



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN
PSICOLÓGICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, BASADO
EN EL AUTOREPORTE DE LOS USUARIOS.

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica.

Autora: Lic. Ps. Déborah Rydel Niski

Director de Tesis: Prof. Dr. Juan J. Dapuelto, Facultad de Medicina, Udelar.

Co-directora: Prof. Asist. Paola Premuda, Ph.D., Troy University, E.E.U.U.

Directora Académica: Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas, Facultad de Psicología, UdelaR.

Montevideo, Uruguay, Noviembre 2015.

A mis padres por haberme transmitido sus valores.
A Carlos, Diego y Paula, por el tiempo en familia que la tesis nos quitó.

Agradecimientos

En esta instancia quisiera agradecer a todas las personas que me han acompañado en este largo proceso de formación personal, profesional, docente y académica. A los profesores, estudiantes, colegas, terapeutas, por lo compartido y aprendido en estos años. Entiendo que toda producción es una tarea colectiva y en este caso es la decantación de años de formación y trabajo en los distintos ámbitos de los que he formado parte.

A la Prof. Agda. Adriana Gandolfi y a la Prof. Adj. Mónica Cortazar compañeras de trabajo y amigas con quienes empezamos a pensar en estos temas que me llevaron a plantear esta tesis de maestría.

Al Prof. Dr Juan Dapuetto, mi director de tesis por el apoyo y conocimiento brindado en esta tarea de investigar, sin su guía no hubiera sido posible hacerla. A la Dra. Paola Premuda quien me ayudó a dar forma a mis ideas, cuando todavía era un proyecto poco viable, por su generosidad. A la Dra. Denisse Dogmanas, directora académica, por su aliento y sugerencias. A Prof. Agda. Carla Francolino y a Lic. M. Noel Givogre por ayudar en el procesamiento de algunos datos.

A los colegas, que aceptaron participar de la investigación, especialmente a la Lic. Mónica Caétano, que me han ayudado en la recolección de datos y a través de ellos a los participantes de este estudio, usuarios de la RAP- ASSE y a la Institución ASSE.

A mis pacientes, usuarios de ASSE o no, que confían en mí para acompañarlos en la búsqueda de alivio o respuestas, que me hacen disfrutar de la tarea día a día y sentir que vale la pena seguir aprendiendo e investigando.

A los que han sabido alentarme en los distintos momentos, desde distintos lugares, como los compañeros del Instituto de Psicología Clínica y de la Maestría.

Muchas gracias a todos.

Resumen

El propósito del presente estudio fue investigar el impacto de las intervenciones psicológicas realizadas en servicios de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El objetivo fue indagar en qué medida los usuarios están satisfechos con la atención psicológica recibida y la relación con el bienestar psicológico, el bienestar general y la calidad de vida. Se utilizó un diseño descriptivo, longitudinal, no experimental. La muestra fue de conveniencia y estuvo compuesta por 49 usuarios. Se aplicaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Satisfacción del Cliente, CSQ-8-S, el Symptom Check List-90 Revised (SCL-90R) para evaluar bienestar psicológico y el Promis Global Health Measure 10 (PGHM) para evaluar bienestar general y calidad de vida. Los usuarios mejoran respecto al bienestar psicológico, luego de los tres meses de iniciada la intervención psicológica y reportaron un alto grado de satisfacción con la atención recibida. Se encontró también, una correlación estadísticamente significativa entre la mejoría sintomática y la satisfacción de los usuarios. Estos hallazgos, aportan datos acerca de que el enfoque de satisfacción de usuarios, es un proceso factible y válido. Al estar relacionado, además, con el resultado de tratamiento, podría servir como indicador de que los servicios brindados son de buena calidad. Sin embargo el estudio presentó limitaciones, las mismas deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Dada la escasez de estudios en relación a la temática en el contexto local los resultados encontrados constituyen una fuente de información relevante a ser tenida en cuenta por todos los actores involucrados en el SNIS. Se recomienda que todos los servicios del PNA adopten un protocolo de evaluación de resultados similar al usado en este estudio tanto para ser usado en otras investigaciones como para la evaluación clínica periódica.

Palabras Clave: Satisfacción de usuarios, Primer nivel de atención en salud, atención psicológica.

Abstract

The purpose of this study was to know the impact of psychological interventions in Primary Health Care Network of the State Health Services Administration (ASSE) in Uruguay. This report focused on the extent to which users are satisfied with psychological care and its relationship with users' psychological well-being and quality of life. A descriptive, longitudinal, non-experimental design was used in a sample of convenience of 49 primary care users seeking psychological services. The Customer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8-S) was used to assess users' satisfaction with psychological care services, the Symptom Check List-90-Revised (SCL-90R) assessed users' psychological well-being, and the Global Health Promis Measure 10 (PGHM) was used to determine quality of life. Users' psychological well-being improved after three months of psychological intervention and they reported a high degree of satisfaction with the care provided. A statistically significant correlation between symptom improvement and user satisfaction was also found. These findings provided data supporting the user satisfaction approach as a feasible and valid process. User satisfaction used in conjunction with treatment outcomes, may serve as an indicator of quality of services provided. However, the study had limitations, which need to be taken into account when interpreting the results. Because of the shortage of studies related to this topic locally, the results of this study are a source of relevant information to all stakeholders in primary health care services. It is recommended that all primary health care services adopt an evaluation protocol similar to the one used in this study, both for use in future studies as well as program evaluation.

Key words: Consumer /user satisfaction, Primary health care, psychological care services.

INDICE

Resumen.....	3
Abstract	4
Indice.....	5
Lista de tablas.....	7
Siglas	8
INTRODUCCION.....	9
CAPITULO I: Fundamentación y Antecedentes	11
CAPITULO II: Revisión Teórica.....	17
2.1 Sistema Nacional integrado de Salud.....	17
2.1.1 Atención Primaria en Salud.....	18
2.1.2 Programa Nacional de Salud Mental.....	19
2.1.3 Primer nivel de atención.....	20
2.1.3.1 Red de Atención Primaria RAP- ASSE	21
2.1.3.2 Equipos de salud	22
2.1.3.3 Psicólogos en el Primer Nivel	23
2.1.3.4 Intervenciones psicológicas	25
2.2 Calidad de los servicios de salud	27
2.2.1 Dimensiones de la calidad.....	28
2.2.2 Evaluación de la calidad	30
2.2.3 Evaluación de resultados.....	32
2.2.4 Evaluación de resultados en Psicología.....	34
2.3 Satisfacción de usuarios.....	37
2.3.1 Satisfacción de usuario y calidad de los servicios de salud.....	39
2.3.2 Dimensiones de la satisfacción de usuarios.....	40
2.3.3 Principales modelos conceptuales.....	41
2.3.4 Estudios sobre satisfacción de usuarios en servicios de salud mental y atención psicológica.....	44
2.3.4 Evaluación de la satisfacción de usuarios.....	47
2.4 Calidad de vida y bienestar.....	49
CAPÍTULO III. Definición del Problema y preguntas de investigación.....	50
3.1 Objetivo general	50
3.2 Objetivos específicos.....	51
3.3 Hipótesis del estudio.....	51
CAPÍTULO IV. Metodología.....	52
4.1 Diseño del estudio.....	52

4.2 Participantes	52
4.3 Estudio de variables.....	53
4.3.1 Variable Independiente: Intervención psicológica.....	53
4.3.2 Variables Dependientes	54
4.3.2.1 Cuestionario de Satisfacción del Cliente CSQ-8	54
4.3.2.2 Inventario de Síntomas SCL-90-R.....	57
4.3.2.3 Promis Global Health Measure (PGHM).....	57
4.4 Procedimiento	58
4.5 Consideraciones formales y éticas.....	59
4.6 Análisis de datos.....	60
CAPÍTULO V. Resultados.....	62
5.1 Descripción de la muestra	62
5.2 Descripción de la intervención.....	64
5.3 Evaluación de la satisfacción de usuarios.....	65
5.4 Evaluación del bienestar psicológico.....	71
5.5 Evaluación de la calidad de vida y bienestar general.....	75
5.6 Evaluación de la relación entre el bienestar psicológico y la satisfacción con la atención recibida.....	76
CAPÍTULO VI. Discusión.....	78
6.1 Conclusiones	91
6.2 Recomendaciones	92
Referencias Bibliográficas	93
Anexo 1 Cuestionario de satisfacción del cliente. CSQ-8	
Anexo 2 Promis Global Health Measure PGHM	

La presente tesis está escrita usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por tanto debe entenderse esta forma de escritura como una forma de simplificación gráfica y no como una jerarquización de género.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Datos sociodemográficos.....	63
Tabla 2 - Características de las intervenciones psicológicas.....	65
Tabla 3 - Puntuaciones CSQ-8 Global y por ítem.....	66
Tabla 4 - Puntuaciones de la escala CSQ-8.....	68
Tabla 5 - Asociación de variables sociodemográficas y satisfacción de usuarios.	69
Tabla 6 - Frecuencias y porcentajes de respuestas a las preguntas abiertas.....	71
Tabla 7 - Confiabilidad SCL-90-R.....	72
Tabla 8 - Puntuaciones SCL-90-R.....	74
Tabla 9 - Puntuaciones PGHM.....	75
Tabla 10 - Promedio de la variable “mejoría” de los satisfechos y los insatisfechos.	77
Tabla 11 - Correlaciones de la satisfacción de usuarios y la variable “mejoría”.....	77

SIGLAS

APS	- Atención Primaria en Salud
ASSE	- Administración de Servicios de Salud del Estado
CCA	- Consejos Consultivos y Asesores
CEIPFO	- Instituto de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas
EPN	- Equipo de Primer Nivel
ESM	- Equipos de Salud Mental
IAMC	- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMM	- Intendencia Municipal de Montevideo
IRS	- Investigación en resultados de salud
JUNASA	- Junta Nacional de Salud
MSP	- Ministerio de salud Pública
PNA	- Primer Nivel de Atención
PNSM	- Programa Nacional de Salud Mental
RAP	- Red de Atención Primaria
RISS	- Redes Integradas de Servicios de Salud
SAPPA	- Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial
SNIS	- Sistema nacional integrado de salud
SSM	- Servicios de salud mental
SSMNA	- Servicios de salud mental en niños y adolescentes
SU	- Satisfacción de usuarios
UDELAR	- Universidad de la República
USF	- Unidad de salud de la familia

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la evaluación de resultados de los servicios de salud se ha vuelto una práctica corriente. En muchos países la preocupación por la eficacia de los servicios de atención psicológica y salud mental ha crecido (Lambert, Salzer & Bikman, 1998). Inicialmente, se evaluó la eficacia de los servicios en términos de reducción de la sintomatología solamente y los prestadores de salud comenzaron a evaluar el costo y el beneficio de las intervenciones (Lambert et al., 1998). Estos estudios suelen ser costosos y sus resultados no necesariamente se pueden extrapolar al contexto clínico. Ante ello, Seligman, (1995) llevó a cabo un estudio novedoso para aquel entonces sobre la psicoterapia en el contexto clínico, en el que además de evaluar el cambio percibido, también evaluó la satisfacción con el tratamiento. Paralelamente, los servicios de salud mental, 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 los prestadores de salud mental consideran la evaluación de la SU como el método más útil para evaluar los resultados.

A nivel nacional, el cambio de modelo propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el que se jerarquiza el abordaje integral de salud y que apunta a generar un paradigma de calidad holístico, implica que sea evaluado en conjunto por todos los participantes del modelo de atención. Considerar el lugar de los usuarios y considerarlos como sujetos activos en la defensa de sus derechos es un aspecto esencial. Este enfoque supone transformaciones importantes para todos los involucrados en el SNIS, apuntando a una nueva ética de la salud e insertándose en la comunidad para volverse sensible a las problemáticas sociales.

Los estudios sobre satisfacción con servicios de atención psicológica y salud mental en el contexto latinoamericano son escasos, más aún en nuestro país. El reporte de la satisfacción de usuarios en relación a los servicios de salud ofrece información valiosa para las políticas y planificación sanitaria en tanto permite orientar y adecuar los servicios que se proveen, a los intereses y realidades de los usuarios. Detectar carencias e implementar estrategias de mejora. Resulta de gran importancia actualmente, el monitoreo de las prestaciones en psicología y en SM, para la obtención de datos epidemiológicos, que permitan realizar el seguimiento y adecuación a las nuevas necesidades de la población.

El presente trabajo investiga el impacto de las intervenciones psicológicas y de la satisfacción de los usuarios en servicios de salud del Primer Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Tiene también el propósito de aportar información actualizada con el fin de generar visibilidad sobre las intervenciones psicológicas que se realizan y se elaboren estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que brindan los servicios.

CAPITULO I. Fundamentación y antecedentes

La evaluación de la satisfacción respecto a los servicios de salud ha constituido, desde hace varios años, uno de los elementos primordiales en la investigación en salud (Bunge, Barilá, Sánchez y Maglio, 2014). La satisfacción del usuario, como medida de resultados del sistema de salud, se refiere al grado de conformidad con un servicio que pretende responder a determinadas necesidades de la población. Ha sido definida como “ ... el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió” (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986; en Oliva & Hidalgo, 2004), es decir, la satisfacción del usuario se encuentra estrechamente relacionada con la medida en que los profesionales de la salud satisfacen las necesidades de los usuarios, así como también las expectativas que el usuario tiene respecto a su atención (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999; Oliva & Hidalgo, 2004).

La importancia de incorporar la medida de la satisfacción de los usuarios viene justificada por la necesidad de dar participación a los usuarios y de democratizar los servicios de salud. También por la influencia demostrada de la satisfacción en las tasas de utilización de los servicios y en el cumplimiento terapéutico. Su relación con el estado de salud y con la relación del profesional con el usuario posibilita su utilización como uno de los indicadores de la calidad del servicio (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

Pero además, el sistema sanitario tiene el reto de influir en las prácticas y en los estilos de vida de la población ya que la salud es afectada por variables sociales, familiares y de estilos personales, que son determinantes para el mantenimiento o la pérdida de la misma. El sistema de salud se ha de apoyar en usuarios capacitados para establecer su propio autocuidado y en difundirlos en su comunidad. Tiene que favorecer que la población conozca los determinantes de la salud y que adquiera y desarrolle actitudes, aptitudes y habilidades para obtener los máximos beneficios sobre la salud. Los servicios sanitarios deberían fomentar la corresponsabilidad de los usuarios con la salud y esto se relaciona con la participación de los mismos en la organización y la gestión del sistema sanitario (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de nuestro país, concibe el cuidado y la atención de la salud como un derecho humano a ser ejercido por la población, lo cual implica una participación activa de los involucrados en el proceso. Sostiene en sus bases la atención integral, lo que implica acciones de promoción y prevención de salud, protegiendo de riesgos específicos, y acciones asistenciales que aseguran el diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento, así como la más adecuada recuperación de la salud y la rehabilitación de secuelas. Estas actividades se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para asegurar la mayor resolución de los problemas sanitarios en el Primer Nivel de Atención (PNA) (Ley 18.211, 2007).

Un aspecto interesante del proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay es el papel asignado a la participación de todos sus componentes, especialmente a los usuarios. Apostando no solo a la participación de los actores tradicionales del sector salud, lo cual ha marcado un cambio estructural y cultural significativo. La participación de los usuarios ha sido destacada en los modelos que se han propuesto para la organización de los sistemas sanitarios en varios países. Sin embargo, su desarrollo ha sido desigual, con una tendencia poco marcada para facilitar la participación de estos. (Ministerio de sanidad y consumo, 2007). Podemos afirmar en líneas generales que desde el Primer Nivel de Atención se han realizado y se mantienen algunas experiencias de participación, mientras que éstas son escasas en otros niveles del sistema sanitario (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

En Uruguay, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo establecido para la administración del Seguro Nacional de Salud (SNS) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuentan con representantes de los usuarios. Dentro del Directorio de ASSE, éstos participan con pleno derecho en la definición de las políticas del principal efector integral público del SNIS. De acuerdo con los cambios introducidos con la creación del SNIS, en cada uno de los Prestadores de Salud debe haber un Consejo Consultivo y Asesor (CCA) en el cual participan dos representantes de los usuarios junto con igual número de representantes de los trabajadores y la empresa. Las instituciones están obligadas a atender sus recomendaciones y darles una respuesta. Algunas competencias de los CCA son: apoyar campañas de promoción y prevención, emitir opinión y formular propuestas sobre aspectos de la gestión del prestador; evaluar el desarrollo de los programas aprobados por el MSP, velar por la calidad de los servicios de salud (Ley 18.211, 2007).

Por ley, la satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos debe medirse a través de encuestas por lo menos una vez al año. Estas encuestas tienen que recoger información del trato recibido, el cumplimiento de los tiempos de espera, la puntualidad de los profesionales y técnicos y la calidad de la atención (Aram y Laca, 2013). Cuando los sistemas de salud ponen al usuario como prioridad, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de la calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos tales como respeto, información pertinente y equidad (Ministerio de salud, Dirección general de salud de las personas, 2002). Aunque existe poco acceso a esta información, el MSP de nuestro país, reporta que con las modificaciones introducidas por la reforma del SNIS, los tiempos de espera para recibir atención se han reducido considerablemente, tanto para la consulta general como para la atención especializada (Aram y Laca, 2013). Por lo que se refiere a la satisfacción general de usuarios de los servicios, los resultados de encuestas realizadas por cinco instituciones prestadoras indican que el 51% de la población se manifiesta muy satisfecha contra 22% que se dice insatisfecha (Aram y Laca, 2013).

En los últimos años ha habido un creciente interés en la evaluación de la satisfacción del usuario con los servicios de salud mental en particular (Salinas y González, 2006). La evaluación de la satisfacción con las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas es más reciente y se las ha investigado en menor medida. Esto es a pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la promoción y prevención en salud mental. En este ámbito existe una brecha grande entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles (Belfer, 2008) sobre todo en los países de bajos y medianos recursos como el nuestro. Si se desea brindar acceso a las prestaciones de SM que contempla el SNIS se requiere que estos servicios tengan una calidad adecuada (OMS, 2003). Un informe sobre la Salud (OMS, 2001) señala que existe un abismo entre las intervenciones que probaron su utilidad y las que se brindan, 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). La evaluación de la satisfacción de los usuarios con las prestaciones en SM es uno de los componentes involucrados dentro del ámbito de la evaluación de la calidad. Si bien la reducción sintomática puede ser una prioridad, 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).

En nuestro país, si bien hay un interés creciente en utilizar instrumentos de evaluación de la práctica psicológica con una metodología sistematizada, la investigación empírica en esta materia es escasa. El plan de prestaciones de SM implementado a partir del 2011 procura asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, garantizando respuestas satisfactorias a los requerimientos de la población en relación a la salud mental. (MSP, 2011). Entre las diferentes prestaciones, el PSM incluye intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos (MSP, 2011). En el PNA coexisten una amplia gama de intervenciones psicológicas posibles, múltiples marcos referenciales de los profesionales, escasez de registros y evaluaciones sistematizadas (Rudolf et al, 2009). La falta de información, de registros y la ausencia de evaluaciones adecuadas y sistematizadas pueden operar como un obstáculo para la implementación de dicho plan y puede conducir a la fragilidad de los servicios. Es importante tener en cuenta que un SNIS que pretenda alcanzar niveles de calidad y equidad debe considerar fundamental contar con estos insumos para la toma de decisiones tanto en aspectos de gestión como del servicio prestado.

Una investigación sobre accesibilidad a la atención psicológica de la Facultad de Psicología (Rudolf, Bagnato, Güida, Rodríguez, Ramos, Suárez, Arias, 2009) encontró que los lineamientos políticos del SNIS son de difícil realización en el campo de trabajo práctico, ya que los Servicios de Salud dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se encuentran desbordados por la demanda de atención. Dada la escasez de recursos humanos en psicología, las consultas se dilatan mucho en el tiempo y parte de ellas terminan no siendo realizadas. Otro hallazgo del estudio fue que no hay suficientes profesionales formados (y además hay alta rotación) para implementar otros dispositivos de trabajo, como por ejemplo los abordajes grupales. La infraestructura edilicia de las policlínicas tampoco los facilita. Otras carencias del sistema son los registros poco precisos e incompletos lo que dificulta una sistematización adecuada de la información y no permiten una evaluación de calidad. Los usuarios en algunos casos no perciben que la Psicología pueda ayudarlos y los procesos de atención están naturalizados por lo cual no hay cuestionamientos ni demanda de cambios (Rudolf, 2009).

Existe una iniciativa a nivel del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA) de la Facultad de Psicología para funcionarios de ASSE y sus

núcleos familiares, que se ha planteado evaluar la calidad de la atención brindada y el grado de satisfacción de los usuarios por medio de instrumentos: La Encuesta de Satisfacción de Usuarios y el Formulario de Evaluación de Proceso Psicoterapéutico de los Profesionales Externos. Estos instrumentos vienen siendo usados desde el año 2003 y se ha constituido en un indicador de calidad del servicio que ha sido evaluado positivamente por las autoridades, tanto de la Facultad de Psicología como las del ASSE/ MSP (Zytner y Arias 2011; Zytner, 2012). Los datos sistematizados del año 2014 de la Encuesta de Satisfacción (Unidad Administrativa, SAPPA, 2015) muestran en un total de 21 encuestas, altos índices de satisfacción. El 90% contestó SI a la pregunta: “¿piensa que el técnico a cargo de la consulta ha sabido comprender el motivo de consulta?”. El 95% dijo haber logrado avances en la resolución de los problemas por los cuales consultaron, el 100% planteó que volverían a utilizar el servicio y el 100% que lo recomendaría. En el grupo de 18 usuarios que realizaron procesos psicoterapéuticos con profesionales externos, los resultados son similares (Unidad Administrativa, SAPPA, 2015). El 88% piensa que el profesional comprendió el motivo de consulta, el 94% logró avances en la resolución de su problema, el 83% volvería a consultar con el mismo profesional y el 89% lo recomendaría. A propósito, Zytner y Arias (2011, p.141) señalan que “la sistematización de los datos permite pensar los diferentes fenómenos que se despliegan en el ámbito de la salud.....integrar la opinión del usuario en la planificación y organización del funcionamiento del SAPPA... integrar el saber profesional con el saber del usuario..”

La Dirección de Salud Mental de ASSE realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios de 45 Equipos de Salud Mental (ESM) de Montevideo e Interior del país. Una de las conclusiones fue que “....se puede observar un nivel de satisfacción de los usuarios elevado, sin embargo deben establecerse ciertas metas que ayuden a mejorar dichos resultados y realizar nuevas encuestas de modo de estudiar la evolución de los ESM”. (Dirección de Salud Mental - ASSE, 2009).

De estos documentos se desprende que a nivel nacional existe un importante interés de generar insumos en relación a la atención psicológica para realizar las necesarias transformaciones en la atención de salud en nuestro país con argumentos y evidencia científica. La evaluación de la SU parece ser una alternativa viable para la valoración 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. La facilidad de implementación y la provisión de información puede funcionar como evidencia de un compromiso hacia la inclusión de los usuarios a los servicios (Williams & Wilkinson, 1995). Teniendo en cuenta la necesidad de contar con

servicios de salud adecuados y la escasez de estudios que evalúan los servicios prestados, la evaluación de la SU con los servicios de atención psicológica, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud en el PNA (Bunge, 2014).

CAPITULO II. Revisión teórica

El presente capítulo tiene el objetivo de presentar el contexto nacional en el cual se llevó a cabo el estudio, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y los servicios de atención psicológica del PNA. Luego se exponen los conceptos centrales que dan soporte teórico a la investigación realizada: calidad de los servicios de salud y evaluación de la satisfacción de usuarios como medida de resultados. Se recorren las dimensiones de estos constructos, modelos explicativos y formas de evaluación de los mismos. También se aportan datos de estudios sobre satisfacción y por último, se definen otras variables relacionadas, como calidad de vida y bienestar.

2.1 Sistema Nacional integrado de salud

La Ley Nº18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, (SNIS) (5/12/2007) instala en el país un proceso de reforma sanitaria que implica el reconocimiento de la salud como un derecho humano inalienable. El derecho a la salud refiere a que todos los residentes, sin distinción alguna, cuenten con las condiciones necesarias para poder disfrutar del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. La salud entonces, es considerada como un inestimable bien social (Villar y Capote, 1980) que contribuye al desarrollo individual y colectivo. Para hacer efectivo este derecho, es importante recibir atención sanitaria y que la misma sea accesible y de calidad, así como también que esté adaptada a la población. Para lograrlo se plantean importantes cambios en el modelo de atención, gestión y en el sistema de gasto y financiamiento. Estos últimos ofician como instrumentos solidarios para el logro del nuevo modelo de atención.

El SNIS propone implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria única, con políticas de salud articuladas, estimulando la descentralización de la ejecución, organizando las prestaciones según niveles de complejidad, áreas territoriales y sus realidades locales. El nuevo modelo de atención se basa en brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad. Priorizando el Primer Nivel de Atención (PNA), con una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) que permita desarrollar la promoción, prevención, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Estimula el desarrollo de actividades en el territorio con enfoque de cercanía, fortaleciendo un nivel de atención humanizado con

un abordaje interdisciplinario y la activa participación de trabajadores y usuarios. Promueve la acción intersectorial para actuar sobre los factores determinantes (sociales, económicos, culturales y ambientales) de la calidad de vida de las personas, la prevención de las enfermedades prevalentes actuando sobre los hábitos de vida inadecuados y adelantándose a su presentación con activas políticas de educación y detección oportuna. (Dirección General de la Salud, MSP, 2010).

El cambio del modelo de gestión busca la eficiencia, transparencia y democratización de la misma, racionalizando y optimizando los recursos para mejorar la equidad y justicia social en el acceso a las prestaciones. Implica que el Ministerio de Salud Pública (MSP) asuma la responsabilidad en el proceso de conducción del sistema, y de ejercer la rectoría en la definición de políticas y normas que regulen los diferentes programas de salud, la habilitación, la regulación de los efectores y la definición de las prestaciones a las que estarán obligados dichos efectores. Fomenta, asimismo, la participación activa de los trabajadores y usuarios, algo fundamental para generar una ciudadanía consciente que promueva e impulse los cambios en salud, como ejercicio de un derecho ciudadano incorporando no sólo el control social sino la participación activa y solidaria en los programas de salud y en la gestión de los efectores de salud. Esto significa que la población se hace parte y responsable de los factores que están determinando la salud y el autocuidado, generando mecanismos de expresión e integración de las demandas populares y participa en la toma de decisiones (Dirección General de la Salud, MSP, 2010).

2.1.1 Atención Primaria en Salud

Como se describe en el art. 34 del capítulo IV de la Ley 18.211 (2007), el SNIS es una red de atención de salud que se organiza en base a niveles de atención. Esta red tiene como estrategia la APS con objetivos claros de priorizar el PNA.

La Conferencia de Alma Ata (OMS, 1978, p.3) definió la APS como: la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Los planteos del SNIS, coinciden con los de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005), donde se revisa el concepto y se propone la Renovación de la Atención Primaria de Salud para las Américas. La propuesta de APS se retoma jerarquizando aspectos como la equidad y la solidaridad del sistema e incorpora principios nuevos, como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Privilegia asimismo la idea de que los servicios deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población. La APS desempeña un papel importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud; los servicios de atención de salud deben trabajar de forma integrada, coordinando la atención que brindan desarrollando redes y sistemas de referencia y contrarreferencia.

2.1.2 Programa Nacional Salud Mental

La atención a la salud se lleva a cabo a través de programas integrales prioritarios, entre los que se encuentra el de Salud Mental (SM). Las prestaciones en SM se integran al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales.

El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la Salud Mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje. Se propone entonces como objetivo para el final del período, poder contar en todos los efectores integrales con un abanico de prestaciones en Salud Mental, accesibles a los usuarios del sistema (PNSM, 2011, p.3).

Para operativizar el plan, se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el Programa Nacional Salud Mental (PNSM) transversaliza a todos los programas prioritarios que se van definiendo. Según Valdéz (2010), la inclusión de las distintas modalidades de acción psicoterapéutica dentro del SNIS implica abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte, al adulto. También que la atención psicológica es un

derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud. Y priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables poniendo el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.

2.1.3 Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención es considerado como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. Debe alcanzar una cobertura del 100% de la población. En él se espera que se resuelvan aproximadamente entre el 80 y el 85 % de las necesidades de salud de la población. (Villar, 2003).

La Ley 18.211, (2007) en su art. 36 lo caracteriza:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Constituye el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y establece el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Calatayud, 2009). Si bien en el primer nivel de atención está prevista la atención integral, incluyendo la rehabilitación, el énfasis en la promoción y prevención es indiscutible en dicho nivel. La posibilidad de incidir en los determinantes sociales de la salud es mayor así como la posibilidad de generar espacios de participación comunitaria dirigidos a profundizar la participación de las organizaciones de la sociedad en los ámbitos de toma de decisión y evaluación.

El fortalecimiento del primer nivel de atención implica aumentar la cantidad de servicios, su distribución, y convertirlo en servicios resolutivos. Una investigación sobre el impacto de la reforma sanitaria sobre un efector público del primer nivel de atención del interior del Uruguay, en el sector de enfermería (Benelli et al, 2010), afirma que las condiciones materiales concretas aún se han dado en el país y por eso la capacidad resolutiva del primer nivel es baja. Sustentan ésta afirmación, en que no ha sido asignado presupuesto para el primer nivel de atención, lo que impacta directamente sobre la dotación de recursos humanos y ello sobre los resultados de las prestaciones en la atención a los usuarios. Encuentran que si bien se ha logrado un incremento en los recursos humanos, esto no está basado en el estudio de necesidades. Respecto al modelo de atención, aún dista observar la instalación de un modelo con orientación preventiva, integral y de contenido humanista, se observan acciones fragmentadas que responden a la demanda espontánea de los usuarios. Sin embargo, se ha logrado visualizar la instalación de algunos programas con el cumplimiento parcial de ciertas metas asistenciales.

Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne (2007), han señalado como importante para el adecuado funcionamiento de la red del SNIS, la integración del PNA con los otros niveles de atención, para lo cual se requiere buenos sistemas de información que permitan planificar, gestionar y evaluar el desempeño. También mecanismos de financiación correctos que incentiven las buenas prácticas y aseguren la continuidad de la atención y permitan aplicar enfoques basados en los resultados científicos para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

2.1.3.1 Red de Atención Primaria RAP- ASSE

En el marco de la Reforma, en el año 2005, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se transforma en un organismo descentralizado, empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al SNIS. Su población beneficiaria, según datos oficiales asciende a 1.281.000 personas en todo el país, mayoritariamente de los sectores sociales menos favorecidos (Benia y Medina, 2011). Por el mandato constitucional de que el Estado debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social, inclusive extranjeros (Benia y Medina, 2011).

La Red de Atención Primaria (RAP- ASSE), es una unidad ejecutora de ASSE en Montevideo, responsable de la atención a la salud en el Primer Nivel de aproximadamente 350.000 ciudadanos con cobertura formal del sector público. Tiene como fin contribuir a consolidar un PNA para la población beneficiaria de ASSE del departamento de Montevideo según los principios del SNIS (Benia y Medina, 2011). Montevideo cuenta con 3 Regiones de Salud: Oeste, Este y Sur, que a su vez contienen cada una 6 Zonas de Salud, totalizando 18 zonas en el departamento, compatibles con la división territorial administrativa municipal. Posteriormente, han sido definidas 71 Áreas de salud, que configuran unidades de territorio-población, de cuya atención sanitaria es responsable al menos un efector de la Red.

Benia y Medina (2011), describen para el PNA de Montevideo efectores de diversos niveles de complejidad. Una *Estructura Básica* formada por consultorio barrial con médico de familia o general y enfermera, partera, pediatra y ginecólogo visitante. La *Estructura Intermedia* representada por policlínicas barriales con médicos de especialidades básicas: general, pediatra, ginecólogo y médicos especialistas de referencia zonal. Otros técnicos y servicios básicos de apoyo diagnóstico. Y la *Estructura de mayor complejidad*, los centros de salud con médicos de especialidades básicas y demás especialistas. Especialistas y servicios de apoyo diagnóstico (imagenología, laboratorio) de referencia regional, servicios de emergencia (p.110). Los psicólogos de la RAP- ASSE que participaron en este estudio pertenecen a la estructura intermedia y a la de mayor complejidad: policlínicas barriales y centros de salud.

2.1.3.2 Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

La APS también jerarquiza aspectos como la constitución de los equipos de salud, la definición de sus competencias, la habilidad para poner en práctica sus conocimientos así como la disponibilidad de recursos. Dada la complejidad del campo de la salud, determinada por factores culturales, sociales, políticos y económicos se torna necesario abordar los problemas de salud desde una óptica interdisciplinaria.

En nuestro país aún hay un vacío importante en relación a la integración de los equipos y sus funciones dentro del PNA. Los equipos de trabajo y el trabajo grupal se han convertido en estrategias esenciales para alcanzar una atención en salud integral e integrada pero se hacen necesarias definiciones de integración, competencias y relacionamiento con todos los niveles y participantes del sistema de salud.

Según un documento elaborado por la División Recursos Humanos del SNIS (MSP, 2014), el Equipo de Primer Nivel (EPN) será definido por cada institución prestadora basándose en las características de su población de usuarios, con la particularidad de poseer un componente fijo. A la par, el MSP en tanto regulador del sistema, deberá establecer qué criterios se tomará en cuenta a la hora de evaluar la integración de dichos equipos y cuáles son las profesiones que se exigirán como fijas.

“El equipo de salud lo entendemos como una estructura organizativa, funcional y flexible. Integrada por profesionales, técnicos que desarrollan actividades de APS con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de la comunidad” (Levcovitz, et.al, 2011, p.48).

El EPN se compromete con el seguimiento de la salud de su población de referencia, sustituyendo la atención esporádica por la atención continua, la atención del especialista por el trabajo en equipo y en red. (O.P.S./O.M.S., 2011). Las funciones desempeñadas por todos los integrantes del Primer Nivel, incluyendo a los psicólogos, también están estipuladas en el documento Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (MSP, 2014). Se dividen en tres bloques. El primero consiste en la Planificación: “Elaborar un análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades de salud”. La Ejecución, se vincula con actividades de “...Promoción, prevención y tratamiento, desde un abordaje individual, familiar y comunitario, la incorporación de la población a la gestión del cuidado y el registro correcto en la historia clínica. Incluye también aspectos tales como la participación del profesional en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo...” (p.10). El tercer y último bloque es el de la Evaluación, es decir: “Aplicar métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a sus usuarios” (p.11).

2.1.3.3 Psicólogos en el Primer Nivel de Atención

El cambio del modelo de atención ha favorecido la incorporación de psicólogos en las políticas de salud. Sin embargo, es importante destacar que desde antes de la reforma de la salud existen servicios públicos que brindan atención psicológica y psicoterapéutica de diversas características, dirigidos a la población de menores ingresos. Desde el año 1996, a través de los Centros de Salud de ASSE- MSP, los

Equipos de Salud Mental y las Policlínicas Periféricas. En la Universidad de la República (UDELAR), a través del Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas y otros varios servicios dentro de la órbita de la Facultad de Psicología como el SAPPA. Las Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y las Policlínicas Barriales. Los resultados de cada una de estos servicios han sido disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario. No hay datos concretos pero, de las demandas de servicios realizadas por parte de usuarios, las largas listas de espera, así como la percepción de los trabajadores de la salud y referentes en el tema, se desprende la existencia de carencias importantes en la capacidad de respuesta de los mismos. Las nuevas prestaciones en SM se integran necesariamente con los recursos ya existentes y deben articularse a la dinámica del PNA.

Un proyecto interesante ha sido la inclusión de psicólogos en 16 áreas de salud de acuerdo a un estudio de necesidades. Estos profesionales forman parte de los equipos interdisciplinarios (Benia y Medina, 2011). En este proyecto se definieron tareas y responsabilidades principales como ser la de participar en promoción y prevención en las áreas y programas prioritarios y realizar diagnósticos de situación y diagnósticos precoces con el objetivo de acelerar los procesos de resolución. También diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas generando un mayor contacto con la comunidad en su conjunto y con las necesidades provenientes de esta. Y atender consultas psicológicas (individual, familiar), focalizando la demanda puntual del usuario desarrollando mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia. En los informes elaborados, los profesionales actuantes (Bettini, Korovsky, Reigía, Szteren, Valdéz, 2009) destacan obstáculos para cumplir sus funciones que coinciden con hallazgos de investigaciones ya citadas (Rudolf, et al, 2009). Señalan carencias en cuanto a infraestructura en algunos de los efectores, con limitaciones en cuanto al número de consultorios o disponibilidad de los mismos y de espacios para realizar las actividades grupales. Se agrega a esto la falta de equipamiento informático, por lo que las comunicaciones, coordinaciones y recepción y envío de información se dificultan. Otra serie de obstáculos se vinculó a las áreas de salud y sus características. En algunos efectores el horario no puede extenderse más allá de las primeras horas de la tarde por motivos de la inseguridad. El continuo cambio de recursos humanos dificulta la conformación de los equipos de trabajo, la planificación y continuidad de las tareas. También señalan que las actividades realizadas insumen además de las horas de trabajo, reuniones destinadas al diseño, la preparación y evaluación de las tareas. Los registros en las Historias Clínicas, el llenado de planillas, la citación a pacientes, los

seguimientos en domicilio requieren también de un tiempo mayor al asignado. Si bien se considera que la evaluación del proyecto es a largo plazo, en base al seguimiento de la experiencia se considera que la inserción de psicólogos en las áreas de salud ha impactado positivamente en el proceso de cambio de modelo de atención, en particular en lo referente a la integralidad y resolutivez de los abordajes en el PNA. En cuanto a resultados con relación al nivel de salud de la población, mencionan que comienza a vislumbrarse la presencia de factores protectores vinculados al incremento de la participación. El verbalizar situaciones, buscar soluciones en conjunto, el surgimiento de propuestas colectivas, orientan al empoderamiento y potencialización de aspectos sanos que redundan en el fortalecimiento de la salud mental (Benia y Medina, 2011).

2.1.3.4 Intervenciones psicológicas

Coexisten actualmente una gran variedad de intervenciones psicológicas en los distintos efectores de salud correspondientes al PNA. Debido a que el proceso de reforma en nuestro país es reciente, es factible afirmar que en el PN coexisten aún los distintos modelos de atención, también en relación a la Psicología. La variedad existente impide en muchos casos definir las con características comunes. Estas dependen, en parte, de los problemas y realidades específicas que presente la comunidad con la cual se trabaja. Influyen también otros factores como el perfil de formación del profesional y del equipo de salud del cual forme parte. Dentro de este último, la imagen, expectativa y poca claridad que tienen los miembros del equipo en relación al rol que el psicólogo ocupa en este nivel, puede reforzar algunas intervenciones en desmedro de otras (Caétano, Rydel, Sica, Ventre, 2009). Para este estudio la elección del término intervención psicológica se justifica porque ofrece una apertura del campo de acción de la psicología y sus múltiples modalidades para atender las demandas de la población en el PNA. La definimos en un sentido amplio como lo hacen Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté, Villalba (2004):

... relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos (p.101).

Partiendo de una concepción integral de promoción, prevención de salud y atención de las enfermedades, dichas intervenciones se dirigen a generar un impacto positivo en la calidad de vida y el estado de salud de la población.

Las intervenciones en el PNA se pueden dividir de la siguiente manera: las consultas psicológicas (individuales, de pareja, familiares) y los abordajes comunitarios. En lo referente a los abordajes grupales y comunitarios se incluyen las acciones emprendidas en y con la comunidad intra y extramuros de la policlínica o centro de salud. Las intervenciones se realizan orientadas a la prevención y promoción de salud conjugando actividades comunitarias con el trabajo clínico. Estos abordajes requieren de cierta plasticidad por parte del profesional ya que promueven un involucramiento y un acercamiento más horizontal y directo con la población y con sus necesidades específicas. Otra de las modalidades de intervención característica de este nivel, es la consulta psicológica mayoritariamente individual. Estas consultas pueden incluir y/o trascender las formas habituales de concebir la clínica, dependiendo de la demanda, de la situación a atender y de la formación del profesional a cargo. Pueden incluir también abordajes familiares o grupales. Algunas se centran en la promoción y prevención y se focalizan sobre una demanda puntual. Se caracterizan por ser de orientación, resolución, seguimiento y/o derivación a servicios de otros niveles de atención o a instituciones que atienden problemáticas específicas. En otras, se realizan abordajes clínicos más clásicos como procesos psicodiagnósticos, procesos psicoterapéuticos breves o tratamientos incluso más prolongados.

Tomando aportes de V. Giorgi (s.f.) el factor común frente a este abanico de posibilidades de intervenciones, es el rol de escucha y comprensión, junto con el de sostén y facilitador de procesos. Se trata de realizar intervenciones que favorezcan movimientos habilitantes y generen oportunidades para que las personas construyan soluciones posibles a sus problemas. Que promuevan el desarrollo de las capacidades y habilidades, beneficiando el empoderamiento, el poder de decisión y la defensa de los derechos.

2.2 Calidad de los servicios de salud.

Mejorar la calidad de la atención de la salud es una preocupación fundamental en los servicios de salud. Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar una adecuada respuesta a las necesidades de salud de la población y porque es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de las personas. Aunque la calidad parece un atributo inherente a las prestaciones de los servicios de salud no siempre está garantizada. Un informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2001) señala que existe una distancia considerable 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. Desde una perspectiva de derechos y los principios del SNIS, es necesario realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica. Debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los recursos que se utilicen produzcan servicios eficientes y de alta calidad científico - técnica (Moreno, 2001).

A lo largo de los años, el tema de la calidad, ha tenido varios enfoques o énfasis. Se ha pasado de la preocupación por el cuidado técnico a la inquietud por las relaciones interpersonales y de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia, es decir, de la optimización de los recursos a una preocupación por el bienestar individual y colectivo. El concepto de calidad es complejo y no existe una definición aceptada en forma universal. Se trata de un concepto multifacético y subjetivo que debe ser definido en cada caso en términos de: "calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad" de manera de hacer operativo el concepto (Vouri, 1988). Según la American Society for Quality (2000), desde un punto de vista técnico la calidad puede tener dos significados, es un producto o servicio sin deficiencias o define las características de un producto o servicio, basado en su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.

Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Estas definiciones transmiten por un lado, que la

calidad de la asistencia puede medirse y por otro, que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo éste sea definido. El concepto de calidad varía, entonces, en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplican los prestadores de servicios, los profesionales o los usuarios. Es decir, para los usuarios la calidad de los servicios apunta a que estos arrojen resultados positivos, en tanto que para los prestadores de servicios, la calidad conllevaría el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud afirmaba que:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

La calidad es un concepto multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto, a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario. Se trata de un concepto dinámico, en constante evolución. La calidad asistencial no está solamente ligada a la tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio.

2.2.1 Dimensiones de la calidad.

De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en varias dimensiones que varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque y la metodología, entre otros. Las dimensiones de la calidad son las que permiten operacionalizar el concepto y medir la calidad. Dos dimensiones, la técnica y la funcional fueron destacadas por Donabedian, (1980) y por Grönroos, (1984) respectivamente. La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario.

Hasta la fecha, no existe acuerdo sobre el número y la composición de las dimensiones de la calidad del servicio en el área de la salud, no obstante, la mayoría de los resultados propuestos parten de las dimensiones sugeridas inicialmente y agregan modificaciones (Otalora, Orejuela, 2007).

La clasificación más conocida es la de H. Palmer (1983), que incluye: la dimensión *científico-técnica*, o competencia profesional que se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles hasta el momento. La *Efectividad*, que es la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. La *Eficiencia*, es la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción. *Accesibilidad*, es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento, lugar y forma que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. *Satisfacción del usuario y de los profesionales*, se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención. Otras dimensiones que suelen ser incluidas son: la *Adecuación*, que es la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población y la *Continuidad* que se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad.

En la Figura 1 se representan las dimensiones mayormente utilizadas en los estudios de calidad (Gattinara, Ibacache, Puente, Giaconi y Caprara, 1995).

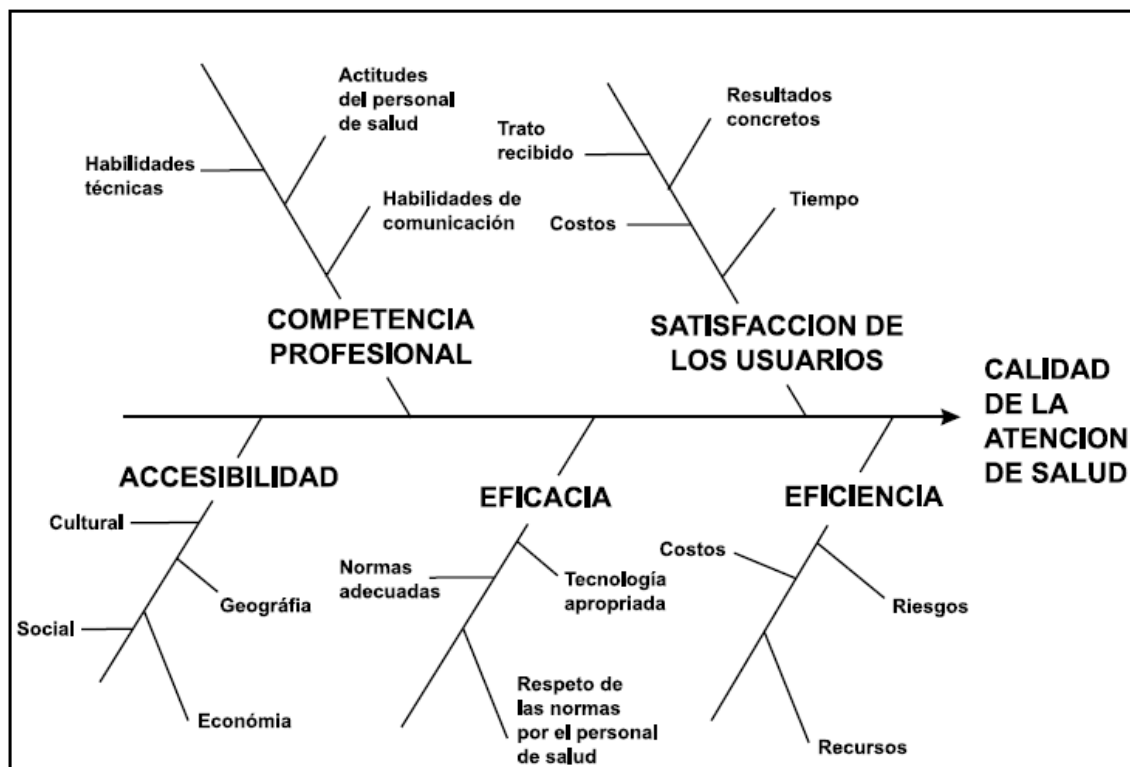


Figura 1: Dimensiones de la Calidad de los Servicios de Salud

2.2.2 Evaluación de la calidad.

La evaluación de la calidad se ha convertido en una práctica común al menos en algunas sociedades occidentales (Ruiz, Martínez, Calvo, Aguirre, Arango, Lara, 1990). En los servicios de salud, el debate que genera la evaluación de la calidad gira principalmente alrededor de dos cuestiones: quién evalúa la calidad y bajo qué criterios se realiza este proceso. Históricamente, el establecimiento de normas para la evaluación ha sido responsabilidad del profesional, pero en la actualidad la perspectiva del usuario aparece como un indicador significativo de la calidad del servicio en el área de la salud y puede representar la perspectiva más importante (Peyrot, Cooper y Schnapf, 1993; O'Connor, Shewchuk y Carney, 1994). Inicialmente se considera la calidad del servicio básicamente desde un enfoque técnico y su evaluación es competencia de los profesionales de la salud. Esta postura se justifica por la naturaleza diferente de las organizaciones dedicadas a prestar servicios de salud, por

el tipo de entrenamiento que reciben sus profesionales, así como a las consecuencias potencialmente irrevocables que se derivan de la mala calidad en la prestación del servicio (Lee, Delene, Bunda y Kim, 2000).

Según Moreno (2001) la calidad de atención es la capacidad de los servicios de dar respuestas adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las demandas y las necesidades de la gente. Por lo que señala, que la evaluación de la calidad debe hacerse con participación de todos los actores del proceso: autoevaluación, evaluación por pares y participación de la comunidad y que se debe privilegiar las normas basadas en la evidencia científica. 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 usuario, a otra en la que, se necesita conocer su punto de vista y necesidades personales (Valenzuela, 2008).

Investigaciones posteriores muestran que la calidad técnica no es suficiente para medir y describir cómo los usuarios evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud (Bowers et al., 1994). Esto fundamenta la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los usuarios (calidad funcional), aunque ellos no posean los conocimientos para evaluar la calidad de los diagnósticos y de los procesos terapéuticos a los que se someten (Lam, 1997). Su evaluación se basa en diversos aspectos de la relación interpersonal, el desempeño funcional del prestador del servicio y los factores ambientales que rodean la prestación. Durante el proceso, la calidad funcional producida y sentida por el usuario es la variable más importante que incide en sus percepciones sobre la calidad recibida (Lam, 1997).

Donabedian (1966), sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando desde ese momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario. El término *estructura* comprende las características relativamente estables de los prestadores de los servicios de atención sanitaria, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Incluye la información relativa a la disponibilidad y organización de los recursos humanos, materiales y financieros. Una estructura correcta es una condición necesaria pero no suficiente para conseguir la calidad. El *proceso* hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y realizar las actividades de promoción, prevención, diagnósticas y de tratamiento. Se basa en la asunción de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. Por último, los *resultados* hacen referencia a los logros, tanto en

materia de salud, como en cuanto a la valoración por el usuario y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación sanitaria determinada (Donabedian, 1980). Asimismo establece una relación, de forma que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y el buen proceso aumenta las posibilidades de buenos resultados. La calidad, por lo tanto, se construye sobre el conocimiento de las relaciones entre estructura, proceso y resultado.

Gattinara, Ibacache, Puente, Giaconi & Caprara (1995) sostienen que en cada tipo y evaluación de la calidad de la atención de salud, se tendría que establecer el nivel de calidad en base a diferentes criterios. La construcción de un “mapa de criterios” sirve para definir el estándar de calidad aceptable de un servicio en cada situación, a través de la combinación de perspectivas diferentes. De acuerdo con la literatura, muchos autores consideran la “satisfacción del usuario” como un buen punto de partida en el análisis de la calidad. Las quejas y los requerimientos de los usuarios permiten que los prestadores de los servicios definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio a fin de implementar los cambios necesarios (Melum & Senioris, 1992). Otro elemento a considerar es que la calidad de los servicios tiene que ser analizada dentro de un contexto más amplio que considera los factores socioeconómicos en los cuales vive la población, las diferencias culturales y los distintos modelos de interpretación de las enfermedades (Atkinson, 1993).

2.2.3 Evaluación de resultados.

La investigación de resultado en salud (IRS), ha adquirido gran relevancia en los últimos años, debido principalmente a los cambios demográficos y de los perfiles epidemiológicos junto a un aumento de la demanda de calidad por parte de los usuarios. La concomitante limitación de los recursos y la gran variabilidad de la práctica profesional, obligan a todos los implicados en el proceso a decidir con precisión, qué intervenciones sanitarias producen los mejores resultados en la población (García, Alfaro, Moreno, 2009).

Los resultados de una intervención pueden ser expresados de cuatro formas: eficacia, efectividad, utilidad y beneficio (García et al., 2009). Entendiendo la eficacia como el resultado de una intervención cuando es aplicada en condiciones ideales y la efectividad como el resultado obtenido cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales. El conocimiento de la efectividad y la eficiencia de los servicios

sanitarios es una necesidad para poder configurar adecuadamente las prioridades sanitarias. Según Salinas y González (2006) para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación psicológica de la población objetivo, antes y después de realizar las acciones que se pretende evaluar. La noción de efectividad se enfoca a determinar la cantidad y naturaleza de los trastornos psicológicos, las incapacidades y los riesgos, sus causas y las características de los grupos en los cuales se presentan con mayor y menor frecuencia (Salinas y González, 2006). Por otra parte, se han desarrollado instrumentos de medición de la salud y de la calidad de vida, especialmente en países anglosajones, que miden el resultado de las dimensiones que más interesan a los usuarios. A esta forma de medir resultados se le denomina utilidad (Bowling, 1994). El cuarto concepto, beneficio, se encarga de mostrar los resultados en unidades monetarias.

La IRS, según Soto (2007), consiste en una disciplina orientada y focalizada en cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones sanitarias, en las condiciones habituales en que se brindan, lo que va a ayudar al profesional de la salud, a los proveedores de servicios y a los decisores de políticas públicas a tomar decisiones más acertadas y razonables. Se toma en cuenta la experiencia del profesional, las preferencias y valores de los usuarios. Los diseños que la investigación de resultados emplea van desde la investigación cuantitativa hasta los métodos cualitativos, en los que el interés radica en comprender el fenómeno en cuestión para identificar y aplicar intervenciones en función de los resultados (Contreras, 2007). García et al. (2009), plantean que para medir el resultado de la actividad asistencial se deben considerar los siguientes tipos de resultados: resultados clínicos, resultados centrados en el usuario y resultados económicos. En cuanto a los resultados centrados en el usuario, la IRS proporciona información de los resultados percibidos por estos, como indicadores del impacto de la enfermedad y de la efectividad de las intervenciones sanitarias aplicadas. Por lo tanto, evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el nivel de satisfacción de los usuarios (Soto, 2007), lo cual nos aporta información sobre la perspectiva del usuario como resultado de la atención sanitaria que se le presta (Bowling, 1994).

Rosenblatt, Wyman, Kingdon, e Ichinose (1998) por otra parte, dividen la medición de resultados en: resultados de situación clínica, resultados de estatus funcional (la habilidad de cumplir los roles sociales adecuadamente), resultados de nivel de satisfacción y realización (evalúa la calidad de vida y el bienestar relacionado a la recuperación) y resultados de bienestar y seguridad (implicaciones con el sistema judicial penal, la explotación o la indigencia). De manera creciente, los estudios que

evalúan la efectividad de los servicios asistenciales utilizan como variable de resultado la calidad de vida relacionada con la salud o el estado de salud. Resulta innovador este tipo de medidas, que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente y que recogen la información a través de entrevistas o cuestionarios (Alonso, Prieto y Antó, 1995). Este interés es, probablemente, reflejo de la importancia conceptual y el respaldo metodológico que tienen los instrumentos de medida del estado de salud. Finalmente, la evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los resultados cuando estos no son óptimos, por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Fernández y Vitaller, 1992).

2.2.4 Evaluación de resultados en psicología.

En los últimos años ha habido un creciente interés en la evaluación de la calidad en psicología, principalmente en ámbitos de las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas. Algunos autores señalan que este interés manifiesta una tendencia generalizada hacia la evaluación de la satisfacción del usuario de los servicios de salud mental (Salinas y González, 2006).

Los modelos de la evaluación de la calidad de la atención, provienen del ámbito de la medicina por lo que no son aplicables tal cual a la atención psicológica ya que son prácticas de naturaleza diferente. Sin embargo, algunos autores sostienen que hay modelos que pueden ser adaptadas a las características de la práctica de la psicología, sobre todo en ciertos ámbitos de la salud pública (Salinas y González, 2006). Estos autores plantean además, que hay que tener en cuenta las necesidades de la población a la cual va destinado el servicio, los recursos de atención existentes tanto físicos como humanos y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos.

La evaluación de resultados en psicología resulta especialmente importante por diversos motivos tal y como afirman Botella y Feixas (1994). El compromiso ético de los psicólogos con la optimización de los servicios y la mejora de la salud de la población hace que sea necesario disponer de evidencias sobre los efectos terapéuticos de la atención psicológica brindada. Los resultados que evidencian el efecto positivo de la intervención psicológica sirven para justificar la rentabilidad del gasto que genera su inclusión en los servicios de salud del PNA (Botella y Feixas,

1994). Desde la década del cuarenta y cincuenta del siglo pasado se comienzan a desarrollar investigaciones empíricas para estudiar los resultados de las psicoterapias (Beutler y Machado, 1992, citado en Corbella y Botella, 2004). Se realizan estudios para probar la eficacia general de la psicoterapia, la superioridad de la misma con respecto a un placebo, el mantenimiento de los efectos positivos de la psicoterapia y los efectos iatrogénicos de la misma, el número de sesiones necesarias para experimentar mejoras, entre otros. Conjuntamente se impulsa la creación de instrumentos para evaluar los resultados. A nivel internacional es muy vasta la bibliografía al respecto, (Paul, 1976; Forrest et al, 1994; Jiménez, 1995; Bless, 1996; Sperry et al, 1996; Well et al, 1996; Kordy et al, 1997; Elliot, 1998; Fonagy et al., 2002; Lambert y Ogles, 2004; Orlinsky et al., 2004; Roth et al, 2004).

Sin embargo, en Uruguay, la inquietud de implementar metodología empírica y sistematizada para el estudio sobre proceso y resultados de las intervenciones psicológicas, comienza en la década del 90, en el marco de un movimiento regional con la creación del Capítulo Sudamericano de Investigación en Psicoterapia (1992). (Montado, Palermo, Fernández, Gerpe, 2011).

A nivel de los servicios de atención públicos hay escaso desarrollo de evaluaciones o investigaciones acerca de intervenciones psicológicas que se realizan. (Rudolf, et al, 2009). Dentro del ámbito universitario, diversos grupos de trabajo incursionan en la investigación empírica, aunque las publicaciones son escasas. En el marco del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, Clínica Psiquiátrica Facultad de Medicina-Udelar, el equipo de investigación en Psicoterapia Psicoanalítica, ha tenido un desarrollo sostenido entre los años 1990 y 2010 (Montado et al, 2011). Incorporan diversos instrumentos cuantitativos en la descripción y evaluación de la psicoterapia para evaluar el modelo de atención que brindan (Montado, Fernández, Gerpe, Palermo, Ginés, 2001).

El servicio de atención psicológica preventivo asistencial - convenio ASSE/MSP - UDELAR - Facultad de Psicología (SAPPA) - desde su creación en el 2001 ha venido implementando la investigación de resultados en el campo de la evaluación de las intervenciones clínicas. Se evalúa la efectividad de las intervenciones psicológicas a través de la encuesta de satisfacción de usuarios y el formulario de evaluación del proceso psicoterapéutico de los profesionales externos. Se integran diversas líneas teórico-técnicas que caracterizan a los distintos equipos de atención del SAPPA (adultos, niños y adolescentes y pareja, familia y otros abordajes multipersonales). Se ha puesto énfasis en evaluar la calidad de la atención, de modo de asegurar el nivel de

excelencia al que debe tender un servicio universitario. Asimismo, como forma de proyección del SAPPa como posible modelo de atención psicológica para el SNIS. (Kachinovsky, A. 2004, Zytner, R. 2011). En el año 2006, se inicia la investigación: Análisis de las características de las intervenciones psicológicas y evaluación de sus resultados en usuarios del SAPPa mayores de 18 años a partir de la aplicación del Cuestionario de Resultados OQ-45 y Symptom Check list 90-R, a cargo de Francolino y Viera (Zytner, R., 2010). Algunas instituciones científicas de nuestro medio también han incorporado la investigación empírica para evaluar sus intervenciones. El Instituto de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas (CEIPFO) ha realizado una investigación sobre los resultados de las psicoterapias focales en un servicio comunitario. Se propuso investigar el grado de satisfacción de pacientes y terapeutas, así como el resultado de los procesos psicoterapéuticos a través de múltiples instrumentos, entre ellos el Symptom Check List 90-R (Montado, 2001).

2.3 Satisfacción de usuarios.

La satisfacción de usuarios constituye una dimensión relevante de la calidad en servicios de salud y es considerada como uno de los principios orientadores de las políticas de salud (Gnecco, 1995). A pesar de que en la actualidad la importancia de conocer e indagar sobre la perspectiva del usuario de los sistemas de salud se presenta como necesario, su estudio e indagación se inició hace pocas décadas y en nuestro país, a nivel gubernamental, presenta escaso desarrollo a pesar de los lineamientos del SNIS.

La satisfacción del usuario, como resultado final del sistema de salud, remite al grado de conformidad con un servicio que pretende responder a determinadas necesidades de la población. Diversos estudios destacan que, a pesar del uso extendido del concepto de satisfacción de usuarios en el sistema de salud, todavía se observan ciertas dificultades para establecer una definición unívoca y medir adecuadamente los diversos determinantes (Crow et al., 2002; Bleich et al., 2009). En este sentido, la relación profesional-usuario se presenta como uno de los principales determinantes de la satisfacción, no obstante, se debe seguir generando evidencia científica sobre la influencia de otros determinantes individuales, tales como: expectativas, experiencias previas, estado de salud y características socio-demográficas, variables que pueden condicionar la satisfacción del usuario sobre el sistema de salud, aunque se tenga un control limitado desde las instancias de gestión. (Crow et al., 2002); (Bleich et al., 2009).

Gnecco (1995) aporta otras definiciones vinculadas a dichos aspectos no suficientemente investigados. La satisfacción es “El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste le ofrece”. O “El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del sistema de salud” (Gnecco, 1995). A partir de las mismas se observa que la satisfacción está ligada a las expectativas, necesidades y deseos de los individuos por lo cual es un concepto relativo: lo que satisface a una persona, a otra le puede causar insatisfacción. Además, se trata de una medida subjetiva que está basada en juicios de valor personales así como también en aspectos emocionales (Pascoe, Atkinson y Roberts, 1983). Los factores culturales también juegan un papel relevante ya que afectan dichos juicios de valor (Ronellenfitch y Razum, 2004).

Si bien las bases conceptuales de la satisfacción con los servicios de salud no están completamente desarrolladas, una gran cantidad de trabajos aportan literatura

en torno al concepto. (Bearden & Tell, 1983; Olivier & Swuan, 1989; Bitner, 1990; Tse & Wilton, 1988; Woofruff et al, 1983; Mano & Oliver 1993; Price et al., 1995; Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986; Donabedian, 1980; Hidalgo & Carrasco, 1999). Inicialmente los estudios se referían únicamente a la satisfacción como un constructo unidimensional, es decir, se postula que una única dimensión refleja la satisfacción general (Larsen, Attkinsson & Hargreaves, 1979). Sin embargo, al tratarse de una realidad compleja, los investigadores en el tema comienzan a concebir al término como un concepto multidimensional. Los individuos no sólo pueden evaluar el sistema de forma global sino que también pueden identificar distintas dimensiones y realizar un análisis parcial de las mismas. En este sentido, la satisfacción con cada una de ellas contribuiría a la satisfacción general. Si bien es relevante tener en cuenta las distintas dimensiones, algunos autores (Serrano y Loriente, 2008; Mira y Aranaz, 2000) se plantean la dificultad de asignarle la importancia relativa a cada una de estas dimensiones, sabiendo que se trata de un concepto que depende de la experiencia y de juicios de valor. Autores como López (1994) y Marshall, Hays & Mazel, (1996) señalan que para obtener una real comprensión de la satisfacción del usuario con los servicios de salud, es necesario evaluar de modo integrado las dos perspectivas alternativas, complementando ambas posturas.

Serrano del Rosal y Loriente-Arín (2008) realizaron un estudio empírico para conocer cómo se conforma la satisfacción global del usuario, a través del análisis de las satisfacciones parciales e identificaron tres dimensiones parciales de la satisfacción: las instalaciones, la organización y el acto profesional. Esta última, incluye la interacción tanto técnica como relacional con el personal de la salud. Estas dimensiones empíricas surgidas tras el análisis de los datos son coincidentes con las propuestas por Serrano-del Rosal, Vera y Ateca en el 2005 y Baker (1990) a partir de la investigación cualitativa y la revisión bibliográfica. Los principales hallazgos de Serrano del Rosal y Loriente-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 profesional 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 síntesis, la satisfacción es un concepto complejo que involucra distintos aspectos de los servicios prestados y está relacionado con una gran variedad de factores de los usuarios, como el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas y los valores propios y de la sociedad donde vive (Car-Hill, 1992). Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual (Lora y Garcia, 2007). Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella.

2.3.1 Satisfacción de usuario y calidad de los servicios de salud.

La satisfacción de usuarios (SU) con los distintos aspectos del servicio brindado es considerada un elemento esencial dentro de los modelos de evaluación de calidad en servicios de salud (Donabedian, 1980; Kaplan, Busner, Chibnall & Kang, 2001; Rey, Plapp & Simpson, 1999). El punto de vista de los usuarios, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas tanto en la organización como en la provisión de los servicios de salud. (Gattinara, Ibacache, Puente, Giaconi y Caprara, 1995). Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos antes que en las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, “nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe, en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente” (Pedersen, 1991, p. 12). Las investigaciones sobre la SU constituyen un buen medio a través del cual los usuarios informan a los prestadores de los servicios acerca de sus necesidades y quejas. Así lo explican Locker y Dunt (1978): éste tipo de investigaciones pueden proporcionar sugerencias para mejorar los servicios tanto en términos de agrado y satisfacción así como en términos de funcionamiento del sistema de atención de salud en general, dicha opinión logra influir en quiénes toman las decisiones en la medida que ellos acepten el valor del punto de vista del usuario. Esto presupone la precisa voluntad de convertirse en servicios orientados al usuario (citado en Gattinara, 1995, p. 427).

Con respecto a la calidad de los servicios de salud, numerosos estudios empíricos sostienen 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). 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). A pesar de que la satisfacción con la salud es un indicador subjetivo, diversos estudios han mostrado una alta correlación con los indicadores objetivos, lo cual estaría sugiriendo una gran confiabilidad en los mismos (Rojas, 2006). Sin embargo, a partir del enfoque del bienestar subjetivo la satisfacción con la salud al ser declarada personalmente por el individuo, brinda información que no puede ser capturada totalmente por los indicadores objetivos de salud. En concreto, los indicadores de satisfacción pueden brindar información adicional acerca del contexto social y familiar dentro del cual las enfermedades afectan el bienestar. Por ejemplo, el usuario puede no estar enfermo pero sí podría tener escaso soporte familiar o malos servicios de salud en su comunidad que podrían condicionar su satisfacción con la salud (Rojas, 2008 citado en Carve, Galati, y Zak, 2011).

2.3.2. Dimensiones de la satisfacción de usuarios.

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 general, o los que lo hicieron en distintos servicios o focalizando grupos de usuarios. Dentro de los estudios que evaluaron las dimensiones de la satisfacción en el ámbito de la salud en general, se encuentran los desarrollos de Donabedian (1992), Harris y Poertner (1998). Estos últimos (Harris y Poertner, 1998) sostienen que las dimensiones principales de la SU son: las percepciones de los usuarios de los profesionales de la salud, 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 mismos y la espera para la primera entrevista. En lo que refiere a la satisfacción en servicios o con población específica,

los estudios de Kaplan, Busner, Chibnall, y Kang (2001) y los de Riley, Stromberg y Clark (2005) aportan datos valiosos a la comprensión de la misma.

Feletti et al (1986) confirman que las dimensiones más significativas son la comunicación, actitudes profesionales, competencia técnica, clima de confianza y percepción del usuario de su individualidad. Dickens (1994), incluye la empatía de los profesionales con los usuarios, tipo y cantidad de información que se le presta al usuario y familiares, competencia técnica del personal sanitario, confort de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y según corresponda, una valoración del costo de la atención. Por último, Mira y Aranaz (2000) estudian la satisfacción desde la perspectiva del usuario y la asocian a que el usuario cumpla con las indicaciones del profesional, busque ayuda y obtenga una buena comunicación. Estas dimensiones son coincidentes en la mayoría de los estudios sobre satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de las mismas (Ley y Spelman, 1967; Hulka et al., 1975; Ware y Snyder, 1975; Wolf et al., 1978). Las dimensiones que aparecen vinculadas a la insatisfacción son los costos de servicio, la ineficiencia del tratamiento, la ausencia de información comprensible y la falta de interés profesional (Mira y Aranaz, 2000).

2.3.3 Principales modelos conceptuales.

Si bien la temática ha adquirido relevancia en los últimos años, el consenso conceptual sobre qué es la satisfacción con los servicios de salud es aún incipiente. Hay diversos enfoques que abordan el tema, algunos más restrictivos y otros más abarcativos como el de Strasser y Davis (1993). Algunos abordan el tema relacionando variables sin un sustento teórico, otros intentan explicar las relaciones a partir de la teoría. Dentro del primer grupo se encuentran el enfoque económico, el basado en las expectativas del usuario, y el basado en los atributos del sistema de salud.

Dentro de este grupo encontramos el **enfoque que considera las expectativas** como el principal determinante de la satisfacción del usuario con los servicios y la define como la diferencia entre lo percibido en la realidad y los deseos o aspiraciones del usuario (Cottle, 1990). Si lo que se percibe no logra superar lo esperado da lugar a la

insatisfacción, que será mayor cuanto más grande sea esta diferencia (Cottle, 1990). De acuerdo al enfoque de confirmación o desconfirmación de expectativas, la satisfacción surge de experiencias positivas confirmando expectativas positivas, o de experiencias positivas desconfirmando expectativas negativas (Gottlieb et al, 1994 citado en Carve et al 2011). Esta teoría ha recibido mucha atención por parte de los investigadores a la hora de predecir la satisfacción. Un trabajo de Oliver (1980) supuso un punto de inflexión importante, ya que facilitó el incremento del interés de la comunidad científica y ha recibido un fuerte apoyo empírico en las últimas décadas como predictor de la satisfacción de los usuarios (Oliver y DeSarbo, 1988; Szymanski y Henard, 2001; Yi y La, 2003 citado en Sanchez, 2008). Luego, diversos estudios discuten sobre los orígenes de las expectativas y los mismos encuentran que los factores sociodemográficos (las normas culturales, la experiencia personal) así como el estado de salud influyen en las mismas y en su proceso de evaluación (Crow et al, 2002) Asimismo, se distingue entre expectativas globales (acerca del sistema de salud en general) y expectativas específicas (sobre atributos particulares del propio sistema, diferenciados entre las características de estructura, de proceso y de resultados). Por otro lado, Kravitz (1996) destaca la dinámica particular que tienen las expectativas a partir de las experiencias. Las primeras son plausibles de ser modificadas por las propias experiencias, directa e indirectamente, como resultado de la información proveniente de los procesos de cuidado y por los cambios en la percepción del usuario respectivamente. A su vez, los eventos y las percepciones podrían ser afectados por las expectativas, por ejemplo a la hora de enfrentarse a un tratamiento, los resultados pueden variar de acuerdo a si las expectativas del paciente son positivas o negativas respecto al mismo. Sin embargo, este enfoque resulta difícil de aplicar ya que estimar las expectativas y las experiencias comparadas con ellas adquiere cierta complejidad (Fitzpatrick y Hopkins, 1983).

Otro enfoque se basa en los **atributos de los servicios de salud** y destaca la naturaleza multidimensional del concepto de satisfacción. En él las expectativas no juegan un rol preponderante, ya que puede haber satisfacción aun cuando los deseos y aspiraciones de los usuarios no sean totalmente contemplados. Dentro de este enfoque se enmarcan los estudios de calidad de los servicios de salud. En general se distinguen las siguientes categorías de atributos: los factores estructurales (accesibilidad del servicio, costo, las características del entorno físico), la relación profesional de la salud-usuario (compromiso, intercambio de información) y características de los profesionales del servicio (personales y habilidades clínicas) (Weiss, 1988). Es relevante destacar la influencia de factores sociodemográficos y el estado de salud percibido en las

ponderaciones que cada individuo reporta sobre los atributos. En consecuencia, se proponen modelos para aproximarse a las relaciones entre las variables como la edad, el género, la raza, la educación, el estado de salud y la satisfacción con las distintas dimensiones (Glaser y Riegel, 1996).

Otro **enfoque es el económico** que combina aspectos de los dos enfoques presentados anteriormente basándose en la teoría microeconómica de la utilidad la cual predice que los individuos consumen bienes y servicios en la medida que éstos le reportan cierto nivel de utilidad. Si tienen opciones, los usuarios elegirán aquel prestador de servicios que le brinde mayor utilidad de acuerdo a los atributos que presente (accesibilidad, calidad de atención, etc.). Los usuarios de los servicios de salud poseen distintas preferencias debido a que ponderan de manera diferente los distintos atributos de los servicios de salud (Nicholson, 1995 citado en Carve 2011). Estarán satisfechos en la medida que su utilidad esperada iguale al menos el precio pagado, y reportarán mayores niveles de la misma cuanto mayor sea ésta en relación al precio. De acuerdo a esta teoría, los niveles de satisfacción dependen de que la utilidad experimentada sea mayor, menor o igual que la utilidad esperada por los usuarios.

Dentro del **enfoque holístico**, el modelo de Strasser, Ahorony y Greenberger (1993) además de incluir una mayor cantidad de variables, tiene un carácter dinámico, donde la satisfacción impacta en las reacciones de los usuarios modificando sus creencias y expectativas, así como también su conducta dentro de los servicios de salud, visualizándose una retroalimentación de las distintas variables en el proceso. En la Figura 2, se observa un modelo adaptado para la SU con la atención en salud por Strasser y Davis (1991) y Strasser et al., (1993), citado en Carve, et al. (2011).

En él, los juicios de valor y las evaluaciones de los usuarios resultan de sus propias características individuales y de los estímulos recibidos de acuerdo a la experiencia en la atención de la salud, teniendo en cuenta las acciones, actitudes y apariencia de los recursos humanos involucrados, así como también del entorno físico y aspectos organizacionales. Por lo tanto, los valores sociopolíticos creados por el sistema de salud, en conjunto con las variables sociodemográficas podrían ser los principales determinantes de las expectativas y creencias de los individuos. La satisfacción responde a dichos juicios de valor y la misma puede verse influenciada de acuerdo a la metodología utilizada para medirla.

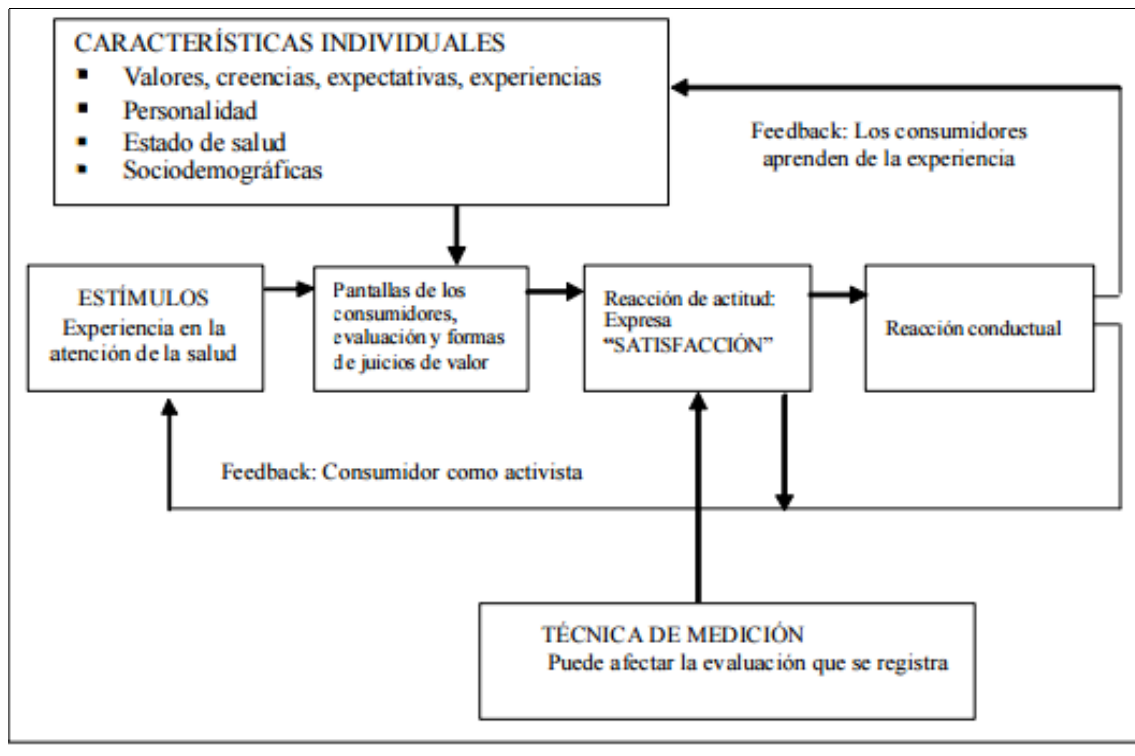


Figura 2: Modelo Holístico de satisfacción

2.3.4 Estudios sobre satisfacción de usuarios en servicios de salud mental y atención psicológica.

La evaluación de la calidad y en particular de la SU en el campo de los servicios de psicología y de salud mental en países de bajos y medianos recursos es reciente y se la ha investigado en menor medida. Sin embargo, en otros países la evaluación de la satisfacción respecto a dichos servicios ha constituido, desde hace varios años, uno de los elementos primordiales en la investigación (Bunge, Barilá, Sánchez y Maglio, 2014). En estos servicios también se ha encontrado que la SU está relacionada con el mayor uso de los servicios, la adherencia al tratamiento y con los resultados clínicos y sociales del servicio (Fitzpatrick, 1993; Mahin et al., 2004). Además, se asocia a mayor predisposición a seguir las recomendaciones terapéuticas (Willams, 1994) y 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) de sus hijos.

Generalmente los resultados de los estudios de satisfacción suelen mostrar 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, Eyers, 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 se hallaban satisfechos o muy satisfechos.

Los estudios sobre satisfacción en los servicios 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, competencia profesional, etc., mientras que las características del usuario se dividen en variables sociodemográficas (edad, género) y psicológicas (tipo de problema, severidad sintomatológica).

Ciertas características de los servicios como la duración del tratamiento y la relación con la SU no mostró evidencia concluyente. Por otro lado, sí se observó que a mayor duración de la lista de espera menor SU (Barber y Teaschley, 2006 citado en Bunge, 2014). Un estudio prospectivo llevado a cabo en un servicio de salud mental de niños y adolescentes (SSMNA) aporta evidencia sobre la utilidad de evaluar la SU en dichos servicios (Stallard, 2001). En el mismo se observó un proceso de mejora de la calidad de un servicio comunitario mediante la focalización de las áreas de insatisfacción identificadas por los padres de usuarios, por ejemplo, reducir los periodos de lista de espera. El resultado de este proceso de mejora fue que los niveles de insatisfacción evaluados 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 insatisfacción. Sin embargo, cabe destacar que el diseño del estudio no permite afirmar que los niveles de satisfacción disminuyeron debido exclusivamente a los cambios realizados (Stallard, 2001). El autor destaca elementos que contribuyeron al logro obtenido: el compromiso de los profesionales, la predisposición de estos a replantearse su trabajo, la participación activa en el diseño del estudio y los cuestionarios y el monitoreo constante. Stallard (2001) considera que evaluar la SU 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 prestador y el usuario. Y que focalizar en la insatisfacción puede informar sobre los

cambios que se deben realizar en un servicio y proveer un modo de evaluar el impacto de dichos cambios.

En Ribeirao Preto, Brasil se realizó un estudio exploratorio y descriptivo para evaluar la asistencia en la Unidad de Salud de la Familia (USF) desde la perspectiva de los usuarios (Martins, Mishima, et al., 2010). Identificaron tres temas principales para los usuarios: acceso, interacción equipo-usuario y organización del trabajo en la USF. Otro estudio realizado en Brasil, destinado a evaluar la SU con los servicios de salud mental (Kantorski, et al., 2009) encontró 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).

Los resultados de un estudio sobre la calidad de un servicio de salud pública en Chile (Valenzuela, 2009), reflejan que los usuarios 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 prestador 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. Destaca también, la importancia de mantener actualizado el conocimiento sobre los usuarios, es decir evaluar sistemáticamente el servicio y la SU. Además reportó una serie de aspectos que reclaman ser tenidos en cuenta: la disminución de los tiempos de espera, promover la humanización del trato incorporando el concepto de usuario como persona única, con derechos y deberes, mejorar la entrega de información al usuario y a la comunidad, brindar atención individualizada, cumplir con los horarios de atención establecidos, mejorar la infraestructura: la comodidad de las salas de espera y mantener una limpieza adecuada.

Las variables sociodemográficas (edad, género, raza/etnia, educación e ingresos) han sido indicadores pobres de la satisfacción con los servicios de salud mental (Barber, Tischler & Healy, 2006). Autores como Serrano del Rosal y Lorient Arín (2008), Hall y Dorman (1990) afirman que los determinantes demográficos y socioeconómicos son un predictor pequeño de la satisfacción. Dentro de las variables psicológicas, la severidad de la sintomatología tendería a correlacionar negativamente a los niveles de SU y se observó una relación altamente significativa entre impacto de problema y la SU (Bunge, 2014).

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. Por otro lado, un estudio cualitativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en Colombia y Brasil, encontró que los usuarios apuntan más a aspectos técnicos de lo que se tiene considerado habitualmente (Delgado, Vázquez, Moraes, 2010).

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, 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 et al., 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 hijo. (Bjørngaard, et al., 2008). Rey, O'Brien y Walter (2002) sostienen, por el contrario, que la SU sí estaría relacionada con el resultado del tratamiento y evaluarla podría servir como indicador de que los servicios brindados son adecuados. Sumado a esto, podría suponerse que evaluar predictores de insatisfacción permitiría prever la terminación prematura y no planificada de un tratamiento. Se ha observado que los usuarios pueden presentar diversas expectativas acerca de las consultas psicológicas y si estas son incongruentes con lo que ocurre, pueden volverse insatisfechos y abandonarlas (Garfield, 1986).

2.3.5 Evaluación de la satisfacción de usuarios.

La gama de opciones a través de las cuales el usuario puede participar y contribuir a elevar la calidad de los servicios sanitarios que recibe, es importante y metodológicamente diversa. Todas ellas comparten, sin embargo, el objetivo común

de ayudar a saber qué hacer para mejorar. Corresponde a cada equipo o institución elegir, incentivar e implantar aquellas que consideren más factibles y útiles para su contexto. De una forma esquemática, podemos clasificar las principales formas en que el usuario puede contribuir a mejorar el servicio, en dos grandes grupos, según que sea por iniciativa propia (activa) o solicitada por el sistema de salud (requerida). (Saturno, 1995). El usuario puede activamente cambiar de proveedor de salud, formular quejas y reclamaciones, actuar a través de comisiones de usuarios y/o participar a través de los consejos de salud y órganos similares. Todas estas formas de participación activa configuran, en terminología de Donabedian (1992), el papel del usuario como “reformador” de la atención sanitaria. El sistema de salud, en cualquiera de sus niveles, puede incorporar a sus actividades la evaluación que hace el usuario de los servicios que se le ofrecen, preguntándole. Al respecto, se distingue entre aquellas preguntas o técnicas que exploran percepciones subjetivas y las que buscan el aporte de datos objetivos sobre el servicio recibido (esto es, información sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención). Entre las primeras se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas del usuario y también las técnicas de investigación cualitativa, como los grupos focales.

En las encuestas de opinión se busca la valoración sobre lo que se ha hecho, según la percepción del usuario. Las encuestas de satisfacción forman parte de la mayoría de los programas de evaluación de calidad y su uso en algunos casos se ha vuelto rutinario. Incluso han sido objeto de revisiones y meta-análisis para poder concluir sobre su validez, utilidad y explicaciones causales del concepto de satisfacción del usuario con los servicios de salud. (Smith, 1992; Hall, Milburn, Epstein, 1993). Para ser útil, una encuesta de satisfacción debe indagar además del grado de satisfacción o insatisfacción las causas con que se relaciona. De otro modo, no se puede saber qué hacer para mejorar si resultaran unos niveles de satisfacción bajos (en la industria de servicios en general se tiende a considerar como límite mínimo un 80% de clientes satisfechos (Horovitz, 1990).

De acuerdo a Strasser y Davis, (1991) medir la satisfacción de los pacientes ofrece grandes beneficios a un costo relativamente bajo. Los costos son directamente los de recolectar y analizar la información de la satisfacción de pacientes. Los costos más altos son los debidos a la resistencia a la evaluación por el personal por diversas causas. No se considera al usuario como parte activa del sistema, la visualizan como una amenaza para su trabajo, entre otros. La resistencia se puede neutralizar si la información recolectada se utiliza positivamente y se incluye a todos los actores

involucrados en el diseño del sistema de evaluación de la satisfacción de usuarios.

2.4 Calidad de vida y bienestar.

Finalmente, la satisfacción no puede ser interpretada independientemente del estado de salud general percibido por el usuario. Surge, por tanto, la necesidad de evaluar de manera objetiva modificaciones en el bienestar y funcionamiento de los usuarios, tanto para planificar mejoras en la atención como para justificar la inversión de la sociedad en intervenciones psicológicas en el primer nivel de atención.

Para la evaluación de bienestar psicológico o su inverso el distrés psicológico se tomará en cuenta el autoreporte de síntomas de ansiedad, depresión, hostilidad, y otros síntomas perturbadores.

Para la operacionalización del concepto de bienestar general y calidad de vida (CV), se utilizará la definición del Grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud (1998). La calidad de vida es “la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Este concepto está influido por la salud física del sujeto, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, y la relación con los elementos esenciales de su entorno”. (Grupo WHOQOL, 1994). De esta definición destacamos el carácter subjetivo de las evaluaciones de CV las que parten necesariamente de la percepción del individuo de la posición que ocupa en su sociedad, cultura y sistema de valores, y de qué manera contrasta esta situación en la realidad con respecto a sus expectativas. Dicho de otra manera, citando a Calman (1984), la CV mide la brecha entre las expectativas del sujeto respecto a su bienestar y la satisfacción de estas expectativas en la realidad.

El otro aspecto relevante de la definición es el carácter multidimensional del constructo CV, el que se ve influido por variables físicas, emocionales, sociales, y del medio ambiente. Incluimos también la definición de Patrick y Erickson (1993) que consideramos de gran valor práctico. “La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al valor asignado a la duración de la vida cuando ésta se altera por las discapacidades, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son determinadas por enfermedades, lesiones, tratamientos o políticas” (p 22). En esta definición, al igual que la anterior, la subjetividad está expresada por el valor asignado a la duración de la vida cuando ésta se ve afectada por las circunstancias vitales: discapacidades, oportunidades, enfermedades, tratamientos o políticas.

CAPITULO III. Definición del Problema y Preguntas de Investigación.

El problema de la investigación surge del hecho que, si bien hay un interés creciente en nuestro país en utilizar instrumentos de evaluación de la práctica psicológica con una metodología sistematizada, la investigación empírica en esta materia es escasa. En el PNA coexisten una amplia gama de intervenciones psicológicas posibles, múltiples marcos referenciales de los profesionales, escasez de registros y evaluaciones sistematizadas (Rudolf et al, 2009). La falta de información, de registros y la ausencia de evaluaciones adecuadas y sistematizadas pueden operar como un obstáculo para la implementación de las Prestaciones en Salud Mental (PSM) y puede conducir a la fragilidad de los servicios. Es importante tener en cuenta que un SNIS que pretenda alcanzar niveles de calidad y equidad debe considerar fundamental contar con estos insumos para la toma de decisiones tanto en aspectos de gestión como del servicio prestado. Al igual que muchos otros sectores del área salud, las prestaciones psicológicas han sido escasamente exploradas en la evaluación de calidad de la atención en salud. La evaluación de la satisfacción del usuario está ampliamente documentada, sin embargo los estudios en el contexto local son escasos. La experiencia del usuario con el servicio de salud es una fuente de información esencial acerca de la calidad del servicio que se está brindando y la SU se relaciona con numerosos beneficios respecto a la utilización de los mismos.

En función de lo anterior nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios con la atención psicológica recibida en el Primer Nivel de Atención? Existen cambios en el bienestar psicológico, el bienestar general y calidad de vida, luego de recibir atención psicológica en el primer nivel de atención? ¿Qué tipo de relación existe entre el bienestar psicológico del usuario y su bienestar general y calidad de vida, y la satisfacción con la atención recibida al finalizar la atención psicológica?

3.1 Objetivo general:

Estudiar si los usuarios están satisfechos con la atención psicológica recibida y la relación con el bienestar psicológico, el bienestar general y calidad de vida antes y después de las intervenciones psicológicas realizadas en servicios del PNA de la RAP-ASSE, a partir del autoreporte de los usuarios.

3.2 Objetivos específicos:

1. Determinar el grado de satisfacción con la atención psicológica recibida
2. Determinar el grado de bienestar psicológico de los usuarios y evaluar si existen diferencias significativas antes y después de recibir atención psicológica.
3. Determinar el bienestar general y calidad de vida de los usuarios y evaluar si existen diferencias significativas antes y después de recibir atención psicológica.
4. Determinar la relación entre los cambios en el reporte del bienestar psicológico y del bienestar general y calidad de vida, antes y después de la intervención psicológica y la satisfacción de los usuarios.

3.3 Hipótesis del estudio.

Las hipótesis de investigación son:

- H1. Se espera encontrar un alto porcentaje de usuarios con un grado de satisfacción moderado a alto.
- H2. Existirá una mejora significativa en el bienestar psicológico reportado por el usuario antes y después de la atención psicológica.
- H3. Habrá una diferencia significativa entre el bienestar general y calidad de vida de los usuarios antes y después de la atención psicológica.
- H4. Se espera que exista una asociación positiva entre la mejoría del bienestar psicológico, el bienestar general y la calidad de vida de los usuarios y la satisfacción con la intervención psicológica, de modo que los usuarios con mayor mejoría estarán más satisfechos.

CAPÍTULO IV: Metodología.

4.1 Diseño del estudio.

Se realizó un estudio observacional, de carácter descriptivo ya que se describen las características de las personas que hacen uso de servicios de atención psicológica del PNA y recaba datos sobre las distintas dimensiones del fenómeno a investigar. Se diseñó un estudio longitudinal (porque permite el seguimiento de los mismos individuos a través de un lapso de tiempo), no experimental (no se manipula experimentalmente ninguna variable), con mediciones pre y post intervención del mismo grupo de participantes. Se evaluó el grado de satisfacción con el servicio que recibieron. Se recogieron datos sobre bienestar psicológico, bienestar general y calidad de vida. No se procuró uniformizar el tipo de intervención, sino que se evaluó la misma tal y como se hace en el contexto real, por lo que este estudio tiene un componente ecológico importante dado que se evalúa qué es lo que se hace en su ambiente natural. El tiempo de intervención tampoco fue fijo sino que queda librado al acuerdo de trabajo que se estableció entre el profesional y el usuario. Se trató asimismo de un estudio correlacional, ya que se estudió las relaciones que pudieran existir entre las variables. En alguna medida tiene un valor explicativo potencial, al conocer sobre la relación entre dos conceptos o variables aporta información que puede luego ser evaluada de manera experimental.

4.2 Participantes.

Se escogió una muestra de conveniencia (no probabilística) que está compuesta por los usuarios mayores de 18 años que consultaron en cuatro centros de atención de la RAP- ASSE, entre diciembre de 2013 y abril de 2015. El tamaño muestral final dependió de varios factores, entre ellos, de las posibilidades de atención individual a nuevos usuarios e incorporación de la tarea de investigación en sus rutinas de trabajo de los psicólogos participantes en el estudio.

Se realizó una invitación general a todos los psicólogos de la RAP - ASSE por vía de correo electrónico (aproximadamente 15). Los servicios elegidos fueron aquellos en los cuáles se desempeñaban los psicólogos que aceptaron participar del estudio, cuatro profesionales que realizaban tareas en cuatro centros: tres de ellos del

Departamento de Canelones (un centro de salud y dos policlínicas periféricas) y uno de Montevideo (una policlínica periférica). Se asumió que tratándose de usuarios de la zona metropolitana de Montevideo y Canelones, asistidos en ASSE, los cuatro centros eran muy similares en cuanto a las características de la población atendida. Se incluyó a todos los usuarios atendidos por los profesionales actuantes durante el periodo del estudio, mayores de 18 años, de ambos sexos, con motivos de consulta y diagnósticos variados, que aceptaron participar voluntariamente del estudio y que completaron al menos dos consultas.

Quedaron excluidos de la muestra usuarios con discapacidad mental severa, demencias, trastornos psicóticos u otros trastornos mentales severos.

4.3 Estudio de variables.

4.3.1 Variable independiente: Intervención psicológica.

La descripción de las características de las intervenciones psicológicas en el PNA se encuentra desarrolladas en el capítulo dos, en la sección 2.3. Primer Nivel de Atención. Las particularidades de la intervención que son tomadas en este estudio se detallan a continuación.

Para este estudio se tomaron solamente las intervenciones que se realizaron en forma individual con personas mayores de 18 años. Para caracterizar las intervenciones realizadas, se elaboró un cuestionario en base a los utilizados previamente en el SAPPA y en la encuesta de ASSE que relevó ítems tales como: motivo de consulta, número de entrevistas, duración de la entrevista, frecuencia, ambiente adecuado para la consulta, entre otros.

Para la categorización de las intervenciones se definieron los siguientes ítems: diagnóstico psicológico, consultas de psicoeducación y orientación, intervención en crisis, psicoterapia breve, psicoterapia y seguimientos.

- a. El *Diagnóstico Psicológico* es un proceso de análisis y síntesis que conjuga componentes estructurales y psicodinámicos de la personalidad que culmina con una aproximación diagnóstica y recomendaciones.

- b. La *Psicoeducación y Orientación* hace referencia a las intervenciones en las que se brinda información y apoyo emocional para la resolución de determinados situaciones problemáticas, como ser una enfermedad propia o de un familiar o situaciones conflictivas cotidianas. Busca esclarecer los problemas y prevenir posibles dificultades futuras.
- c. *Intervención en Crisis*, es la que se brinda cuando una persona pierde de forma transitoria o definitiva una serie de aportes con los que ha contado, encontrándose en una situación de vulnerabilidad. Se tiende al restablecimiento del equilibrio amenazado aliviando la sobrecarga emocional y orientando la elaboración del duelo ante la pérdida.
- d. *Psicoterapia Breve*, de 6 a 12 consultas, en general centradas en un determinado problema o foco de trabajo.
- e. *Psicoterapia*, de más de 12 consultas, con un abordaje más abarcativo y profundo de las problemáticas.
- f. *Seguimientos*, en general son consultas más espaciadas en el tiempo, mensuales por ejemplo, con el fin de acompañar a la persona en un proceso de mantenimiento o consolidación de un cambio. También puede tener el objetivo de mantener el contacto con una función preventiva.

4.3.2 Variables dependientes:

Se definieron tres: satisfacción del usuario, bienestar psicológico y bienestar general y calidad de vida. Para su estudio se seleccionaron instrumentos que se corresponden con estándares establecidos para el PNA.

4.3.2.1 Satisfacción del usuario con la atención recibida.

Se utilizó el cuestionario de satisfacción del cliente CSQ-8-S desarrollado por Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979) en su versión para población de habla hispana (Roberts y Attkisson, 1983). Este cuestionario es unidimensional, brindando una estimación homogénea de la satisfacción general con los servicios. Ha sido extensamente estudiado y usado en una variedad de entornos (Roberts y Attkisson, 1983; Sanchez, 2011). Es una de las medidas más utilizadas de satisfacción global con los servicios de salud mental y muchos instrumentos fueron desarrollados a partir del mismo o comparados con éste en sus procesos de validación (Attride-Stirling, 2003). A

su vez, la Comisión para la 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). El CSQ-8 es parte de las escalas CSQ cuyos derechos son reservados por lo cual se adquirieron los derechos de uso.

El CSQ-8 tiene una buena validez. Los puntajes están altamente correlacionados con las calificaciones de los usuarios sobre su mejoría global, la disminución de su sintomatología y la satisfacción de los terapeutas con el trabajo realizado por los usuarios (Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979). También ha demostrado tener una correlación moderada con numerosas variables de resultado aunque no todas, lo que sugiere una correlación modesta entre satisfacción y ganancia de tratamiento. La confiabilidad del CSQ-8 se demuestra al tener una excelente consistencia interna, con un rango de coeficientes alfa que va desde 0.86 a 0.94 en varios estudios (Larsen et al., 1979; Roberts y Attkisson, 1983).

Los ítems de este cuestionario fueron seleccionados de versiones más largas que contienen mayor número de ítems. La utilizada por nosotros tiene 8 preguntas cerradas con 4 opciones cada una. Cada ítem requiere una respuesta en una escala de tipo Likert de 4 puntos, donde 1 es “malo, insatisfecho” y 4 es “excelente, muy satisfecho”. Tiene, además dos preguntas abiertas que dan la posibilidad de dar opiniones o sugerencias pidiéndole al usuario que identifique un aspecto que más le gusta del servicio y otro en el que estuviera menos satisfecho y cambiaría. 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.

Existen varias formas de puntuación y puntos de corte reportados en la literatura. Para la presentación de resultados y el análisis se utilizaron las siguientes medidas:

a) *El puntaje total (CSQ-8 Global)*, que se obtiene sumando los puntajes de cada ítem (rango de 8 a 32 puntos). A mayor puntaje corresponde mayor satisfacción del usuario. Los puntajes totales se agruparon por categorías según el criterio de Marchand et al. (2011). Estas fueron: insatisfecho o menos satisfecho (8-16 puntos), satisfecho (17-30 puntos) y muy satisfecho (31-32 puntos). Se realizó la transformación de los puntajes totales en una escala de 25-100 para facilitar la comprensión del valor del puntaje con fines descriptivos

b) *Puntaje promedio de escala (Promedio de Escala)*, consiste en dividir el puntaje total sobre el número de ítems.

c) *Cálculo de índices de Insatisfacción*, el Disatisfaction index 1 (DI-1) y el Disatisfaction index 2 (DI-2) (Attkisson, comunicación personal). Los índices de insatisfacción se calcularon de la siguiente manera: cada sujeto recibe una puntuación entre 0-8. Para esto se cuenta cuantas veces la persona marca 1 (insatisfecho) como respuesta a cada ítem. Si califica un ítem como 1, entonces su puntuación DI-1 es =1, si marca 2 ítems con 1, su puntuación DI-1 es =2 y así sucesivamente. Se seleccionan los sujetos que tienen DI =1 o más y se realizan cálculos de estadística descriptiva. El DI- 2 se calcula de la misma forma pero incluyendo los puntajes 1 y 2 a cada ítem. En nuestro análisis incluimos solamente el DI- 2.

Con respecto a las preguntas abiertas, estas exploraron que aspectos valoraban los usuarios como positivos (“que les gusto más”) y como negativos (“que cambiarían”). Para analizarlas se adoptó un análisis temático amplio, semántico e inductivo de las respuestas que dieron los usuarios. Se tomó como “tema” lo que se presentaba como un patrón de respuesta o de significado dentro de las respuestas recabadas. Se incluyeron la totalidad de los temas que aparecieron de la manera en que fueron expresados por los usuarios (amplio). El análisis inductivo se refiere a que se partió de lo que aportan los usuarios y no de una teoría y lo semántico se relaciona a que no se busca otro significado más allá de lo escrito por el usuario. El análisis, se realizó tomando como guía los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006). Es decir, en primer lugar familiarizarse con la información, realizar una codificación inicial, luego identificar los temas, revisarlos, eliminar los que se superpusieran con otros y finalmente nombrarlos. Finalmente se procedió a calcular las frecuencias de aparición de los temas para explorar que aspectos eran más valorados por los usuarios y cuales cambiarían.

El cuestionario fue completado a los tres meses de iniciada la intervención psicológica, en forma telefónica. Como este instrumento nunca fue usado en Uruguay y hay algunas palabras que pueden no ser adecuadas, se realizó una prueba piloto con 10 usuarios para comprobar que se comprendía el lenguaje.

4.3.2.2 Bienestar psicológico.

Para evaluar el bienestar psicológico, se utilizó el Symptom Check List-90 Revised (SCL-90R). Se trata de un cuestionario autoadministrado desarrollado por Derogatis et al. (1973), que está dirigido a evaluar síntomas psiquiátricos y distrés psicológico a partir de una lista de 90 ítems que se agrupan en las áreas de Psicoticismo, Paranoide, Ansiedad Fóbica, Hostilidad, Ansiedad, Depresión, Sensibilidad Interpersonal, Obsesivo, Somatización. Es un inventario de fácil aplicación y corrección, que permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad.

Ha sido estudiado y validado en población general, población psiquiátrica ambulatoria e institucionalizada adulta y adolescentes de distintos países y adaptado y versionado en distintos idiomas, reportándose un gran número de investigaciones que estudian y confirman su validez y fiabilidad (Najson, Luzardo, Francolino, Viera, 2004). En nuestro país fue validado y baremado para la población general y población psiquiátrica ambulatoria por Najson et al. (2004).

Cada ítem requiere una respuesta en una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “nada” y 4 es “mucho”. De cada una de las áreas que estudia surge un valor promedio que se corresponde con un baremo para la población estudiada. Además de brindar una puntuación para cada dimensión, el cuestionario aporta tres índices de intensidad del distrés psicológico: el *Índice Global de Severidad* (GSI) que es un promedio de la intensidad de los síntomas considerando los 90 ítems, el *Total de Síntomas Positivos* (PST) que es la suma de síntomas con puntajes de más de cero y el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos* (PSDI) que es el promedio de la intensidad de los síntomas positivos.

Este cuestionario fue completado por todos los usuarios antes de la primera entrevista y se aplicó nuevamente a los 3 meses.

4.3.2.3 Bienestar general y calidad de vida.

Para evaluar el bienestar general y la calidad de vida se utilizó el cuestionario Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS),

específicamente el Promis Global Health Measure (PGHM) 10 en su versión en español. El mismo consta de 10 preguntas que indagan sobre salud física, la función física, el dolor, la fatiga, la calidad de vida, la salud mental, la satisfacción con las actividades sociales y problemas emocionales.

Fue desarrollado por el Instituto Nacional de Salud y la Universidad de Northwestern de los Estados Unidos por el grupo de Cella y colaboradores (2007). Su confiabilidad y validez ha sido estudiada en población de habla inglesa (Hays et al, 2009). En nuestro país viene siendo utilizado en varios estudios tanto de población general (Grupo de Investigación y Evaluación del Programa de Salud Mental de la UdelaR, 2011) como de personas portadoras de enfermedades crónicas. Los estudios iniciales de validación han mostrado buena confiabilidad y validez en las muestras nacionales (Padula, et al., 2014).

Se administra utilizando cinco opciones de respuesta como por ejemplo “excelente, muy buena, buena, regular, mala”, excepto la calificación del dolor que utiliza una escala de 0-10 que luego hay que recodificar. Proporciona dos puntajes de subescalas: la de Salud Física (SFG) y la de Salud Mental (SMG), los que son transformados a puntajes T estandarizados para la población de Estados Unidos, ubicándose la media en 50 puntos y el desvío estándar en 10 puntos.

Este cuestionario fue completado por todos los usuarios antes de la primera entrevista y se aplicó nuevamente a los 3 meses.

4.4 Procedimiento.

En forma previa, se realizó un estudio piloto para asegurar que el contenido de los cuestionarios fuera abarcativo, identificar problemas de redacción y comprensión, tiempo y carga de aplicación. No se registraron problemas relacionados con la comprensión de los ítems o consignas, por lo que se decidió conservarlas para los análisis posteriores.

Identificados los psicólogos participantes, se realizó una serie de reuniones con cada uno de ellos en su servicio para que informar sobre los objetivos, el diseño e instrumentos a utilizar, así como para proporcionarles todo el material necesario. El psicólogo identificaba en cada caso qué usuarios venían por primera vez y antes del

inicio de la intervención psicológica informaba al paciente y solicitaba la firma del formulario de consentimiento informado para la participación en el estudio, llenaba la ficha con datos sociodemográficos y proporcionaba los instrumentos para evaluar bienestar psicológico y bienestar general y calidad de vida del usuario. Se trató de que los cuestionarios fueran llenados en forma autoadministrada. Cuando esto no fue posible, el psicólogo lo leía tratando de mantener la neutralidad para no afectar las respuestas. Esta tarea requirió entre 20 a 30 minutos aproximadamente que fue necesario contemplar en la programación de sus agendas de consulta. En algún caso se contempló la instrumentación para el llenado de los cuestionarios en sala de espera por falta de tiempo. Se le solicitó al profesional que luego de llenados los cuestionarios revisase si no faltaban respuestas.

En la semana en que se cumplían 3 meses de la consulta inicial, la investigadora responsable o una persona entrenada por esta para la tarea, aplicó nuevamente los instrumentos ya administrados más el cuestionario de satisfacción de usuarios con los servicios de atención psicológica, en forma telefónica. Se evaluó que la entrevista telefónica tenía una serie de ventajas, en especial de tiempo y coordinación de la misma. También, según Shapiro et al. (1997) evita las bajas tasas de respuesta de los instrumentos escritos, no se ve afectada por la terminación prematura de los tratamientos, provee privacidad de las respuestas y no requiere de habilidades lectoras para responder.

Los psicólogos completaron además una ficha con datos de la intervención proporcionada.

4.5 Consideraciones formales y éticas.

En primer lugar, se procedió a contar con las autorizaciones necesarias para la realización del presente estudio, lo cual fue facilitado por la existencia de un Convenio marco vigente entre la RAP-ASSE y la Facultad de Psicología de la Udelar para actividades educativas y de investigación. Luego, se gestionó la aceptación para participar de la investigación a psicólogos que trabajan en policlínicas periféricas de la RAP- Metropolitana en el Dpto. de Canelones. Prontamente, al ver las dificultades que se presentan para alcanzar el número de usuarios necesario, se amplió la convocatoria a psicólogos de toda la RAP- Metropolitana. En esta convocatoria se unieron 2 nuevos psicólogos. Con todos se procede a solicitar las autorizaciones en las Unidades Ejecutoras de cada uno de los servicios.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Udelar para su realización, lo que garantiza el cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país en lo que refiere a la investigación con seres humanos.

La investigación conllevó riesgos mínimos para los participantes, de hecho no se produjo ninguna situación que ameritara atención por fuera del proceso de consulta iniciado. La participación en el estudio por parte de los usuarios fue anónima, voluntaria y no remunerada.

En todo momento se aseguró la confidencialidad de los datos recabados los cuales fueron anonimizados por la investigadora mediante la asignación de un código a cada uno para que no fuera posible la identificación de los datos por terceros. El listado que correlaciona nombre-código se guarda en lugar separado de los instrumentos aplicados, y han sido de acceso exclusivo de la investigadora. Todo este material se mantendrá así por los próximos 5 años, luego de lo cual serán destruidos, tal como lo indica la reglamentación vigente en nuestro país (Decreto CM/515, 2008).

4.6 Análisis de datos.

La codificación y análisis de los datos se realizó mediante el paquete de análisis estadístico SPSS 19. Antes de proceder al análisis de los datos, se estudió la fiabilidad de los instrumentos en la muestra de estudio mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach para las escalas totales y las dimensiones cuando correspondiera.

Se utilizó los procedimientos de estadística descriptiva para determinar frecuencias, mínimos y máximos, la media como indicador de tendencia central y desviación típica (DT) como indicador de dispersión para cada una de las variables medidas.

Para evaluar si había diferencias significativas entre los puntajes antes y después de la intervención psicológica se utilizó el Test de t de Student para muestras relacionadas. Se calculó también el tamaño del efecto de los cambios observados luego de la intervención, de acuerdo al criterio de Cohen (2002). Un valor de 0,2 o mayor sugiere un pequeño cambio; 0,5 o mayor, uno moderado y 0,8 o más, un gran cambio.

Para el estudio de relaciones entre variables categoriales se utilizó el test de chi cuadrado y para el estudio de correlaciones el test no paramétrico de correlaciones

de Spearman. Para éste último test se tomó la siguiente escala como referencia: escasa o nula relación (0-0,25), débil relación (0,26-0,50), entre moderada y fuerte relación (0,51-0,75), entre fuerte y perfecta relación (0,76-1,00) (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez y Canovas 2009).

Capítulo 5: Resultados.

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio. Para ello se describe cómo estuvo conformada la muestra y las características de la intervención psicológica brindada. Posteriormente se presentan los resultados por objetivo específico.

5.1 Descripción de la muestra.

El período de recolección de datos estuvo comprendido entre marzo de 2014 y junio de 2015. Se invitó a participar a 49 personas. Todas aceptaron y completaron los cuestionarios en la primera aplicación. De ellos, 45 completaron los cuestionarios también en la segunda aplicación. En cuatro casos (8,2%) no se realizó la segunda aplicación de los cuestionarios, pues no se pudo volver a ubicar a las personas con los datos que brindaron.

Con respecto a la forma de administración de los cuestionarios, en 96 % de los casos fue realizado en la policlínica, mientras que en 4 % en el domicilio del usuario. En todos los casos se completó toda la valoración y no hubo nadie más presente durante la aplicación de los cuestionarios. En el 81,6% de los casos fue autoadministrado y en el 18,4 % fue aplicado por el entrevistador.

Los datos sociodemográficos y psicosociales de los usuarios al inicio del estudio se presentan en la Tabla 1.

De ellos destacamos que la edad promedio fue de 40 años (DT= 15 años) (rango 18- 76 años), con un predominio del sexo femenino (87,8% mujeres, 12,2 % hombres). En cuanto a la distribución geográfica, 6 usuarios eran de Montevideo (12,2%) y 43 del Departamento de Canelones (87,8%), en particular de la zona de influencia del Centro de Salud de Ciudad de la Costa (14,3 %) y mayoritariamente de 2 policlínicas periféricas (n= 36) (73,5 %).

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Edad	M (DT)		Rango		N	%
	40,1 años (15 años)		18 – 76			
Usuarios por servicio						
Centro 1 - Canelones	15	30,6				
Centro 2 - Montevideo	6	12,2				
Centro 3 - Canelones	7	14,3				
Centro 4 - Canelones	21	42,9				
Sexo						
Masculino	6	12,2				
Femenino	43	87,8				
Estado civil						
Casado	11	22,4				
Unión libre	10	20,4				
Divorciado	2	4,1				
Separado	8	16,3				
Viudo	3	6,1				
Soltero	15	30,6				
Vive						
Solo	5	10,2				
Con algún familiar	43	87,8				
Con otros	1	2				
Educación						
Entre 3 y 6 de primaria	3	6,1				
Primaria completa	17	34,7				
1º ciclo completo*	18	36,7				
2º ciclo completo	10	20,4				
Estudios terciarios	1	2				
Religión						
Si	21	42,9				
No	28	57,1				
Cuál profesa (N= 21)						
Católica	15	71,4				
Evangélica	2	9,5				
Otros	4	19				

Nota: N = número de participantes, % = porcentaje, M= media, DT= desvío típico, * 1º o 2º ciclo completo de liceo o UTU.

La mayoría de los usuarios reportaron tener pareja estable (casado o en unión libre) (42,8 %), 30,6 % eran solteros y 26,5% estaban separados, divorciados o eran viudos. La mayor parte de los usuarios vivían con algún familiar (87,8%) mientras que un 10,2 % vivían solos.

El 51% de los usuarios no trabajaban por encontrarse de licencia médica prolongada, desarrollar tareas del hogar o estar jubilados. De los que trabajan el 50% era empleado privado, el 20,8 % lo hacía en servicio doméstico, un 16% hacía changas.

Un 57,1% declaró no profesar ninguna religión. Dentro de los que profesaban, el 71,4% profesaba la religión católica, el 19% otras religiones.

El nivel educativo alcanzado es bajo puesto que el 77,5 % no logró completar 2do ciclo de secundaria. Se trata de un grupo de personas con bajos ingresos, con un 32,6% que refiere que éstos no le alcanza.

5.2 Descripción de la intervención psicológica.

Los datos referidos a la frecuencia de los encuentros, tiempo de espera para la primera consulta, tiempo de espera para ser atendido, entre otras variables se presentan en la Tabla 2.

De ella se destaca que el número de consultas varió entre 2 y 19 encuentros con un promedio de 7,5 consultas por usuario y un desvío típico de 3,7 consultas. En 59,2% de los casos los usuarios fueron atendidos en forma semanal.

Casi 45% de los usuarios consultaban por primera vez en un servicio de Psicología, mientras que el 51% ya ha consultado anteriormente al menos una vez. En su amplia mayoría (63,8%) venían derivados por otro técnico de la salud o educación.

En relación a la demora para conseguir hora para la primera consulta, el 46,8 % de las personas refirió que fue menos de dos semanas. La amplia mayoría de los usuarios (88,9 %) destaca la puntualidad del servicio y el mantenimiento del día y hora acordada (97,8%). El mismo porcentaje refiere que el consultorio era adecuado.

Respecto a otros tratamientos recibidos, el 59,2% se encuentra en tratamiento farmacológico. De estos, en un 68,9 % se trata de psicofármacos: antidepresivos y ansiolíticos, en forma conjunta o por separado.

Tabla 2

Características de las intervenciones psicológicas.

Nº de consultas	M (DT) Rango			N	%
	7,5 (3,7)	2-19			
	N	%			
Primera vez que consulta a psicología			Consultorio adecuado		
Si	22	44,9	Si	44	97,8
No	25	51	No	1	2
Derivación (n= 47)			Cambio de consultorio		
Decisión propia	14	29,8	Si	11	22,4
Familiar o amigo	1	2,1	No	38	77,6
Técnico de la salud o educación	30	63,8	Motivo de consulta		
Otra institución o servicio	2	4,3	Angustia	13	26,5
Demora en conseguir hora (n=47)			Depresión	10	20,4
Menos de 2 semanas	22	46,8	Duelo	1	2
De 2 a 4 semanas	13	27,7	Vínculos familiares	7	14,3
Más de un mes	8	17	Violencia doméstica	6	12,2
Más de dos meses	4	8,5	Síntomas orgánicos	1	2,0
Frecuencia			Relación a embarazo	1	2,0
Semanal	29	59,2	Relación a enf. orgánica	2	4,1
Quincenal	19	38,8	Otros	8	16,3
Mensual	1	2	Tipo de intervención		
Espera en cada consulta (n=45)			Psicoeducación y orientación	8	16,3
Menos de 10 minutos	40	88,9	Diagnóstico psicológico	5	10,2
De 10 a 30 minutos	4	8,9	Intervención en crisis	4	8,2
Entre 30 y 60 minutos	1	2,2	Intervenciones breves	13	26,5
Duración consulta (usuario) (n= 45)			Tratamiento prolongado	18	36,7
30 minutos o menos	6	13,3	Seguimiento	1	2,0
Entre 30 y 45 minutos	16	35,6	Tratamiento farmacológico		
Entre 45 y 60 minutos	23	51,1	Si	29	59,2
Duración de consulta (psicólogo)			No	20	40,8
30 minutos	3	6,1	Tipo tratamiento (n= 29)		
Entre 30 y 45 minutos	29	59,2	Ansiolíticos	3	10,3
Entre 45 y 60 minutos	17	34,7	Antidepresivos	6	20,7
Se mantiene día y hora (n=45)			Ansio y antidep	11	37,9
Si	44	97,8	Ansio, antidep y otros*	4	13,8
No	1	2,2	Otros, no psicofármacos	5	17,2

Nota: N = número de participantes, % = porcentaje, M= media, DT= desvío típico, *otros psicofármacos

5.3 Evaluación de la satisfacción de usuarios.

El primer objetivo específico fue determinar el grado de satisfacción con la atención psicológica recibida.

La consistencia interna de la escala CSQ-8, indicada por el alfa de Cronbach, calculado para la muestra fue de 0,871, lo que indica niveles altos de confiabilidad (Cronbach, 1951).

El rango de respuestas fue entre un mínimo de 19 puntos y un máximo de 32 puntos con una mediana de 30 puntos lo que habla del efecto techo de la escala. Es decir, el 50 % de los puntajes esta por encima de 30 puntos. El 26,6 % de la muestra obtiene el puntaje 32 (máximo) de la escala.

Los usuarios señalaron muy altos índices de satisfacción, con una media para la satisfacción global (CSQ-8 Global) de 29,33 puntos (DT= 2,91) y un Promedio de Escala de 3,66 puntos (DT=0.36).

Dichos resultados pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

Puntuaciones medias, desviación típica, mínimos y máximos - CSQ-8 Global y por ítem.

	M	DT	Min	Max
CSQ-8 Global	29,33	2,91	19	32
CSQ-8 Global, escala 25-100	91,66	9,11	59,4	100
Promedio de Escala	3,66	0.36	2,4	4
Calidad de los servicios	3,71	,51	2	4
Recibió la clase de servicio que quería	3,62	,54	2	4
Llenó sus necesidades	3,31	,6	2	4
Recomendaría a un amigo	3,84	,37	3	4
Satisfecho con la cantidad de ayuda	3,71	,55	2	4
Afrontar los problemas más efectivamente	3,62	,54	2	4
Que tan satisfecho esta con el servicio recibido	3,67	,52	2	4
Volvería al mismo servicio	3,84	,37	3	4

Nota: M = media, DT = desviación típica, Min = mínimos, Max = máximos

La distribución según las categorías (clasificación de Marchand, 2011), el índice de insatisfacción DI-2 (Attkisson, comunicación personal), y las frecuencias de las respuestas para cada ítem se encuentran en la Tabla 4.

Encontramos que más del 90 % de los usuarios marcó los puntajes más altos de satisfacción en todos los ítems, mientras que el 100 % expresó que recomendaría el servicio a un amigo y volvería él mismo a consultar (incluye las respuestas: “creo que sí” y “definitivamente sí”).

No se registran respuestas de franca insatisfacción, correspondiente al puntaje 1 de la escala. Sin embargo el cálculo del índice de insatisfacción DI-2 mostró que el 11 % (n=5) tuvo alguna *reacción negativa* con el servicio ofrecido.

Tabla 4

Puntuaciones de la escala CSQ-8.

Puntaje total según Marchand (2011).		
	N	%
Insatisfecho o menos satisfecho (8-16)	0	0
Satisfecho (17-30)	25	55,6
Muy satisfecho (31-32)	20	44,4
Indice de Insatisfacción - DI-2.		
Insatisfecho	5	11
Satisfecho	40	88,9
Frecuencias y porcentajes por ítem - CSQ-8.		
<i>Calidad de los servicios</i>		
Malo	0	0
Regular	1	2,2
Bueno	11	24,4
Excelente	33	73,3
<i>Recibió la clase de servicio que quería</i>		
Definitivamente no	0	0
Creo que no	1	2,2
Generalmente si	15	33,3
Definitivamente si	29	64,4
<i>Llenó sus necesidades</i>		
Ninguna de mis necesidades fueron cumplidas	0	0
Solo algunas de mis necesidades fueron cumplidas	3	6,7
La mayor parte de mis necesidades fueron cumplidas	25	55,6
Casi todas mis necesidades fueron cumplidas	17	37,8
<i>Recomendaría a amigo</i>		
Definitivamente no	0	0
Creo que no	0	0
Creo que si	7	15,6
Definitivamente si	38	84,4
<i>Cantidad de ayuda</i>		
Muy insatisfecho	0	0
Moderadamente insatisfecho	2	4,4
Mayormente satisfecho	9	20,0
Muy satisfecho	34	75,6
<i>Afrontar problemas más efectivamente</i>		
No, parecería hacer las cosas peor	0	0
No, realmente no me han ayudado	1	2,2
Sí, me han ayudado algo	15	33,3
Sí, me han ayudado mucho	29	64,4
<i>Que tan satisfecho esta con el servicio recibido</i>		
Muy insatisfecho	0	0
Moderadamente insatisfecho	1	2,2
Mayormente satisfecho	13	28,9
Muy satisfecho	31	68,9
<i>Volvería al mismo servicio</i>		
Definitivamente no	0	0
Creo que no	0	0
Creo que si	7	15,6
Definitivamente si	38	84,4

Nota: N = número de participantes, % = porcentaje

Relación de satisfacción de usuarios y variables sociodemográficas.

No se encontró asociación entre variables sociodemográficas tales como sexo, edad, nivel de estudios, trabajo, religión con el nivel de satisfacción estudiado según las categorías de Marchand et al (2011) y por el índice de insatisfacción ID-2, excepto para estado civil. Los solteros expresaron menor insatisfacción comparados con los casados, siendo estos datos estadísticamente significativos (Tabla 5).

Tabla 5

Asociación de variables sociodemográficas y satisfacción de usuarios.

	Categorías CSQ-8 (Marchand et al, 2011)	Índice de insatisfacción 2 (ID2)
	p*	p*
Sexo	,447	,495
Edad - ≤39 vs >39	,566	,520
Estado civil - casado,u.libre vs otros	,119	,011
Estudios - < 2do.ciclo.completo vs otros	,067	,311
Ingresos - alcanza justo, no alcanza vs otros	,070	,124
Trabajo - si /no	,242	,520
Religión - si /no	,621	,277

* χ^2 p sig <0,05

Respuestas a las preguntas abiertas.

Para el análisis de las preguntas abiertas del CSQ-8, se construyó categorías a partir de las respuestas que brindaron los usuarios, tanto para los aspectos valorados como positivos, como para los aspectos que desearían cambiar del servicio.

Los datos encontrados se muestran en la Tabla 6.

De los 45 usuarios, 41 contestaron sobre lo que les gustó más y solo 20 aportaron alguna respuesta de lo que cambiarían, el resto respondió que no cambiaría "nada".

A la pregunta sobre qué les gustó más, las respuestas se agruparon en cuatro categorías: *actitud del profesional*, *logros obtenidos*, *características de la atención* y *el profesional como persona*.

Las respuestas que incluimos en la categoría *actitud del profesional* fueron las más frecuentes. Dentro de éstas, los usuarios manifestaron por ejemplo: “el interés, que te escuchen”, “la atención que te brinda”, “que me escuchen sin juzgar”, “la profesionalidad y la humanidad”.

Las siguientes en frecuencia fueron las respuestas referidas a *logros obtenidos* y *características de la atención*. Los logros destacados fueron: “me dice cosas que me dejan pensando”, “me ayuda a abrir mi cabeza, ver otros caminos”, “me ayuda a tener las cosas más claras y poder resolverlas”, “poder hablar, expresarme”. Respecto a las características de la atención declararon: “se toma su tiempo”, “la atención personalizada”, “que estuviera siempre, constante”, “la intimidad”, “la puntualidad”.

Por último, 3 usuarios hicieron mención directa a *el profesional como persona* expresando que lo que más les gustó fue “la psicóloga”, “la psicóloga es muy buena y profesional”.

Respecto a la pregunta: “Si pudiera cambiar algo, sería...?” se encontraron varios temas que se agruparon en *variables de estructura*, *variables de procesos* y *variables de resultados* (Donabedian, 1966).

Las respuestas más frecuentes fueron referidas a la *estructura*. Los usuarios dijeron por ejemplo: “pondría más profesionales y mejor pagos”, “más horarios”, “consultorio más cómodo, se escucha todo”, “mayor frecuencia en la atención”. Las siguientes en frecuencia fueron respuestas referidas al *proceso*. Los usuarios manifestaron: “que haya menor tiempo de espera para la primer consulta”, “que no hubiera esperas”, “mayor seguimiento”.

Finalmente, la variable *resultados*, tuvo una única mención: “quiero más respuestas, soluciones”.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de respuestas a las preguntas abiertas.

<i>Lo que más le gustó del servicio (n= 41)</i>	N	%
Actitud del profesional	22	53,7
Logros obtenidos	8	19,5
Características de la atención	8	19,5
El profesional como persona	3	7,3
<i>Si pudiera cambiar algo, sería (n= 20)</i>		
Estructura	15	75
Proceso	4	20
Resultados	1	5

Nota: N = número de participantes, % = porcentaje

5.4 Evaluación del bienestar psicológico.

El segundo objetivo específico del estudio fue determinar el grado de bienestar psicológico de los usuarios y evaluar si existían diferencias significativas en el reporte de malestar psicológico antes y después de recibir atención psicológica.

El cálculo de confiabilidad del cuestionario SCL-90-R mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,96 (Tabla 7) para el total del cuestionario, lo que indica niveles altos de confiabilidad. En las diferentes dimensiones, los valores del coeficiente alfa también son altos, con la excepción de Ideación Paranoide (0.63) y Sensibilidad Interpersonal (0,67) que estaban dentro de los márgenes de valores aceptables de confiabilidad para la comparación entre grupos (0.6 - 0.7).

Tabla 7

Confiabilidad SCL-90-R.

	Alfa de Cronbach	Nº de ítems
Escala global	,96	90
Somatización	,92	12
Obsesión	,81	10
Sensibilidad Interpersonal	,67	9
Depresión	,82	13
Ansiedad	,82	10
Hostilidad	,79	6
Ansiedad fóbica	,83	7
Ideación Paranoide	,63	6
Psicoticismo	,71	10

Los valores promedios del *Índice Global de Severidad (GSI)*, *índice Total de Síntomas Positivos (PST)*, *Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)* y las nueve dimensiones del SCL- 90-R, tanto en la evaluación inicial como en la final se muestran en la Tabla 8.

De ellos destacamos que la muestra estudiada se corresponde más con una población psiquiátrica ambulatoria femenina de nuestro país (sobre todo en la medición inicial) que con una población general (Najson et al, 2004). Las dimensiones sintomáticas que presentaron mayores valores de malestar psicológico fueron en orden decreciente: Ideación Paranoide, Somatización, Depresión y Obsesión.

Se observó que hay una disminución de todos los puntajes cuando se estudiaron las diferencias entre la evaluación inicial y la evaluación final lo que indica que hubo una disminución del malestar psicológico.

Se utilizó el test de t de Student para muestras relacionadas para determinar si estas diferencias eran estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos tanto en los tres índices globales como en las nueve dimensiones del SCL-90 R antes y después de la intervención psicológica.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas (<.05) para los tres índices: *Índice Global de Severidad (GSI)*, *índice Total de Síntomas Positivos (PST)* e

Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), lo que aporta evidencia a favor de que luego de tres meses de iniciada la intervención psicológica los usuarios disminuyen su sintomatología. Lo mismo puede observarse con el resto de las nueve dimensiones exploradas por el cuestionario, excepto en las dimensiones correspondientes a Somatización y Ansiedad Fóbica en las que no se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa.

Sin embargo, el tamaño del efecto de los cambios observados fue pequeño (0.2 - 0.5) para los tres índices y las nueve dimensiones.

Tabla 8

Puntuaciones medias, desviación típica, mínimos y máximos pre y post intervención. Comparación con baremos nacionales. Diferencia de medias, test t de Student y tamaño del efecto para las nueve dimensiones y tres índices globales - SCL 90R.

	Inicial				Final				Dif. Medias Ini - fin	Prueba t	p	Tam. del efecto				
	Media Pob	Media Psiq.	Mín	Máx	Media	DT	T	Min					Max	Media	DT	T
	Gen.	Ambul					Ini								fin	
Índice Global de Severidad (GSI)	,50	1,58	,1	2,9	1,19	,61	47	,2	2,4	,94	,60	42	,23	3,02	,004	,419
Total de Síntomas Positivos (PST)	28,77	55,03	8	84	47	17,4	36	16	88	40,1	17,8	34	6,53	3,29	,002	,407
Índice de Sintomatología Positiva (PSDI)	1,46	2,44	1,0	3,6	2,22	,69	46	1,1	3,6	2,00	,67	43	,22	2,66	,011	,329
Somatización	,56	1,47	,2	3,7	1,37	,82	50	,2	3,0	1,15	,80	47	,18	1,63	,110	,237
Obsesión	,67	1,68	,0	3,2	1,31	,71	46	,0	3,1	1,07	,76	44	,23	2,43	,019	,354
Sensibilidad Interpersonal	,65	1,60	,0	2,7	,99	,62	42	,0	2,1	,71	,59	40	,28	3,41	,001	,484
Depresión	,70	1,93	,1	3,2	1,35	,72	44	,1	2,6	1,07	,73	42	,22	2,33	,024	,346
Ansiedad	,43	1,63	,0	3,3	1,16	,75	47	,0	3,0	,88	,70	45	,25	3,26	,002	,361
Hostilidad	,46	1,85	,0	3,5	1,08	,85	45	,0	2,7	,78	,77	42	,26	2,46	,018	,328
Ansiedad fóbica	,15	,92	,0	2,9	,73	,81	52	,0	2,9	,54	,65	49	,19	1,86	,069	,239
Ideación Paranoide	,49	1,81	,0	3,3	1,41	,93	47	,0	2,8	1,16	,75	44	,28	2,69	,010	,301
Psicoticismo	,22	1,26	,0	2,4	1,02	,62	47	,0	2,6	,80	,64	46	,22	2,47	,017	,362

Nota: DT = desvío típico, Min=mínimo, Máx= máximo, Dif. Medias ini-fin= diferencias de medias entre inicial y final, p= significación estadística, Tam. del efecto= tamaño del efecto. Media Pob Gen= población general femenina uruguaya, Media Psiq. Ambul= población psiquiátrica ambulatoria femenina uruguaya, T ini, T fin= Valor T inicial y final, Baremo poblacional (Najson et al. 2004)

5.5 Evaluación del bienestar general y calidad de vida.

El tercer objetivo específico fue determinar el grado el bienestar general y calidad de vida de los usuarios con el cuestionario Promis Global Health Measure (PGHM) y evaluar si existen diferencias significativas antes y después de recibir atención psicológica.

El cálculo de la consistencia interna del cuestionario Promis Global Health Measure (PGHM) inicial mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,72 en la subescala de salud física global (SFG), lo que indica un buen nivel de confiabilidad. Sin embargo, en la subescala de salud mental global (SMG) el valor del coeficiente alfa fue 0,47, siendo éste un valor no aceptable de confiabilidad. Se volvió a calcular el coeficiente alfa de Cronbach para ambas subescalas para los puntajes de la segunda evaluación, se constató un aumento leve, obteniendo un valor de 0,76 para la SFG y 0,57 para la SMG.

Los datos de las puntuaciones del PGHM se encuentran en la Tabla 9. Se observó una pequeña diferencia entre la evaluación inicial y la evaluación final.

Se realizó el test t de Student para muestras relacionadas para determinar si estas diferencias eran estadísticamente significativas antes y después de la intervención. No se encontró diferencias significativas en ninguna de las subescalas estudiadas por lo que no se puede afirmar que los usuarios mejoran su bienestar general y su calidad de vida luego la intervención psicológica.

Tabla 9

Puntuaciones medias, desviación típica de las subescalas SFG y SMG pre y post intervención. PGHM.

	Inicial				Final				Dif. Medias ini-fin	Prueba t	p
	Mín	Máx	Media	DT	Mín	Máx	Media	DT			
SFG	23,50	57,70	40,69	8,28	16,20	61,90	40,82	9,25	,13	-,125	,901
SMG	28,80	56,00	40,57	6,52	28,40	56,00	42,41	6,39	1,66	-1,67	,102

Nota: DT = desvío típico, Min=mínimo, Máx= máximo, Dif. Medias ini-fin= diferencias de medias entre inicial y final, p= significación estadística.

5.6 Evaluación de la relación entre la mejoría en el bienestar psicológico y la satisfacción con la atención recibida.

El cuarto objetivo específico de este estudio fue determinar la relación entre los cambios en el reporte del bienestar psicológico, el bienestar general y la calidad de vida, antes y después de la intervención psicológica y la satisfacción de usuarios.

Para estudiar la correlación entre los cambios (Δ) en el bienestar psicológico antes y después de la intervención y la satisfacción de usuarios, en primer lugar, se creó y calculó una nueva variable, para conocer la mejoría sintomática en los puntajes de los índices: GSI (*Índice Global de Severidad*), PST (el *Total de Síntomas Positivos*) y PSDI (*Índice de Distrés de Síntomas Positivos*) y todas las dimensiones del SCL-90-R. Valores negativos de esta variable indica que la sintomatología empeoró.

Se realizó el test de t de Student para ver si habían diferencias significativas entre la mejoría de los usuarios satisfechos y los insatisfechos (índice ID2). Los usuarios satisfechos mejoran más que los insatisfechos en todos los índices y dimensiones aunque ninguno de los valores es estadísticamente significativo, con la excepción de la dimensión Sensibilidad Interpersonal ($p= ,035$). En varias dimensiones se puede observar incluso que los usuarios insatisfechos empeoran su sintomatología (valores negativos). En la tabla 10 se observan los resultados.

Luego se realizó el test de Spearman para estudiar la correlación entre mejoría sintomática y la satisfacción de usuarios. Para ello se correlacionó la “mejoría” con el índice de insatisfacción 2 (ID2) y con las categorías de Marchand et al (2011) “satisfecho” y “muy satisfecho”. Los resultados se presentan en la Tabla 11.

En relación al índice de insatisfacción ID2 y la satisfacción de usuarios, no se observan correlaciones estadísticamente significativas.

En relación a las categorías de Marchand et al. (2011) se encuentra, de acuerdo a lo esperado, una correlación entre la mejoría sintomática y la satisfacción de usuarios. Mejoran más los que están “muy satisfechos” en relación a los que están “satisfechos”. La correlación es estadísticamente significativa pero modesta para el GSI (*Índice Global de Severidad*) y el PST (*Índice Total de Síntomas Positivos*) y en cuatro de las nueve dimensiones (Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad y Hostilidad).

Los datos de bienestar general y calidad de vida no resultaron confiables (SMG) o no dieron una mejoría significativa (SFG) por lo cual no se realizó la comparación con los valores de SU.

Tabla 10

Promedio de las medias de la variable “mejoría” de los satisfechos y los insatisfechos (según índice ID2 del CSQ-8) en los tres índices y nueve dimensiones del SCL-90-R.

	Promedio de la mejoría de los satisfechos	Promedio de la mejoría de los insatisfechos	P
Δ GSI	,26	,02	NS
Δ PST	7,58	-1,8	NS
Δ PSDI	,23	,18	NS
Δ Somatización	,20	,02	NS
Δ Obsesión	,23	,26	NS
Δ Sensibilidad Interpersonal	,33	-,13	,035
Δ Depresión	,27	-,14	NS
Δ Ansiedad	,29	-,04	NS
Δ Hostilidad	,27	,17	NS
Δ Ansiedad fóbica	,22	-,03	NS
Δ Ideación paranoide	,33	-,13	NS
Δ Psicoticismo	,24	,04	NS

Nota: Δ= cambio valor inicial-final, p = valor de significación estadística de las diferencias, NS= no significativo

Tabla 11

Correlaciones de la satisfacción de usuarios y la variable “mejoría” en los tres índices y las nueve dimensiones del SCL-90-R.

	ID-2		Categorías CSQ-8 (Marchand et al, 2011)	
	r	p	r	P
Δ GSI	-,15	,326	,30	,044
Δ PST	-,21	,166	,38	,011
Δ PSDI	-,04	,790	,17	,263
Δ Somatización	-,05	,736	,20	,188
Δ Obsesión	,03	,859	,20	,192
Δ Sensibilidad Interpersonal	-,28	,065	,30	,044
Δ Depresión	-,17	,268	,30	,048
Δ Ansiedad	-,20	,190	,31	,038
Δ Hostilidad	-,12	,421	,31	,038
Δ Ansiedad fóbica	-,13	,379	,25	,103
Δ Ideación paranoide	-,10	,509	,05	,727
Δ Psicoticismo	-,11	,487	,23	,133

Nota: Δ= cambio valor inicial-final, ID-2 = Índice de insatisfacción 2, r = Coef. rho de correlación de Spearman, p<0.05 significación estadística

CAPITULO VI: Discusión

En los últimos años, la evaluación de resultados de los servicios de salud se ha vuelto una práctica corriente. La satisfacción del usuario, como medida de resultados del sistema de salud, se refiere al grado de conformidad con un servicio que pretende responder a determinadas necesidades de la población. Los estudios sobre satisfacción con servicios de atención psicológica y salud mental en el contexto latinoamericano son escasos, más aún en nuestro país. El reporte de la satisfacción de usuarios en relación a los servicios de salud ofrece información valiosa para las políticas y planificación sanitaria en tanto permite orientar y adecuar los servicios que se proveen, a los intereses y realidades de los usuarios.

El presente trabajo investiga el impacto de las intervenciones psicológicas y de la satisfacción de los usuarios en servicios de salud del Primer Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Específicamente, el objetivo del estudio fue indagar en qué medida los usuarios están satisfechos con la atención psicológica recibida y la relación con el bienestar psicológico, el bienestar general y calidad de vida, antes y después de las intervenciones psicológicas realizadas.

Como un paso previo a la evaluación de la satisfacción de usuarios, el bienestar psicológico, el bienestar general y calidad de vida se requirió evaluar la confiabilidad de los instrumentos.

Se encontró altos niveles de confiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 para el CSQ- 8, similar a los obtenidos por Larsen et al. (1979) y por Roberts y Attkisson (1983). Si bien este cuestionario ha sido extensamente estudiado y usado en una variedad de entornos y cuenta con una buena validez y confiabilidad, no había sido utilizado en nuestro medio. En este sentido, el presente estudio provee la primera experiencia local con dicho instrumento para la evaluación de la satisfacción de usuarios.

Hemos constatado ventajas y desventajas en el uso y aplicación del CSQ-8. Es un cuestionario muy breve, de fácil y rápida aplicación, que está disponible en español en un lenguaje sencillo y comprensible aún para usuarios con bajo nivel educativo como la muestra de este estudio. Mide la satisfacción general con un servicio y se puede utilizar en una variedad de entornos. Las preguntas abiertas resultan ser de utilidad para recoger aspectos que no están contenidos en el cuestionario. En esta investigación, los

usuarios se mostraron muy conformes con el hecho de que se les pidiera su opinión y muy dispuestos a colaborar. Sin embargo, el cuestionario ha sido criticado por algunos investigadores porque utiliza varias preguntas para indagar lo mismo (Feixas et al. 2012). Por ejemplo, pregunta: qué tan satisfecho está con el servicio recibido?, lo recomendaría a un amigo? volvería usted a consultar al mismo servicio? Este aspecto no ha sido una dificultad pero es cierto que algunas preguntas son muy similares y pueden llevar a respuestas repetitivas sin mayor reflexión. Autores provenientes del área del marketing plantean que dichas preguntas son las más importantes para confirmar la satisfacción (Reicheld, 2006). También existe la posibilidad de usar una versión aún más breve, eliminando así la repetición (CSQ-3 y CSQ-4). Otra desventaja es que las escalas CSQ no son de libre acceso, hay que solicitar el permiso y pagar por el número de usos.

El estudio de la confiabilidad del SCL 90- R obtuvo un valor del coeficiente alfa de Cronbach de 0,96 para el total del cuestionario lo que indica niveles altos de confiabilidad. Estos datos coinciden con los reportados por Najson et al. (2004) para la población general y población psiquiátrica ambulatoria con valores que van de 0.66 a 0.90. En las subescalas los valores del coeficiente alfa de Cronbach también son altos, con la excepción de ideación paranoide (0.63) y sensibilidad interpersonal (0,67) que se encuentran igualmente en valores aceptables de confiabilidad (0.6 - 0.7).

El cálculo de la consistencia interna del cuestionario Promis Global Health Measure (PGHM) mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,72 en la SFG lo que indica un buen nivel de confiabilidad. En la SMG el valor del coeficiente alfa fue 0,47 siendo un valor no aceptable de confiabilidad.

Uno de los factores que podría estar incidiendo en este valor es el tamaño pequeño de la muestra y las características de la misma, ya que presenta diferencias con la población general. Tampoco se trata de usuarios portadores de enfermedades crónicas o usuarios del segundo o tercer nivel de atención como han sido las muestras estudiadas en nuestro país con este instrumento (Padula et al, 2014).

Los datos observados permiten confirmar la hipótesis de un alto grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención psicológica del PNA estudiados. Si bien el cuestionario ha mostrado ser una medida útil de la satisfacción global con los servicios, tiene como limitación, un sesgo importante hacia los puntajes más altos de la escala (efecto techo). En este estudio encontramos que 90 % de los usuarios responden estar satisfechos o muy satisfechos en todos los ítems. En el caso de algunos ítems se observó que la totalidad de las personas reportaban estar

satisfechas o muy satisfechas como en el caso de las preguntas: “volvería a consultar al mismo servicio” y “recomendaría el servicio a un amigo”.

En otros estudios los usuarios también reportaron muy altos índices de satisfacción (Lehman y Zastowny, 1983; Rey, Plapp y Simpson, 1999; Eysers, et al., 1994; Heflinger, Sonnichsen & Brannan, 1996; Pekarik & Wolff, 1996; Salla et al, 2008). Los altos índices de satisfacción, aunque medidos con otro instrumento, coinciden con los reportados por el SAPPA (Unidad administrativa, SAPPA, 2015), que es un servicio de atención psicológica y psicoterapéutica universitario público gratuito. Este servicio utiliza *La encuesta de Satisfacción de Usuarios y el Formulario de Proceso Psicoterapéutico de los Profesionales Externos*. Encuentran que más del 80% de los usuarios están satisfechos con el servicio recibido. A su vez, los valores encontrados, son superiores a los resultados de las encuestas de cinco instituciones prestadoras de servicios de salud general, aunque no específicamente de servicios de atención psicológica, de instituciones privadas de nuestro país que reportan un 51% de SU (Aram y Laca, 2013). También son superiores a los valores de una encuesta realizada por la Corporación Latinobarómetro en el 2007 sobre SU con los servicios de salud general en América Latina, donde el 51% declaraba estar satisfecho (citado en Carve et al, 2011). Según dicha encuesta que incluía 18 países, el 7,9 % de la muestra de satisfechos eran uruguayos, siendo el país con mayor proporción de encuestados satisfechos de la muestra. Seguido por Venezuela con el 7,37% y Colombia con 6,95%.

El alto índice de satisfacción de usuarios es reportado en la bibliografía como el mayor problema que tienen las medidas de satisfacción de usuarios. Hay mucha literatura al respecto, incluso referida a servicios de salud mental (Denner & Halpenn, 1974, Frank, 1974, Goyne & Ladoux, 1973, Henchy & McDonald, 1973). Frank, Salzman, and Fergus (1977) observaron una preponderancia de respuestas positivas entre los ex pacientes externos de psicoterapia. Linn (1975) concluyó en su revisión que los niveles de satisfacción son muy altos, independientemente del método utilizado, la población muestreada, o el objetivo con el que se realiza la evaluación.

Este hallazgo puede ser interpretado de varias maneras. Puede pensarse que se debe al deseo del usuario de mostrar agradecimiento por el servicio recibido o con el profesional, más aún al tratarse de un servicio público y gratuito. La deseabilidad social, esto es, la tendencia de las personas a contestar de acuerdo a lo que creen que el entrevistador o la institución en la que se encuentra espera de ellos es otro

factor que puede afectar las respuestas. En futuros estudios podría agregarse alguna escala de deseabilidad social para detectar dicho efecto.

Estos aspectos pueden estar acentuados en el PNA y específicamente en las policlínicas periféricas donde el vínculo usuario-profesional es más cercano ya que el mismo profesional puede realizar diversas actividades que involucran al usuario y a sus familiares de forma más directa y horizontal.

También el temor del usuario a quedarse sin la atención, no querer perder o poner en riesgo este servicio por falta de opciones puede estar afectando el alto nivel de satisfacción con los servicios. Otro conjunto de razones puede relacionarse con que el instrumento no es adecuado para discriminar niveles de satisfacción en los puntajes más altos (Campbell, 1969).

En cuanto al estudio de los factores asociados a una alta satisfacción, **no se encontró asociación de variables sociodemográficas tales como sexo, edad, nivel de estudios, trabajo, religión con el nivel de satisfacción estudiados según las categorías de Marchand et al (2011) y por el índice de ID-2, excepto para estado civil.** Los solteros expresaron menor insatisfacción comparados con los casados, siendo estos datos estadísticamente significativos. Este dato contradice los hallazgos de la encuesta realizada por la Corporación Latinobarómetro en el 2007, citada anteriormente, sobre satisfacción de usuarios con los servicios de salud en América Latina, donde los casados o en unión libre eran los mayormente satisfechos (Informe Latinobarómetro 2007, citado en Carve et al, 2011).

Hay estudios que indican que la satisfacción de usuarios no correlaciona significativamente con variables sociodemográficas y psicosociales tales como: sexo, edad, estado civil, años de educación o ingresos (Larsen et al, 1979; Hall y Dorman 1990; Barber, Tischler & Healy, 2006; Serrano del Rosal y Lorient Arín, 2008). Por el contrario, otros estudios (Crow et al, 2002; Deaton, 2008) reportan una alta significación de la variable edad, por ejemplo, como determinante de la satisfacción pero llegan a conclusiones contradictorias. No obstante, se observó que los usuarios con menor nivel educativo tienen una mayor probabilidad de estar satisfechos con los servicios de salud (Informe Latinobarómetro, 2007 citado en Carve et al, 2011). Si bien los datos encontrados no son significativos, la muestra se caracterizó por un nivel educativo bajo, lo que puede aportar a explicar los altos índices de satisfacción encontrados. En este sentido, los más educados serían los más conscientes de las deficiencias de un servicio y es más probable que manifiesten mayor exigencia con el mismo. Sin embargo, en la muestra también se identificó que los usuarios tenían bajos

ingresos y aunque se utiliza una variable aproximada para conocer el nivel de ingreso de los usuarios, el bajo nivel de ingreso se encuentra asociado con un menor nivel de satisfacción (Informe Latinobarómetro, 2007 citado en Carve et al, 2011).

En conclusión, el tamaño de la muestra, los altos índices de satisfacción de usuarios y el marcado efecto techo que presenta la escala CSQ-8 puede estar incidiendo en estos resultados. No fue posible diferenciar adecuadamente a los usuarios por niveles de satisfacción y estudiar posibles asociaciones entre variables y/o factores de insatisfacción con el servicio que seguramente puedan existir.

Con respecto a las variables de las intervenciones psicológicas si bien no se estudiaron específicamente las asociaciones por los motivos anteriormente señalados, se encuentran algunos datos a destacar. En el presente estudio, el 46,8% (n=22) refiere que la demora para conseguir hora para la primera consulta fue menos de 2 semanas. Este dato no sería confiable por varios motivos. Por un lado, la forma de preguntarlo no es simple, en general el usuario manifiesta que no se acuerda con certeza la duración precisa de la demora. Se opta entonces por tomar la fecha de cuando concurre por primera vez al servicio y compararlo con la fecha de la primera consulta. Por otro parte, observamos que los servicios tienen distinto funcionamiento y organización de la agenda. Algunos tienen lista de espera, otros dan algunos números cada 3 meses, algunos tienen un funcionario administrativo y en otros casos, es el mismo profesional que da las horas. Seguramente el plazo de menos de 2 semanas corresponde a los servicios que dan hora cada 3 meses. De todos modos, llama la atención el bajo porcentaje que responde más de 2 meses (8,5 %, n=4).

La amplia mayoría de los usuarios (88,9%, n=40) destaca la puntualidad del servicio y el mantenimiento del día y hora acordada (97, 8%, n=44). Los tiempos de espera (espera primera consulta, espera en la consulta) afectan negativamente la satisfacción de usuarios (Barber y Teaschley, 2006 citado en Bunge 2014), impactando mayormente el tiempo de espera para la primera consulta (Carve et al., 2011). A estas variables se las denomina costos no monetarios. Si bien los datos de espera para la primera consulta no son fiables por las razones antes explicadas, la puntualidad y constancia de servicio, pueden haber tenido también un peso importante en la satisfacción de los usuarios.

El 89,8 % (n=44) de nuestra muestra refiere que el consultorio era adecuado, aunque en muchos de esos locales pueden tener deficiencias marcadas. Es probable que esta población de usuarios no se muestre crítica al respecto o no lo manifieste.

Solamente un usuario menciona el consultorio en una respuesta a la pregunta abierta de qué cambiaría. En algunos casos (22,4%, n=11), según el profesional, hubo que cambiar de consultorio, aunque no se indagó el motivo. El más probable en algunos lugares es porque estuviera ocupado por otro profesional, y en un caso, el servicio estaba en reformas.

La bibliografía tampoco es contundente con respecto a la asociación entre satisfacción de usuarios y otras variables del tratamiento por ejemplo con cantidad de consultas, tratamientos previos o motivo de consulta (Larsen et al, 1979). Sin embargo, se señala que habría una mayor tendencia a la asociación de éste tipo de variables con la satisfacción de usuarios en comparación con las variables sociodemográficas (Lebow, 1983).

En síntesis, de los datos recabados se puede afirmar que el proceso de atención es bueno, debido a que la mayoría de los usuarios (59,2%, n= 29) recibe atención semanal, de entre 45 y 60 minutos de duración de la consulta, en forma puntual. Así mismo, se mantiene el día y la hora pautada y no se cambia de consultorio según la opinión de la mayoría de los usuarios.

Las carencias de la escala para poder discriminar niveles o aspectos con los cuales los usuarios están menos satisfechos, es parcialmente compensada con los aportes de las preguntas abiertas que incluye el mismo cuestionario. En concordancia con los altos niveles de satisfacción, se encontró el doble de respuestas en la pregunta que indagaba lo que le gustó más del servicio que en la que preguntaba qué cambiaría del mismo.

No se estudió específicamente este aspecto por lo que no se pudo confirmar los hallazgos de Perreault et al. (1993) respecto a que los usuarios insatisfechos tienden a responder más a través de preguntas abiertas. El investigador también halló que, la administración oral facilita la respuesta a las preguntas abiertas por sobre la administración escrita y que los comentarios sobre aspectos insatisfechos se expresan mayormente en contextos cualitativos. No hubo personas insatisfechas en este estudio según el criterio de Marchand (2011), pero mediante el cálculo del Índice de Insatisfacción 2, fue posible detectar que en 5 usuarios hubo alguna *reacción negativa* a algún aspecto. Es decir, que éstos usuarios tuvieron las condiciones más adecuadas para poder expresar su insatisfacción, si lo hubieran querido hacer.

Con respecto al contenido en dichas preguntas abiertas, se observaron resultados y respuestas coherentes con las definiciones teóricas de la satisfacción de usuarios que resaltan la multidimensionalidad del constructo. Asimismo, nuestros resultados destacan la relevancia de incorporar la satisfacción de usuarios como dimensión de la calidad de los servicios de salud y también la importancia de tomar en cuenta la perspectiva del usuario para tener una evaluación más completa del servicio ya que éstos aportan una fuente de información diferente pero igualmente válida (Attkisson et al., 1978; Strupp & Hadley, 1977; Waskow y Parloff, 1975).

En el análisis realizado se identificaron las siguientes categorías para los aspectos positivos: a) actitud del profesional, b) logros obtenidos, c) características de la atención, y d) el profesional como persona. Para los aspectos negativos las categorías fueron a) estructura, b) proceso y c) resultados. Estas categorías coinciden o son similares a las propuestas por Donabedian (1966); Harris y Poertner (1998) y Biering (2010), entre otros autores. La variedad de las categorías reportadas resalta la importancia de que al evaluar la satisfacción de usuarios se contemplen sus múltiples dimensiones y sugieren que los usuarios son capaces de expresar sus opiniones acerca de cómo los servicios podrían ser brindados de una manera más satisfactoria (Stallard, 2001). Se observa que la categoría “resultados” o “logros obtenidos” aparece tanto en los aspectos positivos como negativos, aunque en éste último, en mucha menor frecuencia, resaltando la importancia de esta dimensión dentro de la SU.

Al discriminar las respuestas reportados por los usuarios se destacan que la “actitud del profesional” fue la categoría positiva más frecuente. Junto con la categoría “características de la atención” que le sigue en frecuencia, resaltan la importancia que por ejemplo Feletti et al., (1986) y Dickens (1994) entre otros, le dan a las dimensiones concernientes a la relación usuario-profesional (competencia técnica, actitud, empatía, comunicación, confianza). La categoría estructura fue la más frecuente de las categorías negativas. Los usuarios señalan aspectos relacionados con los pocos recursos humanos disponibles, la necesidad de incorporar más profesionales que hagan posible una mayor disponibilidad de horarios y mayor frecuencia de la atención (Belfer, 2008).

Los altos índices de satisfacción encontrados confirman nuestras presunciones de hallar altos porcentajes de usuarios satisfechos con la atención psicológica, y por tanto, nos sugieren que los servicios que se brindan en el PNA son de buena calidad. Numerosos estudios empíricos sostienen que la satisfacción de los usuarios es un buen indicador de la calidad del servicio (Rees-Lewis, 1994; Serrano del Rosal &

Biedma, 2005; Steiber, 1998; Valdés, Molina & Solís, 2001; Valenstein, et al., 2004). De todos modos, las medidas de satisfacción de usuarios 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).

De los datos surge también que los usuarios mejoran respecto al bienestar psicológico, medido a través del SCL- 90, luego de los tres meses de iniciada la intervención psicológica, confirmando nuestra segunda hipótesis. Además, se encontró que la muestra estudiada parece tener características más cercanas a la población psiquiátrica ambulatoria de nuestro país que a la población general (Najson et al, 2004), aunque sean usuarios de servicios del primer nivel de atención. Se necesitarían futuros estudios con muestras seleccionadas aleatoriamente entre usuarios del primer nivel de atención para ver si este hallazgo encontrado en el perfil del SCL-R se repite.

Las dimensiones sintomáticas que presentaron mayores valores de malestar fueron en orden decreciente: ideación paranoide, somatización, depresión y obsesión. En relación al bienestar psicológico, se observan diferencias estadísticamente significativas para los tres índices (*índice Global de Severidad (GSI)*, *índice Total de Síntomas Positivos (PST)* e *índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)*), lo que aporta evidencia a favor de que los usuarios disminuyen su sintomatología. Lo mismo puede observarse con el resto de las nueve dimensiones exploradas por el cuestionario, excepto en la dimensión correspondiente a somatización y ansiedad fóbica que no se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa. Este resultado es esperable si se toma en cuenta que estas dimensiones requieren intervenciones terapéuticas específicas.

El tamaño del efecto de los cambios observados fue significativo aunque pequeño (0.2-0.5) para los tres índices y las nueve dimensiones. Es de destacar que estos datos se registran a los 3 meses de iniciada la intervención mientras que, Lambert y Bergin (1994) sostienen luego de una amplia revisión de estudios meta-analíticos, que el tiempo en el que se reportan mayormente las mejorías clínicamente significativas es aproximadamente a los 6 meses.

El tipo de intervención que más se realizó fue la psicoterapia, seguidas por las intervenciones breves (hasta 12 consultas) (63,2%, n=31). Este dato resulta

contradictorio con la percepción que se tiene de las prestaciones en el PNA, a nivel público, en el sentido de que los servicios de PNA mayoritariamente realizan intervenciones puntuales y acotadas. Una explicación posible se relaciona con el perfil de formación de los psicólogos que allí trabajan, ya que son en su mayoría psicólogos clínicos.

Por otra parte, resulta interesante este hallazgo ya que permiten comparar con datos de investigaciones de resultados en psicoterapia. Nuestros datos parecen apuntar en la misma dirección que los hallazgos de Hansen, Lambert y Forman (2002) ya que en una revisión de psicoterapia en ensayos clínicos aleatorios, encuentran que se requiere una media de 12,7 consultas para que el 58% de los usuarios mejoren.

Estos datos pueden ser interpretados también como buenos indicadores de efectividad de las intervenciones a la luz de las investigaciones que han reportado que el mayor impacto de la psicoterapia se produciría hasta la séptima consulta, observándose cambios en un 30-40 % de los usuarios durante las 3 primeras consultas y en un 50-60 % durante el período de la cuarta a la séptima consulta (Horvath & Greenberg, 1986; Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986).

En nuestro estudio la media del número de consultas fue 7,5 (DT= 3,7). Sin embargo, Hansen y cols, (2002), señalan que la mayoría de los pacientes en contextos naturales acuden de hecho a pocas consultas (media de 4) y que en dichas circunstancias menos del 10 % de los usuarios muestran cambios clínicamente significativos (Hansen y cols., 2002).

Es posible pensar asimismo, que los usuarios atribuyen su mejoría a la intervención psicológica y no a otros factores, debido a que en la pregunta " le ha ayudado la atención recibida a afrontar sus problemas en forma más efectiva? el 64,4 % (n=29) responde "sí, me han ayudado mucho". Es muy improbable que los cambios sintomáticos sean resultado del mero paso del tiempo.

También ha sido reportado en la bibliografía que la estabilidad de los aspectos formales, como en este estudio, producen mejores resultados (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Respecto a las características de la muestra, el hecho de que se asemeje en su perfil sintomático (SCL-90R) a la población psiquiátrica ambulatoria, lleva a reflexionar sobre la formación y el número de los profesionales que conforman los Equipos del Primer Nivel de Atención, ya que se esperaba encontrar otro perfil de usuarios. En este sentido, nuestro trabajo aporta elementos que pueden favorecer el debate sobre la

conformación de dichos equipos y a la necesaria articulación de servicios entre los EPN, los ESM y la comunidad, para actuar en forma coordinada y efectiva.

En cuanto a la relación entre el bienestar psicológico y la satisfacción con la atención, se encontró una correlación entre la mejoría sintomática y la satisfacción de usuarios confirmando nuestra última hipótesis.

De los datos se desprende, que mejoran más los usuarios que están muy satisfechos en relación a los que están satisfechos (Marchand, 2011). Esta correlación es estadísticamente significativa aunque modesta para el GSI (*índice Global de Severidad*) y el PST (*índice Total de Síntomas Positivos*) y en cuatro de las nueve dimensiones (sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y hostilidad) del SCL-90-R. También se encontró que los usuarios satisfechos mejoran más que los insatisfechos (ID2) pero estos datos no fueron estadísticamente significativos.

Estos hallazgos, aportan datos en el sentido de que el enfoque de satisfacción de usuarios, aun siendo un indicador subjetivo, es una medida válida de resultados relacionada con otro tipo de indicador objetivo de resultados como es la mejoría sintomática.

Sin embargo, en la literatura relevada, los estudios sobre la relación entre satisfacción de usuarios, la eficacia y la efectividad de las intervenciones no aportan resultados concluyentes. Un estudio de Larsen et al. (1979), con pacientes de servicios de salud mental ambulatorios, utiliza tres dimensiones del SCL-90 y encuentra una correlación moderada a baja con la satisfacción medida con el SCQ-8, en un período corto de cuatro semanas. Señala también que los datos sugieren que los usuarios son capaces de diferenciar satisfacción con el tratamiento de los resultados del mismo. Estudios posteriores confirman estos hallazgos y sostienen además que la satisfacción global no resulta simplemente de la disminución sintomática (Attkisson & Zwick, 1982), que los buenos resultados terapéuticos si bien influyen no determinan la satisfacción del usuario (Moré, M. 2003) y que la relación entre satisfacción de usuarios y otras medidas de resultados, como las reportadas por los profesionales es débil (Lebow, 1983).

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, otro estudio llevado a cabo 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 hijo (Bjørngaard, et al., 2008). Rey, O'Brien y Walter (2002) sostienen, por el contrario, que la satisfacción de usuarios sí estaría relacionada con el resultado del tratamiento y evaluarla podría servir como indicador de que los servicios brindados son adecuados.

En suma, los datos del estudio permitieron confirmar tres de las cuatro hipótesis planteadas.

En la hipótesis 1 se esperaba encontrar un alto porcentaje de los usuarios con un grado de satisfacción moderado a alto. Efectivamente encontramos que más del 90 % de los usuarios responden estar satisfechos o muy satisfechos en todos los ítems. En el caso de algunos ítems se observó que la totalidad de las personas reportaban estar satisfechas o muy satisfechas.

En la hipótesis 2 se esperaba hallar una mejoría significativa en el bienestar psicológico reportado por los usuarios después de la atención psicológica. Encontramos que los usuarios mejoran respecto al bienestar psicológico, luego de los tres meses de iniciada la intervención psicológica disminuyendo significativamente su sintomatología.

En la hipótesis 3 se esperaba encontrar una diferencia significativa entre el bienestar general y calidad de vida de los usuarios antes y después de la atención psicológica. Esta hipótesis no fue confirmada ya que la SMG no resultó confiable y no se encontró diferencias significativas en la SFG.

En la hipótesis 4 se esperaba que hallar una asociación positiva entre la mejoría del bienestar psicológico, el bienestar general y la calidad de vida de los usuarios y la satisfacción con la intervención, de modo que los usuarios con mayor mejoría estuvieran más satisfechos. Esta hipótesis se corroboró parcialmente, los usuarios que mejoran más en su bienestar psicológico también están más satisfechos con la atención. Pero no se pudo confirmar lo mismo para el bienestar general y la calidad de vida por las razones antes expuestas.

Además de la confirmación de nuestras hipótesis el estudio presenta otras fortalezas.

Se trata de un estudio naturalístico con el modelo “antes” y “después”, en el que se pretende reflejar la práctica clínica diaria que se realiza en el PNA, desde la cual poder extraer conclusiones del servicio tal cual se brinda en su ambiente natural. Se trabajó con usuarios y psicólogos en las condiciones habituales en que se realizan las intervenciones psicológicas.

En este sentido se pudo hallar que el proceso de atención que se brinda es muy adecuado, las intervenciones que se realizan resultan efectivas y que los servicios que se ofrecen son de buena calidad. Además aporta información concreta relevante de los propios destinatarios del servicio para la planificación y adecuación de los mismos a sus necesidades.

En lo que refiere a la utilización de instrumentos de medida se debe destacar que el estudio también aporta evidencia de la posibilidad de implementar la utilización rutinaria de los mismos en la práctica clínica. En este estudio fueron muy bien aceptados por los usuarios y los datos obtenidos mostraron ser de utilidad clínica y para la investigación.

En concreto, se utilizó una escala (CSQ-8) que cuenta con excelentes propiedades psicométricas y que es usada en varios servicios de salud mental a nivel mundial. En este sentido, el presente estudio provee la primera experiencia local con dicho instrumento para la evaluación de la satisfacción de usuarios. Al respecto se han constatado ventajas y desventajas de su uso y aplicación en nuestro medio.

La utilización del SCL 90- R también fue un acierto ya que es uno de los pocos cuestionarios que ha sido validado y baremado para nuestra población general y población psiquiátrica ambulatoria (Najson et al. ,2004) brindando también información útil y confiable.

Sin embargo el estudio presenta limitaciones. Estas limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Las mismas deberán ser subsanadas en futuros estudios sobre la temática para aumentar el nivel de evidencia aportado.

La principal limitación es que se trata de una muestra de conveniencia, pequeña, que abarcó una región limitada de nuestro país, por lo tanto los datos no pueden ser generalizados a todos los usuarios de centros del PNA.

La tasa de respuesta en éste estudio fue alta y no hubo una pérdida significativa de usuarios (8,2%, n= 4). Los estudios de satisfacción suelen presentar bajas tasas de respuesta, numerosos estudios reportaron tasas inferiores al 40% (Perreault, et al., 1993; Clare, 1995). Pero al ser una muestra pequeña los resultados pueden verse afectados. En 3 de los 4 casos perdidos, no se pudo ubicar telefónicamente a las personas y fueron usuarios que no pudieron sostener la intervención que se había pautado. Esta es una dificultad frecuente de los usuarios que se atienden en los servicios de la RAP-ASSE, que dadas sus características, pueden solicitar la consulta psicológica y luego la misma no se pueda realizar o sostener en el tiempo por diversos motivos.

Por otro lado, también se podría contar con un sesgo en la medición de la satisfacción del usuario, producto de que los cuestionarios fueron entregados por los mismos profesionales que brindaban los servicios y la posibilidad de sesgos selectivos no se puede descartar (Bjørngaard, et al., 2008). Esto se puede deber a que los profesionales podrían considerar inapropiado entregar los cuestionarios a determinados usuarios. En este sentido, se desconoce cuántos usuarios consultaron en los servicios durante el período del estudio y si los usuarios que conforman la muestra presentan características particulares.

En relación a las escalas utilizadas, el marcado efecto techo del SCQ- 8 no permitió discriminar niveles de satisfacción entre los usuarios y estudiar adecuadamente posibles asociaciones entre variables y/o factores de insatisfacción con el servicio.

La baja confiabilidad del PMG fue un hallazgo inesperado por lo que no se pudo estudiar la relación con la satisfacción. El hecho de no encontrar diferencias significativas en la PFG, puede ser esperable al tratarse de intervenciones psicológicas.

Finalmente, por tratarse de un estudio naturalístico, no se tomó en cuenta la orientación teórica del profesional que de hecho en nuestra muestra fue similar. Igualmente, los estudios de eficacia sostienen el efecto 'pajaro dodo' (Wampold & Luvorsky, 1998), que se refieren a 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 satisfacción de usuarios.

Por otra parte, también existen limitaciones generales propias de la investigación clínica de resultados reportados por los usuarios en todos los servicios de salud y nuestro país no está exento.

Específicamente en los servicios de atención psicológica y de salud mental hay una gran demanda de atención y escasas horas y profesionales que puedan cubrirlas. Los profesionales realizan una gran variedad de tareas y no todos están dispuestos a incluir la investigación como una más en forma sistemática. También, hay rotación de los cargos y no hay suplentes para cubrir las vacantes o licencias, entre otras condiciones. La formación y relación con las tareas de investigación de los profesionales que allí trabajan, da cuenta de los prejuicios y escasa motivación para participar de las mismas. Strasser y Davis (1991) sostienen que los costos más altos para medir la satisfacción de usuarios son los debidos a la resistencia a la evaluación por el personal de salud, por diversas causas. Muchos no consideran al usuario como parte activa del sistema, visualizan la evaluación como una amenaza para su trabajo, entre otros motivos. Sin embargo, estos autores sostienen que la resistencia se puede neutralizar si la información recolectada se utiliza positivamente y se incluye a todos los actores involucrados en el diseño del sistema de evaluación de la satisfacción de usuarios.

6.1. Conclusiones

Dada la escasez de estudios en relación a la temática en el contexto local así como a la evaluación de servicios de salud, en especial de salud mental y atención psicológica, los resultados encontrados constituyen una fuente de información relevante a ser tenida en cuenta por todos los actores involucrados en el SNIS.

La evaluación de la satisfacción de usuarios con la atención psicológica es un proceso factible y válido. Al estar relacionada, además, como en este estudio, con el resultado de tratamiento, podría servir como indicador de que los servicios brindados son adecuados.

Se destaca la importancia y necesidad de incorporar a los usuarios en la evaluación de los servicios de salud que reciben ya que a la luz de datos recabados se constata que los usuarios tienen la capacidad de distinguir una atención de calidad.

La opinión de los usuarios es fundamental a la hora de efectuar modificaciones en los diversos servicios, ya que nadie sabe mejor que ellos cuáles son las características de la atención que los mantiene en el sistema y que a su vez permite aumentar la probabilidad de mejorar su estado de salud; así como también son los usuarios quienes saben cuáles son aquellos factores que los distancian del sistema público, disminuyendo su motivación y adherencia a diversos tratamientos, aumentando su nivel de riesgo.

El desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de la atención psicológica requiere del concurso de todos los implicados en el servicio prestado y debe asegurarse mecanismos que motiven la participación de los mismos.

6.2. Recomendaciones

En base a nuestros resultados, se recomienda que todos los servicios del PNA adopten un protocolo de evaluación de resultados similar al usado en este estudio tanto para ser usado en otras investigaciones como para la evaluación clínica periódica. Dos de las escalas utilizadas CSQ-8 y SCL-90-R, fueron confiables y brindaron información relevante.

En relación a futuras investigaciones sobre la temática, las mismas deberían apuntar a comprender qué aspectos contribuyen a que se reporten niveles elevados de satisfacción de usuarios para ayudar a diseñar servicios más efectivos. Sería interesante replicar esta investigación con muestras mayores y poder analizar la satisfacción de usuarios en relación a las características socio-demográficas y otras variables tales como: si es la primera vez que consulta en un servicio de atención psicológica, si viene por iniciativa propia o derivado, la deserción en los tratamientos, entre otros.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, J. Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104, 771-776.
- Aran D, Laca H. (2013). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mex*, 53(2), 265-274.
- Arbulo, V., Buglioli, M., Cabrera, V., Fry, M., Pradere, G., Prieto A., Rodríguez M., Toledo, A., Vivas P. (2010). Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay. (Documentos de Trabajo Economía de la Salud No 1/10, Ministerio de Salud Pública). ISSN: 1688 – 6704.
- Arenas, Y., Fuentes, V. y Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría CEDIUC. *EPAS*, 10(1), 15-17.
- Atkinson, S. J. (1993). Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 283-299.
- Attkisson, C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome *Evaluation and Program Planning*, Vol 5(3), 233-237. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- 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)
- 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.
- 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.
- 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.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 226-36.
- Benelli, L., Díaz, R., Martínez, C., Pilatti, A., Princisgh, A., Suhr, E. y Taberne, C. (2010) Impacto de la reforma sanitaria sobre un efector público del primer nivel de atención del interior del Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5 (2), 18-36.

- Benia, W. y Medina, G. (2011). Construcción de una red continente. APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay. 2005- 2009. En: E. Levcovitz, G. Antonioli, D. Sánchez y M. Fernández Galeano, (Eds). (2011). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: OPS.
- Benia, W. y Reyes, I. (2008). *Temas de Salud Pública*. Departamento de Medicina Preventiva y Social (Vol. 1, pp.115-116). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. C. y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug.*, 68(2), 99-19.
- Bettini, M., Korovsky, G., Reigía, M., Szteren, L. y Valdéz, L. (2009). Psicólogas de Área de ASSE. Memorias, Período: Año 2009.
- Bilbrey J, Bilbrey P. (1995) Judging, trusting, and utilizing outcomes data: a survey of behavioral healthcare payors *Behav Healthc Tomorrow*. Jul-Aug;4 (4), 62-5.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Bjørngaard, J. H., Wessel, A. H., Osborg, O. S. y 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
- Bleich, S., Emre, O. y Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401/en/>
- Bless D.I. (1996). Identificación of empirically supported psychological interventions. *Clinician's Research Digest*, 1-2 (Supplemental Bulletin 14).
- Botella, L. y Corbella, S. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Bowers, M. R., Swan, J. E. y Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Management Review*, 19(4), 49-55.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). What is thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bunge E. (2012). *Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental para niños y adolescentes desde la perspectiva del paciente y el cuidador*. (Tesis Doctoral). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

- Bunge, E. L., Barilá, C. V., Sánchez, N. A. y Maglio, A. L. (2014). Satisfacción con los servicios de salud mental para niños y adolescentes según el sexo de los usuarios y profesionales VERTEX. *Rev. Arg. de Psiquiat*, 25, 165-171.
- Cabarcas, I., Montes, A. y Ortega, G. (2009). Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Actual. Enferm.*, 12(1), 8-11.
- Caétano, M., Rydel, D., Sica, S y Ventre, G. (2009). Desde la salud mental a la salud integral. Psicólogos en el primer nivel de atención, reflexiones primarias. En *IV Congreso de la Sociedad de Psicólogos de Salud Pública*. Montevideo, Uruguay.
- Calatayud, F.M. (1999). *Psicología y salud en el mundo actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Calatayud, F.M. (2009). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Koyatún.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients - a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Campbell, D. T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.
- Car-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 14, 236-49.
- Carve, M. V., Galati, N., y Zak, D. (2011). Satisfacción con los servicios de salud: Una mirada a América Latina .(Tesis de Grado). Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, Uruguay.
Recuperado de <http://www.zak-icg.com/admin/material/archanalisis29.pdf>
- Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K., Reeve, B., Ader, D., Fries, JF, Bruce, B., Rose, M. & PROMIS Cooperative Group.(2007). The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years. *Medical Care* 45, 5, Suppl 1, S3-S11.
- Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Chile: OPS
Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Contreras E. (2007). Diseño y validación de instrumentos de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit*, 21(2), 106-13.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from

a systematic review of the literature, University of Southampton, *Health Technology Assessment*, 6, 32.

Deaton, A. (2008), Income, health and wellbeing around the world: evidence from the Gallup world poll. *J Econ Perspect*, 22(2), 53-72.

Delgado, M., Vázquez, M. y Moraes, L., (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud pública*, 12(4), 533-545.

Denner B, Halprin F. (1974). Clients and therapists evaluate clinical services. *American Journal of Community Psychology*, 2, 373–378.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., y Covi, L. (1973). The SCL–90: An outpatient psychiatric rating scale - Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.

Dickens, P. (1994). *Quality and excellence in human services*. Chichester: Wiley.

Dirección de Salud Mental de ASSE (2009). Encuesta de Satisfacción de Usuarios. No publicado.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, *ML Health Administration Press*, 1-31.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública España*, 78, 3-6.

Donabedian, A. (1991). Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Control de calidad asistencia*, 6(2), 31-39.

Donabedian, A. (1992). The Lichfield lecture. Quality assurance on health care: consumers' role. *Qual Health Care*, 247-251.

Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública México*, 35, 238-247.

Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., y 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.

- Elliot, R. (1998). A guide to empirically supported treatment controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2),115-125.
- Escuela de gobierno en salud pública, (2014). RISS en Uruguay: estrategia para disminuir la fragmentación en el Sistema Nacional Integrado de Salud, Uruguay: MSP-BPS-UDELAR-OPS.
- España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico_2007_2012.pdf.
- Estudio de la calidad de vida y salud mental de los funcionarios docentes y no docentes de la Udelar. (2011) .Grupo de Investigación y Evaluación del Programa de Salud Mental de la Udelar. http://www.bienestar.edu.uy/sites/default/files/Informe%20Encuesta_calidad_de_vida.pdf.
- Eyers, K., Brodaty, H., Roy, K., Parker, G., Boyce, P., Wilhelm, K. y Mitchell, P. (1994). Patient satisfaction with a mood disorder unit: Elements and components. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 279-287.
- Feletti, G., Firman, D. y Sanson-Fisher, R. (1986). Patient satisfaction with primary-careconsultation, *J Behav Med*, 9, 389-399.
- Fitzpatrick R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. En R. Fitzpatrick, A.Hopkins (Eds).(1993). *Measurement of patients' satisfaction with their care*. (pp.1-17). London: Royal College of Physicians,.
- Fitzpatrick, R. y Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Social Health Illness*, 5, 297-311.
- Fonagy P. (Coord). (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Recuperado de http://www.ipa.org.uk/IPA_Docs/Open%20Door%202002.pdf
- Forrest, T. P., Strupp, H.H. y Butler, S. F. (Eds) (1994). *Psychotherapy Research and Practice: bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Francolino, C., Najson, S.y Viera, M. (2006). *Proyecto de investigación Análisis de las características de las intervenciones psicoterapéuticas y evaluaciones de sus resultados en usuarios del Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (SAPPA) mayores de 18 años*. (Trabajo inédito).
- Frank R, Salzman K, Fergus E. (1977). Correlates of consumer satisfaction with outpatient therapy assessed by postcards. *Community Ment Health J*,13(1),37-45.

- García, F., Alfaro, A. y Moreno, J.L. (2009). Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Rev Clín Med Fam*, 2(6), 286-293.
- Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy (1986). En Bergin. A y Garfield, A. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp.213-256).New York: John Wiley and Sons.
- Gattinara, B. C., Ibacache, J., Puente, C., Giaconi, J., y Caprara, A. (1995). Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 425-438. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300018&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X1995000300018.
- Giménez-Bertomeu, V. M., Doménec-López, Y., Lillo-Beneyto, A., y Lorenzo-García, J. (2012). La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias. Portularia: *Revista De Trabajo Social*, 12 (nº extra), 61-71. Recuperado en <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/22183?mode=full>
- Ginés A. M. (2005). Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. *Rev Psiquiatr Urug*, 69(1), 32-41.
- Glaser, D. y Riegel, B. (1996), Tutorial: Causal modeling and patient satisfaction, *Qual Manage Health Care*, 5, 49-58.
- Gnecco, G. (1995). Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad. Unidad de Calidad y Normas Minsal. Módulo 6 (35). Santiago de Chile.
- Goyne, J.B., & Ladoux, P. (1973). Patients' Opinions of Outpatient Clinic Services *Psychiatric Services*, 24,9, 627-628.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Guzmán del Río, E. (1986). Satisfacción del usuario. *EPAS*, 11, 6-11.
- Hacia una estrategia de Salud para una equidad basada en la Atención Primaria (2007). Declaración en el marco de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, Hechos y Realidades". Bs. As.: Argentina.
- 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.
- Hall JA, Milbum MA, Epstein AM. (1993). A Causal Model of Health Status and Satisfaction With Medical Care. *Med Care*, 31(1),84-94.

- Hansen, N., Lambert, M., Forman, E. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- 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
- 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.
- Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. (2009). Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res.* 18(7), 873-880.
- Health Advisory Services Report. (1995). Together we stand: commissioning, role and adolescent mental health services. London.
- 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.
- Henchy, T., & McDonald, L. (1973). A global assessment of the effectiveness of a community mental health center through the use of a consumer questionnaire. *ExChange*, 1, 19-21.
- Hernando P, Lechuga FJ, Moya J. (2003) La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 85,137-52.
- Hidalgo, C. G. y Carrasco, E. (1999). Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Horovitz, J., (1991). *La Calidad del Servicio; a la Conquista del Cliente*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1986). The development of the working alliance inventory. En: Greenberg, L.S. & Pinsoff, W.M. (Eds) *The psychotherapeutic process: A Research Handbook* (pp 529-556). New York: Guilford Press.
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41(2)159-164.

- Hulka, B., Kupper, L., & Daly, B. (1975). Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care. A community perspective. *Med Care*, 13:648-58.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press
- International Organization for Standardization (1989) Quality: terms and definitions
- Jiménez J.P. (1995). Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. En: J.P. Jiménez ,C. Buguña , A. Berman (Eds). *Investigación en Psicoterapia: Procesos y resultados*. Investigaciones empíricas 1993-1994. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria. p.1-32.
- Judge, K. & Solomon, M. (1993). Public opinion and the national health service: Patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy*, 22(3), 299-327.
- Kachinovsky, A. (2004). Informe de lo actuado de enero a diciembre en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial de la Facultad de Psicología. (Inédito).
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Resmini, F., Heck, R. M., Bielemann, L. M., Schwartz, E., Coimbra, V. C. C., Lange, C., & Sousa, A. S. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9.
- Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*, 52 (2), 202-6.
- Kravitz, R. (1996), Patients expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature, *Med Care Res Rev*, 53, 3-27.
- Kordy, H., Kächele, H. (1997). Outcome research. A never ending story. In: Adler, R.H., J.M.Herrman , K. Köhle, O.W. Schonecke . Tv Uexküll & W., Wesiack (Eds). *Psychosomatic Medicine*. (290-301).
- Kotsopoulos, S., Elwood, S., & Oke, L. (1989). Parents satisfaction in a child psychiatric service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 530-533.
- Lam, S. K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8 (4), 145-152.
- 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.

- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M.J., (Ed.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (139-193).
- Larsen, D., Attkinsson, C. & Hargreaves, W. (1979). Assessment of client/patients satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91(2), 244-259.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, A. and Kim C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, 48 (3), 233-246.
- Lehman AF, Zastowny TR. (1983). Patient satisfaction with mental health services: a meta-analysis to establish norms. *Eval Program Plann*, 6(3-4), 265-74.
- Ley, P. y Spelman, MS. (1967). *Communicating with the patient*. Londres: Staples Press.
- Linn, L.S. (1975). Factors associated with patient evaluation of health care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 52, 531-548.
- Locker, D. & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*, 12, 283-292.
- López, A. (1994). *Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial*. (Tesis doctoral.) Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España.
- Lora, J. y García, M.A. (2007). La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos*. 9(2) ,132-46.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 21 (2/3), 73-84.
- Mahin A, Attari A, Mokhtari N. (2004). Compliance and satisfaction in major schizophrenic patients. *Eur Psychiatry*, 19 (1), 1695.
- Mano, H. y Oliver, R. (1993). Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 20, 451-466.
- Marchand, K, Oviedo, E., Guh, D, Brissette, S, Marsh, S y Schechter, M (2011). Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health*

Services Research ,11,174. Recuperado de
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/174>

- Marshall, G., Hays, R. & Mazel, R. (1996). Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 380-390.
- Martínez, R., Tuyá, L., Martínez, M., Pérez, A., y Canovas, A. (2009). *El Coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización*. Rev haban cienc méd 8 (2) pp s/ref. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017.
- Melum, M. M. & Sinioris, M. K., (1992). *Total Quality Management*. Chicago: AHA
- Méndez, J., Castro, M., Haro, J., Álvarez, A., Díaz, M., Menéndez, B., & Riesco, P. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 563-580.
- Mira, J.J., Fernández, E. y Vitaller, J. (1992). La Calidad de la Asistencia en Salud Mental. *Información Psicológica*, 48, 62-71.
- Mira J.J., Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. (1992) La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 4,89-116.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74, ISSN 0214 – 7823.
- Mitchell-Lowe M, Eggleston M. (2009). Children as consumer participants of child and adolescent mental health services. *Australas Psychiatry*, 17 (4), 287-291.
- Montado G., Fernández B., Gerpe C., Palermo A., Ginés A. (2001) Investigación de resultados terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. En: 4º Congreso de AUDEPP: Desafíos a la Psicoterapia pp.310-318. Montevideo: Fin de Siglo.
- Montado, G. (2001) Psicoterapia psicoanalítica focal: investigación de proceso y resultados. En: R. Bernardi et al. *Psicoanálisis, focos y apertura*. p.248-261. Montevideo: Psicolibros.
- Montado, G., Palermo, A., Fernández, B., Gerpe, C. (2011). Investigación empírica: Puente entre psicoterapia y psiquiatría. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75, (1) 48-55.
- Moré, M. (2003). Satisfacción de usuarios de dispositivos de Salud Mental. *Informaciones Psiquiátricas*, 174 ISSN: 0210-7279.

- Moreno, E. (2001). El desafío de la gestión de calidad en la atención primaria. Argentina. Universidad Nacional de Tucumán.
- Najson, S, Luzardo, M. Francolino, C. Viera, M. (2004) *Validación del Symptom Checklist-90- R para la población uruguaya*. Informe de investigación, CSIC, UdelAR. No publicado.
- Nguyen, T., Attkisson, C., & Stegner, B. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a Service Evaluation Questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- O'Connor, S. J., Shewchuk, R. M. and Carney, L. W. (1994). The great gap. *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 32-39.
- Oliver, R. L. (1980). Conceptualization and measurement of disconfirmation perceptions in the prediction of consumer satisfaction. In : H. K. Hunt, & R. L. Day (Eds.), *Refining concepts and measures of consumer satisfaction and complaining behavior*. Bloomington, Indiana University School of Business.
- Oliver, R. y Swann, J. (1989). Equity and disconfirmation perceptions as 16, influences on merchant and product satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 16, 372-383.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud*. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe Mundial de la Salud. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- 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: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud*. Ginebra: OMS
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud.*, Washington DC: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas* Washington DC: APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2011) *Manual de Medición y Monitoreo: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud*. Washington DC.

- Orlinsky, D., Ronnestad, M., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. p.307-389.
- Orlinsky, D., Grave, K. & Parks, B (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: Bergin, A. & Garfield, S. (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp.270-376). New York: Wiley and Sons.
- Otalora, M., Orejuela, A. (2007) Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad. Adm. Bogotá (Colombia)*, 20 (34), 237-258.
- Padula D, Dapuelto JJ, Luzardo M, Fiori N, Cella D, Hays RD, and the Mental Health Program Research and Evaluation Team (2014). Psychometric Assessment of the PROMIS Global Health Measure in a Spanish-speaking sample of workers in Uruguay. *Qual Life Res*, 23; Supplement 1, 140.
- Palmer, HR. (1983). *Ambulatory health care evaluation: principles and practice*. American Hospital Publishing.
- Pascoe, G., Atkinson, C. y Roberts, R. (1983). Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction, *Eval Program Plann*, 6, 359-71.
- Paul, G.L. (1976). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31 (119). 118.
- Pedersen, D., (1991). Evaluación de servicio de salud: el punto de vista de la gente. *Enfoques en Atención Primaria*, 6, 12-22.
- 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.
- Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. (2002). Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud, Lima: Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20-%20Encuesta%20Usuarios%20Externos>
- Peyrot, M., Cooper, P. D. & Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *Journal of Health Care Marketing*, 13 (1), 24-33.
- Piñeiro, M.J., Trillo, J.M. (2011). Integración de psicólogos a los equipos de área. En: E. Levcovitz, G. Antoniol, D. Sánchez, M. Fernández Galeano (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo, OPS.

- Piñeiro MJ, Trillo JM. (2008) .Manual de Cargos y Protocolo de Procedimientos de los Recursos Humanos Dependientes de la Dirección de Salud Mental de ASSE. (No publicado).
- Programa de Reforma del Sector Salud (UR-0133) 2001. Espacio Virtual de aprendizaje de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de:
http://eva.universidad.edu.uy/file.php/102/Administracion/Lectura_obligatoria_para_la_acreditacion_del_Modulo_de_Administracion/reformasanitaria.pdf
- Red de Atención del Primer Nivel. Procedimiento Programación de Servicios. (2006) RAP-ASSE.
- Rees-Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med*, 39, 655-670.
- Reichheld, F.; Markey, R.(2011). *The Ultimate Question 2.0: ¿How Net Promoter Companies Thrive in a Customer- Driven World*. Boston, Mass: Harvard Business Review Press. [ISBN 978-1-4221-7335-0](https://doi.org/10.1007/978-1-4221-7335-0).
- 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, JM, Simpson, P.L. (1999). Parental satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service. *Aust N Z J Psychiatry* 3, 22-8.
- 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.
- Robert, E. R. y Attkisson, C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and Program Planning*, 6, 401-413.
- Rojas, M. (2006). The Complexity of Well-Being: A Life-Satisfaction Conception and a Domains-of-Life Approach. In I. Gough and A. McGregor (Eds), *Researching Well-Being in Developing Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ronellenfitch, U y Razum, O. (2004). Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal for Equity in Health*, 3, 4.
- Rosenblatt, A., Wyman, N., Kingdon, D., e Ichinose,C. (1988). Managing what you measure: creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25, 177-193.

- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., Woods, R. (2006). What works for whom? A critical review of Psychotherapy research. 2nd.ed. New York: The Guilford Press,
- Rudolf, S. Bagnato, M., Güida, C., Rodriguez, A., Ramos, F., Suárez, Z., Arias, A. (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud*. Facultad de Psicología /CSIC/ Montevideo: Fin de Siglo.
- Säilä, T., Mattila, E., Kaila, M., Aalto, P. & Kaunonen M. (2008). Measuring Patient Assessments of the Quality of Outpatient Care: a Systematic Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 148-154.
- Salinas Rodríguez, Jorge Luis, & González Díaz, Héctor E. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es.
- Sánchez, R. M. (2008). La calidad de servicio desde un enfoque psicosocial: Estructura, diferencias individuales y análisis multinivel (Tesis Doctoral). Universitat de Valencia, Valencia.
- Saturno Hernández, P. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rcv Esp Salud Pública* 69, 163-175.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974. Recuperado en <http://www.apa.org/journals/seligman.html>
- 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
- 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)*.
- Serrano del Rosal, R., & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*, 50(2), 162-172.
- 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.

- Smith C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Qual Assur Health Care* 4(3), 171-177.
- Soto, J. (2007). Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna*, Madrid. 24 (11),517-9.
- Sperry, I., Brill, PL., Howard, KI., Grissom, G.R., (1996). *Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Steiber, R. (1998). Measuring and managing patient satisfaction. *Journal American Hospital Publishing*, 1-23.
- Strasser, S. & Davis, R.M. (1991). *Measuring patient satisfaction for improved patient services*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Strasser, S., Ahorony, L. y Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care*, 50, 219-48.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) (1998). Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine* 46 (12),1569-1585.
- Tse, D. y Wilton, P. (1988). Models of consumer satisfaction formation: An extension. *Journal of Marketing Research* 25, 204-212.
- Unidad Administrativa de SAPPA (2015). *Informe de sistematización de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del SAPPA Enero 2014 - Diciembre 2014*. No publicado Convenio ASSE/MSP- UR - Fac. De Psicología. Udelar.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud (2010). Propuesta para el Desarrollo de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud, Recuperado de file:///C:/Users/Deborah/Downloads/ENPS_Documento_Preliminar.pdf
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública Propuesta para el Desarrollo de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud, Pública. Departamento de programación estratégica en salud. Area de promoción y prevención. Programa Nacional de Salud Mental (2011). Plan de implementación de prestaciones en SM en el SNIS. Recuperado de file:///C:/Users/Deborah/Downloads/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011.pdf
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. División Recursos Humanos (2014). Equipos de salud del primer nivel de atención. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/equipos-de-salud-del-primer-nivel-de-atenci%C3%B3n>
- Uruguay. Poder legislativo. Ley 18.161. Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como Servicio Descentralizado, Montevideo, Uruguay, 29 de

julio 2007, Recuperado de
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=>

- Uruguay. Poder legislativo. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo, Uruguay. 5 de diciembre de 2007, Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (s.f.)Programas Prioritarios de Salud Pública. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html.
- 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.
- Valdéz L. (2010) *Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes*. MSP, PNSM.
- 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. (2008). La calidad de servicio en el sector de salud pública: una investigación empírica. *Estudios de Administración*, 15(2), 65-94.
- Vandamme, R., Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 30-40.
- Villar, H. (2003). *La salud. Una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- Vouri, H.V. (1988). *El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios*. Barcelona: Masson.
- Ware, J. y Snyder, M. (1975). Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services, *Med Care*, 13, 669-682.
- Weiss, G.(1988). Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors, *Med Care*, 26, 383-92.
- Well, M.G., Burlingame , G., Lamber,t M.J., Hoag, M.J., Hope, C.A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire and outh Outcome Questionnaire. *Pshchoterpy: Theory, Researchg, Practice, Training*. 33(2), 275-283.

- Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care: evaluating an evaluative method. *British Journal of Psychiatry*, 166, 559-562.
- Wolf M, Putnam, S.M., James, S.A.and Stiles, W.B. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of scale measure patient perception of physician behavior. *J Behav Medical*. 1,391-401.
- Woofruff, R., Cadotte, E. y Jenkins, R. (1983). Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20, 269-304.
- Zytner, R.y Arias, A. (2011). Calidad de la atención psicoterapéutica en el servicio de atención psicológica preventivo asistencial. Instrumentos de evaluación. En: Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial Convenio ASSE/MSP- U.R-Facultad de Psicología. *Voces de la Clínica* (p. 132-142). Montevideo: Psicolibros.
- Zytner, R. (2010, 2011, 2012). Informe de lo actuado de enero a diciembre en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial de la Facultad de Psicología. No publicado. Convenio ASSE/MSP- UR -Fac. de Psicología, Udelar.