

**Referencia para citar este artículo:** Bunge, E. L., Maglio, A. L., Carrea, G. & Entenberg, G. (2016). Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 401-415.

# Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes\*

**EDUARDO L. BUNGE\*\***

Profesor Palo Alto University, Estados Unidos.

**ANA L. MAGLIO\*\*\***

Profesora Universidad Favaloro, Argentina.

**GABRIELA CARREA\*\*\*\***

Profesora Universidad Favaloro, Argentina.

**GUIDO ENTENBERG\*\*\*\*\***

Profesor Palo Alto University, Estados Unidos.

*Artículo recibido en marzo 27 de 2015; artículo aceptado en junio 25 de 2015 (Eds.)*

• **Resumen (analítico):** *La satisfacción del usuario (SU) es actualmente considerada un factor importante en la evaluación de la calidad de los servicios de salud mental. No obstante, no ha sido todavía investigada en gran medida en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes (SSMNA). Nuestro objetivo en este estudio fue conocer el grado de satisfacción percibida por usuarios que recibieron atención en tres SSMNA privados de Buenos Aires, cada uno con una orientación teórica distinta. Utilizamos como instrumentos, cuestionarios de auto-informe que nos proveyeron datos para un análisis cuantitativo y cualitativo. Hallamos que los padres y madres que llevaron a sus hijos o hijas a los servicios de orientación cognitiva o sistémica, refirieron niveles de satisfacción similares entre sí y un mayor grado de satisfacción que los padres y madres cuyos hijos e hijas recibieron tratamiento psicodinámico.*

**Palabras clave:** Satisfacción del usuario, salud mental, niños y niñas, adolescentes, padres y madres, orientación teórica (Tesoro de Ciencias Sociales de la Unesco).

## Satisfaction with and types of mental health services for children and adolescents

• **Abstract (analytical):** *User satisfaction (US) is currently considered an important factor in the assessment of the quality of mental health services. However, it has not yet been researched extensively in the area of child and adolescent mental health services (CAMHS). The aim of this study*

\* Este artículo de investigación científica y tecnológica se basa en la investigación “Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes Desde la Perspectiva del Paciente y el Cuidador” realizada por el Dr. Eduardo Bunge para su tesis doctoral entre el 1 de Julio 2010 y el 30 septiembre de 2012. Área: Psicología; Subárea: Psicología.

\*\* Psicólogo de la Universidad de Buenos Aires, Doctor en Psicología de la Universidad de Palermo. Associate Profesor Palo Alto University; Director Fundación Equipo de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Correo electrónico: ebunge@paloaltou.edu

\*\*\* Psicóloga de la Universidad de Buenos Aires, Doctora en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora Adjunta en Evaluación Psicológica en Universidad Favaloro. Correo electrónico: anamaglio@yahoo.com

\*\*\*\* Psicóloga de la Universidad de Buenos Aires. Jefa de Trabajos Prácticos de la materia Psicología Clínica. Universidad Favaloro. Correo electrónico: gabrielacarrea@etci.com.ar

\*\*\*\*\* Psicólogo de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: entenberg@hotmail.com



was to identify the level of satisfaction perceived by users who received treatment at three private CAMHS in Buenos Aires, each with a different theoretical orientation. Self-report questionnaires that provided data for quantitative and qualitative analysis were used as instruments. It was found that parents who brought their children to the services that provide cognitive or systemic orientation reported similar levels of satisfaction with the services and a higher level of satisfaction than parents whose children received psychodynamic treatment.

**Key words:** User satisfaction, mental health, children, adolescents, parents, theoretical orientation (Social Science Unesco Thesaurus).

### Satisfação e tipo de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes

• **Resumo (analítico):** Atualmente, a satisfação do usuário (SU) é considerada um fator importante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental. Porém, ainda não tem sido pesquisada em profundidade nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (SSMCA). O objetivo deste estudo foi conhecer o grau de satisfação percebida por usuários que receberam atenção em três SSMCA privados de Buenos Aires, cada um com uma orientação teórica diferente. Como instrumentos, foram utilizados questionários autoinformativos que reuniram dados para uma análise quantitativa e qualitativa. Constatou-se que os pais que levaram seus filhos e filhas nos serviços de orientação cognitiva ou sistêmica tiveram níveis de satisfação semelhantes entre si e um maior grau de satisfação do que os pais cujos filhos e filhas receberam tratamento psicodinâmico.

**Palavras-chave:** satisfação do usuário, saúde mental, crianças, adolescentes, pais e mães, orientação teórica (Thesaurus de Ciências Sociais da Unesco).

#### -Introducción. -Método. -Resultados. -Discusión. -Conclusión. -Lista de referencias.

##### Introducción

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

La SU consiste en una medida subjetiva, definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción que tiene del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993, Guzmán del Río,

1986). La experiencia del usuario del servicio de salud se ha vuelto una fuente de información esencial acerca de la calidad del servicio que se está proveyendo (Commission for Health Improvement, 2004), pero la evaluación de la SU en SSMNA es más reciente y no ha sido estudiada extensamente aun (Biering, 2010). La importancia de evaluar la SU radicaría en que es una medida de bajo costo económico para generar oportunidades de cambio en los SSMNA (Bunge, Maglio, Musich & Savage, 2014), sobre todo en contextos donde las investigaciones de eficacia son costosas y escasas.

La evaluación de la SU se relaciona con una serie de beneficios potenciales. Está asociada al uso subsecuente de los servicios, la adherencia al tratamiento y con los resultados clínicos y sociales del servicio (Fitzpatrick, 1993, Mahin, Attari & Mokhtari, 2004); los pacientes satisfechos suelen mostrarse más predispuestos a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Williams, 1994); a cumplir con futuras citas (Linder-Pelz, 1982); serviría como indicador

de la adecuación de los servicios que se están brindando (Rey, O'Brien & Walter, 2002), e incluso se observó un proceso de mejora de la calidad de un SSMNA comunitario mediante un estudio que evaluó las áreas de insatisfacción identificadas por los usuarios (Stallard, 2001).

La SU con los SSMNA distingue dos dimensiones, satisfacción con el acto médico y satisfacción con el entorno (Brown, Ford, Deighton & Wolpert, 2014). La comparación de la SU entre distintos SSMNA puede ser compleja, debido a la cantidad de elementos que pueden variar de un servicio a otro (tipo y cantidad de servicios, población que asiste, orientación teórico-práctica, duración de la atención, etc). Si bien diversos estudios observaron diferencias en la SU según el tipo de servicio (Brown et al., 2014, Graves, 2005, Heflinger, Sonnichsen & Brannan, 1996, Camhs Outcome Resarch Consortium, 2011); otros reportaron escasas relaciones entre variables del servicio y SU (Bjørngaard, Wessel, Osborg & Hanssen-Bauer, 2008, Lebow, 1983, Ruggeri, 1994, Williams, 1994).

Los estudios que hallaron diferencias en la SU entre SSMNA reportan datos relevantes para el diseño de los SSMNA. Heflinger et al. (1996) reportaron que con pacientes ambulatorios, a mayores niveles de recursos, mayores niveles de SU. Graves (2005) reportó que cuanto más perciben el niño y su familia que los servicios se centraban en ellos, y que eran sensibles culturalmente, mayor era el nivel de SU y, un año más tarde, se observaron tasas menores de comportamientos internalizadores y externalizadores en los niños. Graves (2005) sostiene que si el niño y la familia establecen un adecuado *raport* con el servicio gracias a la individualización del mismo, es posible que mejore la adherencia del usuario; y de este modo lograr mejorías en el tratamiento. Measelle, Weinstein y Martínez (1998) observaron que a mayor frecuencia de contacto, mayor SU de los padres. Una característica del servicio que puede afectar negativamente la SU es la duración de las listas de espera. Bjørngaard et al. (2008) observaron que el tiempo de espera se asoció negativamente con el resultado del tratamiento y la satisfacción de los padres, lo cual enfatiza la importancia de reducir los tiempos de espera

para mejorar los resultados de los servicios.

Dentro de los estudios que no hallaron diferencias entre SSMNA, tal vez el más relevante sea el de Bjørngaard et al. (2008), quienes no hallaron diferencias en la SU de los padres que asistían a 49 diferentes SSMNA en Noruega. Si bien incluyeron un número significativo de SSMNA puede que la falta de diferencias se deba a que dichos servicios sean más homogéneos que los SSMNA de contextos tales como el de los países en desarrollo (por ejemplo: Argentina).

A pesar de los aportes que los estudios sobre SU en SSMNA podrían representar, son escasos en el contexto latinoamericano y local. Esto representa un bache significativo en el conocimiento de la perspectiva de los usuarios y consecuentemente limita la posibilidad de generar cambios positivos en los SSMNA. Previamente, los autores realizaron dos estudios en dicho contexto. El primero observó que los padres reportaron niveles mayores de SU que sus hijos (niños o adolescentes); los niños y adolescentes reportaron niveles similares de SU entre sí; y los jóvenes que reportaban problemas de conducta e hiperactividad y sus padres, refirieron niveles menores de SU que los jóvenes que consultaban por otro tipo de dificultades (Bunge et al., 2014). En el segundo estudio, Bunge et al. (2014) reportaron que para los padres y los niños/as no había diferencias en el grado de SU según el género del terapeuta y del niño/a. En cambio, si observaron que los adolescentes varones que fueron atendidos por terapeutas varones, reportaban estar más satisfechos que los adolescentes varones atendidos por terapeutas mujeres. Las adolescentes mujeres, que se encontraban en tratamiento con terapeutas mujeres reportaron niveles de SU similares a la de los adolescentes varones en tratamiento con terapeutas varones y superior a la de adolescentes varones en tratamiento con terapeutas mujeres. Sin embargo no se realizaron estudios comparando el grado de SU según la orientación teórica del SSMNA. Consecuentemente se propuso conocer el grado de satisfacción percibida por los usuarios según la orientación teórica de tres SSMNA (cognitiva-conductual, sistémica y psicodinámica) de Buenos Aires, Argentina,

donde coexisten diversos sistemas de salud (Moldavsky, Savage, Stein & Blake, 2011, Anderson, 2000).

El presente estudio se basa en dos aspectos: la satisfacción puede ser una medida alternativa a los estudios de eficacia, y la evidencia de la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (Friedberg & McClure, 2002, Kendall, 2011, Weisz & Kazdin, 2010) y sistémica (Robbins, Horigian, Szapocznik & Ucha, 2010, en Weisz & Kazdin, 2010) es mayor a la de la terapia psicodinámica con niños y adolescentes (Summers, 2003). Por ello, se propuso como hipótesis que los padres, niños y adolescentes que reciben asistencia en un servicio de orientación cognitiva conductual o sistémica presentarán niveles de satisfacción mayores a quienes reciben asistencia en un servicio de orientación psicodinámica. Estas diferencias podrían deberse a que la SU es influenciada positiva y negativamente por aspectos específicos de los SSMNA. Adicionalmente, conocer dichos aspectos permitirían poder comprender mejor la SU y consecuentemente diseñar mejores servicios de salud mental. Por ello, se considera

de suma relevancia preguntarse: ¿hay aspectos positivos, negativos o que desean agregar que puedan incidir en la SU? La utilización de una metodología de investigación mixta, cuali-cuantitativa permitirá generar conocimiento específico sobre las posibles diferencias halladas.

## Método

### Participantes

Participaron del estudio 382 sujetos en total, que conformaban 91 díadas padres/niños de 9 a 11 años de edad, 83 díadas padres/adolescentes de 12 a 18, y 34 padres/cuidadores que consultaban por cuestiones referidas a sus hijos (mayores de 4 años). El 67.5% de los niños ( $X$  edad = 9.8; D.E.= 1.15) y el 75.8% de los adolescentes ( $X$  edad = 14.6; D.E.= 2.1) eran varones.

Las características sociodemográficas y la frecuencia de participantes por servicio se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características de la muestra según el SSMNA.

	Cognitivo				Sistémico				Psicodinámico			
	N	%	X	DE	N	%	X	DE	N	%	X	DE
Padres (n=208)	87	42			72	34			49	23		
Adolescentes (n=83)	34	41	Edad	14.2 1.8	25	30	Edad	14.5 1.8	24	29	Edad	13.2 4.6
Sexo Masc.	25	75			15	60			13	59		
Niños (n=91)	25	27	Edad	9.92 2.2	42	46	Edad	9.66 1.8	24	26	Edad	6.71 4.3
Sexo Masc.	20	80			28	66.7			13	61.9		

### Procedimiento

La participación en el estudio por parte de los sujetos fue anónima, voluntaria y no remunerada. Los instrumentos formaron parte de una batería de pruebas que se administraron con el propósito de obtener información acerca de la SU con los consultorios externos de tres SSMNA

privados de orientación teórica cognitivo conductual, sistémica y psicodinámica cada uno. La tarea de distribución y recolección de los datos de los participantes de las tres muestras estuvo a cargo de personal administrativo de los servicios y de los terapeutas de los respectivos SSMNA. Se distribuyeron los cuestionarios a quienes prestaban su consentimiento. Los

instrumentos se distribuyeron en conjunto con el consentimiento informado en sobres cerrados según las recomendaciones del manual del Cuestionario de Experiencia con el Servicio (Attride-Stirling, 2003).

### Instrumentos

**El Cuestionario de Experiencias con el Servicio (CES):** El CES (Attride-Stirling, 2003) consiste en una medida de auto-informe cuanti-cualitativo utilizado para medir la satisfacción de los usuarios con los SSMNA y los aspectos que valoran positiva o negativamente. La misma ha probado ser fiable en la distinción de diferencias entre SSMNA (Barber, Tischler & Healy, 2006, Brown et al., 2014). Existen tres versiones del CES: una para padres/cuidadores, una para niños de 9 a 11 años y otra para adolescentes de 12 a 18 años. Consta de 12 afirmaciones que evalúan cuantitativamente distintos aspectos vinculados a la satisfacción con los servicios de salud (por ejemplo, facilidades, equipo de trabajo, cuán bien tratado fue, confianza en el equipo de profesionales y satisfacción general con el servicio) que se evalúan en una escala Likert con tres opciones para determinar el grado de acuerdo y un puntaje máximo de 36. A su vez, cuenta con tres preguntas adicionales que invitan a respuestas abiertas escritas: ¿Qué fue realmente bueno acerca de la asistencia?, ¿Hubo algo que no le haya gustado o que sienta que necesita mejorar? Y ¿Hay algo más que quisiera decirnos respecto al servicio que recibió? que permiten una evaluación cualitativa de los servicios de salud mental recibidos. Asimismo, cuenta con una serie de preguntas que indagan variables socio demográficas: edad, sexo del niño, si posee certificado de discapacidad. En el ámbito local se realizó la adaptación lingüística y conceptual del CES, conforme al proceso de retrotraducción (Brislin, 1986, Brislin, Lonner & Thorndike, 1973); y se evaluó la confiabilidad de la prueba, observándose adecuados índices de consistencia interna (Bunge, 2012). En el presente artículo se presentan los datos del análisis cuantitativo y cualitativo de CES.

### Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes

Todos los participantes asistían a un SSMNA privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona norte del Gran Buenos Aires. Los SSMNA incluidos en el estudio fueron tres. Uno de orientación cognitiva, otro de orientación sistémica y el restante de orientación psicodinámica. El servicio de orientación teórica cognitiva-conductual basa sus intervenciones en los desarrollos de Kendall (2011), Ollendick et al. (2009) y Friedberg y McClure (2005); el sistémico sigue el modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1995); y el psicodinámico se nutre de los desarrollos de Freud (1938), Lacan (1964) y Winnicott (1980).

### Análisis de Datos

Los resultados se procesaron con el programa estadístico SPSS (Versión 15.0) para Windows. Se exploró la distribución de cada variable entre los grupos para seleccionar el tipo de procesamiento estadístico a utilizarse. Se observó que no podía asumirse una distribución normal en todas las variables para los distintos grupos de estudio (por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov) y que las varianzas de las mismas no eran homogéneas entre los grupos (por medio de la prueba de Levene). Por lo tanto, se compararon los grupos por medio de pruebas no paramétricas. Para el análisis de las diferencias entre el grado de SU entre quienes reciben tratamientos psicológicos cognitivo comportamental, sistémico, y psicodinámico se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, para la muestra de padres, la de niños y la de adolescentes. Posteriormente para el grupo de padres se realizaron comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney.

Para el análisis de los aspectos que valoran como positivos, negativos o desean agregar los usuarios del SSMNA, se adoptó un análisis temático de tipo amplio, inductivo, semántico y esencialista de las respuestas brindadas por los sujetos a las preguntas abiertas del CES. Ello se realizó, de acuerdo a los pasos propuestos por Braun y Clarke (2006). Los autores se

familiarizaron con la información, generaron los códigos iniciales, buscaron los temas, y se los definió y nombró. Se transcribieron las respuestas brindadas en forma escrita por los sujetos, se leyeron y releeron las mismas y se tomó nota de las ideas que surgieron. En una primera aproximación se generaron numerosos temas, luego se realizó una revisión de los mismos y se decidió eliminar aquellos que se superpusieran con otros temas generados. Posteriormente se calcularon las frecuencias de aparición de cada tema, para las tres muestras. Las categorías que presentaron una frecuencia menor al 2% se incluyeron dentro de la categoría otros. Finalmente, se evaluó el grado de acuerdo inter jueces con un juez externo en las categorías definidas para asegurar su confiabilidad. Se solicitó al juez que no tuviera lectura previa sobre el tema, basándose en la posible utilidad del enfoque inductivo. Se le brindaron las categorías establecidas al juez y en forma ciega debió identificar cada respuesta dentro de las mismas; luego se estimó el grado de acuerdo según el coeficiente Kappa de Cohen.

## Resultados

### Satisfacción Según el SSMNA

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

**Tabla 2.** Diferencias en satisfacción según tipo de tratamiento psicológico.

Tipo de Servicio	Padres				Adolescentes				Niños			
	N	M	Md	DE	N	M	Md	DE	N	M	Md	DE
1	85	34.24	36	3.47	33	32.69	33	3.67	25	32.56	34	3.41
2	71	34.81	36	2.21	25	31.04	32	5.31	41	32.10	33	3.71
3	48	33.21	35	3.54	24	30.75	33	5.67	24	29.91	30	5.91

**Nota:** 1. Cognitivo; 2. Sistémico; 3. Psicodinámico. Se excluyeron los casos con datos faltantes.

### Exploración de los Aspectos Valorados por los Usuarios Según el SSMNA

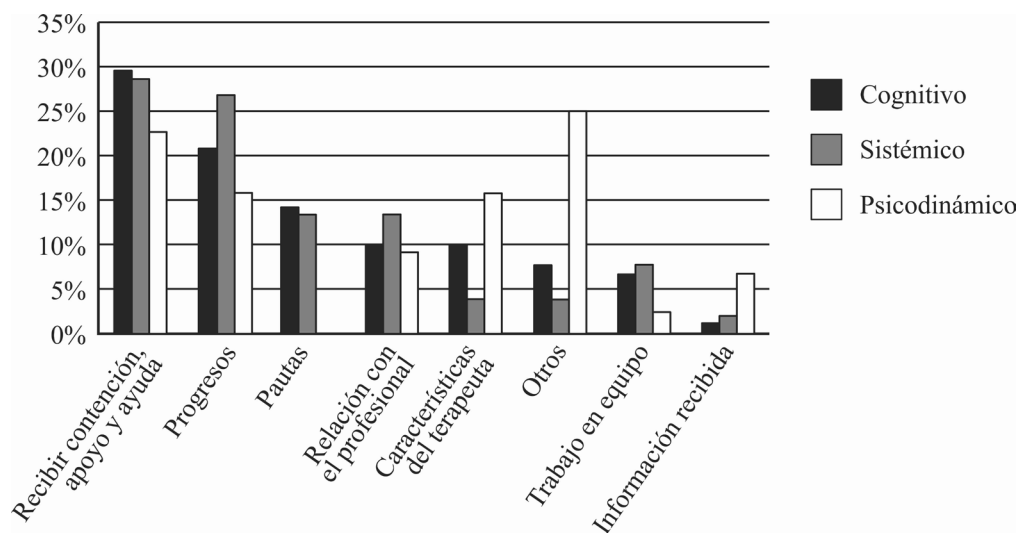
Se construyeron las categorías de Aspectos positivos, negativos y aspectos que desearían agregar los usuarios a los servicios a partir de las respuestas que brindaron los participantes a las preguntas abiertas del CES.

#### Aspectos valorados como positivos

Para las respuestas de los padres se identificaron 8 categorías (ver Gráfico

1 - Acuerdo inter jueces = .73); para los adolescentes se identificaron 7 categorías (ver Gráfico 2 - Acuerdo inter jueces = .81); y para los niños se identificaron 11 categorías (ver Gráfico 3 - Acuerdo inter jueces = .76). El grado de acuerdo para las tres muestras fue substancial (Landis & Koch, 1977).

**Gráfico 1. Aspectos positivos padres**

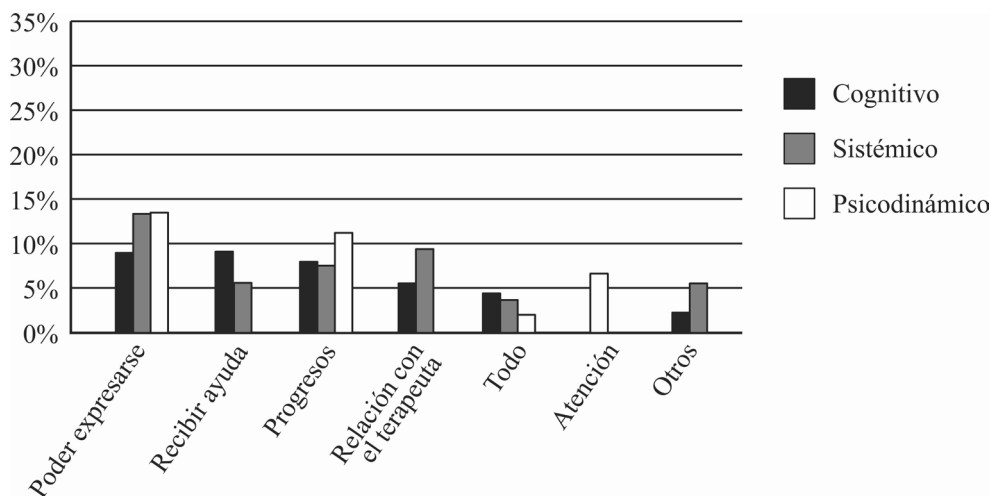


Algunos ejemplos de las respuestas de los padres que conformaron cada categoría dentro de los aspectos positivos fueron: “Contención/apoyo/ayudado” (ej.: “me sentí tranquilo y apoyado por el profesional a cargo”); “Progresos” (ej.: “se empezaron a notar cambios al poco tiempo, gradualmente se fueron superando los problemas”); y “Pautas” (ej.: “los consejos y pautas que me brinda la profesional para mejorar las dificultades de conducta que tiene mi hijo”).

Se observa que para los padres las categorías de “Recibir contención, apoyo y ayuda” y

“Progresos” fueron, respectivamente, la primera y la segunda más mencionadas en cada servicio, siendo que específicamente en los servicios cognitivo y sistémico ambas obtuvieron un porcentaje de comentarios superior al 20%. También en estos dos servicios la categoría “Pautas” obtuvo porcentajes superiores al 10%, mientras que no fue mencionada en el servicio psicodinámico, donde “Características del terapeuta” obtuvo puntajes superiores a los de los otros dos servicios.

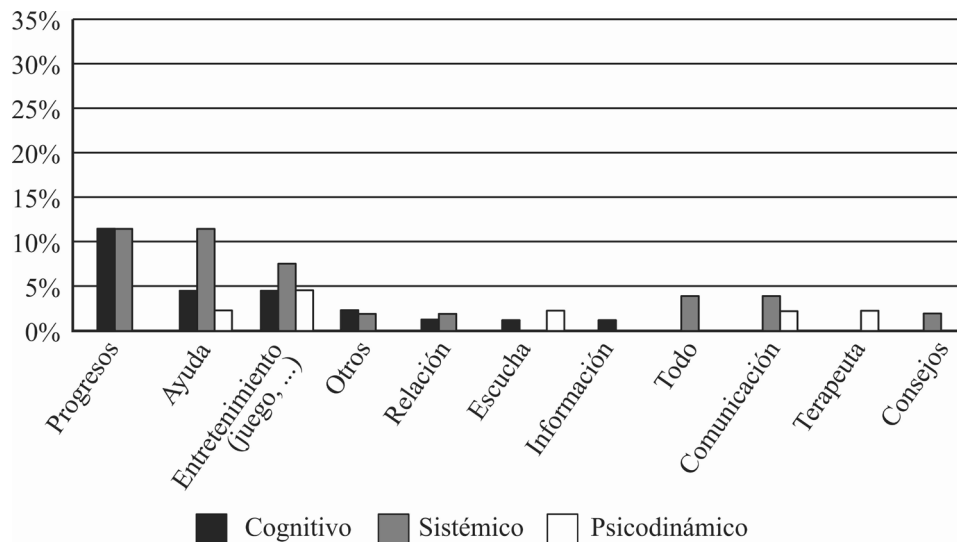
**Gráfico 2. Aspectos positivos adolescentes**



Algunos ejemplos de las respuestas de los adolescentes que conformaron cada categoría dentro de los aspectos positivos fueron: “Poder expresarme/sentirme escuchado, contenido” (ej.: “la doctora era buena, me trataba bien y me escuchaba atentamente para poder ayudarme”); “Progresos” (ej.: “aprendí a controlarme más”) y “Recibir ayuda” (ej.: “que me pudo entender y ayudar en lo que necesito”).

En los servicios cognitivo y sistémico, los temas se distribuyeron en seis categorías, mientras que los comentarios de los adolescentes del servicio psicodinámico se concentraron en tres categorías: “Poder expresarme”, “Progresos” y “Atención”; y no reportaron comentarios en las categorías de “Recibir ayuda” y “Relación con el terapeuta”.

**Gráfico 3. Aspectos positivos niños**



Algunos ejemplos de las respuestas de los niños que conformaron las categorías dentro de los aspectos positivos fueron: “Progresos” (ej.: “me ayudó a superar mis miedos”); “Ayuda” (ej.: “que me ayuda”); y “Entretenimiento” (ej.: “los juegos y las grillas con mi mamá”).

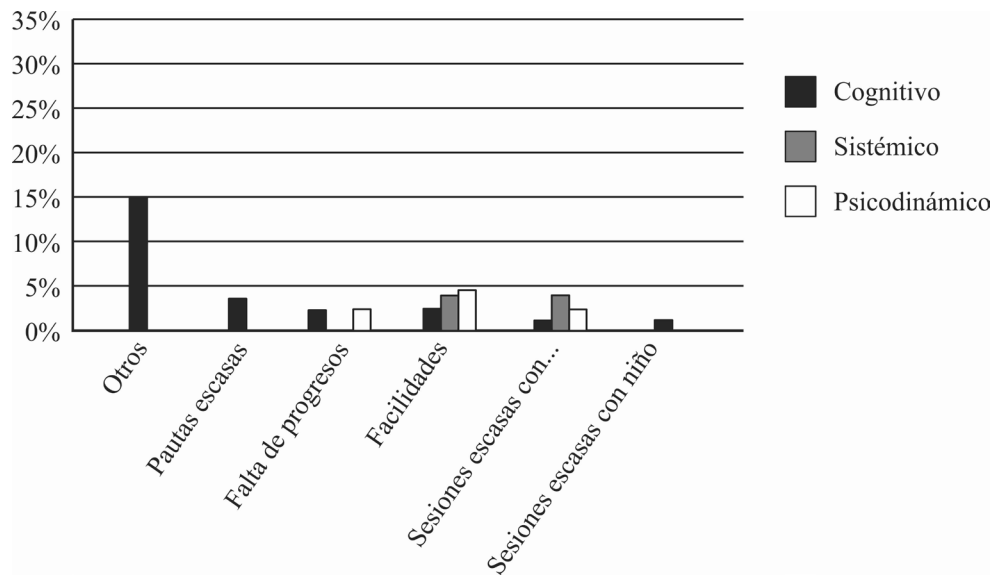
La mayor frecuencia de comentarios positivos realizados por los niños, tanto en el servicio cognitivo como en el sistémico, fueron referidos a la categoría “Progresos”, mientras que los niños del servicio psicodinámico no reportaron comentarios acerca de tal categoría. Los niños del servicio psicodinámico reportaron con mayor frecuencia que los niños de los otros servicios respuestas en las categorías de “Ayuda” y “Entretenimiento”.

### Aspectos valorados como negativos

Para las respuestas de los padres se identificaron 6 categorías (Ver Gráfico 4 - Acuerdo inter jueces = .67), para los adolescentes se identificaron 6 categorías (Ver Gráfico 5 - Acuerdo inter jueces = .75) y para los niños se identificaron 8 categorías (Ver Gráfico 6 - Acuerdo inter jueces = .90). El grado de acuerdo para las muestras de padres y adolescentes fue substancial, mientras que para la muestra de niños fue casi perfecto (Landis & Koch, 1977).



**Gráfico 4. Aspectos negativos padres**

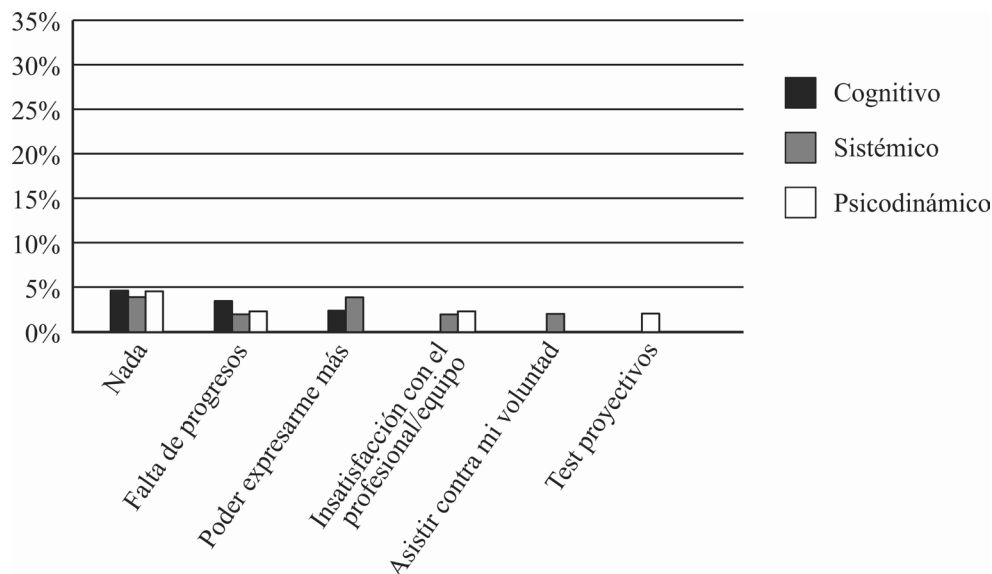


Algunos ejemplos de las respuestas de los padres que conformaron cada categoría dentro de los aspectos negativos fueron: “Facilidades/horarios/distancia” (ej.: “el lugar y el espacio podrían ser mejores”); “Sesiones escasas con niño” (ej.: “hablar más con mi hijo a solas”); y “Falta de progresos” (ej.: “por el momento no veo que el tratamiento sea efectivo”).

Los padres reportaron una frecuencia baja de comentarios negativos, distribuidos disparmente. El porcentaje más alto de

comentarios negativos recae en la categoría “Otros” (14%), debido a que los jueces no los agruparon consistentemente en categorías que incluyan al menos al 2% de los comentarios cada una. En los tres servicios, independientemente de la orientación teórica, se reportaron como aspectos negativos temas relacionados a las “Facilidades” y “Sesiones escasas con familiares y padres”; y específicamente en el servicio cognitivo se reportaron comentarios acerca de “Pautas escasas”.

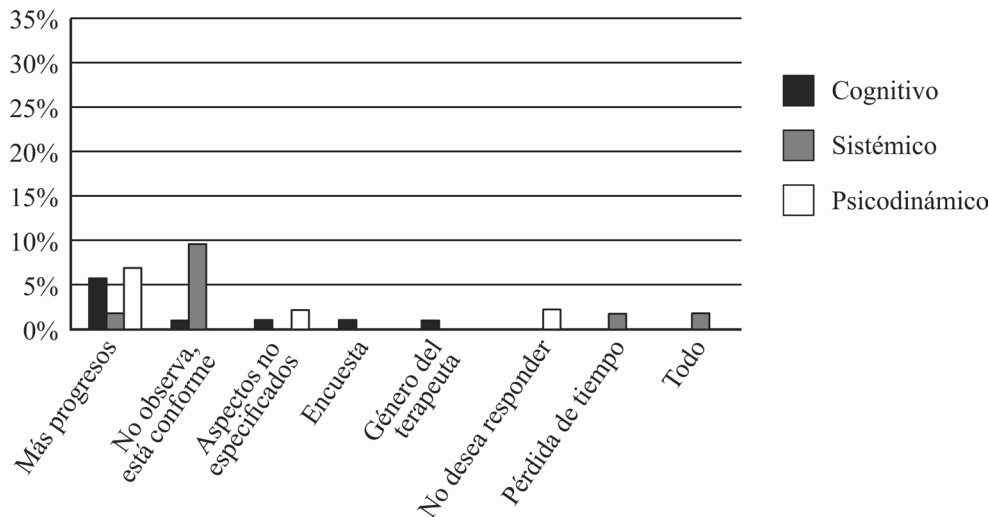
**Gráfico 5. Aspectos negativos adolescentes**



Algunos ejemplos de las respuestas de los adolescentes que conformaron las categorías dentro de los aspectos negativos fueron: “Nada”, “Falta de progresos” (ej.: “me falta entender mejor a los demás”) y “Desearía poder

expresarme más” (ej.: “me cuesta mucho hablar de cosas profundas”). En los tres servicios se reportaron frecuencias bajas de comentarios negativos.

**Gráfico 6. Aspectos negativos niños**



Algunos ejemplos de las respuestas de los niños que conformaron las categorías dentro de los aspectos negativos fueron: “Más progresos” (ej.: “siento que debo mejorar”); “No observa, está conforme” (ej.: “no, me gustó todo”); y “Aspectos no especificados” (“algunas cosas”).

Los niños del servicio sistémico reportaron más frecuentemente que “No observa aspectos negativos, está conforme” y a su vez fueron quienes reportaron una menor frecuencia de necesidad de “más progresos” (categoría en la cual el servicio psicodinámico reportó su mayor frecuencia de comentarios).

### Discusión

El estudio provee información local acerca del grado de satisfacción que presentan los usuarios de SSMNA de la Ciudad de Buenos Aires. En el contexto latinoamericano y local, pocos estudios evalúan la SU de los SSMNA, a pesar de que estos estudios son una medida económica de evaluar y mejorar los SSMNA. Esto representa un bache en el conocimiento de la perspectiva de los usuarios y consecuentemente limita la posibilidad de

generar cambios positivos en los SSMNA. Es necesario contemplar las visiones de los usuarios (padres y jóvenes) para entender integralmente sus problemas (Vergara, 2009). Consecuentemente, el objetivo de este trabajo fue aportar información sobre la SU comparando distintos servicios de SSMNA.

Se observó que los padres que recibían asistencia en un SSMNA de orientación cognitiva-conductual o sistémica presentaron niveles de satisfacción similares entre sí y niveles de satisfacción levemente mayores que aquellos que recibieron asistencia en un SSMNA de orientación psicodinámica, lo cual soporta la hipótesis presentada en este trabajo. Esta tendencia también se observó en las muestras de niños y adolescentes, aunque no fue estadísticamente significativa.

A partir del presente hallazgo y los estudios previos se deben contemplar una serie de aspectos. En primer lugar, la comparación entre servicios puede ser compleja debido a la multiplicidad de dimensiones que intervienen (i. e.: infraestructura, orientación teórica, trato brindado al consumidor), lo que podría explicar los resultados mixtos reportados en

estudios anteriores (Bjørngaard et al., 2008, Brown et al., 2014, Camhs Outcome Resarch Consortium, 2011, Graves, 2005, Heflinge et al., 1996, Lebow, 1983, Ruggeri, 1994, Williams, 1994). En segundo lugar, la SU no puede ser exclusivamente atribuida a la orientación teórica del servicio. Si bien ésta puede impactar en la SU, influiría en la SU relacionada al acto médico, pero no influiría en otras dimensiones como las cuestiones organizativas y del entorno. Por ello, se debe ser cauto al analizar los presentes resultados y, sería recomendable que futuras investigaciones evalúen el impacto de la orientación teórica en contextos donde estas puedan ser bien diferenciadas y controladas. En tercer lugar, los estudios cualitativos podrían aportar información valiosa para comprender cómo es que la orientación teórica influiría en la SU.

En un intento de explicar en mayor medida las diferencias halladas en los SSMNA del contexto local, se incluyó el análisis cualitativo de las respuestas abiertas en el CES. A partir del mismo se observa que, para los padres de los tres servicios, los aspectos positivos valorados más frecuentemente fueron la contención, el apoyo y la ayuda o los progresos obtenidos en el tratamiento. Estos aspectos, ligados al acto médico, pueden relacionarse con los factores inespecíficos y específicos de la psicoterapia. La satisfacción con las pautas recibidas (factor específico) fue un aspecto frecuentemente destacado como positivo en los servicios cognitivos y sistémicos, mientras que no fue mencionada en el servicio psicodinámico. Por otro lado, en el servicio psicodinámico, la satisfacción con las características del terapeuta (factor inespecífico) fue destacada con mayor frecuencia que en los SSMNA sistémico y cognitivo. Estos resultados serían coherentes con los objetivos propuestos desde cada enfoque teórico. Los enfoques cognitivo y sistémico promueven que los profesionales brinden orientación/pautas a padres, y éstas son valoradas como positivas, El enfoque psicodinámico no las promueve con el mismo énfasis y sí promueve la relación terapéutica como vía del cambio cognitivo. Restaría conocer si esto es un factor que media los

niveles de SU de los padres y si explicaría las diferencias halladas.

Dentro de los aspectos que los padres valoraron como negativos se observó que en los tres servicios los padres reportaron disatisfacción con las “facilidades (horario/distancia)” lo que es consistente con estudios previos (Barber et al., 2006, Biering, 2010, Brown et al., 2014, Buston, 2002). Se podría inferir, en sintonía con Buston (2002), que si bien los aspectos ligados a las facilidades (horario/distancia) pueden parecer triviales, deberían ser tomados en cuenta cuidadosamente si se quiere mejorar la calidad del servicio brindado. Incluso, se ha reportado que el factor de “facilidades” fue el factor que explicó el mayor porcentaje de la varianza de la SU en un SSMNA (Kaplan, Busner, Chibnall & Kang et al., 2001); y dentro de las facilidades, la accesibilidad ha sido el más asociado a la SU (Biering, 2010). Por otro lado, los padres del SSMNA de orientación cognitiva reportaron con una frecuencia elevada la categoría “otros”. Estudios futuros con muestras mayores permitirían generar nuevas categorías para conocer con mayor profundidad los aspectos valorados como negativos de los usuarios de SSMNA con este enfoque teórico.

En cuanto a los aspectos referidos por los adolescentes como positivos, en los tres servicios la categoría más frecuentemente reportada fue la de “poder expresarme” seguida de “ayuda”, y “relación” (factores inespecíficos), estas categorías prevalecieron por sobre aspectos tales como los progresos. Es posible que para los adolescentes la SU se relacione principalmente a la evaluación del proceso interpersonal, y luego los aspectos relacionados a los resultados, más allá de la orientación teórica del profesional tratante. Este hallazgo es consistente con el de Barber et al. (2006) y lo observado por Biering (2010) quien reportó que los adolescentes dan especial importancia a las habilidades comunicacionales del profesional incluso por encima del abordaje terapéutico. Esto implica que los profesionales de los SSMNA deben prestar especial atención a las habilidades comunicacionales con los adolescentes (i. e.: aceptación y comprensión, empatía y amabilidad, escucha y atención, y abordaje no juicioso). Este abordaje, tal vez

sea más relevante en este grupo etario que en cualquier otro debido a que suelen ser derivados a los SSMNA en contra de su voluntad (Biering 2010). Incluso se ha informado que los adolescentes refieren como negativo la percepción de que el profesional no se alíe con ellos (Lee, Munson, Ware, Ollie, Scott Jr. & McMillen, 2006).

Los niños presentaron un patrón de respuestas distinto al de los adolescentes, donde los aspectos referidos a los progresos prevalecieron por sobre los relacionales. La mayor frecuencia de comentarios positivos tanto en el servicio cognitivo como en el sistémico fueron referidos a la categoría “progresos”, lo que resalta la importancia de que los niños puedan percibir los avances durante el tratamiento. Los niños del servicio psicodinámico no reportaron comentarios acerca de la categoría “progresos”; esto puede deberse a que en el abordaje psicodinámico los objetivos no son tan claros para el paciente como en los abordajes sistémicos y cognitivos. Sin embargo, valoraron positivamente el entretenimiento, la ayuda, la escucha, la comunicación o el terapeuta.

Cabe destacar que, tomados en conjunto, los comentarios de los niños en el servicio sistémico reportaron más frecuentemente los “progresos” y la “ayuda” recibida; a su vez reportaron una menor frecuencia de comentarios negativos como la necesidad de “más progresos” y reportaron más frecuentemente “no observar aspectos negativos”. Esto abre un interrogante acerca de qué aspectos del marco sistémico generaron tal impacto en los niños. Es posible que uno de los elementos asociados a tales resultados sea el abordaje familiar del modelo sistémico, donde el niño comparte un espacio con sus padres, y donde las sugerencias de cambio no son orientadas exclusivamente al niño sino también en sus padres.

### Limitaciones y direcciones futuras

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

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

En cuanto a las limitaciones referidas a la muestra, se debe considerar que debido a que el muestreo fue no probabilístico, es conveniente que se repliquen los resultados para consolidar la validez externa (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2008). Debido a que la muestra de padres era mayor a la de los niños y adolescentes sería pertinente realizar nuevos estudios con muestras mayores de niños y adolescentes para evaluar si estos resultados se replican. A su vez, los usuarios encuestados se encontraban en tratamiento, por lo que no se cuenta con datos de los usuarios que abandonaron por estar insatisfechos con el servicio, ni tampoco se controló el tiempo de tratamiento. Además, la representatividad de la muestra debería limitarse a la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a la zona norte del Gran Buenos Aires. Asimismo, se tomó a usuarios del ámbito privado, lo cual es solo uno de los subsistemas de salud en la República Argentina, con lo cual los resultados no son generalizables al contexto público y de seguridad social, en los cuales las características de los servicios prestados suelen ser muy diversas.

Respecto al análisis cualitativo, los comentarios no son generalizables a otros SSMNA ya que sus perspectivas se reducen a su experiencia en los tres servicios incluidos. Asimismo, la baja frecuencia de los comentarios negativos (comparada a los positivos) podría deberse al temor de los usuarios a expresar su descontento y que influya negativamente en el servicio que reciben. Sobre todo si se tiene en cuenta que estudios previos sobre SU mostraron diferencias entre quienes responden a los cuestionarios tienden a reportar niveles de SU superiores a quienes no lo hacen (Stallard, 1995, Ross, Steward & Sinacore, 1995, Lebow, 1982); aunque otros estudios no hallaron tales diferencias (Krahn, Eisert & Fifield, 1990, Stallard, Hudson & Davis, 1992). Finalmente, puede darse un sesgo en las respuestas de los participantes, ya que la administración oral de preguntas cualitativas facilita la respuesta a las

preguntas abiertas por sobre la administración escrita (Perreault, Leichner, Sabourin & Gendreau, 1993). Cabe destacar que, Stallard et al. (1992) reportaron que quienes se hallaban insatisfechos tendían a realizar más comentarios negativos en las preguntas abiertas.

Futuras investigaciones deberían evaluar muestras de mayor magnitud y sería recomendable que las muestras pudieran incluir ambos padres para dar mayor peso a la visión de la familia y no solo a parte de ella. Así mismo, evaluar SSMNA donde las características de cada servicio estén bien delimitadas.

### Conclusión

La evaluación de la SU parece ser una alternativa viable de los estudios de efectividad para la evaluación de resultados en los países de bajos recursos, ya que implica estudios accesibles desde lo económico y arrojan información relevante para contribuir a la calidad de los SSMNA. En el presente estudio se observó que los padres que acudían a los SSMNA de orientación cognitiva-conductual y sistémico presentaron niveles mayores de SU que quienes acudían a un SSMNA de orientación psicodinámica; posiblemente el recibir pautas en los primeros SSMNA sea un factor que explique estas diferencias. Teniendo en cuenta la elevada necesidad de contar con SSMNA de adecuada calidad, la evaluación de la SU en dicho contexto, puede ser un considerable aporte en la promoción de la salud mental.

### Lista de referencias

- Anderson, G. (2000). *Multinational Comparisons of Health Systems Data*. New York: Commonwealth Fund.
- Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta Epas-RN del Servicio de Pediatría del Cediuc. *Epas*, 10 (1), pp. 15-17.
- 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, pp. 175-180.
- 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), pp. 9-21.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Child Psychol Psychiatry*, 49, pp. 226-236.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (1), pp. 65-72. Doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x
- Bjørngaard, J. H., Wessel, A. H., Osborg, O. S. & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (8), pp. 635-641. Doi:10.1007/s00127-008-0347-8
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). What is thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 3, pp. 77-101.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. En W. J. Lonner & J. Berry (eds.) *Field methods in cross-cultural research*, (pp. 137-164). Beverly Hills: Sage.
- Brislin, R., Lonner, W. & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley.
- Brown, A., Ford, T., Deighton, J. & Wolpert, M. (2014). Satisfaction in child and adolescent mental health services: translating users' feedback into measurement. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 41 (4), pp. 434-446.
- Bunge, E. L. (2012). *Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental para niños y adolescentes desde la perspectiva del paciente y el cuidador*. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. (Tesis doctoral no publicada).
- Bunge, E. L., Barilá, C., Sánchez, N. & Maglio, A. L. (2014). Satisfaction with Child and Adolescent Mental Health Services by

- User and Clinician Sex. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXV, pp. 165-171
- Bunge, E. L., Maglio, A. L., Musich, F. & Savage, C. (2014). Consumer Satisfaction with Private Child and Adolescent Mental Health Services in Argentina. *Children and Youth Services Review*, 47, pp. 291-296.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: What do they say about health services? *Journal of Adolescence*, 25 (2), pp. 231-242.  
Doi:10.1006/jado.2002.0463
- Camhs Outcome Research Consortium (Corc) (2011). *Erinsborough Camhs. Service Level Outcomes*. London: Corc.
- Commission for Health Improvement (2004). *Patients and the Public*. Southport: Commission for Health Improvement.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. En R. Fitzpatrick & A. Hopkins (eds.) *Measurement of Patients' Satisfaction with Their Care*, (pp. 1-17). London: Royal College of Physicians.
- Freud, S. (1938). *Esquema del Psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Friedberg, R. D. & Mc Clure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. New York-London: The Guilford Press.
- Friedberg, R. D. & Mc Clure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Graves, K. N. (2005). The links among perceived adherence to the system of care philosophy, consumer satisfaction, and improvements on child functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 14 (3), pp. 403-415. Doi: 10.1007/s10826-005-6852-4
- Guzmán del Río, E. (1986). Satisfacción del usuario. *Epas*, 11, pp. 6-11.
- 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, pp. 69-79.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 52 (2), pp. 202-206.
- Kendall, P. C. (ed.) (2011). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford Press.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O. & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378 (9801), pp. 1515-1525. Doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Krahn, G. L., Eisert, D. & Fifield, B. (1990). Obtaining parental perceptions of the quality of services for children with special health needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, pp. 761-774.
- Lacan, J. (1964). *El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33 (1), pp. 139-174.
- Lebow, J. L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91 (2), pp. 244-259.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6 (3-4), pp. 211-236.
- Lee, B. R., Munson, M. R., Ware, N. C., Ollie, M. T., Scott Jr., L. D. & McMillen, J. C. (2006). Experiences of and attitudes toward mental health services among older youths in foster care. *Psychiatric Services*, 57, pp. 487-492.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 16, pp. 577-582.

- Mahin, A., Attari, A. & Mokhtari, N. (2004). Compliance and satisfaction in major schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19 (1), p. 1695.
- Measelle, J. R., Weinstein, R. S. & Martínez, M. (1998). Parent Satisfaction with Case Managed Systems of Care for Children and Youth with Severe Emotional Disturbance. *Journal of Child and Family Studies*, 7 (4), pp. 451-467.
- Moldavsky, D., Savage, C., Stein, E. & Blake, A. (2011). Country Profiles: Mental Health in Argentina. *International Psychiatry*, 8 (3) pp. 64-66.
- Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C. (...) Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the USA and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, pp. 504-516.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S. & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16, pp. 109-118.
- 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), pp. 246-249.
- Ross, C. K., Steward, C. A. & Sinacore, J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33, pp. 392-406.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29 (5), pp. 212-227.
- Stallard, P. (1995). Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, pp. 397-405.
- Stallard, P. (2001). Reducing parental dissatisfaction with a child and adolescent psychology service: process of quality improvement. *Journal of Mental Health*, 10 (1), pp. 63-73.
- Stallard, P., Hudson, J. & Davis, B. (1992). Consumer evaluation in practice. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2, pp. 291-295.
- Summers, R. F. (2003). The psychodynamic formulation updated. *American Journal of Psychotherapy*, 57, pp. 39-51.
- Vergara, M. C. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 7 (1), pp. 107-135.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1995). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New Lork-London: The Guilford Press.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med*, 38, pp. 509-516.
- Winnicott, D. (1980). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.