competentes culturalmente. Los resultados del presente estudio indicaron que cuanto más perciben el niño y su familia que los servicios son consistentes con la filosofía del sistema de cuidado, mayor es el nivel de satisfacción con el mismo y que al año de haber recibido el servicio reportaron menor número de comportamientos internalizadores y externalizadores. Graves (2005) sostiene que si el niño y la familia establecen un adecuado *raport* con el servicio gracias a la individualización del mismo, es posible que mejore la adherencia del usuario; y de este modo lograr mejorías en el tratamiento. Es decir, que los principios del sistema de cuidado podrían mejorar el funcionamiento del niño indirectamente al aumentar la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, Bjørngaard, et al., (2008) no hallaron diferencias según el impacto del nivel de servicio de diferentes SSMNA en la satisfacción de los padres con los tratamientos de pacientes externos. El estudio evaluó 49 SSMNA, incluyendo un total de 2253 padres, y la SU de los padres fue medida de acuerdo a la interacción e información con el profesional por un lado y el resultado del tratamiento por el otro. Los resultados observados indicaron que un 96% de la varianza de la satisfacción de los padres se podía atribuir a factores internos al SSMNA, mientras que solo un 4% de la misma se podía atribuir al nivel del SSMNA. Bjørngaard, et al., (2008) sostienen que la información de los cuestionarios sobre SU presenta claras limitaciones ya que los factores que afectan la SU refieren más a cuestiones propias de los servicios y no a las diferencias entre ellos; por lo que la información recogida a partir de la evaluación de la SU no es un indicador claro del nivel de un SSMNA. Cabe aclarar que dicho trabajo fue llevado a cabo en SSMNA en Noruega y puede que la falta de diferencias se deba a que dichos servicios no presenten diferencias significativas entre sí como las que se podrían hallar en contextos tales como el de Argentina; y tampoco evaluó aspectos tales como la accesibilidad al servicio, la capacidad y la distancia del mismo, factores que pueden ser importantes desde la perspectiva del usuario.

En cuanto a las características del servicio, tales como la frecuencia de los contactos con los usuarios y la duración de la internación, Measelle, Weinstein y Martinez (1998) observaron que estas se asociaron a la satisfacción de los padres. Indicando que a mayor frecuencia de contacto, mayor satisfacción y que los padres tendieron a estar más satisfechos cuando sus hijos podían mantenerse en sus hogares o en sus comunidades más que en establecimientos psiquiátricos.

En cuanto a la duración del tratamiento y su relación con la satisfacción de los usuarios, la evidencia no es clara. Diversos estudios observaron que tratamientos más prolongados se asociaron positivamente con la satisfacción (Bjørngaard, et al., 2008; Brannan, et al., 1996; Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000). Según Bjørngaard, et al., (2008) puede deberse a que la prolongación en el tiempo del tratamiento puede indicar que dicho servicio encaja mejor con las necesidades del usuario en comparación con aquellos tratamientos que

terminan prematuramente. Sin embargo, los resultados no son consistentes con otros estudios (Gerkenmeyer & Austin, 2005; Shapiro, et al., 1997; Measelle, et al., 1998).

Una característica del servicio que puede afectar negativamente la satisfacción con el servicio es la duración de las listas de espera. Bjørngaard, et al., (2008) observaron que el tiempo de espera se asocio negativamente con el resultado del tratamiento y la satisfacción de los padres, lo cual enfatiza la importancia de reducir los tiempos de espera para mejorar los resultados de los servicios.

En lo que refiere a estudios cualitativos sobre la SSMNA Barber y Teaschley (2006) realizaron un estudio cualitativo en el que identificaron dos temas principales en las respuestas: la valoración positiva del servicio y la necesidad de mejoras. Al describir las experiencias positivas con el servicio los sujetos hicieron mención a la relación positiva con el equipo y el apoyo, consejo y ayuda recibida. Mientras que reportaron disatisfacción con las facilidades y sugirieron mejoras relacionadas a la sala de espera

En síntesis, la comparación de los niveles de SU entre distintos SSMNA puede ser compleja, tres estudios observaron diferencias mientras que uno no. Sin embargo, este último se realizó en un contexto donde los servicios presentan un funcionamiento homogéneo (Bjørngaard, et al., 2008). Ciertas características de los servicios se asociaron a la satisfacción de los padres: frecuencia de los contactos con los usuarios y duración de la internación. En cambio, la duración del tratamiento y su relación con la SU no arrojó evidencia concluyente. Por otro lado, sí se observó que a mayor duración de la lista de espera menor SU. Finalmente, un estudio cualitativo sobre la SU en los SSMNA reportó que los jóvenes al describir las experiencias positivas con el servicio mencionaron la relación positiva con el equipo y el apoyo, consejo y ayuda recibida. Al reportar la necesidad de mejoras mencionaron disatisfacción con las facilidades y sugirieron mejoras relacionadas a la sala de espera.

## **4.2 Niveles de satisfacción según las características del usuario**

### ***4.2.1 Estudios sobre satisfacción de los usuarios desde la perspectiva de los adolescentes***

Los estudios destinados a evaluar la satisfacción desde la perspectiva de los niños y los adolescentes son menos frecuentes y más recientes que los llevados a cabo con los padres. Biering (2010) realizó una revisión de los estudios sobre SU en los SSMNA desde la perspectiva de los niños y adolescentes, y halló un total de 24 estudios. Estos estaban destinados a desarrollar instrumentos para evaluar la SU o a relacionar las medidas de SU con diversas variables de los servicios. De los mismos, 15 utilizaron metodologías cuantitativas, siete cualitativas y dos utilizaron metodologías mixtas.

Del total de estudios cuantitativos revisados, la mayor parte se orientó a evaluar la SU con pacientes externos (Rosen, Heckman, Carro, & Burchard, 1994; Stüntzner-Gibson, Koren & DeChillo, 1995; Garland & Besinger, 1996; Shapiro, et al., 1997; Godley et al., 1998; Nabors et al. 1999, Garland et al. 2000c, 2003, 2007; Noser & Bickman 2000; Copeland, Koeske & Greeno, 2004; Barber et al. 2006), tres lo hicieron con pacientes internados (Kaplan et al. 2001; Marriage, Petrie, & Worling, 2001; Grosseohme & Gerbetz, 2004) y dos evaluaron pacientes internados y externos (Brannan et al. 1996; Lambert et al., 1998). Mientras que de los estudios cualitativos cuatro se orientaron a los pacientes internados (Geanellos, 2000, 2002; Hart et al., 2005; Lee et al., 2006), y tres a los pacientes externos (Farnfield & Kaszap, 1998; Laws, 1998; Buston, 2002). Finalmente los estudios mixtos se centraron en pacientes externos (Garland & Besinger, 1996; Nabors et al., 1999).

#### *4.2.1.1 Variables sociodemográficas*

Dos revisiones evaluaron la relación entre las variables sociodemográficas y la SU (Lebow 1983; Ruggeri, 1994) y observaron que la edad, el género y la raza/etnia han sido indicadores pobres de la satisfacción con los servicios de salud mental. Por ejemplo, Barber, Tischler y Healy (2006) realizaron un estudio sobre el impacto de las variables socio demográficas y la SU en los SSMNA y concluyeron que la evidencia es confusa respecto a la relación en variables tales como género, etnia, educación e ingresos.

Con respecto a la etnia, solo un estudio halló una correlación estadísticamente significativa, aunque esta era débil, se observó que los pacientes caucásicos referían una levemente mayor satisfacción que los de otras etnias (Garland et al. 2007) Mientras que el resto de los estudios no halló diferencias significativas entre etnia o factores socioeconómicos y los niveles de satisfacción (Stüntzner-Gibson et al. 1995, Garland & Besinger 1996, Shapiro, et al., 1997; Godley, et al., 1998; Nabors, et al., 1999; Garland, et al., 2000a). Según Measelle, et al., (1998), el hecho de que las variables demográficas no se asocien con la satisfacción podría indicar que los servicios funcionan de manera similar para diferentes grupos.

En cuanto a la relación entre SU y edad los hallazgos son variados. Solo dos estudios hallaron que la satisfacción tiende a decrecer con la edad (Stuntzner-Gibson, et al., 1995; Shapiro, et al., 1997) los cuales observaron que los niños de 11 a 13 años reportaban niveles de satisfacción mayores que los jóvenes de 14 a 17. Sin embargo, Simonian et al., (1993), hallaron que en una muestra de pacientes ambulatorios pediátricos, los niños mayores se encontraban más satisfechos que los niños menores y el resto de los estudios como el de Garland, Aarons, Saltzman y Kruse (2000a) no halló diferencias entre grupos etarios. Según Biering (2010) las diferencias halladas por Stuntzner-Gibson, et al., (1995) y Shapiro, et al. (1997) se podrían deber a que al tomar un amplio margen de edad (de 9 a 18) lo que observaron fue el aumento del grado de criticismo hacia los adultos de los niños a medida que se vuelven adolescentes.

En cuanto a las diferencias en la SU según género, solo un estudio halló diferencias (Shapiro, et al., 1997), mediante un análisis factorial pudo observar que los varones estaban más satisfechos con los beneficios de la terapia que las mujeres, mientras que no observó diferencias en cuanto al grado de satisfacción y la relación con los profesionales. Este hallazgo, es apoyado por el estudio cualitativo de Garland y Besinger (1996) quienes hallaron que dentro de los dominios que más resaltaban los adolescentes, las mujeres destacaban a la relación con el equipo de profesionales, mientras que los varones destacaban la efectividad del programa.

#### *4.2.1.2 Variables psicológicas*

Por otro lado un total de ocho estudios evaluaron las variables psicológicas severidad y tipo de problema y su relación con la SU en pacientes ambulatorios. La severidad de la sintomatología tiende a correlacionar negativamente a los niveles de satisfacción, cuanto mayor es la sintomatología menor tiende a ser la satisfacción, al menos cinco estudios reportaron estos resultados (Godley et al., 1998; Garland et al., 2000a; Noser & Bickman, 2000; Barber et al., 2006), aunque otros tres estudios no hallaron dicha relación (Rosen et al., 1994; Stüntzner-Gibson et al., 1995; Shapiro, et al., 1997). En cuanto al grado de satisfacción y el tipo de problema por el que se consulta, los jóvenes que reportaron problemas de conducta indicaron menores niveles de satisfacción con los SSMNA (Barber, et al., 2006). Debido a esto los autores resaltan la importancia de que se exploren las necesidades y expectativas de los jóvenes con problemas comportamentales para que sus necesidades sean mejor comprendidas y sus expectativas cumplidas.

El único estudio que evaluó la relación entre SU e impacto del problema en el funcionamiento psicosocial de los jóvenes fue el de Barber, et al., (2006) y observó una relación altamente significativa entre impacto de problema y SU. Donde quienes presentaban un impacto significativo del problema en sus vidas estaban menos satisfechos que aquellos cuyo impacto era menor. Lo que los llevó a concluir si los problemas

les generaban malestar y deterioro social, los jóvenes percibían los servicios de salud mental como menos efectivos.

En síntesis, los estudios sobre SU desde la perspectiva de los adolescentes, son poco frecuentes. Los estudios cuantitativos mayormente se focalizaron en pacientes ambulatorios, mientras que los cualitativos evaluaron pacientes internados y ambulatorios. Las variables sociodemográficas (edad, género y raza/etnia) han sido indicadores pobres de la satisfacción con los servicios de salud mental. Dentro de las variables psicológicas, la severidad de la sintomatología tendería a correlacionar negativamente a los niveles de SU; aquellos que presentan problemas de conducta indicaron menores niveles de SU; y se observó una relación altamente significativa entre impacto de problema y SU.

#### ***4.2.3 Estudios sobre satisfacción de los usuarios desde la perspectiva de los padres***

Con respecto a la satisfacción con los SSMNA según la perspectiva de los padres, se considera que la misma es de suma importancia en los SSMNA ya que son quienes permiten que su hijo inicie, mantenga, abandone el tratamiento o lo finalice; al mismo tiempo suelen ser parte integral del proceso de tratamiento. Es por ello que la satisfacción de los padres es uno de los objetivos que los SSMNA deben procurar. Estudios empíricos han observado que la satisfacción de los padres con el servicio puede ser esencial para el involucramiento y la continuación del tratamiento (Breda & Bickman, 1997; Martin, Petr, & Kapp, 2003). Comprender qué aspectos pueden contribuir a la satisfacción de los padres podría ayudar a diseñar servicios más efectivos y/o aceptables para el usuario (Rey, et al., 1999). Como en el resto de los estudios sobre SU, la satisfacción de los padres también suele ser elevada, por ejemplo en un estudio realizado en Ottawa, el 84% de

los padres que asistían a un servicio de salud para sus hijos estaban satisfechos o muy satisfechos (Kotsopoulos, Elwood & Oke, 1989).

Los padres suelen estar más satisfechos que los niños y adolescentes con los servicios de salud mental (Godley et al., 1998; Marriage et al., 2001; Copeland, et al., 2004; Barber et al., 2006), y la correlación entre la satisfacción de los padres y sus hijos suele ser débil o moderada (Stüntzner- Gibson et al., 1995; Godley et al., 1998; Lambert et al., 1998; Helstela & Helenius, 1999; Copeland, et al., 2004; Sourander, Pihlakoski, Aromaa, et al., 2006, Garland et al. 2007)

En cuanto a la satisfacción de los padres según la edad de sus hijos, Bjørngaard, et al., (2008) observaron que los padres de los niños entre 0 y 6 años de edad se hallaban más satisfechos que los padres de pacientes mayores, lo cual es consistente con estudios previos (Shapiro, et al., 1997; Stuntzner-Gibson, et al., 1995).

Con respecto a si hay diferencias entre los padres de pacientes niños o niñas, dos estudios (Bjørngaard, et al., 2008; Garland, et al., 2000a) no hallaron diferencias substanciales entre ellos.

Otra variable a contemplar en la satisfacción de los padres son las variables diagnósticas, las mismas han sido los predictores más consistentes de la satisfacción de los usuarios en los estudios con adultos (Lebow, 1983; Ruggeri, 1994). Por ejemplo, los usuarios con desórdenes patológicos más severos y de mayor intensidad referían menores niveles de satisfacción (Measelle, et al., 1998). Al evaluar la satisfacción de los padres de niños con problemas emocionales severos, Measelle, et al. (1998) observaron que si bien la satisfacción general de los padres fue elevada, no se observó asociación alguna con el manejo del caso y el diagnóstico de su hijo; en cambio, si observaron que a menor deterioro del niño, mayor satisfacción de los padres. También, se observó que los padres de niños con síntomas externalizadores reportaron niveles de satisfacción menores que aquellos cuyos hijos presentaban trastornos internalizadores (Bjørngaard, et al., 2008).



En síntesis, los estudios sobre SU desde la perspectiva de los padres indicaron que la misma es esencial para el involucramiento y la continuación del tratamiento de sus hijos, que los padres suelen estar más satisfechos que los niños y adolescentes y que la correlación de la SU entre ellos suele ser débil o moderada; los padres de niños menores tienden a estar más satisfechos que aquellos cuyos hijos son mayores, no se observaron diferencias según el sexo del hijo; por último, los padres de niños con síntomas externalizadores suelen estar menos satisfechos.

### **4.3 Niveles de satisfacción según el resultado del tratamiento**

En cuanto a la relación entre resultado de tratamiento y satisfacción en el ámbito de los SSMNA, Biering (2010) halló siete estudios (Shapiro et al., 1997; Lambert et al., 1998; Noser & Bickman, 2000; Kaplan et al., 2001; Marriage et al., 2001; Garland et al., 2003, 2007) los cuales arrojaron resultados dispares, tal vez debido a que utilizaron diferentes metodologías de evaluación. Los estudios que evaluaron dicha relación se diferencian de acuerdo a si evaluaron el cambio desde la perspectiva de los adolescentes, de los padres, los profesionales.

Al evaluarse los cambios desde la perspectiva del adolescentes dos estudios hallaron una diferencia estadísticamente significativa leve entre el nivel de SU y quienes obtuvieron mejores o peores resultados con el tratamiento (Lambert et al., 1998; Garland, Aarons, Hawley, & Hough, 2003), pero otros cuatro estudios no hallaron diferencias estadísticamente significativas (Shapiro et al., 1997; Noser y Bickman, 2000; Marriage et al., 2001; Garland, et al., 2007).

Al evaluar los cambios desde la perspectiva de los padres y la satisfacción de sus hijos, tres estudios hallaron una relación moderada (Shapiro, et al., 1997; Noser y Bickman, 2000; Garland, et al., 2007), mientras que otros tres estudios no hallaron relación alguna (Lambert et al., 1998; Marriage, et al. 2001; Garland, et al.,

2003). Según los Biering (2010), la satisfacción de los padres presenta una relación mayor con el resultado del tratamiento que la satisfacción de los niños y adolescentes.

En cuanto a la relación entre los cambios observados por los padres y la SU de los padres, seis estudios hallaron una relación moderada entre la satisfacción de los padres y las mejorías de su hijo (Shapiro, et al., 1997; Lambert et al., 1998; Noser & Bickman, 2000; Kaplan et al., 2001; Marriage, et al., 2001; Garland, et al., 2007).

Finalmente, al evaluarse la relación entre cambio medido según el profesional y la satisfacción de los padres, los resultados son dispares. Tres estudios reportaron una relación estadísticamente significativa consistente (Shapiro, et al., 1997; Noser & Bickman, 2000; Marriage, et al., 2001), uno mostró un acuerdo significativo pero pequeño (Rey, et al., 1999), dos observaron que dicha asociación es débil (Carscaddon, George & Wells, 1990; Pekarik & Wolff, 1996), y Lambert, et al., (1998) reportaron que no hay relación entre mejoría clínica según el profesional y la satisfacción parental.

Un dato que resulta interesante destacar del estudio realizado por Rey, et al. (1999), es que si bien el cambio según los clínicos aumentaba con el tiempo, el grado de satisfacción de los padres se mantuvo. Los autores concluyeron que la variabilidad en el acuerdo entre padres y profesionales muestra que resultado y satisfacción, si bien están relacionadas, son constructos diferentes (Rey, et al., 1999).

En síntesis, los niveles de SU según el resultado del tratamiento en los SSMNA arrojaron resultados dispares. Al evaluar la relación entre SU de los jóvenes y los cambios (desde la perspectiva del adolescentes o de los padres) la evidencia no es concluyente. Al evaluar la relación entre SU de los padres y los cambios medidos por los padres se observó una relación moderada. Finalmente, al evaluar la SU de los padres y los cambios medidos por los profesionales la evidencia vuelve a ser dispar.

#### **4.4 Niveles de satisfacción en el contexto cultural latinoamericano**

En cuanto a la relación de la SU con SSMNA en contextos culturales diversos la evidencia es escasa. Por un lado, se mencionó anteriormente que la evidencia acerca de la influencia de las variables socio demográficas era confusa respecto a la relación en variables tales como género, etnia, educación e ingresos de los usuarios (Barber, et al., 2006). Por otro lado, autores como Serrano del Rosal y Lorient Arín (2008) y Hall y Dorman (1990) afirman que los determinantes demográficos y socioeconómicos son un predictor pequeño de la satisfacción. Cabe destacar que los estudios realizados en el contexto latinoamericano son escasos como para poder realizar conclusiones de peso.

En Ribeirao Preto, Brasil por ejemplo se ha realizado un estudio exploratorio y descriptivo que evalúa la asistencia en la Unidad de Salud de la Familia (USF) bajo la perspectiva de los usuarios (Martins Mishima, et al., 2010). Si bien no se realizó en un servicio de salud mental, sino en un servicio de salud los resultados del análisis temático de contenido identificaron tres temas que los usuarios desatacaron como principales: acceso, interacción equipo-usuario y organización del trabajo en la USF. Otro estudio realizado en Brasil, esta vez sí destinado a evaluar la SU con los servicios de salud mental implementó métodos cualitativos y cuantitativos (Kantorski, et al., 2009). Los resultados que obtuvieron en la Escala Brasileira de Evaluación de la Satisfacción, indicaron que la satisfacción general de los usuarios fue positiva, y en particular que la satisfacción con la comunicación con el equipo y el acceso a la información obtuvieron los niveles más elevados. Mientras que la satisfacción con el servicio, las condiciones generales de las instalaciones presentaron niveles menores de satisfacción (Kantorski, et al., 2009). Un elemento en común de ambos estudios es que no contemplaron las visiones de los menores involucrados, sino que se focalizaron en las opiniones de los adultos.

Por otro lado, un estudio sobre la calidad de servicio en el sector de salud pública (Valenzuela, 2008) en Chile destacó la importancia de mantener actualizado el conocimiento sobre los pacientes, es decir evaluar

sistemáticamente el servicio y la satisfacción usuario. Además reportó una serie de acciones a implementar que podrían mejorar la calidad de los servicios: 1) la disminución de los tiempos de espera; 2) lograr una atención más cordial, promover la humanización del trato incorporando en el concepto de usuario como persona única, con derechos y deberes; 3) mejorar la entrega de información al usuario y a la comunidad; 4) brindar atención individualizada; 5) cumplir con los horarios de atención establecidos; 6) mejorar la infraestructura (se considera que la apariencia moderna de las instalaciones físicas y material asociado aumenta la calidad de atención percibida por los usuarios), la comodidad de las salas de espera (equiparlas con televisión, música, revistas, diarios, etcétera); y mantener una limpieza adecuada de los servicios higiénicos.

Un estudio realizado en México (Ortiz Espinosa, Muños Juárez, & Torres Carreño, 2004) evaluó la satisfacción del usuario de los servicios institucionales del sector salud en 15 hospitales. Los resultados indicaron que la insatisfacción del paciente se relacionó con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato por parte del médico y con la percepción de mala la calidad de la atención, aspectos que los autores sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa.

Así como los estudios sobre satisfacción con SSMNA en el contexto latinoamericano son escasos, lo mismo ocurre en el contexto local. En el mismo funciona un sistema de salud de carácter mixto compuesto por el sector público, el de seguridad social y el privado (Rovere, 2004). Las diferencias entre cada uno de los subsectores son variadas en cuanto a la prestación de los servicios, de la infraestructura y de la población que asiste a los mismos. De todos modos, la legislación promueve que se garantice la mejor calidad y efectividad (Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), y la revisión multidisciplinaria del sistema de salud (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) para proteger los derechos humanos de los usuarios en cualquiera de los subsectores a los que asistan. Si bien la Ley Nacional de Salud Mental, (2010) indica la inclusión de asociaciones de usuarios en la revisión del sistema de salud, al momento los estudios realizados son escasos.

Hirsch y Lardani (2001) realizaron un estudio que indagó sobre la opinión de los consultantes acerca del servicio recibido. Sin embargo, sostienen que sus resultados carecen de rigurosidad científica, sólo reflejan la percepción subjetiva de los consultantes y no han sido sometidos a técnicas de muestreo. De todos modos afirman que los datos obtenidos les permitieron recibir y brindar feedback a los terapeutas con el propósito de mejorar las habilidades de los profesionales y por ende intentar influir en los resultados.

Otro estudio realizado en San Salvador de Jujuy (Macias, 2009), orientado a evaluar los componentes más relevantes de la calidad de atención, en el Centro de Salud Campo Verde, observó resultados pobres en cuanto a la calidad de los servicios brindados. Un 74% de los encuestados reportó una calificación regular, por lo que se considera que la calidad de la atención del centro requiere fortalecimiento, decisión política, apoyo técnico y estrategias de inserción comunitaria (Macias, 2009).

En síntesis, los estudios en el contexto latinoamericano son escasos como para poder realizar conclusiones de peso. Lamentablemente, en el ámbito local los estudios se basaron en usuarios adultos, mientras que no se encontraron estudios con niños y adolescentes, lo cual representa un bache significativo en el conocimiento al respecto.

## 5. Metodología e instrumentos de evaluación de la satisfacción

### 5.1 Instrumentos

Los instrumentos sobre satisfacción son una parte esencial de las mediciones de SU (Fisk, Brown & Cannizzaro, 1990). Clásicamente los estudios sobre SU con SSMNA focalizaban su interés en la visión de los Padres/Cuidadores y dejaba de lado las opiniones de los niños y adolescentes. Actualmente se ha establecido la importancia de prestar mayor atención a la visión de los jóvenes, ya que si bien pueden ser semejantes a las de sus padres, no son equivalentes (Harris & Poertner, 1998). Por ello, se precisan instrumentos destinados a las diversas poblaciones etarias (niños, adolescentes y padres/cuidadores).

Los instrumentos para evaluar la SU varían desde entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, hasta cuestionarios autoadministrables (Attride-Stirling, 2003), los cuales pueden diferenciarse según la fuente que se utilizó para construir los ítems de los mismos (Harris & Poertner, 1998).

Hay instrumentos que se basaron en los usuarios para construir sus ítems ([Physicians' Humanistic Behaviors Questionnaire], Weaver, Ow, Walker & Degenhardt, 1993). Otros lo hicieron según los profesionales ([Youth Client Satisfaction Questionnaire], Shapiro, et al., 1997). Mientras que otros se basaron en la literatura especializada, es decir son derivados de cuestionarios ya establecidos como el Client Satisfaction Questionnaire (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). El hecho de que la mayor parte de los instrumentos sobre SU se basen en los estándares generados por los profesionales atenta contra su validez de contenido (Ruggeri, 1994) y tal como señalan Young, Nicholson y Davis (1995), mostrar que el usuario está satisfecho con un aspecto que no considera relevante no sirve de nada. De todos modos, si bien fueron desarrollados con escasa participación de los usuarios, suelen cubrir aspectos coherentes con los hallazgos de los estudios sobre lo que los padres y jóvenes desean de un SSMNA (Mental Health Foundation, 1999; The Health Advisory Service, 2000; Attride-Stirling, Davis, Markless, Sclare, & Day, 2001).

Los instrumentos utilizados tienden a focalizar en aspectos relacionados a la accesibilidad, aceptación, la información, los resultados percibidos, comunicación/relación, organización del cuidado, el ambiente, el conocimiento y las habilidades de los clínicos, las expectativas, reclamos, satisfacción en general y la satisfacción con el servicio (Attride-Stirling, 2003)

De los numerosos instrumentos destinados a la evaluación de la SU, muchos de ellos presentan diversas limitaciones en cuanto a sus propiedades psicométricas y conceptuales. Por ejemplo, suelen utilizar medidas desarrolladas localmente (lo que limita su administración en otros contextos) e instrumentos que no han sido estandarizados (Dogra, 2000; Stallard, 1995; Stallard, 1996). Los cuestionarios que han sido validados (Bradley & Clark, 1993; Brannan, et al., 1996; Copeland, et al., 2004; Shapiro, et al., 1997), generalmente no cubren todas las dimensiones de la satisfacción con el servicio y la mayoría de ellos no ha evaluado la confiabilidad test-retest (Ayton et al., 2007). Una revisión de los instrumentos utilizados en Estados Unidos reportó que solo en el 11% de los instrumentos se evaluó la confiabilidad y en un 5% se realizó el análisis factorial (Kaufman & Phillips, 2000). Por último, las escalas globales como las multidimensionales carecen de variación en la respuesta y generalmente fallan en identificar los usuarios insatisfechos (Riley, et al., 2005).

Un aspecto a resaltar es que los niveles de satisfacción reportados suelen ser elevados (70-90%) y esto puede atribuirse a aspectos del diseño del instrumento más que a la percepción misma de la satisfacción (Kaufman & Phillips, 2000), por ello, Riley, et al. (2005) sugirieron que los cuestionarios sean diseñados específicamente para cada SSM en el que son administradas. Al respecto, Attride-Stirling (2003) distinguió por un lado instrumentos que tienen la ventaja de ser orientados específicamente a un servicio pero no se halla información sobre su validez en la literatura y por el otro, cuestionarios que presentan la ventaja de que han sido estandarizados y validados pero al mismo tiempo la desventaja de que no estarían diseñados para cada servicio.

Biering (2010) resaltó que la mayor parte de los estudios realizados sobre SU en SSMNA desarrollaron instrumentos que no volvieron a ser utilizados en estudios reportados en revistas científicas, solo dos estudios si

lo hicieron (Brannan et al. 1996, Garland, et al. 2000b). Esto lo llevó a afirmar que la investigación en el campo no se asienta sobre conocimientos generados previamente.

Actualmente existen múltiples instrumentos para evaluar la SU. Para evaluar la SU de los padres los instrumentos más utilizados fueron el de Larsen et al. (1979) y el de Stallard (1992). Para evaluar la SU desde la perspectiva de los niños y adolescentes, Biering (2010) identificó cuatro instrumentos cuyos desarrollos fueron rigurosos, el de Brannan, et al. (1996), el de Shapiro, et al. (1997), el de Garland, et al. (2000<sup>a</sup>) y el de Attride-Stirling (2003); otros instrumentos que también vale la pena mencionar son el de Stuntzner-Gibson, et al. (1995) y el de Ayton et al. (2007). A continuación se describen las características principales de los mismos.

### **5.1.1 Cuestionario de satisfacción del usuario.**

El cuestionario de satisfacción del usuario: ([CSU] Client Satisfaction Questionnaire - Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979; Attkisson y Greenfield, 1996). Existen numerosas versiones del CSU que varían en su extensión para aplicarse en diferentes contextos y la versión más utilizada es la del CSU-8 (Attkisson, 2011). Es un cuestionario de auto informe sobre la satisfacción de los padres y cuidadores acerca del servicio que recibió su niño en los últimos seis meses. Consta de 8 ítems que se responden según 4 opciones (“muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, bastante insatisfecho). Es la medida más establecida de satisfacción global con los SSMNA y muchos instrumentos fueron desarrollados a partir del mismo o comparados con este en sus procesos de validación (Attride-Stirling, 2003). Incluye las siguientes dimensiones: entorno físico; tipo de tratamiento; calidad del servicio; equipo de tratamiento; intensidad, cantidad y duración del servicio; resultado del servicio; satisfacción general, y procedimientos. La consistencia interna del CSU es elevada, con un coeficiente de alfa que va de .84 a .93, se observó una falta de relación entre la satisfacción del usuario y la deseabilidad social, lo cual sugiere un soporte para su validez discriminante e incluso se lo sugirió como una medida de SU útil para evaluar el resultado de diversos abordajes psicoterapéuticos (Gaston & Sabourin, 1992).



Sin embargo, Stallard (1996) sostiene que si bien la consistencia interna es elevada la utilidad para los clínicos es limitada debido a su brevedad.

### **5.1.2 Cuestionario de Satisfacción de Padres.**

El Cuestionario de Satisfacción de Padres (Stallard, 1992, 1996), está destinado a los usuarios de un SSMNA. Consta de 18 ítems seleccionados de la literatura sobre SU que fueran claros y útiles. En ellos se evalúan cinco aspectos de la satisfacción con los servicios recibidos: pre admisión (tiempo de espera, información brindada previa al encuentro); lugar del encuentro (ubicación, entorno físico y accesibilidad), proceso de intervención (estilo de terapia, empatía, comprendido); largo y duración de los encuentros (intensidad, cantidad de sesiones, duración de las mismas); y resultado (cambio, habilidad para afrontar y satisfacción general). Se incluyó una pregunta abierta en la que se pide al usuario que identifique un aspecto en el que estuviera más que satisfecho y otro en el que estuviera menos que satisfecho. Stallard, (1992) resalta la importancia de incluir comentarios abiertos en los cuestionarios ya que quienes se encuentran menos satisfechos con el servicio suelen agregar más información allí. Por ejemplo, algo que reportaron muchos padres es que durante la primera sesión les hubiera gustado estar más tiempo a solas con el terapeuta sin el hijo. La confiabilidad test-retest del instrumento según la correlación de Pearson fue de .82 ( $p < .01$ ) (Para mayor detalle sobre su validez y confiabilidad, ver Stallard, 1996)

### **5.1.3 Escala de satisfacción.**

La Escala de Satisfacción (ES) (Brannan, et al., 1996) es un cuestionario desarrollado para evaluar la satisfacción de los adolescentes con diversos aspectos del tratamiento psiquiátrico (también se cuenta con una versión para padres). Es un cuestionario autoadministrable con nueve módulos separados, los cuales focalizan

en distintos tipos de servicios: admisión y evaluación, tratamiento ambulatorio, centro de internación, manejo del caso, hospital de día, terapia de grupo, terapia familiar, asistencia en la escuela, asistencia en el hogar. En cada módulo se incluyeron, de acuerdo a la particularidad del mismo, diversos contenidos. Estos son: accesibilidad y conveniencia, tratamiento del niño, servicio a padres, servicio a la familia, relación con el terapeuta, sensibilidad del equipo de profesionales, aspectos económicos, y satisfacción global. Para evaluar la satisfacción global se adaptaron cinco ítems del CSU de Larsen (1979). La consistencia interna de cada uno de los módulos fue de .70 a .91 destacando una adecuada confiabilidad y los análisis de correlación muestran que la ES evalúa el constructo de la satisfacción de una manera similar a otros instrumentos (Brannan, et al., 1996). De todos modos, Biering (2010) cuestiona que los autores no reportaron como se identificaron los aspectos considerados en el instrumento para asegurar su validez.

#### **5.1.4 Cuestionario de Satisfacción de Usuarios Jóvenes.**

El Cuestionario de Satisfacción de Usuarios Jóvenes ([Youth Client Satisfaction Questionnaire] Shapiro, et al., 1997) consiste en una entrevista telefónica, de 14 preguntas cerradas con frases accesibles a jóvenes de 11 años o más y dirigidas a reducir el sesgo de la discapacidad social en las respuestas. También incluye preguntas abiertas que indagan sobre los mejores y peores aspectos del tratamiento y acerca de otros comentarios que se deseen realizar. La entrevista telefónica representa una serie de ventajas: evita las bajas tasas de respuesta de los instrumentos escritos o enviados por correo, no se ve afectada por la terminación prematura de los tratamientos, provee privacidad de las respuestas y no requiere de habilidades lectoras para responder (Shapiro, et al., 1997). La correlación de los 14 ítems fue de .67 para la confiabilidad test- retest y .65 para la correlación parte-todo. Para el resultado total se obtuvo un coeficiente de confiabilidad test- re test de .92 ( $\alpha = .90$ ). El análisis factorial arrojó dos componentes principales: la relación con el terapeuta y los

beneficios de la terapia, los cuales explicaron un 34% y 33% de la varianza respectivamente y la correlación entre ambos fue de .61 ( $p < .01$ ).

### **5.1.5 Escala Multidimensional de Satisfacción Adolescente.**

La Escala Multidimensional de Satisfacción Adolescente (EMSA) (Multidimensional Adolescents Satisfaction Scale – Garland, Saltzman & Aarons, 2000) consiste en una escala multidimensional de 21 ítems para evaluar la satisfacción de los adolescentes con los SSMNA desarrollada a partir de entrevistas cualitativas realizadas a los adolescentes acerca de sus experiencias con los servicios de salud mental. Los resultados indicaron que las propiedades psicométricas del instrumento son fuertes. La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach fue de .91. Se identificaron cuatro factores: 1) características del terapeuta, 2) necesidades cumplidas, 3) eficacia y 4) conflicto terapéutico. Los factores 1, 3 y 4 presentaron una correlación entre moderada y fuerte. La confiabilidad test re-test fue buena ( $r = .88$ ). La validez convergente del instrumento se verificó con el CSQ y se observó que la correlación era elevada ( $r = .80$ ).

### **5.1.6 Cuestionario de Experiencia con el Servicio.**

El Cuestionario de Experiencia con el Servicio ([CES] Attride-Stirling, 2003) consiste en una medida de auto-informe utilizado para medir la satisfacción específicamente en los SSMNA. El CES es el resultado de un proyecto llevado a cabo por la Comisión para Mejora de la Salud (CMS [Commission for Health Improvement], 2002), para desarrollar un método y herramientas adecuadas que le permitiera captar las visiones de los usuarios para la Revisión de Gestiones Clínicas. Si bien es utilizado ampliamente para fines de gestión clínica en el Reino Unido, no ha sido validado (Attride-Stirling, 2003).

Existen las tres versiones del CES: una para padres/cuidadores, una para niños de 9 a 11 años y otra para adolescentes de 12 a 18 años. Cada una de las versiones del CES cuenta con 12 afirmaciones que evalúan aspectos tales como: facilidades, equipo de trabajo, cuán bien tratado fue, confianza en el equipo de profesionales y satisfacción general con el servicio. Las 12 afirmaciones se evalúan en una escala Likert con tres opciones para determinar el grado de acuerdo (totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, no acuerdo, no sé). Además cuenta con tres preguntas adicionales que invitan a respuestas abiertas escritas: ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?, ¿Hubo algo que no le haya gustado o que sienta que necesita mejorar? y ¿Hay algo más que quisiera decirnos respecto al servicio que recibió? Asimismo, cuenta con una serie de preguntas que indagan variables socio demográficas: edad, género del niño, si posee certificado de discapacidad, grupo étnico (Para mayor detalle o información sobre propiedades psicométricas ver apartado 4.2 Metodología).

Tras las pruebas piloto iniciales la Comisión para la Mejora de la Salud (CMS) concluyó que: los resultados fueron valiosos e informativos para los fines buscados de Revisión de la Gestión Clínica (RGC); la información relevada reflejó las fortalezas y los problemas generales que ya se conocían, pero proveyó además importantes puntos de aprendizaje, especialmente los comentarios escritos; que si bien los resultados fueron suspicazmente positivos, poder contar con resultados que permitan establecer puntos de comparación fue sumamente útil; que las preguntas acerca de los resultados en general no funcionaron bien en los SSMNA; que aquellos pacientes que se hallaban en la primera consulta presentaban dificultades para completar el cuestionario, por lo cual dicho grupo fue retirado del proceso final; y finalmente, que el CES debería ser utilizado como una parte esencial de las revisiones de los SSMNA (Attride-Stirling, 2003).

Un Reporte del Consejo de Investigación en Resultados de los SSMNA (CORC, 2011) del Reino Unido utilizó el CES para analizar las diferencias entre el servicio de la localidad de Erinsborough y el resto de los SSMNA de los servicios incluidos en el CORC. Al comparar los reportes de los padres del servicio de

Erinsborough (N = 53) vs. Los del resto de los servicios (N = 4947) observaron diferencias estadísticamente significativas en diversos ítems según el reporte de los jóvenes y de los padres.

En cuanto a las limitaciones del CES, Ayton, et al. (2007) cuestionan que el instrumento solo cubre algunos aspectos de la satisfacción con el servicio, se focaliza en las habilidades y comportamientos del terapeuta y la accesibilidad; y no incluye la satisfacción con el involucramiento de los miembros de la familia o la efectividad, o tipo de intervención. Debido a estos aspectos consideran que el CES podría sobreestimar la satisfacción del usuario. También cuestionan el hecho de que durante el desarrollo del CES las preguntas relacionadas al resultado del tratamiento fueron eliminadas debido a que no se las consideró relevantes para los usuarios del servicio que no completaron el tratamiento. Esto no sería sustentable teóricamente (Ayton et al., 2007) ya que se ha documentado que entre un 30% a 60% de los usuarios de los SSMNA no completan el tratamiento (Lazaratou, Anagnostopoulos, Vlassopoulos, Tzavara, & Zeliou, 2006).

Si bien el CES cuenta con sus limitaciones, esto mismo sucede con muchos de los instrumentos que se utilizan para la medición de la SU (Harris & Poertner, 1998), presenta ciertas ventajas como la facilidad de su administración, motivo por el cual se lo utilizó como medida de gestión en el Reino Unido. Además, al contar con una versión para niños de 9 a 11 permite incluir en las muestras a una porción de la población que otros instrumentos no contemplan.

### **5.1.7 Cuestionario de Satisfacción de Jóvenes.**

El Cuestionario de Satisfacción de Jóvenes (CSJ) ([Youth Satisfaction Questionnaire] Stuntzner-Gibson, et al., 1995) es una medida de auto informe breve diseñada para niños de 9 años en adelante, está basado en los ítems del CSU adaptados para hacerlos más comprensibles a los niños. Las dimensiones que evalúa son las percepciones de los niños sobre la utilidad del servicio, el grado en que apreciaron los servicios y si están recibiendo la cantidad apropiada de servicios y las respuestas son “sí”, “en parte” o “no”. También se les pide

que evalúen cada servicio y actividad asignando notas (de la A a la F). Los resultados obtenidos indican que los padres y los niños presentan un elevado grado de acuerdo en lo que refiere al tratamiento y al manejo de la medicación ( $r = .81$  y  $r = .60$ , respectivamente,  $p < .01$ ), mientras que presentaron un bajo grado de acuerdo en los que refiere al manejo del caso, actividades familiares, educación y el counseling. Esto llevo a los autores a sugerir que las actitudes de los niños deben ser evaluadas independientemente de las de los adultos (Harris & Poertner, 1998).

### **5.1.8 Escala de Satisfacción del Servicio de Verona – Versión Niños y Adolescentes.**

La Escala de Satisfacción del Servicio de Verona – Versión Niños y Adolescentes ([ESSVNA] Ayton, Mooney, Sillifant, Powls & Rasool, 2007) cuenta con tres versiones. Dos de ellas dirigidas a pacientes ambulatorios (una de 20 ítems y otra de 39); y la tercer versión a pacientes internados o en hospital de día. Se basa en la versión de adultos de la Escala de Expetativas de Verona y la Escala de Satisfacción con el Servicio de Verona (Ruggieri, Dall’Agnola, 1993). Distingue siete dimensiones: satisfacción general, habilidades y comportamientos de los profesionales, información; accesibilidad de los servicios, eficacia del tratamiento, involucración de los familiares, y tipo de intervención ofrecida. Tanto los cuestionarios como las dimensiones identificadas obtuvieron una consistencia interna elevada, excepto por las dimensiones de accesibilidad y tipo de intervención. La confiabilidad test-retest de 31 ítems fue entre substancial ( $r = .61$  a  $r = .80$ ) y moderada ( $r = .41$  a  $r = .60$ ), mientras que en los ítems restantes fue más baja. Las dimensiones de cada escala también reportaron una confiabilidad test – retest buena. Los autores reportaron también que la escala es sensible a discriminar entre usuarios satisfechos o insatisfechos (según como respondían a la pregunta sobre el servicio recibido en general). En el desarrollo de las versiones finales de la ESSVNA, los autores excluyeron en la versión de 20 ítems las preguntas sobre tipo de intervención.

Si bien cuenta con buenas propiedades psicométricas, no incluye niños menores de once años, la versión breve no incluye preguntas sobre el tipo de intervención y la versión de 39 ítems puede ser extensa para que la completen los niños y volverla compleja para los fines de la evaluación de la SU.

En síntesis, los cuestionarios sobre satisfacción son una parte esencial de las mediciones de SU, debido a que se ha focalizado mayormente en la visión de los padres, los cuestionarios destinados a captar las opiniones de los niños y adolescentes son más recientes. Los mismos, precisan dirigirse a las diversas poblaciones de un SSMNA (niños, adolescentes y padres/cuidadores). Los instrumentos destinados a la evaluación de la SU, suelen presentar diversas limitaciones en cuanto a sus propiedades psicométricas y conceptuales (ítems basados en los reportes de los profesionales y no en los usuarios, falta de estandarización, cubrir solo algunas dimensiones de la SU, falta de confiabilidad test-retest, entre otras). La mayor parte de los estudios realizados sobre SU en SSMNA desarrollaron instrumentos que no volvieron a ser utilizados en estudios reportados en revistas científicas.

Para evaluar la satisfacción del usuario de los SSMNA se recomienda la utilización de instrumentos que midan la misma adaptados al contexto cultural, desafortunadamente no se cuenta con instrumentos que hayan evaluado su fiabilidad en el medio local.

## **5.2 Metodología**

Los estudios sobre SU, cuentan con diversas alternativas metodológicas de evaluación. Por ejemplo, se han realizado estudios mediante, cuestionarios entregados personalmente, por correo postal, vía telefónica; entrevistas estructuradas, semi estructuradas, focus groups, y se ha indagado a los usuarios durante y luego del tratamiento. Las diversas metodologías implementadas presentan sus limitaciones por lo que los estudios sobre

suelen SU arrojar resultados elevados de satisfacción con el servicio, reduciendo la sensibilidad de los mismos, su poder discriminatorio, la posibilidad de obtener resultados significativos (Harris & Poertner, 1998).

Algunas de las dificultades con las que se encuentran son: la baja tasa de respuesta, diferencias entre quienes responden y no a los cuestionarios; las respuestas sesgadas, la participación de los usuarios, cómo y cuándo coleccionar los datos, qué instrumentos se utilizan y (como se mencionó en el apartado anterior) la falta de las propiedades psicométricas de los mismos. A continuación se describen las diversas dificultades que se presentan ante las metodologías de evaluación implementadas.

### **5.2.1 Tasas de respuesta.**

Los estudios de satisfacción suelen presentar bajas tasas de respuesta, numerosos estudios reportaron tasas inferiores al 40% (Byalin, 1993; Perreault, Leichner, Sabourin, & Gendreau., 1993; Kurtz, 1990; McWilliam, et al., 1995; Clare, 1995), en menor medida otros estudios reportaron tasas inferiores al 65% (Shapiro, et al., 1997; Krahn, Eisert, & Fifield, 1990; Gaston & Sabourin, 1992), sólo unos pocos estudios obtuvieron tasas cercanas al 80% (Fleishman, Mor, & Piette., 1991; Rosen et al., 1994). El problema de las bajas tasas de respuesta consiste en que plantea dudas acerca de la representatividad de los resultados. Los estudios que obtuvieron las tasas de respuestas más elevadas utilizaron muestras pequeñas y para que los resultados sean representativos se requieren muestras mayores y aleatorizadas lo cual suele ser difícil de implementar (Harris & Poertner, 1998).



### 5.2.2 Diferencias según el grado de respuesta.

Ante la baja tasa de respuesta se exploró el grado de acuerdo en la SU entre quienes responden y quiénes no (mediante un segundo contacto con quienes no respondieron en la primer oportunidad). Los hallazgos fueron dispares. Por un lado Krahn et al. (1990) no hallaron diferencias en el grado de SU de acuerdo a los siguientes ítems: edad de los niños, proximidad de la clínica y nivel socioeconómico. Igualmente, Stallard, Hudson, & Davis (1992) informaron que no había diferencias significativas entre ambos grupos en lo que refiere a fuente de derivación, sexo, edad del niño, número de encuentros y resultado del tratamiento. En cambio, otros estudios si hallaron diferencias entre quienes responden a los cuestionarios y quiénes no (Stallard, 1995; Ross, Steward, & Sinacore, 1995; Lebow, 1982).

Stallard (1995), evaluó la satisfacción de los padres con las intervenciones que recibieron sus hijos, mediante correo postal, hallando diferencias significativas entre quienes respondían a los cuestionarios y quienes no lo hacían. Inicialmente enviaron cuestionarios a los padres y en un segundo momento del estudio se contactaron con las familias para realizar una entrevista. Se observó que aquellos que no respondieron a los cuestionarios presentaban una probabilidad mayor de haber abandonado el tratamiento, tuvieron menos citas y evaluaron el servicio como más negativo. Más precisamente, diferían en los aspectos de insatisfacción con quienes sí habían respondido a los cuestionarios, estaban significativamente menos satisfechos con el lugar de las citas y con la composición familiar con la que eran vistos, mientras que los que sí respondieron a los cuestionarios se encontraban menos satisfechos con el tiempo de espera para la primera entrevista y el total de entrevistas ofrecidas.

Por su parte, Ross et al., (1995) hallaron que los sujetos que se rehusaban a ser entrevistados o que no podían ser contactados en una primera instancia, pero si en un segundo momento, reportaban niveles de SU considerablemente menores que aquellos que sí aceptaban ser entrevistados. Del mismo modo, Lebow (1982) halló evidencia que sugiere que quienes respondieron a los cuestionarios por correo postal presentaban una probabilidad mayor de haber terminado la terapia en común acuerdo con el terapeuta y de haber realizado

tratamientos más largos y más exitosos. Estos datos plantean la posibilidad de que aquellos que no responden los cuestionarios estarían menos satisfechos que aquellos que si responden.

### **5.2.3 Respuestas sesgadas.**

El sesgo potencial en las respuestas de los usuarios al evaluar la SU es una aspecto a considerar. Por ejemplo el sesgo por aquiescencia puede influir significativamente de acuerdo a como están formuladas las preguntas, preguntas formuladas negativamente pueden evocar respuestas negativas, y preguntas formuladas positivamente podrían evocar respuestas positivas, con lo cual los resultados de los cuestionarios podrían sobreestimar o subestimar el grado de satisfacción (Ross et al., 1995).

Ross et al. (1995) observó una substancial sesgo por aquiescencia, pero al mismo tiempo no halló diferencias entre los sujetos no aquiescentes y los altamente aquiescentes en lo que refiere a satisfacción general, puntajes en la evaluación general, o el deseo de pagar por el servicio.

Perreault et al. (1993) compararon los resultados de cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, y observó que los sujetos insatisfechos cuando se les da la oportunidad de responder positivamente tienden a hacerlo de esa manera, y que un alto porcentaje de sujetos expresan su insatisfacción solo ante las preguntas que refieren a la insatisfacción, y tienden a no responder negativamente a las preguntas sobre satisfacción. También halló que, la administración oral facilita la respuesta a las preguntas abiertas por sobre la administración escrita (Perreault et al., 1993) y que los comentarios sobre aspectos insatisfechos se expresan mayormente en contextos cualitativos. En sintonía con estos datos, Stallard, et al. (1992) reportaron que si bien no hallaron diferencias significativas entre el grado de satisfacción general y los comentarios expresados en las preguntas abiertas, quienes se hallaban insatisfechos tendían a realizar más comentarios negativos en las preguntas abiertas.

#### **5.2.4 Participación del usuario.**

Adoptar la noción del usuario como agente implica incluirlos en la toma de decisiones pero los estudios suelen no preguntarles qué consideran importante sino que basan sus cuestionarios en instrumentos utilizados anteriormente (McComas, Kosseim, & Macintosh, 1995). Por ejemplo, de los 39 instrumentos sobre SU revisados por Harris & Poertner (1998) solo dos tomaban al usuario como fuente en la construcción de los ítems, cinco tomaban a los usuarios y a los profesionales y el resto definían los criterios de satisfacción de acuerdo a lo que otros autores planteaban. Por ello, es probable que ciertos estudios sobre SU evalúen dimensiones de la misma que no sean importantes para los usuarios de los servicios (Young, et al., 1995).

#### **5.2.5 Recolección de datos.**

Con respecto a cómo coleccionar los datos la metodología utilizada en los estudios de evaluación de la SU ha sido muy variada. Se han realizado estudios por correo postal, con focus groups, entrevistas estructuradas, vía telefónica, cuestionarios auto-administrados y combinaciones de estas metodologías. La literatura no es conclusiva acerca de los efectos de los diversos modos de evaluar o administrar los cuestionarios en los estudios sobre SU (McColl, et al., 2001). Stallard (1992, 1995, 1996, 2001) realizó una revisión de las diversas metodologías de recolección de datos para la medición de la SU que se describen a continuación.

Con respecto a los estudios mediante correo postal, el principal problema es la baja tasa de respuestas. Los mismos suelen producir tasas de respuestas entre un 50-60% de devolución (Stallard, et al., 1992; Eysers, et al., 1994). Los estudios que se apoyan solo en cuestionarios por correo fallarían en hallar importantes fuentes de insatisfacción específica de quienes no responden. Como se mencionó en apartados previos, si bien los resultados al respecto no son concluyentes, la posibilidad de que quienes respondan a los cuestionarios por correo sean aquellos que están más satisfechos con el servicio representa un sesgo importante que podría excluir

a quienes no están satisfechos y por ende minar la utilidad de tales estudios al limitar la posibilidad de generalización de los resultados (Stallard, 1995; Ross et al., 1995; Lebow, 1982).

La realización de entrevistas estructuradas, también plantea ciertas limitaciones. Aquellos estudios que realizaron entrevistas estructuradas ya sea en el servicio (Bond, Newnes & Mooniaruch 1992) o en el hogar (Stallard & Lenton 1992; While 1992) presentaron muestras pequeñas, muestras sesgadas, son estudios más costosos económicamente, y demandan mayores recursos de los servicios.

Estudios que compararon entrevistas telefónicas y cuestionarios por correo postal (Wishart, Macleod & Rowan, 1993) concluyeron que dichas entrevistas produjeron información más incalificable, fueron más costosas y no proveyeron información significativamente mayor o más variada que los cuestionarios por correo postal. Por tal motivo, Stallard (1995) sugiere que al evaluar la Satisfacción del usuario se realicen abordajes combinados, incluir cuestionarios por correo y entrevistas de seguimiento dirigidas a quienes no respondieron, tendría una serie de ventajas (*i.e.*, sería más económico, fácil de administrar y cada usuario tendría la oportunidad de expresar sus opiniones).

Por su parte la Comisión para Mejora de la Salud del Reino Unido, sostiene que un cuestionario breve tomado en los lugares de asistencia es la metodología más económica y accesible (Attride-Stirling, 2003).

### **5.2.6 Cuándo recolectar los datos.**

Con respecto a cuándo evaluar la satisfacción habría dos posibilidades, evaluarlos durante el tratamiento o una vez finalizado el mismo, ambas alternativas representa ciertas ventajas y desventajas.

Las ventajas de evaluar la SU durante el tratamiento consistirían en que la tasa de respuesta podría ser mayor y se podrían realizar evaluaciones en todos los momentos posibles del tratamiento (inicio, promedio y etapas finales) logrando una mayor amplitud de información. Evaluar a los usuarios al inicio puede ser útil

debido a que se registra una alta tasa de abandono luego de las primeras sesiones, (entre un 30 a 60% de los usuarios de los SSMNA no completan el tratamiento (Lazaratou et al., 2006) y de ese modo se evitaría la pérdida de información valiosa. Byalin (1993) observó que los usuarios insatisfechos son más propensos a abandonar el tratamiento que los usuarios satisfechos, por ende si no se evalúa la SU en las etapas iniciales una gran porción de usuarios no estaría incluido en los estudio y la perspectiva del usuario que se encuentra en etapas iniciales del tratamiento podría aportar datos relevantes para evitar el abandono prematuro (Stallard, 1995). El abandono del tratamiento suele ser el resultado de la insatisfacción con la eficacia del mismo, por lo tanto estos aspectos de la satisfacción del servicio en las etapas iniciales no deberían ser ignorados (Watt & Dadds, 2007).

Dentro de las desventajas de evaluar la SU durante el tratamiento estaría la posibilidad de contar con respuestas sesgadas debido a la deseabilidad social, al temor de que estas influyen en el tipo de servicio que reciben y a que los sujetos que se encuentran en tratamiento posiblemente estén más satisfechos que aquellos que lo abandonaron. Por otro lado, también se podría contar con muestras sesgadas, por ejemplo, en el estudio realizado por Bjørngaard, et al., (2008) los cuestionarios sobre satisfacción fueron distribuidos por los mismos servicios y la posibilidad de sesgos selectivos no se puede descartar. Esto se debe a que los profesionales podrían considerar inapropiado entregar los cuestionarios durante episodios agudos o situaciones severamente problemáticas. Otra desventaja de evaluar la SU durante el tratamiento consiste en que se limitaría la capacidad del usuario de poder evaluar los resultados del servicio recibido.

Por otro lado, al evaluar la SU luego de finalizado el tratamiento es menos probable que las respuestas se vean influenciadas por el temor de que éstas afecten la continuidad del tratamiento. De todos modos, evaluar la SU post tratamiento suele asociarse a una baja tasa de respuesta y, tal como se mencionó anteriormente, quienes no responden suelen estar menos satisfechos (Stallard, 1995), lo cual también representa una limitación.

Como sea, los resultados de los cuestionarios tomados durante o luego del tratamiento deben ser considerados con precaución, Stallard (1995) afirma que debido a esto puede que sea más útil focalizar en los aspectos con los que los usuarios se muestran insatisfechos para poder mejorar la calidad del servicio brindado e intentar reducir las tasas de abandono.

En síntesis, en el apartado sobre metodología e instrumentos de evaluación de la satisfacción se destacaron las múltiples dificultades ante las que se encuentran los estudios sobre SU. Las que atañen a los instrumentos utilizados, que plantea el dilema de utilizar instrumentos estandarizados o diseñados específicamente para cada servicio y las que atañen a las metodologías de recolección de datos, en sus diversas variantes conllevando dificultades implícitas en cada una de ellas. En cuanto a las limitaciones de las diversas metodológicas de evaluación (cuestionarios autoadministrables, encuestas telefónicas, entrevistas estructuradas, semi estructuradas, focus groups), se observó que cada una presenta sus beneficios y limitaciones. Más allá de la metodología que se implemente, se suelen obtener resultados elevados que cuestionan la sensibilidad de los instrumentos y las metodologías, su poder discriminatorio y la posibilidad de obtener resultados significativos. Algunas explicaciones posibles a los resultados elevados que se suelen obtener son: la baja tasa de respuesta, las diferencias entre quienes responden o no a los cuestionarios, las respuestas sesgadas, la escasa participación de los usuarios, y el momento en que se colectan los datos. Tal como sostienen Harris y Poertner (1998) para obtener datos que sean útiles para mejorar los servicios, se precisa mejorar la calidad de los estudios sobre SU, lo cual implica: elevar las tasas de respuesta, mejorar la calidad de los cuestionarios y el desarrollo de métodos para controlar el sesgo de las respuestas.

## **SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO**

## 6. Introducción al Estudio Empírico

La presente tesis tuvo como objetivo general la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental para niños (SSMNA) y adolescentes. Para ello se analizaron las propiedades psicométricas de dos instrumentos para la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los SSMNA, luego exploró que aspectos valoraban como positivos y negativos los usuarios de los SSMNA y luego se evaluaron las diferencias individuales según: la muestra (padres, adolescentes, niños), las díadas (padre-hijo), la edad de los hijos, y según la orientación teórica del SSMNA; finalmente se analizaron las diferencias en la SU según el tipo de problema que presentan los jóvenes y el impacto del mismo.

Si bien la importancia de la evaluación de la satisfacción del usuario (SU) ha sido ampliamente documentada, los estudios en los SSMNA aún son escasos. La experiencia del usuario del servicio de salud es una fuente de información esencial acerca de la calidad del servicio que se está proveyendo (Commission for Health Improvement, 2004) y la SU se relaciona con numerosos beneficios. Se observó que la SU se relaciona al uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos y sociales del servicio (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004), a mayor predisposición a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Williams, 1994); a cumplir con las futuras citas (Linder-Pelz, 1982); sería predictiva de la alianza terapéutica tanto para padres como para los jóvenes y se asoció a menores cancelaciones y mayores reportes de mejoría por parte de los jóvenes y los padres (Hawley & Weisz, 2005). Por ello, actualmente la mayoría de expertos en esta área consideran que la evaluación de la perspectiva del paciente es un método fundamental tanto para mejorar avances médicos como para el establecimiento de programas específicos designados para corregir errores (Rojo, 2009).

Los estudios sobre SU en el contexto local son escasos. Al momento no se cuenta con instrumentos de evaluación de la SU adaptados al contexto cultural que hayan evaluado su fiabilidad en el medio local. Así como no se han reportado estudios sobre SU en ámbitos de atención a niños y adolescentes en el contexto hispano, latinoamericano y local a pesar de los beneficios que estos pueden representar.



Ante ello el presente trabajo se realizó en el contexto local a fin de realizar aportes que permitan conocer en mayor profundidad la perspectiva de los usuarios para mejorar la calidad de los SSMNA y contribuir a la detección de aspectos que puedan afectar negativamente la SU y consecuentemente poder corregirlos.

En primer lugar se realizó la adaptación de dos instrumentos. El Cuestionario de Experiencias con el Servicio (CES; Attride-Stirling, 2003 [Experience of Service Questionnaire]) que evalúa aspectos ligados a la satisfacción del usuario y el Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF; Goodman, 1997; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998 [Strength and Difficulties Questionnaire]) que evalúa el tipo de problema que presenta el consultante, la severidad y el impacto del mismo. Los aspectos evaluados del CES fueron la adaptación lingüística y la evaluación de fiabilidad, mientras que para el CDF se evaluó la fiabilidad, la validez estructural (Análisis factorial) y la validez concurrente.

Seguido, se realizó un estudio de tipo exploratorio en el que se exploró qué aspectos valoran como positivos, negativos o desearían agregar los usuarios de los SSMNA. Se utilizó para ello la metodología del análisis de temático de acuerdo a los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006).

En cuanto al análisis de las diferencias individuales, se evaluaron las diferencias en el grado de satisfacción entre padres, niños y adolescentes; entre las díadas padre-niño y padre-adolescente, entre el grado de SU y las variables tipo de problema (síntomas emocionales, hiperactividad, problemas de conducta, problemas con pares o conducta prosocial), intensidad e impacto del tipo de problema, edad y orientación teórica del SSMNA (psicodinámica, cognitiva, sistémica).

La duración del trabajo realizado con los instrumentos, toma de datos y análisis de los mismos duró dos años y se trabajó con profesionales y usuarios de tres servicios privados de salud mental de Capital Federal y de la zona norte del Gran Buenos Aires. En la Figura 6. 1 se describe la secuencia de pasos realizados.

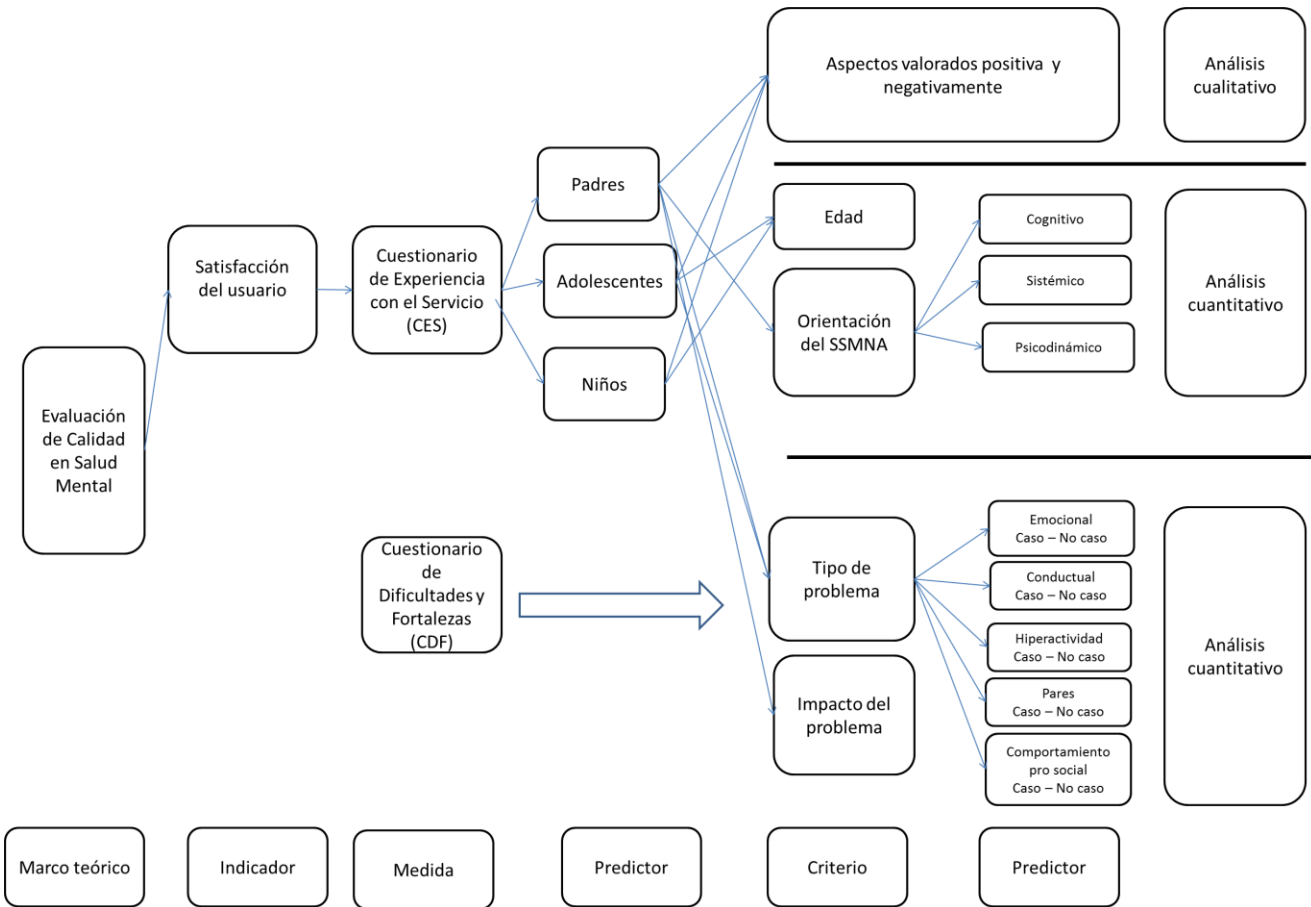


Figura 6.1: Planteo general de la tesis.

## **Método**

## **6. Método**

### **7.1 Objetivo General**

Conocer el grado de satisfacción percibida de los niños, adolescentes y padres de los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes (SSMNA) del ámbito privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Zona Norte del Gran Buenos Aires.

### **7.2 Objetivos Específicos:**

Objetivo 2: Explorar qué aspectos valoran como positivos, negativos o desean agregar los usuarios del SSMNA.

Objetivo 3: Evaluar si los niños y adolescentes presentan niveles menores de SU que sus padres en relación al Cuestionario de Experiencias con el Servicio.

Objetivo 4: Evaluar si los niños presentan niveles menores de SU que los adolescentes en relación al Cuestionario de Experiencias con el Servicio

Objetivo 5: Evaluar si existen diferencias significativas entre el grado de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos cognitivo comportamental y sistémico.

Objetivo 6: Evaluar si existen niveles menores de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos psicodinámico por sobre el cognitivo comportamental y sistémico.

Objetivo 7: Evaluar si la SU de los niños y adolescentes con problemas de conducta es menor que en aquellos con otros tipos de problema (síntomas emocionales, problemas de conducta, de hiperactividad o de relación con sus pares), de acuerdo a la primera sección del Cuestionario de Dificultades y Fortalezas.

Objetivo 8: Evaluar si la SU de los niños y adolescentes con mayor impacto del problema es menor en relación a quienes reportan un impacto del problema menor, en relación a la segunda sección del Cuestionario de Dificultades y Fortalezas

### **7.3 Objetivos Secundarios**

Para poder cumplimentar los objetivos precedentes ha sido necesario validar la instrumentación mencionada a continuación.

Objetivo 9: Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios de SSMNA

Objetivo 10: Adaptar un instrumento para la evaluación del tipo de problema de los niños y adolescentes

### **7.4 Preguntas e Hipótesis**

La satisfacción de los usuarios podría verse influenciada positiva y negativamente por diversos aspectos y es posible que aspectos relevantes para los usuarios sean ignorados por los profesionales. Conocer dichos aspectos permitirían poder comprender mejor la SU y consecuentemente diseñar mejores servicios de salud mental. Por ello, se considera de suma relevancia preguntarse: ¿hay aspectos positivos, negativos o que desean agregar que puedan incidir en la SU?

H<sub>3</sub> Los padres presentarán niveles mayores de SU que sus hijos niños y adolescentes.

H<sub>4</sub> Los adolescentes presentarán niveles menores de SU que los niños

H<sub>5</sub> Los P/C, niños y adolescentes que reciben asistencia en un servicio de orientación cognitiva conductual presentarán niveles de satisfacción similares a quienes acuden a un servicio de orientación sistémica.

H<sub>6</sub> Los P/C, niños y adolescentes que reciben asistencia en un servicio de orientación psicodinámica presentarán niveles de satisfacción menores a quienes acuden a los servicios de orientación cognitiva conductual y sistémica.

H<sub>7</sub> Los niños y adolescentes con problemas de conducta mostrarán niveles menores de SU que aquellos con otros tipos de problema

H<sub>8</sub> Los niños y adolescentes cuyo impacto de los problemas es mayor mostrarán niveles menores de SU.

## 7.5 Tipo de Estudio

El presente estudio consta de dos fases, una de tipo exploratoria ya que se exploró qué aspectos valoran como positivos y/o negativos los usuarios del SSMNA; y otra no experimental (descriptivo – correlacional de diferencia entre sujetos y de diferencia entre grupos) donde se correlaciona satisfacción y edad, tipo de problema, intensidad del tipo de problema, y orientación teórica del SSMNA (Hernandez Sampieri, Fernandez-Collado & Baptista Lucio, 2006). El método de muestreo utilizado fue de tipo incidental.

## 7.6 Participantes

Participaron del estudio un total de 382 sujetos en total, divididos en 91 díadas padres/niños de 9 a 11 años de edad, 83 díadas padres/adolescentes de 12 a 18, y 34 padres/cuidadores que consultaban por cuestiones referidas a sus hijos. Todos los participantes asistían a un SSMNA privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona norte del Gran Buenos Aires.

### **Díadas Padres/Cuidadores y Niños.**

Esta muestra estaba compuesta por 91 padres y 91 niños de 9 a 11 años de edad que se encontraban realizando tratamiento en un SSMNA. De la muestra de niños, 22 eran mujeres (24.20%) y 69 varones (75.80%), el promedio de edad de los niños era de 9.82 años ( $DE = 1.15$ ) mientras que el de las niñas era de 9.81 años ( $DE = 1.17$ ).

### **Díadas Padres/Cuidadores y Adolescentes.**

Esta muestra estaba compuesta por 83 adolescentes entre 12 y 18 años de edad que se encontraban realizando tratamiento en un SSMNA. En cuanto a los sexos, 27 eran mujeres (32.50%) y 56 varones

(67.50%). El promedio de edad de los adolescentes era de 14.66 años ( $DE = 1.82$ ) mientras que el de las adolescentes era de 14 años ( $DE = 2.22$ ).

### **Participantes según SSMNA.**

Los SSMNA incluidos en el estudio fueron tres. Uno de orientación cognitiva, otro de orientación sistémica y el restante de orientación psicodinámica. Las frecuencias de participantes por servicio se describen en la Tabla 7.6.

La orientación teórica cognitiva comprende los desarrollos realizados inicialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) los cuales fueron adaptados al ámbito infanto juvenil por Kendall (2000), Ollendick, Öst, Reuterskiöld, et al (2009) y Friedberg y McClure (2005). El postulado fundamental de la TCC consiste en que el modo en que las personas interpretan las situaciones influye en sus emociones y conducta; y al generar cambios en los modos de interpretación de la situaciones se modifican los estados emocionales y los modos de comportarse (Beck, 2000).

La orientación sistémica, en este caso corresponde al modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1995). El postulado principal de dicho modelo consiste en que los problemas de los consultantes generalmente constituyen, dificultades de la vida cotidiana agravadas por las soluciones intentadas fallidas, las cuales retroalimentan el problema (Watzlawick, et al, 1995). Al revertir las pautas relacionales del sistema, que sostienen y agravan el problema, se revertirá el mismo (Fisch, Weakland & Segal, 1994).

La orientación psicodinámica se refiere a los desarrollos iniciales de Freud (1938) que fueron retomados luego por diversos autores entre los que se destacan Lacan (1997) y Winnicott (1980). Se basa en una teoría de los procesos psíquicos inconscientes y su modalidad de abordaje se centra en la interpretación de la resistencia, la transferencia y el deseo de los sujetos (Laplanche & Pontalis, 1997).



Tabla: 7.6

*Participantes según SSMNA*

	Cognitivo		Sistémico		Psicodinámico	
	N	%	N	%	N	%
Padres	87	42	72	35	49	24
Adolescentes	34	41	25	30	24	29
Niños	25	27	42	46	24	26

## **7.7 Instrumentos**

Se utilizaron dos instrumentos: El Cuestionario de Experiencias con el Servicio (CES) y el Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF)

### **7.7.1 El Cuestionario de Experiencias con el Servicio (CES).**

El CES (Attride-Stirling, 2003 –Ver Anexo 2,3 4) consiste en una medida de auto-informe utilizado para medir la satisfacción específicamente en los SSMNA. El CES es el resultado de un proyecto llevado a cabo por la Comisión para Mejora de la Salud (CMS [Commission for Health Improvement], 2002), para desarrollar un método y herramientas adecuadas que le permitiera captar las visiones de los usuarios para la Revisión de Gestiones Clínicas.

Existen las tres versiones del CES: una para padres/cuidadores, una para niños de 9 a 11 años y otra para adolescentes de 12 a 18 años. Cada una de las versiones del CES cuenta con 12 afirmaciones que evalúan aspectos tales como: facilidades, equipo de trabajo, cuán bien tratado fue, confianza en el equipo de profesionales y satisfacción general con el servicio. Las 12 afirmaciones se evalúan en una escala Likert con tres opciones para determinar el grado de acuerdo (totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, no acuerdo, no sé). Además cuenta con tres preguntas adicionales que invitan a respuestas abiertas escritas: ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?, ¿Hubo algo que no le haya gustado o que sienta que necesita mejorar? Y ¿Hay algo más que quisiera decirnos respecto al servicio que recibió? Asimismo, cuenta con una serie de preguntas que indagan variables socio demográficas: edad, sexo del niño, si posee certificado de discapacidad.

En el ámbito local se realizó la adaptación lingüística y conceptual, conforme al proceso de retrotraducción (Brislin, 1986; Brislin, Lonner & Thorndike, 1973); y se calculó la fiabilidad de las tres

versiones, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna y se reportó que la fiabilidad de las versiones presenta adecuados coeficientes de confiabilidad.

### **7.7.2 Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF).**

El Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF, Goodman, 1997; Goodman et al., 1998 – Ver Anexo 5 y 6) consiste en un breve cuestionario que se divide en dos secciones, la primera revisa cinco aspectos comportamentales y psicológicos y la segunda evalúa el impacto de dichos aspectos. La primera sección discrimina cuatro dificultades (problemas con compañeros, problemas de conducta, síntomas emocionales e hiperactividad) y una fortaleza (conducta pro social). La segunda se orienta a evaluar el impacto de tales dificultades y fortalezas en el hogar, escuela y actividades sociales del niño/adolescente. El propósito de dicho cuestionario es diferenciar las categorías de motivos de consulta (lo cual en diversos estudios ha sido utilizado en reemplazo de los sistemas diagnósticos tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (A.P.A., 1994) (Barber, et al., 2006).

La primera sección cuenta con un total de 25 ítems los cuales se dividen en cinco subescalas (problemas con compañeros, problemas de conducta, síntomas emocionales, hiperactividad y conducta pro social) y cada subescala cuenta con cinco ítems. Arroja un puntaje total de dificultades (en base a la sumatoria de las escalas correspondientes a las dificultades) y un puntaje por cada subescala. En función de la puntuación en cada subescala se puede determinar el tipo de problema, su severidad, y discriminar dos categorías de sujetos en “caso” y “no caso” de acuerdo al puntaje de corte. Es decir, para la versión de los jóvenes, para las dificultades se consideraban como “caso” aquellos que obtenían puntaje de corte por encima de los siguientes valores: dificultades total: > 16, síntomas emocionales: > 6, problemas de conducta: > 4, hiperactividad: > 6, problemas con compañeros: > 4; y para la fortaleza, conducta prosocial se consideraba como “caso” a quienes obtenían puntajes menores a cinco. Mientras que para la versión de los padres, para las dificultades se consideraban como “caso” aquellos que obtenían puntaje de corte por encima de los siguientes valores: dificultades total: >

14, síntomas emocionales: > 4, problemas de conducta: > 3, hiperactividad: > 6, problemas con compañeros: > 3; y para la fortaleza, conducta prosocial se consideraba como “caso” a quienes obtenían puntajes menores a cinco. Los puntajes de corte para cada subescala son los informados en la prueba original (Goodman & Scott, 1999)

La segunda sección destinada a evaluar el impacto de las dificultades y fortalezas en los distintos ámbitos de pertenencia del joven, indaga si quien responde cree que el joven presenta un problema, y si es así, indaga sobre la cronicidad, malestar, deterioro social e impacto hacia otros. Según Goodman (1999) esto provee información adicional útil para los clínicos e investigadores interesados en identificar casos psiquiátricos. Existe en varias versiones, para los clínicos e investigadores, para los docentes y para los jóvenes de 11 a 17 años, en el presente estudio se administraron: la versión para padres y la versión para jóvenes de 11 a 17 años. Los 25 ítems son los mismos en las distintas versiones (padres, docentes y jóvenes) (Goodman, 1997) aunque la redacción presenta algunas sutiles diferencias (Goodman et al, 1998).

Distintos estudios muestran evidencia empírica sobre las propiedades psicométricas del CDF. Por ejemplo, Goodman, et al. (1998) estudiaron las propiedades psicométricas de la prueba en 199 jóvenes; Goodman (1999) en 699 jóvenes; Muris, Meesters y Van Der Berg, (2003) en 562 niños Holandeses, Goodman (2001) en 10,438 jóvenes de Gran Bretaña y Muris, Meesters, Eijkelenboom & Vincken (2004) en 1550 jóvenes.

Diversos estudios estimaron la validez convergente del CDF comparándolo con el Listado de Comprobación de Conductas para Niños de Ackenbach (1991), (Goodman, 1999; Klasen, et al., 2000); con la Escala Comportamental de Rutter et al, (1970) (Goodman, 1997), y con la Escala Nacional de Resultados de Salud para Niños y Adolescentes ([HoNOSCA] Gowers, et al., 1999) (Mathai, Anderson & Bourne, 2003).

El CDF ha sido utilizado en diversos contextos culturales, traducido a 71 lenguas y se cuenta con datos normativos para su utilización en al menos siete países. Por ejemplo: Australia, (Mathai, et al., 2003), Gran Bretaña (Goodman, et al., 1998; Goodman, 1999, 2001), Finlandia (Koskelainen, Sourander, & Kaljonen,

2001), Alemania (Klasen, et al., 2000; Woerner, et al., 2002), Suecia (Smedje, Broman, Hetta, & von Knorring, 1999), Estados Unidos (National Health Interview Survey, 2001), Italia, (Tobia, Gabriele, & Marzocchi, 2011), India (Goodman, Renfrew, & Mullick, 2000), Holanda (van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003; Muris, et al., 2003; Muris, et al., 2004).

Estos estudios indican que la prueba CDF es útil, válida y confiable para evaluar el grado de adaptación y la psicopatología de los niños y adolescentes. Resaltando su utilidad clínica como instrumento de evaluación y detección de cuadros psiquiátricos por ser económico y simple de administrar.

En la presente tesis, se utilizó la adaptación al español rioplatense realizada por Berthet, Perez Algorta, García Cortázar y Palacio (2002). Se calculó la fiabilidad para las dos versiones del CDF utilizando el coeficiente alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna. Se evaluó su validez factorial mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método de análisis de componentes principales con rotación tipo varimax, forzado a cinco factores, para la muestra de los jóvenes y la de sus P/C. Se verificó previamente que los datos fueran adecuados para este tipo de análisis. Se evaluó la validez concurrente de CDF mediante el cálculo de la correlación entre la versión completada por los padres y la versión completada por los jóvenes. Se tomaron los valores de las subescalas (emocionales, conducta, hiperactividad, pares, prosocial) de la versión de los jóvenes y la de los padres del CDF, y se calculó la correlación de Spearman

## 7.8 Procedimiento

La participación en el estudio por parte de los sujetos fue anónima, voluntaria y no remunerada. Los instrumentos formaron parte de una batería de pruebas que se administraron con el propósito de obtener información acerca de la SU con los consultorios externos de tres SSMNA privados de orientación teórica cognitiva conductual, sistémica y psicodinámica cada uno. La tarea de recolección de los datos de los participantes de las tres muestras estuvo a cargo de los miembros de los respectivos SSMNA quienes prestaban su consentimiento para que se encuestara a sus pacientes (Ver Anexo 7).

Ambos cuestionarios (CES y CDF) se distribuyeron en conjunto con el consentimiento informado (Ver Anexo 8) en sobres cerrados. Para la distribución de los mismos se siguieron las recomendaciones del manual del CES (CMS, 2002) que indica que tanto un investigador como asistente de investigación, recepcionista/administrativo, o el clínico mismo puede preguntar a los pacientes en la sala de espera que completen los formularios y retornarlos en un sobre cerrado para asegurar la confidencialidad. Si bien, el manual de uso indica que cada servicio puede escoger la metodología que desea se desestimaron otras opciones (como ser la utilización de correo postal) por las bajas tasas de respuesta o dificultades de implementación, como ser la utilización del correo postal. Se estima que completar el CES requirió unos 5-10 minutos y el CDF unos 10-15 minutos; es decir unos 15-25 minutos en total.

En aras de optimizar la toma de cuestionarios, se comenzó la recolección de los mismos en el servicio de orientación cognitiva conductual, durante los meses de marzo a agosto del 2010. Calibradas las acciones, se procedió a la toma en el servicio de orientación sistémica, donde se logró recolectar los cuestionarios durante los meses de agosto a octubre de 2010. Finalmente, la toma en el servicio de orientación psicodinámica se vio demorada ya que diversos servicios no permitieron la toma de los cuestionarios; una vez hallado el servicio dispuesto a colaborar, los cuestionarios fueron administrados durante los meses de octubre de 2010 a julio 2011.

Los cuestionarios fueron completados por padres/cuidadores; niños y adolescentes que no se encontraban en la primera entrevista, en forma anónima.

Los servicios que participaron del estudio fueron seleccionados por presentar su orientación teórica bien definida. Tanto el servicio cognitivo como el sistémico brindan formación teórica y supervisiones clínicas a sus terapeutas en las respectivas orientaciones, mientras que el servicio psicodinámico si bien no brinda formación específica a sus terapeutas, los mismos se definen a sí mismos como psicodinámicos y cuentan con entrenamiento en dicho enfoque.

## **7.9 Análisis de Datos**

Los resultados se procesaron con el programa estadístico SPSS (Versión 15.0) para Windows.

Se exploró la distribución de cada variable entre los grupos para seleccionar el tipo de procesamiento estadístico a utilizarse (paramétrico o no paramétrico). La utilización de pruebas paramétricas requiere del cumplimiento de los supuestos de normalidad en las variables y homogeneidad de varianzas entre los grupos. Se observó que no podía asumirse una distribución normal en todas las variables para los distintos grupos de estudio (por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov) y que las varianzas de las mismas no eran homogéneas entre los grupos (por medio de la prueba de Levene). Los resultados estadísticos de estas dos pruebas se presentan en las Tablas 7.9.1, 7.9.2, 7.9.3, y 7.9.4. Por lo tanto, se compararon los grupos por medio de pruebas no paramétricas.

Tabla 7.9.1

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov**Distribución de la SU según muestra*

Satisfacción	KS	p
Padres	.287	.00
Niños	.162	.00
Adolescentes	.135	.00

Tabla 7.9.2

*Prueba de Levene**Distribución de la SU según muestra*

	F	gl	p
Satisfacción entre grupos	11.95	2	.00
Diada Padre – Niño	12.96	1	.00
Diada Padre - Adolescente	16.78	1	.00
Niño Adolescente	0.31	1	.57

Tabla 7.9.3

*Prueba de Levene**Distribución de la variable satisfacción de los padres según tipo de problema del hijo*

	F	p
Síntomas emocionales	1.02	.32
Problemas de conducta	14.61	.00
Hiperactividad	7.18	.01
Problemas con compañeros	1.27	.26
Comportamiento prosocial	8.59	.00
Dificultades total	4.30	.04



Tabla 7.9.4

*Prueba de Levene**Distribución de la variable satisfacción de los Jóvenes según tipo de problema reportado*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	1.32	.26
Problemas de conducta	7.75	.01
Hiperactividad	0.94	.00
Problemas con compañeros	1.34	.26
Comportamiento prosocial	0.75	.40
Dificultades total	5.15	.03

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°2 que consistió en la exploración de qué aspectos valoran como positivos, negativos o desean agregar los usuarios del SSMNA, se adoptó un análisis temático de tipo amplio, inductivo, semántico y esencialista de las respuestas brindadas por los sujetos a las preguntas abiertas del CES. Ello se realizó, de acuerdo a los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006).

Se adoptó un análisis temático de tipo amplio, inductivo, semántico y esencialista, debido a que consiste en una primera aproximación al objeto de estudio (Braun & Clarke, 2006). Para ello, se consideró como “tema” a aquello que capturaba cuestiones relevantes de las respuestas brindadas y que representara de algún modo un patrón de respuesta o de significado dentro del cumulo de información recabada. Se optó por un análisis “de tipo amplio” para que se abarque la totalidad de los temas involucrados y predominantes, si bien se puede perder cierta minuciosidad ello es en aras de una descripción general. El enfoque inductivo consistió en identificar los temas desde la información recabada (abordaje similar a la teoría fundamentada - Braun y Clarke, 2006) y no a partir de la teoría lo cual proveyó una descripción más amplia de la información, sin estar filtrado por un marco teórico. El análisis a nivel semántico, pretendió describir los temas explícitos, sin buscar un

significado más allá de lo que se ha dicho o escrito. Finalmente, el enfoque esencialista dio lugar a teorizaciones sobre la motivación, experiencias y significados a partir de la información, porque supone una relación directa entre lo que se expresa y la experiencia del usuario.

Los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006) consistieron en: familiarizarse con la información, generar los códigos iniciales, buscar los temas, revisar los temas, definirlos y nombrarlos, y realizar el informe. Al familiarizarse con la información se transcribió las respuestas brindadas en forma escrita por los sujetos, se leyeron y releeron las mismas y se tomó nota de las ideas que surgieron. En la primera aproximación se generaron numerosos temas, luego se realizó una revisión de los mismos y se decidió eliminar aquellos que se superpusieran con otros temas generados. Posteriormente se calcularon las frecuencias de aparición de cada tema, para las tres muestras. Las categorías que presentaron una frecuencia menor al 2% se incluyeron dentro de la categoría otros. Finalmente, se evaluó el grado de acuerdo inter jueces con un juez externo en las categorías definidas para asegurar su confiabilidad. Se solicitó al juez que no tuvieran lectura previa sobre el tema, basándose en la posible utilidad del enfoque inductivo, ya que Braun y Clarke (2006) plantean que la lectura previa puede acotar la lectura que se realiza de la información analizada. Se le brindaron las categorías establecidas al juez y en forma ciega debió identificar cada respuesta dentro de las mismas; luego se estimó el grado de acuerdo según el coeficiente Kappa de Cohen.

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°3 que consistió en evaluar si los niños y adolescentes presentan niveles menores de SU que sus padres, se tomaron los puntajes del CES para evaluar el grado de satisfacción. Los datos de esta sección fueron analizados con estadísticos descriptivos (media, mediana y desvío estándar). Para comparar las diferencias en la satisfacción entre los distintos grupos (P/C, niños y adolescentes) se realizaron dos tipos de análisis: según grupo (padres, niños y adolescentes) y según díadas (padre-niño y padre-adolescente de la misma familia).

Para el análisis de las diferencias de satisfacción entre grupos de padres, niños y adolescentes se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, y posteriormente se realizaron comparaciones por pares con la prueba U de Mann-

Whitney. Para el análisis de las diferencias en la satisfacción según las díadas (comparación entre padres e hijos de una misma familia) se utilizó la prueba de Wilcoxon de medidas repetidas (Landau & Everitt, 2004).

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°4 que consistió en evaluar si los niños presentan niveles menores de SU que los adolescentes se tomaron los puntajes del CES en relación a la edad de los niños y adolescentes, y se calculó la correlación de Spearman.

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°5 que consistió en evaluar si existen diferencias significativas entre el grado de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos cognitivo comportamental y sistémico, se realizaron los siguiente pasos. Para evaluar el grado de satisfacción de acuerdo al tipo de tratamiento se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, para la muestra de padres, la de niños y la de adolescentes. Posteriormente para el grupo de padres se realizaron comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney.

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°6 que consistió en evaluar si existen niveles menores de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos psicodinámico por sobre el cognitivo comportamental y sistémico, se realizaron los siguiente pasos. Para evaluar el grado de satisfacción de acuerdo al tipo de tratamiento se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, para la muestra de padres, la de niños y la de adolescentes. Posteriormente para el grupo de padres se realizaron comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney.

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°7 que consistió en examinar diferencias individuales en la SU de los niños y adolescentes de acuerdo al tipo de problema, (síntomas emocionales, problemas de conducta, de hiperactividad o de relación con sus pares) que presentaban al momento de la consulta, de acuerdo a la primera sección del CDF, se realizaron los siguientes pasos. En primer lugar se estimó el tipo de problema por el que consultaban los pacientes. Para ello se discriminó entre caso y no caso de acuerdo al puntaje de corte de cada subescala del CDF (Ver apartado Instrumentos). Quienes obtenían puntajes por

encima del punto de corte de cada subescala se los consideraba como “caso”, mientras quienes obtenían puntajes por debajo del punto de corte se los consideraba “no caso”. Luego se comparó el nivel de satisfacción entre los casos y no casos según el reporte de los padres y el de los jóvenes mediante la prueba U de Mann-Whintey.

Para el análisis de los datos del objetivo específico n°8 que consistió en el análisis de las diferencias individuales en la SU de los niños y adolescentes de acuerdo al impacto del problema que presentaban (según la segunda sección del CDF), se realizó el cálculo de correlaciones. Se tomó el puntaje de la subescala de impacto del problema reportado en el CDF y se calculó la correlación de Spearman con el grado de SU.

En relación a los objetivos secundarios, los cuales se requirieron para poder cumplimentar los objetivos mencionados anteriormente se realizaron los siguientes análisis. Para el objetivo n° 9 que consistió en adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios de SSMNA se realizó la adaptación lingüística y conceptual, conforme al proceso de retrotraducción (Brislin, 1986; Brislin, Lonner & Thorndike, 1973); y se calculó la fiabilidad de las tres versiones, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna. Mientras que para el objetivo n° 10 que consistió en adaptar un instrumento para la evaluación del tipo de problema de los niños y adolescentes se calculó la fiabilidad para las dos versiones del CDF utilizando el coeficiente alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna, se evaluó su validez factorial mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método de análisis de componentes principales con rotación tipo varimax, forzado a cinco factores, para la muestra de los jóvenes y la de sus P/C. Se verificó previamente que los datos fueran adecuados para este tipo de análisis. Se evaluó la validez concurrente de CDF mediante el cálculo de la correlación entre la versión completada por los padres y la versión completada por los jóvenes. Se tomaron los valores de las subescalas (emocionales, conducta, hiperactividad, pares, prosocial) de la versión de los jóvenes y la de los padres del CDF, y se calculó la correlación de Spearman

## **Resultados**

## **8. Resultados**

### **8.1 Exploración de los Aspectos Valorados por los Usuarios del SSMNA**

En este apartado se responderá al objetivo específico n°2: “Exploración de qué aspectos valoran como positivos, negativos o desean agregar los usuarios del SSMNA”.

Tanto para los aspectos valorados como positivos del servicio, como para los negativos o para los aspectos que desearían agregar los usuarios al servicio se construyeron las categorías a partir de las respuestas a las preguntas abiertas del CES que brindaron los sujetos.

#### **8.6.1. Aspectos valorados positivamente.**

Dentro de los aspectos valorados como positivos se presentan las categorías identificadas con mayor frecuencia dentro de las tres muestras. Las respuestas que tenían una frecuencia menor al 2% se incluyeron dentro de la categoría otros. Para las respuestas de los padres se identificaron 11 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .73, para los adolescentes se identificaron 7 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .81 y para los niños se identificaron 9 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .76 (ver Tabla 8.1.1). El grado de acuerdo para las tres muestras fue substancial (Landis y Koch, 1977). Se observa que tanto para los padres como para los niños la categoría “Progresos” fue la más frecuente, mientras que para los adolescentes la categoría más frecuente fue la de “Poder expresarme/sentirme escuchado/contenido”.

Tabla 8.1.1

*Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos positivos*

	N	%
<b>PADRES/CAIDADORES (<i>n</i> = 208)</b>		
Progresos	36	19
Pautas	22	12
Relación con el profesional	20	11
Contención/apoyo/ayudados	20	11
Sentirse escuchados	19	10
Características del terapeuta (calidez/compromiso)	18	9
Sentirse comprendidos	13	7
Trabajo en equipo	11	6
Información recibida	5	3
Expectativas satisfechas	4	2
Otros	19	10
<b>ADOLESCENTES (<i>n</i> = 83)</b>		
Poder expresarme/sentirme escuchado, contenido	21	27
Progresos	16	21
Ayuda	11	14
Relación	10	13
Todo	7	9
Atención	5	6
Otros	8	10
<b>NIÑOS (<i>n</i> = 91)</b>		
Progresos	16	30
Ayuda	11	21
Entretenimientos (juego; dibujos)	10	19
Otros	4	13
Comunicación	3	6
Relación	2	4
Todo	2	4
Escucha	2	4

### **8.1.2 Aspectos valorados negativamente.**

Dentro de los aspectos valorados como negativos se presentan las categorías identificadas con mayor frecuencia dentro de las tres muestras. De la misma forma que en el apartado anterior, las respuestas que presentaban una frecuencia menor al 2% se incluyeron dentro de la categoría otros. Para las respuestas de los padres se identificaron 6 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .67, para los adolescentes se identificaron 6 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .75 y para los niños se identificaron 4 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .90 (ver Tabla 8.1.2). El grado de acuerdo para las muestras de padres y adolescentes fue substancial, mientras que para la muestra de niños fue casi perfecto (Landis y Koch, 1977). Se observa que para padres la categoría más frecuente fue la de “Facilidades (horario/distancia)”, para los adolescentes fue “Nada”; y para niños “Más progresos”.

### **8.1.3 Análisis de los aspectos que los usuarios desearían agregar al SSMNA.**

Dentro de los aspectos que se desearían agregar se presentan las categorías identificadas con mayor frecuencia dentro de las tres muestras. Las respuestas que presentaban una frecuencia menor al 2% se incluyeron en la categoría otros. Para las respuestas de los padres se identificaron 4 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .90, para los adolescentes se identificó 1 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .92 y para los niños se identificaron 3 categorías y el grado de acuerdo inter jueces fue de .90 (ver Tabla 8.1.3). Se observa que la mayoría de las respuestas quedaron en blanco. Dentro del grupo de personas que respondieron a esta pregunta, el 85% afirmó estar conforme o satisfecho con el tratamiento. Para aquellas personas que deseaban agregar algún aspecto al tratamiento, las respuestas fueron muy variadas y con baja frecuencia por lo que las categorías resultantes son poco significativas. El grado de acuerdo para las tres



muestras fue casi perfecto (Landis & Koch, 1977). Se observa que para padres la categoría más frecuente fue la de “Conforme/satisfecho”, mientras que para los adolescentes y niños fue “Positivo”.

Tabla 8.1.2

*Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos negativos*

	N	%
<b>PADRES/CUIDADORES (<i>n</i> = 208)</b>		
Facilidades (horarios, distancia)	6	20
Sesiones escasas con niño	4	13
Falta de progresos	3	10
Pautas escasas	3	10
Sesiones escasas con familiares/padres	2	7
Otros	12	40
<b>ADOLESCENTES (<i>n</i> = 83)</b>		
Nada	8	40
Falta de progresos	5	25
Desearía poder expresarse más, sentirme comprendido, dialogar	3	15
Insatisfacción con profesional/equipo	2	10
Asistir contra mi voluntad	1	5
Test proyectivos	1	5
<b>NIÑOS (<i>n</i> = 91)</b>		
Mas progresos	8	41
No observa, está conforme	2	27
Aspectos no especificados	1	9
Otros	1	23

Tabla 8.1.3

*Frecuencias y porcentajes de categorías identificadas de aspectos que se desean agregar*

	N	%
<b>PADRES/CUIDADORES (n = 208)</b>		
Conforme/satisfecho	47	81
Mayor escucha	2	4
Facilidades (sala de espera, horarios)	2	3
Otros	7	12
<b>ADOLESCENTES (n = 83)</b>		
Positivo	15	100
<b>NIÑOS (n = 91)</b>		
Positivo	7	64
Incodificable	3	27
Facilidades	1	9

#### **8.1.4 Ejemplificación de las categorías más frecuentemente identificadas.**

A continuación se detallan las categorías generadas a partir de las respuestas de los sujetos tanto para los aspectos que destacaron como positivos, como para los negativos (Ver Tablas 8.1.4. a; 8.1.4 b, respectivamente).

Tabla 8.1.4 a

*Ejemplificación de las categorías más frecuentes identificadas para los aspectos positivos*

CATEGORIA	MUESTRA
PADRES/CUIDADORES	
Progresos	<i>“Se empezaron a notar cambios al poco tiempo, gradualmente se fueron superando los distintos problemas”</i>
Pautas	<i>“Los consejos y pautas que me brindan la profesional para mejorar las dificultades de conducta que tiene mi hijo”</i>
Relación con el profesional	<i>“El vínculo que mi hijo logró con el profesional desde el primer momento, lo que hace que él quiera venir a sus encuentros. Él siente que este espacio le sirve, le hace bien”.</i>
ADOLESCENTES	
Poder expresarme/sentirme escuchado, contenido	<i>“La doctora era buena me trataba bien me escuchaba atentamente para poder ayudarme”</i>
Progresos	<i>“Aprendí a controlarme más”</i>
Ayuda	<i>“Que me pudo entender y ayudar en lo que necesito”</i>
NIÑOS	
Progresos	<i>“Me ayudo para superar mis miedos”</i>
Ayuda	<i>“Que me ayuda”</i>
Entretenimientos (juego; dibujos)	<i>“Los juegos y las grillas con mi Mamá”</i>

Tabla 8.1.4. b

*Ejemplificación de las categorías más frecuentes identificadas para los aspectos negativos*

CATEGORIA	MUESTRA
PADRES/CUIDADORES	
Facilidades (horarios, distancia)	<i>“El lugar y el espacio podrían ser mejor”</i>
Sesiones escasas con niño	<i>“Hablar más con mi hijo a solas”</i>
Falta de progresos	<i>“Por el momento no veo que el tratamiento es efectivo”.</i>
ADOLESCENTES	
Nada	<i>“Nada”</i>
Falta de progresos	<i>“Si, como entender mejor a los demás”</i>
Desearía poder expresarse más, sentirme comprendido, dialogar	<i>“Algunas veces sentía que no me comprendían”</i>
NIÑOS	
Mas progresos	<i>“Sí, mi reacción con las personas”</i>
No observa, está conforme	<i>“No, me gustó todo”</i>
Aspectos no especificados	<i>“Algunas cosas”</i>

## 8.2 Evaluación de los niveles de SU de los niños y adolescentes en relación a sus padres

En este apartado se responderá al objetivo específico n°3: “evaluar si los niños y adolescentes presentan niveles menores de SU que sus padres en relación al Cuestionario de Experiencias con el Servicio”.

Para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios se tomaron los puntajes del CES. En cuanto a los puntajes obtenidos en el grado de satisfacción, los padres registran puntuaciones medias de 34.20 ( $Md = 35.50$ ,  $DE = 3.16$ , Rango = 12-36), los adolescentes registran puntuaciones medias de 31.62 ( $Md = 33.00$ ,  $DE = 4.88$ , Rango = 12-36) y los niños registran puntuaciones medias de 31.64 ( $Md = 33.00$ ,  $DE = 4.42$ , Rango = 14-36), las tres muestras presentan niveles elevados de satisfacción. Para comparar las diferencias en la satisfacción entre los distintos grupos (P/C, niños y adolescentes) se realizaron dos tipos de análisis: según grupo (padres, niños y adolescentes) y según díadas (padre-niño y padre-adolescente de la misma familia).

Al compara el grado de satisfacción entre los padres, niños y adolescentes se observaron diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2_{(2)} = 53.03$ ,  $p < .01$ ). Las comparaciones por pares indicaron que los padres presentan niveles de satisfacción significativamente superiores a los de los niños ( $Z = -6.39$ ,  $p < .01$ ) y a los de los adolescentes ( $Z = -5.40$ ,  $p < .01$ ), mientras que entre adolescentes y niños no se hallaron diferencias significativas ( $Z = -.38$ ,  $p = .70$ ).

Al comparar las diferencias en la satisfacción según las díadas se observó que tanto en las diadas padre-niño ( $Z = -5.29$ ,  $p < .01$ ) como en las diadas padre-adolescente ( $Z = -4.95$ ,  $p < .01$ ) las diferencias fueron significativas. En los dos casos los padres reportaban mayor satisfacción que sus hijos.

### 8.3 Diferencias en la Satisfacción de los Usuarios Según la Edad de los Niños y Adolescentes

En este apartado se responderá el objetivo específico n°4: “evaluar si los niños presentan niveles menores de SU que los adolescentes en relación al Cuestionario de Experiencias con el Servicio”.

Si bien en el apartado anterior se comparó la SU entre niños y adolescentes como grupo, en el presente apartado se desea analizar si existe una relación lineal entre la edad y el grado de satisfacción. Debido a esto se calculó la correlación entre estas dos variables. No se observó una correlación significativa entre la edad del paciente (9 a 18) y el grado de satisfacción con el servicio ( $Rho_{(N=172)} = .02, p = .76$ ).

### 8.4 Diferencias en la Satisfacción de los Usuarios de los Padres, Niños y Adolescentes Según el SSMNA

El presente apartado responderá al objetivo específico n°5 y n°6: “evaluar si existen diferencias significativas entre el grado de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos cognitivo comportamental y sistémico”; y, “evaluar si existen niveles menores de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos psicodinámico por sobre el cognitivo comportamental y sistémico”.

Se observó que los padres que llevaron a sus hijos a diferentes servicios reportan niveles distintos de satisfacción entre sí ( $\chi^2_{(2)} = 6.73, p < .05$ ). En cambio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños ( $\chi^2_{(2)} = 2.81, p = .25$ ), ni entre los adolescentes ( $\chi^2_{(2)} = 1.96, p = .38$ ) que asistían a los diversos servicios (Ver tabla: 8.5). Al realizar comparaciones entre padres se observó que los padres que llevaron a sus hijos a un tratamiento sistémico o cognitivo refirieron un grado mayor de satisfacción que los padres que llevaron a sus hijos a un tratamiento psicodinámico (cognitivo vs. sistémico:  $Z = -.63, p = .53$ ; cognitivo vs. psicodinámico:  $Z = -1.96, p = .05$ ; sistémico vs. psicodinámico:  $Z = -2.56, p < .05$ ).

Tabla 8.4

*Diferencias en satisfacción según tipo de tratamiento psicológico*

	Padres				Adolescentes				Niños			
	N	M	Md	DE	N	M	Md	DE	N	M	Md	DE
Cognitivo	85	34.24	36	3.477	33	32.69	33	3.670	25	32.56	34	3.417
Sistémico	71	34.81	36	2.212	25	31.04	32	5.318	41	32.10	33	3.714
Psicodinámico	48	33.21	35	3.543	24	30.75	33	5.674	24	29.91	30	5.918

### 8.5 Diferencias Individuales en la SU Según el tipo de Problema

En este apartado se responderá al objetivo específico n°7: “Evaluar si la SU de los niños y adolescentes con problemas de conducta es menor que en aquellos con otros tipos de problema (síntomas emocionales, problemas de conducta, de hiperactividad o de relación con sus pares), de acuerdo a la primera sección del Cuestionario de Dificultades y Fortalezas”.

Para tal objetivo se utilizaron los niveles de SU según el CES y el tipo de problema según el CDF.

Para estimar el tipo de problema por el que consultan los pacientes se discriminaron los puntajes de cada subescala del CDF. Las distintas subescalas están compuestas por cinco ítems. Por ejemplo, la subescala de síntomas emocionales, se compone de los siguientes ítems: a menudo tengo dolor; me preocupo mucho; a menudo me siento infeliz, desanimado o lloroso; me siento nervioso/a ante nuevas situaciones; y tengo muchos miedos, me asusto fácilmente. Las opciones de respuesta son "Un tanto cierto", "No es cierto" y "Absolutamente cierto" (los puntajes varían de varía según cada ítem). La puntuación de cada subescala puede variar desde 0 a 10 y las mismas cuentan con un puntaje de corte. Quienes obtenían puntajes por encima del punto de corte de cada subescala se los consideraba como “caso”, mientras quienes obtenían puntajes por debajo del punto de corte se los consideraba “no caso”.

Según el reporte de los padres (ver Tabla 8.5.1), se observaron diferencias significativas entre caso y no caso para las subescalas de problemas de conducta y comportamiento prosocial, indicando que aquellos padres que consideran que sus hijos no presentan problemas de conducta (pero sí problemas emocionales o con los pares) o que tiene un comportamiento prosocial bueno, reportaron una satisfacción mayor. Según el reporte de los jóvenes (ver Tabla 8.5.2) se observaron diferencias significativas entre caso y no caso para las subescalas de problemas de conducta e hiperactividad, indicando que aquellos jóvenes que consideran que no tienen problemas de conducta ni de hiperactividad reportaron una satisfacción mayor. En el resto de las subescalas no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo al reporte de los jóvenes y de los padres.



Tabla 8.5.1

*Diferencias entre satisfacción y tipo de problemas de los niños y adolescentes según reporte de PADRES*

	No Caso		Caso		Mann-Whitney	
	<i>Md</i>	<i>n</i>	<i>MD</i>	<i>n</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Problemas con compañeros	35.00	113	36.00	113	-0.58	<i>ns</i>
Problemas de conducta	36.00	113	35.00	113	-3.62	.00
Problemas emocionales	36.00	87	35.00	113	-0.26	<i>ns</i>
Hiperactividad	36.00	124	35.00	113	-1.22	<i>ns</i>
Escala pro social	36.00	177	34.50	113	-2.22	.03
Total de dificultades	36.00	92	35.00	113	-1.03	<i>ns</i>

Tabla 8.5.2

*Diferencias entre satisfacción y tipo de problemas de los niños y adolescentes según reporte de JÓVENES*

	No Caso		Caso		Mann-Whitney	
	<i>Md</i>	<i>n</i>	<i>MD</i>	<i>n</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Problemas con compañeros	36.00	101	35.00	6	-1.75	<i>ns</i>
Problemas de conducta	36.00	79	36.00	28	-2.37	.08
Problemas emocionales	36.00	92	33.50	15	-0.21	<i>ns</i>
Hiperactividad	36.00	85	34.00	22	-2.10	.04
Escala pro social	36.00	97	34.50	10	-1.39	<i>ns</i>
Total de dificultades	36.00	75	35.00	32	-1.70	<i>ns</i>

## 8.6 Diferencias en la SU Según el Impacto del Problema

En este apartado se responderá al objetivo específico n°8: “evaluar si la SU de los niños y adolescentes con mayor impacto del problema es menor en relación a quienes reportan un impacto del problema menor, en relación a la segunda sección del Cuestionario de Dificultades y Fortalezas”.

Según el reporte de los padres no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la SU y el impacto del problema ( $Rho_{(N = 208)} = -.11, p = .12$ ). En cambio, si se observaron correlaciones estadísticamente significativas según el reporte de los jóvenes ( $Rho_{(N = 172)} = -.17, p < .05$ ). Indicando que en los jóvenes, a mayor severidad del problema presentado, menores son los niveles de satisfacción con el SSMNA.

## **Resultados de los objetivos secundarios**

### **8.7. Adaptación del CES para la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios**

#### **8.7.1 Adaptación lingüística.**

El presente apartado responderá al objetivo específico n° 9: “Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios de SSMNA”.

Para la adaptación del CES se convocó a dos profesionales expertos en los SSMNA y con amplio dominio del idioma inglés, quienes tradujeron las tres versiones en español del CES, respetando los modismos clásicos de la cultura rioplatense. Conforme al proceso de retrotraducción (Brislin, 1986; Brislin, et al., 1973) se empleó como control una doble traducción al inglés original, la cual fue revisada por una evaluadora de habla inglesa miembro de un SSMNA en el Reino Unido. Las versiones para padres, niños y adolescentes resultantes fueron revisadas y discutidas entre los miembros de un SSMNA para garantizar su equivalencia conceptual.

La comprensión de la primera versión piloto se evaluó aplicándola a una muestra de 92 sujetos de los cuales 56 eran padres/cuidadores; 17 niños entre 9 y 11 años y 19 adolescentes entre 12 y 18 años. No se registraron problemas relacionados con la comprensión de los ítems o consignas, por lo que se decidió conservar las versiones para los análisis posteriores.

#### **8.7.2 Fiabilidad.**

La fiabilidad de la versión de padres según el coeficiente alfa de Cronbach fue de .68, para la versión de niños fue de .63 y para la versión de adolescentes fue de .89. El coeficiente correspondiente a la versión de adolescentes fue bueno, mientras que el de la versión de niños y el de la versión de padres fue débil (George & Mallery, 1995).

## 8.8 Adaptación del CDF para la Evaluación del Tipo de Problema

El presente apartado responderá al objetivo específico n° 10: "Adaptar un instrumento para la evaluación del tipo de problema de los niños y adolescentes". Para tal fin se tomó dos versiones del Cuestionario de Dificultades y Fortalezas (CDF). La primera destinada a padres y la segunda a jóvenes entre 11 y 18 años. Para la versión de jóvenes se agrupó a los niños mayores de 11 años con la muestra de adolescentes de entre 13 y 18 ( $n = 120$ ).

### 8.8.1 Adaptación lingüística.

Se utilizó la adaptación al español rioplatense del CDF realizada por Berthet, et al. (2002).

### 8.8.2 Fiabilidad.

Para la versión de jóvenes según el coeficiente alfa de Cronbach fue de .68 y para la versión de padres fue de .71. El coeficiente correspondiente a la versión para jóvenes es débil y el de la versión para padres es aceptable (George & Mallery, 1995).

### 8.8.3 Validez - Análisis factorial del CDF.

Se verificó que los datos fueran adecuados para este tipo de análisis, para la versión padres (Test de esfericidad de Bartlett:  $\chi^2_{(300)} = 1285.57, p < .01$ ; KMO = .77), para la versión jóvenes (Test de esfericidad de Bartlett:  $\chi^2_{(300)} = 718.27, p < .01$ ; KMO = .63). Para la versión padres la solución de 5 factores explica el 48.61% de la variancia total, la contribución de cada factor y la matriz de componentes rotados se describen en la Tabla 8.8.3.1. Para la versión jóvenes la solución de 5 factores explica el 48.07% de la variancia total, la contribución de cada factor a la varianza total y la matriz de componentes rotados se describen en la Tabla 8.8.3.2. Para la versión de padres del CDF, los ítems que corresponderían al factor 5 (problemas de conducta) se

asociaron principalmente al factor 1 (problemas de hiperactividad). Del mismo modo, algunos de los ítems del factor problema con los pares de la prueba original se asociaron con el de problemas de conducta. Sin embargo, por aspectos conceptuales y por mantener la estructura de la prueba original, se decidió mantener la solución de 5 factores, ya que al forzarlo a 4 no se explica mejor la varianza total (43.32%). Estos resultados aporten evidencias sobre la validez estructural de la prueba.

Tabla 8.8.3.1

*Varianza y matriz de componentes rotados CDF versión PADRES (N = 201)*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	Hiperactividad	Problemas Pares	Síntomas Emocional	Conducta Prosocial	Problemas Conducta
Distraído	.211	<b>.680</b>			
Se concentra	.363	<b>.622</b>			
Inquieto	<b>.765</b>				
Movimiento	<b>.759</b>				
Reflexivo	<b>.466</b>	.338			-.358
Buen trato		<b>-.413</b>		.328	
Amistoso		<b>.401</b>			<b>.422</b>
Mejor c/adultos		-.091			<b>.590</b>
Solitario		<b>.608</b>		<b>.393</b>	<b>.397</b>
Hostigado	.381	.392			
Temeroso			<b>.555</b>		
Se preocupa			<b>.715</b>		
Nervioso		<b>.507</b>	<b>.459</b>		
Triste			<b>.703</b>		
Somatiza			<b>.609</b>		
Ayuda				<b>.731</b>	
Considerado				<b>.567</b>	
Voluntarioso				<b>.691</b>	
Popular		<b>.503</b>		-.194	
Comparte				<b>.648</b>	
Miente	<b>.482</b>				.108
Pelea	<b>.676</b>				-.001
Berrinches	<b>.481</b>		<b>.455</b>		-.154
Roba	.337				<b>.485</b>
Obedece	<b>.510</b>		.302		<b>-.410</b>
% var. explic.	19.70%	9.90%	8.50%	5.80%	5.30%

*Nota.* Rotación (varimax) solución de cinco factores; se presentan las cargas factoriales del factor correspondiente en la versión original, las cargas superiores a 0.3, las cargas superiores a 0.4 en negrita

Tabla 8.8.3.2

*Varianza y matriz de componentes rotados CDF versión JÓVENES (N = 120)*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	Probl. Conducta	Síntomas Emocional	Conducta Prosocial	Problema Pares	Hiperactividad
Miente	<b>.604</b>				
Pelea	<b>.549</b>			.318	
Berrinches	<b>.516</b>				
Roba	.390			.333	.300
Obedece	<b>.423</b>				.346
Temeroso		<b>.655</b>			
Se preocupa		<b>.767</b>			
Nervioso		<b>.679</b>			
Triste		<b>.625</b>		.393	
Somatiza		.265			-.317
Ayuda			<b>.730</b>		.317
Considerado			<b>.575</b>		
Voluntarioso			<b>.717</b>		
Popular			<b>-.474</b>	.345	
Comparte			<b>.529</b>		
Buen trato	<b>-.468</b>		<b>.491</b>	.155	
Amistoso				<b>.712</b>	
Mejor c/adultos				<b>.590</b>	
Solitario		.314		<b>.529</b>	
Hostigado				<b>.421</b>	
Distraído					<b>.699</b>
Se concentra					<b>.733</b>
Inquieto	<b>.797</b>				.181
Movimiento	<b>.726</b>				.076
Reflexivo					<b>.558</b>
% var. explic.	15.60%	10.10%	8.30%	7.70%	6.40%

*Nota.* Rotación (varimax) solución de cinco factores; se presentan las cargas factoriales del factor correspondiente en la versión original, las cargas superiores a 0.3, las cargas superiores a 0.4 en negrita

#### **8.8.4 Validez concurrente.**

Para evaluar la validez concurrente se calculó la correlación entre la versión completada por los padres y la versión completada por los jóvenes. Se tomaron los valores de las subescalas (emocionales, conducta, hiperactividad, pares, prosocial) de la versión de los jóvenes y la de los padres del CDF, y se calculó la correlación de Spearman (Ver Tabla 8.8.4).

Se observó que todas las subescalas de la versión de los jóvenes correlacionaron de forma moderada y significativa con las subescalas de la versión de los padres.

Para ambas versiones (padres y jóvenes) se observó que todas las subescalas referidas a las dificultades (emocionales, conducta, hiperactividad, problemas con pares) presentan una correlación entre moderada y alta con la subescala de dificultades totales. Adicionalmente, en la versión de los padres la subescala referida a las fortalezas (comportamiento prosocial) presenta una correlación negativa con la subescala de dificultades totales, indicando que desde la percepción de los padres quien tiene muchas dificultades tendría pocas fortalezas. Para la versión de los jóvenes la subescala de fortalezas no correlaciona con las dificultades totales. Estos resultados aportan evidencias de la validez concurrente de las dos versiones de la prueba CDF.



Tabla 8.8.4

*Correlación entre las subescalas del CDF según las versiones de padres y jóvenes*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ASEM	1	.170	.245**	.323**	.170	.610**	.387**	-.108	-.141	-.071	.025	.025
2. ACOND		1	.500**	.460**	-.073	.699**	.306**	.433**	.138	.352**	-.242*	.462**
3. AHIPER			1	.164	-.010	.672**	.122	.242*	.254**	.041	-.051	.270**
4. ACOMP				1	-.063	.615**	.238*	.098	.156	.346**	-.136	.308**
5. APROS					1	-.075	.029	-.078	-.081	-.224*	.458**	-.142
6. ADIFTO						1	.369**	.169	.088	.245*	-.178	.387**
7. PSEM							1	.334**	.161*	.328**	-.119	.637**
8. PCOND								1	.493**	.409**	-.266**	.771**
9. PHIPER									1	.276**	-.234**	.702**
10. PCOMP										1	-.388**	.699**
11. PPROSO											1	.374**
12. PDIFTO												1

*Nota.* CDF: Cuestionario Dificultades y Fortalezas; ASEM: adolescentes síntomas emocionales; ACON: adolescentes síntomas conductuales; AHIPER: adolescentes síntomas hiperactividad; ACOM: adolescentes problemas con pares; APROS: adolescentes conducta prosocial; ADIFTO: adolescentes dificultad total; PSEM: padres síntomas emocionales; PCON: padres síntomas conductuales; PHIPER: padres síntomas hiperactividad; PCOM: padres problemas con pares; PPROS: padres conducta prosocial; PDIFTO: padres dificultad total.

\*\*  $p < 0,01$  (bilateral); \*  $p < 0,05$  (bilateral)

## 8.9 Síntesis de resultados

A continuación se presenta una síntesis de los resultados obtenidos para los objetivos específicos del presente apartado.

De acuerdo al objetivo 2, se observó que para los aspectos valorados positivamente los padres y niños mencionan el “progreso” como la categoría más frecuente, por sobre las categorías referidas a los factores inespecíficos de la terapia (i.e., relación con el profesional, apoyo, sentirse escuchado/contenido). En cambio, para los adolescentes la categoría “poder expresarme/sentirme escuchado/contenido” fue la más frecuente, por encima de la categoría “progresos”. Dentro de los aspectos valorados negativamente, para los padres fueron las categorías, “facilidades”, “sesiones escasas con el niño” y “falta de progresos”; para los adolescentes “nada”, “falta de progresos”, y “poder expresarse más”; y para los niños “más progresos” y “no observa, está conforme”. De los aspectos que desearían agregar, las respuestas fueron muy variadas y con baja frecuencia por lo que las categorías resultantes son poco significativas.

De acuerdo al objetivo 3, los padres presentan niveles superiores de SU que sus hijos ya sean niños o adolescentes. Con respecto al objetivo 4, no se observaron niveles menores de SU en los adolescentes por sobre los niños. En relación al objetivo 5, no se hallaron diferencias significativas entre padres, niños y adolescentes que concurrían a los servicios cognitivo conductual y el sistémico. En relación al objetivo 6: se hallaron diferencias significativas en los niveles de SU entre los padres, que asistían a los servicios cognitivo conductual y sistémico por sobre aquellos que asistían al servicio psicodinámico, mientras que no se hallaron tales diferencias para los niños y adolescentes.

Con respecto a los objetivos relacionados a los problemas por los que refieren los sujetos, para el objetivo 7, se observó que según los padres que referían niveles menores de SU reportaban que sus hijos presentaban problemas de conducta y con los pares. Para los jóvenes, quienes manifestaban niveles menores de SU eran quienes reportaban problemas de conducta e hiperactividad. Para el objetivo 8, no se observaron diferencias significativas de acuerdo al impacto del problema que presentaban.

Los resultados obtenidos en el presente apartado contribuyen a la comprensión del objetivo general de la presente tesis: conocer el grado de satisfacción percibida de los niños, adolescentes y padres de los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes (SSMNA).

**TERCERA PARTE: DISCUSIÓN**

## 9. 1. Conclusión y Discusión

En los países de bajos y medianos recursos vive el 90% de los niños y adolescentes de la población mundial; y a pesar de ello solo un 10% de los estudios en salud mental se realizan en dichos países; la evidencia es suficiente para justificar el desarrollo de los servicios de salud mental para niños y adolescentes (SSMNA) en dichos contextos (Kieling, 2011). La OMS promueve el trabajo en la mejora en la calidad de los SSMNA (2003). Al evaluar la calidad se pueden contemplar diversos indicadores. Si bien inicialmente, se evaluó la eficacia de los servicios solo en términos de reducción de la sintomatología, posteriormente, se incorporó la evaluación de la satisfacción de los usuarios (SU) (Lambert et al., 1998).

La SU se relaciona a múltiples beneficios, como ser: el uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004); mayor predisposición a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas (Willams, 1994); a cumplir con las futuras citas (Linder-Pelz, 1982); serviría como indicador de la adecuación de los servicios que se están brindando (Rey, O'Brien y Walter, 2002). Por ello, la evaluación de la SU con los SSMNA en los países de bajos y medianos recursos, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

En este sentido, la presente tesis doctoral es una contribución a la literatura científica sobre SU en los SSMNA. A continuación se describen los hallazgos principales de los análisis cualitativos y cuantitativos obtenidos a partir de un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios (SU): el Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES). Posteriormente, se describen los resultados obtenidos al analizar la SU según el tipo de problema de acuerdo de los usuarios según el reporte del Cuestionario de dificultades y Fortalezas (CDF).

Para poder utilizar el CES se realizó la adaptación del mismo, se obtuvieron versiones conceptualmente equivalentes a la versión original, tanto para padres, niños y adolescentes; la fiabilidad de la versión de adolescentes fue buena, mientras que el de niños y la de padres débil.

En cuanto a la exploración cualitativa de la SU según el CES, se observaron resultados coherentes con las definiciones teóricas de la SU que resaltan la multidimensionalidad del constructo. Asimismo, destacan la relevancia de diferenciar la concepción de la SU para los padres, niños y adolescentes, y de discriminar que variables determinan la SU según el grupo etario.

En cuanto a la evaluación cuantitativa de la SU según el CES, se observaron los siguientes resultados. Se corroboró la hipótesis 3 es decir, los niños y adolescentes en tratamiento mostraron niveles menores de SU que sus padres/cuidadores (P/C). La hipótesis 4 no se corroboró, no se observaron diferencias en el grado de SU entre los adolescentes y los niños según la edad. La hipótesis 5 se corroboró, es decir quienes asistían a los servicios de orientación cognitiva conductual y sistémica no presentaron diferencias. La hipótesis 6 se corroboró parcialmente, por un lado, el grado de SU de los padres de los servicios de orientación cognitiva conductual y sistémica fue superior a la de los padres del servicio de orientación psicodinámica, pero no se observaron estas diferencias para los niños y adolescentes.

Para evaluar la SU según el tipo de problema de los usuarios, se requirió evaluar la fiabilidad y validez del CDF. Tanto la versión de padres como la de los jóvenes obtuvieron propiedades psicométricas adecuadas (fiabilidad, validez estructural) y aportaron evidencias de su utilidad clínica (validez concurrente). En este sentido, el presente estudio provee al contexto local de instrumentos para la evaluación de la SU (CES) y del tipo de problema que presentan los jóvenes (CDF). Los mismos mostraron poder diferenciar niveles de SU y de tipo de problema, respectivamente, volviéndolos una alternativa ecológica para quienes deseen investigar en dicho campo.

En cuanto a los análisis cuantitativos que evaluaron la relación entre SU y los problemas presentados por los usuarios, se corroboró la hipótesis 7, es decir, los jóvenes que reportaron tener problemas de conducta e hiperactividad refirieron niveles menores de SU; y los padres que indicaban que sus hijos presentaban problemas de conducta y bajo comportamiento prosocial también mostraron niveles menores de SU.

Finalmente, la hipótesis 8 se corroboró parcialmente, según los padres no se observaron diferencias en el grado de SU y el impacto del problema, pero según los jóvenes se observó que quienes presentan un impacto mayor del problema refieren niveles menores de SU.

A continuación se discuten en detalle los principales hallazgos mencionados.

El análisis cualitativo de las preguntas abiertas del CES sobre los aspectos ligados a la satisfacción de los usuarios soporta los desarrollos teóricos que definen la SU como un concepto multidimensional. En el mismo, se identificaron las siguientes categorías: a) características del terapeuta, b) relación con el profesional, c) progresos, y d) conforme satisfecho. Estas categorías son coincidentes con las propuestas por Harris y Poertner (1998): a) percepciones de los usuarios sobre los profesionales, b) relación usuario profesional, c) resultado del servicio, y d) satisfacción general. También se identificaron otras categorías, como por ejemplo, la de “facilidades (horarios/distancia)” coincidente con dimensiones reportadas en otros estudios tales como el entorno físico, el acceso a los servicios, y la espera para la primera entrevista. La variedad de las categorías reportadas resalta la importancia de que al evaluar la SU se contemplen sus múltiples dimensiones, tales como las identificadas por Biering (2010) (i.e., la relación adolescente profesional, el ambiente y organización del servicio y los resultados del tratamiento).

Al discriminar los aspectos positivos o negativos reportados según padres, niños y adolescentes se destacan los siguientes hallazgos.

Dentro de los aspectos que los padres y niños valoran como positivos se observó que la categoría “progreso” fue la más frecuente, resaltando la importancia que otorgan a percibir progresos en la terapia. Las categorías referidas a los factores inespecíficos de la terapia (i.e., relación con el profesional, apoyo, sentirse escuchado/contenido) presentaron una frecuencia menor.

Dentro de los aspectos que los adolescentes valoran como positivos la categoría “poder expresarme/sentirme escuchado/contenido” fue la más frecuente, por encima de la categoría “progresos”,

indicando que para ellos la SU se relacionaría principalmente a la evaluación del proceso interpersonal, y luego los aspectos relacionados a los resultados. Este hallazgo es consistente con el de Barber, et al. (2006) quienes identificaron dos temas principales en las respuestas positivas de los adolescentes sobre el servicio: la relación positiva con el equipo y, el apoyo, consejo y ayuda recibida. También coinciden con lo observado por Biering (2010) quien reportó que los adolescentes dan especial importancia a las habilidades comunicacionales del profesional incluso por encima del abordaje terapéutico. Esto implica que los profesionales de los SSMNA deben prestar especial atención a las habilidades comunicacionales con los adolescentes, las cuales incluyen: la aceptación y comprensión, empatía y amabilidad, escucha y atención, y abordaje no juicioso. Este abordaje no juicioso, tal vez sea más relevante en este grupo etario que en cualquier otro debido a que suelen ser derivados a los SSMNA en contra de su voluntad (Biering 2002). Incluso se ha informado que los adolescentes refieren como negativo la percepción de que el profesional no se alió con ellos (Lee et al. 2006). Pareciera ser que valoran los aspectos relacionales de la terapia en mayor medida que los niños y los padres (quienes destacaron con mayor frecuencia los progresos del tratamiento). Es por ello que, con pacientes adolescentes el cuidado de lo interpersonal debería recibir especial atención por parte de los profesionales, más que con otros grupos etarios.

Dentro de los aspectos que los usuarios valoraron como negativos se observó que para los padres la categoría “facilidades (horario/distancia)” fue la más frecuente, seguida por la de “sesiones escasas con el niño” y “falta de progresos”. Para los niños la categoría más frecuente fue “necesidad de más progresos” y para los adolescentes “nada”.

Que los padres hallan reportado disatisfacción con las “facilidades (horario/distancia)” es consistente con lo observado por Barber et al. (2006). En ambos casos fue la categoría de aspectos negativos reportada con mayor frecuencia por los padres pero con una frecuencia muy por debajo de las que se reportaron en relación a los aspectos positivos.



Se podría inferir, en sintonía con Buston (2002), que si bien los aspectos ligados a las facilidades (horario/distancia) pueden parecer triviales, deberían ser tomados en cuenta cuidadosamente si se quiere mejorar la calidad del servicio brindado. Incluso, se ha reportado que el factor de “facilidades” fue el factor que explicó el mayor porcentaje de la varianza de la SU en un SSMNA (Kaplan et al., 2001); y dentro de las facilidades, la accesibilidad ha sido el más asociado a la SU (Biering, 2010).

Resulta pertinente destacar que al momento del presente trabajo, se contaba con un solo estudio cualitativo que explorara exclusivamente las perspectivas de los niños sobre los SSMNA (Mitchell-Lowe y Eggleston, 2009). Los autores a partir de entrevistas con los niños identificaron una serie de temas que difieren de los hallados en la presente tesis. Los temas que identificaron son: el temor a ser estigmatizado por acudir a un SSMNA, la cualidad y abordajes del equipo de profesionales, los aspectos ligados al ámbito del SSMNA, y la ansiedad acerca de asistir al SSMNA. Mientras que aquí los temas fueron: progresos, ayuda, entretenimiento, relación, comunicación, escucha, y falta de progresos

Si bien la metodología de ambos estudios difiere (entrevistas semi estructuradas vs. preguntas abiertas en un cuestionario, respectivamente), los diferentes temas que identificaron son significativos. Por un lado, a pesar de ser niños, reportaron aspectos coincidentes con los de los adultos, tales como los progresos, la ayuda y la relación; lo cual lleva a pensar que pueden reportar aspectos valiosos para la comprensión de la SU. Por otro lado, refirieron temas que no se presentaron ni en los adolescentes ni en los adultos, tales como el entretenimiento (en el caso del presente estudio) o el temor al estigma (en el estudio de Mitchell-Lowe y Eggleston, 2009). Estos datos sostienen la pertinencia de seguir indagando sobre la SU a los niños de manera exclusiva ya que contribuiría a la comprensión de las particularidades de este grupo etario. Aumentar la SU de los niños podría generar una mayor colaboración con el tratamiento, y consecuentemente aumentar su eficacia.

Finalmente, en relación a los aspectos que los usuarios deseaban agregar al SSMNA, las respuestas fueron muy variadas y con baja frecuencia por lo que las categorías resultantes fueron poco significativas.

Barber, et al., (2006) en un estudio con los mismos instrumentos reportaron una baja frecuencia de respuestas a dicha pregunta, para futuras investigaciones sería pertinente evaluar excluir la misma.

El análisis cualitativo sobre los comentarios reportados por los participantes (padres, niños y adolescentes) presenta diversas limitaciones ligadas al alcance de los comentarios reportados, a la participación de los usuarios y al posible sesgo en las respuestas.

Primero, los comentarios no son generalizables a otros SSMNA ya que sus perspectivas se reducen a su experiencia en tres servicios en particular. Asimismo, la baja frecuencia de los comentarios negativos (comparada a los positivos) podría deberse a que los servicios presentan escasos aspectos negativos o al temor de los usuarios a expresar su descontento y que influya negativamente en el servicio que reciben. Sobre todo si se tiene en cuenta que estudios previos sobre SU mostraron diferencias entre quienes responden a los cuestionarios y quienes no lo hacen (Stallard, 1995; Ross et al., 1995; Lebow, 1982). Donde se observó la posibilidad de que los primeros estuvieran menos satisfechos que quienes respondieron a los cuestionarios. De todos modos, otros estudios no hallaron tales diferencias (Krahn, et al., 1990; Stallard, et al., 1992). Finalmente, puede darse un sesgo en las respuestas de los participantes. Si bien Perreault et al., (1993) observaron que los comentarios sobre aspectos insatisfechos se expresan mayormente en contextos cualitativos, también observaron que la administración oral facilita la respuesta a las preguntas abiertas por sobre la administración escrita. Aunque, Stallard, et al. (1992) reportaron que no hubo diferencias significativas entre la satisfacción general y los comentarios expresados en las preguntas abiertas, y que quienes se hallaban insatisfechos tendían a realizar más comentarios negativos en las preguntas abiertas.

Con respecto a los hallazgos de la sección cuantitativa, el análisis de los niveles de SU de los padres, niños y adolescentes según el CES arrojó que estos fueron elevados. Este hallazgo es consistente con los resultados de los estudios previos sobre SU en los SSMNA (Rey, et al., 1999; Eysers, et al., 1994; Heflinger, et al., 1996; Pekarik y Wolff, 1996). Los niveles elevados de SU reportados no necesariamente indican que los

SSMNA sean adecuados. Esto se debe a que los estudios suelen presentar limitaciones metodológicas que reducen la sensibilidad de los mismos, su poder discriminatorio, la posibilidad de obtener resultados significativos (Harris y Poertner, 1998). E incluso, el nivel de satisfacción elevado podría indicar que se está brindando un servicio adecuado aunque no necesariamente el mejor servicio posible.

Al comparar el grado de SU según los grupos de participantes, se observó que los padres presentan niveles de satisfacción significativamente superiores a los de los niños y adolescentes. Del mismo modo, al comparar las diferencias en la satisfacción según las díadas (padre-niño y padre-adolescente) las diferencias también fueron significativas y en ambos casos los padres reportaban mayor satisfacción que sus hijos. Estos hallazgos son consistentes con los estudios previos que observaron que los padres suelen estar más satisfechos que los niños y adolescentes con los servicios de salud mental (Barber, et al. 2006; Copeland, et al., 2004; Godley, et al., 1998; Kotsopoulos, et al., 1989; Marriage, et al. 2001). Dichos estudios se realizaron en el Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, si a ello se le suman los resultados del presente estudio, pareciera que este resultado es generalizable a distintos contextos. Una posible explicación, es que en el ámbito de los SSMNA son los padres quienes deciden realizar la consulta por lo cual es probable que estén más motivados hacia el tratamiento y lo valoren como más positivo.

Estos resultados deben ser tomados con precaución debido a que no se cuenta con datos previos que permitan comparar los niveles de SU de las distintas muestras. Además, las muestras incluidas no eran homogéneas; es decir la de padres era significativamente mayor a los de los niños y adolescentes. En este sentido, la magnitud de los resultados obtenidos en este estudio deben ser considerados exploratorios.

La perspectiva de los padres sobre los SSMNA es de suma importancia ya que son quienes deciden sobre los tratamientos de sus hijos. Por ello, tal como señalan Rey, et al. (1999) futuras investigaciones deberían apuntar a comprender qué aspectos contribuyen a que reporten niveles elevados de SU para ayudar a diseñar servicios más efectivos y/o aceptables para los padres. Al mismo tiempo futuras investigaciones deberían

evaluar, por qué la satisfacción de los niños y los adolescentes suele ser menor y qué aspectos la minimizan para también diseñar servicios más accesibles y atractivos para ellos.

En cuanto a la relación entre la edad del paciente (9 a 18) y su grado de SU con el servicio, no se observó una correlación significativa. Los estudios previos reportaron resultados variados y solo dos estudios reportaron que la satisfacción tiende a decrecer con la edad (Stuntzner-Gibson, et al., 1995; Shapiro, et al., 1997). Según Biering (2010) las diferencias halladas en ellos se podían deber a que al tomar un amplio margen de edad (de 9 a 18) lo que observaron fue el aumento del grado de criticismo hacia los adultos de los niños a medida que se vuelven adolescentes. Sin embargo, en el presente estudio se tomó el mismo margen de edad y no se observó tal tendencia.

Aunque esto también puede deberse a que los niveles de SU reportados por los niños y adolescentes fueron elevados y el instrumento utilizado para evaluar la SU no ha sido sensible a las diferencias según la edad. Por ello, se requiere que futuras investigaciones profundicen en el estudio de las especificidades de la SU según la edad. Del mismo modo, tal vez se requiera trabajar en desarrollar instrumentos más sensibles a la edad de los jóvenes, ecológicamente validados.

Al analizar el grado de SU según el SSMNA los resultados difieren según los padres, niños y adolescentes. Se observó que los P/C que recibían asistencia en un SSMNA de orientación cognitiva presentaron niveles de satisfacción similares a los del SSMNA con orientación sistémica y niveles de satisfacción significativamente mayores que aquellos que recibieron asistencia en un SSMNA de orientación psicodinámica. Esta tendencia también se observó en las muestras de niños y adolescentes, aunque no fue estadísticamente significativa. Debido a que la muestra de padres era mayor a la de los niños y adolescentes sería pertinente realizar nuevos estudios con muestras mayores de niños y adolescentes para evaluar si estos resultados se replican.

Los estudios previos indican que la comparación entre distintos SSMNA puede ser compleja, debido a la cantidad de elementos que pueden variar de un servicio a otro. Los resultados reportados hasta el momento no son concluyentes. Si bien tres estudios reportaron diferencias en la SU según el tipo de servicio (Heflinger, et al., 1996; Graves, 2005; CORC, 2011), por otro lado, se han reportado escasas relaciones consistentes entre las variables del servicio y la SU (Lebow, 1983; Ruggeri, 1994; Williams, 1994) e incluso Bjørngaard, et al. (2008) no hallaron relación alguna.

A partir del presente hallazgo y los estudios previos se deben contemplar una serie de aspectos. En primer lugar, sí la SU se puede comparar entre servicios, para ello se requeriría de mayores estudios que cuenten con las dimensiones del cada servicio bien delimitadas. En segundo lugar, si la orientación teórica del servicio puede impactar en la SU. Si bien ésta influiría en una de las dimensiones de la SU (el acto médico), no influiría en otras dimensiones (cuestiones organizativas e interpersonales). Por ello, se debe ser cauto al analizar los presentes resultados. De todos modos, en contextos donde las orientaciones teóricas de los profesionales puedan ser bien diferenciadas, sería recomendable que futuras investigaciones evalúen dicho aspecto. En tercer lugar, para comprender cómo es que la orientación teórica influiría en la SU, los estudios cualitativos podrían aportar información valiosa. En la presente tesis, por ejemplo, se observó que los padres y niños valoraron en mayor medida los progresos. Podría pensarse que aquellas orientaciones teóricas más centradas en la resolución de problemas se asocien a una SU mayor en las etapas iniciales del tratamiento. Mientras que aquellas que promueven progresos a mediano o largo plazo podrían relacionarse con una SU menor hasta que se logren los mismos. Finalmente, se debe considerar la relación de tal hallazgo con los estudios de eficacia que sostienen el efecto ‘pajaro dodó’ (Wampold & Luvorsky, 1998), los cuales refieren que no se hallaron diferencias significativas entre los diversos modelos psicoterapéuticos. Si bien dichos estudios basaron sus conclusiones en la medición de los resultados de la psicoterapia, sería interesante saber si ello también ocurriría en relación a la SU.

Al respecto de este último punto, cabe mencionar que si bien no se hallaron diferencias en la SU según el servicio en los niños y adolescentes, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en los padres; y además, que el efecto ‘pájaro dodó’ fue cuestionado por investigaciones más recientes que reportaron diferencias entre terapias específicas para determinados cuadros patológicos (Budd & Huges, 2009)

Al analizar el grado de SU según el tipo de problema y su severidad según el CDF de los padres y los jóvenes, los resultados presentaron semejanzas y diferencias entre ambas muestras. Según los padres, quienes consideraban que sus hijos presentaban problemas de conducta o un comportamiento prosocial bajo, reportaron menor satisfacción. En cambio, no se observaron diferencias en la SU de acuerdo a si presentaban problemas emocionales, de hiperactividad o con los pares; y tampoco observaron diferencias de acuerdo al grado total de dificultades. Según los jóvenes, quienes reportaban presentar problemas de conducta o de hiperactividad reportaron un nivel de satisfacción menor. Mientras que no se observaron diferencias en la SU de acuerdo a si presentaban problemas emocionales, con los pares o comportamiento prosocial, y tampoco se observaron diferencias de acuerdo al grado total de dificultades.

En cuanto a la relación entre SU y tipo de problema, los resultados obtenidos son consistentes con los estudios previos. Por un lado, los jóvenes que reportaron problemas de conducta indicaron menores niveles de satisfacción con los SSMNA, lo cual es consistente con los hallazgos de Barber, et al. (2006) y Garland et al. (2000c). Del mismo modo, los padres de niños con síntomas externalizadores presentaban niveles de satisfacción menores que aquellos cuyos hijos presentaban trastornos internalizadores, lo cual es consistente con lo informado por Bjørngaard, et al. (2008). Cabe destacar que, Garland et al. (2000c) también hallaron diferencias en el grado de SU para aquellos jóvenes que presentaban síntomas emocionales severos, mientras que en el presente estudio no se observó dicha diferencia. Estos hallazgos implican que los clínicos deberían prestar especial cuidado a las necesidades de dichos pacientes y sus padres.

En relación a la severidad de la sintomatología y la SU la evidencia previa es dispar. Por un lado se halló que la severidad del problema tiende a correlacionar negativamente a los niveles de satisfacción; es decir, cuanto mayor es la sintomatología menor tiende a ser la satisfacción (Godley, et al., 1998; Garland, et al., 2000c; Noser & Bickman, 2000; Barber, et al., 2006; Measelle, et al., 1998). Por otro lado otros estudios no hallaron dicha relación (Rosen, et al., 1994, Stüntzner-Gibson, et al., 1995, Shapiro, et al., 1997). En este sentido, el presente trabajo observó resultados consistentes con esta segunda línea de estudios, donde el grado de dificultad de los participantes no se relacionó con la SU.

Una limitación de estos hallazgos se relaciona a que los jóvenes que presentaron menores niveles de satisfacción eran aquellos quienes puntuaban para problemas de conducta e hiperactividad. Debe notarse que en el análisis factorial del CDF se observó que dos de los ítems del factor problemas de conducta cargaban adicionalmente en el de hiperactividad; y que dos ítems del factor hiperactividad cargaban adicionalmente en el de conducta. Por lo que no se podría discriminar si quienes están menos satisfechos son los jóvenes que presentan uno o ambos problemas. De todos modos, clínicamente son dos cuadros altamente comórbidos por lo que se los suele agrupar en la categoría de cuadros externalizadores (Kendall, 2000). Además, los cuadros externalizadores suelen diferenciarse de los internalizadores (categoría que estaría representada por la subescala síntomas emocionales); y aquí ninguno de los ítems de la categoría externalizadores carga adicionalmente en la de síntomas emocionales.

Las implicancias de estos hallazgos son al menos tres. Primero, es notable, que tanto los padres como los jóvenes generalmente coinciden en que cuando presentan problemas de conducta su grado de SU con el servicio es menor. Esta coincidencia, podría deberse a que la eficacia de los servicios para este tipo de problema es menor y/o a que quienes padecen problemas de conducta presentan una dificultad mayor para sentirse satisfechos. Como sea, tal coincidencia indica que deberían tomarse medidas extras para lograr una mayor satisfacción de las expectativas de dichos usuarios. Segundo, debido a que se observa cierto solapamiento entre los subtipos de problemas externalizadores, y estos se discriminan bien de los internalizadores, es posible que

tal categorización sea más conservadora y fiable para evaluar la SU de los jóvenes que la categorización por subtipo de problemas. Tercero, se requiere de futuros estudios para determinar si la severidad del problema se relaciona al grado de SU, tanto para los jóvenes como para los padres.

Al analizar el grado de SU según el impacto del problema según los padres y los jóvenes, los resultados difieren según la población. Según el reporte de los padres no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la SU y el impacto del problema. En cambio, si se observaron correlaciones estadísticamente significativas según el reporte de los jóvenes, indicando que en los jóvenes, a mayor impacto del problema presentado, menores es el nivel de satisfacción con el SSMNA. Estos hallazgos también son consistentes con los reportados por el único estudio que evaluó dicha relación (Barber, et al., 2006) donde no se halló tal relación en los padres pero si en los jóvenes. Pareciera ser que si el impacto de los problemas en los jóvenes es significativo estos perciben los servicios de salud mental como menos efectivos. Estos hallazgos llevan a pensar que si el impacto de los problemas de los usuarios es mayor, se deberían realizar esfuerzos mayores para lograr cumplir sus expectativas.

Cabe aclarar que la presente tesis y el estudio de Barber, et al. (2006) son los únicos estudios que evaluaron tal relación por lo que los resultados deberían ser replicados por otros investigadores. Además, la correlación observada entre el impacto del problema y la SU fue baja por lo que sería necesario explorarlo en muestras mayores. Asimismo esta baja correlación puede indicar que hay otros factores que se asocian junto al impacto del problema con la SU. Por lo que podría pensarse a futuro en un modelo que incluya impacto, tipo de problema y otras características individuales o sociales que permitan predecir mejor la SU.

A modo de conclusión, se destaca que la evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la evaluación de los servicios brindados y representaría un considerable aporte en la promoción de la salud mental poder comprender en mayor medida los aspectos que influyen en ella. Por ejemplo, se observó que para los padres y los niños las categorías relacionadas a los progresos prevalecieron por sobre la de los aspectos



relacionales, mientras que en los adolescentes se observó el fenómeno inverso. En cuanto a los niveles de SU, es probable que los padres se encuentren más satisfechos que sus hijos ya que son quienes deciden consultar. A su vez los niños y adolescentes presentan niveles menores de SU que sus padres y ello requiere ser atendido si se quiere mejorar sus niveles de SU. A raíz de que los padres que acudieron al servicio cognitivo conductual y al sistémico refirieron mayor SU que quienes asistieron al servicio psicodinámico se plantea la necesidad de evaluar las variables que intervinieron en dicha diferencia. Asimismo, quienes presentan problemas de conducta tienden a referir niveles menores de SU, lo que los vuelve una población con la que se debería prestar especial atención a sus expectativas. Por último, en el caso de los jóvenes, se observó que a mayor impacto del problema, menor SU, por lo que también se requiere atender a las expectativas de dichos jóvenes.

## **9.2 Limitaciones**

Dentro de las limitaciones en el diseño y validez interna se debe destacar que la muestra fue no probabilística, incidental, excluyó a menores de nueve años, tomó el reporte de un solo adulto a cargo del joven, y no discriminó cual de los padres respondió los cuestionarios. Además, la muestra de padres era considerablemente menor en el servicio de orientación psicodinámica que en los otros dos. Teniendo en cuenta estos aspectos, las conclusiones del presente estudio deberían ser tomadas con precaución.

También, debe mencionarse que el tipo de problema de los jóvenes se evaluó en según el reporte de los padres y los jóvenes mismos, prescindiendo del reporte de los profesionales. Esto podría implicar sesgos tales como la exageración o distorsión de lo informado debido a factores estresantes secundarios; o a la minimización de los síntomas reportados por la deseabilidad social (Eysenck, 2002).

En cuanto a la selección de los servicios que participaron del estudio, los mismos no fueron sometidos a método de muestreo y funcionaban como consultorios externos, por lo que aspectos edilicios y organizativos

podían variar dentro del mismo servicio. El no poder delimitar claramente los aspectos referidos a las instalaciones la interpretación sobre los mismos puede verse entorpecida.

Otra limitación se relaciona con el momento en que se evalúa la satisfacción. En el presente trabajo se optó por evaluar la SU durante el tratamiento lo que implica que se puede contar con respuestas sesgadas debido al temor de que estas influyen en el servicio que reciben y no evalúa la posible influencia de los resultados en la SU. La alternativa a tal limitación es evaluar la SU luego de finalizado el tratamiento, lo cual también presenta sus limitaciones por ejemplo, suele haber una baja tasa de respuesta (Stallard, 1995). Al respecto de cuándo y cómo evaluar la SU McColl, et al., (2001) sostienen que la literatura no es concluyente.

En cuanto a las limitaciones en la validez externa se debe considerar que debido a que la muestra utilizada fue no probabilística, es conveniente que se repliquen los resultados para consolidar la validez externa (Hernández Sampieri, et al., 2008). Además, la representatividad de la muestra debería limitarse a la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a la zona norte del Gran Buenos Aires. Asimismo, se tomó a usuarios del ámbito privado, lo cual es solo uno de los subsistemas de salud en la República Argentina, con lo cual los resultados no son generalizables al contexto público y de seguridad social, en los cuales las características de los servicios prestados suelen ser muy diversas.

En cuanto a las limitaciones en el análisis y poder estadístico, una primer limitación es la utilización de pruebas no paramétricas (debido a la falta de normalidad y homocedasticidad de la muestra), las cuales son menos sensibles a las variaciones.

En lo que refiere a las limitaciones en las medidas, se debe destacar que se utilizó un instrumento que no ha sido desarrollado en el ámbito local y no cuenta con propiedades psicométricas, de todos modos se lo considera apto para la revisión de la gestión clínica y arroja resultados valiosos e informativos para tal fin (Attride-Stirling, 2003) (para una discusión sobre los instrumentos utilizados para la evaluación de la SU ver apartado: 4. Metodología e instrumentos de evaluación de la satisfacción).

### 9.3 Direcciones Futuras

El trabajo sobre las perspectivas y las visiones de los usuarios de los SSMNA ha mostrado ser relevante para la adaptación de los servicios a dichas poblaciones. Se puede sugerir diversas líneas de investigación para avanzar en el conocimiento de dicho campo.

En primer lugar, futuras investigaciones deberían evaluar muestras de mayor magnitud o replicadas en otros estudios. Sería recomendable que las muestras pudieran incluir ambos padres para dar mayor peso a la visión de la familia y no solo a parte de ella.

En cuanto a los instrumentos, se debería trabajar en el desarrollo o adaptación de nuevas medidas que permitan una evaluación más robusta. Tal vez un primer paso, podría ser la utilización de focus groups con niños y adolescentes del contexto cultural local para el desarrollo de los ítems de los instrumentos, en lugar de basarse en la literatura previa; y así ser más sensible a la variación cultural que en dicha población puede ser sumamente significativa.

El uso de la información cualitativa ha contribuido a la comprensión de aspectos específicos de los adolescentes y de los niños, por lo que se recomienda que futuras investigaciones incluyan el análisis de dicha información.

También, se debería indagar las causas de porqué los niños y adolescentes refirieron niveles de SU menores a los de sus padres, ya que ello podría atentar contra la adherencia al tratamiento por parte de los jóvenes. Sería deseable que en futuros estudios se realizaran análisis multivariantes que con el conocimientos provisto por este primer estudio, permitan proponer modelos basados en la evidencia acerca de los factores que permitan predecir la SU. Posiblemente, un análisis discriminante que relacione las categorías generadas a partir del análisis temático de con los niveles de SU permitiría identificar con mayor precisión qué factores inciden mayor o menor medida en los niveles de SU. Por ejemplo, si aquellos padres que resaltaron estar conforme con

los progresos refieren niveles mayores de SU que quienes resaltaron como aspecto positivo los aspectos relacionados a la relación terapéutica. Del mismo modo, se podría evaluar en los adolescentes la incidencia de los aspectos relacionales con los profesionales y el grado de SU.

Se requiere mayor exploración de las necesidades de los jóvenes con problemas externalizadores, ya que estos presentaron niveles menores de SU. Poder comprender y cubrir sus necesidades podría reportar considerables beneficios al servicio brindado.

Futuras investigaciones también deberían intentar discriminar qué aspectos de los servicios son los que los diferencian. Sobre todo en contextos donde las orientaciones teóricas de los profesionales puedan ser bien diferenciadas. Poder comprender estos aspectos, permitiría adecuar los servicios en aras de una mejor calidad en la salud mental.

Finalmente, la evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la evaluación de resultados en los países de bajos recursos, ya que implica estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para contribuir a la calidad de los SSMNA. Teniendo en cuenta la elevada necesidad de contar con SSMNA de adecuada calidad, la evaluación de la SU en dicho contexto, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

## 10. Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Revised Child Behavior Profile and Child Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS*, 10(1), 15-17.
- Atkinson, C. (2011). CSQ Scales: A Bibliography of Published Sources. Recuperado de [http://web.mac.com/cliffattkisson/TamalpaisMatrix/CSQ\\_Scales\\_files/CSQ%20Scales%20Bibliography%2010%2006%2011.pdf](http://web.mac.com/cliffattkisson/TamalpaisMatrix/CSQ_Scales_files/CSQ%20Scales%20Bibliography%2010%2006%2011.pdf)
- Attride-Stirling, J. (2003). *Development of methods to capture users' views of child and adolescent mental health services in clinical governance review*. A Project evaluation report, 38, 175-180. Recuperado de [http://www.chi.nhs.uk/eng/cgr/mental\\_health/indexs](http://www.chi.nhs.uk/eng/cgr/mental_health/indexs).
- Attride-Stirling, J., Davis, H., Markless, G., Sclare, I., & Day, C. (2001). "Someone to talk to who'll listen": Addressing the psychosocial needs of children and families. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11(3), 179-191.
- Ayton, A. K., Mooney, M. P., Sillifant, K., Powls, J., & Hufrize, R. (2007). The development of the child and adolescent versions of the Verona Service Satisfaction Scale (CAMHSSS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 892-901.
- Bados López A., García Grau E. & Fusté Escolano A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
- Bailey, S. (1999). Young people, mental illness and stigmatisation. *Psychiatric Bulletin*, 23, 107-110.
- Baker, R. (1990). Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 40, 87-490.

- Barajas Martínez, S. (2001). Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de salud mental a través de la percepción y evolución de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Clínica y Salud, 12*(3), 305-326.
- Barber, A. J., Tischler, V. A., & Healy, E. (2006). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Children Health Care, 10*(1), 9-21.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva, Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry, 49*, 226–36.
- Berthet, M. N., Pérez Algorta, G., García Cortázar, P., & Palacio, J. D. (2002). SDQ Spanish (Río de la Plata). Recuperado de <http://www.sdqinfo.com/d29a.html>
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(1), 65-72. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x
- Biering P., Becker H., Calvin A., & Grobe, S. (2006). Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and sensitivity of a questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 19*, 246-258.
- Bird, H. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*(1), 35-49.
- Bjørngaard, J. H., Wessel A. H., Osborg O. S., & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 635-641*. doi:10.1007/s00127-008-0347-8

- Bond, J., Newnes, C., & Mooniaruch, F. (1992). User views of the inpatient psychiatric services at Shelton Hospital. *Clinical Psychology Forum*, 49, 21-26.
- Botella, L. & Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (comps.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., & Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(6), 557-564.
- Bradley, E. J., & Clark, B. S. (1993). Patients' characteristics and consumer satisfaction on an inpatient child psychiatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(3), 175-80.
- Brannan, A. M., Sonnichsen S. E., & Heflinger C. A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: Validity and reliability of the satisfaction scales. *Evaluation and Program Planning*, 19, 131-141.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). What is thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Breda, C. S., & Bickman, L. (1997). Termination of mental health services for children. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 69-87.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. En W.J. Lonner & J. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Beverly Hills, California: Sage.
- Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley.
- Brunk, M. (2001). *Guidelines for the YSS & the YSS-F*. (Versión electrónica). Recuperado el 1 de julio de 2003, del Mental Health Statistics Improvement Program Website: [http:// www.mhsip.org](http://www.mhsip.org)
- Brunk, M., Koch, R., & McCall, B. (2000). *Report with parents satisfaction with services at community services boards*. Richmond, Virginia: Department of Mental Health Retardation and Substance Abuse Services, Office of Research and Evaluation.

- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict — Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses. *Clin. Psychol. Psychother.* 16, 510–522.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: What do they say about health services? *Journal of Adolescence*, 25(2), 231-42. doi:10.1006/jado.2002.0463
- Byalin, K. (1993). Assessing parental satisfaction with children's mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 16, 69-72.
- CAHMS Outcome Research Consortium (CORC). (2011). Erinsborough CAMHS. Service Level Outcomes. Recuperado de [http://www.corc.uk.net/media/File/reports/Erinsborough\\_Report\\_for%20website\\_March11.pdf](http://www.corc.uk.net/media/File/reports/Erinsborough_Report_for%20website_March11.pdf)
- Cape, J. (1991). Quality assurance methods for clinical psychology services. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 4, 499-503.
- Carscaddon, D. M., George, M., & Wells, G. (1990). Rural community mental health consumer satisfaction and psychiatric symptoms. *Community Mental Health Journal*, 26(4), 309-318.
- Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Chadwick, R., & Stallard, P. (1991). Consumer evaluation: A cautionary note. *Clinical Psychology Forum*, 34, 2-4.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D., Sanderson, W., Shoham, V., Johnson, S., Pope, K., & Crits-Cristoph, P. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.



- Charlesworth, L. W., & Rodwell, M. K. (1997). Focus group with children: a resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1205-1216.
- Clare, L. (1995). Parents' perceptions of portage: Towards a standard measure of parent satisfaction. *British Journal of Learning Disabilities*, 23, 110-117.
- Commission for Health Improvement. (2001). *Development of methods to capture users' views of child and adolescent mental health services in clinical governance reviews project evaluation report*. Child and Adolescent Mental Health. Recuperado de [http://www.chi.gov.uk/\\_db/\\_documents/04017624.pdf](http://www.chi.gov.uk/_db/_documents/04017624.pdf)
- Commission For Health Improvement. (2002). *Experience of Service Questionnaire*. Recuperado de [http://www.chi.nhs.uk/eng/cgr/mental\\_health/child\\_questionnaire.pdf](http://www.chi.nhs.uk/eng/cgr/mental_health/child_questionnaire.pdf)
- Commission for Health Improvement. (2004). *Patients and the Public*. Recuperado de <http://www.chi.nhs.uk/patients/methods.html>
- Copeland, V., Koeske, G., & Greeno, C. (2004). Child and mother client satisfaction questionnaire scores regarding mental health services: Race, age, and gender correlates. *Res Soc Work Pract*, 14, 434-442.
- Corrigan, P. W. (1990). Consumer satisfaction with institutional and community care. *Community Mental Health Journal*, 26, 151-165.
- Cummins, R. A. (1995). On the Trail of the Gold Standard for Subjective Wellbeing. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., Reid, S., & Waters, L. (1997). An Initial Evaluation of the Comprehensive Quality of Life Scale - Intellectual Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44, 7-19.
- Day, C., Davis, H., & Hind, R. (1998). The development of community child and family mental health service. *Child: Care, Health & Development*, 24, 487-500.
- Dogra, N. (2000). Adolescent perspectives on the provision of services for their mental health needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 70-73.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: *How Can It Be Assessed?* Reprinted with permission from the *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990a). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública España*, 78, 3-6.
- Donabedian, A. (1990b). Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. *Revista del Instituto de Salud Pública: Perspectivas*, 1, 10-12.
- Donabedian, A. (1992a). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México*, 35, 85-104.
- Donabedian, A. (1992b). Quality assurance in health care: Consumers' role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México*, 35, 238-247.
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Services Research*, 38(2), 631-645. doi: 10.1111/1475-6773.00137
- Elliott, R., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). Nueva York: Plenum.
- E-Qual (1998). *Review of approaches to satisfaction surveys of clients of disability services*. Report prepared for the Steering committee for the review of common wealth review of approaches to satisfaction surveys of clients of disability services. Recuperado de [http://www.pc.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/62345/disabsvc.pdf](http://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/62345/disabsvc.pdf)

- Eyers, K., Brodaty, H., Roy, K., Parker, G., Boyce, P., Wilhelm, K., Mitchell, P. (1994). Patient satisfaction with a mood disorder unit: Elements and components. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 279-287.
- Eysenck, M.W. (2002). *Simply Psychology*. Hove: Psychology Press.
- Farnfield, S., & Kaszap M. (1998). What makes a helpful grown up? Children's views of professionals in the mental health services. *Health Informatics Journal*, 4, 3-14.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisk, T., Brown, C., Cannizzaro, K., & Naftal, B. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. *Journal of Health Care Marketing*, 10(2), 5-15.
- Fitzpatrick, R. (1991a). Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
- Fitzpatrick, R. (1991b). Surveys of patient satisfaction: Designing a Questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal* 302(6785), 1129-1132.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. En R. Fitzpatrick y A. Hopkins, *Measurement of Patients' Satisfaction with Their Care* (pp. 1-17). London: Royal College of Physicians.
- Fleishman, J. A., Mor, V., & Piette, J. (1991). AIDS case management: The client's perspective. *Health Services Research*, 26, 447-470.
- Freud, S. (1938). *Esquema del Psicoanálisis*. En Obras Completas Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Friedberg, R., & Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.

- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En A. Bergin y S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (3ra ed., pp. 213-256). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Garland, A. E., & Besinger, B. A. (1996). Adolescents' perceptions of outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 5(3), 355-375.
- Garland, A. F., Aarons G. A., Hawley K. M., & Hough, R. L. (2003). Relationship of youth satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatric Services*, 54, 1544-1546.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D., & Kruse, M. I. (2000a). Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Mental Health Services Research*, 2, 127-139.
- Garland, A. F., Haine R. A., & Boxmeyer, C. L. (2007). Determents of youth and parents satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30, 45-55.
- Garland, A. F., Saltzman, M. D., & Aarons G. A. (2000b). Adolescent satisfaction with mental health services: Development of a multidimensional scale. *Evaluation and Program Planning*, 23, 165-175.
- Garland, A. F., Saltzman M. D., Aarons, G. A. & Kruze, M. I. (2000c). Relationship of adolescents' satisfaction with mental health services. *Mental Health Services Research*, 2(3), 127-139.
- Gaston, L., & Sabourin, S. (1992). Client satisfaction and social desirability in psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 15, 227-231.
- Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 5, 638-648.
- Geanellos, R. (2002). Transformative change of self: The unique focus of (adolescent) mental health nursing? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 174-185.
- George, D., & Mallery, P., (1995). *SPSS/PC + step by step: a simple guide and reference*. California: Waldsworth Publishing Company.
- Gerkenmeyer, J. E., & Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 61-73.

- Godin, G., Desharnais, R., & Jobin, J. (1987). The impact fitness evaluation and health-age appraisal upon exercise intentions and behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 241-250.
- Godin, P., Pearce, I., & Wilson, I. (1987). Keeping the customer satisfied. *Nursing Times, 83*(38), 35-37.
- Godley S. H., Fiedler E. M., & Funk R. R. (1998). Consumer satisfaction of parents and their children with child/adolescent mental health services. *Evaluation and Program Planning, 21*, 31-45.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 791-801.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-45.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(1), 17-24.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry, 7*, 125-130.
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka [Abstract]. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 129-134.
- Gowers, S. G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *Br J Psychiatry, 174*, 413-6.
- Graves, K. N. (2005). The links among perceived adherence to the system of care philosophy, consumer satisfaction, and improvements on child functioning. *Journal of Child and Family Studies, 14*(3), 403-415. doi: 10.1007/s10826-005-6852-4

- Grossoehme, D .H., & Gerbetz L. (2004). Adolescent perception of meaningfulness of psychiatric hospitalization. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 589–596.
- Gutek, B. A. (1976). Strategies for studying client satisfaction. *J. Soc. Iss.*, 34, 44.
- Guzmán del Río, E. (1986). Satisfacción del usuario. *EPAS*, 11, 6-11.
- Hall, T. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*, 30, 811-818.
- Harrington, R. C., Kerfoot, M., & Verduyn, C. (1999). Developing needs led child and adolescent mental health services: issues and prospects. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(1), 1-10.
- Harris, G., & Poertner, J. (1998). *Measurement of Client Satisfaction: The state of the art*. University of Illinois, Urbana, IL: Children and Family Research Center. Recuperado de [http://www.cfrc.illinois.edu/publications/rp\\_19980601\\_MeasurementOfClientSatisfactionTheStateOfTheArt.pdf](http://www.cfrc.illinois.edu/publications/rp_19980601_MeasurementOfClientSatisfactionTheStateOfTheArt.pdf)
- Hart, A., Saunders, A., & Thomas, H. (2005). Attuned practice: A service user study of specialist child and adolescent mental health, UK. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 22-31.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128.
- Health Advisory Services Report. (1995). *Together we stand: Commissioning, role and management of child and adolescent mental health services*. London: HMSO.
- Heflinger, C. A., Sonnichsen, S. E., & Brannan, A. M. (1996). Parent satisfaction with children's mental health services in a children's mental health managed care demonstration. *Journal of Mental Health Administration*, 23, 69-79.

- Henggeler, S. W., & Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. En A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidencebased psychotherapies for children and adolescents* (Vol. adolescent, pp. 301-322). New York: The Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research, 1*, 171-184.
- Hermann, R. C. (2005). *Improving mental healthcare: A guide to measurement-based quality improvement*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Recuperado de [http://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=cF4P876IN7gC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Gap+in+Quality+Measures+for+Child+Mental+Health+Care:+An+Opportunity+for+a+Collaborative+Agenda&ots=-32mjjQjP&sig=xvOzYnI xv-btbGZTkIE4Ox\\_Vuo#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=cF4P876IN7gC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Gap+in+Quality+Measures+for+Child+Mental+Health+Care:+An+Opportunity+for+a+Collaborative+Agenda&ots=-32mjjQjP&sig=xvOzYnI xv-btbGZTkIE4Ox_Vuo#v=onepage&q&f=false)
- Hermann, R. C., Regner, J. L., Erickson, P., & Yang, D. (2000). Developing a quality management system for behavioural healthcare: The Cambridge Health Alliance experience. *Harvard Review of Psychiatry, 8*, 251-60.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, C. G., & Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Hirsch, H., & Lardani, A., (2001). Resultados en psicoterapia: ¿qué opinan nuestros consultantes? *Vertex, 12*(45), 221-225.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- Juran, J. (1988). *Juran on planning for quality*. Glencoe: The Free Press.

- Juran, J. (1992). *Juran on quality by design: the new steps for planning quality into goods and services*. Glencoe: The Free Press.
- Kantorski, L. P., Da Rosa Jardim, V., Wetzel, C., Olschowski, A., Schneider, J. F., Heck, R. M. et al. (2009).
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 52*(2), 202-6.
- Kaufman, C., & Phillips, D. (2000). *Survey of state consumer surveys*. Rockville, MD: Survey and Analysis Branch Division of State and Community Systems Development Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 9-71). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E., & Wassel, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 160-172.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 729-740.
- Kendall, P. (1992). *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Bedirhan Üstün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*, 168-76.



- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rahman, A., (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. Elsevier Ltd. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R., (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 709-17.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., . . . Goodman, R. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2001). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 277-284.
- Abstract recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/11202103?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrctn>
- Kotsopoulos, S., Elwood, S., & Oke, L. (1989). Parents satisfaction in a child psychiatric service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 530-533.
- Krahn, G. L., Eisert, D., & Fifield, B. (1990). Obtaining parental perceptions of the quality of services for children with special health needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 761-774.
- Kurtz, L. F. (1990). Measuring member satisfaction with a self-help association. *Evaluation and Program Planning*, 13, 119-124.
- Lacan, J., (1997). *El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M., & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. Bergin & S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 270-279.
- Landau, S., & Everitt, B. S. (2004). *Handbook of Statistical Analysis Using SPSS*. Chapman & Hall: New York.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33*(1), 139-74.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Larrea, P. (1991). *Calidad de Servicio. Del marketing a la estrategia*. Madrid: Díaz de Santos.
- Larson, D. L., Attkisson C. C., Hargreaves W. A., & Nguyen T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Lawler, E. E. (1971). *Pay and organizational effectiveness: A psychological view* (Vol. 206). New York: McGraw-Hill.
- Laws, S. (1998). Consulting children and young people on what they want from mental health services. *Mental Health Care, 21*, 63-65.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulos, M., Tzavara, C., & Zeliou, G. (2006). Treatment and early termination of therapy: A comparative study. *Psychotherapy and psychosomatics, 75*, 113-121.
- Lebow, J. L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin, 91*(2), 244-259.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning, 6*(3-4), 211-236.
- Lee, B. R., Munson, M. R., Ware, N. C., Ollie, M. T., Scott, Jr., L. D., & McMillen, J. C. (2006). Experiences of and attitudes toward mental health services among older youths in foster care. *Psychiatric Services, 57*, 487-492.
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Ley 448, 2000.
- Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657, 2010.

- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, *16*, 577-582.
- Macdonald, E., Lee, E., Geraghty, K., McCann, K., Mohay, H., & O'Brien, T. (2007). Towards a developmental framework of consumer and carer participation in child and adolescent mental health services. *Australasian Psychiatry*, *15*(6), 504-507.
- Macías, G. F. (2009). Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de Campo Verde San Salvador de Jujuy. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, *37*, 291-305.
- Mahin, A., Attari, A., & Mokhtari, N. (2004). Compliance and satisfaction in major schizophrenic patients. *European Psychiatry*, *19*(1), 1695.
- Main, L. (2006). *The future of mental health: A vision for 2015*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. (2001). Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry*, *46*, 969-975.
- Martin, J. S., Petr, C., & Kapp, S. A. (2003). Consumer satisfaction with children's mental health services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *20*, 211-226.
- Martins Mishima, S., Pereira, F. H., Matumoto, S., Cinira, M. F., Bistafa Pereira, M. J., Campos, A. C., ... Leite Nogueira Domingos, M. M. (2010). Assistance in family health from the perspective of users. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, *18*(3), 436-443.
- Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2003). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire as an outcome measure in a child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*, *11*, 334-337.
- Matt, G. E. & Navarro, A. M. (1997). What meta-analysis have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*, *17*, 1-32.

- McColl, E., Jackoby, A., Thomas, L., Soutter, J., Bamford, C., Steen, N., . . . Bond, J. (2001). Design and use of questionnaires: A review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment Journal*, *5*(1), 1-256.
- McComas, J., Kosseim, M., & Macintosh, D. (1995). Client-centered approach to develop a seating clinic satisfaction questionnaire: A qualitative study. *The American Journal of Occupational Therapy*, *49*, 980-985.
- McWilliam, R. A., Lang, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., & Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: Family perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, *19*, 43-60.
- Measelle, J. R., Weinstein, R. S., & Martínez, M. (1998). Parent Satisfaction with Case Managed Systems of Care for Children and Youth with Severe Emotional Disturbance. *Journal of Child and Family Studies*, *7*(4), 451-467.
- Mental Health Foundation. (1999). *Bright futures: Promoting children and young people's mental health*. London: The Mental Health Foundation.
- Mitchell-Lowe, M., & Eggleston, M. (2009). Children as consumer participants of child and adolescent mental health services. *Australas Psychiatry*, *17*(4), 287-291. doi:10.1080/10398560902862657
- Muris, P., Meentes, C., & Van Der Berg, F. (2003). The SDQ: Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *12*(1), 1-8.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A., & Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 437-448.
- Nabors, L. A., Weist, M. D., Reynolds M. W., Tashman, N. A., & Jackson C. Y. (1999). Adolescent satisfaction with school-based mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, *8*, 229-236.

- National Health Interview Survey. (2001). Strengths and Difficulties Questionnaire. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.sdqinfo.org/USNorm.html>
- Nelson, T. D., & Steele, R. G. (2006). Beyond Efficacy and Effectiveness: A Multifaceted Approach to Treatment Evaluation. *Professional Psychology Research and Practice*, 37(4), 389-397. doi:10.1037/0735-7028.37.4.389
- Noser, K., & Bickman, L. (2000). Quality indicators of children's mental health services: Do they predict improved client out-comes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 9-18.
- Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C. et al. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the USA and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 504-516.
- Oppong-Odiseng, A. C., & Heycock, E. G. (1997). Adolescent health services-through their eyes. *Archives of Childhood Diseases*, 77, 115-119.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Programa de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 10 de junio de 2011, <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Ross.pdf>
- Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S., & Torres Carreño E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 527-537.

- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10299618>
- Pekarik, G., & Wolff, C. B. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. *Professional Psychology Research and Practice*, 27(2), 202-208. doi:10.1037/0735-7028.27.2.202
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16, 109-118.
- Rees-Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med*, 39, 655-670.
- Retolaza, A. (2003). Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Salud Mental*, 31(4), 171-176.
- Rey, J. M., Denshire, E., Weaver, C., & Apolonov, I. (1998). Adolescents treated in a day program three years later. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 36-41.
- Rey, J. M., O'Brien, M., & Walter, G. (2002). Is the satisfied customer one who also 'does well'? The relationship between outcome and parent satisfaction in a child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*, 10(3), 246-249.
- Rey, J. M., Plapp, J. M., & Simpson, P. L. (1999). Parental satisfaction and outcome: A 4-year study in a child and adolescent mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 22-28.
- Rickert, V. I., Graham, C. J., Fisher, R., Gottlieb, A., Troclair, A., & Jay, M. S. (1993). A comparison of methods for alcohol and marijuana anticipatory guidance with adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 14(3), 225-230.

- Riley, S. E., Stromberg, A. J., & Clark, J. (2005). Assessing parental satisfaction with children's mental health services with the youth services survey for families. *Journal of Child and Family Studies, 14*(1), 87-99. doi: 10.1007/s10826-005-1124x
- Rojo, L., Plumed, J., & Livianos, L. (2009). Hospitalización por trastornos de la conducta alimentaria. Satisfacción de pacientes y familiares 1. *Planta, 37*(5), 267-275.
- Rosen, L., Heckman, T., Carro, M., & Burchard, J. (1994). Satisfaction, involvement and unconditional care: The perceptions of children and adolescents receiving wraparound services. *Journal of Child and Family Studies, 3*, 55-67.
- Rosenblatt, A., Wyman, N., Kingdon, D., & Ichinose, C. (1998). Managing what you measure: Creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. *Journal of Behavioral Health Services Research, 25*, 177-93.
- Ross, C. K., Steward, C. A., & Sinacore, J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care, 33*, 392-406.
- Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Revista electrónica *La Esquina del Sur*. Recuperado de <http://www.laesquinadelsur.com.ar/site/nota.asp?Ed=7&IdSeccion=79&IdNota=141>
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29*(5), 212-227.
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychol Med, 23*, 511-523.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (Ed.). (1970). *Education, health & behaviour*. London: Longman.

- Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 43(1), 29-35.
- Serrano del Rosal, R., & Biedma, L. (2005). El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada. Recuperado de [http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/comunicaciones/serrano\\_delrosal.pdf](http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/comunicaciones/serrano_delrosal.pdf)
- Serrano del Rosal, R., & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*, 50(2), 162-172.
- Serrano del Rosal, R., Vera, E., & Ateca, V. (2005). What drives patient discontent? The effect of individual and market determinants. *IESA Working Papers series (0501)*.
- Shapiro, J. P., Welker C. J., & Jacobson, B. J. (1997). The youth client satisfaction questionnaire: Development, construct validation, and factor structure. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 87-98.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London: Sage.
- Simonian, S., Tarnowski, K., Park, A., & Bekeny, P. (1993). Child, parent and physician perceived satisfaction with pediatric outpatient visits. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(1), 8-12.
- Smedje, H., Broman, J. E., Hetta, J., & Von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". [Abstract]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
- Sourander, A., Helstela, L., & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(12), 657-663.
- Sourander, A., Pihlakoski, L., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of parent- and self-reported perceived global psychological difficulties among adolescents: A prospective cohort study from age 3 to age 15. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 173-182.



- Spink, J. (1998). *Helping the service listen to you: consumer participation project, evaluator's report*. Melbourne, Australia: MH-SKY Travancore.
- Stallard, P. (1994). Monitoring and assuring quality: The role of consumer satisfaction. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(4), 233-239. doi: 10.1002/cpp.5640010405
- Stallard, P. (1995). Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 397-405.
- Stallard, P. (1996). Validity and reliability of the Parent Satisfaction Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 311-318.
- Stallard, P. (2001). Reducing parental dissatisfaction with a child and adolescent psychology service: process of quality improvement. *Journal of Mental Health*, 10(1), 63-73.
- Stallard, P., & Lenton, S. (1992). How satisfied are parents of pre-school children with special needs with the services they have received: a consumer study. *Child: Care, Health and Development*, 18, 197-205.
- Stallard, P., Hudson, J., & Davis, B. (1992). Consumer evaluation in practice. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2, 291-295.
- Steiber, R. (1998). Measuring and managing patient satisfaction. *Journal American Hospital Publishing*, 1-23.
- Stiffman, A., Chen, Y., Elze, D., & Dore, P. (1997). Adolescents' and providers' perspectives on the need for and use of mental Health services. *Journal of Adolescent Health*, 21, 335-342.
- Strasser, S., & Davis, R. M. (1991). *Measuring patient satisfaction for improved patient services*. Health Administration Press: Ann Arbor, Michigan.
- Stroul, B. A., & Friedman, R. (1996). The system of care concept and philosophy. En B. Stroul (Ed.), *Children's mental health: creating systems of care in a changing society*. Baltimore, Maryland: Bookes.
- Stüntzner-Gibson, D., Koren P. E., & DeChillo, N. (1995). The youth satisfaction questionnaire: What kids think of services. *Families in Society*, 76, 616-624.

- The Health Advisory Service. (2000). *Standards for child and adolescent mental health Services*. Brighton: Pavillion Publishing.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). *The mental health matrix: A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tobia, V., Gabriele, M. A., & Marzocchi, G. M. (2011). Norme italiane dello Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Il comportamento dei bambini italiani valutato dai loro insegnanti. *Disturbi di attenzione e iperattività*, 6, 167-174.
- Valdés Salgado, R., Molina Leza, J., & Solís Torres, C. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública Méx*, 43, 444-454.
- Valenstein, M., Mitchinson, A., Ronis, D. L., Alexander, J. A., Duffy, S. A., Craig, T. J., & Barry, K. L. (2004). Quality indicators and monitoring of mental health services: what do frontline providers think? *The American Journal of Psychiatry*, 161, 146-153.
- Valenzuela, L. (2009). La calidad de servicio en el sector de salud pública: una investigación empírica. *Estudios de Administración*, 15(2), 65-94.
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Ware, J. E. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services: Volume I of a Final Report (Parts A and B)*. Mimeos: NCHSR and Southern Illinois School of Medicine.
- Ware, J. E., Davies-avery, A., & Stewart, A. L. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev*, 1, 1-15.
- Watt, B., & Dadds, M. (2007). Facilitating treatment attendance in child and adolescent mental health services: A community study. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 12, 105-116.

- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1995). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weaver, M. J., Ow, C. L., Walker, D. J., & Degenhardt, E. F. (1993). A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 135-139.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med*, 38, 509-516.
- Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care: evaluating an evaluative method. *British Journal of Psychiatry*, 166, 559-562.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine*, 47, 1351-1359.
- Winicott, D. (1980). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Wishart, J. G., Macleod, H.A., & Rowan, C. (1993). Parents' evaluations of pre-school services for children with Down syndrome in two Scottish regions. *Child: Care, Health and Development*, 19, 1-23.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., & Rothenberger, A. (2002). Normative data and evaluation of the German parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugend psychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.
- World Health Organization. (1994). *Quality assurance in mental health care: Check-lists and glossaries* (Volume 1). Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization. (1997). *Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries* (Volume 2). Ginebra: World Health Organization.

Young, S., Nicholson, J., & Davis, M. (1995). An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 219-238.

Zeithaml, V., & Bitner, M. (2002). *Marketing de servicios, un enfoque de integración del cliente a la empresa* (2da ed.). México: McGraw-Hill.

## 11. ANEXOS

## ANEXO 1

### **Brecha entre sus Necesidades y los Recursos Disponibles en Salud Mental para Niños y Adolescentes**

Aspectos deficitarios resaltados por Belfer (2008) en su estudio Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes: la Magnitud del Problema en el Mundo (basado en el proyecto ATLAS de la Organización Mundial de la Salud):

- Mientras que los datos epidemiológicos se distribuyen relativamente uniformes en el mundo, ello no se cumple para las políticas y los recursos en salud.
- Se observa una falta de recursos económicos, de capacitación, de servicios y políticas
- Los países de bajos recursos carecen de programas de desarrollo y de políticas de salud
- Carencia de información respecto a las capacidades de los servicios, resultados y epidemiología
- Fallas en la provisión de los servicios
- Falta de una continuidad del cuidado
- Concluye que se requiere de mejoras en relación a la recolección de información y métodos innovadores de capacitación

**ANEXO 2**  
**Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES). Versión Padres**  
 Autores: Attride-Stirling (2003). Adaptación: Bunge, E. (2012)

*Por favor piense en los encuentros que usted, su hijo/a y/o su familia tuvieron en nuestro servicio o institución. Para cada ítem, tilde el cuadrado que mejor describe lo que **usted** piensa o siente respecto al servicio.*

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	No acuerdo	No sé
1. <i>Me sentí escuchado/a por las personas que vieron a mi hijo/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
2. <i>Fue fácil hablar con las personas que vieron a mi hijo/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
3. <i>Fui tratado bien por las personas que vieron a mi hijo/a</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
4. <i>Mis opiniones y preocupaciones fueron tomadas seriamente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
5. <i>Siento que las personas aquí saben ayudarme con el problema por el que vine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
6. <i>Me han brindado información suficiente respecto a la ayuda disponible en este servicio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
7. <i>Siento que las personas que vieron a mi hijo/a están trabajando en conjunto para ayudar con el/los problema(s)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
8. <i>Las instalaciones aquí son confortables (Ej: sala de espera)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
9. <i>Los encuentros usualmente son en horarios convenientes (Ej: no interfieren con la escuela, el trabajo, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
10. <i>Es bastante fácil llegar al lugar de los encuentros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
11. <i>Si un amigo necesitara ayuda similar, le recomendaría que venga aquí</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
12. <i>En general, la ayuda que he recibido aquí es buena</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?

**Por favor de vuelta la página**

13. ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?

.....  
.....

14. ¿Hubo algo que no le haya gustado o que sienta que necesita mejorar?

.....  
.....

15. ¿Hay algo más que quisiera decirnos respecto al servicio que recibió?

.....  
.....

16. ¿Sabe qué tipo de tratamiento está recibiendo su hijo/a actualmente? SI NO

¿Cuál?.....

17. ¿Cuántos encuentros ya han tenido? (en números estimados).....

18. ¿Hace cuanto tiempo (meses) que empezó el tratamiento?.....

19. ¿Realizó tratamientos anteriores? Si No

20. ¿Cuántos?.....

21. ¿Cuál fue el motivo del(os) mismo (s)?.....

Edad del niño:.....

Género del niño: Masculino  Femenino

Género del terapeuta: Masculino  Femenino

¿Posee su hijo/a certificado de discapacidad? SI  NO

¿Cómo describiría su grupo étnico?.....

**Si no quiere responder la encuesta por favor tilde en este cuadrado  y devuelva en blanco el formulario en el sobre entregado**

**Muchas gracias por su ayuda**

**Por favor devuelva el formulario en el buzón para su recepción**



### ANEXO 3

#### Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES). Versión adolescents (12-18)

Autores: Attride-Stirling (2003). Adaptación: Bunge, E. (2012)

*Por favor pensá en los encuentros que vos tuviste en nuestro servicio o institución.*

*Para cada ítem, por favor poné un tilde en el cuadrado que mejor describe lo que vos pensás o sentís respecto al servicio.*

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	No acuerdo	No sé
1. <i>Me sentí escuchado por las personas que me vieron</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
2. <i>Fue fácil hablar con las personas que me vieron</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
3. <i>Fui tratado bien por las personas que me vieron</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
4. <i>Mis opiniones y preocupaciones fueron tomadas seriamente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
5. <i>Siento que las personas aquí saben cómo ayudarme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
6. <i>Me han brindado información suficiente respecto a la ayuda disponible en este servicio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
7. <i>Siento que las personas que me vieron están trabajando en conjunto para ayudarme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
8. <i>Las instalaciones aquí son confortables (Ej: sala de espera)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
9. <i>Los encuentros usualmente son en horarios convenientes (Ej: no interfieren con la escuela, el trabajo, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
10. <i>Es bastante fácil llegar al lugar de los encuentros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
11. <i>Si un amigo necesitara ayuda similar, le recomendaría que venga aquí</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
12. <i>En general, la ayuda que he recibido aquí es buena</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?

13. ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?

.....  
.....

14. ¿Hubo algo que no te haya gustado o que sentís que necesita mejorar?

.....  
.....

15. ¿Hay algo más que quisieras decirnos respecto al servicio que recibiste?

.....  
.....

16. ¿Sabés qué tipo de tratamiento estás recibiendo actualmente? SI NO

¿Cuál?.....

17. ¿Cuántos encuentros tuviste? (en números estimados).....

18. ¿Hace cuanto tiempo (meses) que empezó el tratamiento?.....

19. ¿Realizaste tratamientos anteriores? Si No

20. ¿Cuántos?.....

21. ¿Cuál fue el motivo del(os) mismo (s)?.....

Tengo:.....años

Soy: Varón  Mujer

¿Tenés certificado de alguna discapacidad (por ej.: sordera)? SI  NO

¿Cómo describirías tu grupo étnico?.....

**Muchas gracias por ayudarnos**

















































**Por favor devolvé el formulario en el buzón para su recepción**

**ANEXO 4**  
**Cuestionario de Experiencia con el Servicio (CES). Versión Niños (9-11)**

Autores: Attride-Stirling (2003). Adaptación: Bunge, E. (2012)

*¿Qué pensás sobre nuestro servicio o institución?*

*Para cada ítem, por favor circulá la respuesta que mejor describe lo que **vos** pensás o sentís respecto al servicio.*

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| 1. <i>¿Las personas que te vieron te escucharon?</i>  | <br>Si            | <br>Solo un poco   | <br>No realmente   | <br>No sé   |
| 2. <i>¿Fue fácil hablar con las personas que te vieron?</i>                                 | <br>Si            | <br>Solo un poco   | <br>No realmente   | <br>No sé   |
| 3. <i>¿Cómo te trataron las personas que te vieron?</i>                                     | <br>Muy bien      | <br>Bien           | <br>No muy bien    | <br>No sé   |
| 4. <i>¿Tomaron en serio tus opiniones y preocupaciones?</i>                                 | <br>Si            | <br>Solo un poco   | <br>No realmente   | <br>No sé   |
| 5. <i>¿Sentís que las personas del servicio saben cómo ayudarte?</i>                        | <br>Si          | <br>Solo un poco | <br>No realmente | <br>No sé |
| 6. <i>¿Te explicaron bien qué ayuda te pueden dar aquí?</i>                                 | <br>Si          | <br>Solo un poco | <br>No realmente | <br>No sé |
| 7. <i>¿Sentís que las personas del servicio están trabajando en conjunto para ayudarte?</i> | <br>Si          | <br>Solo un poco | <br>No realmente | <br>No sé |
| 8. <i>Las instalaciones aquí (como la sala de espera) son...</i>                            | <br>Muy cómodas | <br>Cómodas      | <br>Incómodas    | <br>No sé |
| 9. <i>El horario de los encuentros fue...</i>   | <br>Cómodo      | <br>Normal       | <br>Incómodo     | <br>No sé |
| 10. <i>Llegar al lugar donde tuve los encuentros es...</i>                                  | <br>Fácil       | <br>Normal       | <br>Difícil      | <br>No sé |
| 11. <i>Si un amigo necesitara ayuda similar, ¿pensás que debería venir aquí?</i>            | <br>Si          | <br>Solo un poco | <br>No realmente | <br>No sé |
| 12. <i>¿La ayuda que te dieron aquí fue buena?</i>  | <br>Si          | <br>Solo un poco | <br>No realmente | <br>No sé |

13. ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?

.....  
.....  
.....

14. ¿Hubo algo que no te haya gustado o que sentís que necesita mejorar?

.....  
.....  
.....

15. ¿Hay algo más que quisieras decirnos respecto al servicio que recibiste?

.....  
.....  
.....

16. ¿Sabés qué tipo de tratamiento estás recibiendo actualmente? SI NO

¿Cuál?.....  
.....

17. ¿Cuántos encuentros tuviste? (en números estimados).....

18. ¿Hace cuanto tiempo (meses) que empezó el tratamiento?.....

19. ¿Realizaste tratamientos anteriores? Si No

20. ¿Cuántos?.....

21. ¿Cuál fue el motivo del(os) mismo(s)?.....

Tengo:.....años

Soy: Niño  Niña

¿Tenés certificado de alguna discapacidad (por ej.: sordera)? SI  NO

¿Cómo describirías tu grupo étnico?.....

**Muchas gracias por ayudarnos**

**Por favor devolvé el formulario en el buzón para su recepción**

## ANEXO 5

### Cuestionario de Dificultades y Fortalezas. Versión Padres

Autor: Goodman (1997). Adaptación: Berthet, Perez Algorta, García Cortázar y Palacio (2002)

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente año escolar.

Nombre del niño/a .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento .....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

¿Cree usted que este niño/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:  
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a este niño/a?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Repercuten estas dificultades en ...

	No	Un poco	Bastante	Mucho
LAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL APRENDIZAJE O EL TREBAJO EN CLASE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Son estas dificultades una carga para usted o para la clase?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....

Fecha .....

## ANEXO 6

### Cuestionario de Dificultades y Fortalezas. Versión Jóvenes

Autor: Goodman, Meltzer y Bailey (1998). Adaptación: Berthet, Perez Algorta, García Cortázar y Palacio (2002)

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando como fueron tus cosas en los últimos seis meses.

Nombre .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento .....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juegos, galletitas, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo mucho. Puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mi mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tenés algún comentario o preocupación en particular que quieras plantear ?

En general, ¿ creés que tenés dificultades en alguna de las siguientes áreas:  
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas ?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste "Si", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿Desde cuándo tenés estas dificultades ?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir ?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Repercuten estas dificultades en ...

	No	Un poco	Bastante	Mucho
COMO TE LLEVÁS CON TU FAMILIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HACER Y MANTENER AMIGOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL APRENDIZAJE O EL TRABAJO EN CLASE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUS ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Estas dificultades hacen que las cosas sean más difíciles para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc) ?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....

Fecha .....

**Muchas gracias por tu ayuda**



## ANEXO 7

### PROCEDIMIENTO DE TOMA DE ESCALAS

Al momento de la administración, la explicación que se brindaba a los sujetos era similar al siguiente modelo:

*Estamos trabajando en un proyecto para conocer la satisfacción de los usuarios y sus opiniones para evaluar cómo mejorar los servicios. Sería sumamente útil si puede completar un cuestionario anónimo acerca de su opinión sobre el servicio. Lleva solo unos minutos completarlo y pregunta acerca de qué piensa del servicio y cómo siente que fue tratado.*

*Sus encuestas serán totalmente anónimas y entregará el cuestionario en un sobre cerrado que irá a un equipo encargado de analizarlo.*

*Es voluntario, no está obligado a completarlo pero sus opiniones son muy importantes para nosotros y nos gustaría que tenga la posibilidad de decir lo que piensa. Sus respuestas no afectarán la asistencia que está recibiendo.*

*Nos gustaría que su hijo también pueda completarlo por su cuenta para que podamos tener en cuenta sus opiniones. Pero solo le pediremos que lo complete si usted lo permite.*

*El objetivo es que sus opiniones nos permitan mejorar nuestro servicio.*

## ANEXO 8

### Consentimiento informado - "Encuestas de satisfacción"

**Por favor complete el documento después de haber leído la información a continuación:**

**Título de la investigación:** "Satisfacción con los servicios de salud mental de niños y adolescentes"

- Gracias por considerar a usted y a su hijo/a tomar parte en esta investigación. La persona que le ha entregado este documento debe explicarle el propósito de esta investigación antes que usted y su hijo/a tomen parte. Si tiene alguna duda al respecto por favor pregúntesela.
- Por favor notifíquese que la información otorgada por usted y su hijo/a puede eventualmente ser utilizada para diversas publicaciones (artículos periodísticos, investigaciones, etc.). Considere que estos datos son anónimos, y serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad y la de su hijo/a, siguiendo la vigente normativa de protección de datos (tanto usted como su hijo/a no podrán ser identificados en ninguna de las publicaciones).
- Sepa usted que puede abandonar el estudio cuando lo desee y sin que tenga que dar explicaciones, así como que sobre estos datos tiene usted los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos que podrá ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable que figura en este documento).

*Por medio de la presente declaro que fui informado acerca de la investigación "Satisfacción con los servicios de salud mental de niños y adolescentes" además de haber recibido la suficiente información y explicación acerca de los instrumentos que se utilizarán en el estudio. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto.*

*Por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN HASTA QUE DECIDA LA CONTRARIO. MANIFIESTO TAMBIEN LA VOLUNTAD Y AUTORIZACIÓN PARA QUE MI HIJO/A PARTICIPE. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.*

**Nombre del colaborador (Padre / Tutor / Encargado):**

DNI:

Firma:

**Nombre del investigador:**

DNI:

Firma:

Fecha: