



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD.
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA EN MÉXICO

**REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
COMITÉ TUTORAL: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
MTRA. GEORGINA TANNIA OVIEDO GONZÁLEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

MÉXICO, D. F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicada a mi papá y a mi hermana Marce

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Posgrado en Psicología, así como a los profesores y adjuntos que impartieron las clases.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas por su amistad, paciencia, comprensión y por todas sus enseñanzas.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, a la Mtra. Tannia Oviedo, el Dr. Samuel Jurado y al Mtro. Fernando Vázquez por aceptar ser parte del comité y por su gran apoyo.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes y al Dr. Luis Felipe García y Barragán por su ayuda en la elaboración del instrumento.

Al Dr. Ignacio Mora Magaña por sus asesorías en metodología de la investigación.

Al personal y estudiantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler",

Al personal y estudiantes del servicio de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

A mis compañeros y amigos de la maestría.

A mi esposo, a mi mamá y a mis hermanas.

A mis tíos y a mi primo que me recibieron en su casa durante parte de mi estancia en el Hospital General de Atizapán.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract.....	4
Introducción	7
Estudio uno: Satisfacción del paciente y la calidad de los servicios públicos de salud valorada mediante la técnica de preguntas abiertas	14
Método.....	15
Resultados	17
Discusión	31
Estudio dos: Validación del Instrumento de Satisfacción del Paciente y la Calidad de los Servicios Públicos de Salud	34
Método.....	35
Resultados	39
Discusión	48
Informe de actividades profesionales	54
Medicina Conductual.....	55
Primer año de residencia: Hospital General de Atizapán	60

Estudio piloto: Efectos del entrenamiento en relajación y psicoeducación en la satisfacción y nivel de control en el proceso de parto	65
Introducción	66
Método	71
Resultados	77
Discusión	92
Segundo año de residencia: Instituto Nacional de Pediatría....	95
Estudio piloto: Tratamiento cognitivo conductual para padres agresores y de riesgo de abuso físico infantil.....	100
Introducción	101
Método	107
Resultados	112
Discusión	145
Referencias	149
Anexos.....	161

RESUMEN

La satisfacción de los pacientes con la calidad de los servicios públicos de salud son temas primordiales para el sector salud de México en la actualidad. En la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, se plantea un viejo paradigma conceptual y estático donde la calidad es subjetiva y prácticamente no puede medirse; el vigente, nuevo paradigma dinámico señala la necesidad de medirla para comparar, aprender y mejorar (Secretaría de Salud, 2002). La aplicación del instrumento sobre la calidad de servicios de salud en escenarios hospitalarios busca generar información que contribuya al alcance de los objetivos de la reforma mexicana del sistema de salud. Con ello se aspira a mejorar la calidad en las dimensiones técnicas e interpersonales de la atención. Esta reforma ha incluido un esfuerzo para fortalecer, entre otros elementos, las medidas reglamentarias para proteger a la población atendida por el sector salud, de ahí la importancia de instrumentos como el presente. En este contexto, el presente estudio propone evaluar la calidad de la atención del usuario con un instrumento de medición válido y confiable, en servicios hospitalarios. Después de recolectar los conceptos de cincuenta usuarios, sobre las dimensiones de la OMS para evaluar la percepción de los usuarios, se elaboraron reactivos preliminares para establecer la confiabilidad del instrumento. Se validó la prueba con 268 pacientes en tres servicios de salud con pacientes tanto recurrentes como de primera

vez revelando una muy adecuada consistencia interna mediante un coeficiente alfa de Cronbach total de $\alpha=.89$. La atención en los Servicios de Salud incluye también otros esfuerzos dirigidos a dar atención a las necesidades psicológicas de quienes se encuentran en condición de sufrimiento, en el presente trabajo se sometieron a prueba dos protocolos dirigidos a la mejora de mujeres en labor de parto, por las características de sufrimiento adicional como angustia y ansiedad, generados, entre otros aspectos por la ausencia de información que les permita comprender y tener certidumbre acerca de la situación física que están sufriendo y estrategias de autorregulación del dolor y la ansiedad. Se presentan los resultados de siete mujeres procedentes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Atizapán para labor de parto, las cuales contestaron el instrumento aquí planteado, además de haber sido expuestas a una intervención psicológica que contenía un programa de psicoeducación, así como material de distracción, además se midieron variables como ansiedad y dolor. Los resultados revelan que las pacientes no tienen la información adecuada respecto al proceso de parto y que la calidad de la atención en general fue satisfactoria. Finalmente durante la residencia en el Instituto Nacional de Pediatría se diseñó y piloteo un taller dirigido a madres maltratadoras identificadas por los médicos tratantes de los niños, el taller incluyó entre otros temas, la autorregulación emocional, el modelamiento de conductas de prevención de accidentes con los niños y el aprendizaje de estrategias cognitivas y

alternas para disciplinar, dirigidos a evitar la exposición a maltrato de sus hijos con estrategias de crianza más eficaces a sus objetivos y que no supongan riesgo a su salud física. Participaron tres madres de niños diagnosticados como en riesgo de maltrato infantil. Los resultados encontrados muestran variables asociadas con el maltrato como son: depresión, ansiedad, enojo, TEPT, obsesividad y baja autoestima. La crianza de los padres revela que el abuso en la infancia forma parte de un patrón de conducta aprendida.

Palabras clave: satisfacción, calidad de la atención, servicios de salud, psicoeducación, maltrato infantil.

ABSTRACT

Patient satisfaction about the quality of public health services has become an increasingly relevant issue in Mexico. The federal program named *National Crusade for Quality of Services* used to hold an old and static conceptual paradigm implying that, since quality is subjectively perceived, it was not measurable. A more dynamic new paradigm stresses the need to assess it, in order to compare it with others, learn from them and improve them. Collecting data from users on the quality of health services in healthcare settings seeks to provide information which can contribute to achieving the main purposes of Mexico's Health Reform. This reform aspires to improve healthcare services along both technical and interpersonal dimensions, through specific regulations aimed at protecting the users of such services, which has turned assessing user satisfaction into a key objective. In this context, the present study aimed at measuring satisfaction with services provided in hospitals through a valid and reliable instrument. After initially collecting the concepts referred by 50 users on the WHO dimensions to evaluate user perceptions, we developed preliminary items in order to establish their validity and reliability. Validation of a preliminary questionnaire involved 268 patients attending one of three specialized hospital services either for the first or subsequent times. Results revealed a highly acceptable level of internal consistency as shown by a Cronbach's alpha coefficient of .89 for the final

questionnaire. Current health services also include efforts focusing on the psychological needs of people suffering from a medical condition. In the present study two protocols were tested: the first was designed to improve pregnant women's handling of labor including the reduction of additional suffering and anxiety. These reactions result from absence of basic information enabling them to understand the birth process which adds to uncertainty about their condition and impedes self-regulation strategies for pain and anxiety management. The second study includes the results of seven women in labor at the department of gynecology and obstetrics of Atizapan General Hospital. Participants answered a questionnaire and were exposed to an intervention involving psychoeducation and attention-diverting tasks. Perceived pain and anxiety measurements were also included. Results show that patients indeed lacked information regarding the birth process, although the quality of care resulted satisfactory in general. Finally, during the residence at the National Institute of Pediatrics a study was conducted to design and test a workshop for abusive mothers as identified by pediatricians. The workshop included strategies for emotional regulation, role modeling for accident prevention with children, and learning cognitive strategies and alternatives to discipline, among other components. The intervention was designed to avoid children's exposure to abuse and to reduce additional health risks through more effective parenting strategies. This exploratory study included three mothers of children identified as

at risk for child abuse. Results showed that variables associated with violence included depression, anxiety, anger, PTSD, OCD, and low self-esteem by the mothers. The analysis of parenting patterns also revealed that childhood abuse stems from patterns of learned behavior.

Key words: satisfaction, quality of care, health services, psychoeducation, child abuse.

INTRODUCCIÓN

La calidad es el conjunto de características de un servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dicho servicio según la American Society for Quality Control (2007). La satisfacción es un estado psicológico general que refleja la evaluación de una relación entre el cliente o usuario y una empresa, medio ambiente y el servicio o producto. Implica la satisfacción de tres elementos psicológicos: cognitivos (pensamiento y evaluación), afectivo (emocional o sentimiento), y conducta (Smith, 2011). Los componentes de satisfacción del usuario externo (dentro de las instituciones de salud) que suelen identificarse son el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y la comodidad de las instalaciones. Las causas de insatisfacción suelen incluir la falta de coordinación del personal de la institución de salud, largas listas de espera y lentitud en la atención (Mira, 2002). Se ha propuesto que la valoración de la calidad debe incluir no sólo la contribución de los médicos sino la de otros cuidadores, la del paciente mismo y la de su familia (Donabedian, 1993).

Desde su informe del año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO) señaló que la atención necesita reunir tres elementos dentro de los sistemas de salud: a) la salud como tal, b) la capacidad de respuesta percibida y c) la equidad en la contribución

financiera (Murray y Frenk, 2001). Además reconoce la respuesta percibida por los usuarios de los sistemas de salud como una meta intrínseca en donde estos sistemas están para servir a la gente, incluyendo más que el sólo atender su satisfacción con el mero cuidado médico que reciben (WHO, 2000). Se establece también, que esta atención contiene dos categorías: el respeto por las personas y la orientación hacia el usuario. El respeto por las personas incluye: a) el respeto por la dignidad (referente a los derechos humanos y a evitar la humillación), b) confidencialidad (determinar quién tiene acceso a la información personal de la salud del paciente), c) autonomía, vista como la libertad de escoger lo que el usuario considere mejor sobre su propia salud, o de elegir entre opciones de tratamiento. El énfasis sobre el usuario incluye: 1.- atención inmediata a las emergencias, 2.- un tiempo de espera razonable para las no emergencias, 3.- calidad de servicios básicos e instalaciones, 4.- acceso a redes sociales (familiares, amigos, etc.) y 5.- capacidad de elección (WHO, 2000).

Las definiciones y los estudios sobre calidad de la atención de los servicios de salud en literatura internacional de investigación aplicada son muy diversos. En ellos se incluyen las áreas ya mencionadas, así como las causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes. En México se han recolectado algunos datos a lo largo del tiempo, sin embargo aún queda trabajo por hacer para que los resultados incidan en la mejora de la calidad de los servicios.

Los esfuerzos para mejorar la calidad del servicio de salud en México se iniciaron a fines de la década de los cincuenta con las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (Secretaría de Salud, 2002) que permitieron alcanzar diversos grados de efectividad y calidad (no siempre satisfactoria). Esto ocurrió probablemente porque las encuestas estaban enfocadas principalmente hacia aspectos administrativos o políticos (Aguirre-Gas, 2002). Fue hasta la década de los noventa que nuevamente se vuelve a plantear la iniciativa de mejorar la calidad de los servicios de salud. La Secretaría de Salud en 1997 inició el programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en 28 estados (Secretaría de Salud, 2002). Un hallazgo relevante de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud (SS, 2002) fue que numerosos entrevistados señalaron que los servicios habían empeorado. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron además de la falta de amabilidad del personal médico, y del poco apoyo que se les ofreció en las unidades de salud.

La Cruzada Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud (SS, 2002) apuntaba varios retos referentes a este problema: el bajo nivel de la calidad en servicios públicos y privados, la heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas y entre instituciones, la escasa y poco confiable información sobre el desempeño de los servicios de salud y la percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población. Este último reto es

uno de los más difíciles ya que implicaba no sólo detectar de manera confiable las variables que influyen en la insatisfacción de los usuarios (incluyendo pacientes y familiares, ya que éstos últimos también perciben las deficiencias del servicio) sino implementar al muy corto plazo un plan de acción que facilitara el cambio organizacional deseado. La Cruzada planteaba un viejo paradigma conceptual y estático donde, dado que la calidad es subjetiva, en principio no puede medirse. Pero además plantea uno nuevo, un paradigma dinámico que señala la necesidad de evaluar la calidad "para comparar, aprender y mejorar" (Secretaría de Salud, 2002). En el contexto de este último paradigma, es labor de los expertos en comportamiento en general, y de los psicólogos de la salud en particular, instrumentar esta medición de la manera más objetiva posible, cumpliendo con los requerimientos de validez y confiabilidad que se esperan de un instrumento de medición, una tarea difícil, pero viable.

Algunos estudios pertinentes al trato de los usuarios en los servicios públicos de salud en México revelan algunos hallazgos interesantes. Por ejemplo, una encuesta sobre la satisfacción de los usuarios de una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, respecto de la recepción y atención médica, reveló que más de la mitad de los usuarios perciben un buen trato, sin embargo éstos frecuentemente se muestran inconformes con la atención médica recibida, definida como la oportunidad de atención, la oportunidad de la cita, el proceso de la atención, sus resultados, la relación médico-paciente, la información, la

comodidad, el número de medicamentos y la percepción del trato general. Al responder una pregunta abierta, las principales sugerencias fueron: aumentar el número de sillas en la sala de espera, mayor aseo en los baños, más amabilidad de parte del asistente médico y la posibilidad de solicitar citas por teléfono (Guzmán, Ramos-Córdova, Castañeda-Sánchez, López del Castillo-Sánchez y Gómez Alcalá, 2006).

Otro estudio analizó el grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa de los servicios de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Las debilidades encontradas fueron: el deficiente trato personal e individualizado, la escasa educación para la salud y el auto cuidado, la falta de disposición para resolver dudas, insuficiente explicación de procedimientos durante su realización, presentación de la enfermera (diciendo su nombre al paciente al inicio de sus labores) y cortesía de la enfermera en el desarrollo de los procedimientos (Jiménez y Villegas, Ortega Vargas, Cruz Ayala, Cruz Corchado, Quintero Barrios, et al., 2003).

Otro estudio, realizado en 15 hospitales del estado de Hidalgo con un cuestionario de 69 preguntas, reveló que la insatisfacción del paciente se relaciona con la falta de información sobre el padecimiento, mal trato del médico, percepción de mala calidad de la atención. Los resultados sugirieron una asociación entre el ingreso económico y la satisfacción, los usuarios insatisfechos poseen mayor poder adquisitivo, es decir los pacientes con mejores condiciones

socioeconómicas suelen ser más críticos (Ortiz Espinosa, Muñoz Juárez y Torres Carreño, 2004).

En otro estudio se usó la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado (EnSaTA, 2005) que contenía ocho dominios, tomado del cuestionario desarrollado por la OMS: atención pronta, autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección. Los resultados mostraron que los servicios médicos de la seguridad social ofrecen un trato inadecuado y que el trato influye poderosa y decisivamente sobre la calidad de los servicios. Otro dato que confirma los hallazgos de este estudio consiste en que las personas con mayor nivel de educación tendieron a asignar peores calificaciones (Puentes Rosas, Gómez Dantés y Garrido Latorre, 2006) ratificando que el nivel educativo tiene un peso importante en la percepción de la calidad de los servicios. Es probable que la mayoría de las personas sobrevaloraran el servicio como “bueno”, cuando realmente no lo era.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue elaborar un instrumento de medición confiable y sensible, basado en las dimensiones que señala la OMS dentro del contexto mexicano, a fin de proveer realimentación a las instituciones de salud. Algunos de los objetivos de la reforma mexicana del sistema de salud incluyen: la planeación de largo plazo de nuevas instalaciones, la evaluación de tecnologías, el suministro eficiente de medicamentos, el desarrollo de recursos humanos que incluyan la capacitación gerencial, el diseño de

sistemas de información orientados a resultados, la acreditación de unidades de atención y el mejoramiento de la calidad en las dimensiones técnicas e interpersonales de la atención (Frenk, 2007). Es a este último objetivo al que busca contribuir la elaboración de un instrumento que valore de manera razonablemente objetiva, rápida y confiable la satisfacción con la calidad del servicio y así proteger a los usuarios y crear la confianza en los sistemas de salud. En efecto, la protección de los usuarios es primordial, ya que aún existen necesidades para ofrecer servicios de alta calidad. Las encuestas realizadas hasta el momento no reflejan por completo la percepción de los usuarios ya que se trata de encuestas de opinión con preguntas abiertas susceptibles de responderse con monosílabos, y se prestan a un abordaje sesgado o centrado en elementos potencialmente circunstanciales o anecdóticos del problema de salud y ser vulnerables a factores como fatiga y la baja escolaridad, que limita la capacidad estimativa de muchos usuarios de servicios públicos de asistencia a la salud.

ESTUDIO 1

Satisfacción del paciente y la calidad de los servicios públicos de salud valorada mediante la técnica de preguntas abiertas

MÉTODO

Participantes

Inicialmente se invitó a participar a 50 usuarios (pacientes tanto de consulta externa como interna), subsecuentes (que acudieran con regularidad al hospital), y alfabetos. Si acudían por primera vez al hospital no se les invitaba a participar en el estudio. Fueron en total 41 mujeres (82%) y 9 hombres (18%), todos mayores de 18 años, con una media de edad de 46.78 y una desviación estándar de 15.67. Los participantes se atendían en el Hospital Juárez de México ubicado en el D.F., y el Hospital de Atizapán ubicado en el Estado de México, durante el turno matutino. Los participantes del Hospital Juárez fueron 39 pacientes de los servicios de oncología, medicina interna, hematología y nefrología. Los del Hospital de Atizapán fueron 11 pacientes del servicio de medicina interna.

Instrumentos

El método inicial usado para explorar el universo de conductas y elementos significativos en el que se basaría la versión final del instrumento (a describirse en el estudio II) fue el de preguntas abiertas. Consistió en un cuestionario de 13 preguntas elaboradas a partir de los componentes básicos de la atención referente a la satisfacción con la

calidad del servicio hospitalario y con su personal, que señala la literatura de investigación. Se incluyó al principio una breve definición de la calidad del servicio y de las posibles causas de satisfacción (véase el anexo 1). Se recolectaron además datos como sexo, edad, el servicio en que se les atendía, el padecimiento y el tiempo o número de veces que acudían al hospital.

Procedimiento

Dos psicólogas entrenadas como entrevistadoras invitaban a participar a los pacientes de manera individual en la sala de espera del servicio de oncología (pacientes externos) o en las salas de hospitalización de los servicios de medicina interna, hematología y nefrología del Hospital Juárez de México. En el Hospital de Atizapán la entrevistadora, también psicóloga entrenada, invitaba individualmente a los pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna. Se les explicaba que su participación era completamente voluntaria y que contestar el cuestionario le tomaría aproximadamente diez minutos. En función de sus condiciones aparentes de salud y escolaridad se les preguntaba si querían que se les leyera cada pregunta o si preferían contestar el cuestionario ellas(os) mismas(os).

RESULTADOS

De las respuestas de los 50 participantes se identificaron categorías (patrones de respuesta más frecuentes) al cuestionario. Las tablas 1 a la 14 muestran las categorías, las frecuencias de respuesta por categoría y el total de frecuencias. Se excluyeron las respuestas que ocurrieron una sola vez. La tabla 1 señala que las categorías *buen servicio, es económico y la atención* son las que más frecuentemente se refirieron al abordar las ventajas del servicio hospitalario. Las categorías que siguieron en frecuencia fueron *práctica de estudios antes del diagnóstico, rapidez del servicio, ninguna y especialidades*. Las categorías con las frecuencias más bajas fueron *doctores calificados, aparatos para diagnóstico, buenas enfermeras, el pase de los doctores en un horario, acceso a los medicamentos, la cercanía al domicilio y el haber muchos médicos*.

Tabla 1.

Frecuencias y porcentajes obtenidos de la pregunta 1: "Enliste las ventajas del servicio hospitalario"

Categorías	Frecuencias y porcentajes							
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Total	%
Buen servicio	13	11	4	0	1	0	29	32.95
Económico	8	5	1	1	0	0	15	17.05
La atención	3	3	4	3	1	1	15	17.05
Practica estudios antes del diagnóstico	4	1	0	0	0	0	5	5.68
Rapidez del servicio	4	0	0	0	0	0	4	4.55
Ninguna	2	0	1	0	0	0	3	3.41
Especialidades	3	0	0	0	0	0	3	3.41
Doctores calificados	2	0	0	0	0	0	2	2.27
Aparatos para diagnostico	1	1	0	0	0	0	2	2.27
Buenas enfermeras	1	1	0	0	0	0	2	2.27
Pasan los doctores en un horario	1	0	1	0	0	0	2	2.27
Cuentan con todos los medicamentos	1	1	0	0	0	0	2	2.27
Está cerca de mi domicilio	1	1	0	0	0	0	2	2.27
Hay muchos médicos	0	2	0	0	0	0	2	2.27

Nota: R1 - R6, se refieren al número de respuestas que dieron para cada categoría.

La tabla 2 muestra que las categorías para las desventajas del servicio hospitalario con mayor frecuencia fueron *ninguna* (no reportaban ninguna desventaja, todo les parecía bien), *es tardado y hay mucha gente*. Las que siguieron en frecuencia decreciente fueron *la falta de limpieza en los baños, la falta de recursos del hospital (materiales médicos)*

y la lejanía de su domicilio al hospital, posteriormente se encontraron la falta de atención o trato de las personas de ventanillas (personal administrativo) y las quejas correspondientes a la comida. Por último, las menos frecuentes fueron el cobro del servicio, y aquellos que refirieron no saber.

Tabla 2.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 2: “Enliste las desventajas del servicio hospitalario”

Categorías	Frecuencias y porcentajes				
	R1	R2	R3	Total	%
Ninguna	17	0	0	17	29.31
Es tardado	8	2	1	11	18.96
Hay mucha gente	5	3	0	8	13.79
Es sucio (baños)	3	1	0	4	6.89
No hay material suficiente	3	1	0	4	6.89
Me queda lejos	3	0	1	4	6.89
Las señoritas de la ventanilla son déspotas y groseras	2	1	0	3	5.17
La comida no es variada	2	1	0	3	5.17
Cobran el servicio	1	1	0	2	3.44
No sé	2	0	0	2	3.44

Nota: R = Respuesta

La tabla 3 muestra las categorías referentes a la atención, el buen servicio y nada que fueron las más frecuentes para la pregunta ¿qué le

gusta del hospital? Mientras que las menos frecuentes fueron *todo, hay buenos médicos, es económico, no me gustan los hospitales y las enfermeras.*

Tabla 3.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 3: “¿Qué le gusta del hospital?”

Categorías	Frecuencias y Porcentajes					
	R1	R2	R3	R4	Total	%
La atención	11	13	3	0	27	36.49
Buen servicio	18	4	2	2	26	35.14
Nada	7	1	0	0	8	10.81
Todo	3	1	0	0	4	5.41
Hay buenos médicos	1	1	1	0	3	4.05
Es económico	2	0	0	0	2	2.70
No me gustan los hospitales	1	1	0	0	2	2.70
Las enfermeras	0	1	1	0	2	2.70

La tabla 4 referente a la pregunta “¿Qué no le gusta del hospital?” tuvo como categorías más frecuentes *no hay quejas y esperar,* seguidas de *la comida, sacan sangre diario, el ambiente, el tener que venir, no me gustan los hospitales, la limpieza y el poco tiempo de visitas.* Las categorías menos frecuentes fueron *el personal prepotente, las emociones negativas (“me da miedo” o tristeza), la desorganización y el estar sin desayunar.*

Tabla 4.

Categorías y frecuencias obtenidas a la pregunta 4: “¿Qué no le gusta del hospital?”

Categorías	Frecuencias y porcentajes					
	R1	R2	R3	R4	Total	%
No hay quejas	13	0	0	0	13	21.31
Esperar	9	2	1	0	12	19.67
La comida	2	1	0	1	4	6.56
Sacan sangre diario	2	1	1	0	4	6.56
El ambiente	2	2	0	0	4	6.56
Tengo que venir seguido	3	0	0	0	3	4.92
No me gustan los hospitales	2	1	0	0	3	4.92
La limpieza	3	0	0	0	3	4.92
Poco tiempo de visitas	2	1	0	0	3	4.92
Personal prepotente	2	0	0	0	2	3.28
Emociones negativas	2	0	0	0	2	3.28
Desorganización	1	1	0	0	2	3.28
Estoy sin desayunar	0	0	2	0	2	3.28
Las medicinas	0	0	2	0	2	3.28
No duermo bien	0	1	0	1	2	3.28

La tabla 5 muestra las categorías que describen las respuestas frecuentes a la pregunta “¿Qué le gusta de los médicos?”, donde la *atención y la preparación de los médicos* fueron las más mencionadas, seguidas de *atienden bien y de dan información del padecimiento*.

Posteriormente se observa que *el físico, la prescripción de medicamentos y el ser cariñosos* fueron las menos frecuentes.

Tabla 5.

Categorías y frecuencias de la pregunta 5: “¿Qué le gusta de los médicos?”

Categorías	Frecuencias				Total	%
	R1	R2	R3	R4		
La atención	29	16	1	1	47	58.75
Son preparados	6	2	2	0	10	12.5
Me atienden bien	6	1	1	0	8	10
Dan buena información del problema	2	6	0	0	8	10
El físico	3	0	0	0	3	3.75
Nos dan medicamentos	0	1	1	0	2	2.5
Son cariñosos	0	2	0	0	2	2.5

La tabla 6 señala las categorías que describen las respuestas a la pregunta “¿Qué no le gusta de los médicos?” donde las categorías más encontradas fueron *no tengo quejas*, seguida de *no explican bien y algunos son apáticos*; las referentes a *atienden con mucha prisa, me inyectan* fueron menos frecuentes junto con *son toscos en las curaciones y recetan sin examinar*.

Tabla 6.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 6: “¿Qué no le gusta de los médicos?”

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
No tengo quejas	31	2	0	33	52.38
No explican bien	5	3	1	9	14.29
Algunos son apáticos	5	3	1	9	14.29
Atienden con mucha prisa	2	2	0	4	6.35
Que me inyecten	2	2	0	4	6.35
Son toscos en las curaciones	2	0	0	2	3.17
Recetan sin examinarme	0	2	0	2	3.17

La tabla 7 muestra las categorías correspondientes a la pregunta ¿qué le gusta de las enfermeras?, donde *la atención* fue la más mencionada, *me atienden bien* y *me explican bien* fueron las siguientes más referidas; *todo* y *son cuidadosas* fueron las menos referidas junto con *algunas explican bien*, *son rápidas*, *están al pendiente de la hora de los medicamentos*, *son lindas* y *son limpias*.

Tabla 7.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 7: “¿Qué le gusta de las enfermeras?”

Categorías	Frecuencias					
	R1	R2	R3	R4	Total	%
La atención	30	14	5	2	51	58.62
Me atienden bien	7	3	2	0	12	13.79
Me explican bien	3	4	0	0	7	8.05
Todo	1	1	1	1	4	4.60
Son cuidadosas	1	1	0	1	3	3.45
Algunas explican bien	2	0	0	0	2	2.30
Son rápidas	1	1	0	0	2	2.30
Están al pendiente de la hora de los medicamentos	1	0	0	1	2	2.30
Son lindas	1	0	0	1	2	2.30
Son limpias	0	2	0	0	2	2.30

La tabla 8 muestra las frecuencias de las categorías más mencionadas en la pregunta “¿Qué no le gusta de las enfermeras?”, encontrando que *no hay quejas* fue la más recurrente, seguida de *la atención (el ser groseras)*. Las menos frecuentes fueron *no atienden bien, son lentas y nada*.

Tabla 8.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 8: “¿Qué no le gusta de las enfermeras?”

Categorías	Frecuencias					
	R1	R2	R3	R4	Total	%
No hay quejas	24	2	0	0	26	43.33
Su atención (son groseras)	13	5	1	1	20	33.33
No atienden bien	2	4	1	0	7	11.67
Son lentas	2	2	1	0	5	8.33
Nada	2	0	0	0	2	3.33

En la tabla 9 se observa que *la atención y el buen servicio* fueron las más frecuentes, *no tengo trato y nada* le siguen en orden decreciente, siendo *hacen su trabajo, atienden rápido y son eficiente* las de menor frecuencia en el caso de la pregunta “¿Qué le gusta del personal administrativo?”. .

Tabla 9.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 9: “¿Qué le gusta del personal administrativo?”

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
La atención	12	3	1	16	25.40
Buen servicio	13	2	0	15	23.81
No tengo trato (sólo mis familiares)	8	0	0	8	12.70
Nada	8	0	0	8	12.70
Dan información necesaria	2	2	0	4	6.35
Que me dejen pasar al servicio	1	2	0	3	4.76
Las trabajadoras sociales son buenas	0	3	0	3	4.76
Hacen su trabajo	2	0	0	2	3.17
Atienden rápido	1	1	0	2	3.17
Son eficientes	0	2	0	2	3.17

La tabla 10 muestra que para la pregunta “¿Qué no le gusta del personal administrativo?” la categoría con más frecuencia fue *la atención*, seguida de *no tengo quejas; la falta de educación, son lentos, no tengo trato con ellos, llegan tarde en caja y no contestan dudas* fueron menos referidas además de *no dejan pasar cosas y no dejar ver a sus familiares*.

Tabla 10.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 10: “¿Qué no le gusta del personal administrativo?”

Categorías	Frecuencias					
	R1	R2	R3	R4	Total	%
Atención (son groseros)	13	4	2	2	21	31.34
No tengo quejas	17	1	0	0	18	26.87
No tienen criterio (les falta educación)	2	3	1	0	6	8.96
Son lentos	4	1	0	0	5	7.46
No tengo trato con ellos	4	0	0	0	4	5.97
Llegan tarde en caja	1	1	1	1	4	5.97
No contestan mis dudas	1	3	0	0	4	5.97
No dejan pasar cosas	3	0	0	0	3	4.48
No dejan ver a sus familiares	0	0	2	0	2	2.99

La tabla 11 presenta las categorías para la pregunta “¿Está satisfecho con el servicio del hospital?”. Donde se observa la inclinación hacia la respuesta *sí*, mientras que sólo tres personas contestaron *no* y dos *regular*.

Tabla 11.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 11: “¿Está satisfecho con el servicio del hospital?”

Categorías	Frecuencias	%
Sí	45	90.00
No	3	6.00
Regular	2	4.00

En la tabla 12 se muestra que 45 sí regresarían al servicio y cuatro no, uno de los participantes dijo que sí regresaría al servicio de oncología y no al de ortopedia.

Tabla 12.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 13: “Si tuviera oportunidad de acudir a otro servicio médico ¿regresaría a éste?”

Categorías	Frecuencias	%
Si	45	91.84
No	4	8.16

La tabla 13 muestra que ante la pregunta: Dígame usted lo primero que se le viene a la cabeza cuando escucha “servicio del hospital” las *enfermedades y todo está bien* fueron las más referidas, seguidas por *dolor, temor, atención médica, muerte, no es agradable venir, mucha gente y enfermeras groseras*. Las menos frecuentes fueron *tener que venir al hospital, nada, cuidados, no quiero regresar, algún tratamiento y gastos*.

Tabla 13.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 12: Dígame usted lo primero que se le vienen a la cabeza cuando escucha "servicio del hospital"

Categorías	Frecuencias					Total	%
	R1	R2	R3	R4	R5		
Enfermedades	5	5	3	1	0	14	18.18
Todo está perfecto	10	3	0	0	0	13	16.88
Dolor	4	1	3	1	0	9	11.69
Temor	7	0	1	0	0	8	10.39
Atención médica	6	1	0	0	0	7	9.09
Muerte	2	1	1	1	0	5	6.49
No es agradable venir	1	1	0	0	1	3	3.90
Mucha gente	2	0	1	0	0	3	3.90
Enfermeras groseras	1	1	1	0	0	3	3.90
Tengo que venir al hospital	1	0	0	0	1	2	2.60
Nada	2	0	0	0	0	2	2.60
Cuidados	1	1	0	0	0	2	2.60
No quiero regresar	1	1	0	0	0	2	2.60
Algún tratamiento	1	0	1	0	0	2	2.60
Gastos	0	2	0	0	0	2	2.60

Finalmente en la tabla 14, se explica por qué regresarían al servicio, encontrando que regresarían por *el buen servicio y la atención* principalmente.

Tabla 14.

Categorías y frecuencias obtenidas de la pregunta 13: "Por favor explique" de los sujetos que sí regresarían al servicio.

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
Es bueno el servicio	18	2	0	20	35.09
La atención médica es buena	7	6	2	15	26.32
Es económico	3	1	1	5	8.77
Cuenta con todos los recursos	1	3	1	5	8.77
Son mejores que en otros hospitales	3	0	0	3	5.26
Cuenta con buenos médicos	1	2	0	3	5.26
Ya me acostumbre	2	0	0	2	3.51
He visto mejoría en mi enfermedad	2	0	0	2	3.51
Es tardado pero atienden bien	0	2	0	2	3.51

Una vez identificados los aspectos primordiales en el contexto de las áreas propuestas por la OMS (WHO, 2000) en los usuarios del Hospital Juárez y Atizapán, fue posible proceder a la elaboración de reactivos específicos para la medición de la Calidad de la Atención en el Servicio desde la percepción, expresión, y experiencia de los usuarios.

DISCUSIÓN

La calidad del servicio es una necesidad primordial para mejorar la eficacia de los servicios públicos de salud. La técnica de preguntas abiertas es una herramienta poderosa para la exploración inicial de dimensiones relevantes desde la perspectiva de los usuarios. Los resultados de este estudio preliminar muestran que el trato interpersonal que reciben del personal, así como aspectos de información y optimización del tiempo, son especialmente relevantes para la satisfacción con los servicios recibidos.

De los resultados se puede derivar que la mayoría de los usuarios, en general, perciben el servicio con más ventajas que desventajas y con un buen trato, como en otros estudios (Guzmán, et al, 2006). Si bien al parecer hay muy pocas quejas, se encontraron resultados interesantes: en el caso de la atención de los médicos los usuarios se quejaron de la falta de información de parte de éstos al explicar los procedimientos médicos, así como también que las enfermeras son percibidas como “groseras”, lo cual implica deficiencias en la comunicación y en el trato respectivamente. En el estudio realizado en el estado de Hidalgo (Ortiz-Espinosa, et. al, 2004) llama la atención que sólo un 30% de usuarios percibieron mala calidad en la atención y que sin embargo, muchos de los que se quejan lo hacen de cuestiones como el mal trato del médico. Los resultados del presente estudio apuntan a variables comportamentales

modificables , como la adhesión terapéutica, especialmente bajo las condiciones epidemiológicas actuales, que impactarían en necesidades básicas al buen funcionamiento de los sistemas (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003). Esto es que los médicos por ejemplo no dotan al pacientes de información suficiente como supone una estrategia educativa. En los hospitales del presente estudio el personal médico explicó que esto se debe a la cortedad de tiempo para atender a una gran cantidad de pacientes. En el caso de las enfermeras, se observó, aunque no de manera sistemática, parece haber un déficit en habilidades sociales y de autorregulación emocional ante la presión de médicos, usuarios y familiares.

Una vez identificados estos elementos desde la percepción de los usuarios pueden proponerse reactivos cerrados que faciliten la recolección de la información y su análisis. Como plan de prueba se decidió usar escalas tipo Likert donde se calificara desde “excelente” hasta "pésimo" para identificar la intensidad percibida de lo que mide cada reactivo. La calidad con que perciben la atención recibida también se evoca con viñetas que representan casos donde se pide una calificación que oscila entre “muy buena” a “muy mala” con cinco opciones.

Algunos reactivos provisionales incluyeron “Algunos médicos no me dan explicaciones de mi enfermedad”, “En ocasiones la información que me dan es muy complicada”, “Las enfermeras parecen molestas cuando me atienden”. Aunque en los resultados aparecen

todas las categorías posibles, quizá convendría reducir su número. También se podrían tomar en cuenta otras categorías que si bien no se mencionaron frecuentemente, son categorías con información valiosa para valorar la calidad de la atención, como por ejemplo el que les permitan introducir artículos personales, el ambiente (la calidad de las instalaciones y servicios), la limpieza de las instalaciones, el tiempo reducido de visitas, el trato del personal administrativo, o si el servicio cuenta con los recursos necesarios. Los resultados aquí descritos dan una idea del contenido de los reactivos que pueden elaborarse en las categorías propuestas desde la perspectiva de los usuarios, considerando su escolaridad tal y como recomiendan Ortiz Espinosa y colaboradores (2004), y Puentes Rosas y colaboradores (2006).

Cabe recordar, que esfuerzos como el presente buscan proteger a los usuarios de los servicios públicos de salud conforme a lo establecido por la OMS (WHO, 2000), en aspectos primordiales como su dignidad, autonomía, y libertad de elegir.

ESTUDIO 2

Validación del Instrumento de Satisfacción del Paciente y la Calidad de los Servicios Públicos de Salud

MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar a 268 usuarios (véase la tabla 1) de los cuales permanecieron 247 mujeres y 19 hombres (dos participantes no especificaron su sexo) la mayoría casados, con escolaridad máxima de primaria completa, dedicadas(os) al hogar, con ingreso mensual oscilando desde 400 pesos hasta 15,000 con media de 2419.75 pesos (DE = \$1610.). Los pacientes se atendían en el Hospital General de Atizapán. Se invitó a participar a pacientes hospitalizados, de los servicios de Ginecología y Obstetricia (240), Medicina Interna (16) y Cirugía (10). Como criterio de inclusión se incluyó el saber leer y escribir. En una hoja anexa al instrumento se recababan los datos sociodemográficos.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Antigüedad
Media	Mujeres	Unión Libre	Secundaria	Hogar	Primera vez
25.73	92.2%(247)	47.4 %(127)	Completa	72% (193)	47.8% (128)
DE	Hombres	Casado	34% (91)	Empleado	Subsecuentes
9.663	7.1% (19)	30.6%(82)	Primaria	7.5% (20)	42.2% (113)
		Soltero	Completa	Desempleado	
		14.9% (40)	17.9% (48)	3.7% (10)	
		Separado	Secundaria	Auto empleado	
		3.7% (10)	Incompleta 9.7%	por obra	
		Divorciado	(26)	determinada	
		.4% (1)	Preparatoria	3% (8)	
		Viudo	Incompleta 9%	Estudiante	
		.4% (1)	(24)	2.6% (7)	
			Primaria	Comercio	
			Incompleta 8.6%	Informal	
			(23)	2.2% (6)	
			Preparatoria	Otro	
			Completa 6.7%	1.5% (4)	
			(18)	Profesionista	
			Estudios	.4% (1)	
			Universitarios		
			4.9% (13)		
			Carrera Técnica		
			3.4% (9)		
			Ninguna		
			1.5 % (4)		

Instrumentos

El cuestionario se elaboró a partir de los hallazgos del estudio I donde se identificó el universo de conductas y elementos significativos en 50 participantes con una lista de preguntas abiertas (véase el anexo 1). Se elaboraron reactivos dirigidos principalmente a la comunicación del médico y al trato de la enfermera, por ejemplo el reactivo 15 “Las enfermeras son bruscas en sus procedimientos” y el reactivo 21 “El médico me da toda la información de mi enfermedad de una manera clara y sencilla”. De ese modo se escogieron algunas de las quejas referidas anteriormente y se compararon con las áreas propuestas por la OMS (atención pronta, autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección). Otros reactivos se elaboraron únicamente con base en estas áreas, como por ejemplo el reactivo 44 “Mi médico me pide permiso para hablar de mi caso delante de sus alumnos” que corresponde al área de *respeto a la confidencialidad* propuesta por la OMS (WHO, 2000).

Se tituló al instrumento: Cuestionario de Satisfacción de Servicios Hospitalarios (véase el anexo 2) con 54 reactivos divididos en las ocho áreas que establece la OMS: calidad de las instalaciones y servicios (siete reactivos), atención pronta (seis reactivos), trato digno (siete reactivos), comunicación (seis reactivos), autonomía (seis reactivos), acceso a redes de apoyo social (seis reactivos), respeto a la

confidencialidad (seis reactivos) y capacidad de elección (cuatro reactivos).

Se añadió una sección que contenía seis viñetas referentes a estas áreas, con historias que representaban personajes con características sociodemográficas semejantes a las de la población, y seis opciones de respuesta con escala tipo Likert que evaluaban de *muy mala* a *muy buena atención*. Se incluyeron estas viñetas a partir de las áreas propuestas por la OMS (WHO, 2001).

Procedimiento

Tres psicólogas entrenadas como entrevistadoras invitaban a participar a los pacientes de manera individual en las salas de hospitalización de los servicios de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía y urgencias. Se les explicaba que su participación era completamente voluntaria, que les tomaría aproximadamente 20 minutos y se les indicaba que fueran lo más sincero posible en sus respuestas ya que el único objetivo era brindarle un mejor servicio.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de frecuencia de respuestas reactivo por reactivo calculando media y sesgo (asimetría) para verificar la captura (ningún valor fuera de rango) y cotejar que todas las opciones de respuesta fueran *atractivas* (que hubiera un mínimo de una frecuencia en cada una de ellas). No hubo errores de captura y todas las opciones de respuesta resultaron atractivas.

Debido a que el objeto de estudio explora conductas típicas, normalmente se espera que el sesgo sea menor a -0.5 y mayor a $+0.5$. (Barragán, 2008). La tabla 2 muestra los reactivos de la escala que se descartaron debido a que no arrojaron un sesgo con el criterio mencionado. Los 44 reactivos restantes cubrieron el criterio establecido de sesgo menor a -0.5 y mayor a $+0.5$.

Tabla 2

Sesgo de los reactivos que se descartaron del cuestionario de Satisfacción de Servicios Hospitalarios

<i>Reactivos descartados</i>	<i>Sesgo</i>
8. Cuando vengo a mi consulta tengo que esperar mucho tiempo para que me atiendan.	.142
9. Si llego temprano a mi cita, me atienden de inmediato.	-.430
12. Tardo más en esperar que en la consulta.	.122
19. Las personas del área administrativa son amables.	-.424
28. El médico me receta mis medicamentos sin preguntarme cuál prefiero.	.122
29. Los doctores escogen el tratamiento para curar mi enfermedad sin ofrecerme otra alternativa de tratamiento.	.163
36. El tiempo de las visitas es muy corto.	.098
38. Puedo comunicarme con mis familiares si es necesario.	-.321
50. ¿Cómo calificaría el trato digno del médico y la enfermera hacia Ana?	.266
53. ¿Cómo calificarías el acceso a redes sociales como familiares y amigos de este hospital?	.488

Posteriormente se re-codificó la base de datos para los reactivos con dirección inversa al objetivo del instrumento, tales como los que miden la frecuencia de una deficiencia en vez de calidad. Una vez re-codificada; se hizo la suma de todos los reactivos y el análisis de frecuencia solicitando cuartiles, obteniendo los extremos, el cuartil 25 (menor o igual a 164) y 75 (mayor o igual a 205) mediante un análisis de frecuencias. A fin de determinar la capacidad del reactivo para discriminar entre grupos con diferente percepción de lo que mide la escala, se compararon los grupos con la prueba *t* de Student para

muestras independientes, reactivo por reactivo . Todos los reactivos discriminaron, excepto los reactivos 34 con una $t(135)=-1.432, p=0.154$, el reactivo 35 con una $t(136)=-1.321, p=0.189$, el reactivo 50 con una $t(134)=-1.369, p=0.173$, el reactivo 51 con una $t(131)=-1.721, p=0.088$ y el reactivo 53 con una $t(137)=-0.964, p=0.337$, mismos que se eliminaron del instrumento, la tabla 3 muestra los reactivos eliminados.

Tabla 3

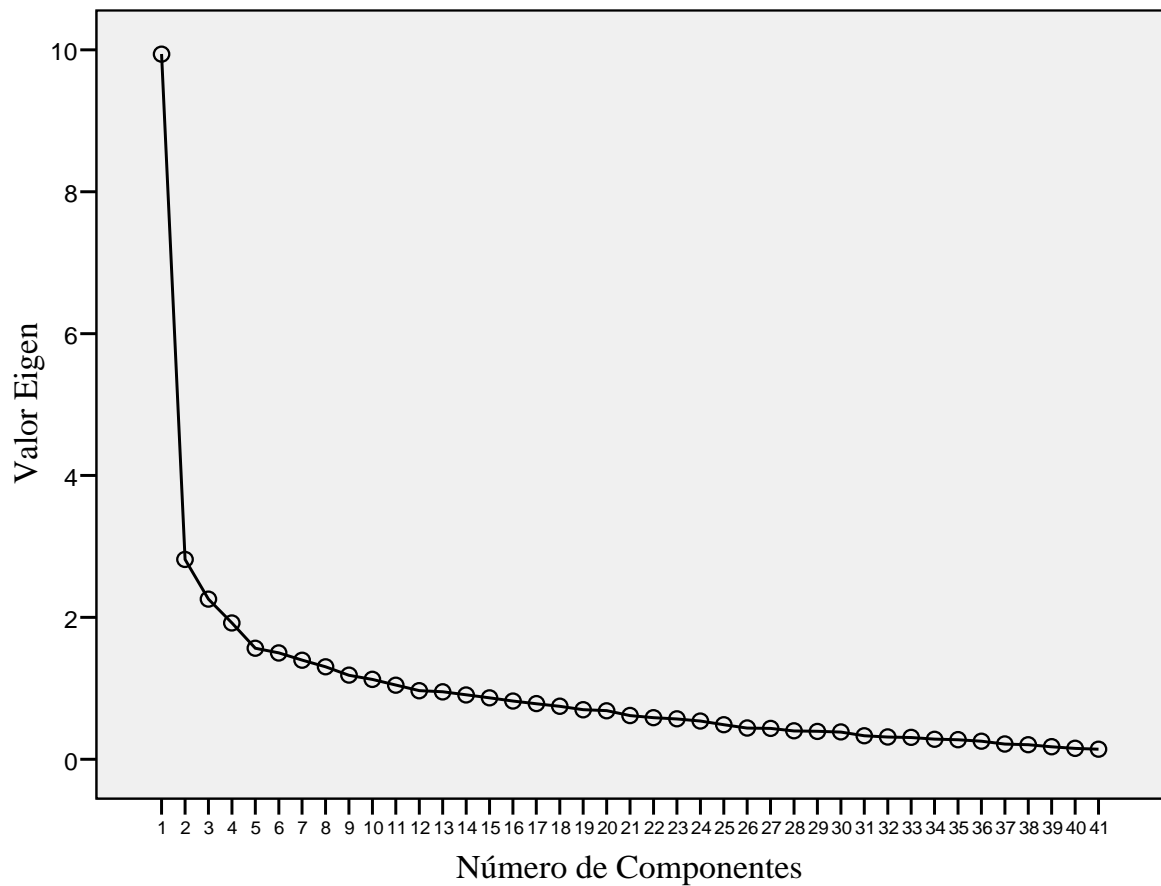
Valores t de Student para los reactivos eliminados de la escala de Satisfacción de Servicios Hospitalarios

	T	Gl	Sig. (bilateral)
34. Las personas de la entrada no dejan que mis familiares me traigan cosas (una almohada, bata	-1.432	135	.154
35. La estancia en el hospital es mejor en compañía de familiares	-1.321	136	.189
50. Viñeta. ¿Cómo calificaría el trato digno del médico y la	-1.369	134.241	.173
51. Viñeta. ¿Cómo calificaría la forma de comunicación del	-1.721	131.803	.088
53. Viñeta. ¿Cómo calificarías el acceso a redes sociales como familiares y amigos de este	-.964	137	.337

Gl=Grados de libertad, Sig.= p asociada

Con objeto de analizar su direccionalidad se llevo a cabo un análisis de tablas cruzadas reactivo por reactivo. Los reactivos 44, 45, 46 y 47 indicaron no seguir el patrón esperado pero la información que generan es tan importante que no se retiraron de los análisis subsecuentes. La consistencia interna del instrumento hasta este momento del análisis fue de $\alpha = 0.902$. El análisis de correlaciones reveló que los valores obtenidos no correlacionaron más de 0.80 por lo que, por tratarse de un estudio exploratorio se decidió hacer un análisis factorial con rotación ortogonal. En el análisis factorial se observó que en el punto de corte de Cattell se encuentran cinco factores reales como se puede observar en la figura 1.

Figura 1. Número de factores encontrados y determinados por el punto de corte de Cattell.



Dado que las categorías arrojadas no coincidían con las áreas originales (ocho) se forzó el análisis a nueve, a ocho, a seis, a cinco y hasta cuatro factores, logrando como mejor solución la de cinco factores con seis iteraciones y eliminando los reactivos 31, 37 y 49 por cargar en más de un factor. Finalmente se llevó a cabo el análisis que generó un alfa de Cronbach total $\alpha=.893$, el primer factor arrojó $\alpha=.880$, el segundo $\alpha=.817$, el tercero $\alpha=.777$, el cuarto $\alpha=.595$ y el quinto $\alpha=.370$. como sigue:

Primer factor: instalaciones y servicios y del área de comunicación

Segundo factor: trato, la atención y la confidencialidad

Tercer factor: capacidad de elección

Cuarto factor: confidencialidad

Quinto factor: rapidez del servicio y dos reactivos en confidencialidad e instalaciones, denominado satisfacción general.

La confiabilidad por factor en los factores 4 y 5 es muy baja por lo que habría que realizar análisis posteriores y desarrollar nuevos reactivos (véase la tabla 4).

Tabla 4

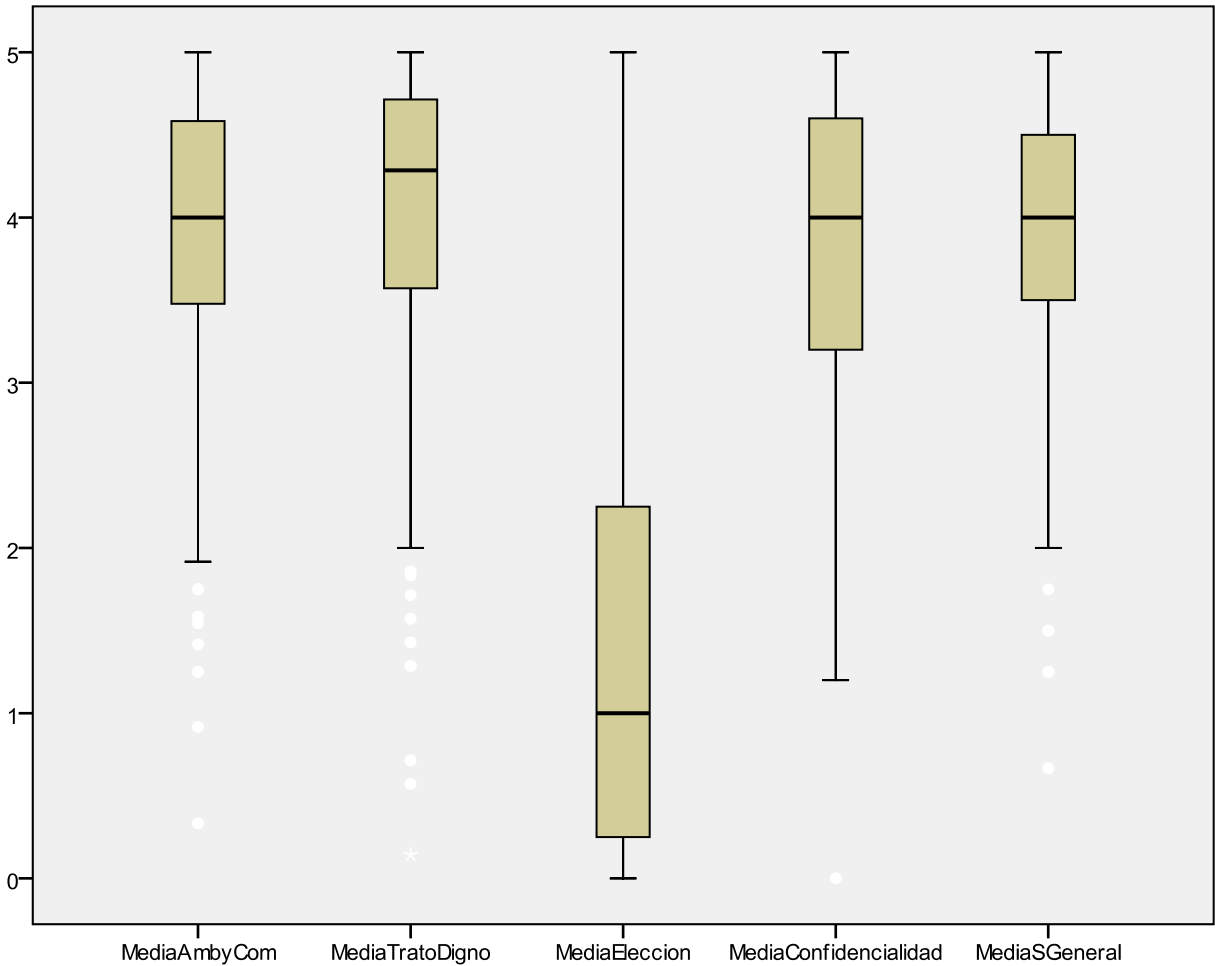
Estructura factorial para la escala de Satisfacción de Servicios Hospitalarios (alfas de Cronbach)

	AyC	TD	CE	C	SG
1. El hospital está por lo general limpio y aseado.	.762				
2. El servicio donde me atienden tiene el equipo médico (aparatos) necesarios.	.413				
5. La comida del hospital es sabrosa.	.500				
6. El baño por lo general está limpio.	.707				
7. La ventilación del hospital es adecuada.	.644				
21. El médico me da toda la información de mi enfermedad de una manera clara y sencilla.	.671				
22. El médico me da el tiempo necesario para que yo pregunte mis dudas sobre mi enfermedad y mi tratamiento.	.705				
23. En caso de que no entienda lo que el médico me dice, él se da el tiempo necesario para volverme a explicar y resolverme mis dudas.	.650				
24. Las enfermeras me explican qué es lo que me van a hacer antes de empezar a revisarme.	.504				
25. Cuando hago preguntas al médico, presta atención a lo que le pregunto.	.510				
26. Las personas del área administrativa me informan contestan mis dudas.	.460				
30. Cuando voy a consulta el médico platica sobre los diferentes tratamientos que me pueden dar y al final me pregunta cuál me parece mejor.	.508				
11. Paso hambre por esperar a que me atiendan.		.482			
14. El médico me regaña.		.728			
15. Las enfermeras son bruscas en sus procedimientos (curación, tomar la presión, limpiar al paciente, etc.).		.634			
16. Las enfermeras atienden de mala gana.		.806			
18. Las enfermeras son groseras		.740			
42. Las enfermeras y/o los médicos se "cuchichean" cuando ven a ciertos pacientes.		.503			
43. El médico y/o las enfermeras me regañan delante de los pacientes.		.711			
44. Mi médico me pide permiso para hablar de mi caso delante de sus alumnos (residentes, internos, estudiantes).			.463		
45. Puedo elegir qué médico me atiende.			.828		
46. Puedo elegir si quiero que me atienda un médico mujer o no.			.857		
47. Si lo pido, pueden cambiar al médico que me atiende.			.808		
32. El médico me explica los efectos negativos de las medicinas (náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza), para que yo decida cuál prefiero.				.516	
39. El médico habla de mi enfermedad cuidando que sólo yo lo escuche.				.505	
40. Cuando acudo a consulta sólo el médico puede escuchar lo que digo.				.531	
52. Sara acaba de acudir a consulta. El médico le explica qué es lo que tiene y le da dos opciones: una cirugía o seguir un tratamiento con medicamento, la operación la curaría más rápido que las medicinas pero es riesgosa. El médico le pide a Sara que lo piense con su familia y le dé una respuesta lo antes posible.				.612	
54. Carlos acude a consulta externa cada mes. Cuando la enfermera le llama, lo conduce al consultorio asegurándose de cerrar la puerta y solo el médico y ella pueden escuchar la consulta.				.647	
4. Los muebles y decoración (como cuadros, lámparas, etc.) en general me desagradan.					.537
10. Me citan desde temprano y me hacen esperar por largo tiempo (horas).					.451
13. Cuando viene alguna persona muy grave se le atiende primero.					.412
41. Otros pacientes hablan de mis cosas, que sólo sabía mi médico					.540

Nota: AyC=ambiente y comunicación; TD=trato digno; CE= capacidad de elección; C= confidencialidad; SG=satisfacción general.

A fin de identificar la calidad de la atención a los participantes, se realizó un análisis descriptivo en función a las áreas que evalúa el instrumento (véase la figura 2). La mayoría de los participantes mostraron mayor satisfacción en las áreas de ambiente y comunicación, trato digno, confidencialidad y satisfacción general, mientras que la mayoría expresaron la menor satisfacción en elección (oportunidad de elegir a su médico y si éste pide permiso para hablar de su caso delante de sus estudiantes).

Figura 2. Satisfacción con Servicios Hospitalarios. Las cajas representan datos del percentil 25 al 75, las líneas gruesas las medias y los extremos de las líneas verticales los valores máximos y mínimos. La ordenada contiene los valores de la escala Likert donde cero indica menor satisfacción y cinco mayor satisfacción. La abscisa representa las áreas de la escala.



Nota: AmbyCom= ambiente y comunicación; SGeneral = satisfacción general.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue elaborar un instrumento confiable, válido y sensible basado en las dimensiones de la OMS dentro del contexto de México, con a fin de retroalimentar a las instituciones de salud. Los resultados señalan que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable dentro de los parámetros normalmente aceptados (Nunnally & Bernstein, 1994) aún sin haber descartado aquellos reactivos que oscilan en sentidos distintos al esperado; éstos se conservaron debido a que discriminan entre los demás factores, específicamente hacia capacidad de elección.

Los reactivos aportan información valiosa sobre la satisfacción de los pacientes respecto a esta área; el reactivo 44 "Mi médico me pide permiso para hablar de mi caso delante de sus alumnos", podría describir que los pacientes reportan que esta conducta no la llevan a cabo los médicos dentro del área que inicialmente era de confidencialidad, pero que se integró al final en el factor denominado capacidad de elección, junto con los reactivos 45 " Puedo elegir qué médico me atiende", 46 "Puedo elegir si quiero que me atienda un médico mujer o no", y 47 "Si lo pido, pueden cambiar al médico que me atiende". Pareciera que la mayoría de los pacientes coinciden en que el sistema de salud dentro de este hospital en particular no favorece la capacidad de decisión y elección de los usuarios.

Los factores obtenidos no corresponden con el número exacto de áreas planteadas desde las ocho dimensiones de la OMS para la atención de los servicios de salud: prontitud en la atención, autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección. Se obtuvieron cinco factores que no abarcaron las áreas de prontitud en la atención, autonomía y acceso a redes de apoyo, pero se formó una nueva área (satisfacción general) con reactivos correspondientes al área original de prontitud en la atención, de calidad de las instalaciones y servicios (ambiente) y confidencialidad. Esto puede indicar que en esta población, no se da una distinción clara entre dichas dimensiones como las propuso la OMS, que establece condiciones de atención esperables, en principio, desde las perspectivas de cualquier paciente y que se establecieron en 71 países, tanto del "primer mundo" como del "tercero" incluido México (WHO, 2001).

Quizá deba señalarse que en el caso particular de México el sistema de Salud empieza a funcionar en 1944 (IMSS, 2011) como prestación social en un periodo histórico en el que los servicios de salud se conciben como un derecho. Sin embargo, difícilmente se puede esperar demasiado debido a la amplitud de cobertura, de hecho, los principales problemas administrativos de su funcionamiento han girado en torno a problemas como la calidad de los insumos, el abasto de medicamentos y de insumos necesarios para la atención

hospitalaria, largas jornadas, saturación de servicios, papeleo innecesario y salarios insuficientes en relación a la carga de trabajo (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo, 1997). Esto ha sido una constante en los servicios de salud públicos, lo que podría haber llevado, a lo largo de más de 60 años a una forma de baja expectativa al respecto de lo que los usuarios pueden esperar en su atención.

Quizá debido a que se trabajó con personas en condiciones sociodemográficas como baja escolaridad e ingreso no se conformaron las variables que estarían relacionadas con una atención expedita y a la posibilidad de que la privacidad a que se refieren los reactivos sobre “autonomía” y “redes sociales” con preguntas relativas a las oportunidades y tiempo de visitas sean dimensiones relevantes que, si bien, no representan al universo de la población, inciden como un grupo frecuente en estos hospitales. Sin embargo, es necesario realizar un abordaje más amplio que incluya grupos más grandes y diversificados de usuarios, así como otros elementos que se sugieren en otras propuestas teóricas que incluyen aspectos como: las expectativas de los usuarios, (McKinley, Stevenson, Adams y Manku-Scott, 2002) y relativos al desempeño económico de la institución, y valores relativos al empleado, a su capacitación y aprendizaje, y al usuario (Brown, 2004).

Es necesario diseñar estrategias de evaluación adicionales a las del presente trabajo como viñetas diferentes, observación directa, entrevista e incluir la evaluación de los aspectos del funcionamiento

administrativo que también llevan a un resultado para el paciente, como la disponibilidad de medicamentos, o solución de su problema de salud. En su contexto, el propósito de elaborar un instrumento a partir de las áreas de la OMS (WHO, 2001) fue precisamente contar con reactivos cotejables en dichas áreas para los usuarios de los servicios de salud en México, especialmente como la abordada en el Hospital General de Atizapán con dimensiones distintas de lo que es importante o esperable.

En cuanto a la percepción de calidad en las áreas ambiente y comunicación, trato digno, confidencialidad y satisfacción general los usuarios muestran mayor satisfacción. La capacidad de elección se percibe como deficiente en este hospital, es decir que el equipo médico, en la mayoría de los casos, no les da la oportunidad de opinar sobre su tratamiento, su médico o solicita su autorización para hablar de su caso delante del equipo de salud. Es de destacarse que estos resultados contravienen el objetivo de la reforma mexicana del sistema de salud contexto del presente estudio que busca el mejoramiento constante de la calidad en las dimensiones interpersonales de la atención (Frenk, 2007).

El presente trabajo sólo abordó aspectos relativos a la percepción del usuario principalmente en relación con su interacción con el personal de salud, por lo que es necesario ampliar los elementos de análisis para identificar otros elementos que también afectan la percepción del usuario pero que recaen en las condiciones laborales,

administrativas y aún económicas de la Institución prestadora de servicios, a fin de lograr un sistema que abarque todas las áreas involucradas en la evaluación dinámica de la calidad. Los resultados encontrados por Mira (2002) donde las causas de satisfacción fueron el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones, son también hallazgos del presente estudio, y apuntan a la importancia de contar con una evaluación precisa como fuente de información de la calidad en el servicio.

Las causas de insatisfacción el estudio de Mira (2002) incluyeron la falta de coordinación del personal, las listas de espera y los retrasos en la atención, en obtener los resultados de pruebas y en comunicar el diagnóstico. Éstos también tocan aspectos administrativos que no aparecieron en el presente estudio. Probablemente no se incluyeron suficientes personas que identificaran estas fallas. Así, en el presente estudio las quejas se concentraron en el área en el área de elección resultó más evidente e importante a los usuarios mexicanos. Quizá la diferencia se deba a que el estudio de Mira (2002) recolectó datos en 10 hospitales y 4 centros de salud, lo que favorece una mayor amplitud en las características sociales como las educativas y laborales de los usuarios. Sería recomendable realizar más aplicaciones en diferentes áreas del sector salud con el fin de obtener la apreciación de otros involucrados en el proceso de atención y observar si se conservan los factores, ya que su estructura aún no es muy clara. Una limitación

inevitable del estudio fue que el cuestionario se aplicó principalmente a mujeres porque se tenía mayor acceso al servicio de ginecología y obstetricia del hospital. Habría que aplicar también a una cantidad considerable de hombres para ver si existe alguna diferencia entre estos grupos y si el contexto social que juega cada género influye en la satisfacción de la atención percibida.

Se ha observado que a partir de investigaciones en esta línea, se han establecido políticas dirigidas a un funcionamiento uniforme que busca promover el respeto y la dignidad de los usuarios de los servicios de salud. Podría mostrarse a los usuarios los lineamientos de calidad del servicio y satisfacción en carteles, señalando su derecho a ser atendidos con amabilidad, a esperar calidez e información comprensible.

El objetivo del presente estudio no incluyó factores institucionales como el abasto de medicamentos, horas de consulta, reducción de gastos o mejoría de síntomas a partir de la consulta, que son también indicadores importantes de la calidad. Sin embargo, aporta información válida, confiable, fácil de levantar de manera homogénea, construida a partir de las dimensiones de la OMS, pero en el marco de lo que los usuarios señalaron reiteradamente como importante y no de una superposición teórica con reactivos traducidos. El presente instrumento contribuye al esfuerzo de lograr la evaluación dinámica de la calidad de servicio al respecto de la percepción del paciente.

**INFORME DE
ACTIVIDADES
PROFESIONALES**

MEDICINA CONDUCTUAL

La medicina conductual es un campo interdisciplinario que concierne al desarrollo y la integración de los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas, así como a las técnicas para el entendimiento de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y dichas técnicas hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Society of Behavioral Medicine, SBM, 2010). Tanto la medicina conductual como la psicología de la salud aplican métodos conductuales y cognitivo-conductuales de evaluación y tratamiento (Trull y Phares, 2003). El alcance de la medicina conductual se extiende desde el diagnóstico clínico hasta la intervención; así como desde la promoción de la salud hasta la prevención de la enfermedad, basada en los hallazgos de investigación sobre los mecanismos fundamentales biológicos y conductuales que atañen estas áreas (International Society of Behavioral Medicine, ISBM, 2010).

Este campo multidisciplinario se encarga principalmente de los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas. Una amplia variedad de profesionales de la salud se encuentran involucrados en la investigación y práctica de la medicina conductual, como son: cardiólogos, epidemiólogos, médicos familiares, enfermeras, nutriólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos. La medicina conductual se suele desarrollar en muy diversos escenarios como son:

organizaciones deportivas, comunidades, clubes y gimnasios, hospitales, clínicas de rehabilitación, organizaciones religiosas, asilos, escuelas y universidades, centros de salud y centros de trabajo (SBM, 2010).

Ejemplos de investigación aplicada que muestran que las intervenciones conductuales afectan tanto la probabilidad de enfermarse como la de recuperar la salud incluyen: prevención temprana de la enfermedad, decremento de la presión arterial, decremento de los niveles de colesterol, reducción de la grasa corporal, disminución del dolor, disminución de complicaciones durante el embarazo, mejoramiento de la respuesta inmune, establecimiento de la respuesta de relajación, mejoría de la capacidad funcional, del dormir y de la calidad de vida (SBM, 2010).

Algunas áreas de investigación e intervención de la medicina de conductual son: la salud del adolescente, adultos mayores, ansiedad, artritis, asma, cáncer, enfermedades cardiovasculares, depresión, diabetes, dolor crónico, desórdenes alimentarios, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, problemas de sueño, obesidad, calidad de vida, rehabilitación, apoyo social, abuso de sustancias, salud infantil y salud de la mujer, entre muchos otros (SBM, 2010). En estas dos últimas áreas se concentró el trabajo psicológico de la presente autora.

El programa de posgrado de Maestría en Psicología en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México tiene por objetivo desarrollar en el alumno las habilidades requeridas para el

ejercicio psicológico profesional especializado en salud, con enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. Al final de la maestría los alumnos deben contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos sustentados en la literatura de investigación como los aplica la terapia cognitivo -conductual, tanto a nivel individual como grupal.

Para ello, se plantean una serie de actividades dentro de hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Estas actividades se fundamentan en un modelo de entrenamiento práctico de supervisión clínica en donde se encuentran dos tipos de supervisores: un supervisor *in situ*, profesionalista contratado por la institución hospitalaria y un supervisor *académico* normalmente un profesor universitario quien interactúa con los estudiantes en consultas, discusión de casos y problemas que se encuentren en el servicio. Además se cuenta con el apoyo del Tutor asignado de la Maestría durante los dos años en las sedes y el propedéutico.

Otros de los objetivos del programa de la maestría son:

1. Resolver problemas psicológicos generados por problemas orgánicos.
2. Desarrollar intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica.

3. Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión principalmente.
4. Entrenar a los familiares de los pacientes en estrategias de afrontamiento con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente y su familia.
5. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Este mismo programa (ProMaDoPsi, 2010) señala además que el alumno tendrá una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales, para adquirir las competencias profesionales donde pueda lograr lo siguiente:

- Diagnosticar, evaluar y prevenir problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

El objetivo del presente informe es describir el trabajo del residente de la maestría en Psicología: Medicina Conductual, así como los conocimientos y habilidades desarrollados durante los dos años en las sedes hospitalarias.

A continuación se describen las actividades realizadas en el programa de cada sede. El primer año se trabajó en el Hospital General de Atizapán, dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia, y en el segundo año en el Instituto Nacional de Pediatría dentro de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA:
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN.

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

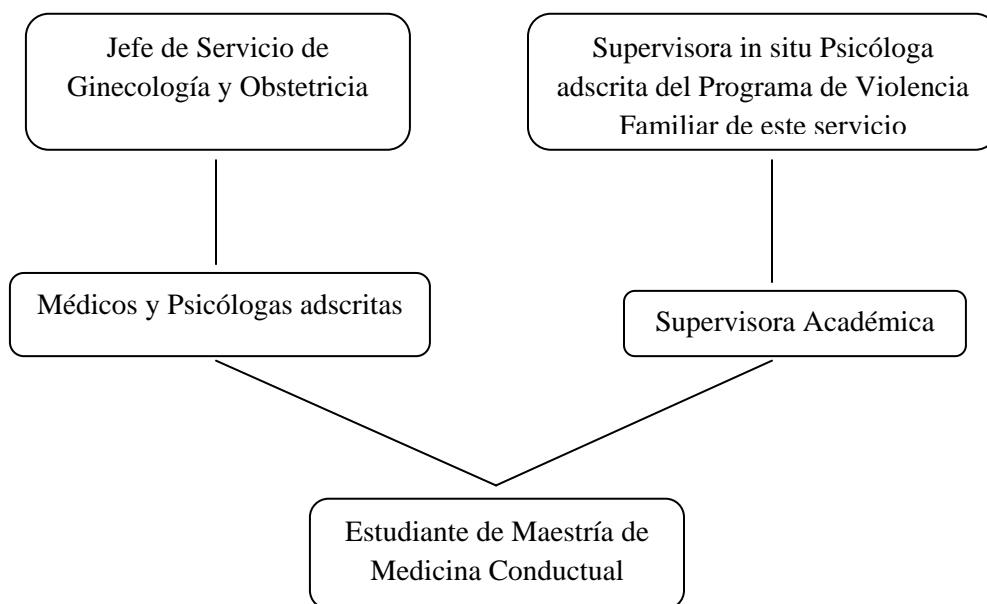
El Hospital General Atizapán de Zaragoza "Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler" es una institución de segundo nivel de atención que forma parte del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), fue inaugurado el 27 de abril de 1987, se encuentra ubicado en Blvd. Adolfo López Mateos Esq. Montesol S/N, Atizapán, Estado de México. Los servicios con los que cuenta son: Urgencias, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Medicina Preventiva y Consulta Externa (Instituto de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud, ISEM, SS, 2010).

2. UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE.

El servicio al cual la que suscribe fue asignada en el Hospital General de Atizapán (HGA) fue al Servicio de Ginecología y Obstetricia, bajo la supervisión in situ de la psicóloga adscrita del programa de violencia familiar en este servicio Mtra. Jackeline

Cortazar Palapa, además del Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia Dr. Mario Buendía Gómez, así como los médicos y psicólogas adscritos de dicho servicio; se contó además con la supervisión académica por parte de la Mtra. Tannia Oviedo González (véase la figura 1).

Figura 1. Líneas de autoridad en el HGA.



2.1 Características del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

La obstetricia (del latín *obstare* «estar a la espera») o tocológica, es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, parto y puerperio. También comprende los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad (Cunningham, 2006). El servicio de ginecología y

obstetricia contaba con el área de piso de hospitalización donde se encontraban 36 camas, se organizaban en tres áreas: las pacientes de cirugía (cesáreas, histerectomías, etc.) y pacientes que llegaban de la terapia intensiva o que requerían hospitalización durante el embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP), cuya área en ocasiones tenía gran demanda, por lo que algunas de las pacientes se enviaban a otros servicios como medicina interna. Otra de las áreas era aquella con pacientes con aborto y la última era con pacientes con parto natural ya durante el puerperio, pacientes que salían el mismo día del parto. Además del área de hospitalización se contaba con la sala de labor y tres consultorios en la consulta externa, donde se atendían a las pacientes pertenecientes al programa de violencia familiar, displasias y embarazo de alto riesgo respectivamente.

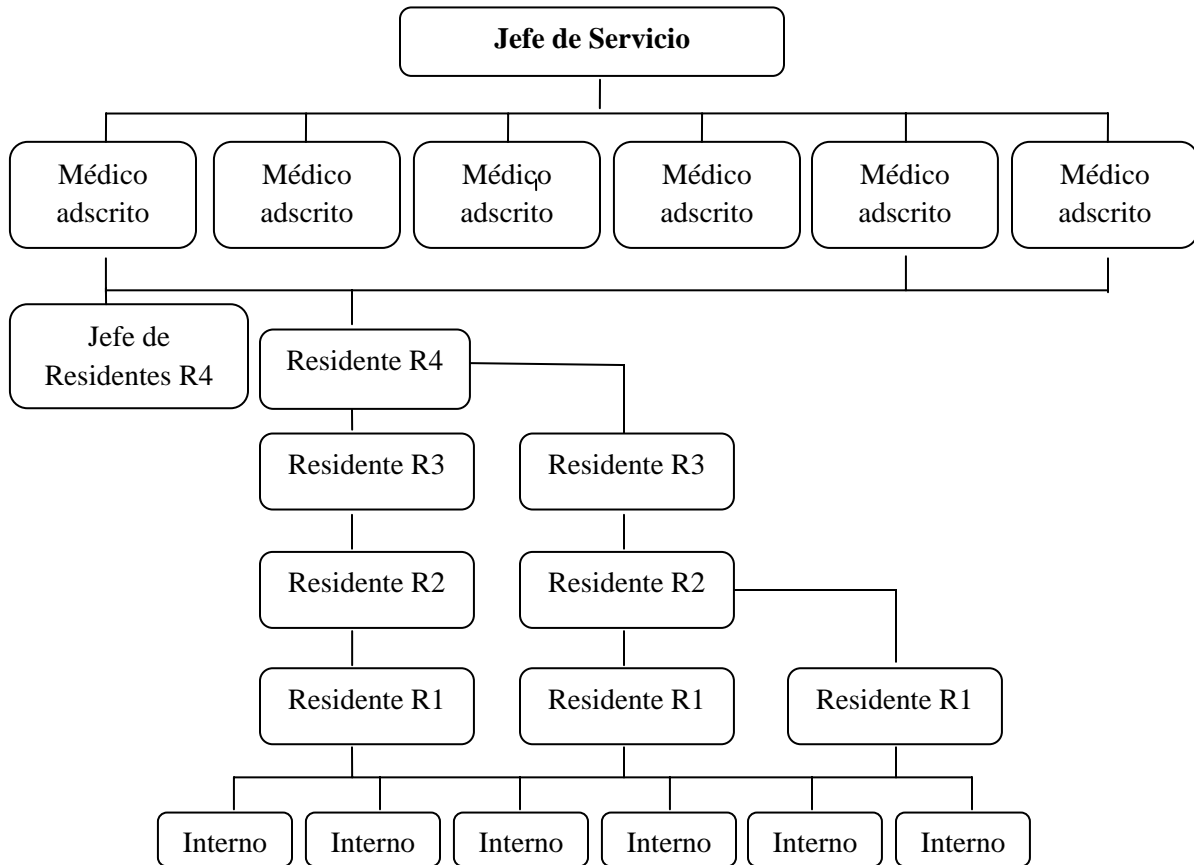
En donde se daba la consulta externa en psicología era el consultorio del programa de violencia familiar donde se atendían principalmente pacientes con esta problemática debido a que la supervisora in situ forma parte de este programa, sin embargo los médicos residentes y adscritos referían también pacientes con depresión post parto, trastorno por estrés post-traumático (TEPT) por histerectomía, (especialmente en pacientes de consulta externa que acudían a revisión meses después de la cirugía con síntomas que no correspondían evidentemente a la histerectomía pero si a problemas emocionales que correspondían al TEPT), intervención en crisis,

pacientes con aborto, etc. La consulta externa se atendía de Lunes a Viernes de 7:00 am a 14:00pm.

El personal que labora en el servicio de Gineco-Obstetricia estaba conformado por el Jefe de Servicio (Dr. Mario Buendía Gómez), seis médicos adscritos del turno matutino: Dr. Juan Cuauhtemoc Chan Figueroa, Dra. Aida Madrid Morales, Dr. Hugo Eduardo Maciel Navarro, Dr. Diaz Quiroz Alfonso, Dra. Carolina Tapia, Dr. Oswaldo Flores Baltazar, Dra. Laura Elena Uribe Vazquez, nueve residentes médicos, seis médicos internos (que rotaban cada dos meses), el equipo de enfermería y una trabajadora social (véase la figura 2).

Cada médico adscrito trabajaba con las diferentes guardias que se encontraban integradas por al menos dos médicos residentes y dos médicos internos, para atender a las pacientes hospitalizadas, en la sala de labor y en la consulta externa.

Figura 2. Líneas de autoridad en el Servicio de Gineco-obstetricia.



ESTUDIO PILOTO

**Efectos del entrenamiento en relajación y psicoeducación en la
satisfacción y nivel de control en el proceso de parto**

INTRODUCCIÓN

Millones de mujeres experimentan el trabajo de parto, anualmente en el mundo las tasas de fertilidad oscilan entre 7.3 en países como Nigeria y 1.2 en otros como Eslovaquia, en México la tasa es de 2.3 (World Health Organization, 2008), con las causas obstétricas y el parto único espontáneo las primeras causas de egreso hospitalario (Secretaría de Salud, 2005). Actualmente la mayoría de los partos en México se atienden en unidades hospitalarias.

Desde que el trabajo de parto es la razón más común para el acceso a los servicios de salud, la evaluación de la satisfacción de las mujeres con su cuidado durante este proceso, el parto y el nacimiento se ha vuelto relevante para los proveedores y administradores del cuidado de la salud (Hodnett, 2002). La Organización Mundial de la Salud reconoce la respuesta percibida por los usuarios de los sistemas de salud como meta intrínseca en donde estos sistemas están para servir a la gente, incluyendo más que el atender su satisfacción con el solo cuidado médico que reciben (WHO, 2000). Establece también, que esta respuesta contiene dos categorías: el respeto por las personas y la orientación al usuario. El primero incluye: el respeto por la dignidad (referente a los derechos humanos y a la no humillación), confidencialidad para determinar quién tiene acceso a información de salud personal, autonomía y libertad de escoger lo que mejor considere sobre la propia salud incluyendo el tratamiento. La orientación incluye:

atención inmediata a las emergencias y un tiempo de espera razonable para las no emergencias, calidad de los servicios básicos e instalaciones, acceso a redes sociales como familiares y amigos, y capacidad de elección (WHO, 2000). La reforma mexicana del sistema de salud tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad en las dimensiones técnicas e interpersonales de la atención (Frenk, 2007). Se ha documentado, por ejemplo, que las quejas contra médicos de hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México se asocian con aspectos técnicos en el diagnóstico y con la percepción del derechohabiente de recibir información y vigilancia deficientes durante la hospitalización. El servicio de ginecología y obstetricia fue el que más quejas obtuvo con un 33.1% (Peña-Viveros, Rodríguez-Moctezuma y López-Carmona, 2004).

La experiencia del parto se relaciona con la satisfacción, con el proceso y tiene impacto en variables psicológicas como son la auto-eficacia, la autoestima, el bienestar emocional y la depresión post-parto (Hodnett, 2002). Se han identificado diversas variables relacionadas con la satisfacción con el parto entre las que destacan las de la atención médica (calidad de la atención percibida durante el parto y manejo eficaz del dolor) y las relativas a la madre (nivel de control que posee, auto-concepto, sensación de logro y realización, satisfacción general con su vida y experiencias previas de parto). Las variables que en la literatura de investigación han mostrado mejor relación con la insatisfacción durante el parto son el cuidado de la enfermera, el dolor

y la falta de control sobre el proceso (Hodnett, 2002). La satisfacción en grupos que recibieron entrenamiento para el parto se relacionó con factores como: involucramiento, cumplimiento y auto-control. En grupos no entrenados, la satisfacción se relacionó con tener un bebé sano (Campero, García, Díaz, Ortiz, Reynoso, y Langer, 1998).

Otra investigación concluyó que el control personal durante el nacimiento fue un factor importante relacionado con la satisfacción de las mujeres en la experiencia del nacimiento (Goodman, Mackey, y Tavakoli, 2004).

La investigación sobre los factores que afectan la calidad de la atención dada por los médicos es escasa y normalmente se centra en variables que reflejan estresores o molestias para el personal de salud. En una encuesta exploratoria previa al presente estudio, sobre estas variables en el Servicio de Ginecología del Hospital General de Atizapán, los médicos destacaron las siguientes quejas: gritos, actitudes que denoten descuido hacia su salud, aparente falta de efectividad de la anestesia, así como actitud demandante, intolerante, o irracional de los pacientes ("no entienden explicaciones").

El trabajo de parto es un proceso complejo e importante que requiere describirse para comprender lo que este tipo de pacientes presenta. Comienza cuando el cuello de la matriz tiene de uno a tres centímetros de dilatación, cada contracción empieza con un incremento gradual de la intensidad, y después del mayor grado se disipa pronto la molestia. El intervalo entre una y otra contracción varía

dependiendo si se encuentra o no en trabajo de parto. La intensidad del dolor depende de las relaciones entre el feto y la pelvis, la calidad y fuerza de las contracciones uterinas y el estado emocional y físico de la paciente. Posteriormente la madre por lo general siente deseo de pujar con cada contracción. La presión abdominal que se ejerce, junto con la fuerza de las contracciones del útero acaba por expulsar al feto (DeCherney, Nathan, Goodwin y Laufer, 2007). Para ingresar a la sala de labor la paciente debe tener: Dilatación de 4 a 5 cm del cuello de la matriz, ruptura de la fuente aunque aún no se encuentre en trabajo de parto, o alguna otra complicación.

Se ha identificado que la ausencia de anestesia durante el parto promueve mejores calificaciones en Apgar¹ en los recién nacidos (Walker y O'Brien, 1999). En cuanto a la psicoeducación como variable asociada al parto, una encuesta realizada a 1197 mujeres en Suecia reveló que 74 por ciento de estas mujeres mencionan que la educación prenatal ayudó a prepararlas para el nacimiento de su primer hijo (Fabian, Rådestad, y Waldenström, 2005).

Las intervenciones para el manejo del parto relevantes para el tipo de estudio aquí planteado son la distracción y la respiración diafragmática profunda para reducir la sensación de dolor asociada a

¹ Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 evalúa qué tan bien se está adaptando el recién nacido al nuevo ambiente. El índice se basa en un puntaje total de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable (Enciclopedia Médica Medline Plus. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. y los Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado el 10 de Octubre del 2010 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm>).

las contracciones. La distracción ha probado ser una intervención efectiva para las mujeres hospitalizadas con labor pre-término, reciban o no analgésico (Van Zuuren, 1998; Jantjes, Strümpher y Kotzé, 2007).

La técnica de relajación con respiración diafragmática profunda, usada durante el trabajo de parto no reduce el dolor, pero sí los niveles de ansiedad (Almeida, De Sousa, Bachion, y Silveira, 2005). Por último un estudio con 652 mujeres en Canadá reveló los siguientes factores que parecen predecir la percepción de la experiencia de nacimiento: el tipo de nacimiento, grado de conciencia, relajación, control, apoyo de la pareja y el estar con el bebé después del nacimiento (Bryanton, Gagnon, Johnston, y Hatem, 2008).

En virtud de que el parto es un proceso doloroso, prolongado, que puede llegar a ser mortal y el suceso obstétrico más frecuente, requiere especial atención en todos aquellos aspectos identificados en la literatura como moduladores de su satisfacción. La psicología de la salud ha acumulado una importante cantidad de investigación acerca de varias enfermedades crónicas y ha invertido relativamente poco en campos específicos de la salud reproductiva. El propósito de este estudio fue evaluar el nivel de satisfacción y control de las usuarias del servicio de ginecología, así como explorar la eficacia del entrenamiento en psicoeducación para la promoción de un mejor manejo del parto en estas usuarias.

MÉTODO

Participantes

El grupo experimental se conformó por siete mujeres procedentes del servicio de ginecología y obstetricia para labor de parto, cuya media de edad fue de 24.71. Para las controles, debido a las condiciones de trabajo, se aparearon diferentes grupos procedentes del mismo servicio con las características sociodemográficas mas parecidas posibles, se utilizaron los datos de 28 pacientes puérperas que contestaron preguntas referentes al conocimiento de parto, 30 que se encontraban en trabajo de parto evaluadas por los médicos y 20 que contestaron el cuestionario de satisfacción de la calidad. Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las participantes

<i>Grupo Control (28) conocimiento parto</i>				
Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Gestas
Media 21.85	-	-	-	Primigestas 52.38% (11) Multigestas 47.61% (10)
<i>Grupo Control (30) percepción médico</i>				
Media 23.20	-	-	-	Primigestas 40% (10) Multigestas 60% (15)
<i>Grupo Control (20)</i>				
Media 20.57	Unión Libre 70 % (21) Casado 30% (9)	Secundaria Completa 73.3% (22) Primaria Completa 13.3 % (4) Preparatoria Incompleta 10% (3) Estudios Universitarios 3.3% (1)	Hogar 100% (30)	
<i>Grupo Experimental (7)</i>				
Media 24.71	Unión Libre 60 % (3) Casado 40% (2)	Secundaria Completa 40% (2) Primaria Completa 20 % (1) Preparatoria Incompleta 20% (1) Estudios Universitarios 20% (1)	Hogar 100% (5)	Primigestas 28.57% (2) Multigestas 71.42% (5)

Escenario

Sala de expulsión del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón - Daimler Chrysler” durante los tres turnos.

Medición y Materiales

Se utilizó el Cuestionario de Evaluación Prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PQS) (Lederman, 1996) para medir las experiencias previas de parto y control, validado y calibrado en castellano por Armengol, Chamarro y García-Dié Muñoz (2007) con un alfa de Cronbach de .856. Está compuesto por seis áreas: 1. aceptación del embarazo, 2. rol maternal, 3. relación con la madre, 4. relación con la pareja, 5. preparación para el parto 6. y preocupación por el bienestar propio y del bebé. También se usó una escala visual análoga para medir la percepción de satisfacción del médico (véase el anexo 3), dolor y ansiedad (anexo 4); una escala de satisfacción de los servicios hospitalarios validada y desarrollada previamente con un alfa de Cronbach de .891 compuesto por cinco áreas: 1. ambiente y comunicación, 2. trato digno, 3. capacidad de elección, 4. confidencialidad y 5. satisfacción general (véase el anexo 2).

Los materiales incluyeron un programa de psicoeducación, cinta elástica, material de distracción: pelotas, hojas colores, videojuegos

portátiles; computadora. Se elaboró un consentimiento informado como requerimiento ético (véase el anexo 5).

Diseño

Se realizaron comparaciones pre-post intervención intrasujeto al respecto de su nivel de control sobre el proceso de parto, así como comparaciones intersujetos en las variables dependientes, antes de la implementación del programa psicoeducativo.

Participaron mujeres que acudían al servicio de ginecología y obstetricia para labor de parto, con o sin antecedentes de paridad previa, que mostraban una periodicidad entre contracciones de al menos 30 minutos. Las participantes debían tener un mínimo de escolaridad de primaria. Debido a la naturaleza del estudio la selección de las participantes era incidental.

Variables

La variable independiente fue el programa psicoeducativo, con los siguientes elementos: Información con elementos gráficos del proceso de parto y del manejo del dolor y ansiedad; Técnicas de autorregulación, respiración diafragmática; Técnicas de distracción para el manejo del dolor.

Las variables dependientes incluyeron el nivel percibido de control sobre el proceso de parto; La satisfacción sobre la atención recibida; Las variables indirectas sobre el manejo del dolor y bienestar durante el proceso (gritos, enojo, adhesión a las instrucciones prescritas) y la satisfacción con la atención otorgada por el personal de salud.

Procedimiento

En el caso del grupo experimental, se invitó a participar a siete pacientes que llegaron al trabajo de labor con ruptura de fuente que no se encontraban aún en trabajo de parto. La evaluación se iniciaba con la escala visual análoga de dolor y ansiedad y el Cuestionario de Evaluación Prenatal. Posteriormente se les hizo una serie de preguntas diseñadas ex profeso con referencia a las experiencias previas de parto, el nivel de información, control que percibían antes y después de la intervención. Las preguntas fueron: “¿Sabe cómo es el proceso de parto?”, “¿Sabe a qué se deben los dolores?”, “¿Hay algo que le moleste o que le resulte más difícil?”, “Es probable que haya tenido dolores fuertes en casa, ¿había algo que le ayudara a aliviar el dolor o la espera o que la distrajera?”.

A continuación se le mostraba a cada paciente en una computadora portátil el proceso de parto, los procedimientos médicos, así como aquellas variables que podían exacerbar su percepción de

dolor y falta de control y se les proporcionaba información al respecto de qué técnicas podía emplear y cómo funcionaban. Al final de la presentación se les volvía a hacer las mismas preguntas. Posteriormente, en cama se le enseñaba la técnica de relajación diafragmática profunda con ayuda de una cinta elástica sujeta a su vientre y se le preguntaba cuál era el distractor de su preferencia para que lo tuviera disponible. Finalmente se volvía a aplicar la escala visual análoga de dolor y ansiedad. Terminando el parto se les entregaba el Cuestionario de Satisfacción.

La percepción de los médicos se evaluó con las siete pacientes y con 30 no intervenidas pero sin que tuvieran conocimiento de qué pacientes pertenecían o no al estudio. Además se invitó a participar a 28 pacientes, como controles, que se encontraban en la consulta interna del servicio, en el área de partos; donde se les realizaron las cuatro preguntas relacionadas con el conocimiento del parto.

RESULTADOS

Las frecuencias de respuestas sobre el conocimiento del proceso de parto, los dolores, molestias y distracciones que se obtuvieron a partir de las preguntas planteadas se muestran a continuación. La tabla 1 muestra estas frecuencias de respuesta sobre la primera pregunta: “¿Sabe cómo es el proceso de parto?”, dividiendo las respuestas por categorías, donde se muestra que el 55% de las respuestas de las pacientes del grupo control, no conocía el proceso, mientras que en el resto de las respuestas 45% señalaron algunos descriptores que no denotan como tal el proceso.

Tabla 1.

Frecuencias de respuestas sobre el conocimiento del proceso de parto del grupo control

Categorías	Frecuencias de Respuestas						
	R1	R2	R3	R4	R5	Total	%
No	21	0	0	0	1	22	55
Hay contracciones	4	2	2	1	0	9	22.5
Hay dolores	3	1	0	0	0	4	10
Se rompe la fuente	0	1	1	1	0	3	7.5
Se endurece el estómago	0	2	0	0	0	2	5

Nota: R= respuesta

La tabla 2 muestra las frecuencias de respuestas sobre la pregunta “¿Sabe a qué se deben los dolores?”, donde se observa que el 45.16% de las respuestas en el grupo control refirió una descripción sin explicación: “porque va a nacer el bebé”, el 35.48% de las respuestas fue “no” y el 19.35% de estas tuvo una descripción mejor detallada del proceso.

Tabla 2.

Frecuencias de respuestas sobre la causa de los dolores en el grupo control.

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
Porque va a nacer el bebé	13	0	1	14	45.16
No	11	0	0	11	35.48
El cuello de la matriz se va abriendo	4	0	0	4	12.9
La cadera se abre	2	0	0	2	6.45

La tabla 3 muestra las frecuencias de respuestas sobre la pregunta “¿Había algo que le molestara o que le resultara más difícil?”. El 43.24% de las respuestas en el grupo control refiere al dolor como lo más difícil, el 24.32% de las respuestas es “no, nada”, el 13.5% el nacimiento, el 8.10% el pujar, el 5.4% que fue tardado y el 5.4% el rompimiento de la fuente.

Tabla 3.

Frecuencias de respuestas en la pregunta: ¿Había algo que le molestara o que le resultara más difícil? en el grupo de mujeres que no recibieron intervención.

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
El dolor	9	7	0	16	43.24
No, nada	9	0	0	9	24.32
Cuando nace el bebé	4	1	0	5	13.51
Pujar	3	0	0	3	8.10
Fue tardado	2	0	0	2	5.40
El rompimiento de la fuente	1	0	1	2	5.40

La tabla 4 muestra las frecuencias de respuestas sobre la pregunta “Es probable que haya tenido dolores fuertes en casa, ¿había algo que le ayudara a aliviar el dolor o la espera o que la distrajera?”, donde se observa que el 48.89% de las respuestas en el grupo control refirió que nada les ayudaba, el 17.78% de las respuestas fue caminar, el 13.33% refirió que no hubo dolores, el 4.44% de las respuestas fue sentarse, el 6.67% sujetarse de algo, el 4.44% respirar y el 4.44% pensar en el bebé.

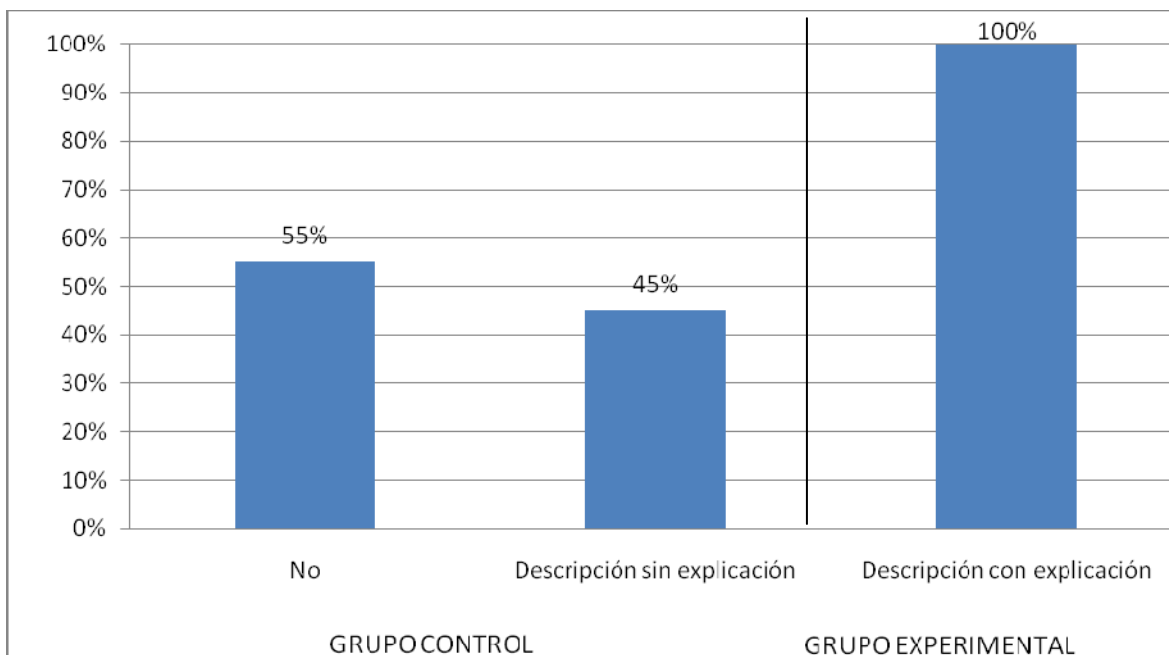
Tabla 4.

Frecuencias de respuestas en la pregunta: Es probable que haya tenido dolores fuertes en casa, ¿había algo que le ayudara a aliviar el dolor o la espera o que la distrajera? en el grupo de mujeres que no recibieron intervención.

Categorías	Frecuencias				
	R1	R2	R3	Total	%
Nada	16	5	1	22	48.89
Caminar	4	3	1	8	17.78
No hubo dolores	5	1	0	6	13.33
Sentarse	0	2	0	2	4.44
Sujetarse de algo	0	3	0	3	6.67
Respirar	2	0	0	2	4.44
Pensar en el bebé	1	1	0	2	4.44

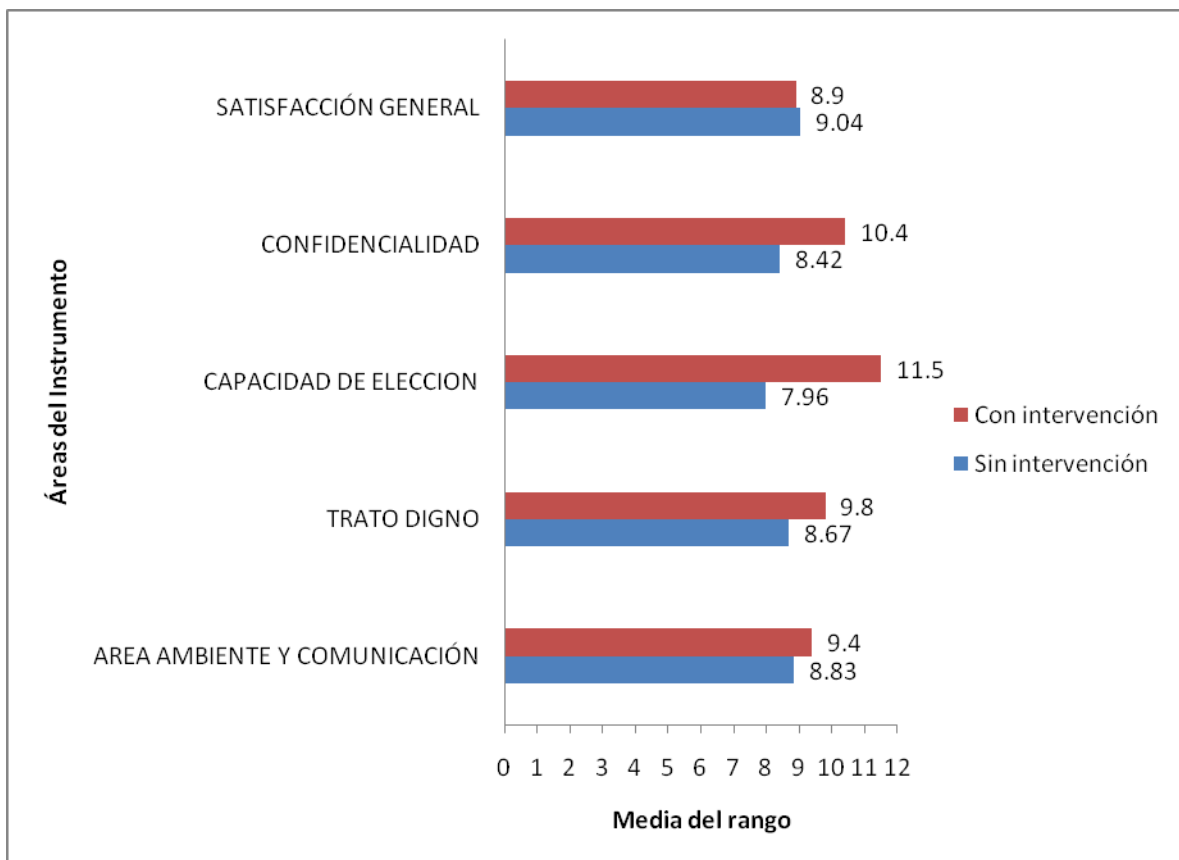
La figura 1 representa el conocimiento sobre el parto de las participantes del grupo control y experimental. El 55% de las pacientes del grupo control desconocían el proceso, mientras que el 45% referían una descripción sin explicación que se mencionan en la tabla 1. Las pacientes del grupo experimental daban una descripción con explicación después de la psicoeducación.

Figura 1. Conocimiento sobre el parto del grupo control y experimental. En el eje de la abscisa se encuentra el conocimiento y el tipo de descripción del proceso de ambos grupos, mientras que en el eje de la ordenada se observan los porcentajes.



La figura 2 muestra las medias del rango obtenidas por la prueba estadística de U de Mann Whitney en las áreas del cuestionario de satisfacción en ambos grupos. Las áreas Ambiente y Comunicación, Trato Digno, Capacidad de Elección y Confidencialidad en el caso del grupo experimental, mostraron mayor media del rango que en el grupo control, por otra parte en el área de Satisfacción General el grupo control parecía más satisfecho que el experimental. La diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La *Figura 2.* muestra los resultados de la prueba U de Mann Whitney del grupo control y experimental respecto a la satisfacción percibida. En el eje de la ordenada se encuentran las medias del rango, mientras que en el eje de la abscisa se muestran las áreas del instrumento de satisfacción. El color rojo representa al grupo con intervención (experimental), mientras que el azul representa al grupo sin intervención (control).



La Tabla 5 muestra el puntaje total de las áreas correspondientes al Cuestionario de Evaluación Prenatal, y el puntaje de la escala visual análoga de dolor y ansiedad. En el área de aceptación del embarazo (AE) casi todas las pacientes obtuvieron un puntaje medio, excepto una de ellas que obtuvo cinco en esta área, un puntaje especialmente bajo. En el caso del área de rol maternal (MI) seis de ellas obtuvieron un alto puntaje, excepto la misma paciente del área anterior con un puntaje de cinco; en relación con la madre (RM) seis de las pacientes puntuaron arriba de la media excepto la paciente con el puntaje de cuatro; en el área de relación con la pareja (RP) tres de las pacientes puntuaron por debajo de la media, mientras que las demás puntuaron por arriba; en cuanto a la preparación al parto (PA) tres de las pacientes se mantuvieron por debajo de la media y cuatro por arriba; en el área de preocupación por el bienestar propio y del bebé (PB). Sólo una paciente se encontró por arriba de la media con un puntaje de 24, mientras que a las demás no parecía preocuparles esta cuestión.

En el puntaje de la escala visual análoga del dolor y de ansiedad, la primera paciente no terminó la intervención por lo que sólo se observa el puntaje pre en ambas escalas. En cuanto a las demás participantes se muestra que ni la segunda ni la séptima paciente mostraron diferencias en la escala de dolor, mientras que la cuarta, quinta y sexta paciente, aumentaron un punto en esta escala, sólo una de las participantes disminuyó un punto. En el caso de la ansiedad la sexta y séptima paciente mostraron un aumento de la ansiedad,

mientras que en la segunda, tercera y cuarta disminuyó, la quinta paciente no mostró diferencia.

Tabla 5

Puntaje total de las Áreas del Cuestionario de Evaluación Prenatal, Escala visual análoga de dolor y ansiedad.

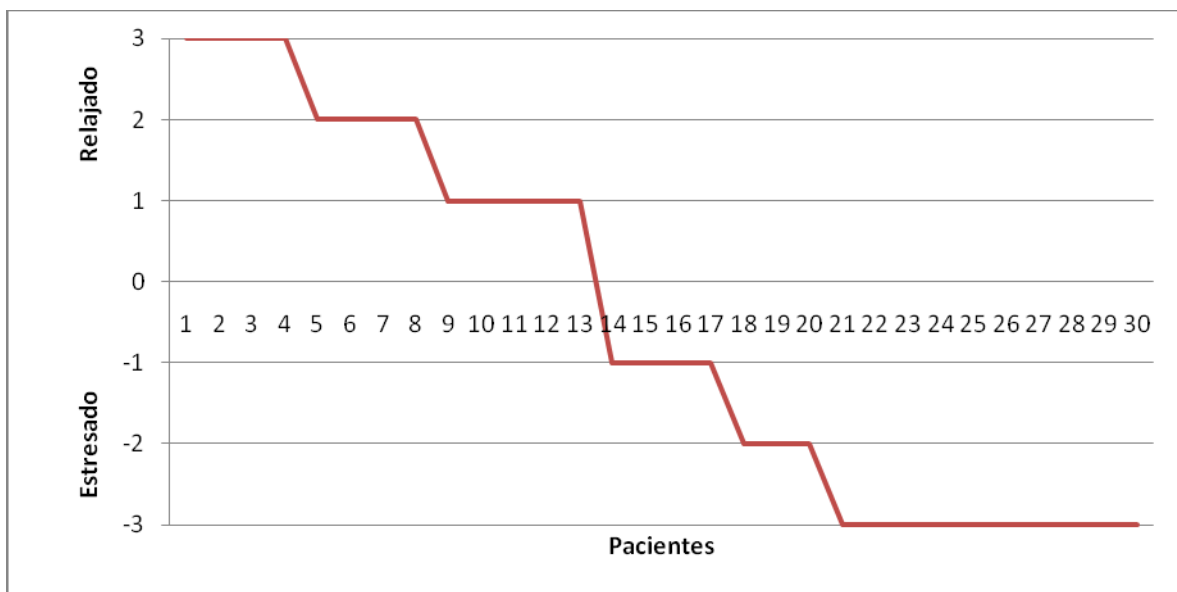
P	Áreas del Cuestionario de Evaluación Prenatal						Total	Dolor			Ansiedad		
	AE	MI	RM	RP	PA	PB		Pre	Post	D	Pre	Post	D
1	8	10	18	21	7	10	74	8	-	-	5	-	-
2	7	10	16	17	12	7	69	6	6	0	3	2	1
3	15	12	21	24	18	11	101	2	1	1	4	3	1
4	5	5	4	10	5	6	35	2	3	-1	9	7	2
5	9	11	19	3	14	13	69	3	4	-1	1	1	0
6	9	10	13	8	11	6	57	3	4	-1	7	9	-2
7	7	10	21	15	5	24	82	5	5	0	5	8	-3

Nota: P=paciente; AE= Aceptación del embarazo; MI= Rol maternal; RM= Relación con la madre; RP= Relación con la pareja; PA= Preparación al parto; PB= Preocupación por el bienestar propio y del bebé; D=Diferencias.

En general, las pacientes con valores altos en las escalas de evaluación prenatal, tendieron a diferencias positivas en ansiedad y dolor antes y después de la intervención (hubo reducción) o control (diferencia de cero).

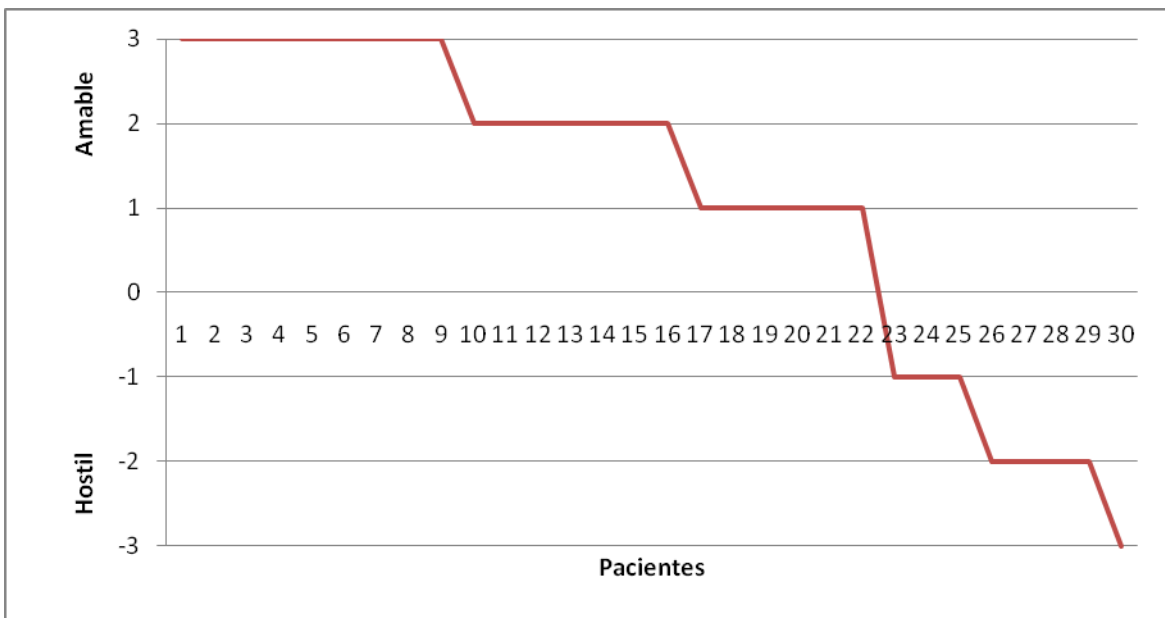
La figura 3 representa la percepción del médico al respecto de las variables estresado-relajado en el grupo control. Los médicos percibieron a 13 de las pacientes como relajadas y 17 como estresadas.

Figura 3. Percepción del médico al respecto de las variables estresado-relajado en el grupo control. El eje de la ordenada muestra los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta de estrés y tres la medida más alta de relajación, mientras que en el eje de la abscisa se muestran los participantes.



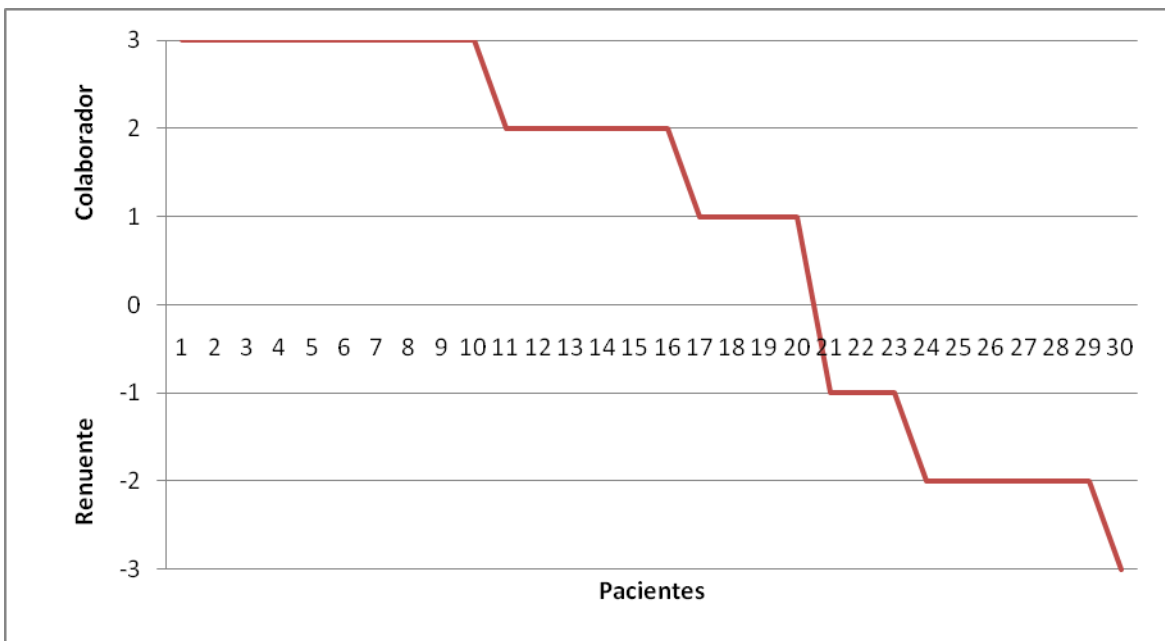
La figura 4 representa la percepción del médico al respecto de las variables hostil-amable en el grupo control. Se observa que 22 de las pacientes fueron percibidas por los médicos como amables, mientras que ocho como hostiles.

Figura 4. Percepción del médico al respecto de las variables hostil-amable en el grupo control. El eje de la ordenada muestra los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta de hostilidad y tres la medida más alta de amabilidad, mientras que en el eje de la abscisa se muestran las participantes.



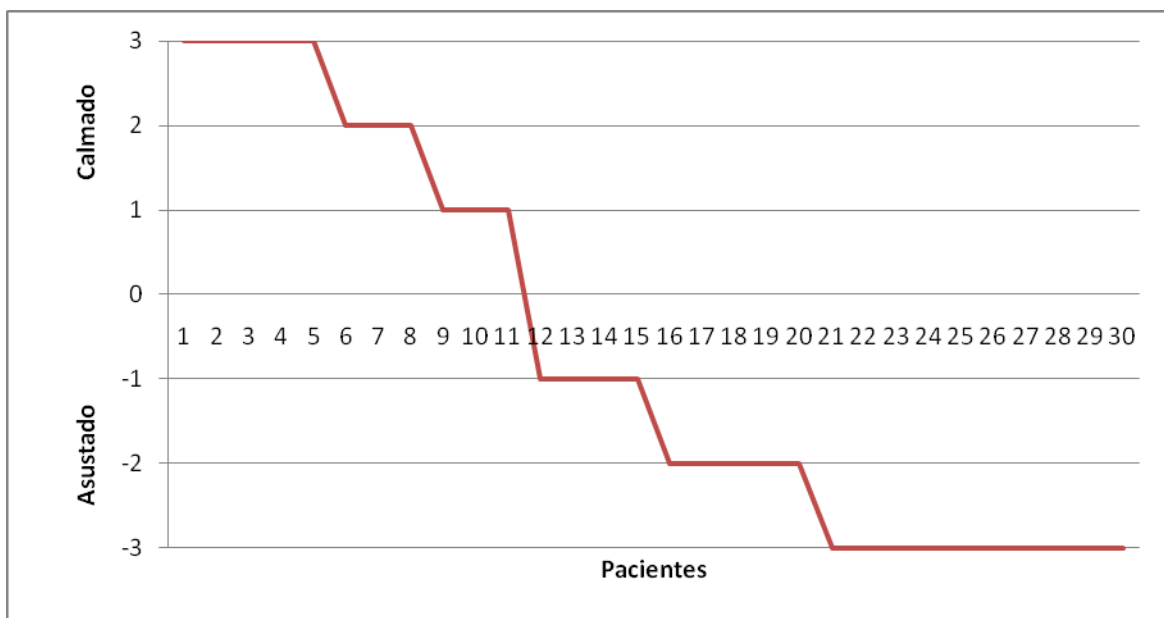
La figura 5 representa la percepción del médico al respecto de las variables renuente-colaborador en el grupo control. Se puede observar que 20 pacientes fueron percibidas como colaboradoras mientras que 10 como renuentes.

Figura 5. Percepción del médico al respecto de las variables renuente-colaborador en el grupo control. El eje de la ordenada muestra los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta para renuente y tres la medida más alta para colaboración, mientras que en el eje de la abscisa se muestran los participantes.



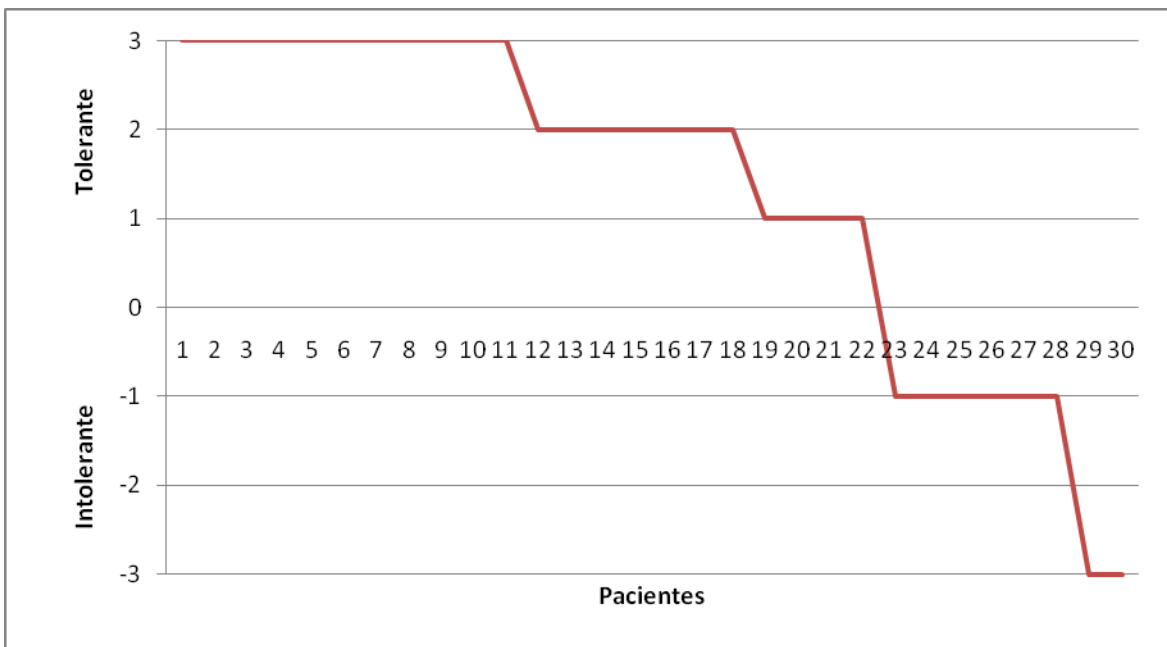
La figura 6 muestra la percepción del médico al respecto de las variables asustado-calmado en el grupo control. Se nota que 12 pacientes fueron percibidas por los médicos como calmadas y que 18 se percibieron como asustadas.

Figura 6. Percepción del médico al respecto de las variables asustada-calmada en el grupo control. El eje de la ordenada señala los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta de miedo y tres la medida más alta de calma, en el eje de la abscisa se muestran las participantes.



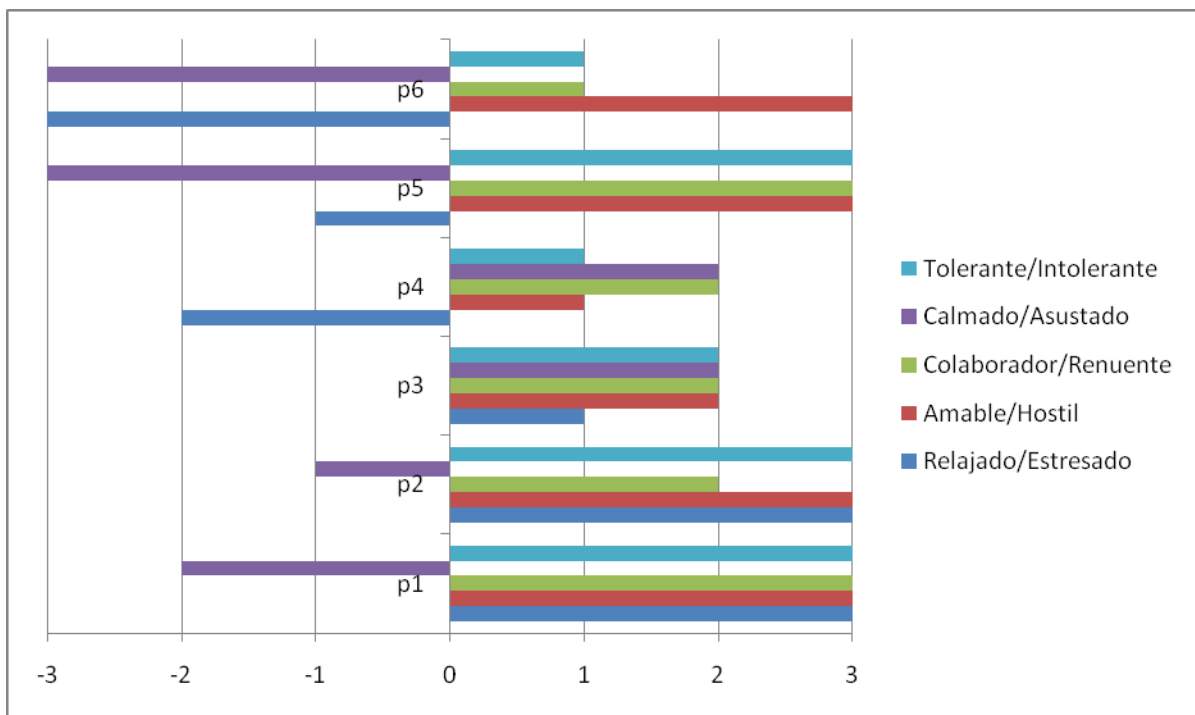
La figura 7 muestra la percepción del médico al respecto de las variables tolerante-intolerante en el grupo control. Se muestra que 23 de las pacientes fueron percibidas por los médicos como tolerantes y que siete resultaron intolerantes.

Figura 7. Percepción del médico al respecto de las variables tolerante-intolerante en el grupo control. En el eje de la ordenada se observan los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta de intolerancia y tres la medida más alta de tolerancia; en el eje de la abscisa se muestran los participantes.



La figura 8 muestra la percepción del médico al respecto de la escala visual análoga en el grupo experimental. Se observa que el médico percibió a la primer paciente (p1) como relajada, amable colaboradora, tolerante y asustada; La segunda paciente fue percibida como la paciente anterior aunque con un punto menos en colaboradora, pero menos asustada; La tercer paciente no mostró ninguna de las características negativas; La cuarta se percibió como estresada a diferencia de las anteriores al igual que la quinta, solo que ésta última se mostró menos estresada por un punto y que también mostró miedo con la máxima calificación; la última paciente se percibió más amable a diferencia de la tercera y cuarta pero con máximo miedo y estrés. Cabe señalar que una de las pacientes se retiró del tratamiento a la mitad del mismo, por lo que no se cuentan con todos sus datos.

Figura 8. Percepción del médico al respecto de la escala visual análoga en el grupo experimental. El eje de la ordenada muestra los valores asignados a las variables donde menos tres es la medida más alta de estrés, hostilidad, renuencia, miedo e intolerancia; mientras que tres es la medida más alta de relajación, amabilidad, colaboración, calma y tolerancia; en el eje de la abscisa se muestran las participantes.



DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue evaluar el nivel de satisfacción y control de las usuarias así como observar si el entrenamiento en psicoeducación es eficaz con este tipo de población.

En el caso del entrenamiento en psicoeducación se encontró que las pacientes carecen de información adecuada sobre el parto, ya que dan descripciones sin explicación o desconocen el proceso. La intervención parece haber tenido resultados favorables con las pacientes como se planteó desde un inicio y que corresponde con los hallazgos que la literatura de investigación señala (Fabian, Rådestad, y Waldenström, 2005).

Algunas de las conductas mencionadas al respecto de la distracción y/o el alivio del dolor durante las contracciones, que si bien no fueron las respuestas más recurrentes, aportan información importante para hallar indicadores que puedan ayudar en este proceso (Van Zuuren, 1998; Jantjes, Strümpher y Kotzé, 2007), como fueron caminar, sentarse, sujetarse de algo, y componentes cognitivos como pensar en el bebé, que además puede ser una variable emocional que haría falta investigar.

La calidad de la atención percibida por las pacientes, aunque no fue estadísticamente significativa fue, en general, satisfactoria en casi todas las áreas excepto la de satisfacción general, lo cual se atribuye a que dos de las participantes percibieron que tuvieron que esperar

mucho tiempo para ser atendidas y que a las pacientes graves pocas veces se las atiende primero. Ambas cuestiones son referentes a la atención pronta y oportuna, es decir al tiempo, lo cual es esperable en el servicio de ginecología y en el horario en que se encontraban (el nocturno), por lo general en las guardia los médicos son pocos y se encuentran fatigados por la carga de trabajo. Una de las variables ya mencionadas relacionadas con la satisfacción con el parto es precisamente la atención médica (Hodnett, 2002), por lo que se atribuye que ésta logró alcanzarse quizá porque el servicio de salud brindó la atención esperada a pesar del cansancio del personal.

Al respecto de la percepción de los médicos, en el caso de las controles las variables señaladas como *renuente*, *hostil* e *intolerante*, desaparecieron por completo en las pacientes intervenidas, manteniéndose solo *asustada* y *estresada*, lo cual tiene una implicación de suma relevancia al respecto de la calidad de la atención que pueden proveer cuando no las perciben con características negativas como puede ser la intolerancia, un factor que ellos mismos señalaron como motivo de insatisfacción y disgusto. Este hecho puede ayudar a alcanzar uno de los objetivos propuestos por la reforma mexicana del sistema de salud que se refiere al mejoramiento de la calidad respecto de las quejas contra los médicos (Frenk, 2007, WHO, 2000; Peña-Viveros, Rodríguez-Moctezuma y López-Carmona, 2004).

La evaluación prenatal fue favorable en todas las pacientes, excepto en una. Por otra parte no se obtuvieron los cambios esperados

con respecto al dolor y la ansiedad, debido a que la técnica de relajación no fue realizada en todas las pacientes, una de las participantes no accedió a continuar con esta, debido a los dolores y molestias, solo quería estar sola, además de que la intervención con las pacientes era frecuentemente interrumpida por procedimientos instrumentados por médicos y enfermeras.

Ya se han mencionado algunas limitaciones en este estudio piloto, otras por mencionar son la poca accesibilidad del horario matutino en la sala de labor debido al propio programa del servicio de psicología y el reducido número de participantes. Se recomienda que en próximos estudios se cuente con un mayor número de pacientes para poder usar procedimientos estadísticos más robustos.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA:
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO

1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) se fundó el 6 de noviembre de 1970, bajo el nombre de Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Nació con la encomienda de otorgar servicios de atención médica pediátrica especializada, realizar investigación científica en las distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos especializados. El 18 de abril de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial mediante el cual se creaba el Instituto Nacional de Pediatría, considerando que su calidad asistencial, docente y de investigación hizo conveniente que gozara de autonomía, estructurándolo como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. El INP tiene como principios proporcionar atención médica infantil especializada, efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría, impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas de la pediatría, contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas disciplinas relacionadas,

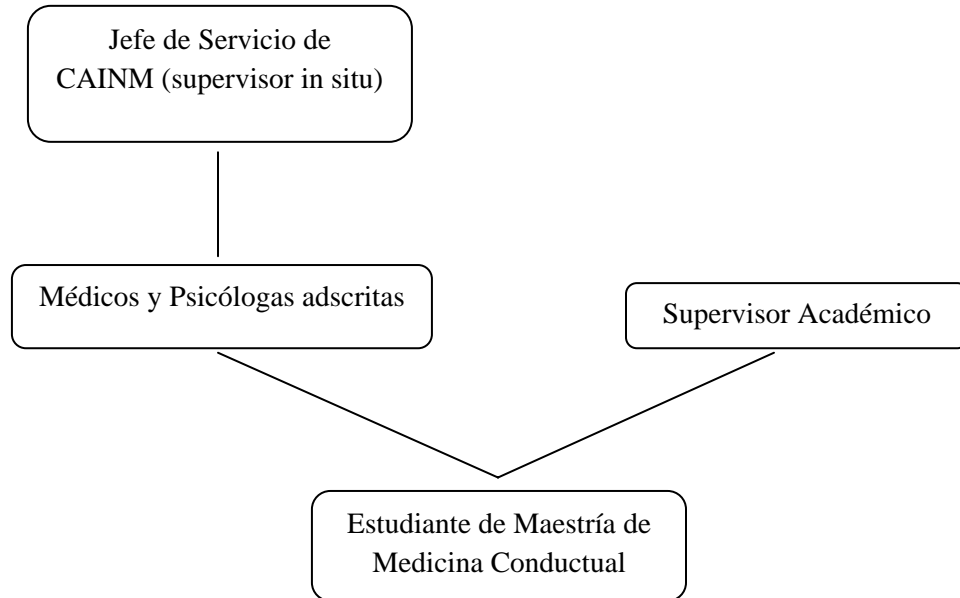
actuar como organismo de consulta en pediatría para otros organismos, prestar la asesoría que el Sector Salud le solicite y apoyar programas de salud pública (INP, 2010).

El INP es una institución de tercer nivel (especializado) de atención, algunos de los servicios con los que cuenta son: medicina interna, cirugía, hematología, oncología, neonatología, ortopedia, neurología, nefrología, oftalmología, etc. La Clínica de Atención integral al Niño Maltratado (CAINM) es también uno de los servicios del Instituto.

2. UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE.

El servicio al que asignó a la presente autora en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) fue a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), bajo la supervisión in situ del jefe de este servicio el Dr. Arturo Loredó Abdalá además los médicos y psicólogas adscritos de dicho servicio. Se contó además con la supervisión académica del Dr. Juan José Sánchez Sosa en la Facultad de Psicología de la UNAM y con la supervisión en metodología de la investigación del INP Dr. Ignacio Mora Magaña (véase la Figura 1).

Figura 1. Líneas de autoridad en CAINM.



2.1 Características de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

La creación de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) surge oficialmente en 1997 como una opción para enfrentar al Síndrome del Niño Maltratado. A partir del año 2000 las estrategias de investigación y docencia empezaron a ocupar los principales objetivos del accionar cotidiano de CAINM-INP-UNAM. (Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, CAINM, INP, 2010).

CAINM se encuentra actualmente en el primer piso del Instituto, cuenta con cuatro cubículos para los médicos, psicólogos y demás integrantes del equipo; dentro de la consulta externa hay dos consultorios. A continuación se muestra el horario de actividades que se tenía en el INP.

Tabla1.

Horario de actividades en CAINM.

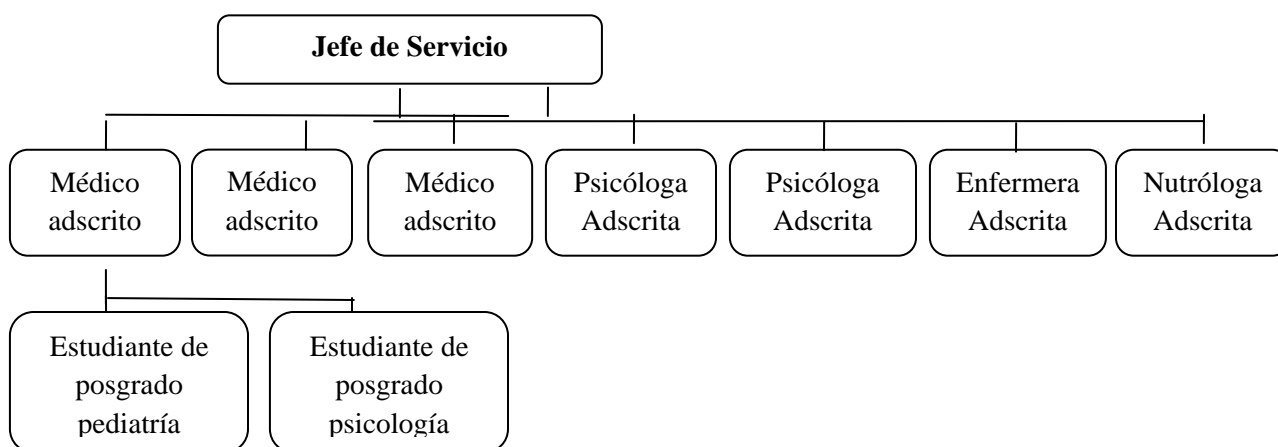
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00AM- 12:30PM Consulta externa				09:30 AM Junta
12:30PM Caso clínico	11:00 AM- 12:00 PM Clase Psicología	11:00 AM- 12:00 PM Clase Médicos Residentes CAINM	11:00 AM- 12:00 PM Sesión Bibliográfica	11:00AM- 03:00 PM Consulta externa
1:30 PM- 3:00 PM Clase Metodología		12:00 PM- 1:00PM Clase Médicos Caso sesión Anatomoclínica	12:00 PM- 1:30PM Sesión Anatomoclínica	

Además de los horarios establecidos, las horas sin actividad se dedicaban a los protocolos o a la consulta en hospitalización que podía ocurrir en cualquier momento cuando se presentaba algún caso de

maltrato y se requería de todo el equipo interdisciplinario, los estudiantes de la maestría acudían a estas interconsultas.

El personal que labora en CAINM está conformado por el Jefe de Servicio (Dr. Arturo Loredó Abdalá), tres médicos adscritos: Dra Gloria López Navarrete, Dr. Jorge Trejo Hernández y Dra. Corina García Piña; dos residentes médicos (estudiantes de posgrado), la enfermera Isabel Melquidaes Parra, dos psicólogas adscritas Lic. Isabel Alcantar Escalera y Mtra. Sandra Posadas Pedraza y la Nutriologa Veronica Martín Martín (Véase la Figura 2).

Figura 2. Líneas de autoridad en CAINM.



Los principales problemas en CAINM incluían abuso físico (especialmente síndrome del niño sacudido), abuso sexual, abuso psicológico y negligencia por parte de los familiares. También se contaba con el equipo de trabajo social y se tenía estrecha relación con el servicio de oftalmología, neurología y urgencias.

ESTUDIO PILOTO

**Tratamiento cognitivo conductual para padres agresores y de riesgo
de abuso físico infantil**

INTRODUCCIÓN

El abuso infantil se refiere a los malos tratos hacia los niños que pueden ser de tipo físico, emocional, sexual o por negligencia (WHO, 2006). También se ha descrito como “la forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales, de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión ya sea aislada o combinada, y ocasionada intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o adultos cercanos relacionados estrechamente con la familia” (Loredo, 2004).

De acuerdo con la OMS, se han estimado 31 000 muertes de menores de 15 años de edad, por homicidio en el 2002; sin embargo es probable que las muertes de niños por maltrato se subregistren, no se reconozcan o no se investiguen de manera adecuada, por lo que se considera que se desconocen las proporciones reales de este problema de salud pública mundial (WHO, 2002; WHO, 2006). De acuerdo al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en México no existen estadísticas actualizadas para este problema (UNICEF, 2009).

Los factores de riesgo en el niño que incluye la literatura de investigación son principalmente: ser hijo no deseado o que no cumpla las expectativas de los padres, ser un bebé que demanda atención (necesidades especiales), llanto constante y tener características físicas que producen aversión a los padres (WHO, 2006).

Algunas de las consecuencias identificadas en los niños son que aquellos que han experimentado algún tipo de maltrato están en riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos y psicológicos importantes (Child Welfare Information Gateway, 2007). Dentro de las psicológicas, se han asociado variables como falta de auto estima, conducta disruptiva, sintomatología depresiva, ansiosa, y pasividad extrema (Cummings, Davies, & Campbell, 2000). Entre las consecuencias físicas destacan: menor talla y peso, propensión a adicciones y desórdenes de la alimentación (incluyendo obesidad), y problemas como dermatitis atópica y más probabilidad de trastornos metabólicos en la adultez (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Dentro de los principales factores identificados en los padres y en los cuidadores que infringen maltrato infantil se encuentran: tener dificultades con el menor desde recién nacido (como complicaciones en el nacimiento), historia de maltrato en la infancia propia, desinformación o falta de habilidad para retener los conocimientos aprendidos del desarrollo del niño (tener expectativas irreales sobre los niños o percepción de intencionalidad ante la conducta del menor), responder de manera agresiva y violenta ante la mala conducta, usar castigo físico como disciplina, mostrar falta de auto-control ante el enojo, falta de habilidades parentales como resultado de la falta de educación, edad prematura al ser padre, problemas socioeconómicos, sufrir de problemas físicos o mentales, o tener cogniciones que

interfieren en la parentalidad, y conducta adictiva como el uso de drogas y/o alcohol (WHO, 2006).

Algunos estudios han abordado específicamente diversas variedades de abuso. Para el abuso físico se encuentran principalmente las siguientes variables asociadas: dificultad para controlar el enojo, hostilidad, baja tolerancia a la frustración, depresión, baja autoestima, abuso de sustancias, poca empatía, ansiedad, déficit de solución de problemas, historia de abuso en la infancia.

Para abuso psicológico: dificultad para controlar el enojo, depresión, abuso de sustancias, ansiedad, déficit de solución de problemas, déficit en técnicas de regulación conductual infantil, malas habilidades de afrontamiento. Para negligencia: dificultad para controlar el enojo, depresión, baja autoestima, abuso de sustancias, poca empatía, ansiedad, historia de abuso en la infancia y trastorno obsesivo compulsivo (Miller-Perin y Perrin, 2007).

Existen estudios que denotan la necesidad de poner atención en factores poco estudiados del maltrato, así como en la prevención de accidentes y el maltrato infantil. Azar y Weinzierl (2005) refieren en una de sus investigaciones acerca del maltrato infantil y las heridas no intencionales en niños (accidentes), que éstos últimos no siempre son eventos aleatorios, que son prevenibles para los cuidadores y que la aplicación de la psicología puede ser prometedora. Señala además que tanto el maltrato como los accidentes son un continuo que termina en respuestas u omisiones de cuidado. También propone la existencia de

déficits en habilidades de los padres como: habilidades parentales, habilidades sociales cognitivas, habilidades de auto-control, manejo del estrés y habilidades sociales (Azar, 1989, 1997, 2002). Otros autores señalan que las características de los agresores (cuidadores), incluyen sus expectativas de desarrollo, personalidad y esquemas cognitivos disfuncionales (Belsky, 1980, 1993).

Estos padres muestran esquemas desadaptativos acerca de sus hijos como: cogniciones negativas acerca de la interacción padre-hijo, como incapacidad para cuidarlos o entenderlos, y atribuciones negativas acerca de la conducta de los niños, tales como que se comportan mal o desobedecen por molestar (Azar, 1997; 1998). Se han delimitado estas conductas en los padres con el modelo del proceso de la información social, que se conforma por cuatro etapas donde en la primera los papás perciben la situación padre-hijo, en la segunda crean expectativas, interpretan y evalúan la interacción, en la tercera integran la información acerca de la situación y escogen su respuesta y en la cuarta y última denominada etapa cognitivo-conductual: implementan la respuesta. Dentro de la segunda etapa de esta propuesta se ha señalado que estas expectativas son quizá el punto clave del abuso físico y psicológico en los niños (Milner, 1993; 2000).

Estudios más recientes aportan otros hallazgos asociados con otros factores psicológicos como: expectativas de desarrollo, locus de control externo, y empatía como predictores del abuso potencial y los estilos de disciplina (McElroy & Rodriguez, 2008). Otro estudio

concluyó que una madre que considera que fue seria la transgresión (la falta del menor) y que responde con enojo, es más propensa a utilizar el castigo físico; estos hallazgos sugieren que las iniciativas dirigidas a las actitudes sobre castigo físico, (como el cambio de atribuciones de mala conducta y el reemplazar el enojo con respuestas de solución de problemas), podrían interrumpir la transmisión inter-generacional del maltrato (Ateah & Durrant, 2004).

También se ha propuesto que el modelo cognitivo conductual es el más eficaz para intervenciones con los padres (Peterson & Brown, 1994). Existe una amplia gama de investigaciones que corroboran que la terapia cognitiva es la más indicada ante este problema y se utiliza tanto en el menor como en los padres (Verduyn & Calam, 1999).

Aunque como se ha dicho existe un sub-registro de los casos de maltrato infantil, el problema existe, por lo que es necesario instrumentar medidas preventivas y asistenciales. En México existen grupos interdisciplinarios que se encargan de dicha atención como Loredó y colaboradores (2009), sin embargo esta última se ha dirigido exclusivamente al paciente pediátrico y no necesariamente a los padres. A partir de la información planteada anteriormente aún quedan esfuerzos por realizarse para prevenir el abuso físico en el niño, por lo que aquí se propone implementar programas de intervención eficaces y confiables (como el tratamiento cognitivo conductual) con los padres agresores, con especial atención al enojo, así como con los padres en riesgo de algún tipo de maltrato.

Por su fundamento en los mecanismos naturales que regulan el comportamiento humano corresponde a la medicina conductual y la psicología de la salud evaluar y atender las consecuencias físicas y psicológicas en niños maltratados, la perpetuación del esquema de funcionamiento, y la asociación con características como el déficit de habilidades parentales, sociales y de autorregulación emocional; con protocolos cuya efectividad se haya demostrado en resultados de investigación.

El presente estudio tuvo como objetivos: primero, explorar aquellas variables que expliquen la conducta de maltrato o su propensión en los padres, como son los esquemas cognitivos y emocionales subyacentes; segundo, evaluar la terapia cognitivo-conductual como estrategia para disminuir las conductas de maltrato en los padres.

MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar a los familiares detectados como posibles agresores de los pacientes pediátricos y a aquellos diagnosticados como en riesgo de maltrato infantil por los médicos tratantes de los niños, en su variedad de abuso físico, psicológico y negligencia. Los criterios de inclusión eran fungir como padre o madre del menor, sin diagnóstico de enfermedad mental, alfabetas, con disponibilidad de tiempo por las mañanas. Debido a la naturaleza del estudio la selección de los participantes fue incidental por su carácter voluntario. Se conformó un grupo control 1 con diez padres de pacientes procedentes del servicio de medicina interna del INP; un grupo control 2 se formó por tres padres cuyos hijos fueron diagnosticados con maltrato pero que no aceptaron participar en el taller. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes

Variables		GE (3)	GC1 (10)	GC2 (3)
Edad				
	Media	36.67	33.4	29.33
	DE	3.2	4.9	5.5
Edad niño				
	Media	9.33		4.67
	DE	1.5		3.78
Sexo				
	Femenino	100% (3)	80% (8)	66.7% (2)
	Masculino		20% (2)	33.3% (1)
Sexo niño				
	Femenino			33.3% (1)
	Masculino	100% (3)		66.7% (2)
Estado Civil				
	Casado	33.3% (1)	40% (4)	66.7% (2)
	Unión Libre	33.3% (1)	60% (6)	33.3% (1)
	Divorciado	33.3% (1)		
Escolaridad				
	Primaria Incompleta	33.3% (1)		
	Primaria Completa	33.3% (1)	10% (1)	
	Secundaria Completa	33.3% (1)	50% (5)	66.6% (2)
	Carrera Técnica		10% (1)	
	Preparatoria Completa		20% (2)	
	Estudios Universitarios		10% (1)	
Ocupación				
	Hogar	100% (3)	50% (5)	10% (1)
	Comercio		20% (2)	
	Empleado		10% (1)	
	Profesionista		10% (1)	
	Otro		10% (1)	

Nota: GE=grupo experimental; GC1=grupo control 1; GC2=grupo control 2;

DE=desviación estándar.

Escenario

Los consultorios asignados a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría en el horario matutino.

Instrumentos y Materiales

Se aplicó el Inventario Multifasético de la Personalidad Minnesota-2 MMPI-2 (Lucio y Reyes-Lagunes, 1994), el Inventario de Ansiedad de Beck, (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) con un coeficiente de confiabilidad de $\alpha = .75$; el Inventario de Depresión de Beck, (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) con un coeficiente de $\alpha = .87$; el Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento SEViC (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993); la Escala de Ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1997) Ansiedad total $\alpha = .83$, Instrumento Estado-Rasgo de la expresión del enojo México (IEREEM) versión en español de (STAXI, Spielberger, 1988) $\alpha = .81$ para conformar las medidas verbales autorreferidas pre-tratamiento.

Se usaron materiales didácticos como proyector digital, imágenes y una computadora. Se elaboró un consentimiento informado como requerimiento ético que incluía información sobre el proyecto y que establecía la naturaleza voluntaria del mismo (véase el anexo 6).

Diseño

Se usó un diseño pre-test post-test con grupo control.

Variables

V.D. Las conductas agresivas de maltrato, presencia de emociones disfuncionales, esquemas cognitivos favorecedores de maltrato.

V.I. El tratamiento cognitivo-conductual.

Procedimiento

El investigador fue una psicóloga entrenada que hacía la invitación a los familiares de los pacientes detectados con antecedentes de abuso físico o riesgo del mismo, de abuso psicológico o negligencia, a quienes se les leía un consentimiento informado para asegurar el permiso del participante. Se explicaba el uso de los auto-registros y se les invitaba a participar en un taller semanal de aproximadamente seis sesiones con una duración de una hora con treinta minutos cada una. El taller tenía como objetivo manejar el enojo de manera funcional para prevenir la conducta de maltrato, así como modelar conductas de prevención con los niños y el aprendizaje de estrategias cognitivas y alternas para disciplinar y manejar el enojo. Al término del taller se

aplicaron de nuevo los auto-registros y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, el CMAS- y el Instrumento de autoevaluación del enojo.

El objetivo del taller fue proveer a los participantes con habilidades y técnicas para mejorar habilidades parentales como son la autoregulación emocional, el modelamiento de conductas de prevención de accidentes con los niños y el aprendizaje de estrategias cognitivas y alternas para disciplinar.

RESULTADOS

Escalas del MMPI-II

La prueba usa la siguiente nomenclatura para identificar la predominancia en los perfiles, mediante las siguientes escalas: 1 Hs=hipocondriasis; 2 D=depresión; 3 Hi= histeria conversiva; 4 Dp= desviación psicopática; 5 Mf=masculinidad-femineidad; 6 Pa=paranoia; 7 Pt=psicastenia; 8 Es=esquizofrenia; 9 Ma=hipomanía; 0 Is=introversión social; ANS= ansiedad; MIE=miedo; OBS=obsesividad; DEP=depresión; SAU=preocupación por la salud; DEL= pensamiento delirante; ENJ= enojo; CIN=cinismo; PAS=prácticas antisociales; PTA=personalidad tipo A; BAE=baja autoestima; ISO=incomodidad social; FAM=problemas familiares; DTR=dificultad en el trabajo; RTR=rechazo al tratamiento; A= ansiedad; R=represión; Fyo=fuerza del yo; A-MAC=alcoholismo de MacAndrew-revisada; HR=hostilidad reprimida; Do=dominancia; Rs=responsabilidad social; Dpr=desajuste profesional; GM=género masculino; GF=género femenino; EPK=desorden de estrés postraumático de Keane; EPS=desorden de estrés postraumático de Schelenger.

Los resultados obtenidos en el MMPI-2 señalan que una de las participantes del grupo intervenido, la participante 1, invalidó el instrumento, obteniendo un puntaje T (transformación lineal de los puntajes originales) de 94 en la escala F (Infrecuencia) por lo que no se

realizó el perfil correspondiente. En el caso de las participantes restantes, la participante 2 obtuvo la calve del perfil 608''4721'3+59: F''L/K# mientras que la tercera obtuvo el perfil 5'48+9-106/72:3# F'L/K: Acontinuación se interpretan estos perfiles (Lucio y León, 2003).

Interpretación del perfil de la Participante 2 del grupo experimental

Escalas de Validez

L T 50 Indica que la actitud ante la prueba es adecuada y que está conforme con su autoimagen. Además puede tener seguridad en sí misma y aceptar algunas de sus fallas.

F T 80 Es un perfil probablemente válido pero con posibilidad de exageración de algunos síntomas. Presenta un amplio rango de problemas psicológicos; es abierta y se muestra accesible a la discusión de sus problemas.

K T 39 Esta puntuación sugiere que sus defensas son inadecuadas o que está suplicando ayuda para resolver sus problemas emocionales. Esto quizá se deba a que sea una persona con un autoconcepto pobre, demasiado crítica de sí misma o de los otros. Las puntuaciones muy reducidas ocurren también cuando se finge en forma inadecuada síntomas o problemas.

Escalas Básicas

6 T 87 Puede llegar a mostrar una conducta psicótica y trastornos de pensamiento. Probablemente tiene delirios de grandeza, se puede sentir maltratada y considera que los demás la molestan, se enoja fácilmente, es resentida y rencorosa. Puede pensar que la vida ha sido muy injusta con ella, por lo que tiende a racionalizar sus fallas y a culpar a los demás de lo que le sucede. Tiende a pensar que los demás la rechazan, sin percatarse de que muchas veces ella mismo se rechaza, puede ser moralista y rígida.

0 T 84 Esta elevación de la puntuación, sugiere ser una persona introvertida, tímida y socialmente insegura.

8 T 81 Muestra conducta psicótica, confusión, desorganización y desorientación.

4 T 79 La puntuación indica tener poca capacidad de juicio, incapacidad de planear adecuadamente, además de presentar francas conductas antisociales. La elevación de la escala sugiere inestabilidad e irresponsabilidad en una persona inmadura y centrada en sí misma, agresiva y explotadora, tiende a tener actitudes rebeldes hacia las figuras de autoridad, arrebatos agresivos, ataques a los demás sin sentir culpa. Por lo general tiende a culpar a los demás de sus dificultades y a intelectualizar sus problemas. Puede presentar problemas maritales.

7 T 79 Tiende a ser una persona ansiosa, tensa y agitada, que se preocupa demasiado incluso por problemas insignificantes, además de

ser temerosa y aprensiva.

2 T 73 Puede ser descrita como deprimida, infeliz, pesimista, autocrítica. Además reporta preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante. Se le considera introvertida, retraída, tímida y aislada. Posiblemente la depresión se encuentra asociada con ansiedad.

1 T 72 Muestra preocupaciones corporales excesivas, síntomas somáticos vagos y quejas indefinidas.

5 T 45 Es una persona que se ajusta a intereses tradicionales femeninos, ajustada al papel de esposa, por otra parte, puede ser insegura, devaluada, con tendencia a la pasividad y sumisión.

9 T 44 Persona convencional y conservadora, autocontrolada y sumisa.

Escalas de Contenido

ANS T 68 Reporta síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración.

OBS T 74 Presenta dificultad para tomar decisiones y medita excesivamente acerca de sus asuntos y problemas provocando que los otros se impacienten. Se preocupa en exceso. Puede presentar conductas compulsivas.

DEP T 74 Indica pensamientos depresivos significativos. Involucra sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida.

SAU T 75 Presenta síntomas físicos en diversos órganos corporales, se preocupa por su salud y se siente más enferma que el resto de las personas.

PTA T 70 Es una persona trabajadora, activa y orientada hacia el trabajo. Frecuentemente se muestra impaciente, irritable y tensa. No le gusta esperar o ser interrumpida, puede ser hostil y enojarse con facilidad.

BAE T 77 Tiene una opinión pobre de sí misma, poca confianza y actitudes negativas hacia sí misma.

ISO T 77 Le cuesta trabajo relacionarse socialmente con los demás por lo que tiende a aislarse.

FAM T 72 Manifiesta desavenencias y pleitos importantes; describe a los miembros de su familia como desagradables y poco afectuosos. Puede llegar a sentir odio por su familia y tener historia de abuso físico.

DTR T 83 Puede tener conductas o actitudes que provocan un desempeño laboral pobre.

RTR T 72 Manifiesta actitudes negativas hacia los médicos y al tratamiento de salud mental. No cree que alguien pueda ayudarlo ni comprenderlo. Le resulta incómodo tratar con alguien más sus problemas personales. Evita sus problemas en lugar de enfrentarlos.

Escalas Suplementarias

Fyo T 30 Posee pocos recursos psicológicos para enfrentarse al estrés.

A-MAC T 47 Tiende a la introversión y a la falta de confianza en sí misma.

HR T 38 Es una persona crónicamente agresiva o expresa de manera bastante apropiada sus sentimientos de agresión.

Do T 30 Se muestra sumisa, poco enérgica y fácilmente influenciable por otras personas, carece de confianza en sí misma y siente que maneja su problema inadecuadamente.

Rs T 32 No está dispuesta a asumir responsabilidades y tal vez no haya aceptado valores o normas sociales, probablemente es poco digna de confianza.

DPr T 73 Parece estar poco adaptada, posiblemente es ineficiente, pesimista y angustiada.

EPK T 77 y **EPS T 71** Indican Trastorno por Estrés Postraumático

Interpretación del perfil de la Participante 3 del grupo experimental.

Escalas de Validez

L T 56 Indica que la actitud ante la prueba es adecuada y que está conforme con su autoimagen. Además puede tener seguridad en sí misma y aceptar algunas de sus fallas.

F T 79 Es un perfil probablemente válido pero con posibilidad de exageración de algunos síntomas. Presenta un amplio rango de

problemas psicológicos; es abierta y se muestra accesible a la discusión de sus problemas.

K T 51 Indica un equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Además puede indicar que cuenta con suficientes recursos para un tratamiento.

Escalas Básicas

5 T 75 Puede rechazar el rol tradicional femenino y ser dominante y agresiva.

4 T 66 La puntuación indica tener poca capacidad de juicio, incapacidad de planear adecuadamente, además de presentar francas conductas antisociales. Puede tratarse de una persona agresiva y explotadora.

8 T 66 Indica un estilo de vida poco convencional, se puede sentir enajenada con respecto a los demás. Se mantiene distante y se siente diferente a los demás por lo que tiende a aislarse, presentar sentimientos de inferioridad.

3 T 35 Indica aislamiento, poco interés en los demás, cinismo y agresividad

Escalas de Contenido

OBS T 67 Presenta dificultad para tomar decisiones y medita excesivamente acerca de sus asuntos y problemas provocando que los otros se impacienten. Se preocupa en exceso. Puede presentar

conductas compulsivas.

CIN T 68 No confía en la gente. No tiene motivación al logro o es poca.

PAS T 69 Problemas de conducta durante los años escolares y prácticas antisociales como robar, problemas con la ley, puede ser poco confiable y deshonesto.

RTR T 69 Manifiesta actitudes negativas hacia los médicos y al tratamiento de salud mental. No cree que alguien pueda ayudarla ni comprenderla. Le resulta incómodo tratar con alguien más sus problemas personales. Evita sus problemas en lugar de enfrentarlos.

Escalas Suplementarias

R T 43 Persona emotiva, desinhibida al hablar, entusiasta, atrevida y alegre.

HR T 43 Es una persona crónicamente agresiva o expresa de manera bastante apropiada sus sentimientos de agresión.

Do T 43 Se muestra sumisa, poco enérgica y fácilmente influenciada por otras personas, carece de confianza en sí misma y siente que maneja su problema inadecuadamente.

Rs T 38 No está dispuesta a asumir responsabilidades y tal vez no haya aceptado valores o normas sociales, probablemente es poco digna de confianza.

DPr T 47 Tiende a estar bien adaptada, optimista y consciente.

En el grupo control 2 (padres de pacientes diagnosticados por maltrato que no asistieron al taller) se encontró que el participante 1 mostró un perfil de 42'78+6-150,39/ F''L:K# mientras que el perfil de la participante 2 fue 35-10/28 67 94: L+K/F: y el de la participante 3 fue 08-15 74 3 269: F-L/K:

Interpretación del perfil del Participante 1 del grupo control 2

Escalas de Validez

L T 39 Al parecer contestó con franqueza, acepta abiertamente sus fallas sociales; esta puntuación también puede indicar que tiene dificultad para adaptarse a las normas sociales.

F T 79 Es un perfil probablemente válido pero con posibilidad de exageración de algunos síntomas. Presenta un amplio rango de problemas psicológicos; es abierto y se muestra accesible a la discusión de sus problemas.

K T 33 Esta puntuación sugiere que sus defensas son inadecuadas o que está suplicando ayuda para resolver sus problemas emocionales. Esto quizá se deba a un autoconcepto pobre, demasiado crítico de sí mismo o de los otros. Las puntuaciones muy reducidas ocurren también cuando se finge en forma inadecuada síntomas o problemas.

Escalas Básicas

4 T 76 La puntuación indica tener poca capacidad de juicio, incapacidad de planear adecuadamente, además de presentar francas conductas antisociales. La elevación de la escala sugiere inestabilidad e irresponsabilidad en un sujeto inmaduro y centrado en sí mismo.

Puede tratarse de una persona agresiva y explotadora, tiende a tener actitudes rebeldes hacia las figuras de autoridad, arrebatos agresivos, ataques a los demás sin sentir culpa. Por lo general tiende a culpar a los demás de sus dificultades y a intelectualizar sus problemas. Puede presentar problemas maritales.

2 T 73 El sujeto puede ser descrito como deprimido, infeliz, pesimista, autocrítico. Además reporta preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante. Se le considera introvertido, retraído tímido y aislado. Posiblemente la depresión se encuentra asociada con ansiedad.

7 T 68 Tiende a ser ansioso, tenso y agitado, que se preocupa demasiado incluso por problemas insignificantes, además de ser temeroso y aprensivo.

8 T 67 Indica un estilo de vida poco convencional, se puede sentir enajenado con respecto a los demás. Se mantiene distante y se siente diferente a los demás por lo que tiende a aislarse, presentan sentimientos de inferioridad.

Escalas de Contenido

DEP T 72 Indica pensamientos depresivos significativos. Involucra sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida.

FAM T 73 Manifiesta desavenencias y pleitos importantes; describe a los miembros de su familia como desagradables y poco afectuosos. Puede llegar a sentir odio por su familia y tener historia de abuso físico.

Escalas Suplementarias

A T 69 Se puede sentir ansioso e incómodo, es pesimista y apático, tiende a ser cauteloso y duda para tomar decisiones.

R T 43 Emotivo, desinhibido al hablar, entusiasta, atrevido y alegre.

Fyo T 30 Posee pocos recursos psicológicos para enfrentarse al estrés.

HR T 43 Es crónicamente agresivo o expresa de manera bastante apropiada sus sentimientos de agresión.

Do T 30 Esta persona se muestra sumiso, poco enérgico y fácilmente influenciado por otras personas, carece de confianza en sí mismo y siente que maneja su problema inadecuadamente.

Rs T 30 El sujeto no está dispuesto a asumir responsabilidades y tal vez no haya aceptado valores o normas sociales, probablemente es poco digno de confianza.

Dpr T 71 El sujeto parece estar poco adaptado, posiblemente es ineficiente, pesimista y angustiado.

EPK T 73 y **EPS T 83** Indican Trastorno por Estrés Postraumático

Interpretación del perfil de la Participante 2 del grupo control 2

Escalas de Validez

L T 68 El perfil es válido aunque tuvo una defensividad marcada ante el instrumento por ser rígido o moralista.

F T 43 Indica poca expresión de síntomas, puede ser una persona sincera y estar socialmente adaptada, sin embargo también puede estar tratando de dar una imagen de adaptación y de no tener problemas.

K T 54 Indica un equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Además puede indicar que cuenta con suficientes recursos para un tratamiento.

Escalas Básicas

No muestra ninguna área arriba de la media.

2 T 49 Se encuentra conforme consigo misma , estable, equilibrada y realista.

6 T 47 Muestra habilidades sociales, confianza y equilibrio.

8 T 49 Es adaptable, confiable y equilibrada.

9 T 44 Persona convencional y conservadora, autocontrolada y sumisa.

Escalas de Contenido

No muestra ninguna área arriba de la media

Escalas Suplementarias

R T 66 Parece carecer de “insight” es sobrecontrolada e inhibida socialmente. Tiende a evitar problemas, suele ser sumisa y cautelosa.

A-MAC T 41 Tiende a la introversión y a la falta de confianza en sí misma.

Do T 45 Se muestra sumisa, poco enérgica y fácilmente influenciada por otras personas, carece de confianza en sí misma y siente que maneja su problema inadecuadamente.

Rs T 44 No está dispuesta a asumir responsabilidades y tal vez no haya aceptado valores o normas sociales, probablemente es poco digna de confianza.

Dpr T 47 Tiende a estar bien adaptada, es optimista y consciente.

EPK T 47 y EPS T 48 Indican Trastorno por Estrés Postraumático

Interpretación del perfil de la Participante 3 del grupo control 2

Escalas de Validez

L T 59 Indica que la actitud ante la prueba es adecuada y que está conforme con su autoimagen. Además puede tener seguridad en sí misma y aceptar algunas de sus fallas.

F T 63 Es un perfil válido en donde se expresan algunos síntomas. Se

ha respondido a un área de un tipo específico de problemas.

K T 43 Indica un equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento.

Además puede indicar que cuenta con suficientes recursos para un tratamiento.

Escalas Básicas

No muestra ninguna área arriba de la media.

3 T 48 Es realista y sensible, con equilibrio emocional y responsabilidad.

2 T 47 Es adaptable, confiable y equilibrada.

6 T 47 Muestra habilidades sociales, confianza y equilibrio.

Escalas de Contenido

No muestra ninguna área arriba de la media

Escalas Suplementarias

Fyo T 38 Posee pocos recursos psicológicos para enfrentarse al estrés.

A-MAC T 47 Tiende a la introversión y a la falta de confianza en sí misma.

HR T 49 Es una persona crónicamente agresiva o expresa de manera bastante apropiada sus sentimientos de agresión.

Do T 35 Se muestra sumisa, poco enérgica y fácilmente influenciada por otras personas, carece de confianza en sí misma y siente que maneja su problema inadecuadamente.

Rs T 35 No está dispuesta a asumir responsabilidades y tal vez no haya aceptado valores o normas sociales, probablemente es poco digna de confianza.

Los perfiles aquí descritos señalan que tanto los sujetos del grupo experimental y del control 2 presentan puntajes bajos en la escala de Responsabilidad Social (Rs); en el caso de las dos participantes del grupo experimental y el participante 1 del grupo control 2 se encontraron elevaciones en la escala correspondiente a Desviación Psicopática; La paciente 2 del grupo experimental y el participante 1 del control 2 presentaron puntajes altos en la escala de Depresión y Psicastenia (trastorno obsesivo compulsivo), por otro lado la paciente 2 y 3 del grupo experimental presentó también elevaciones altas en la escala de Obsesividad. En el caso de las escalas de contenido de Depresión, Ansiedad y Problemas Familiares, la paciente 2 del grupo experimental y el paciente 1 del control 2 obtuvieron, así mismo, puntuaciones altas. La escala de Rechazo al Tratamiento se presentó en la paciente 2 y en la 3 del grupo experimental. La escala de Hostilidad Reprimida se presentó en la paciente 2 del grupo experimental y en los pacientes 1 y 3 del grupo control 2. La paciente 2 del grupo experimental y el paciente 1 del control 2 presentaron Trastorno por Estrés Postraumático. La paciente 2 del grupo experimental además presentó Personalidad Tipo A y Paranoia; La paciente 3 del grupo experimental obtuvo puntajes altos en la escala de Masculinidad y Femenidad; La paciente 2 del grupo control 2 presentó Represión.

Llama la atención que ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones altas en la escala de enojo, ya que sería lo esperado en esta población. La tabla 2 muestra los rasgos del MMPI-2 tanto compartidos como en los que difieren los participantes del grupo experimental y control 2.

Tabla 2.

Rasgos compartidos de los participantes del grupo experimental y control 2 del MMPI-2

Escala	Grupo experimental			Grupo Control		
	Pc1	Pc2	Pc3	Pc1	Pc2	Pc3
Hs (1)		●(+)				
D (2)		●(+)		●(+)	●(-)	●(-)
Hi (3)			●(-)			●(-)
Dp (4)		●(+)	●(+)	●(+)		
Mf (5)		●(-)	●(+)			
Pa (6)		●(+)			●(-)	●(-)
Pt (7)		●(+)		●(+)		
Es (8)		●(+)	●(+)	●(+)	●(-)	
Ma (9)		●(-)			●(-)	
Is(0)		●(+)				
ANS		●(+)				
MIE						
OBS		●(+)	●(+)			
DEP		●(+)		●(+)		
SAU		●(+)				
DEL						
ENJ						
CIN			●(+)			
PAS			●(+)			
PTA		●(+)				
BAE		●(+)				
ISO		●(+)				
FAM		●(+)		●(+)		
DTR		●(+)				
RTR		●(+)	●(+)			
A				●(+)		
R			●(-)	●(-)	●(+)	
Fyo		●(-)		●(-)		●(-)
A-MAC		●(-)			●(-)	●(-)
HR		●(-)	●(-)	●(-)		●(-)
Do		●(-)	●(-)	●(-)	●(-)	●(-)
Rs		●(-)	●(-)	●(-)	●(-)	●(-)
Dpr		●(+)	●(-)	●(+)	●(-)	
GM						
GF						
EPK		●(+)		●(+)	●(-)	
EPS		●(+)		●(+)	●(-)	

Nota: Hs=hipocondriasis; D=depresión; Hi= histeria conversiva; Dp= desviación psicopática; Mf=masculinidad-femineidad; Pa=paranoia; Pt=psicastenia; Es=esquizofrenia; Ma=hipomanía; Is=introversión social; ANS= ansiedad; MIE=miedo; OBS=obsesividad; DEP=depresión; SAU=preocupación por la salud; DEL= pensamiento delirante; ENJ= enojo; CIN=cinismo; PAS=prácticas antisociales; PTA=personalidad tipo A; BAE=baja autoestima; ISO=incomodidad social; FAM=problemas familiares; DTR=dificultad en el trabajo; RTR=rechazo al tratamiento; A= ansiedad; R=represión; Fyo=fuerza del yo; A-MAC=alcoholismo de MacAndrew-revisada; HR=hostilidad reprimida; Do=dominancia; Rs=responsabilidad social; Dpr=desajuste profesional; GM=género masculino; GF=género femenino; EPK=desorden de estrés postraumático de Keane; EPS=desorden de estrés postraumático de Schelenger; + =puntuaciones altas en la escala; - =puntuaciones bajas en la escala.

En cuanto a los resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se puede observar en la Figura 1 las puntuaciones naturales del instrumento en cada una de las participantes intervenidas. En el eje de la ordenada se encuentran las tres pacientes y en el eje de la abscisa las puntuaciones del BDI pre y post intervención. Se observa un decremento en los síntomas depresivos después de la intervención psicológica las tres participantes. La paciente 1 obtuvo 47 puntos, lo que señala depresión grave, antes del tratamiento y 18 puntos, moderada, al final del mismo. La paciente 2 obtuvo 32 puntos, (depresión grave) antes del taller y 21 (moderada) después de éste. Finalmente la paciente 3 obtuvo 14 puntos (depresión leve) y 3 puntos (depresión mínima) al término de la intervención.

Figura 1. Niveles de depresión en pacientes intervenidas

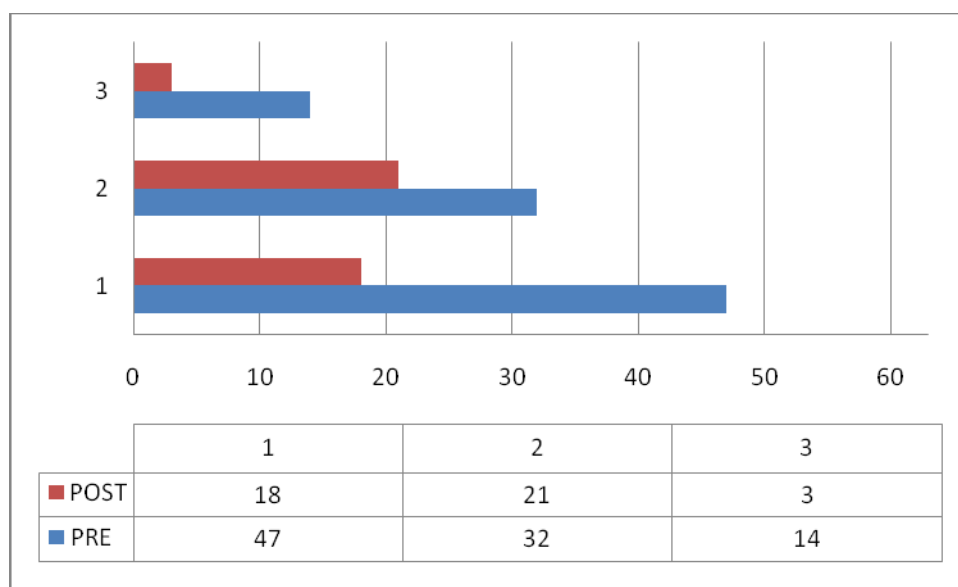


Figura 1. Resultados del BDI en las pacientes intervenidas antes y después del tratamiento psicológico.

La Figura 2 muestra las puntuaciones naturales del BDI en el grupo control 1, padres de pacientes procedentes del INP cuyos hijos no fueron diagnosticados por maltrato, en el eje de la ordenada se observan los participantes y en el de la abscisa las puntuaciones. El nivel de depresión mínimo es cero (depresión mínima), mientras que el máximo es 18 (depresión moderada).

Figura 2. Niveles de depresión en participantes del grupo control 1.

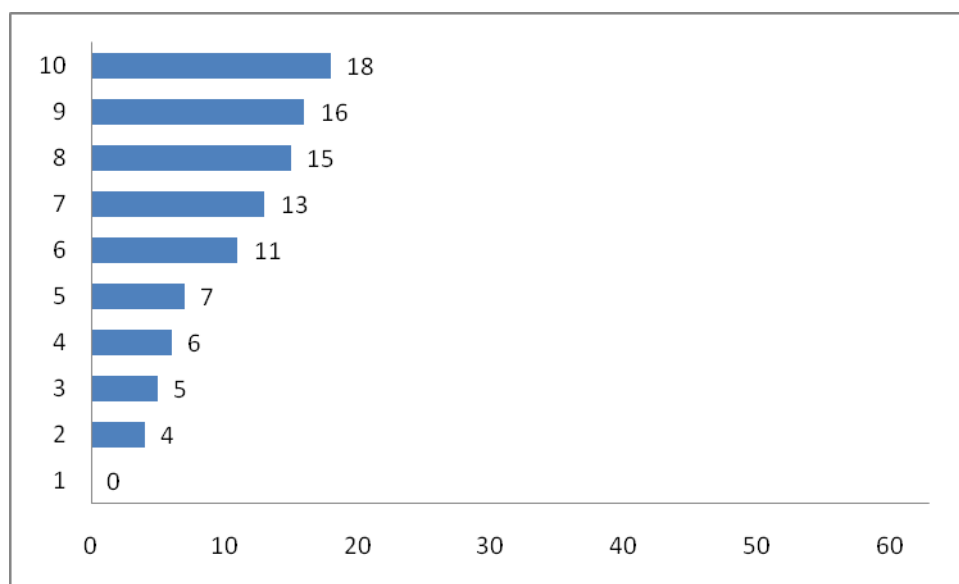


Figura 2. Resultados del BDI en los participantes del grupo control 1 procedentes del servicio de medicina interna.

La Figura 3 muestra las puntuaciones del BDI en el grupo control 2, padres cuyos hijos fueron diagnosticados por maltrato pero que no acudieron al taller, en el eje de la ordenada se encuentran los participantes, mientras que en el de la abscisa se observan las puntuaciones. El participante 1 y la participante 2 obtuvieron una puntuación de ocho y cinco puntos respectivamente, lo que indica depresión mínima, mientras que la participante 3 obtuvo una puntuación de 18 que denota depresión moderada.

Figura 3. Niveles de depresión en participantes del grupo control 2.

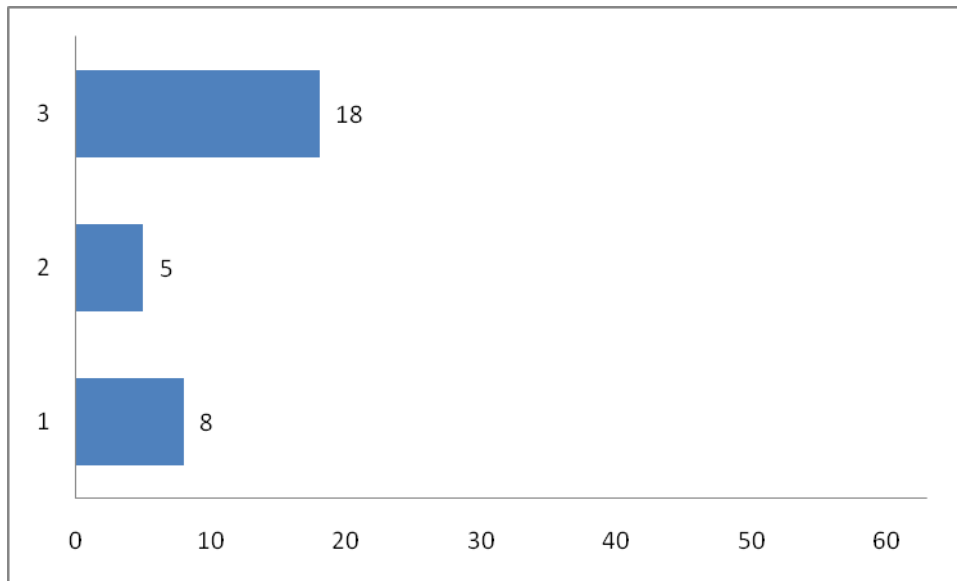


Figura 3. Resultados del BDI en los participantes del grupo control 2 procedentes de CAINM.

En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se puede observar en la Figura 4 las puntuaciones naturales del instrumento en cada una de las participantes intervenidas. En el eje de la ordenada se encuentran las tres pacientes y en el eje de la abscisa las puntuaciones del BAI pre y post intervención. La paciente 1 obtuvo seis puntos, antes del tratamiento y ocho puntos al final del mismo; La paciente 2 obtuvo 15 puntos, antes del taller y 11 después de éste. En ambas participantes se observa ansiedad leve antes y después del tratamiento. Finalmente la paciente 3 obtuvo 6 puntos (ansiedad leve) y 2 puntos (ansiedad mínima) al término de la intervención.

Figura 4. Niveles de Ansiedad en pacientes intervenidas

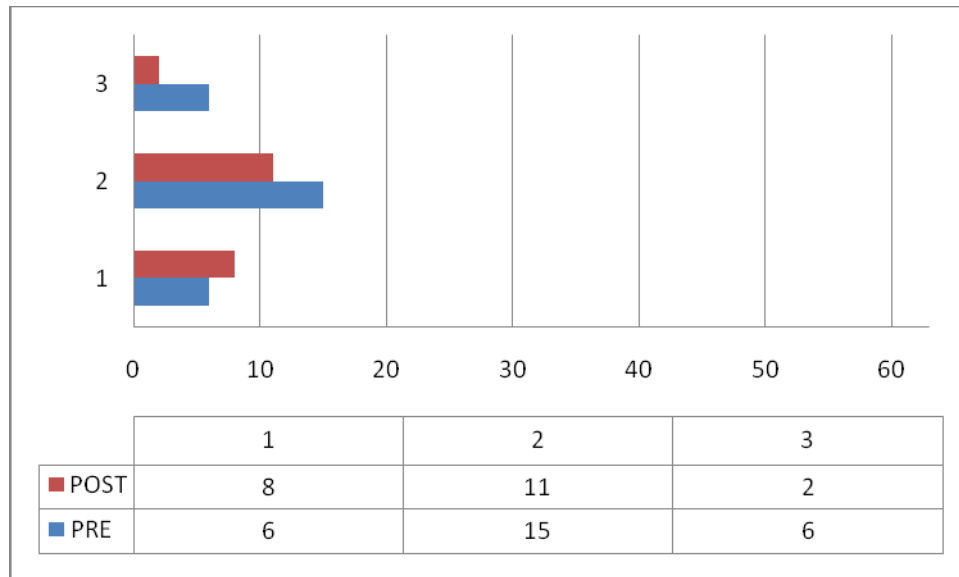


Figura 4. Resultados del BAI en las pacientes intervenidas antes y después del tratamiento psicológico.

La Figura 5 muestra las puntuaciones naturales del BAI en el grupo control 1, padres de pacientes procedentes del INP cuyos hijos no fueron diagnosticados por maltrato, en el eje de la ordenada se observan los participantes y en el de la abscisa las puntuaciones. El nivel de ansiedad mínimo es cero (ansiedad mínima), mientras que el máximo es 26 (ansiedad moderada).

Figura 5. Niveles de ansiedad en participantes del grupo control 1.

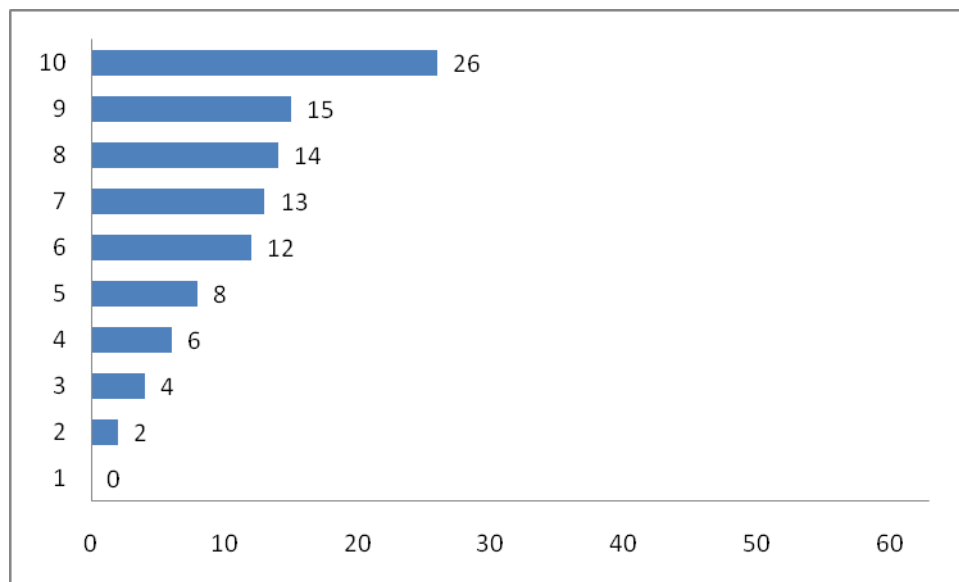


Figura 5. Resultados del BAI en los participantes del grupo control 1.

La Figura 6 muestra las puntuaciones del BAI en el grupo control 2, padres cuyos hijos fueron diagnosticados por maltrato pero que no acudieron al taller, en el eje de la ordenada se encuentran los participantes, mientras que en el de la abscisa se observan las puntuaciones. El participante 1 y la participante 2 obtuvieron una puntuación de seis puntos mientras que la participante 3 obtuvo una puntuación de 13. Ambas puntuaciones indican ansiedad leve.

Figura 6. Niveles de ansiedad en participantes del grupo control 2.

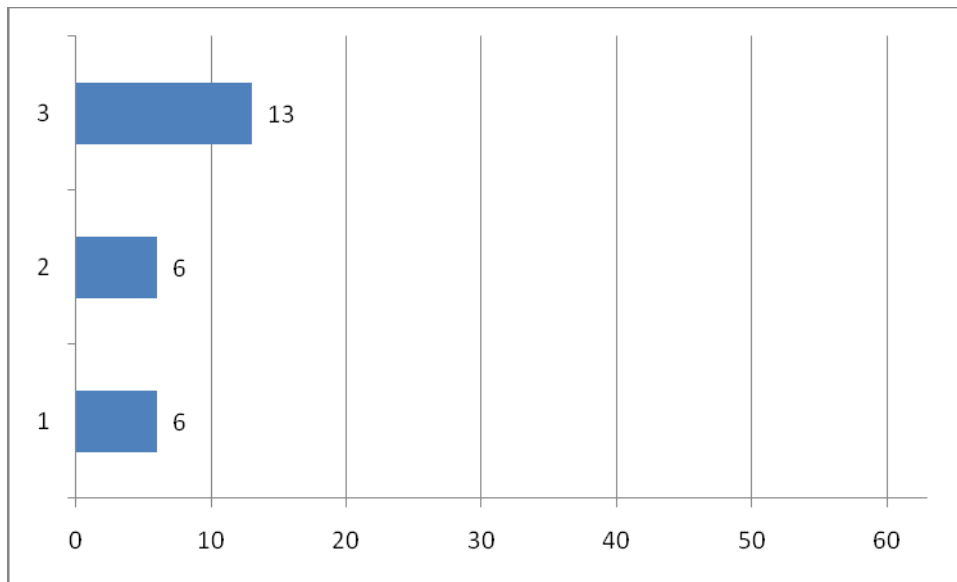


Figura 6. Resultados del BAI en los participantes del grupo control 2, pacientes cuyos hijos fueron diagnosticados por maltrato infantil pero que no recibieron intervención.

En cuanto a los resultados del instrumento de enojo, se puede observar en la Figura 7 las medias en cada una de las participantes intervenidas con respecto al área del instrumento que evaluaba el enojo denominada como Enojo Estado. En el eje de la ordenada se encuentran las sub áreas correspondientes al área mencionada, así como las tres pacientes, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas, pre y post intervención. La paciente 1 no mostró cambios en la sub-área de Enojo Estado, pero si en Disposición Conductual y Afecto Enojoso con una diferencia de uno. La paciente 2 obtuvo diferencias en las tres sub-áreas, con una diferencia de uno en las sub-áreas de Enojo Estado y en Disposición Conductual; y una diferencia de dos en Afecto Enojoso, además de que presentó una media mayor (de cuatro) en esta sub-área y de tres en la sub-área Enojo Estado a diferencia de las otras participantes antes de la intervención. La paciente 3 no mostró cambios en ninguna de las áreas.

Figura 7. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondiente al área de Enojo Estado en las pacientes intervenidas.

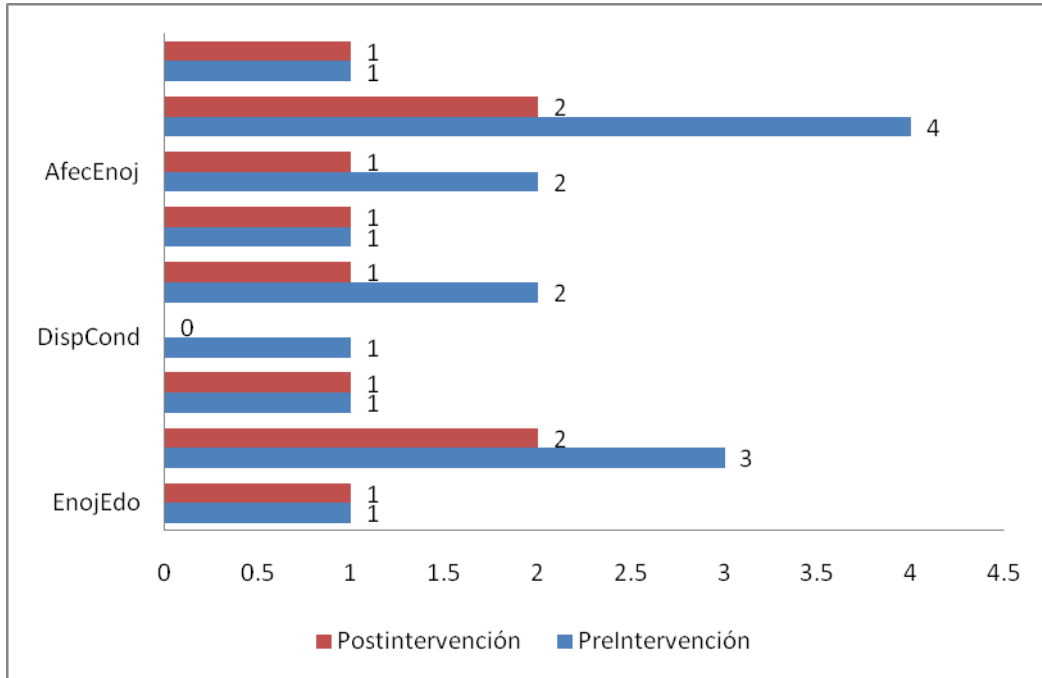


Figura 7. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Enojo Estado en las pacientes intervenidas. EnojEdo= Enojo Estado; DispCond= Disposición Conductual; AfecEnoj=Afecto Enojoso.

La Figura 8 muestra las medias en cada una de las participantes intervenidas con respecto al área del instrumento denominada como Enojo Rasgo. En el eje de la ordenada se encuentran las sub áreas correspondientes al área mencionada, así como las tres pacientes, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas, pre y post intervención. La paciente 1 no presentó cambios en las sub-áreas de Enojo Rasgo y Reacción Enojosa , pero si en Temperamento Enojoso donde hubo un aumento de uno. La paciente 2, al igual que la 1, no obtuvo diferencias en dichas sub-áreas, pero sí en la de

Temperamento Enojoso donde hubo un decremento de uno, también se observa mayores medias que las otras dos pacientes. La paciente 3 no mostró cambios para Temperamento Enojoso ni en Reacción Enojosa pero si en Enojo Rasgo con un decremento de uno.

Figura 8. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondientes al área de Enojo Rasgo en las pacientes intervenidas.

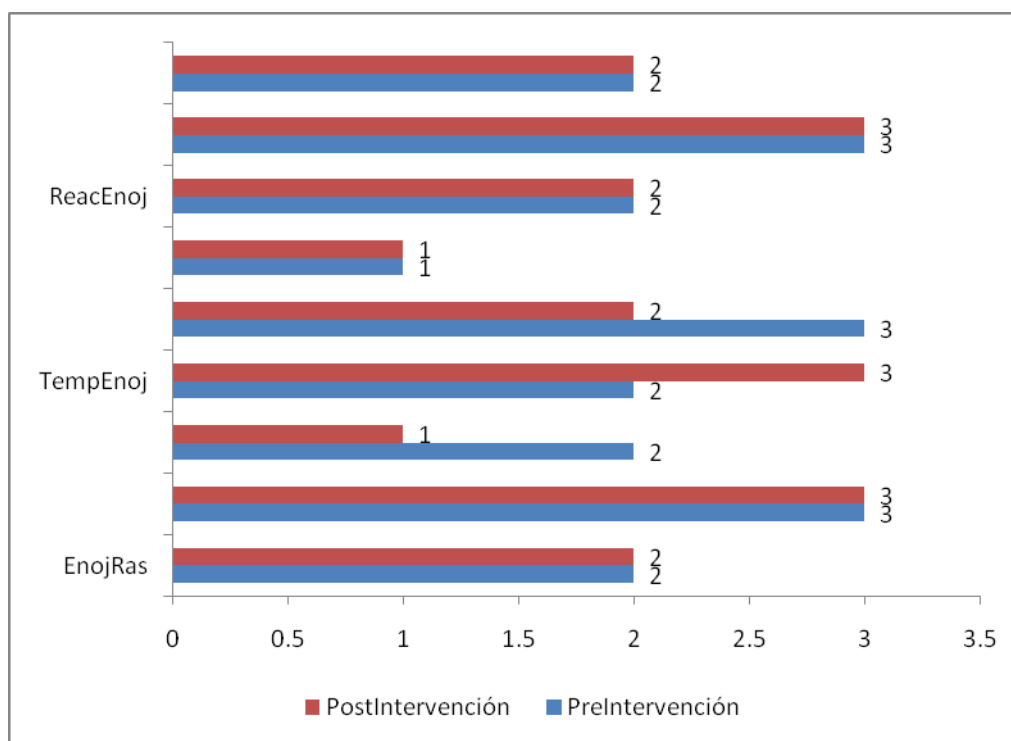


Figura 8. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Enojo Rasgo en las pacientes intervenidas. EnojRas= Enojo Rasgo; TempEnoj= Temperamento Enojoso; ReacEnoj=Reacción enojosa.

En la Figura 9 se muestran las medias en cada una de las participantes intervenidas con respecto al área del instrumento denominada como Expresión del Enojo. En el eje de la ordenada se

encuentran las sub áreas correspondientes al área mencionada, así como las tres pacientes, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas, pre y post intervención. La paciente 1 obtuvo un decremento en las sub-áreas de Control del Enojo y Enojo Afuera. La paciente 2 mostró un decremento en las sub-áreas de Enojo Adentro y Enojo Afuera. La paciente 3 presentó un aumento en Control del Enojo de uno.

Figura 9. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondientes al área de Expresión del Enojo en las pacientes intervenidas.

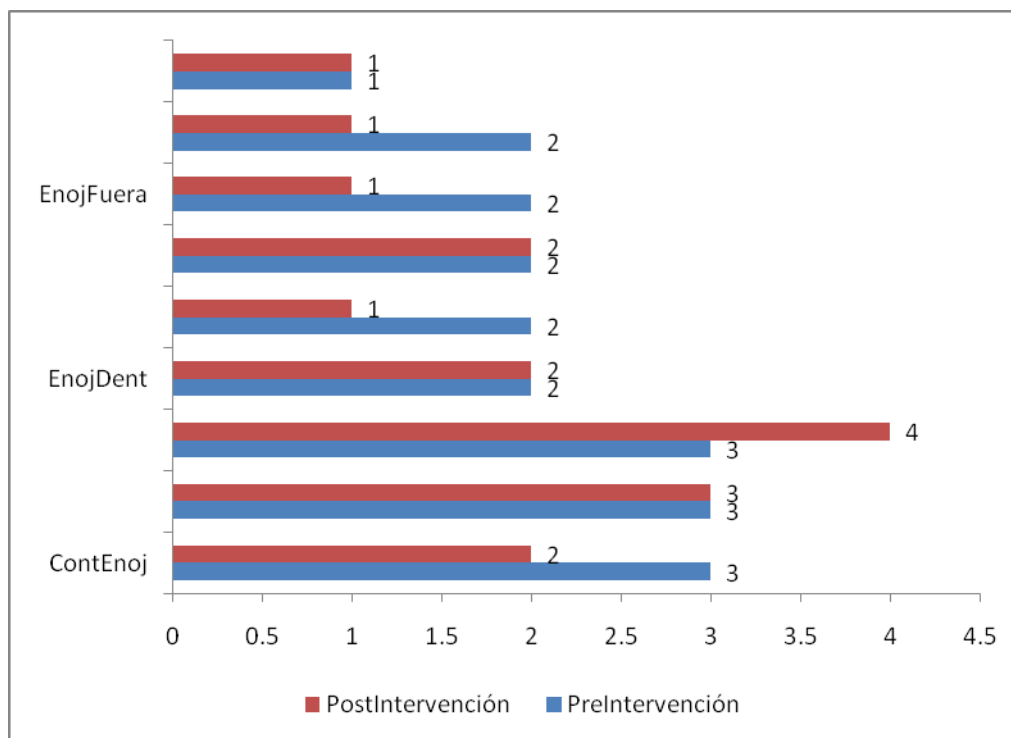


Figura 9. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Expresión del Enojo en las pacientes intervenidas. ContEnoj= Control del Enojo; EnojDent=Enojo Adentro; EnojFuera=Enojo Afuera.

En la Figura 10 se muestran las medias en cada uno de los participantes del grupo control 1 con respecto al área del instrumento denominada como Expresión del Enojo. En el eje de la ordenada se encuentran las sub-áreas correspondientes al área mencionada, de cada uno de los seis participantes del grupo control 1, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas. La mayoría de los participantes mostraron una media de uno a excepción de dos de los sujetos.

Figura 10. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondientes al área de Enojo Estado en el grupo control 1.

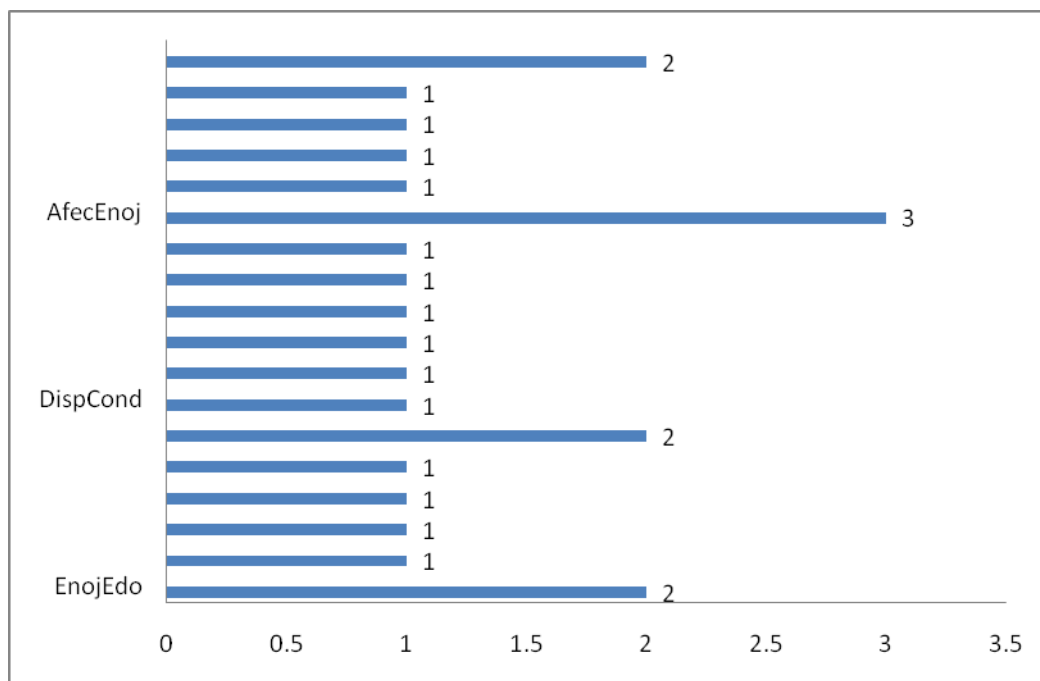


Figura 10. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Enojo Estado en el grupo control 1. EnojEdo= Enojo Estado; DispCond= Disposición Conductual; AfectEnoj=Afecto Enojoso.

En la Figura 11 se muestran las medias en cada uno de los participantes del grupo control 1 con respecto al área del instrumento denominada como Enojo Rasgo. En el eje de la ordenada se encuentran las sub-áreas correspondientes al área mencionada, de cada uno de los seis participantes del grupo control 1, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas.

Figura 11. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondientes al área de Enojo Rasgo en el grupo control 1.

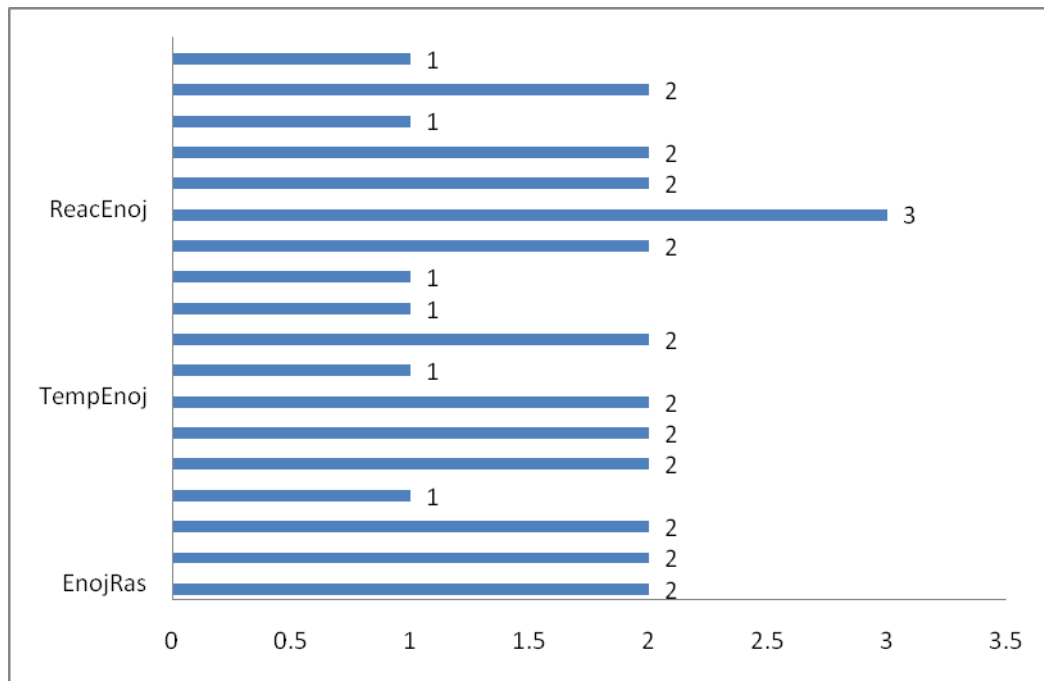


Figura 11. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Enojo Rasgo en el grupo control 1. EnojRas= Enojo Rasgo; TempEnoj= Temperamento Enojoso; ReacEnoj=Reacción enojosa.

En la Figura 12 se muestran las medias en cada uno de los participantes del grupo control 1 con respecto al área del instrumento denominada como Expresión del Enojo. En el eje de la ordenada se encuentran las sub-áreas correspondientes al área mencionada, de cada uno de los seis participantes del grupo control 1, mientras que en el eje de la abscisa se observan las medias obtenidas.

Figura 12. Sub-áreas del instrumento de enojo correspondientes al área de Expresión del Enojo en el grupo control 1.

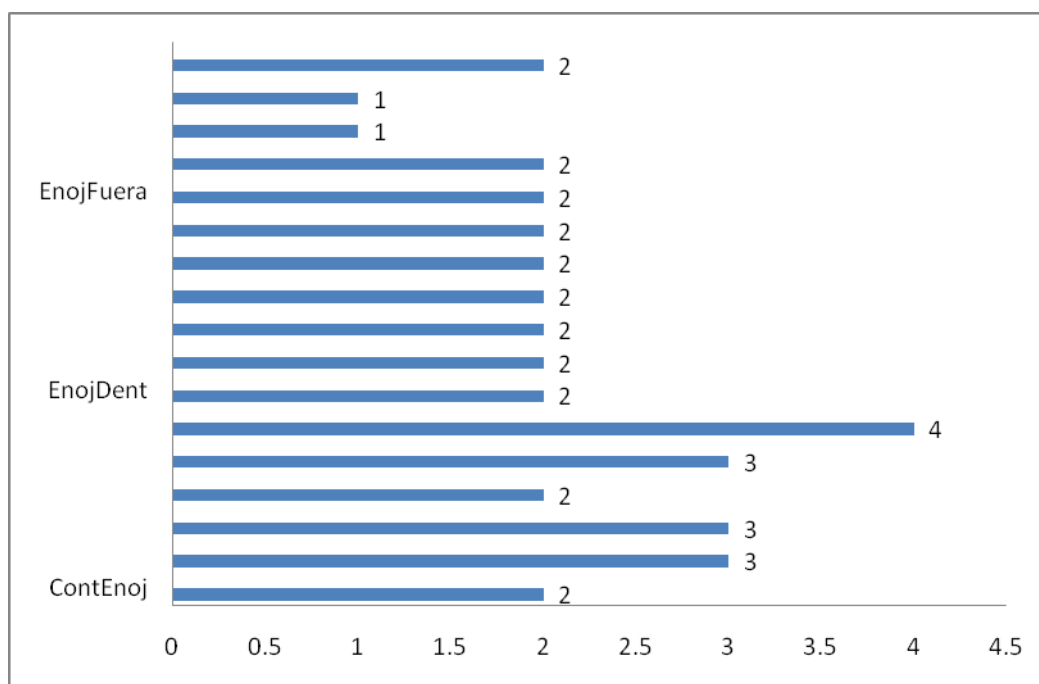


Figura 12. Resultados de las medias de las sub-áreas correspondientes al área de Expresión del Enojo en el grupo control 1. ContEnoj= Control del Enojo; EnojDent=Enojo Adentro; EnojFuera=Enojo Afuera

La Figura 13 muestra los valores t del CMAS-R en los hijos de las madres intervenidas antes y después del tratamiento. En el eje de la

ordenada se encuentran las áreas del instrumento y en el de la abscisa los puntajes T. Se puede observar que el participante 2 tuvo una disminución en Ansiedad Total, no siendo así en el participante 1 y el participante 3 donde hubo un incremento en esta área. Lo mismo ocurre en el área I y II. En el área III y en área de Mentira no parece haber cambios notables.

Figura 13. Valores T del CMAS-R de los hijos de las participantes intervenidas.

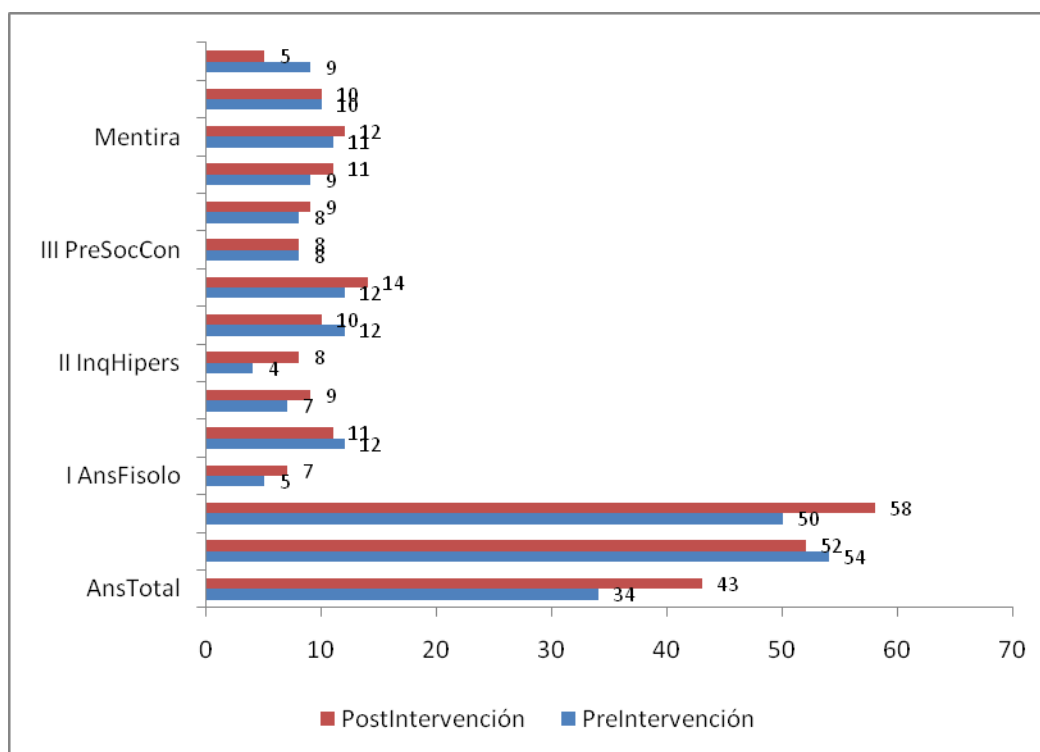


Figura 13. Resultados de los valores T de las áreas del CMAS-R de los hijos de las madres intervenidas antes y después del tratamiento. III PreSocCon = Área III Preocupaciones Sociales/Concentración; II InqHipers = Área II Inquietud Hipersensibilidad; I AnsFisolo = Área I Ansiedad Fisiológica; AnsTotal = Ansiedad Total.

La Figura 14 muestra las medias de las áreas del SEViC para las pacientes intervenidas. En el eje de la ordenada se encuentran dichas áreas y en el de la abscisa las medias obtenidas. Se puede observar que para las tres pacientes el factor de crianza negativa y castigo fue mayor que los factores de relación positiva con la madre y el padre, interés de los padres y crianza positiva.

Figura 14. Medias de las áreas del SEViC de las pacientes intervenidas.

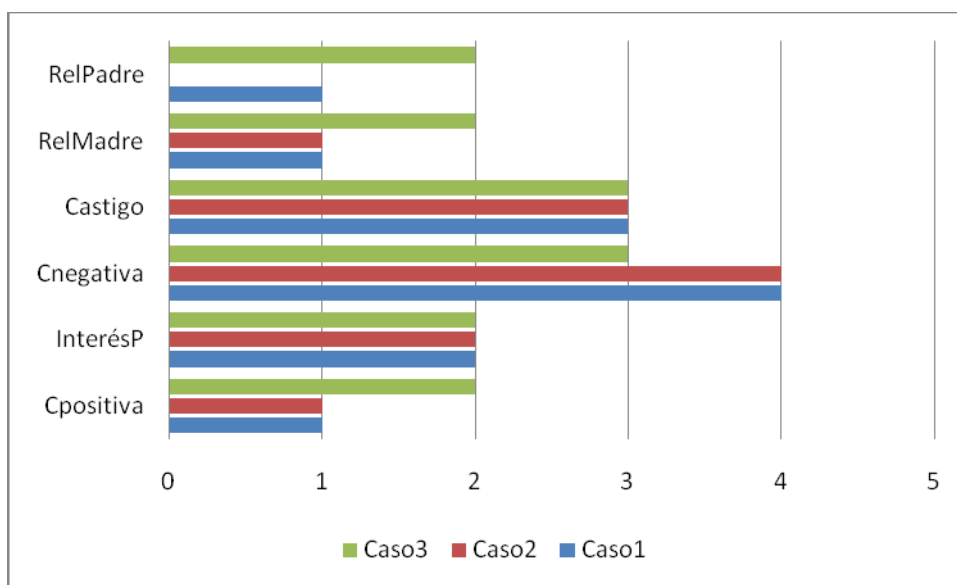


Figura 14. Resultados de las medias de las áreas del SEVIC en las pacientes intervenidas. Cpositiva= estilos de crianza positiva; InterésP= interés de los padres; Cnegativa=estilos de crianza negativa; Castigo=padres que usaban castigo; RelMadre= relación positiva con la madre; RelPadre=relación positiva con el padre.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue identificar factores que expliquen la conducta de maltrato o su propensión en los padres, así como evaluar la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de este problema. Los factores psicológicos que se encontraron en el estudio y que corresponden a aquellos encontrados en la literatura de investigación fueron depresión, ansiedad, enojo, TEPT, obsesividad y baja autoestima. (WHO, 2006; Miller-Perin y Perrin, 2007). En el caso del tratamiento en las madres maltratadoras se observan cambios en depresión pero no en ansiedad.

La depresión, que se encontró tanto en el MMPI-2 como en el BDI, a diferencia de los grupos controles las participantes del taller mostraron una mayor puntuación en este último instrumento, estos hallazgos permiten indagar acerca de la necesidad de hacer una oferta de intervención oportuna en el momento que los padres lo solicitan y no postergarla. En una de las pacientes del grupo control se muestra una falta de "insigth" del problema, según el MMPI-2 en la escala de Represión, lo que explica la poca accesibilidad de la paciente al tratamiento psicológico.

La ansiedad en las madres se encontró en una de las participantes del grupo experimental y en uno de los controles en el MMPI, sin embargo, no se encontró una relación estrecha con el maltrato, sobre todo en el caso del BAI, muy probablemente debido al

número reducido de participantes, por lo que se recomienda llevar a cabo investigaciones con un mayor número de los mismos.

La ansiedad en los niños llama mucho la atención ya que si bien se muestran ansiosos, el tratamiento psicológico en las madres no parece tener un resultado esperado también en los niños. En el caso de uno de ellos en donde sí se muestran cambios pre y post tratamiento, se puede deber a que este niño en particular, a diferencia de los otros dos, se encontraba en tratamiento psicológico cognitivo conductual; por lo que se asume que el tratamiento funciona, pero que deben llevarlo tanto el padre o madre como el menor.

En el caso del enojo se observan cambios antes y después del tratamiento tanto en Enojo Estado, Enojo Rasgo y en Expresión del Enojo, indicando que el tratamiento parece funcionar, sin embargo en el caso de Enojo Rasgo la paciente 1 tiene un aumento y en Expresión del Enojo la paciente 3 también tiene un aumento en Control del Enojo, esto se atribuye en el caso de la paciente 1 a las diferencias culturales de la misma, ya que el MMPI-2 fue invalidado por esta paciente, las investigaciones transculturales con el MMPI-2 han demostrado que los individuos con antecedentes culturales son diferentes de los del grupo normativo (Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán, 2003), por lo que quizás no comprendió del todo los instrumentos. En lo que respecta a la paciente 3 los resultados del MMPI-2 señalan agresividad excesiva en esta participante, lo que explica este aumento en la escala, se recomienda con esta paciente, llevar un tratamiento más prolongado y

enfocado principalmente al manejo del enojo. Este factor acompañado de agresividad se encontró reiteradamente como una característica de los padres maltratadores en las diferentes escalas del MMPI-2.

Con respecto al modelo del proceso de la información social de Azar (Azar, 1997, 1998; Milner, 1993, 2000) que tiene como evidencia la asociación de otros factores psicológicos como: expectativas de desarrollo, locus de control externo, y empatía (McElroy y Rodríguez, 2008), el locus de control externo es un factor que se encontró en este estudio, la escala de responsabilidad social que señala que el sujeto no está dispuesto a asumir responsabilidades, delimita el que estos padres no tienen un locus de control interno que asuma como tal estas responsabilidades, por lo que los puede convertir en negligentes y en riesgo de maltratar a sus hijos.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o rasgos de obsesividad parece ser otra de las características en los padres maltratadores que se encontraron en el MMPI-2 y que coinciden con otros estudios en la variedad de negligencia (Miller-Perin y Perrin, 2007). Los esquemas desadaptativos anteriormente planteados por Azar (1997,1998) podrían explicarse en padres con TOC, las atribuciones negativas y las expectativas altas hacia los hijos pueden ser consecuencia de rasgos de obsesividad y de problemas familiares (también referidos en el MMPI-2) que retroalimentan los esquemas de pensamiento defectuosos.

La baja autoestima también fue un factor importante que si bien no se encontró como tal en la escala que mide la misma dentro del MMPI-2, salvo en una participante, en los otros casos se observaron rasgos en otras de las escalas, como Esquizofrenia y A-MAC, que indican poca confianza hacia sí mismos y sentimientos de inferioridad.

Otros factores que se encontraron en el estudio son aquellos relacionados con la crianza de los padres donde se observa que el abuso en la infancia fue una variable que también se encontró en el MMPI-2 y que tiene que ver con un patrón de conducta aprendida que representa al maltrato. El uso del castigo y una crianza negativa son indicadores esperados en estos participantes.

Dentro de las limitaciones del estudio se encontraron que en el caso del MMPI-2 y el SEViC para los grupos control, no fue posible abordarlos en este estudio debido a que la longitud de los instrumentos y la premura sobre el tiempo de los padres lo imposibilitó; nuevamente el número de participantes para los tres grupos es pequeño por lo que se sugiere para próximas investigaciones un número más amplio. Otra de las sugerencias es que se realice la intervención psicológica tanto en los padres como en los hijos. Es importante continuar con esta línea de investigación a efecto de documentar diferencias en antecedentes de estilo de crianza y personalidad en padres no maltratadores.

REFERENCIAS

- Aguirre Gas, H. G., (2002). La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. *Revista Médica IMSS*, 40 (4), 349-358.
- American Society for Quality, (2007). Recuperado el 03 de diciembre del 2007 de <http://www.asq.org/learn-about-quality/basic-concepts.html>
- Almeida, N. A. M; De Sousa, J. T., Bachion, M. M. Silveira, N. D. A. (2005) The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13, 1, 52-58.
- Armengol, R., Chamarro, A., y García-Dié Muñoz, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología* , 23, (1), 25-32
- Ateah, C. A., & Durrant J. E. (2004). Maternal use of physical punishment in response to child misbehavior: implications for child abuse prevention. *Child Abuse & Neglect* 29, 169-185.
- Azar, S. T. (1989). *Training parents of abused children*. In C. E. Shaefer & J. M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parent training* (pp. 414-441). New York: Wiley.

- Azar, S. T. (1997). A cognitive behavioral approach to understanding and treating parents who physically abuse their children. En D. Wolfe & R. McMahon (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the life span* (pp. 78–100). New York: Sage.
- Azar, S. T. (1998). A framework for understanding child maltreatment: An integration of cognitive behavioral and developmental perspectives. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 340–355.
- Azar, S. T. (2002). Adult development and parenting. En J. Demick (Ed.), *Adult development* (pp. 391–416). New York: Sage.
- Azar, S. T., & Weinzierl, B. S. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology* 30, 598-614.
- Barragán, L. F. (2008). Hacia un Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón, & I. Reyes Lagunes (Eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320–335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413–434.

- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., y Oviedo, J. (1997). "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, 39, 546-553.
- Brown, A. M. (2004). *Measuring a Healthy Hospital: Metrics-Based Tools for Improving Operational Performance*. Recuperado el 17 de Junio del 2011 de: <http://mthink.com/content/measuring-healthy-hospital-metrics-based-tools-for-improving-operational-performance>
- Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN*, 37, 24-34.
- Campero, L., García, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., & Langer, A.. (1998). I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labour and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine*, 47, 395-403.
- Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, CAINM, INP. (2010). Recuperado el 10 de octubre del 2010 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/cainminp.html>
- Cummings, E.M., Davies, P., & Campbell, S. (2000). *Developmental Psychopathology And Family Process: Theory, Research, And Clinical Implications*. New York: The Guilford Press
- Cunningham, G. (2006), *Williams Obstetricia*, México: McGraw Hill.

DeCherney, A., H, Nathan, L., Goodwin, T., M., y Laufer, N. (2007).

Diagnóstico y tratamiento de ginecoobstétricos. México: Manual Moderno.

Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones 1979-2007*. [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud.

<<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2009].

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

Enciclopedia Médica Medline Plus. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. y los Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado el 10 de Octubre del 2010 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm>

ENSATA, (2005). Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud.

Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado. México 2005.

Disponible en <http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/tratoadecuado.pdf>. En Puentes Rosas, E., Gómez Dantés, O., y

Garrido Latorre, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamerica Salud Pública*, 19(6), 394-402.

- Fabian, H. M., Rådestad I.J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (5), 436-443.
- Frenk, J. (2007). Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública de México*, 49(1), S14-S22.
- Goodman, P., Mackey, M.C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Guzmán, M., A., Ramos-Córdova, L., F., Castañeda-Sánchez, O., López del Castillo-Sánchez, D., y Gómez Alcalá, A., V., (2006). Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (1), 39-45.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 160-172.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In: E. Sabate (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.

Instituto de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud, ISEM, SS.

Recuperado el 12 de Agosto del 2010 de:

<http://salud.edomex.gob.mx/html/frmhospcons.php?llave=15100130001001M144&nombre=HOSPITAL%20GENERAL%20DE%20ATIZAPAN%20DR.%20SALVADOR%20GONZALEZ%20HERREJON.%20DAILMER-CHRYSLER>

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2011). Recuperado el 20 de mayo de 2011 de:

http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/el_nacimiento.htm

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2009). Instituto

Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad infantil -

2005/2010 - comparativo internacional. Recuperado el 25 de

Mayo del 2008 de:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob88&c=5751>.

Instituto Nacional de Pediatría, INP. Recuperado el 10 de Octubre del 2010 de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/rehistoria.html>

International Society of Behavioral Medicine, ISBM. (2010).

Recuperado el 12 de agosto del 2010 de

<http://www.isbm.info/html/charter.html>

Jantjes, L., Strümpher, J., & Kotzé, W.J., (2007). The experience of childbirth in first-time mothers who received narcotic analgesics during the first stage of labour. *Curationis*, 30 (2), 82-90.

- Jiménez y Villegas, M., Ortega Vargas, M., C., Cruz Ayala, G., Cruz Corchado, M., Quintero Barrios, M., M., Mendoza Romero, E., Antúnez de la Rosa, M., Solís Pérez, M., T., y Hernández Treviño, M., E., (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11(2), 58-65.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 345-357.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy : Assessment of seven dimensions of maternal development. Second Edition*. New York: Springer Publishing Company Recuperado el 01 de diciembre del 2010 de:
<http://www.springerlink.com/content/978-1-4419-0287-0/#section=170926&page=1>
- Loredo, A. (2004). Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En Loredo, A. (Ed.), *Maltrato en niños y adolescentes* (pp. 17-27). México: Editores de textos Mexicanos.
- Loredo, A., Trejo, J., García, C., López, G. E., Perea, A., Gómez, M., Casimiro, A, Melquiades, I., y Martín, V. (2009). La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 66, 283-292.

- Lucio, E., y León Guzmán M. I. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*, México: Manual Moderno.
- Lucio, E., Reyes-Lagunes, I., & Scott, R. L. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of personality Assessment*, 63,105-116
- McElroy, E. M., & Rodriguez , C. M. (2008). Mothers of children with externalizing behavior problems: Cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse & Neglect*, 32,774-784
- Miller-Perin, C. L., & Perrin R. D. (2007), *Child maltreatment: An introduction*. U.S.A.: SAGE publications Hill.
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13, 275-294.
- Milner, J. S. (2000). Social information processing and child physical abuse: Theory and research. In D. J. Hansen (Ed.), *Nebraska symposium on motivation, Vol. 46, 1998: Motivation and child maltreatment* (pp. 39-84). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Mira, J. J., (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*,17 (5), 273-283.
- Murray, C., & Frenk, J. (2001). World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet*, 357, 1698-1700.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*, United States of America: McGraw-Hill.

- Ortiz Espinosa, R., M., Muñoz Juárez, S., y Torres Carreño, E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Revista Esp Salud Pública*, 78, 527-537.
- Peña-Viveros, R., Rodríguez-Moctezuma J.R., y López-Carmona J.M. (2004). Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud pública de México*, 46, 3, 210-215.
- Peterson, L., & Brown, D. (1994). Integrating child injury and abuse-neglect research. Common histories, etiology, and solutions. *Psychological Bulletin*, 116, 295–315.
- McKinley, R. K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott, T. K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*, 19, (4), 333-338.
- ProMaDoPsi-UNAM, *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. Recuperado el 09 de octubre del 2010 de: <http://www.posgrado.unam.mx/psicología/punto02.pdf>
- Puentes Rosas, E., Gómez Dantés, O., y Garrido Latorre, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamerica Salud Pública*, 19(6), 394-402.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E, & Seeman T.S. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of the Offspring. *Psychological Bulletin*, vol.128, No.2, 330-366.

- Reynolds, C.R., y Richmond B. O. (1997) *Escala de ansiedad manifiesta en niños: revisada: CMAS-R*, México: Manual Moderno.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Sánchez-Sosa, J. J., y Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEViC)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud, SSA (2002). *Programa de Acción: Cruzada Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, SSA (2005). Principales causas de egresos hospitalarios. Recuperado el 25 de Mayo del 2008 de: <http://sinais.salud.gob.mx>
- Smith, S. M., (2011). Recuperado el 12 de mayo del 2011 de <http://www.qualtrics.com/university/customer-satisfaction-theory/>
- Society of Behavioral Medicine, SBM. (2010). Recuperado el 12 de agosto del 2010 de: <http://www.sbm.org/about/definition.asp>
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. & Jacobs, L. E. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando: Psychological Assessment Resources.
- Trull, T. J., y Phares, E.J. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*, México: Thomson.

- UNICEF, (2009). The United Nations Children's Fund, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia México, Protección infantil en México. Disponible en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion.html>
- Van Zuuren, F.J. (1998). The effects of information, distraction and coping style on symptom reporting during preterm labor. *Psychology & Health*, 13, 1, 49-54.
- Verduyn, C., & Calam, R. (1999). Cognitive Behavioral interventions with maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 23, 2, 197-207.
- Walker, N.C., & O'Brien, B. (1999). The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes. *Clinical nursing research*, 8, 2, 119-134.
- World Health Organization, (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*, France, Sadag: WHO.
- World Health Organization, (2001). World Health Survey. Recuperado el 09 de Octubre del 2010 de: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whspaper37.pdf>
- World Health Organization, (2002). World report on violence and health, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008). *World Health Statistics: 2008*. France:WHO.

World Health Organization, & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, France: *WHO, ISPCAN*.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de preguntas abiertas

La **calidad del servicio** se refiere al conjunto de características para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios. Las causas de satisfacción del usuario externo que se reconocen son el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones, así mismo las causas de insatisfacción son la falta de coordinación del personal de la institución de salud, las grandes listas de espera y los retrasos en la atención.

1. Enliste las ventajas del servicio hospitalario. _____

2. Enliste las desventajas del servicio hospitalario. _____

3. ¿Qué le gusta del hospital? _____

4. ¿Qué no le gusta del hospital? _____

5. ¿Qué le gusta de los médicos? _____

6. ¿Qué no le gusta de los médicos? _____

7. ¿Qué le gusta de las enfermeras? _____

8. ¿Qué no le gusta de las enfermeras? _____

9. ¿Qué le gusta del personal administrativo? _____

10. ¿Qué no le gusta del personal administrativo? _____

11. ¿Está satisfecho con el servicio del hospital? _____

12. Dígame usted lo primero que se le vienen a la cabeza cuando escucha “servicio del hospital”. _____

13. Si tuviera oportunidad de acudir a otro servicio médico ¿regresaría a éste? Por favor explique _____

Elaborado por: Karla Suárez Rodríguez

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

INSTRUCCIONES:

Los siguientes enunciados se refieren al trato y satisfacción con los servicios que recibe en el hospital. Por favor conteste tachando con una X la opción que le parezca más adecuada. Recuerde que no existen preguntas buenas ni malas, conteste con la mayor honestidad posible.

EJEMPLO:

A. Me preocupa la opinión de los demás.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Marcaría con una X “CASI NUNCA” si rara vez le preocupa la opinión de la gente. Si le preocupa la opinión de los demás en todo momento, entonces marcaría con una X “SIEMPRE”.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

ÁREA AMBIENTE (*calidad de las instalaciones y servicios*)

1. El hospital está por lo general limpio y aseado.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

2. El servicio donde me atienden tiene el equipo médico (aparatos) necesarios.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

3. El equipo médico (aparatos) del hospital se encuentra en malas condiciones.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

4. Los muebles y decoración (como cuadros, lámparas, etc.) en general me desagradan.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

5. La comida del hospital es sabrosa.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

6. El baño por lo general está limpio.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

7. La ventilación del hospital es adecuada.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (capacidad de respuesta: *atención pronta*)

8. Cuando vengo a mi consulta tengo que esperar mucho tiempo para que me atiendan.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

9. Si llego temprano a mi cita, me atienden de inmediato.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

10. Me citan desde temprano y me hacen esperar por largo tiempo (horas).

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

11. Paso hambre por esperar a que me atiendan.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

12. Tardo más en esperar que en la consulta.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

13. Cuando viene alguna persona muy grave se le atiende primero.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (*Trato digno*)

14. El médico me regaña.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

15. Las enfermeras son bruscas en sus procedimientos (curación, tomar la presión, limpiar al paciente, etc.).

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

16. Las enfermeras atienden de mala gana.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

17. El médico no me ve a los ojos cuando me habla

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

18. Las enfermeras son groseras.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

19. Cuando vengo al hospital las personas del área administrativa (repcionistas, policías, personal de caja, secretarias) son amables y atentas.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

20. Los médicos platican con sus pacientes cuando los revisan.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (*Comunicación*)

21. El médico me da toda la información de mi enfermedad de una manera clara y sencilla.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

22. El médico me da el tiempo necesario para que yo pregunte mis dudas sobre mi enfermedad y mi tratamiento.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

23. En caso de que no entienda lo que el médico me dice, él se da el tiempo necesario para volverme a explicar y resolverme mis dudas.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

24. Las enfermeras me explican qué es lo que me van a hacer antes de empezar a revisarme.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

25. Cuando hago preguntas al médico, presta atención a lo que le pregunto.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

26. Las personas del área administrativa me informan contestan mis dudas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (*Autonomía*)

27. El médico me deja escoger entre los diferentes tratamientos que puedo seguir.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

28. El médico me receta mis medicamentos sin preguntarme cuál prefiero.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

29. Los doctores escogen el tratamiento para curar mi enfermedad sin ofrecerme otra alternativa de tratamiento.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

30. Cuando voy a consulta el médico platica sobre los diferentes tratamientos que me pueden dar y al final me pregunta cuál me parece mejor.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

31. Mi médico me explica los pros y los contras de los medicamentos que me puede recetar para que yo escoja cuál de ellos me conviene más.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

32. El médico me explica los efectos negativos de las medicinas (náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza), para que yo decida cuál prefiero.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

ÁREA AMBIENTE (*Acceso a redes de apoyo social*).

33. Cuando estoy hospitalizado dejan que entren mis familiares a verme.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

34. Las personas de la entrada no dejan que mis familiares me traigan cosas (una almohada, bata de baño o pijama).

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

35. La estancia en el hospital es mejor en compañía de familiares y/o amigos.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

36. El tiempo de las visitas es muy corto.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

37. Me gustaría que dejaran pasar a más de un miembro de mi familia a la vez.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

38. Puedo comunicarme con mis familiares si es necesario.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (*Respeto a la confidencialidad*)

39. El médico habla de mi enfermedad cuidando que sólo yo lo escuche.

0%.....20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

40. Cuando acudo a consulta sólo el médico puede escuchar lo que digo.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

41. Otros pacientes hablan de mis cosas, que sólo sabía mi médico.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

42. Las enfermeras y/o los médicos se “cuchichean” cuando ven a ciertos pacientes.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

43. El médico y/o las enfermeras me regañan delante de los pacientes.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

44. Mi médico me pide permiso para hablar de mi caso delante de sus alumnos (residentes, internos, estudiantes).

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

ÁREA CONDUCTUAL (*Capacidad de elección*)

45. Puedo elegir qué médico me atiende.

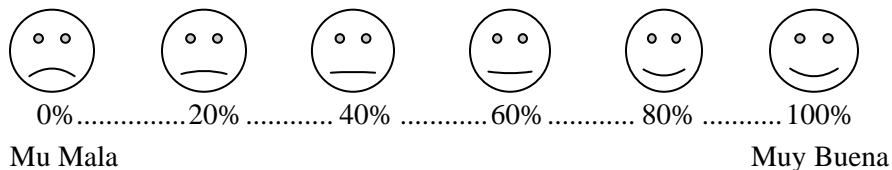
0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

46. Puedo elegir si quiero que me atienda un médico mujer o no.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Siempre

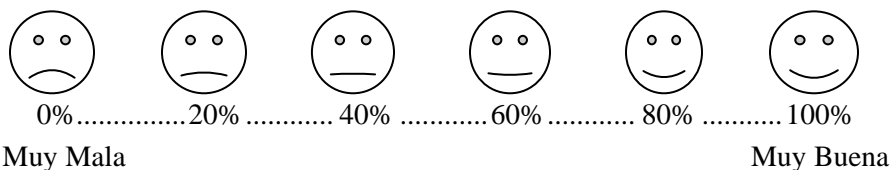
52. Sara acaba de acudir a consulta. El médico le explica qué es lo que tiene y le da dos opciones: una cirugía o seguir un tratamiento con medicamento, la operación la curaría más rápido que las medicinas pero es riesgosa. El médico le pide a Sara que lo piense con su familia y le dé una respuesta lo antes posible.

¿Cómo calificarías la oportunidad de participación de parte del médico?



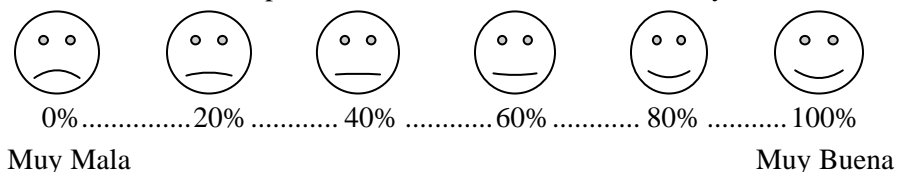
53. Ana se encuentra hospitalizada. Ella quisiera llamar por teléfono a sus familiares y amigos pero no cuentan con un teléfono público en el piso.

¿Cómo calificarías el acceso a redes sociales como familiares y amigos de este hospital?



54. Carlos acude a consulta externa cada mes. Cuando la enfermera le llama, lo conduce al consultorio asegurándose de cerrar la puerta y solo el médico y ella pueden escuchar la consulta.

¿Cómo calificarías el respeto a la confidencialidad del médico y la enfermera?



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Separado

Casado

Divorciado

Con pareja

Viudo

¿Es usted usuario de este hospital o es acompañante? _____

Si es usuario ¿cuánto tiempo tiene visitando el servicio? _____

Si es usuario ¿cuál es su padecimiento? _____

Escolaridad (marque uno):

Ninguna en absoluto

Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____

Primaria completa

Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____

Secundaria completa

Carrera técnica: Escriba de qué tipo: _____

Preparatoria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____

Preparatoria completa

Estudios universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido: _____

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual familiar \$ _____

ANEXO 3

Datos del Médico: Mujer Hombre Edad: _____ Fecha: / /

El paciente estuvo:

Estresado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Relajado
Amable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Hostil
Colaborador	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Renuente
Asustado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
Tolerante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Intolerante

Datos del paciente:

Edad _____ Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

El paciente estuvo:

Estresado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Relajado
Amable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Hostil
Colaborador	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Renuente
Asustado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
Tolerante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Intolerante

Datos del paciente:

Edad _____ Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

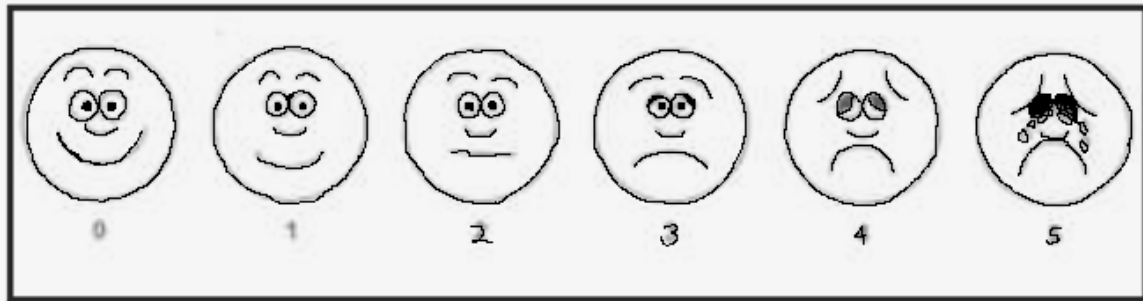
El paciente estuvo:

Estresado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Relajado
Amable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Hostil
Colaborador	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Renuente
Asustado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
Tolerante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Intolerante

Datos del paciente:

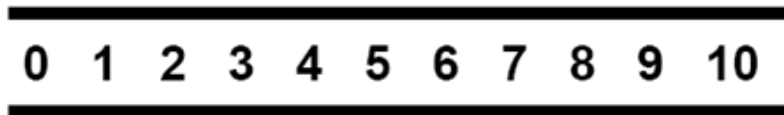
Edad _____ Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

ANEXO 4



SIN DOLOR

PEOR DOLOR POSIBLE



SIN ANSIEDAD

PEOR ANSIEDAD POSIBLE

ANEXO 5



El Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón Dailmer-Chrysler y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio. No tendría problema o consecuencia ninguna como usuario(a) de los servicios del Hospital o de cualquier otra índole.

El propósito de este estudio es evaluar la calidad de la atención, las diferentes técnicas para el manejo del dolor, la ansiedad y el nivel de control y la información que usted conoce sobre el parto, así como un programa educativo, con el fin de promover el mejor manejo posible del parto. Para lo cual le pediremos nos ayude a llenar algunos cuestionarios en los que se le preguntarán cuestiones relacionadas con el proceso de parto, sus emociones y percepciones, así como su satisfacción con el trato que se le da en el servicio. No hay respuestas buenas ni malas, y aunque es probable que pueda sentirse incómoda con algunas preguntas, lo más importante es que sea sincera ya que con esto usted estará contribuyendo a la atención que se le brinda.

El completar los cuestionarios le tomará de 10 a 20 minutos, y participará en una técnica de intervención de 20 minutos más, dando un total de 30 o 40 minutos aproximadamente. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en la completa libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que el no participar no tendrá ninguna consecuencia sobre usted como usuario de los servicios del hospital ni de ninguna otra índole Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad.*

A mi _____ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

_____ / 2009

Participante o representante autorizado

Fecha

_____ / 2009

Investigador

Fecha

ANEXO 6



El Instituto Nacional de Pediatría, y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio. No tendría problema o consecuencia ninguna como usuario(a) de los servicios de la Clínica, Instituto, Hospital o de cualquier otra índole.

El propósito de este estudio es adiestrar a padres de familia con técnicas empleadas para mejorar habilidades parentales como son la autoregulación emocional, el modelamiento de conductas de prevención de accidentes con los niños y el aprendizaje de estrategias cognitivas y alternas para disciplinar. Para lo cual le pediremos nos ayude a asistir a un taller dirigido a padres, a llenar algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes. No hay respuestas buenas ni malas, y aunque es probable que pueda sentirse incómodo(a) con algunas preguntas, lo mas importante es que sea franco ya que con esto usted estará contribuyendo a la investigación en psicología y podrá implementar nuevas estrategias en casa con sus hijos.

El completar los cuestionarios le tomará de una a dos sesiones y el taller constará de seis sesiones más, de dos horas aproximadamente cada una. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en la completa libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que el no participar no tendrá ninguna consecuencia sobre usted como usuario de los servicios de la clínica ni de ninguna otra índole Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad.*

A mi _____ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

_____/ 2010
Participante o representante autorizado Fecha

_____/ 2010
Investigador Fecha