

60



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

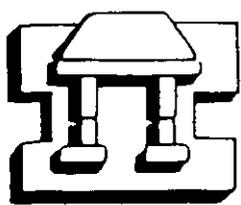
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
CAMPUS IZTACALA

EL PAPEL DE LA DEPRESION EN EL REPORTE DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

298437

REPORTE DE INVESTIGACION:
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ANA BELEM FLORES ELIZALDE
SAIRA PAULA GARCIA MENDEZ

ASESORES: M. en I.S.S. HECTOR GONZALEZ DIAZ
M. en M.C. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
M. en I.S.S. PILAR CASTILLO NAVA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

GRACIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por que en sus recintos adquirimos los conocimientos necesarios para poder desempeñarnos como profesionales.

A Dios por permitirme disfrutar la vida y lograr mis propósitos.

Agradezco el apoyo, su interés, su tiempo y conocimientos compartidos para la realización de este trabajo a mis asesores y amigos -M. en I.S.S. Héctor González Díaz, M. en M.C. Jorge Luis Salinas Rodríguez y M. en I.S.S. Pilar Castillo Nava.

Por el ejemplo que representan para mí, por haber compartido su sabiduría y por su apoyo brindado para seguir adelante y cumplir mis metas, con especial cariño a mis padres Graciela Elizalde y José E. Flores, a mi hermano el Ing. Alonso Flores y su Esposa Sandra Fernández; a mis tíos el Ing. Enrique Elizalde, Concepción Elizalde, Lic. Armando Chabolla, así también, a mis primos Danaé, Luis, Enrique, Nuria, Alejandra, Carlos y Samuel.

Para el Lic. Jorge Antonio Salazar Ballesteros, por formar parte de mi vida y tener las ganas de experimentar las cosas positivas y negativas que conlleva una relación.

Para quien me ha apoyado en las buenas y en las malas, tanto en la escuela, en lo profesional, en la vida y en la realización de esta tesis, mi grandes amigas incondicionales Psic. Karina Vázquez, Psic. Verónica Rodríguez, mi compañera de tesis Psic. Saira Paula García, Psic. Graciela, Ing. Alejandra Chávez, Emma Cavazos, Lic. Claudia Flores, C.D. Cristina Jiménez y a la Lic. Norma Antonio.

BELEM FLORES ELIZALDE.

Dedico este trabajo a:

Dios, por permitirme llegar hasta aquí y así cerrar otro ciclo más en esta aventura llamada vida.

A mi pequeña Dara, que es mi impulso e inspiración para continuar con la interminable búsqueda de la perfección de un ser perfectible, por mostrarme la grandeza del Ser Humano, por su legado de reflexiones y enseñanzas, y sobretodo por darme la inmensa dicha de conocerte. En donde quiera que estés. Gracias.

A Ricardo que se ha convertido en la piedra angular de mi existencia y de la fuerza que me impulsa para alcanzar cada una de las metas que me he trazado en la vida.

A mis Padres por darme la vida, y por su apoyo en lo que hace a esta meta y a mis Hermanas con la esperanza de que miren siempre adelante y consideren siempre como punto de partida las expectativas que tengo de ustedes, los quiero mucho.

A mi mamá María por darme su gran amor y cariño.

A Pedro Méndez, Gracias por compartir conmigo tu gran experiencia.

A la Familia López Lerín, por su apoyo incondicional y cariño que me han dado. Gracias.

A la Lic. Angélica Silis Sánchez, por todo lo que he aprendido de usted y de su gran calidad humana. Gracias.

A todos mis amigos que confiaron en mí y me alentaron, para concluir este trabajo. Gracias.

A un gran asesor y sobre todo un gran maestro Héctor González Díaz, gracias por todo su apoyo y principalmente por tanta paciencia y comprensión en el desarrollo de la presente investigación.

Al maestro Jorge Luis Salinas Rodríguez, gracias por toda su valiosa colaboración y orientación en este trabajo tan especial en mi desarrollo profesional.

A la maestra Pilar Castillo Nava, quien sin conocerme contribuyó de manera fundamental en mi propio progreso.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser la vía de acceso a muchas cosas tan importantes en mi vida, y sobre todo por brindarme grandes medios de desarrollo personal y profesional.

Saira Paula.

RESUMEN

La evaluación de la calidad de la atención de los servicios médicos, es sumamente importante, ya que, por medio de ella se puede obtener información en relación a los resultados de la atención recibida (Donabedian 1984). Al existir dentro de una institución de salud un buen conjunto de condiciones y personal, Díaz (Guerrero) (1986), menciona que se garantiza la calidad para que una persona considere a la institución como óptima, ésta consideración va a estar sujeta como lo menciona Castillo y Vieyra (1995), a las variables geográficas, físicas, a los factores culturales, sociales y económicos, pero también a los valores, actitudes, creencias, nivel escolar, factores psicológicos y experiencias previas. Nos enfocamos a los factores psicológicos que influyen en el reporte de satisfacción del paciente, ya que se carece de investigación y análisis acerca de la influencia relativa de dichos factores. Observamos que la Depresión ocupa un lugar destacado en los problemas clínicos de mayor prevalencia en la sociedad contemporánea, y algunos clínicos e investigadores señalan que en la etiología se involucran diversos factores: genéticos, bioquímicos, de personalidad, eventos estresantes de la vida, medio social; algunas son consecuencia de drogas como anfetaminas o rauwolfia. No obstante, en la mayoría de las depresiones, la etiología es incierta debido a la combinación de ellas", (Klerman y Weissman, 1980; citado en García 1991). Por esto es importante tomar en cuenta que las pacientes de Posparto y Postlegrado, pudieron haber sufrido una situación estresante, antes, durante y después de su embarazo, originando un nivel de depresión, el cual será visto desde la corriente Cognitivo-Conductual de Beck. De esta manera el objetivo de la presente investigación fue determinar si la Depresión afecta al reporte de Satisfacción de las pacientes de posparto y postlegrado del área de Gineco-Obstetricia en un hospital de segundo nivel.

Se realizó en el Hospital General de Nahuacalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda", en el área de Gineco-Obstetricia. Donde se aplicaron 360 cuestionarios a 180 pacientes de dicha área, a 60 de ellas se les practicó un legrado (grupo de postlegrado) y 120 fueron de parto (grupo de posparto). Se utilizaron dos instrumentos, el primero evaluó el grado de depresión, basado Inventario de Depresión de Beck (cognitivo-conductual) y retomando la clasificación establecida por Torres, Hernández y Ortega (1971). El segundo instrumento fue una modificación del publicado en Landeros y Salinas (1996), se retomó por el grado de confiabilidad y validez de los ítem, dicho instrumento, de tipo Likert, está enfocado a evaluar 4 dimensiones que son: ejecución profesional, actitud profesional, organización y satisfacción general de las cuales se derivan quince categorías. Con los resultados se infiere que la calidad del servicio brindado en el área del Gineco-Obstetricia, del Hospital General de Nahuacalpan, fue buena, ya que más del 90% de la población alcanzó puntajes altos en sus reportes de satisfacción y que sí afectó la depresión en el reporte de satisfacción, principalmente en las pacientes del grupo de Postlegrado, debido a que obtuvieron los mayores puntajes en el instrumento de Depresión y también los menores puntajes en satisfacción. Coincidiendo con las hipótesis planteadas en la investigación.

ÍNDICE

Página

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE PRODUCCIÓN Y DE SERVICIO

1.1 Definición de Calidad.....	6
1.2 La Calidad en la Atención Hospitalaria y sus Componentes	9
1.3 La Evaluación de la Calidad en la Atención Hospitalaria	14

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL REPORTE DE SATISFACCIÓN

2.1 Investigaciones relacionadas con el Reporte de Satisfacción del Paciente	22
2.2 Concepto de Satisfacción	26

CAPITULO III

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO Y POSTLEGRADO

3.1 ¿Qué es la Depresión?, diversos enfoques teóricos	36
3.2 Depresión desde un punto de vista Cognitivo - Conductual	44

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Sujetos	51
4.1.1 Criterios de inclusión	52
4.1.2 Criterios de exclusión	53
4.1 Materiales / Instrumentos.....	53
4.3 Factoriales	54
4.3.1 Satisfacción	54
4.3.2 Depresión	59
4.4 Escenario	62
4.5 Procedimiento.....	62
4.6 Diseño	63

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Resultados del Instrumento de Satisfacción	64
5.2 Resultados del Instrumento de Depresión	70

CONCLUSIONES	76
--------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Como es bien sabido por la sociedad en general, la depresión constituye uno de los problemas psicológicos de mayor importancia en la actualidad, las causas fundamentales que dan origen a dicho estado anímico se deben principalmente a factores diversos como lo son: bioquímicos, de personalidad, eventos estresantes, la predisposición genética, medio social e incluso por el uso de drogas como pueden ser las anfetaminas.

El término depresión se ha generalizado tanto en nuestros tiempos, que ya forma parte de nuestra cotidianidad y en algunos casos como forma de vida, pues describe toda una gama de emociones que van desde una leve fatiga, hasta los sentimientos de desesperación más profundos, razones por las cuales ocupa ya un lugar destacado en los problemas clínicos de mayor prevalencia en los sistemas de salud.

En mérito de lo antes señalado, la presente investigación tiene como finalidad, conocer la problemática en la cual se ve inmersa una gran cantidad de mujeres, ya que estas son más susceptibles de padecer depresión que los hombres, siendo un factor muy importante en el desarrollo del presente trabajo el periodo del postparto, toda vez que es durante esa etapa de la vida de una mujer, en la cual se generan cambios de suma importancia y trascendencia, sin que sea este el único motivo gestador, pues la depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria, por tal circunstancia, en muchas sociedades tal problemática no es considerada con la importancia que en realidad reviste.

Cabe hacer mención que la finalidad del presente estudio de ninguna manera pretende constituirse como una verdad suprema en cuanto a la esencia misma de la depresión, sino que únicamente pretende dar a conocer una muestra de los alcances que en sí misma abarca dicha problemática social, como lo es la depresión postparto.

Existen pocos estudios sobre la depresión generada durante el postparto y tampoco se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados a ella, pues es

un estado de ánimo donde se presentan emociones de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, disturbios en el sueño y labilidad emocional, mismos que pueden apreciarse con mayor agudeza en las mujeres que tienen que pasar por un legrado, pues el trastorno que presentan no solo se debe a la apreciación que tienen sobre su propia persona, sino que además se agrava con la pérdida del producto.

Resulta conveniente señalar que el punto de partida considerado para abordar el tema en estudio, fue el enfoque cognitivo- conductual, que parte del principio de que *la depresión es el resultado de los pensamientos negativos que tiene el sujeto de si mismo, de lo que lo rodea y de su futuro*, de ahí la importancia de identificar el papel que juega la depresión en el reporte de satisfacción de las mujeres que integraron la muestra.

Por otra parte, y a fin de conocer integralmente los alcances del presente trabajo, es necesario analizar la conceptualización de lo que constituye *la calidad*, principalmente en lo referente al sector salud, en donde la evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos es una actitud importante, ya que de ellos se puede obtener información sobre los resultados de la atención, así como el establecimiento de estándares para mejorar los servicios dentro de un marco de racionalidad y en escasez de recursos, siendo importante señalar en México existen pocos estudios sobre los servicios de salud en hospitales de segundo nivel de atención y peor aún, los que existen, no consideran la influencia de aspectos psicológicos, ello ha originado que sean los propios trabajadores que integran los hospitales, quienes se apoyen en instrumentos debidamente estudiados, como una medida para evaluar mediante monitorizaciones dirigidas no solo a la población externa, sino que también a la interna, la calidad en los servicios de salud con la intención de tener un reporte de satisfacción del paciente. De ahí la importancia de esta investigación, que pretende observar el papel que juega la depresión como variable que puede alterar el reporte de satisfacción de las pacientes del área de Gineco-Obstetricia, particularmente en un hospital de segundo nivel.

CAPITULO I

LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE PRODUCCIÓN Y DE SERVICIO

La palabra calidad ha tenido gran trascendencia a través de los años por su estrecha relación con el ámbito mercantil, en un amplio sentido quiere decir cualquier acción que tiene como fin dar a los consumidores productos de calidad. Se dice que el aseguramiento de la calidad en la producción data desde el año de 1450 a. C. aproximadamente; los egipcios contribuyeron utilizando métodos y procedimientos exactos de medición que implícitamente buscaban el control de calidad, con respecto a esto, Glitow (1991) comenta que desde los tiempos de los jefes tribales, reyes y faraones han existido las cuestiones sobre calidad, por ejemplo en el código de Hammurabi que data del año 2150 a. C. declara que si un albañil construye una casa para un hombre y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando al dueño, el albañil será condenado a muerte: es desde estos tiempos cuando se comienza tener conciencia del significado de la calidad, quizá no como tal pero si la importancia de hacer bien las cosas.

Durante el siglo XX Frederick W. Taylor, dio un giro al viejo concepto de producción, al segmentar el empleo en tareas individuales separando las áreas de inspección de elaboración. Esto condujo a la creación de un departamento separado de calidad en las empresas de producción y en la década de los años 20's tuvo su auge la creación de nuevos departamentos que tenían como única finalidad revisar el control de calidad y que, mas adelante buscara nuevas teorías y métodos para mejorar y mantener la calidad (Franco, 1995).

Ya en la década de los 50's el uso de control de calidad facilitó la manufactura de artículos militares de bajo costo y en grandes cantidades, permitiendo así que la producción norteamericana resultara satisfactoria durante la segunda guerra mundial, cuantitativa, cualitativa y económicamente, con la implantación del control de calidad

se estimuló el avance tecnológico. en ese mismo periodo Japón se encontraba en condiciones precarias, intentando mejorar y salir adelante impulsándose a través de productos malos y baratos. (Ishinkawa, K.1988, citado en Franco,1995).

Posteriormente las fuerzas norteamericanas decidieron aplicar e impartir sus enseñanzas en la industria japonesa durante la posguerra, propiciando toda una revolución conceptual en la administración de las organizaciones y comercio, buscando con esto establecer un sistema de normas nacionales, que permitiera introducir y difundir el control de calidad estadístico a dichas industrias.

La búsqueda de difusión de nuevas estrategias para mejorar las deficiencias y los problemas que se daban en los procesos productivos, llevo a establecer altas normas de calidad que posteriormente se extendieron al mundo entero ya que ahora no solo se buscaba el producto requerido sino la perfección del mismo.

El impacto que ha tenido la implantación de círculos de calidad en diversas empresas ha propiciado el interés de otras por hacerlo también, y se han dado a la tarea de incrementar diversas campañas para el mejoramiento de la calidad, enfatizando que ha pasado de una metodología puramente técnica de inspección, muestreo y control, a una obsesión gerencial por convertirse en un sistema de producción que sea considerado como el conjunto de todas las actividades interrelacionadas que interfieren para producir bienes y servicios.

La calidad no es enfocarse al producto final de la línea o a la persona que genera un servicio, está determinada por un proceso de lo que entra y sale en cada etapa y finalmente el consumidor es quien ofrece la última palabra, misma que estará en función de la satisfacción de sus necesidades, por esto es necesario tomar en cuenta todos los factores que influyen y afectan significativamente la calidad.

Gallegos y Romero (1996), consideran que el crecimiento de la conciencia del consumidor hacia la calidad, ha provocado más tensión en las empresas. Mientras más complejo es un producto desde el punto de vista tecnológico, es más probable que le falle algo, de esta manera las demandas del consumidor y los cambios tecnológicos dinámicos han abierto mercados nuevos y altamente competitivos. La calidad de los bienes y los servicios ya no se puede dar por hecho.

Como se ha mencionado anteriormente, control de calidad, sistemas de producción para la calidad y consumidor, son términos que se han aplicado exclusivamente a la manufactura de productos, sin embargo a últimas fechas se ha mostrado también gran preocupación por trasladarlo a las empresas que tienen como prioridad los servicios, como bancos, hoteles y hospitales entre otros, por ello es necesario resaltar las diferencias que existen entre un producto y un servicio, las cuales son determinantes para llegar a satisfacer plenamente al usuario, y Williams y Evans (1995, citado en Gallegos y Romero, 1996), las definen de la siguiente manera:

- a) *el producto de los sistemas de servicio es intangible y la manufactura de productos tangibles y visibles.*
- b) *los servicios se consumen a medida que se crean y no se pueden almacenar como los Productos, esto elimina la posibilidad de inspeccionar el control de calidad.*
- c) *Por ejemplo, en un hospital el cuidado de los pacientes depende del desempeño de los médicos y enfermeras, a diferencia de la manufactura en la cual es más fructífero invertir en maquinaria que permita reemplazar la mano de obra.*
- d) *y finalmente, la producción de servicios sugiere por lo general un mayor grado de costumbre que la de bienes manufacturados.*

Es importante mencionar que debido a la gran diversidad de servicios que existen nos ha llamado la atención los servicios de salud: en donde nuestro interés estará enfocado solamente a la calidad de dichos servicios.

1.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD

Aunque la palabra calidad es de conocimiento popular y se escucha en todos los ámbitos, desde amas de casa, niños, jóvenes, estudiantes, trabajadores, profesionistas y eruditos en la materia, no debe ser considerado como un término sencillo y simple, ya que el impacto y trascendencia que tiene en las áreas económico, social, político, histórico y tecnológico es muy amplia y por ende indiscutible que cualquier cambio trae consecuencias en el desarrollo productivo de la sociedad.

La palabra calidad proviene del latín *qualitas* que es el conjunto de cualidades y atributos de una persona.

El diccionario de la lengua española define a la palabra calidad como la manera de ser de una persona o cosa: "en términos técnicos se puede definir como el conjunto de cualidades de un bien o servicio que cumpla con los requisitos exigidos por los consumidores." (Franco, 1995 Pág.37).

La definición de Bravo y Mejía (1997) es muy similar a la anterior "Es el conjunto de condiciones que reúnen los productos y/o servicios que los hacen adecuados para satisfacer los requerimientos o necesidades de sus usuarios" (Pág.34).

Guy Bodichon (1990), define los conceptos básicos de calidad en el servicio:

- 1.- Es un conjunto de características y atributos que tiene un bien o servicio, para satisfacer plenamente las necesidades del usuario.

2.- Calidad total , estrategia de cambio permanente cuya finalidad es satisfacer a los usuarios internos y externos.

3.- Basada en el usuario, es la persona más importante de la institución, la calidad esta determinada por lo que desea un comprador y la adecuación al uso es impulsada por su satisfacción, es cumplir a mejorar las expectativas del cliente.

4.- Basada en el servicio, es una relación personal y laboral que tiene un impacto sobre el usuario y responde a la función del trabajador que lo proporciona con respeto, profesionalismo y calidad.

La calidad designa un conjunto de atributos, a un objeto o institución, permitiendo emitir juicios: en este sentido podemos hablar de nula, poca, buena o excelente calidad, tal significado es el equivalente de término excelencia o perfección, si se logra una buena calidad en el servicio se encamina a la institución al éxito. Castillo y Vieyra (1995).

Donabedian (1990) menciona que la calidad significa conformidad en las normas, establecidas por la sociedad en la que se encuentra.

Por otra parte Larrea (1992), la define como "conformidad" con unas especificaciones y expectativas determinadas y no como una propiedad de los productos, los servicios, el trabajo y las personas.

De acuerdo a Bravo y Mejía (1997), la norma internacional ISO - 8402 del 15 de junio de 1986, define a la calidad, como:

el conjunto de propiedades y características de un producto o de un servicio que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes, expresadas o

implicitus, se puede resaltar la relación de un producto con su uso y la satisfacción del cliente o usuario, ya sea este externo a la organización o interno a la misma, por lo tanto un programa de calidad:

- a) Comienza en la presencia o nivel jerárquico mas alto de la organización.
- b) Inicia educando y termina educando a todos los miembros de la organización (técnicos, supervisores, jefes y operativos).
- c) Significa hacer bien lo que se tiene que hacer.

Acle Tomasi (1994) considera que es necesario contemplar todo lo que permite que la calidad pueda darse, por esta razón él da el siguiente concepto, "es un sistema administrativo que busca de manera sistemática y con la participación organizada de todos los miembros de una empresa o de una organización, elevar consistente e integralmente la calidad de sus procesos, productos y servicios, previendo el error y haciendo un hábito de la mejora continua, con el propósito central de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente" (Pág.53).

En términos generales podemos decir que la calidad es un sistema administrativo que pretende elevar integralmente sus procesos, productos y servicios, con la participación de todo el personal técnico y operativo, previendo el error y estimulando un hábito de mejoramiento continuo, todo esto con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, así también es necesario mantener un ambiente laboral propicio y completo en cuanto a recursos materiales que no limiten la potencialidad del personal, esto a su vez genera la colaboración y el trabajo en equipo.

1.2 LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y SUS COMPONENTES.

Es importante mencionar que sea cual fuere la empresa, el factor calidad es lo que da sentido al servicio que brinda; es muy reducido el número de dirigentes que se han preocupado por revisar y hacer un estudio detallado de todos los aspectos que tienen que ver con la calidad, el Sector Salud no ha sido la excepción, en los estudios que ha hecho pocos años atrás sus investigaciones han tenido como objetivo por ejemplo, indagar como ha sido el trato hacia el paciente de las enfermeras, y la estancia de los mismos en la hospitalización.

Para hacer un análisis preciso de la calidad de la atención, es necesario plantear la definición de diversos modelos, tratando de ajustarlos a los requerimientos de la salud, sin dejar de lado que el acceso a la atención médica es un componente de la calidad de vida, por lo cual es necesario garantizar la calidad de la atención misma. (Donabedian, 1981, citado en Landeros y Salinas, 1996).

González (1972, citado en Landeros y Salinas, 1996), considera que aun cuando el enfoque fundamental es sobre la base de la revisión del expediente clínico, hay otros aspectos que todavía no se han llegado a evaluar y que resultan de gran importancia para la calidad como son: las condiciones de dotación y funcionamiento del equipo médico, abastecimientos y dispendios del material de consumo y medicamentos, la capacitación del personal, la colaboración del Jefe de Departamento Clínico, la relación médico paciente y el reconocimiento de los aciertos del personal en el desempeño de sus actividades como factor de promoción de la motivación y como sistemas de enseñanza. También se plantea la importancia de la auditoría médica denominada como auto evaluación y la hecha por quienes reciben el servicio conocida como evaluación externa.

En el año de 1987 el Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud editó las bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del mismo, toda

esta información ha generado que otras instituciones de salud en las que aún no se hacia esto. tomaran la iniciativa de establecer sistemas para auto evaluar la calidad de atención que proporcionan.

Una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la calidad de la atención médica, es Donabedian (1981, citado en Landeros y Salinas, 1996) estableció los paradigmas básicos del campo de la organización y administración de la atención médica, una disciplina que ha llegado a acumular una gran cantidad de datos e ideas, su gran aportación ha sido la sistematización de ese cúmulo de información, el esclarecimiento conceptual y la apertura de nuevos horizontes de investigación.

Cuando se habla de calidad en atención médica, se refiere "al conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención desde los puntos de vista técnico y humano para alcanzar los efectos decididos por los médicos, a beneficio de los usuarios" (Bloam, 1973 Pág.123, citado en Gallegos y Romero, 1996).

Gallegos y Cisneros (1996) y Loewe (1989), afirman que la prestación de un servicio es un proceso en el cual se involucran dos aspectos: por un lado el técnico (criterios y procedimientos médicos y clínicos) y por otro el subjetivo, la calidad humana que se refiere al trato que reciben los usuarios, ambos aspectos dependen en gran medida del acto médico como de la infraestructura administrativa, teniendo presente que el objetivo de la calidad es la entera satisfacción del cliente y que un producto o servicio tiene calidad en la medida que satisface las expectativas del mismo.

Colunga (1995), expresa su preocupación por la importancia de tener clientes externos e internos satisfechos, lo cual se logra mediante la combinación de tres resultados que son: la calidad, el precio y el servicio, en ese orden generalmente.

La calidad.- denota aquellas características del servicio que responden a las necesidades del cliente.

El precio.- sin embargo, en igualdad de calidad la mayoría de la gente prefiere pagar el menor precio posible.

El servicio.- es importante conocer lo que los usuarios internos y externos consideran que está bien o mal respecto al servicio que recibe.

En el servicio es más válido el enunciado de que sólo el cliente es quien en verdad conoce sus preferencias; por lo cual se deben crear sistemas de comunicación que permitan a la institución conocerlas.

En este sentido Díaz Guerrero (1986), menciona que un buen conjunto de condiciones y personal garantiza la calidad para que una persona considere a la institución como óptima. ésta consideración va a estar sujeta como lo menciona Castillo y Vieyra (1995), a las variables geográficas, físicas, a los factores culturales, sociales y económicos, pero también a los valores, actitudes, creencias, nivel escolar, factores psicológicos y experiencias previas.

La importancia de la calidad médica radica en las carencias cuantitativas respecto de los servicios de salud, pero ya es tiempo de preguntarse de manera fundamental cómo es el servicio y cuales son sus características, aunque no es muy alentador saber que se ha dado sobre una base apegada solo a las dimensiones biológicas, centrándose en la reparación mecánica de los órganos enfermos y fragmentando las totalidades corporales y sociales en áreas de un enfoque de subespecialidades que giran en torno a una tecnología ostentosa, que deja de lado las necesidades afectivas de los pacientes.

Donabedian (1990), considera que para hablar de atención en el ámbito de la salud es necesario tomar en cuenta tres componentes:

1.- **Ambiente físico** : este es un factor de influencia para hacer que la atención sea considerada como aceptable o no, pero indudablemente la aceptación o el rechazo va a depender de nociones culturalmente establecidas, que sean bien vistas por el paciente, por ejemplo el hecho de separar a las mujeres de los hombres, es una manera de respetar la intimidad de ambos, pues no sería agradable el verse semidesnudos frente a una persona desconocida y del sexo opuesto, el aspecto de las instalaciones es fundamental ya que a parte de que debe ser agradable también debe haber ambiente e higiene adecuados para la sana recuperación del paciente.

2.- **Manejo de la relación interpersonal**, también se encuentra determinada por los valores culturales y costumbres locales, lo cual determina si los pacientes participan o no con mayor o menor efectividad en su propia atención, así mismo se involucra la relación paciente-proveedor del servicio, es decir, cuanta cordialidad y confianza hay entre ambos, lo cual da como resultado un seguimiento adecuado tanto del tratamiento como de las citas posteriores.

3.- **Atención técnica**, aquí se encuentra involucrada la base científico-tecnológica, los recursos humanos y materiales: las características y preferencias de los pacientes y por último los objetivos sociales. En la base científico-tecnológica hay dos vertientes, por un lado la medicina nativa y por otro la medicina occidental, ambas tienen influencias mutuas y la elección del paciente hacia cada una o la combinación de estas va a estar determinada por sus costumbres.

En lo que se refiere a los recursos humanos y materiales, son las condiciones tanto de las instalaciones, el equipo, las medicinas, la cantidad del personal, la especialidad de este y su disponibilidad, ya que van a variar dependiendo de la zona en que se preste el servicio y de los medios económicos con los que se cuente.

Respecto a las características y preferencias de los pacientes, se puede decir que va a depender en primer lugar de sus diferencias en cuanto a características biológicas, su comportamiento y sus costumbres; también es importante tomar en cuenta las limitaciones y disposición del paciente para llevar a cabo el tratamiento (nivel económico, creencias, calidad de vida), todo esto a su vez influye y se ve relacionado con sus experiencias previas y por ende con sus expectativas.

La última fuente de variaciones en las evaluaciones de la atención técnica son los objetivos sociales, en la cual existen dos principios relevantes que son: la eficiencia de asignación y la equidad.

La *eficiencia de asignación* es la búsqueda del bienestar humano haciendo uso de los recursos basándose en costo y efectividad. La *equidad* depende de la distribución de los recursos de una manera justa e imparcial por lo tanto estos dos principios van a variar de una nación a otra por la influencia de valores religiosos sociales y políticos.

Los criterios cualitativos lejos de encerrarse a un criterio estrecho, se abren a la calidad en niveles cada vez más amplios y complejos, considera también que la definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres cosas: el fenómeno que constituye el objeto de interés, los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, los criterios y las normas que colocan a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

El objetivo de la calidad de la atención médica es integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica, apoyándose en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación o auto evaluación que facilite la identificación de los problemas en la presentación de los servicios, planteando las alternativas de solución, busca contribuir a que la prestación de los servicios se logre con mayor calidad, eficiencia, sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios.

1.3 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

El sector público ha mostrado gran preocupación respecto a la evaluación de los servicios que ofrece, no solo como medida reglamentaria sino como un medio que permita acceder a datos reales, y que a su vez marque la pauta al inicio de un cambio positivo en los servicios de salud donde el objetivo primordial sea la satisfacción del usuario.

Donabedian (1993), habla de la importancia que tiene la evaluación de la calidad, comenta que las formulaciones conceptuales han remarcado la necesidad de hacer una valoración mas detallada, en la que participen los médicos y el paciente.

La evaluación de la atención médica nos facilita conocer si su distribución permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban beneficios óptimos de ella, la distribución de los recursos así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad, por esto es necesario cuestionarse si realmente se esta teniendo y se deberían responder las siguientes preguntas: ¿se están haciendo correctamente las cosas?, ¿se esta satisfaciendo a los clientes? ¿están obteniendo los usuarios de manera precisa los productos y servicios que requieren?, entre otras. Para dar respuesta a estas preguntas es necesario que los usuarios las contesten, ya que cualquier institución o compañía puede ofrecer servicios y productos muy sofisticados pero también puede no ser lo que el usuario requiera en ese momento, una meta de calidad significa seleccionar las características claves basadas en las necesidades, deseos y capacidades de los consumidores.

De este modo se deben plantear algunos factores medibles de calidad, según Franco, (1995) son:

Consumidor: ¿quién es?, ¿dónde está?, ¿cuales son sus características y padecimientos?

Requisitos: ¿cuales son las expectativas de dicho consumidor con respecto al servicio?. ¿que valor atribuye a su satisfacción?.

Cualidades: ¿cuál es el conjunto de características que cumple con los requisitos del consumidor?. ¿en que consisten las características?.

Creación: ¿cómo podemos incorporar a nuestro bien o servicio ese conjunto de cualidades?. ¿cómo vamos a crear la calidad que cumpla con los requisitos?.

También Ischikawa (1988, citado en Franco, 1995), mostró gran interés en la evaluación de la calidad y da siete pasos:

- 1.- Determinar la cantidad de usuarios.
- 2.- Determinar el método de medición (algunas características se pueden medir con procedimientos físicos, estadísticos o pruebas estandarizadas).
- 3.- Determinar la importancia relativa de las características de calidad:
 - a) *un defecto grave:* es la característica de calidad que se relaciona con la vida y la seguridad.
 - b) *un defecto crítico:* es la característica de calidad que afecta seriamente el funcionamiento del servicio.
 - c) *un defecto menor:* es la característica de calidad que no afecta el funcionamiento de un servicio.
- 4.- Llegar a un consenso sobre defectos y fallas, señalar los límites de tolerancia.
- 5.- Revelar los defectos latentes. En ocasiones muchos productos y servicios pasan la norma, pero llevan defectos e insuficiencias ocultas.

6.- Observar la calidad estadísticamente. En todos los productos y servicios se encuentran diferencias.

7.- Calidad del diseño y calidad de aceptación. La primera es la calidad objetivo, aquella que se intenta lograr, a la segunda se le llama calidad compatible ya que indica el grado de ajuste entre lo diseñado y lo producido.

Es importante señalar que la calidad en las instituciones depende y es responsabilidad de los mandos directivos, puesto que ellos determinan si se proporciona a los empleados el apoyo necesario para enviar productos y servicios de calidad a los consumidores.

En lo que se refiere a la distribución de recursos Donabedian 1981 (citado en Landeros y Salinas 1996) considera que está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre la cantidad de pacientes que demandan su atención, y que los elementos importantes para evaluar la calidad de la atención médica son:

La **estructura**, que se refiere a los medios materiales y sociales empleados para proporcionar atención, como lo es el número de personal técnico y su organización, control de espacio, equipo y otros medios físicos; el **proceso** se define como la atención dada por los profesionales a los pacientes, como el reconocimiento del problema, método, diagnóstico, tratamiento y asistencia, el cual se puede juzgar hasta llegar a los **resultados**, ya que en estos se observan los cambios en el estado general del usuario, que a su vez proporciona mejoras en su calidad de vida.

Después de hacer la descripción de los componentes de la calidad de la atención, podemos notar como menciona Soto, (1990) que hay en ellos aspectos positivos y negativos que son de gran influencia, a pesar de esto su filosofía hace énfasis en la importancia, de *aprovechar al máximo sus recursos, teniendo compromiso y*

convicción en ella, asegurando así que será un proceso de continuo crecimiento y desarrollo.

Con esto se puede observar la importancia de la evaluación de la calidad de la atención médica, misma que puede hacerse en dos niveles, el cuantitativo, y el cualitativo: "el nivel cuantitativo se refiere específicamente a los aspectos aplicativos, técnico-médicos y la suficiencia de recursos dentro de los contenidos de la estructura, proceso y resultado. El nivel cualitativo, aunque también considera los tres contenidos importantes de la evaluación establecidos por Donabedian, se ha enfocado a la evaluación de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente" (Landeros y Salinas, 1996 p.21).

Para promover la calidad de la atención médica, debe conocerse cuales son los aspectos que la determinan, cómo identificarlos y cómo asignar un juicio de valor a través de su verificación, por esto es necesario integrar un sistema de evaluación que permita conocer las características de la atención que se da a los usuarios, los problemas que la afectan en forma negativa y las situaciones que permiten mejorarla: los mecanismos para el registro y seguimiento de los problemas captados hasta su solución y la difusión de aquellos procedimientos que han demostrado mejorar la calidad y eficiencia recomendándose su aplicación a nivel general.

Un método que resulta interesante y de gran importancia es el modelo de atención a la salud que esta orientado a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones estrechamente relacionadas con ese cuidado, sin importar si procede de profesionales, de técnicos o de los propios pacientes o sus familiares. Donabedian (1993).

Es debido a la problemática que representa la demanda de calidad, que se hace necesario un modelo que cubra las expectativas de los pacientes y del personal técnico en el ámbito de la salud, el modelo propuesto por Donabedian (1990), es una

alternativa, que ofrece un conjunto amplio de métodos para proteger y facilitar la calidad alcanzando los objetivos propuestos. Dicho modelo considera dos puntos estratégicos, que a continuación se mencionan:

Monitorización concurrente. los propios trabajadores revisan lo que producen, facilita una intervención precoz para remediar las deficiencias.

Inspección terminal de los productos. su objetivo es rechazar los productos que no alcanzan los estándares establecidos, antes de llegar al cliente.

En el campo de la atención a la salud, nos vemos impedidos para rechazar lo que ya está hecho dado que estamos hablando de un servicio no de un producto, no podemos corregir los errores en el servicio, pero sí podemos evitarlos si disponemos con antelación de información al respecto, esto corrobora una vez más que la calidad en la atención hospitalaria es un tema que no debe ser tomado a la ligera, dado que estamos hablando de individuos y de las terribles repercusiones que puede tener un error en el cuidado de la salud de los mismos.

Sin embargo todos los errores que se cometen al otorgar un servicio no son remediados, pero si evitados Deming (citado en Colunga, 1995), propone algunas alternativas de cambio que pueden ser facilitadores de la calidad en los productos y servicios de una empresa o institución y que a su vez mejoren la eficacia de sus operaciones y la **satisfacción** del personal y de sus clientes:

- 1.- ser constante con el propósito de mejorar los servicios, hacer que la empresa este en constante mejoramiento.
- 2.- adoptar una nueva filosofía, fijar el motivo por el cual están en ese puesto, ya que tienen por función dar y desarrollar solo calidad en nuestra área y gente a su cargo, rechazando errores y negativismos en forma determinante y absoluta.

- 3.- no depender de la inspección masiva y escuchar constantemente a usuarios tanto internos como externos, sus preocupaciones, sus quejas y sugerencias, de este modo sabrán como resolver a tiempo los problemas.
- 4.- no decir a la gente qué hacer o castigarla, sino orientarla y dirigirla a obtener resultados. Orientar es ayudar a la gente a hacer mejor el trabajo, enseñándole a aprender. El aprendizaje es un cambio que ocurre cuando una persona responde física y mentalmente a estímulos externos, mientras mas sentidos se estimulan, es más probable que ocurra un cambio.
- 5.- evitar ocultar errores para no dañar la imagen que se tiene ya que empeora la situación, solo fractura y deteriora a la institución, lo ideal es aprender a enfrentarlos para así obtener la confianza de la gente.
- 6.- eliminar las cuotas numéricas y evitar trabajar solo por estándares, que éstos no sean los límites, hay que rebasarlos apoyados por métodos y sistemas de mayor calidad y aplomo.
- 7.- evitar la falta de constancia en el propósito de planes.
- 8.- desatender la planificación a largo plazo.
- 9.- dejarle a la tecnología la solución de problemas.
- 10.- buscar disculpas en vez de desarrollar soluciones
- 11.- adecuar el producto y servicio para el uso.

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL REPORTE DE SATISFACCION

La búsqueda y la difusión de las estrategias para mejorar el servicio hospitalario cada día se hace más común y esto es con el fin de mantener un nivel de calidad optimo, por tal motivo los directivos de las instituciones se han preocupado por promover "una cultura orientada al servicio del cliente" con el fin de que la institución siga la dirección limitada por la "filosofía de la calidad" (Milver 1991, citado en Sitzia y Good, 1997).

Así mismo el National Health Service (NHS), se preocupa en solicitar que los hospitales imiten las estrategias para brindar un servicio optimo en el área de la salud, con el fin de garantizar un nivel especial en la calidad del servicio para que el nivel de satisfacción sea alto. El NHS pretende desarrollar un manual o guía que pretenda monitorear la "satisfacción" de las consultas otorgadas por el sector salud (Abramowitz, citado en Sitzia y Wood, 1997). Con lo que se pretende que por medio de un reporte de satisfacción se observen las cuestiones que originen agrado o molestia en el usuario, evitando así la pérdida del cliente.

Existe una gran variedad de comentarios generales acerca de la medición de la satisfacción del paciente. Tal es el caso de Fitzpatrick (1984, citado en Sitzia y Wood 1997) el cual menciona cuatro importantes posturas con relación a la experiencia que han tenido algunos pacientes con respecto al trato brindado por personal de la salud, la promoción de los tratamientos, la identificación de los problemas de salud y la evaluación del servicio.

- La satisfacción de un trabajo describe el servicio brindado por el personal de la salud.

- En términos de Donabedian, la evaluación de la satisfacción del paciente se ve influida por el pensamiento.
- La investigación con relación a la evaluación del personal de la salud es importante ya que puede dar propuestas para el mejoramiento del servicio.

Partiendo de los puntos mencionados por Sitzia y Wood (1997), la evaluación del cuidado de la salud tiene como fin cumplir los objetivos del servicio, monitorea el gasto producido por el mantenimiento del servicio otorgado y las consecuencias que puede tener el no contar con instituciones adecuadas para el cuidado de la salud. De igual manera mencionan que la calidad del servicio va a depender de la percepción que tenga el paciente de la ejecución del médico.

Para realizar una evaluación del servicio brindado Coulter (1991, citado en Williams, 1994), argumenta que se debe de tener en cuenta:

- a)* La evaluación específica del tratamiento (el uso de drogas en un procedimiento quirúrgico).
- b)* La evaluación del tratamiento a grupos (los servicios brindados a pacientes crónicos, como platicas, tratamientos, etc.).
- c)* La evaluación de la organización en general.
- d)* La evaluación de los sistemas de salud (diferencias de modelos entre enfermeras, médicos, etc.).

Sitzia y Wood (1997), señalan que es primordial considerar los siguientes criterios como factores que pueden alterar el reporte de la atención hospitalaria:

La efectividad -¿el tratamiento mejorará la salud?.

Eficiencia - Se justifica el gasto.

Igualdad - Si existe la misma accesibilidad para un tratamiento en cualquier hospital.

2.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL REPORTE DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La carencia de atención da significado al concepto de "satisfacción del paciente", por lo cual se ha tratado de encontrar un test que permita saber el grado de satisfacción del usuario, con el fin de modificar las fallas.

Loewe, (1989), menciona que los primeros trabajos teóricos tienen gran mérito, ya que fueron los primeros en abordar temas relacionados a la satisfacción del paciente, se enfocaron a indagar que era lo que afectaba a la satisfacción del cliente, y descubrieron que puede ser el tiempo de espera, el trato del personal, preferencias personales y las expectativas.

Con esto se puede observar la importancia de la evaluación de la calidad de la atención médica, en dos niveles, el cuantitativo y el cualitativo: " el nivel cuantitativo se refiere específicamente a los aspectos aplicativos, técnico-médicos y la suficiencia de recursos dentro de los contenidos de la estructura, proceso y resultado. El nivel cualitativo, aunque también considera los tres contenidos importantes de la evaluación establecidos por Donabedian se ha enfocado a la evaluación de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente". (Landeros y Salinas, 1996, p.21).

Dentro de las investigaciones realizadas se ha encontrado que el reporte de satisfacción se ve influido por diversos factores o variables como el sexo, la edad, estado económico, social, escolaridad, el estrés y la enfermedad, entre otros.

Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (1982, citado en Gallegos y Romero, 1996), propusieron un instrumento formado por tres áreas: a) Competencia profesional, b) calidad del personal médico y c) costo-conveniencia. observaron que había aptitudes favorables en cuanto a la competencia profesional /calidad personal , pero menos favorable en relación al costo-conveniencia. incluyendo accesibilidad, entre las variables que se relacionaban con el reporte de satisfacción, se encontraron el sexo, educación y ocupación.

López Payan (1988, citado en Gallegos y Romero 1996), realizó un estudio en un centro de salud del Distrito Federal, México, en el cual pretendía descubrir el grado de satisfacción e insatisfacción de pacientes atendidos por un especialista de medicina familiar. Encontró que los pacientes estaban satisfechos en cuanto a la competencia y calidad profesional, pero mostraron un gran nivel de insatisfacción en relación al costo / conveniencia: relacionando esto con la edad, se observó que entre más jóvenes eran había mayor satisfacción, asimismo el sexo femenino estaba más satisfecho que el masculino y por último la ocupación, y es que los pacientes que se dedicaban a ventas otorgaban un menor puntaje en el reporte de satisfacción.

En una investigación hecha por Linder y Pelzs (citado en Williams, 1994) estudiaron la importancia de los antecedentes psicológicos más importantes y su influencia, tomando como variables las expectativas del paciente, ya que mediante esto se valora que efectos puede causar en la satisfacción: llegando a la conclusión de que las expectativas y los valores pueden influir en la satisfacción aunque la correlación sea mínima debido a que hay otros factores como la edad, el sexo y el estado civil, entre otros.

Lewis (1995), considera que otros factores importantes son los psicológicos, ya que son las estrategias de auto percepción, el deseo de agradar, una reacción a la atención, el efecto de la atención misma y la disonancia cognitiva, cayendo en la tendencia de justificar acciones propias juzgándolas positivamente. Otro factor ha sido el estado de

enfermedad, ya que a mayor gravedad, se muestran más satisfechos que los que tienen menor gravedad debido a que las expectativas juegan un papel muy importante. Estas investigaciones son una muestra de las posibles formas de indagar en el reporte de satisfacción y de la infinidad es variable, por esto el estudio de la calidad de la atención hospitalaria se encuentra poco explorado, razón por la cual es necesario realizar más estudios con el fin de definir más específicamente lo que se involucra en el reporte de satisfacción de los usuarios.

Se hará una revisión de diversas investigaciones que evalúan la calidad de la atención médica, y se retomaran principalmente las categorías mencionadas por Lewis en 1994 utilizadas también por Gallegos y Romero en 1996, realizando algunas modificaciones que se consideraron pertinentes para la elaboración del instrumento para evaluar la satisfacción del paciente.

I.- DIMENSIÓN EJECUCIÓN PROFESIONAL: aborda lo relacionado a la manera en que el personal médico utiliza sus conocimientos para dar el tratamiento adecuado al paciente.

Efectividad- Identificación: es la identificación oportuna y exacta del problema de salud, así como del manejo adecuado del tratamiento por parte del personal del área médica.

Capacidad: la utilización de los conocimientos del médico en la atención del paciente.

Seguridad: la confianza que el médico brinda a las pacientes durante la atención.

Informatividad: la comunicación de los problemas relacionados con la salud de los usuarios y su tratamiento.

Identificación: la oportuna identificación del problema de los pacientes.

Atención: dar el servicio oportunamente.

II.- DIMENSIÓN ACTITUD DEL PROFESIONAL: el comportamiento del personal médico con los pacientes.

Trato humano - Amabilidad: el trato amable y cordial que el personal del área médica brinda a las pacientes.

Cooperación: es la colaboración en el tratamiento de las pacientes por parte de las enfermeras y doctores.

Comunicación: la acción de responder con cortesía las dudas en relación al padecimiento y tratamiento de las pacientes.

Empatía: la confianza que exista entre el médico - paciente, paciente - médico.

Atención a Problemas Psicosociales: el interés por parte de doctores y enfermeras en relación a los problemas sociales que puedan tener las pacientes, así también de la confianza de estas últimas para contárselas.

III.- DIMENSIÓN DE ORGANIZACIÓN: la distribución y manejo interno en el hospital para brindar el servicio.

Accesibilidad - Acomodación: la distribución interna adecuada de los servicios para un fácil acceso de las pacientes: así también el tiempo mínimo de espera como la realización de trámites para ser recibido en la institución.

Eficiencia: es la facultad para lograr un efecto positivo en el paciente (salud) en relación al servicio brindado.

Recursos: que los doctores y enfermeras que brindan la atención y el equipo sean suficientes para cubrir la demanda de la población del hospital, así también si se encuentran adecuadamente distribuidos.

IV.- DIMENSIÓN SATISFACCIÓN GENERAL: los aspectos generales que permitan evaluar la calidad de la atención brindada.

Satisfacción General: si el paciente ve cubiertas sus expectativas en relación al servicio brindado.

Recurrencia: partiendo de que el servicio brindado fue de calidad. en un futuro el paciente si regresaría al hospital para ser atendido nuevamente.

Recomendación: el paciente al estar satisfecho con la atención brindada. tendría confianza para recomendar a otras personas.

2.2 CONCEPTO DE SATISFACCIÓN.

Ha sido definida por diversos autores. tal es el caso de Landeros y Salinas (1996), que consideran a la satisfacción del paciente relacionada a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención y una medida que permite identificar los atributos de los servicios de mayor importancia para la población.

Linder-Pelz (1982, citado. en Landeros y Salinas, 1996) aportan una definición conceptual de satisfacción de paciente a partir de estudios realizados, en los cuales encontró principalmente variables psico-sociales (Las expectativas-creencias del servicio, valor-actitud; ocurrencia-comparación interpersonal que probablemente sean determinantes para la satisfacción del paciente, ya que están enfocadas a la "evaluación positiva del individuo a distintas dimensiones del cuidado de las salud, estos autores mencionan seis hipótesis que pueden determinar la insatisfacción o satisfacción:

1. La satisfacción estará directamente relacionada a la suma de productos de creencias (Expectativas) y valoraciones (valores) en relación a aspectos de cuidado.

2. La satisfacción variara positivamente cuando la amplitud de lo que es percibido ocurra coincidiendo con su prioridad.
3. La satisfacción estará directamente relacionada con los índices de ocurrencia.
4. La satisfacción variara positivamente con la frecuencia de ocurrencia y la expectativa solo cuando el objeto es evaluado.
5. Una combinación de expectativas positivas y ocurrencias positivas mostrara altos índices de satisfacción, mientras expectativas positivas y ocurrencias negativas darán como resultado bajos niveles de satisfacción.
6. La satisfacción será mejor cuando la ocurrencia sea percibida como buena o mejor que aquella percibida por otros

González y Morelos (1984, citado en Gallegos y Romero, 1996), consideran la satisfacción como la acción y aspecto de satisfacerse y/o complacencia del paciente, lo cual es el resultado del cumplimiento de las expectativas del usuario.

Por su parte Williams (1994), considera a la satisfacción como conformidad que juega un papel importante en la pronta legitimación de las perspectivas de los pacientes siendo para él importante la motivación.

Para Harteloh y Casparie (1991, citado en Landeros y Salinas, 1996), la satisfacción del paciente puede ser: 1)Un medio para alcanzar la calidad en el cuidado; 2)El resultado del cuidado proporcionado; 3)Un indicador de los aspectos del cuidado (satisfacción-insatisfacción), 4)Un medio para evaluar la calidad del cuidado por medio de valores objetivos previamente determinados.

Como se puede observar, todos los conceptos de satisfacción giran en torno al cumplimiento de expectativas de satisfacción del médico-paciente en cuanto a la

calidad y el servicio recibido, mostrando así la inquietud por conocer el grado de satisfacción de los usuarios, y como ya se menciono, diversos investigadores se han enfocado a la creación de distintos medios para evaluar la satisfacción valiéndose de pequeños instrumentos relacionados a los aspectos técnicos y humanos, en forma de entrevista e inventarios.

Dentro de dichas investigaciones se han tomado en cuenta factores que intervienen para posibilitar la gama de experiencias que favorecen la depresión, no se desconoce la influencia genética y biológica para sentirse de ese modo, pero no son factores únicos que predisponen a las mujeres, la depresión no es una característica natural de estas sino que las han hecho apropiarse de ella, viviéndola como parte de su personalidad y de su estilo característico de comportamiento.

No existen datos exactos, pero se cree que para muchas mujeres la depresión parece continuar por largo tiempo y está estrechamente relacionada con las circunstancias económicas y sociales, es necesario recordar que las mujeres de este estudio pertenecían todas a estratos socioeconómicos bajos.

Cabe señalar que las "etiquetas depresivas" se apropian de distinto modo y según cada persona, dependiendo de la clase social, el sexo, la edad, la educación, la labor productiva, el estado civil, el tener hijos, entre otros de acuerdo a diversos criterios sociales.

Son las mujeres de estratos socioeconómicos altos y medios las que tienen y buscan acceso a la atención psiquiátrica para la solución de su problema, mientras que la otra población traduce ese estado de ánimo en flojera, desgano para realizar las cosas, o simplemente se centran en otras necesidades.

Huang y Nigel (2001) consideran que la depresión postparto se asocia con algunos factores biológicos como alteración en los niveles de cortisol, anormalidades de la

tiroides, complicaciones obstétricas e historias psiquiátricas pasadas. Gradillas, 2000 afirma que en más del 80% de las madres, el nivel hormonal cambia a lo largo de todo el embarazo y vuelve a cambiar después de dar a luz. éste estado confuso de la mente puede degenerar en varios grados de estrés.

Oretti, Hunter, Lazarus, Parkes y Harris (1997) sostienen que hay relación entre la prevalencia de síntomas depresivos prenatales y algunos estados tiroidales de anticuerpos: por otro lado entre los factores sociales están los conflictos maritales, relaciones deficientes con la gente que les rodea, y generalmente las carencias económicas, resultando también preponderante el hecho de haber planeado o no el embarazo. Es muy común el pensamiento generalizado de que toda mujer que tiene un aborto sufre por la pérdida, pero no en todos los casos es así, toda vez que cuando las condiciones sociales no son las idóneas dicha pérdida podría tener más repercusiones positivas que negativas, esto es, para una chica de 15 años que resulta embarazada, que no está casada y que probablemente no contaría con el apoyo de su pareja si decidiera tener a su hijo, la pérdida del producto le evitaría una serie de problemas familiares, económicos y sociales, por lo que si el aborto se diera por una situación fortuita como lo es un accidente, ella quedaría libre de cualquier culpa, otro caso que se da muy a menudo en los hospitales de gobierno es la madre que llega al hospital por aborto, que se trata de su embarazo número 5 o 6, que su marido no tiene un sueldo base o es muy poco y por lo tanto no satisface las necesidades de sustento y vestido de toda la familia.

De lo anterior se deriva la importancia de analizar las repercusiones que pueden dar origen a una sintomatología depresiva en la mujer, sobre todo en el periodo posterior a un parto o en su caso a un aborto, así como la percepción que esta tenga del entorno que le rodea y de la satisfacción o insatisfacción que experimente en lo que a atención médica se refiere, cabe mencionar que el tratamiento de aborto fue el segundo procedimiento gineco-obstétrico más frecuente después del parto en los Hospitales del Sector Salud y esta atención se realiza actualmente sólo en

instituciones de 2do y 3er nivel, este aumento desmesurado obliga a hacer programas de apoyo para estas mujeres, pero no resulta fácil para las Instituciones de salud entender que el término *Calidad es Ofrecer un producto o servicio de acuerdo a los requerimientos del cliente más allá de lo que pide o espera*, considerando la satisfacción de la usuaria como el principal indicador de calidad y si en salud reproductiva se considera que: "Calidad es satisfacer las necesidades de la paciente de una manera consistente en todos los aspectos, todas las veces" nuevamente se enfatiza el punto de vista de la usuaria, considerando indispensable que quienes han tenido un legrado especialmente en condiciones de riesgo tengan acceso a una atención de alta calidad. Greenslade (1994, Citado en Saldaña Rivera, 2000).

Es muy común que las madres salgan del hospital con una gran insatisfacción y deseos de no volver a poner un pie en él porque se sienten maltratadas y abusadas por las rutinas o procedimientos casi carcelarios en los partos, algunas mujeres pueden tener mejores grados de satisfacción: clínicamente se considera que la satisfacción depende sólo del funcionamiento curativo del sistema, sin considerar que también muestra valores y expectativas del paciente en relación a diferentes aspectos del cuidado médico, en diversos estudios, como el realizado por Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar, y Valencia, (2000) se ha descubierto que el estado socioeconómico y cultural juegan un papel muy importante, pues a mayor nivel educativo son mayores las expectativas que se tienen en cuanto al servicio médico y por lo tanto es menor el nivel de satisfacción.

Es necesario dar atención integral desde el embarazo, parto y postparto, con un enfoque de esos procesos como ciclos vitales y no como enfermedades, con el objetivo de que la satisfacción de la usuaria se de en un marco conceptual de calidad que integre los siguientes elementos. Capacidad técnica, tecnología apropiada, equipo, suministros y medicamentos, trato entre usuarias y prestadores de servicio, información y servicios de salud reproductiva, planificación familiar y apoyo psicológico. Leonard y Winkler (1991).

Para cumplir esta meta que suena muy ambiciosa es necesario considerar por separado las expectativas de ambos lados. las pacientes esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente; por otro lado las expectativas del trabajador son en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiado, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Es una realidad que dichas expectativas aún no se cubren y que todavía es necesario trabajar en un esfuerzo conjunto para alcanzar los objetivos que se tienen marcados y poder decir que se tiene y se brinda un servicio médico con verdadera calidad de atención por parte del personal médico y técnicos de la Institución.

CAPITULO III

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO Y POSTLEGRADO

Hablar de depresión en la actualidad no necesariamente implica ahondar en términos psicológicos, ya que muchas otras áreas de la ciencia medica se preocupan cada vez más en investigar sus causas, y es que "la depresión ocupa un lugar destacado en los problemas clínicos de mayor prevalencia en la sociedad contemporánea. Algunos clínicos e investigadores señalan que en la etiología se involucran diversos factores: genéticos, bioquímicos, de personalidad, eventos estresantes de la vida, medio social; algunas son consecuencia de drogas como anfetaminas o rauwoifia. No obstante, en la mayoría de las depresiones, la etiología es incierta debido a la combinación de ellas." (Klerman y Weissman, 1980: citado en García 1991).

Billings, Cronkite y Moos (1983, citado en García, Op. Cit.), quienes en algunas investigaciones observaron que los eventos que pueden originar a la depresión pueden ser un divorcio, la muerte de algún ser querido, cuando los hijos se independizan, la falta de dinero, el trabajo, la presión del tiempo, la falta de decisión, así también se ha observado que la depresión aparece en personas inmediatamente después de haber sido sometidas a una intervención quirúrgica.

García (1991) menciona que la depresión no se origina en todos los casos por las mismas causas, sino que también tiene que ver el rol que se juegue socialmente, porque va a variar mucho el tipo de comportamiento que se les demanda a cada individuo, y que se da por la estructura de factores psicológicos, en función de las experiencias y de la organización sociocultural.

Lo antes mencionado, podía relacionarse con el mayor índice de depresión en el sexo femenino, observando que las características que presentan hacen suponer que existen factores desencadenantes, la depresión es un síntoma tan común durante el

embarazo como después del parto o un aborto, extirpación de matriz entre otros, sin embargo no se pretende generalizar, y dar por hecho que todas las mujeres que pasen por esta situación presentan un cuadro depresivo, sin dejar de lado claro esta, que definitivamente son sucesos que traen cambios físicos y psicológicos y que aunados a la susceptibilidad de cada mujer pueden causar desequilibrio en su estado emocional, por esto surge la necesidad de indagar más sobre la posible depresión en mujeres después de un parto o legrado según sea el caso.

Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia (2000), señalan que existen pocos estudios sobre depresión postparto en mujeres latinas; y aún no se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados a esta, pero la definen como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional, estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto, con una incidencia de 3% a 27%, que puede durar de un mes hasta más de un año. Se han sugerido muchas etiologías, especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos, y la caída dramática en los niveles hormonales.

En un estudio, publicado en la revista *British Medical Journal*, más de 9.000 mujeres británicas registraron sus estados de ánimo durante el embarazo y tras el parto en una serie de cuestionarios. Fue evaluada la depresión a las 18 y 32 semanas de embarazo, así como a las ocho semanas y ocho meses de haber dado a luz. Los científicos encontraron que 13.5% de las mujeres pasaron el umbral de la depresión cuando tenían 32 semanas de embarazo, mientras que 9.1% alcanzó ese nivel ocho semanas después del parto, la depresión se presenta en una proporción igual en las mujeres entre 10 y 15% de ellas durante otras etapas de su vida. Jonathan Evans (2001).

Beck (1993, citado en Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000) establece que las mujeres se deprimen más durante el postparto, esto debe ser

tomado en cuenta porque esas mujeres estarían experimentando malestar psicológico y la mayoría no recibe ni busca ayuda o cuidado apropiado. Este hallazgo sugiere que en algunos casos puede ser posible que el desorden psicológico que se presenta en el embarazo se continúe en el postparto.

Al respecto, Arieti (1992), argumenta que después del parto puede aparecer todo tipo de trastornos psiquiátricos, y aunque muchos autores afirman que no hay nada específico en estos trastornos ya que el parto es solo un factor precipitante que opera debilitando la resistencia de la puérpera: el nacimiento de un hijo es un hecho muy significativo que no puede ser visto como un factor precipitante común, pues puede constituir un suceso que por sus características intrínsecas encuentra en la paciente el terreno más propicio para provocar un desorden psiquiátrico.

Zilboorg (1931, citado en Arieti, 1992), fue uno de los primeros que informó acerca de estados depresivos tanto en el padre como en la madre después del nacimiento de un hijo, los interpretó fundamentalmente como reactivaciones de un apego edípico incestuoso hacia el progenitor del sexo opuesto.

Posteriormente Beiber y Beiber (1977, citado en Arieti, 1992), presentaron un estudio de diversos tipos de desordenes psiquiátricos postparto en madres y padres, el fenómeno que observaron con frecuencia en las mujeres, era que la paciente temía despertar una hostilidad competitiva en su madre y por lo tanto no deseaba tener la misma cantidad de hijos que tuvo aquélla.

Por su parte Bryan, Georgiopoulos, Harms, Huxsahl, Larson, Yawn, (1999), realizaron una investigación que tuvo como objetivo, identificar la incidencia de los casos de depresión en la población del condado de Olmsted Minnesota, para lo cual tomaron una muestra azarosa de 403 mujeres que dieron a luz en 1993, se estudiaron los síntomas de la depresión y variables asociadas a ella durante el embarazo, posteriores al parto y un año después, se encontró que 3% de las mujeres tuvieron

depresión durante el año siguiente al parto, 2% no tuvieron depresión antes del parto. Se hallaron datos significativos respecto a las asociaciones entre la depresión posparto y las madres solteras jóvenes así como el consumo de tabaco y uso ilegal de medicamentos durante el embarazo, historiales en el abuso de estupefacientes y una alta incidencia en el departamento de servicios de emergencia por desordenes afectivos; se concluyó que aunque la incidencia de la depresión posparto fue significativamente baja, estos datos servirán para estudios futuros ya que la proyección sistemática de la depresión preexistirá en esta población.

De acuerdo a los datos obtenidos en la web en alertamexico.org, muchas mujeres experimentan depresiones postparto, debido principalmente a la ausencia del bebé en su vientre; sin embargo, éstas no podrán compararse nunca con las depresiones postlegrado, porque en este caso el bebé ha muerto. Hay depresión médica, cuando hay tristeza constante, la mujer es negativa acerca de ella misma y del futuro, algunas veces llega el suicidio y puede llevar a cambios de apetito y desórdenes en el sueño.

Hay dos tipos de factores: los sociales y los familiares, ambos influyen en gran medida a que el impacto psicológico en la mujer sea más profundo, incluso dificultan el proceso de la curación.

Las cuestiones sociales proporcionan un doble mensaje a la mujer, o le causan dificultad para confrontar sus pensamientos con sus acciones.

En estudios revisados por el Gobierno de los Estados Unidos. En 1989 el Cirujano General de los Estados Unidos, C. Everett Koop, revisó mas de 250 reportes y llegó a la conclusión que no había la suficiente evidencia de que el legrado esté exento de peligro psicológico. Él indicó..."que no hay duda que hay personas que tienen problemas severos psicológicos después de un legrado." El Dr. Koop criticó la falta de estudios y pidió que se ahondara en ello, eso nunca se hizo.

La literatura sobre este fenómeno indica que lo que dijo el Dr. Koop es cierto. Todos los estudios han demostrado que siempre hay mujeres afectadas con un daño psicológico después de tener un legrado. Ahora no hay desacuerdo entre los que estudian estos casos de que sí hay mujeres que sufren de reacciones negativas psicológicas después de haberse hecho un legrado.

Un estudio fue conducido entre 1900 mujeres que tuvieron legrados, el estudio preguntaba "¿Existió algún efecto psicológico negativo...(causado) por su legrado?". 94% respondieron "Sí", 2% respondieron "No".

Otro estudio fue conducido por la Dra. Speckhard A. (2000) en la Universidad de Minnesota. Ella concluyó "Luego de 5 a 10 años, el 54 % de las madres que tuvieron un legrado sufre pesadillas, 81% piensa en su hijo abortado, 35% percibía visitas de su hijo, y 96% sentía que habían tomado una "vida humana."

Para Baquedano López(2001) y De la Cruz. (1990) la depresión posparto surge después del nacimiento de un hijo (del 3er. al 8o. día) la madre puede sentirse cansada y creerse deprimida. Esto podemos explicarlo de manera relativamente sencilla: los cambios hormonales, la tensión a la que ha estado sometida especialmente si se trata de su primer embarazo, las noches sin poder dormir, etcétera: desde luego que todo lo anterior no es una depresión y se trata de una reacción comprensible ante el estrés en lo biológico como en lo psicológico. Pero en algunas madres sobreviene un cuadro depresivo. En estas depresiones secundarias al parto, el manejo psicoterapéutico, el apoyo al esposo y en general todas las medidas de apoyo psicológico, adquieren especial relevancia.

3.1 ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN? DIVERSOS ENFOQUES TEORICOS.

La depresión es una enfermedad de naturaleza psicológica, matizándose como trastorno del estado de ánimo, se da en ambos sexos, en todas las edades, sociedades

y culturas en proporciones que varían de una a otra. Generalmente quien la padece presenta una serie de padecimientos que permiten reconocerla, trastornos de la afectividad que se dan como condiciones únicas con características muy particulares o bien que acompañan a otros estados patológicos mismos que no solo afectan la conducta de quien la padece sino también su círculo social y por consiguiente su estado emocional.

Desde el punto de vista *conductual*, las aproximaciones teóricas pueden ser divididas, a grandes rasgos, en las que enfatizan el "reforzamiento" y aquellas que enfatizan las "cogniciones" en la etiología de la depresión. Mientras que esas dos conceptualizaciones difieren con relación al "qué" de la causación, existen algunas similitudes, ambos suponen que el paciente deprimido ha adquirido patrones de reacción desadaptativos que pueden ser desaprendidos; los síntomas son vistos como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes.

El Conductismo: estudia el comportamiento y limita su tarea a la investigación mediante métodos objetivos, experimentales y de observación, de las respuestas motrices o glandulares a estímulos conocidos, reduce la vida mental a un mecanismo de reflejos y constituye una concepción muy elemental de la misma. La terapia de conducta no pone énfasis en las experiencias internas del paciente tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

Seligman (1975, citado en Salinas, 1998) utilizando un paradigma experimental propuso, inicialmente, una teoría de la depresión humana en donde es central el efecto de la independencia de la conducta y sus productos. El desamparo aprendido es un fenómeno de laboratorio observado cuando unos perros fueron expuestos a un trauma incontrolable. Los fenómenos principales del desamparo aprendido son: 1) la pasividad; 2) un retardo en el aprendizaje; 3) la carencia de agresividad y competitividad; 4) la pérdida de peso y bajo consumo de comida. El antecedente crítico para la aparición del desamparo aprendido no es el "trauma" (por ejemplo,

recibir choques eléctricos) en sí mismo sino la carencia de control sobre el evento traumático: de esta manera, los sujetos deprimidos se considera que están en situaciones en las cuales sus respuestas y el reforzamiento son independientes. La recuperación de la creencia de que la respuesta produce reforzamiento es el cambio de actitud crítico que, se hipotetiza, cura la depresión.

El *Psicoanálisis*, en su intento de ser reconocido por tratar el problema de la depresión se distingue de las demás teorías psicológicas por el hecho de que sus partes esenciales están fundadas sobre hipótesis que interpretan resultados individuales obtenidos en la terapéutica. La terapia se basa en la interpretación de los procesos mentales inconscientes, usa la asociación libre y por lo tanto la mínima actividad por parte del terapeuta lo cual influye de modo negativo en el paciente depresivo pues trae como consecuencia el hundimiento del mismo en un laberinto de preocupaciones negativas.

“Freud argumenta desde una postura psicoanalítica, que la depresión es un estado donde las personas vuelven la agresión así mismas en lugar de dirigirla a los individuos que son objetos de esos sentimientos.” (García, 1991, Pág. 2).

De la Fuente (1996) la define como “un estado global, inmotivado que representa un cambio importante en el modo de sentir, pensar y actuar, habituales en la persona y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir independiente de eventos externos” (Pág. 439). Habla de un *síndrome general de depresión*, que se manifiesta en tres esferas y menciona de que manera afecta a cada una de ellas:

Esfera afectiva, aquí se haya el núcleo de la depresión, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación.

Esfera cognitiva, están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la auto devaluación, es frecuente que el enfermo muestre mayor abatimiento al iniciar el día y una disminución del mismo al anochecer.

Esfera somática, son muy frecuentes la pérdida de apetito, bajar de peso, perturbación del sueño, presencia de síntomas neuróticos tales como fobias, obsesiones, astenia e hipocondriasis.

Es importante señalar que la influencia de la cultura en la depresión va a determinar la posible inclinación hacia uno de estos rubros, ya que algunas personas expresan el sufrimiento en términos de síntomas y enfermedades físicas, porque tienen dificultad para describir sus estados subjetivos o bien, porque esta última tiene mayor aceptación social.

Hasta hoy, no existe una respuesta única que nos diga cuáles son las causas de la depresión ya que se piensa que la enfermedad depresiva es causada por varios factores de vulnerabilidad, que según Colín Piana (1994) son:

a) Factor genético:

Diversos estudios han comprobado que la depresión es más común en ciertas familias, el factor hereditario en estos casos se refiere a que los hijos de personas depresivas tienen mayor riesgo a verse afectados por la enfermedad que los hijos de sujetos que nunca han presentado depresión.

b) Factor psicológico:

Algunas investigaciones han postulado que ciertas experiencias de los primeros años de la vida, como la muerte o separación de los padres, incrementan la predisposición del sujeto para la depresión. Por otra parte, ciertos rasgos de la personalidad como la

preocupación excesiva y persistente, la baja autoestima, la dificultad para expresar los sentimientos, la inseguridad, la dependencia o el perfeccionismo, y las expectativas demasiado elevadas frente a uno mismo o a los demás, tren como consecuencia mayor riesgo de sufrir depresión.

c) Factor biológico:

La enfermedad depresiva puede aparecer después de ciertos problemas físicos, tales como: infecciones, enfermedades crónicas o por la administración de algunos medicamentos. También puede presentarse en las mujeres después de un parto, todo lo anterior ha generado investigaciones biomédicas que han descubierto alteraciones del equilibrio químico en las células del cerebro.

d) Factor ambiental:

Los acontecimientos estresantes de la vida, especialmente cuando son graves y prolongados, aumentan la vulnerabilidad del individuo a padecer depresión. En este apartado puede ubicarse la problemática relacionada con el trabajo, las finanzas, la relación conyugal o familiar.

Rafael Mateu (1998), desde el punto de vista cognitivo, entiende a la depresión como una disminución o baja energética de algunos componentes de la persona, que en la energía vital o biológica se manifiesta como desvitalización (falta de voluntad, iniciativa o ganas de hacer mas o menos cosas, trabajos, y actividades, entre otros), en la afectividad se expresa como tristeza, vacío existencial, auto culpa, soledad y en la mente se crea ofuscamiento, pesimismo, acrecentamiento descontrolado de oscuros pensamientos dominantes, inseguridad, etc. Hay otros síntomas, pero estos son los más frecuentes y universales que suelen manifestarse conjuntados -no aislados- en el caso de un estado depresivo, es decir, una persona que únicamente viva la tristeza, el pesimismo, la inseguridad, o la desgana, no significa que este deprimida.

Beck, Rush, Shaw, and Emery. (1983).. puntualizan algunas observaciones sobre la depresión. considera que existen ciertas características que la diferencian de otras neurosis, suele tener periodos de gran intensidad o ausencia de los síntomas, es episódica, y los factores desencadenantes surgen de una perdida percibida o real, afirma que "el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no esta deprimido les parezcan inverosímiles".(Pág.28).

Rafael Mateu (1998), comenta que las causas de la depresión se dividen en externas e internas. Las causas externas son solamente desencadenantes que incidiendo sobre la desarmonía interior, despliegan el estado depresivo. Como ejemplos frecuentes están las desilusiones afectivas los conflictos interpersonales, la marginación o aislamiento por parte de otras personas, la jubilación no aceptada, los problemas económicos y la muerte de alguien querido, entre otros. Pero si se observa que las antedichas situaciones no producen el mismo efecto en todas las personas, se entenderá que las verdaderas causas de las depresiones son internas, las cuales llevan, durante un periodo de tiempo mas o menos largo, a un desajuste o desarmonía psicológica que, se constituye en campo abonado para que antes o después, surja la depresión. Ejemplos de éstas son la hipersensibilidad, los miedos prolongados, las preocupaciones, las frustraciones, el pesimismo, la tristeza, la tensión nerviosa, la incomunicación, la soledad, las dependencias, la desvitalización progresiva con la edad, la fuerte añoranza del pasado, la rigidez, la enfermedad, un parto o un legado, entre otros.

Por su parte Campillo y Carabeo (1979), agrupan los factores causales de la depresión en tres:

concomitantes como enfermedades físicas y alcoholismo, *predisponentes*, la carga genética, el biotipo corporal, y finalmente los factores *precipitantes* o eventos de la vida, pérdida de algún ser querido, descalabros económicos, enfermedades físicas sencillas como una gripe o complicadas como una intervención quirúrgica.

De la Fuente (1996) coincide con Campillo y Carabeo (1979) en lo que respecta a los factores predisponentes, sin embargo, no deja de lado la hipótesis de que muchas depresiones están en realidad objetivamente inmotivadas y su atribución a causas triviales no es sino un intento de encontrarles una explicación psicológica real.

A diferencia de los anteriores, Beck, Rush, Shaw, and Emery.(1983), ubican como factores causantes de la depresión a los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del paciente que mantienen su creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria:

- 1) *influencia arbitraria*, se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- 2) *abstracción selectiva*, consiste en centrarse en algún detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda una experiencia sobre la base de ese fragmento.
- 3) *generalización excesiva*, se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- 4) *maximización y minimización*, quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

- 5) *personalización*. se refiere a la tendencia y facilidad para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- 6) *pensamiento absolutista dicotómico*. se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas: por ejemplo, impecable o sucio. Para describirse a sí mismo el paciente generalmente selecciona las categorías del extremo negativo.

Sin embargo a pesar de toda la serie de conductas y padecimientos de la depresión, no ha sido fácil su identificación y por lo tanto su atención, ya que es común que la persona que sufre de depresión acuda primero a la consulta del médico general, pues como ya se ha mencionado anteriormente, las manifestaciones físicas no se hacen esperar, pero desafortunadamente pocas veces el médico reconoce un cuadro depresivo, ya que se orienta específicamente a dichos padecimientos físicos; cuando el médico identifica un cuadro depresivo, el trato al paciente debe cubrir algunas características para evitar el surgimiento de percepciones erróneas de rechazo, dicho trato se basa en la comprensión de la naturaleza del trastorno, el manejo efectivo de la relación con el paciente y el uso adecuado de los medicamentos específicos, para esto es necesario tomar en cuenta las siguientes medidas generales que según De la Fuente (1996), indudablemente permitirán que el paciente se sienta a gusto:

- a) exámenes y consultas innecesarias
- b) ayudar al enfermo a aceptar su impotencia y pérdida de libertad y a mantener viva la esperanza
- c) explicarle la naturaleza del problema enfatizando que es transitorio y en la eficacia de los recursos transitorios
- d) lograr la cooperación de los familiares
- e) eliminar en lo posible las cargas y tensiones innecesarias
- f) evitar que haga cambios radicales en su vida

g) verlo periódicamente hasta su total recuperación y estar accesible para que pueda consultar sus dudas e indecisiones

Finalmente todo lo que se ha señalado con respecto a la problemática de la depresión, y específicamente la dificultad para identificarla, son motivos de peso para indagar a fondo una forma eficaz de combatirla, pero para llegar a cumplir este objetivo es necesario valernos de algunos instrumentos que nos permitan evaluarla, así como de una teoría que lo avale y que a su vez sea validada y reconocida por su experiencia en dicho problema.

3.2 DEPRESIÓN DESDE UN PUNTO DE VISTA COGNITIVO - CONDUCTUAL.

La depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días. En el ámbito mundial, señalan informes de la OMS que la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3 a 4 por ciento en la población general y que un 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, dichos datos están referidos sobre todo a los países desarrollados (Suárez, 1989); es un problema que cada vez va adquiriendo mayor fuerza, pues con frecuencia pasan desapercibidas y por esto pocas veces se llega a establecer una estrategia terapéutica adecuada, lo cual hace evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz que determine claramente sus indicaciones y contraindicaciones y que a su vez desempeñe un buen papel en el tratamiento general del paciente depresivo.

Independientemente de que las primeras formulaciones acerca de la depresión surgieron de aproximaciones *intra psíquicas* y *psicodinámicas*, los avances en la investigación y evaluación conductual de ese fenómeno han permitido el desarrollo de esquemas conceptuales para explicar su génesis y mantenimiento. Cada teoría elaborada se enfoca sobre un mecanismo central que se supone es causante de la

depresión y solamente de manera secundaria toma en cuenta otros síntomas y conductas problemáticas, aunque la clase de datos típicamente presentados se deriva de las correlaciones en estudios que trataron individuos deprimidos:

La terapia cognitiva pone gran énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Shaw y Beck, (1977, citados en García, 1991), consideran "que este enfoque teórico apoya que la respuesta efectiva está determinada por la forma en que el individuo estructura su experiencia, por que el dominio de ciertos esquemas cognitivos, el sujeto tiende a verse a sí mismo, a sus experiencias, y a su futuro como algo negativo, lo que representa la tríada cognitiva de la depresión".

Los teóricos cognitivos como Beck y cols. 1976; Rehm, 1977 y Seligman, 1975 (citado en Salinas, 1998) proponen hipótesis que atribuyen un rol causal a las cogniciones en la depresión, aunque en ellos encontramos diferencias en la naturaleza específica de las mismas.

Rehm 1977 (citado en Salinas, 1998) sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos de tal manera que los toman como criterios para hacer su auto-evaluación produciéndose que se utilicen altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja en las tasas de auto-recompensas.

Beck y Cols. (1983) la concibe como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos, el modelo que propone se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo, sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores que provocan una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo.

Definición.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo a corto plazo, que se caracteriza por ser directivo, estructurado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas y el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Beck y Cols. (1983).

Características

La terapia cognitiva tiene ciertas características que la hacen ser diferente de la terapia tradicional, entre ellas se encuentran las siguientes:

- 1) la estructura formal de las sesiones.
- 2) los tipos de problemas en que se centra, se centra en problemas de "aquí y ahora", y se presta escasa atención a la época de la infancia salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales
- 3) es breve y con límite de tiempo.
- 4) empleo del método socrático, aunque la colaboración del paciente en la formulación del plan del tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta, el terapeuta debe valerse de cierta inventiva para estimular la participación activa del paciente en la terapia
- 5) se basa en el método científico.
- 6) se sigue un modelo educativo.
- 7) se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua interacción con el paciente.
- 8) condición necesaria: una buena relación terapéutica.

9) se orienta hacia los problemas. el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de este y en la elaboración de programas de actividades.

10) es de gran importancia el trabajo en casa.

Es así como casi todas las experiencias pueden dar la oportunidad de hacer un análisis sobre los puntos de vista o creencias negativas del paciente. por ejemplo para dar solución a un sentimiento de abandono en una persona que piensa que todo aquel con quien se encuentra le da la espalda con un gesto de disgusto. se le ayuda a establecer un sistema para evaluar objetivamente sus reacciones y expresiones faciales.

Etiología.

Los orígenes filosóficos de la terapia se remontan a los estoicos. Epicteto (Siglo IV A.C) en *El Enchiridión*: "Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen". Del mismo modo que en el estoicismo, las filosofías orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983)

Freud expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los afectos se basan en ideas inconscientes. La psicología individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes la terapia consistía en intentar explicar como la persona percibe y experimenta el mundo.

El trabajo de Ellis (1973) supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias Cognitivo-Conductuales. relaciona el estímulo ambiental o activador con las consecuencias emocionales a través de la creencia interviniente. así el objetivo de su

terapia racional emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de esta.

El modelo cognitivo de la depresión como se ha observado ha surgido a partir de investigaciones clínicas, sistemáticas y experimentales. esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (Beck, 1979).

Supuestos.

Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), señalan que la perspectiva histórica de los modelos cognitivos se basa en los supuestos generales que a continuación se mencionan:

- 1) *la percepción y en general, la experiencia son procesos activos que incluyen datos de inspección y de introspección*
- 2) *las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.*
- 3) *el modo que tiene el individuo de evaluar una situación se hace evidente, a partir de sus cogniciones.*
- 4) *estas cogniciones constituyen la "corriente de conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de ella misma, su mundo, su pasado y su futuro.*
- 5) *las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.*
- 6) *mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.*
- 7) *la corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.*

De forma práctica y sencilla, al hacer una conjunción de los supuestos que ya se han mencionado podemos decir, que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo.

El objetivo principal de la terapia cognitiva es "investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones" (Beck, y Cols.1983. Pág.16).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

Triada cognitiva, consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásicos.

Organización estructural del pensamiento depresivo, este se refiere al modelo de esquemas y se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Errores en el procesamiento de la información, los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, entre ellos está la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización de los eventos, personalización de los eventos, pensamiento absolutista o dicotómico. (Beck y Cols., 1983).

La terapia cognitivo-conductual es un método sencillo y fácil de aplicar, dado que no requiere de una situación ambiental particular para llevarse a cabo, y la interacción que desde un principio hay entre el paciente y el terapeuta representa gran ventaja para la apertura que el primero pueda tener en relación al problema a abordar, pese a que los síndromes depresivos son preocupantes en los pacientes médicamente enfermos se carece de instrumentos clinimétricos adecuadamente evaluados, el Inventario para Depresión de Beck (IDB) parece ser una buena alternativa, al

respecto Torres, Hernández y Ortega (1991) exponen que los resultados de su investigación titulada la validez y reproductibilidad del (IDB) en un hospital de cardiología, sugieren que es un instrumento adecuado para identificar cuadros depresivos en los pacientes médicos no psiquiátricos.

Dicho inventario esta enfocado a evaluar dos dimensiones, síntomas cognoscitivo-afectivo y síntomas somáticos de los cuales se derivan 21 categorías ver cuadro 3 (anexo1) en el análisis factorial del instrumento el 100% de los puntajes del IDB se divide solo en dos factores, el primero que denominan cognoscitivo explica entre el 70% y el 80% de la varianza y el segundo que es el somático solo arroja un 20%, con esto queda claro que la sintomatología cognoscitivo-afectiva tiene mayor peso en los puntajes totales del IDB cuando hablamos de una población que presenta un cuadro depresivo.

Cabe mencionar que algunas características sintomáticas de la depresión son cambios de ánimo, falta de energía, interés, llanto frecuente, incapacidad para tomar decisiones claras o un sentimiento general de melancolía, muchas mujeres experimentan depresiones posparto, debido principalmente a la ausencia del bebé en su vientre; sin embargo, las depresiones poslegrado se consideran con mayor severidad, porque en este caso el bebé ha muerto, dicha información nos lleva a una pregunta obligada ¿ La depresión es un factor que afecta el reporte de satisfacción ?, la respuesta a dicho cuestionamiento se obtendrá al determinar si la Depresión afecta al reporte de Satisfacción de las pacientes de posparto y postlegrado del área de Gineco-Obstetricia en un en un hospital de segundo nivel.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 SUJETOS

El presente estudio se realizó en Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda", en el área de Gineco-Obstetricia. Se aplicaron 360 cuestionarios a 180 pacientes de dicha área, a 60 de ellas se les practico un legrado (grupo de postlegrado) y 120 fueron de parto (grupo de postparto); con las siguientes características:

Las edades que predominaron en el grupo de Postlegrado correspondieron al rango de 22 a 25 años con él (36.6%).(ver figura 1)

En el grupo de Postparto el porcentaje fue de (23.3%) que corresponde a los mismos rangos del grupo de Postlegrado. (ver figura 2)

Él (68%) de las mujeres del grupo de Postlegrado se dedica al hogar, mientras que en el grupo de Postparto el porcentaje es mayor (91.7%) (ver figura3 y 4)

El mayor porcentaje en el grupo de Postlegrado fue de (38.3%) indicando que cursaron la secundaria, y solo un (5 %) nivel licenciatura. (ver figura 5)

Mientras que en las pacientes de Postparto se observó (57.5 %) con relación a la primaria, siendo este él más alto, cabe mencionar que la opción de carrera técnica sólo obtuvo (1.7%). (ver figura 6)

El porcentaje mas alto para las diferentes opciones del estado civil de las pacientes de Postlegrado fue para la opción de casadas con un (40%) mientras que el menor se observó en la de divorciada con (1.7%).(ver figura 7)

En cambio en el grupo de Postparto la opción que obtuvo mayor porcentaje fue la de unión libre (55.8%), y el menor se registro en la opción de divorciada con (0.8%) (ver figura 8).

Para (35%) de las mujeres del grupo de Postlegrado este fue su segundo embarazo mientras que para el grupo de Postparto (41.7%) manifestó ser primigesta. (ver figuras 9 y 10)

El (46.7%) de las pacientes de Postlegrado no ha tenido ningún parto eutocico.

En el grupo de Postparto él (42.5%) tuvo un parto natural, y los porcentajes restantes variaron desde 2 hasta 7 partos (ver figuras 11 y 12)

Para los grupos de Postlegrado y Postparto la opción de ninguna cesárea fue la de mayor porcentaje (71.7% y 67.5%) respectivamente. (ver figura 13 y 14)

Un (13.3%) de las pacientes del grupo de Postlegrado reportaron que este fue su segundo legrado.

En el grupo de posparto sólo él (7.5%) manifestó haber tenido un legrado anteriormente. (ver figura 15)

En relación a esta pregunta él (53.3%) del grupo de Postlegrado señalo que estaba planeado este embarazo, mientras que para el grupo de Postparto el porcentaje también fue elevado (61.7%) (ver figura 16)

4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes del área de Gineco-Obstetricia.
- Que hayan estado hospitalizadas por lo menos un día en área de Gineco-Obstetricia.
- Mujeres con un rango de edad de entre 14 y 48 años.

4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes ajenos al área de Ginecología.
- Personas sordomudas.
- Mujeres que no hablen castellano.
- Personas que estén hospitalizadas por tercera ocasión o más.

4.2 MATERIALES / INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos instrumentos, el primero indicó el grado de depresión, mientras que el segundo el nivel de satisfacción.

El instrumento que evaluó el grado de depresión se basó en el modelo de Beck Inventario de Depresión de Beck (cognitivo-conductual), con 21 preguntas y cada una con cuatro opciones de respuesta que describieron el espectro de severidad de las categorías evaluadas. En todos los casos la primera opción tuvo un valor de cero, indicador de la ausencia del síntoma, el segundo de un punto, el tercero dos puntos y el cuarto tres puntos que indicó la severidad máxima del síntoma, ver instrumento 1. Para la presente investigación se retomó la clasificación establecida por Torres, Hernández y Ortega (1991) ver cuadro 17, y se realizó un breve análisis cuantitativo partiendo de los puntos de corte arriba de 11 con el fin de observar si existió o no depresión en las encuestadas.

El segundo instrumento fue una modificación del publicado en Landeros y Salinas (1996), se retomó por el grado de confiabilidad y validez de los ítem, también fue aplicado en una unidad de Gineco-Obstetricia, dicho instrumento está enfocado a evaluar 4 dimensiones que son ejecución profesional, actitud profesional, organización y satisfacción general de las cuales se derivan quince categorías que se mencionan en el cuadro 18.

El instrumento utilizado fue tipo likert, con un apartado de datos demográficos, 24 ítem relacionados con la satisfacción del usuario y 5 opciones de respuesta (muy en desacuerdo, en desacuerdo, no sé, de acuerdo, muy de acuerdo). ver instrumento 2

El alpha de Cronbach del instrumento de satisfacción de los grupos de Post-graduado, Postparto y totales, fue de .9016, .9466 y .9345 respectivamente. (ver cuadro 19), según el análisis factorial de Postparto, 4 factores explican el total de la varianza del instrumento, en el de Postgraduado 6 factores, y por último para el grupo de totales 4 factores, lo cual nos indica la validez de cada dimensión. El instrumento de satisfacción es una modificación del publicado en Landeros y Salinas (1996), esta enfocado a evaluar 4 dimensiones que son ejecución personal, actitud profesional, organización y satisfacción general de las cuales se derivan quince categorías que se mencionan en el cuadro 18.

4.3 FACTORIALES

En los cuadros 20 y 21 se muestra el análisis factorial de los instrumentos de evaluación. A continuación, se menciona de manera descriptiva la agrupación de los factores del instrumento de Satisfacción y posteriormente los del instrumento de Depresión, en el cuadro 22 se señala esquemáticamente las diferencias entre la cantidad y tipo de ítem entre un factor y otro en los tres grupos, Postparto, Postgraduado y totales.

4.3.1 SATISFACCIÓN

POSTLEGRADO

FACTOR 1

Lo conformaron 7 preguntas, las cuales nos dan información de las dimensiones de *ejecución profesional*, (12) efectividad, (19) capacidad; *actitud profesional*, (17)

psicosociales: *organización*. (24) recursos y (8) satisfacción general: (9) recurrencia y (23) recomendación de la dimensión de *satisfacción general*.

Como se puede observar, las categorías que integran este factor nos hablan de cómo percibe el paciente la atención y servicio del personal técnico y los médicos.

FACTOR 2

En lo que respecta a este factor, se observó que las preguntas (3) que corresponde a la categoría de *satisfacción general* y a la dimensión del mismo nombre: la (4) recursos de la dimensión de *organización* y la (13 y 20) empatía. (15) psicosociales de la dimensión de *actitud profesional*.

Es notorio que la mayoría de las preguntas están enfocadas a aspectos de empatía e identificación y confianza en el trato médico - paciente, excepto la pregunta (4) que se refiere a si el personal del área médica fue suficiente.

FACTOR 3

A este factor lo integran preguntas de las dimensiones de *actitud profesional*. (5) comunicación, (16) trato humano-amabilidad y de satisfacción general (6) recurrencia.

Observamos que estas preguntas estuvieron orientadas a examinar el trato y la amabilidad que hubo en el servicio brindado por los médicos y enfermeras del hospital.

FACTOR 4

Dentro de este factor encontramos las preguntas (1) atención. (2) seguridad y (22) identificación de la dimensión de *ejecución profesional*, así como la pregunta (11) comunicación de la dimensión de *actitud profesional*.

En lo que respecta a este factor, podemos decir que integro a todos aquellos ítem que tenían que ver con la percepción del paciente con respecto a la capacidad profesional y actitud del médico.

FACTOR 5

Aquí se encuentran las preguntas (7) eficiencia de la dimensión *organización* y (16) trato humano- amabilidad de *actitud profesional*.

Las preguntas anteriores examinan aspectos como la percepción de los pacientes respecto a la organización del hospital y la calidad de la atención de médicos y enfermeras.

FACTOR 6

A este factor lo integran 2 preguntas (14) accesibilidad y (18) recursos de la dimensión de *organización*.

Dichas preguntas exploraron la percepción de los pacientes en cuanto a la accesibilidad de los recursos con que cuenta el hospital.

POSTPARTO

FACTOR 1

Este factor está integrado por 13 preguntas de las 4 dimensiones. (1)atención y (22) identificación de la dimensión de *ejecución profesional*: (5) comunicación, (16) trato humano- amabilidad, (17) psicosociales, (20) empatía y (21) cooperación de la dimensión *actitud profesional*: (4),(18) y (24) recursos de *organización* y (23) recomendación de *satisfacción general*.

El número de preguntas que integran este factor es muy amplio lo cual nos permite examinar todas las dimensiones, desde el tiempo de atención y tramites hasta la calidad de los recursos con que cuenta el hospital sin dejar de lado la importancia del trato humano dado a los pacientes por el personal técnico y los médicos.

FACTOR 2

En lo que respecta a este factor, lo componen 7 preguntas y su distribución en cuanto a categorías fue la siguiente: (2) seguridad y (19) capacidad de la dimensión de *ejecución profesional*; (11) comunicación de *actitud profesional*; (4) recursos, (7) y (10) eficiencia de *organización*; (8) *satisfacción general*.

Estas preguntas dejan al descubierto el análisis de la calidad de la atención médica en términos generales.

FACTOR 3

En este factor solo hay tres preguntas que pertenecen a 2 dimensiones: (12) efectividad de *ejecución profesional*; (13) comunicación y (15) psicosociales de *actitud profesional*.

FACTOR 4

Este factor a diferencia de los anteriores solo tiene una pregunta que se refiere a los tramites que tuvo que hacer la paciente para recibir atención médica, cabe mencionar que en el cuestionario de satisfacción esta pregunta (9) fue la única de tipo negativa. Perteneció a la dimensión de *satisfacción general* y a la categoría de recurrencia

TOTALES

FACTOR 1

Este factor estuvo conformado por 13 preguntas, que están distribuidas en las 4 dimensiones de la siguiente manera: (12) efectividad, (19) capacidad de *ejecución profesional*; (16) trato humano (17) psicosociales y (21) cooperación de *actitud*

profesional: (14) accesibilidad. (18 y 24) recursos de *organización*. (3 y 8) de *satisfacción general*. (6) recurrencia y (23) recomendación de la dimensión de *satisfacción general*.

FACTOR 2

Este factor estuvo integrado por seis preguntas las cuales están distribuidas entre 3 dimensiones. las preguntas (1) atención y (2) seguridad. pertenecen a la dimensión de *ejecución profesional*; (5) y (11) comunicación de la dimensión de *actitud profesional*; y (7) y (10) eficiencia a la dimensión de *organización*.

Se observa que las preguntas de este factor van dirigidas al ámbito de percepción de los pacientes respecto al servicio en general. la atención, eficiencia, seguridad y comunicación en la relación médico paciente.

FACTOR 3

Las preguntas que se agruparon en este factor pertenecen solo a tres dimensiones y se distribuyeron de la siguiente manera: la pregunta (4) recursos de la dimensión de *organización*. (22) identificación de *ejecución profesional* y (13 y 20) empatía y (15) psicosociales de la dimensión de *actitud profesional*.

Este factor hace evidente la visión de las pacientes en lo que respecta a la posible empatía y trato que se dio en la relación médico-paciente; así como la satisfacción en cuanto a los recursos materiales del hospital.

FACTOR 4

A este factor solo se integro una pregunta que se refiere ala cantidad de trámites que se tuvieron que hacer para recibir la atención médica.

Dicha pregunta es el número (9) y en el cuestionario fue la única que se califico de manera inversa. es decir de corte negativo.

4.3.2 DEPRESIÓN

En dicho instrumento cuatro factores explican el total de la varianza del grupo de Postgrado, cinco para el grupo de Postparto y cuatro para el de Totales.

POSTLEGRADO

FACTOR 1

Aquí se agruparon 10 ítem los cuales se relacionan con sentimientos que presentan las pacientes, como es la autoestima (3 y 14), sentimientos de desánimo, culpabilidad, (2 y 9); episodios de irritabilidad (11); alteraciones en el interés por los demás (12), en su período de sueño (16), y en su interés sexual (21); así también en el grado de satisfacción con relación a las cosas (4) y pensamientos de suicidio (9). Es notable la variabilidad de sentimientos que enmarcan todas las dimensiones *específicamente en este factor, sin embargo cuando se habla de un cuadro depresivo, no podemos delimitar las percepciones y estados de ánimo de quien lo padece como en este caso que los pensamientos van desde autocriticas muy severas hasta pensamientos suicidas, lo cual pudiera ser la causa de la variabilidad en los ítem referidos.*

FACTOR 2

Este se conformo de 4 ítem de los cuales dos se refieren a los sentimientos de tristeza y castigo (1 y 6), alteraciones en la alimentación (apetito) (19) y su autoestima (7). Cabe mencionar que la alteración en su alimentación puede ser una consecuencia de los sentimientos de tristeza y castigo provocado por un decremento de su autoestima al estar descontentas consigo mismas, basándonos en el marco teórico este tipo de estados anímicos son característicos de la depresión.

FACTOR 3

Aquí se agruparon 5 ítem que involucran el grado de autoestima (8), la frecuencia de los episodios de llanto (19), su asertividad para la toma de decisiones (13), su

nivel de rendimiento y de cansancio (15 y 17). Es considerable como repercute la baja autoestima en la percepción de ellas mismas en relación a la autocrítica o culpabilidad de sus errores, aumentando episodios de llanto e inseguridad en la toma de decisiones y la disminución del rendimiento físico en actividades cotidianas.

FACTOR 4

En el último factor sólo se agruparon los ítem 18 y 20, los que se refieren a las alteraciones en su peso y su salud (enfermedades). Cabe mencionar que dichas alteraciones son características en los cuadros depresivos.

POSTPARTO

En lo que respecta a la agrupación de ítem en este grupo, es importante señalar que el puntaje total que obtuvieron en el instrumento de Depresión los ubica como no deprimidos, sin embargo hay un gran número de ítem relacionados con sentimientos de tristeza, culpabilidad, castigo e incluso pensamientos suicidas, esto resulta interesante ya que estos son característicos de la depresión, por ello se infiere que puede deberse quizá a otro tipo de factores.

FACTOR 1

Se agruparon 9 ítem que cuestionan los sentimientos de tristeza, culpabilidad, fracaso y el de estar siendo castigadas (1, 5, 3 y 6); así también en relación a la autoestima de las pacientes (7 y 14); la satisfacción que les provoca hacer algunas cosas (4) y los pensamientos de suicidio (9), por último el ítem que cuestionaba si las pacientes presentaban alteraciones del sueño (16).

FACTOR 2

El segundo factorial incluyó a ítem que se refieren a las posibles alteraciones de sueño y el interés sexual (12 y 21), su nivel de rendimiento para realizar algunas actividades (15) y su asertividad para la toma de decisiones (13).

FACTOR 3

Se agruparon ítem en los que se cuestiona si hay alteraciones de peso y su alimentación (18 y 19), y su nivel de cansancio (17).

FACTOR 4

Se agruparon de la siguiente forma, dos de ellas preguntaban si había episodios de irritabilidad y llanto (11 y 10), así como sentimientos de desánimo (2).

FACTOR 5

Este solo agrupo 2 los cuales se referían a su autoestima (8) y afecciones en su salud (20).

TOTALES

FACTOR 1

En este se agruparon 10 ítem que se refieren a sentimientos de tristeza, culpabilidad y castigo (1, 5 y 6); autoestima (7 y 8), satisfacción de lo que se realiza (4), pensamientos de ser una fracasada (3), de suicidio (9), mayor frecuencia de episodios de llanto (10) y alteraciones en sueño (16).

FACTOR 2

Aquí se hallaron 4 las cuales cuestionaban los episodios de irritabilidad, nivel de autoestima (2 y 14), así como alteraciones en el interés sexual e incremento en su aislamiento (21 y 12).

FACTOR 3

Los 3 ítem agrupados tenían en común el nivel de alimentación ya que se cuestionaba si han presentado alteraciones en su ritmo alimenticio, en su peso y el nivel de fatiga de cada paciente (19, 18 y 17).

FACTOR 4

El último factor incluyó a las preguntas 13, 15 y 20, que se refieren a la asertividad de las pacientes para la toma de decisiones, el rendimiento para hacer sus labores y algún tipo de preocupación somática.

4.4 ESCENARIO

La investigación se realizó en el área de Gineco-Obstetricia, donde las investigadoras pasaron a las habitaciones a entrevistar a las pacientes. Las habitaciones fueron de una amplitud de 5 mts. por 3 mts. en donde se encontraron colocadas tres camas individuales, cada una con su respectivo taburete y su división corrediza de tela (cortinilla). Así también tres mesas con ruedas para el servicio de comida. Luz artificial (dos lámparas colocadas en el techo), y un ventanal frente a la puerta.

4.5 PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se siguió en dicha investigación constó de tres fases que son las siguientes:

FASE I se realizó el marco teórico así como la elección y adaptación, de los dos instrumentos que se utilizaron. El instrumento que evaluó el grado de depresión se basó en el modelo de Beck Inventario de Depresión de Beck (cognitivo-conductual), con 21 preguntas y cada una con cuatro opciones de respuesta que describieron el espectro de severidad de las categorías evaluadas. En todos los casos la primera opción tuvo un valor de cero, indicador de la ausencia del síntoma, el segundo de un punto, el tercero dos puntos y el cuarto tres puntos que indicó la severidad máxima del síntoma, ver instrumento 1.

Los parámetros para establecer el punto de corte se tomaron del procedimiento que siguieron en su investigación Torres, Hernández y Ortega (1991) se hizo la sumatoria del puntaje obtenido por cada sujeto en el IDB y esto permitió obtener un punto medio que indicara la presencia o ausencia de la depresión llamado (punto de corte)

en diversos informes, los puntos de corte varían entre los 11 y los 21 puntos, cabe mencionar que el punto de corte esta íntimamente relacionado con la sensibilidad y la especificidad del instrumento el cual fue bastante aceptable con puntos de corte por arriba de 11 puntos.

El segundo instrumento fue una modificación del publicado en Landeros y Salinas (1996), se retomo por el grado de confiabilidad y validez de los ítem, también fue aplicado en una unidad de Gineco-Obstetricia, esta integrado por 24 ítem relacionados con la satisfacción del usuario y 5 opciones de respuesta (muy en desacuerdo, en desacuerdo, no sé, de acuerdo, muy de acuerdo), ver instrumento 2 dicho instrumento esta enfocado a evaluar 4 dimensiones que son ejecución profesional, actitud profesional, organización y satisfacción general de las cuales se derivan quince categorías que se mencionan en el cuadro 18.

FASE 2 la aplicación de los instrumentos se llevo a cabo por las investigadoras en un cubículo (ver materiales).

FASE 3 Aquí se retomo toda la información obtenida para su análisis y los resultados y conclusiones de dicha investigación.

4.6 DISEÑO

El diseño fue cuasiexperimental de comparación estática entre grupos.

CAPITULO V

RESULTADOS

En la presente investigación se aplicaron dos instrumentos, uno para evaluar la satisfacción y otro para evaluar la depresión, a una muestra de 180 pacientes (120 de Postparto y 60 de Postlegrado) del área de gineco-obstetricia del Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda". Los datos se analizaron por medio del programa SSPS para Windows 1997.

5.1 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

Con base a los datos obtenidos se procedió a realizar una descripción de los resultados, así como de su análisis.

Es importante mencionar que para un mejor análisis se agruparon de acuerdo a las dimensiones planteadas para dicha investigación. Ver cuadro 18.

En el ítem donde se cuestionaba si *el médico fue sensible a sus necesidades como persona*, más del 49% de los tres grupos estuvo de acuerdo (ver cuadro 23).

Reafirmando lo mencionado por González (1972, citado en Landeros y Salinas, 1996), ya que considera que resulta de gran importancia para la calidad del servicio la relación médico-paciente y la empatía que pueda darse entre estos.

Ante la pregunta de que si *el médico inspiró confianza*, más del 40% de ambos grupos y del total estuvo de acuerdo (ver cuadro 24). Donabedian (1990) señala que el manejo de la relación interpersonal es importante cuando se habla de satisfacción ya que se involucra la relación paciente-proveedor del servicio, es decir cuanta cordialidad y confianza que hay entre ambos, lo cual generalmente da como resultado

un seguimiento adecuado del tratamiento y de las citas posteriores. Por lo que se infiere que de alguna manera la empatía que surgió entre médico- paciente influyó para que más del 40 % de los dos grupos y totales respondió estar de acuerdo al preguntarles si *el médico les orientó para resolver los problemas personales* (ver cuadro 25)

Influyendo también para que más de un 50% de los grupos de Postgrado, Postparto y de totales, estuvieran muy de acuerdo al preguntar si *el médico y las enfermeras le atendieron amablemente*. (ver cuadro 26) así también un 50% en los tres grupos, consideraron *estar de acuerdo en que respetaron su dignidad como personas*. (ver cuadro 27). Al respecto Gallegos y Cisneros (1996) y Lowe (1989) afirman que la calidad humana respecto al trato que reciben los usuarios por parte de los médicos en las clínicas es un componente muy importante para determinar su completa satisfacción: posiblemente sea por que ya no se ve al paciente únicamente como un problema biológico donde sólo se enfocan a órganos enfermos fragmentando las totalidades corporales y sociales: si no que también se toman en cuenta las necesidades afectivas de los pacientes.

Al preguntar si *pensaron que el personal medico se comporto de manera responsable* un 55% de ambos grupos y del total, estuvo de acuerdo. (ver cuadro 28), así también al cuestionar que *si creían que el médico que las atendió fue muy capaz*, un 58.3% de Postgrado y más de un 50% en Postparto y totales. (ver cuadro 29). Confirmando que la capacidad de los médicos estará determinada por la percepción, las experiencias previas, características y preferencias de cada paciente según lo hemos constatado sobre la base de los trabajos efectuados por Donabedian (1990).

Más del 57% de ambos grupos y el total, estuvo de acuerdo ante la afirmación de que *el médico identificó todas sus molestias* (ver cuadro 30). Y como lo menciona Fitzpatrick (1984, citado en Sitzia y Wood 1997), es muy importante que el doctor

identifique correctamente los problemas de salud, ya que esto constituye una prueba irrefutable de la capacidad de los médicos ante los ojos de los usuarios, logrando así no poner en tela de juicio la confiabilidad del personal ni de la institución.

Corroborando lo anterior el 56.7% de Postgrado manifestó estar de acuerdo ante la afirmación de que *el tratamiento que recibió mejoraría su salud*, mientras que los grupos de postparto y totales fueron de más del 50% (ver cuadro 31). Sitzia y Wood (1997), mencionan que el criterio de efectividad del tratamiento que recibe el usuario podría alterar el reporte de la calidad de la atención hospitalaria y por lo tanto el de satisfacción

Más del 50% de los grupos de Postgrado, Postparto y totales estuvieron de acuerdo en que *él médico eligió la intervención menos molesta y riesgosa*. (ver cuadro 32). Así también al cuestionar si *el médico mostró seguridad en el manejo del padecimiento* el porcentaje para los tres grupos fue de más de un 58%.(ver cuadro 33). Con lo que se confirma lo mencionado por Fitzpatrick (1984, citado en Sitzia y Wood 1997) ya que considera que existen diversas posturas en los pacientes en relación con el trato recibido por el personal de salud, ello en función de las experiencias previas en cuanto a la identificación del problema de la salud y tratamiento dado, por lo que va a depender del buen servicio para una buena satisfacción del usuario. De igual manera Leonard, y Winkler, (1991) consideran que la calidad del servicio está determinada por la percepción que tiene el paciente de la *ejecución del médico*.

Coincidiendo igualmente con Donabedian (1981, citado en Landeros y Salinas, 1996) donde menciona que los elementos importantes para evaluar la calidad de la atención médica son: La *estructura*, que se refiere a los medios materiales y sociales empleados para proporcionar atención, como lo es el número de personal técnico y su organización, control de espacio, equipo y otros medios físicos; el *proceso* se define

como la atención dada por los profesionales a los pacientes, como el reconocimiento del problema, método, diagnóstico, tratamiento y asistencia, el cual se puede juzgar hasta llegar a los *resultados*, ya que en estos se observan los cambios en el estado general del usuario, que a su vez proporcionan mejoras en su calidad de vida.

Ante la afirmación de, *me explicaron como colaborar en mi intervención*, más del 52% de ambos grupos y el total estuvo de acuerdo (ver cuadro 34). Donabedian (1990) señaló que las características y preferencias de los pacientes van a depender de sus costumbres, lo cual a su vez determina las limitaciones y disposiciones de estos para llevar a cabo su tratamiento.

Respecto a la pregunta de *se interesó el médico en mis dudas sobre el tratamiento*, más del 53% de los grupos de Postgrado, Postparto y total estuvieron de acuerdo (ver cuadro 35). Así también cuando se les cuestionó si *recibieron una explicación clara de su estado de salud*, Postgrado arrojó un 63.3%, Postparto 53.3%, y en total el 56.6%, contestaron estar de acuerdo (ver cuadro 36). Quizá la diferencia de porcentajes entre Postparto y Postgrado se deba a que en estos últimos, los médicos trataban de explicar a las pacientes las posibles causas del mismo y su situación actual de salud, quedando en su mayoría conformes.

Más del 52% de las mujeres de los grupos de Postparto y totales estuvo de acuerdo al decir que *la localización de todos los servicios fue fácil*, mientras que el grupo de Postgrado solo fueron 48.3% (ver cuadro 37). Respecto a *la comodidad de la cama*, más del 53% de ambos grupos y del total, respondió estar de acuerdo en que les pareció cómoda (ver cuadro 38).

Más del 54% de los grupos de Postparto y totales estuvo de acuerdo ante la afirmación de que *el hospital cuenta con todo el equipo necesario* en tanto que el grupo de Postgrado fue de un 61.7% (ver cuadro 39) Para Donabedian (1990) es importante la atención técnica ya que involucra tanto la base científico-tecnológica.

como los recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de cada usuario.

Al cuestionar si las pacientes consideraban que *el personal que atiende el área de Gineco-Obstetricia era suficiente*, sólo un 43% de Postgrado, un 50% de Postparto y más de un 45% estaban de acuerdo. (ver cuadro 40). Observando que los porcentajes indican que no fueron suficientes los recursos humanos con los que contó el hospital para brindar la atención. Como ya se menciona anteriormente, Donabedian (1981, citado en Landeros y Salinas, 1996), menciona que la distribución del personal va a depender de la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre la cantidad de pacientes que demandan su atención, además hay que tomar en cuenta la *estructura* que es un elemento importante para evaluar la calidad de la atención médica ya que se refiere a los medios materiales y sociales empleados para proporcionar atención, como lo es el número de personal técnico y su organización, control de espacio, equipo y otros medios físicos. Así también Donabedian (1990) señaló que los recursos humanos y materiales son muy importantes para brindar un buen servicio en las instituciones de salud.

Respecto a si *los trámites para recibir atención médica fueron muchos*, en Postparto el 45.8% estuvieron en desacuerdo, y en Postgrado el 35% estuvieron de acuerdo, mientras que en totales el 40% estuvo en desacuerdo (ver cuadro 41). Al preguntarles si *el tiempo en que tardaron en ser atendida fue el adecuado*, solo un 40% de ambos grupos y del total respondieron favorablemente. (ver cuadro 42). Con lo que observamos que la gran mayoría de la muestra encuestada no estuvo satisfecha con el tiempo en espera, coincidiendo con las conclusiones de sus primeros trabajos teóricos de Were (1983 citado en Gallegos y Romero, 1996), en donde observa que una de las variables que afecta la satisfacción del cliente es el tiempo de espera. Además para Donabedian (1981 citado en Landeros y Salinas 1996), el acceso a la atención médica es un componente de la calidad primordial, por lo cual es necesario garantizar que la atención sea rápida.

Y si analizamos los porcentajes de la pregunta, *la atención médica que recibieron valió el tiempo y el dinero invertido* (ver cuadro 43); observamos que más del 51% de ambos grupos y el total estuvieron de acuerdo. Con lo que se reafirma lo encontrado por Colunga (1995) y López Payán (1988, citado en Gallegos y Romero, 1996), en su investigación realizada en el Distrito Federal en un centro de salud, ya que los pacientes mostraron un gran nivel de insatisfacción en relación al costo-conveniencia, pero los pacientes estuvieron satisfechos en cuanto a la competencia y calidad profesional. Inferimos que el 49% restante de los tres grupos puede haber estado insatisfecha principalmente en lo referente al costo-conveniencia, porque gran parte de la población que participo en la investigación es de muy bajos recursos.

Más del 54% de los grupos de Postparto y totales respondió que *estaba de acuerdo en recomendar los servicios de este hospital* en tanto que Postlegado fue un 65%(ver cuadro 44). El 48.3% de las pacientes del grupo de Postlegado, el 50 % de Postparto y totales respondieron *estar de acuerdo en que si les gustó la atención médica que recibieron*. (ver cuadro 45). De esta manera se coincide con lo dicho por Abramowitz (citado en Sitzia y Wood, 1977) ya que propone que por medio del (NHS) National Health Services el sector salud indague por medio de un reporte de satisfacción las cuestiones que originen agrado ó molestia en el usuario para evitar así la pérdida de ellos y tener así un nivel optimo en su servicio hospitalario. Así también se reafirma lo mencionado por Donabedian (1981, citado en Landeros y Salinas, 1996), ya que propone que para obtener datos confiables se debe de evaluar en dos niveles, el cuantitativo, y el cualitativo, donde en el nivel cuantitativo se cuestionen aspectos aplicativos, técnico-médicos y la suficiencia de recursos dentro de los contenidos de la estructura, proceso y resultado. Y en el nivel cualitativo, tomando en cuenta los tres contenidos enfocados a la evaluación de la atención médica a través de la satisfacción que reporta el paciente

Los datos obtenidos en la sumatoria total del instrumento de satisfacción y Depresión de cada grupo, se muestran en los cuadros 46 y 47.

Como se observa la media menor se haya en el grupo de Postlegrado lo cual confirma las posiciones teóricas de que el estado anímico es determinante en la percepción de la satisfacción.

La información anterior se distribuyó en una escala de 5 números (ver cuadro 48) cada uno equivale a un calificativo que va desde excelente hasta pésima. de acuerdo al porcentaje registrado en cada rango, cabe señalar que estos se distribuyeron de la siguiente manera, en los tres grupos el mayor porcentaje se registro en el rango de sobresaliente al que se le asigno el número 2, postlegrado obtuvo 48.3%, postparto 57.5% y totales 54.4%, después el rango de excelente con el número 1, se ubico como la segunda opción ya que el grupo de postlegrado llego a 38.3% el de postparto a 36.6% y totales con 37.2%, el tercer rango mas importante con el que evaluaron la satisfacción fue el de aceptable con el número 3, en el que se dieron los siguientes porcentajes 13.3% del grupo de postlegrado, 5% el de postparto y 7.7% en el de totales, en el rango 4 que es deficiente no hubo porcentaje para ningún grupo es decir se quedo en 0%: la última opción corresponde también al último número que es 5 pésima, en el que solo hubo porcentaje para los grupos de postparto con 0.8% y totales con 0.5%.

5.2 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN.

Partiendo de los datos obtenidos se procedió a la realización del análisis considerando para ello la propuesta de categorías señaladas en el cuadro 17.

Más del 61% del grupo de Postparto y totales consideraron que *no se sentían tristes*, mientras que un 43 % del grupo de Postlegrado si se sentían tristes. (ver cuadro 49).

No me siento desanimada de cara al futuro, ante esta afirmación, en los tres grupos respondieron afirmativamente con más del 53 % Postlegrado, 82% Postparto y 72 totales, pero en el grupo de Postlegrado es importante mencionar que más de un 46%

consideraban que el futuro era desesperanzador, que no había por que luchar y/o las cosas no mejorarían. (Ver cuadro 50). Al respecto Beck y Cols.(1983) considera que la depresión es un desorden del pensamiento, supone que los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos que provocan una visión negativa del futuro.

No me siento como una fracasada, el grupo de Postlegrado obtuvo un 56%. Postparto más del 84% y totales 75%. Pero un número mayor al 43% de Postlegrado respondió que ha fracasado más que las demás personas, o que es un fracaso como persona (Ver cuadro 51).

Cuando se les pregunto, *las cosas le satisfacen tanto como antes*, Postlegrado obtuvo 41%. Postparto 75% y totales 63%. consecuentemente Postlegrado sumó en las demás opciones más del 58%. (Ver cuadro 52). Con lo que se observa nuevamente que este último grupo tiene un mayor porcentaje en las opciones que indican un mayor nivel de depresión.

En la opción *No me siento especialmente culpable*, el grupo de Postlegrado arrojó 46%. Postparto 84% y totales 71%. considerando que no se sentían culpables. El grupo de Postlegrado en las otras opciones de respuestas sumó más de 53%, con lo cual se observó que gran parte de este grupo si manifestó sentirse culpable. (Ver cuadro 53).

En la afirmación *No creo que esté siendo castigada*, Postlegrado obtuvo 53%. Postparto más del 85% y totales 75%. El resto del grupo de Postlegrado en sus demás opciones sumó más de 46%, considerándose un porcentaje significativo a favor de creer que si estaban siendo castigadas. (Ver cuadro 54). Como se puede observar, una parte significativa de la muestra se inclinó por las otras opciones, y de esta manera se coincide con Rafael Mateu (1998), ya que señala que la depresión es una disminución o baja energética de algunos componentes de la persona, que en la

energía vital o biológica se manifiesta como desvitalización, que en la afectividad se expresa como tristeza, vacío existencial, auto culpa, soledad y en la mente se crea pesimismo, inseguridad y acrecentamiento incontrolado de pensamientos dominantes de auto castigo.

Al mencionarles *No estoy descontenta de mi misma*, Postlegrado obtuvo 45%, Postparto más del 86% y totales 72%. Pero tomando en cuenta las demás opciones de Postlegrado sumaron más de 54%. (Ver cuadro 55). Coincidiendo con los porcentajes de la afirmación *No me considero peor que cualquier otro*, Postlegrado dio 43%, Postparto 80% y total más del 67%: pero las demás opciones de esta pregunta en Postlegrado sumaron más del 56%. (Ver cuadro 56).

No creo tener peor aspecto que antes, arrojó en Postlegrado 61%, totales 78% y Postparto más del 78%. (Ver cuadro 57).

No tengo ningún pensamiento de suicidio, totales y Postparto dieron más de 80% y 88% respectivamente, mientras que Postlegrado 63%. (Ver cuadro 58). Como se puede observar, las tendencias suicidas se manifestaron en 37% de la muestra de Postlegrado y solo en 11% de la de Postparto. Beck, 1976 (citado en Jiménez, Senties y Ortega, 1997) sugiere que los individuos suicidas manifiestan fenómenos psicológicos similares, enfatiza las relaciones existentes entre la depresión, la ideación suicida y el intento suicida.

No lloro más de lo normal, Postlegrado dio 53%, Postparto 88% y totales más del 76%. (Ver cuadro 59). Canaval, González, Tovar y Valencia (2001) señalan que la Depresión es un estado de ánimo en la que se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza y anorexia.

No estoy principalmente irritada, arrojó 50% Postlegrado, 74% Postparto y totales 66%. De esta manera la mitad de la población del grupo de Postlegrado (50%)

considera que se irritan más que antes o no les irritan las cosas que antes les irritaban. (Ver cuadro 60).

No he perdido el interés por los demás. Postlegrado dio 58%. Postparto más de 81% y totales 73%. (Ver cuadro 61). Generalmente quien padece la Depresión, presenta una serie de padecimientos que permiten reconocerla como trastornos de la afectividad mismos que no solo afectan la conducta de quien la padece sino también a todas aquellas personas que lo rodean y su estado emocional.

Tomo mis propias decisiones igual que antes. Postlegrado más de 46%, total 60% y Postparto más del 67%. (Ver cuadro 62). Billing, Cronkite y Moos (1983, citado en García 1991) observaron en algunas investigaciones, que dentro de los eventos que pueden originar a la Depresión se encuentra la falta de dinero, el trabajo, la presión del tiempo y la falta de decisión entre otros.

En la pregunta *No me siento más cansada de lo normal.* obtuvo en postlegrado 60%, total más de 67% y Postparto más de 71%. (Ver cuadro 63), y *Trabajo igual que antes.* respondieron con 58% en Postlegrado, más de un 75% totales y un 84% totales. (Ver cuadro 64). Respecto a esto Rafael Mateu (1998) considera que la Depresión trae una baja energética de algunos componentes de la persona, que en la energía biológica se manifiesta como desvitalización, ganas de hacer menos actividades y una disminución considerable del trabajo.

Duermo tan bien como siempre. Postlegrado dio 40%, totales 61% y Postparto más del 72%. (Ver cuadro 65). Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia (2001) señalan que la Depresión Postparto es un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, anorexia y principalmente disturbios en el sueño, y que dicho estado comienza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto.

Relacionando las preguntas que cuestionaban *si no han observado ningún cambio en su interés por el sexo*, se obtuvo que no hay ningún cambio, ya que se encontró en Postlegrado más del 51%, totales 70% y Postparto más de 79%. (Ver cuadro 66). *Mi apetito no ha disminuido*, arrojó 60% en Postlegrado, totales más de 76% y Postparto 85%. (Ver cuadro 67), así también al cuestionarles que *si No he perdido peso últimamente*, Postlegrado arrojó un 73%, total un 83% y Postparto un 88%. (Ver cuadro 68). Corroborando que, aunque en una minoría, la anorexia, pérdida de peso y preocupación somática son reacciones muy comunes en cuadros depresivos, sin dejar de lado también la pérdida del apetito sexual, la cual según Canaval y cols.(2001) se debe a la caída dramática de los niveles hormonales.

No estoy preocupada por mi salud, en Postlegrado se obtuvo 45%, Postparto 69% y totales 61% (ver cuadro 69).

Por otra parte al hacer una revisión de los casos como la realizada por Torres, Hernández y Ortega (1991) tomando como partida un corte mayor a 11 puntos, se encontró que 33% de la muestra total si tuvo depresión ya que los puntajes oscilaron desde 11 hasta 44 puntos . Y analizando por subgrupos se observó que solo 22% (26 casos) de la población de Postparto si tuvo depresión (ver figura 70) pero no se observó ninguna relación significativa entre estos puntajes y el reporte de satisfacción (ver cuadro 71), mientras que la muestra de Postlegrado alcanzó el 56% (34 casos) (ver figura 72) con mujeres que presentaban depresión (ver cuadro 73).

Del 56%, un 20% mantiene una relación entre la presencia de depresión y los puntajes bajos del reporte de satisfacción. Observando de esta manera que si influyó la depresión en el reporte de satisfacción.

Al hacer la sumatoria total del instrumento de Depresión en cada uno de los grupos, se encontró que Postgrado sumo 914 y tuvo una media de 15.23. Postparto 731 y la media fue de 6.09 y totales 1645 y la media de 9.13 (ver cuadro 47).

Estos datos señalan que el grupo de postparto no alcanzó el punto de corte establecido que fue de 11 puntos para determinar si hay o no depresión, mientras que el de postgrado lo rebaso pues llego a mas de 15 puntos, lo cual resulta ser significativamente alto y si equiparamos ambos instrumentos utilizando una prueba no paramétrica como la chi cuadrada para hacer un comparativo del instrumento de depresión, encontramos que efectivamente a mayor depresión hay menor satisfacción.

CONCLUSIONES

Se infiere que la calidad del servicio brindado en el área del Gineco-Obstetricia, del Hospital General de Naucalpan, fue buena, ya que más del 90% de la población alcanzó puntajes altos en sus reportes de satisfacción, es necesario tomar en cuenta los puntajes bajos, con la finalidad de detectar y corregir posibles fallas para disminuir los casos que no están del todo satisfechos con el servicio. Y es que si se establece un nivel óptimo de calidad como lo menciona Castillo y Vieyra (1995) se estará encaminando a la institución al éxito, tomando en cuenta la zona en que se preste el servicio y los medios económicos con los que se cuente. Es ineludible dar atención integral desde el embarazo, parto y postparto, con un enfoque de esos procesos como ciclos vitales y no como enfermedades, un sistema de monitoreo permitiría evaluar la satisfacción del usuario con el fin de detectar y modificar los problemas presentados al brindar el servicio.

Podemos afirmar que sí afectó la depresión en el reporte de satisfacción, principalmente en las pacientes del grupo de Postgrado, debido a que obtuvieron los mayores puntajes en el instrumento de Depresión y los menores puntajes en satisfacción, coincidiendo así con la hipótesis planteada en la investigación. Esto puede deberse a las ideas negativas que predominan en las pacientes con depresión. Beck, Rush, Shaw and Emery, (1983) consideran que la depresión es un desorden del pensamiento, supone que los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos que provocan una visión negativa del futuro y por consiguiente del presente. Se observó que el papel de la depresión en el reporte de satisfacción de los pacientes del área de Gineco-Obstetricia, en un hospital de segundo nivel fue significativo solamente para las pacientes de Postgrado, sin embargo se considera pertinente aplicar el instrumento de Depresión antes de la intervención con el fin de determinar si las pacientes presentan cuadros depresivos durante el embarazo, además es fundamental realizar investigaciones con poblaciones

más grandes de pacientes de postgrado, ya que mientras más extensa sea la población más datos de comparación pueden ser obtenidos.

En base a los datos del análisis se observó que la depresión es más frecuente en mujeres Postgrado, pues su estado emocional se encuentra alterado por la aparición de ideas pesimistas, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, distorsión del sueño e irritabilidad que se presentan progresivamente, esta serie de padecimientos en conjunto pueden modificar la percepción que se tiene de si mismo y del medio que lo rodea, convirtiéndose en una causa de peso que influye negativamente en su reporte de satisfacción.

Por otra parte, basándonos en lo mencionado por Donabedian (1990), respecto a los tres componentes básicos de atención en el ámbito de la salud, podemos decir que en el área de Gineco-Obstetricia, el manejo de la relación interpersonal es la que presenta más déficit, mientras que en el ambiente físico y atención técnica son menos las quejas, las pacientes consideraron que se eligió la intervención menos riesgosa, hubo una adecuada elección del tratamiento, recibieron una explicación clara de su tratamiento, colaboraron en el mismo y se contó con el equipo necesario. Más no estuvieron de acuerdo con el tiempo de espera, de contar con el personal necesario, de que el tiempo para ser atendida fue mucho. De esta manera se coincide también con los resultados de la investigación realizada por Colunga (1995) y López Payán (1988, citado en Gallegos y Romero, 1996), en la que concluyeron que los encuestados mostraron un gran nivel de insatisfacción en relación al costo / conveniencia, pero estuvieron satisfechos en cuanto a la competencia y calidad profesional.

Se considera que los médicos del área de Gineco-obstetricia deberían ser más sensibles a las necesidades de sus pacientes como personas, inspirarles confianza y en ocasionalmente orientarlas para resolver sus problemas, ya que aproximadamente la mitad de la población total de ambos grupos no estuvo satisfecha en estos aspectos.

es preponderante concienciar al personal médico respecto a la idea errónea de que la satisfacción depende sólo del funcionamiento curativo del sistema, sin contemplar que también muestra valores y expectativas del paciente respecto a diferentes aspectos del cuidado médico. González (1972, citado en Landeros y Salinas, 1996), puntualiza que en la relación médico-paciente, la empatía que pueda darse entre ellos, resulta ser un factor de gran importancia para evaluar la calidad del servicio brindado. Donabedian, (1990), afirma que al hablar de satisfacción la cordialidad y confianza entre médico-paciente es muy importante ya que establece una relación entre ellos que permite un seguimiento adecuado del tratamiento y asistencia de los pacientes a las citas posteriores.

Se observa que la gran mayoría de la población considera que el servicio brindado fue de calidad, y de esta manera coincidimos con Fitzpatrick (1984, citado en Sitzia y Wood 1997), al aseverar que son muy importantes las experiencias que han tenido algunos pacientes respecto al trato brindado por el personal de la salud, la promoción de los tratamientos, la identificación de los problemas de salud y la evaluación del servicio, y que definitivamente son determinantes para la satisfacción o insatisfacción del paciente en cuanto al servicio.

En posteriores investigaciones es conveniente trabajar con las pacientes del área de Ginecología, incluso con mujeres que hayan sido intervenidas por algún problema en la matriz, pues como se menciona en el marco teórico, después de una intervención quirúrgica se es más vulnerable a padecer un cuadro depresivo, también es esencial ofrecer atención integral desde el embarazo, parto y postparto, lo cual hace evidente la necesidad de hacer programas de apoyo psicológico para la paciente y su familia con la finalidad de no permitir la evolución de dicho padecimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

- Acle, T. (1994). *Retos y Riesgos de la Calidad Total*. México, D.F.: Grijalbo.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1992) *Psicoterapia de la Depresión*. México, D.F.: Paidós. P.p 264-276.
- Baquedano L. G. (2001) *Un test para prevenir el suicidio*. (8 párrafos). (En red) Disponible en: <http://hospital.psiquiátrico.tripod.com>
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Gullford Press. P.p.45
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. and Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 9ª edición. España: Desclee de Brower. pp. 394.
- Biel, F., (1983). "*Investigación y Salud*". En: Revista Médica. (3). 605-610.
- Bravo, R. y Mejía, S.(1997). "*Calidad Total y Mejora Continua*". Serie:Tecnología Administrativa. México,D.F.: Centro de Estudios de Administración Aplicada CEDA.
- Bryan, T. L y Georgiopoulos, A. M. (1999). "*Incidence of postpartum depression in Olmsted Country, Minnesota. Apopulation-based, retrospective study*". Reprod.Med. 44(4),351-358.
- Bryan, T.L., Georgiopoulos, A.M., Harms, R.W., Huxsahl, J.E., Larson, D.R., and Yawn B.P. (1999). "*Population-Based Screening for Postpartum Depression*". Obstetrics and Gynecology 93 (5). 653-657.
- Caraveo-Anduaga, J., Martínez, V., Rivera, G. y Polo, D. (1997). "*Prevalencia en la Vida de Episodios Depresivos y Utilización de Servicios Especializados*". Salud Mental. 20 (2). 15-22.
- Campillo, S. y Caraveo, A. (1979). "*Epidemiología de la Depresión*". Salud Mental. 19 (2). 40-43.
- Canaval,G.E., Gonzalez, M.C., Martínez-Schallmoser, L., Tovar, M.C., y Valencia, C. (2000). "*Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia*". Colombia Médica. (31). 4-10.
- Castillo, P y Vieyra, S. (1995). "*Calidad total, calidad de vida y salud ocupacional*". Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México. Cap. I y II.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Colín P. (1994). *Distimias, guía informativa para enfermos, familiares y amigos*. México. D.F.: Unidad de Ansiedad y Depresión de la Clínica San Rafael de la Ciudad de México. p.p. 16
- Colunga. C. (1995). *Administración para la calidad*. México, D.F.: Grijalbo.
- De la Fuente. R. (1996). *Psicología Médica*. México. D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- De la Cruz. R. (1990). “*Consecuencias psicológicas del aborto en mujeres jóvenes*” Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx.. México.
- Díaz. G. (1986). *El ecosistema sociocultural en la calidad de vida*. México. D.F.: Trillas Pp.75 - 90.
- Donabedian. A.(1990). “*La dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad*”. Salud Pública, (México), 32 (2). 113-117.
- Donabedian. A. (1993) “*Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*” Salud Pública. 35 (3). 238 – 247.
- Ellis. A.(1973). *Psychotherapy: The racional–emotive approach*. New York: Macgraw-Hill.
- Evans Jonathan (2001). *Apoyo Internacional Posparto*. (En red). Disponible en: <http://www.chss.iup.edu/postpartum/>
- Everett K. (1989). *El Aborto y la Salud Mental de la Mujer* (17 párrafos). (En red). Disponible en : <http://www.alertamexico.org.mx/consecu.htm>
- Franco. N. (1995) “*La psicología incertada en los círculos de calidad*” Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx.. México. Cap. 1 y 2.
- Gallegos. N. y Romero. R. (1996). “*Evaluación en sistemas de salud en el hospital de segundo nivel de atención*”. Tesina de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx.. México.
- García. C.E. (1991). “*Depresión y mujer, consideraciones acerca de su etiología*”. Tesina de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Capus Iztacala. Edo.Méx.. México.
- Glitow H. y Proce Management International (1991). *Planificando para la calidad: la Productividad y una posición competitiva*. México. D.F.: Ventura.
- Gradillas. V. (2000. Diciembre). *Depresión Postparto*. (8 párrafos). (En red). Disponible en: <http://www.miniclub.com/dppbiologica>

- Guy, B. (1990). *Como Conquistar y Mantener la fidelidad de su clientela*. México: Díaz Santos.
- Huang, Y.H. y Nigel, M.(2001). "Postnatal Depressionbiological or cultural? A comparative study of postnatal womwn in the Uk an Taiwán". Journal of Avanced Nursing 33 (39), 279-287.
- Hulka, S., Zyzanski, J., Cassel, C. y Thompsom. (1970). "Escale for the measurement of attitudes toward physicians an primary medical care". Medical Care, VIII (5), 429-435.
- Impacto psicológico del aborto** (párrafos). En red. Disponible en: <http://www.formerwomenofchoice.com/grief.htm>
- Jiménez, A., Senties, H. y Oterga, H. (1997). "Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intentos suicidas". Salud Mental, 20 (1), 36-40.
- Landeros, G. y Salinas, G. (1996). "El papel de las habilidades sociales pertinente a la demanda de satisfacción de necesidades de atención médica en una unidad de Gineco-Obstetricia". Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Larrea, P. (1992). "El Coste de la No Calidad". Boletín de Estudios Económicos. XLVI (143), 225-230.
- Lesperance, F., Frasure, N. y Talajic, M. (1996). "Major Depresión before and after myocardial infarction: Its nature and consequences". Psychosomatic Medicine 58 (2), 99-110.
- Leonard, C. y Winkler, T. (1991) "Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto". Adelantos en el tratamiento del aborto, (1), No.1.
- Lewiss, R.J:(1995) "Patiente view on quality care in gerneralthpractice: literature review" Social Science Medice, 39,(5), 655-670.
- Loewe, R. (1989). *Capacitación de Recursos Humanos para la Atención Primaria a la Salud*. Prespectivas en salud pública. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud. p.p. 97-101.
- Manelic, H. y Ortgá, H. (1995). "La Depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, plantel Aragón". Salud Mental, 18 (2), 31-33.
- Mateu, R. (1998). La Depresión. sus causas y soluciones psicológicas (7 párrafos). (En Red). Disponible: <http://www.arrakis.es/~rmateu/index.htm>

- Oretti R., Hunter C., Lazarus J., Parkes A. and Harris B. (1997) "*Antenatal Depression and thyroid Antibodies*". Biological Psychiatry, 41. 1143-1146 .
- Ortega, H., García, S., Imaz, B., Pacheco, J., Brunner, E., Apiquian, R. y De la Torre, M. (1994). "*Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos*". Salud Mental, 17 (3), 7-11.
- Ramírez, H. y Ortiz, A. (1985). "*Investigación de la metodología utilizada en los programas de desarrollo comunitario realizados en México (Período 80-81), por los sectores educativos y sanitarios. Reporte de investigación*". Tesina de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Saldaña R., A. (2000, Noviembre). *Maternidad sin riesgos en Morelos: un enfoque en la calidad de la atención post-aborto*. (párrafos). (En red). Disponible en: <http://www.laneta.apc.org/cidhal/>
- Salinas R. J. (1998). *La aplicación de Técnicas Cognitivas y Conductuales para el Tratamiento de la depresión: Un caso (62 párrafos)*. Revista Electrónica de Psicología Clínica Iztacala (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgeluis.html>
- Sítzia, J. and Wood, N. (1997). "*Patient satisfaction: a review of issues on concepts*". Social Science Medicine, 45 (12), 1829-1843.
- Soto, A. (1990). "*Evaluación y Repercusiones Perinatales del Riesgo Materno-Fetal*". Revista Latinoamericana de Perinatología, 8 (2), 43-51.
- Speckhard, A. (2000). *Efectos secundarios psicológicos* (4 párrafos). (En red). Disponible en: <http://www.obbita.starmedia.com/~darynth/efectosec.htm>
- Suárez, G.V. (1989). "*Validación de la escala de depresión de Zung en adolescentes de secundaria Mexicanos*". Tesina de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Torres, C. M., Hernández-Malpica, E. y Ortega S., H. (1991). "*Validez y reproductibilidad del inventario de Depresión de Beck, en un Hospital de Cardiología*". Salud Mental, 14 (2), 1-5.
- Williams, B. (1994). "*Patiet Satisfaction: a Valid Concept ?*". Social Science Medical, 38 (4), 509-516.

ANEXOS

RANGOS DE EDAD EN EL GRUPO DE POSTPARTO

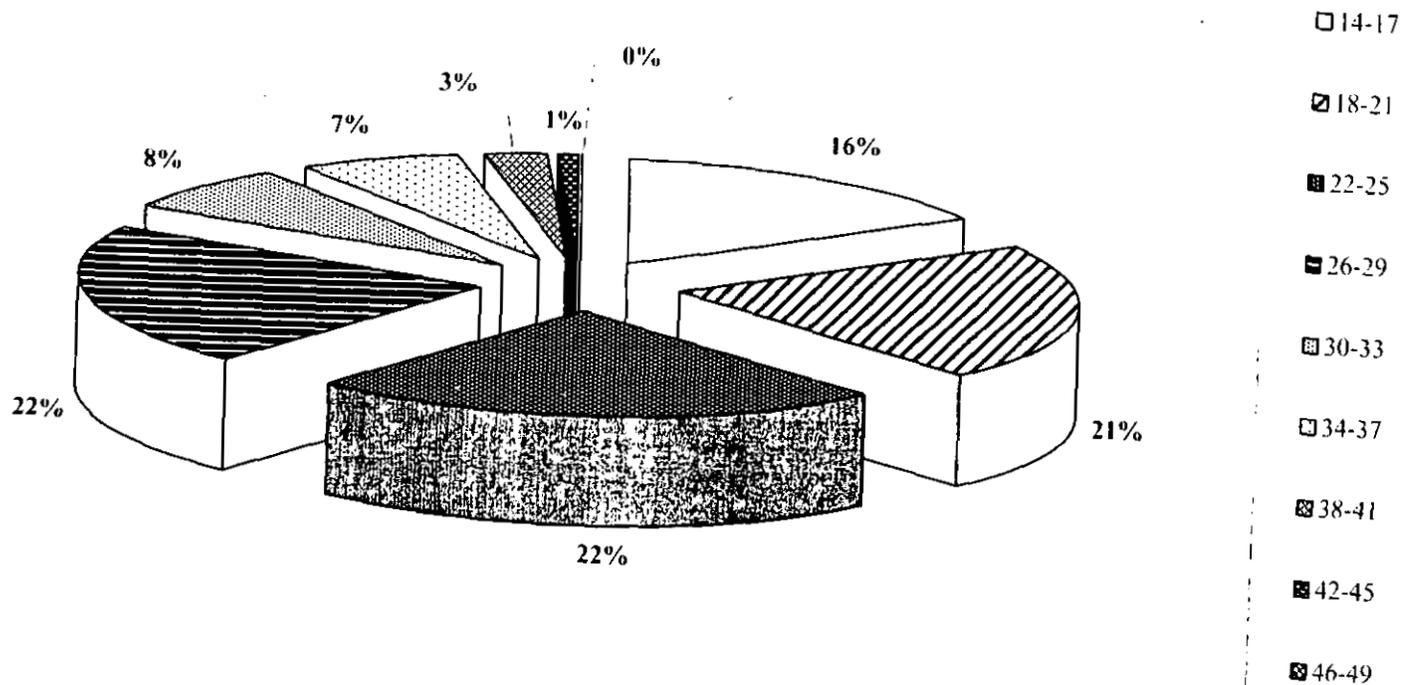


Figura 2 Muestra los rangos de edad del grupo de postparto, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstétrica en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISFM) 1998-1999

RANGOS DE EDAD DEL GRUPO DE POSTLEGRADO

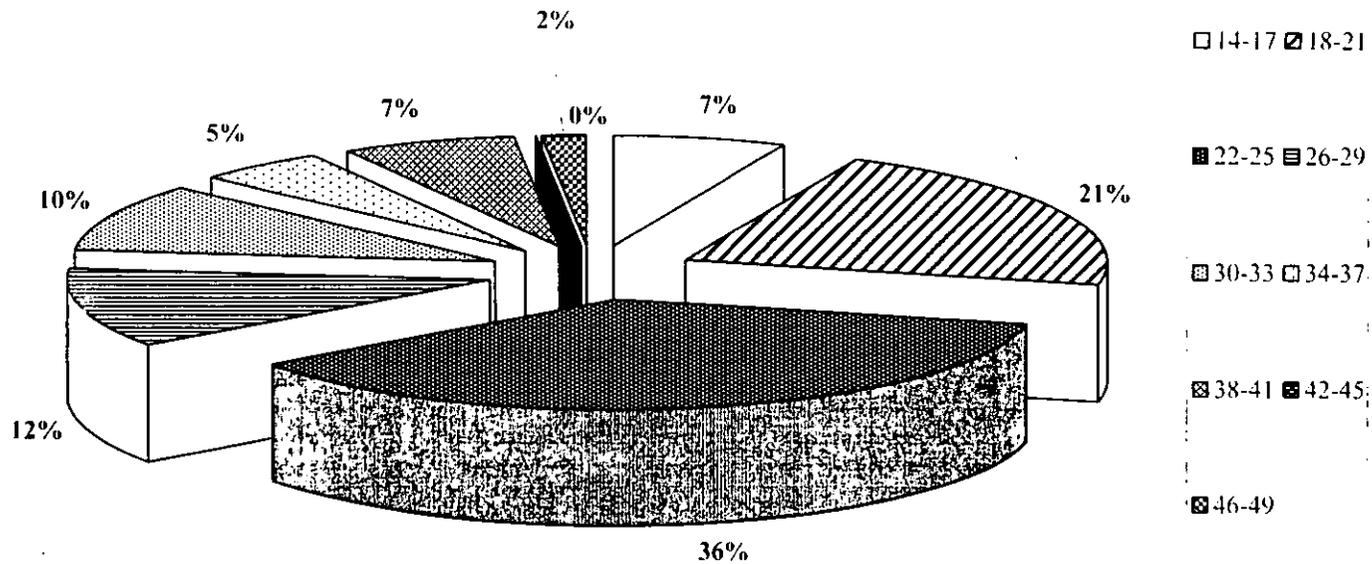


Figura 1 Muestra los rangos de edad del grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999

OCUPACIÓN DEL GRUPO DE POSTLEGRADO.

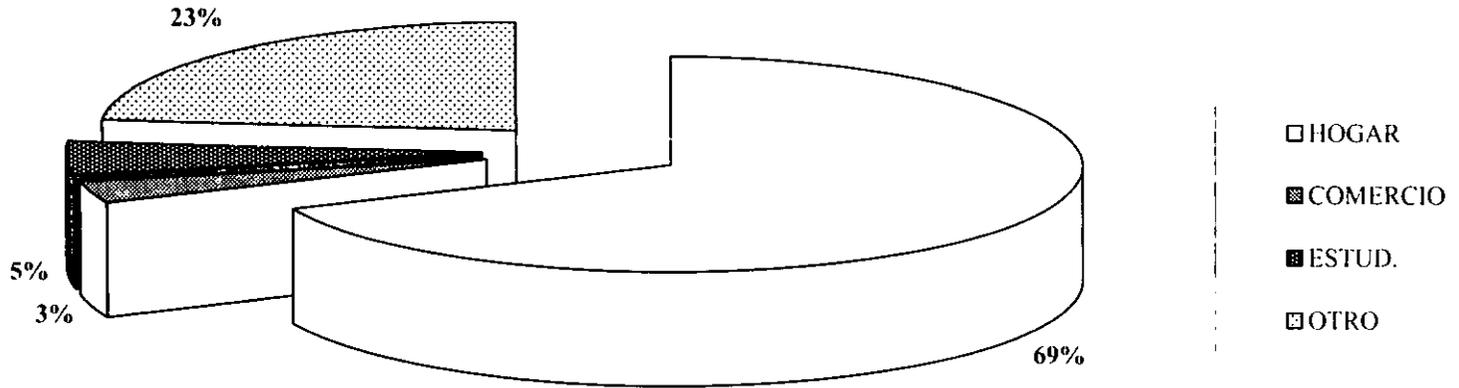


Figura 3 Muestra la ocupación de las mujeres del grupo de posilegrado, la población fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

OCUPACIÓN DEL GRUPO DE POSTPARTO.

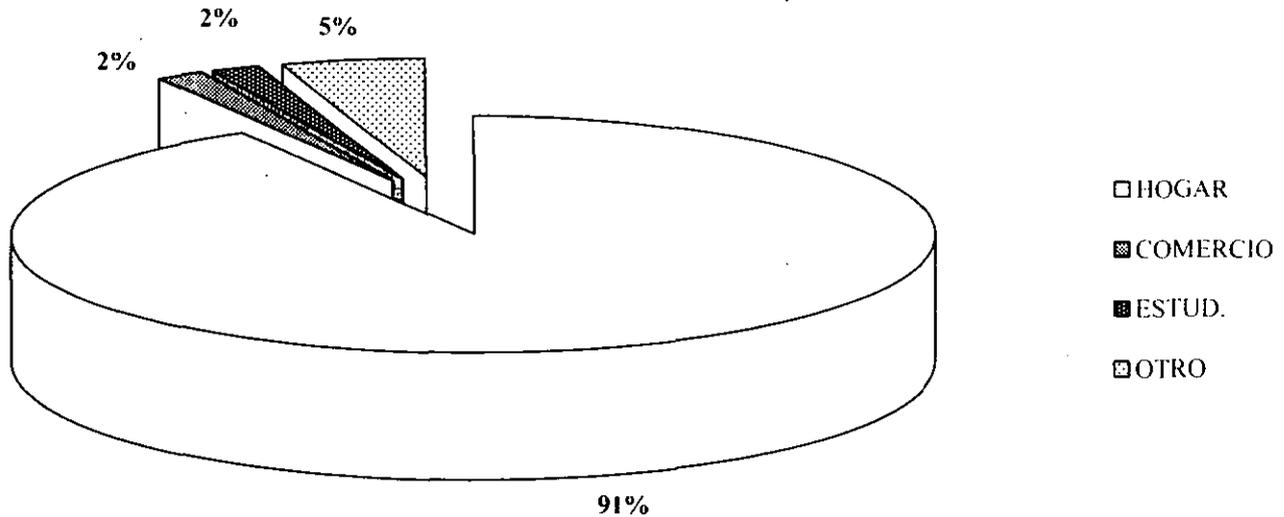


Figura 4 Muestra la ocupación de las mujeres del grupo de postparto, la población fue tomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

NIVEL ESCOLAR DEL GRUPO DE POSTLEGRADO.

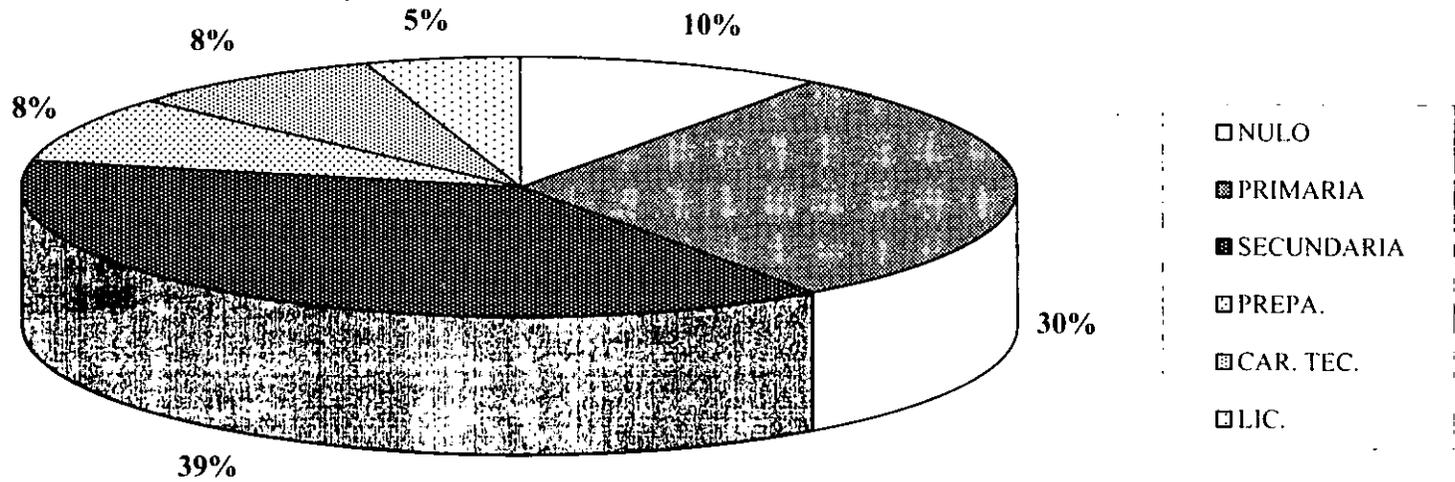


Figura 5 Muestra el nivel escolar del grupo de postgrado, la población fue tomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (HSEM) 1998-1999.

NIVEL ESCOLAR DEL GRUPO DE POSTPARTO.

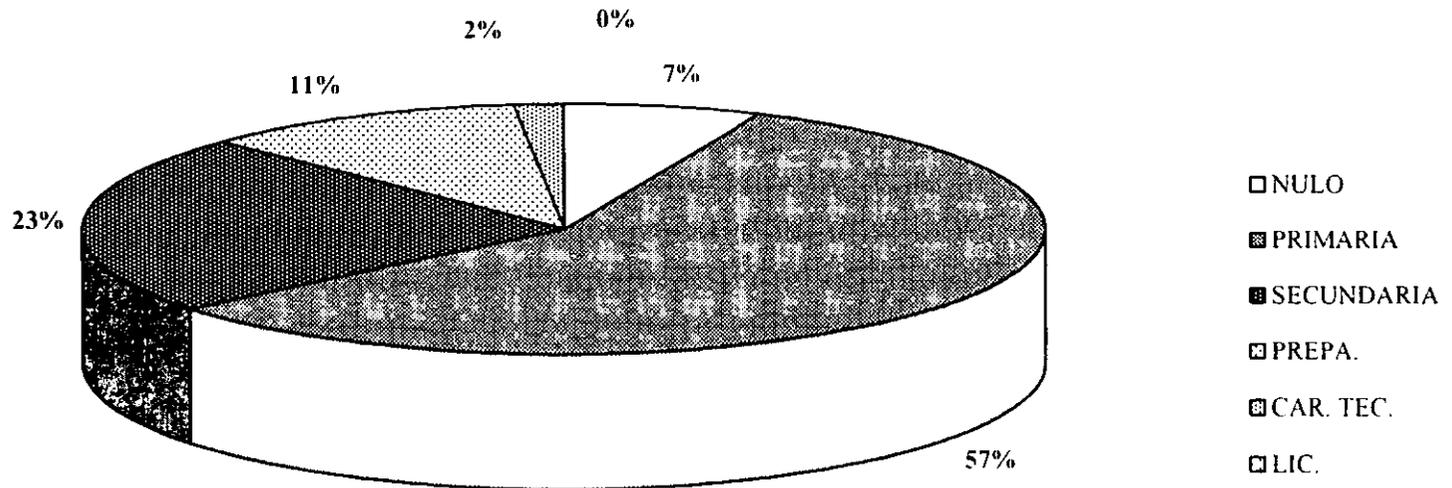


Figura 6 Muestra el nivel escolar del grupo de postparto. la población fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE POSTLEGRADO

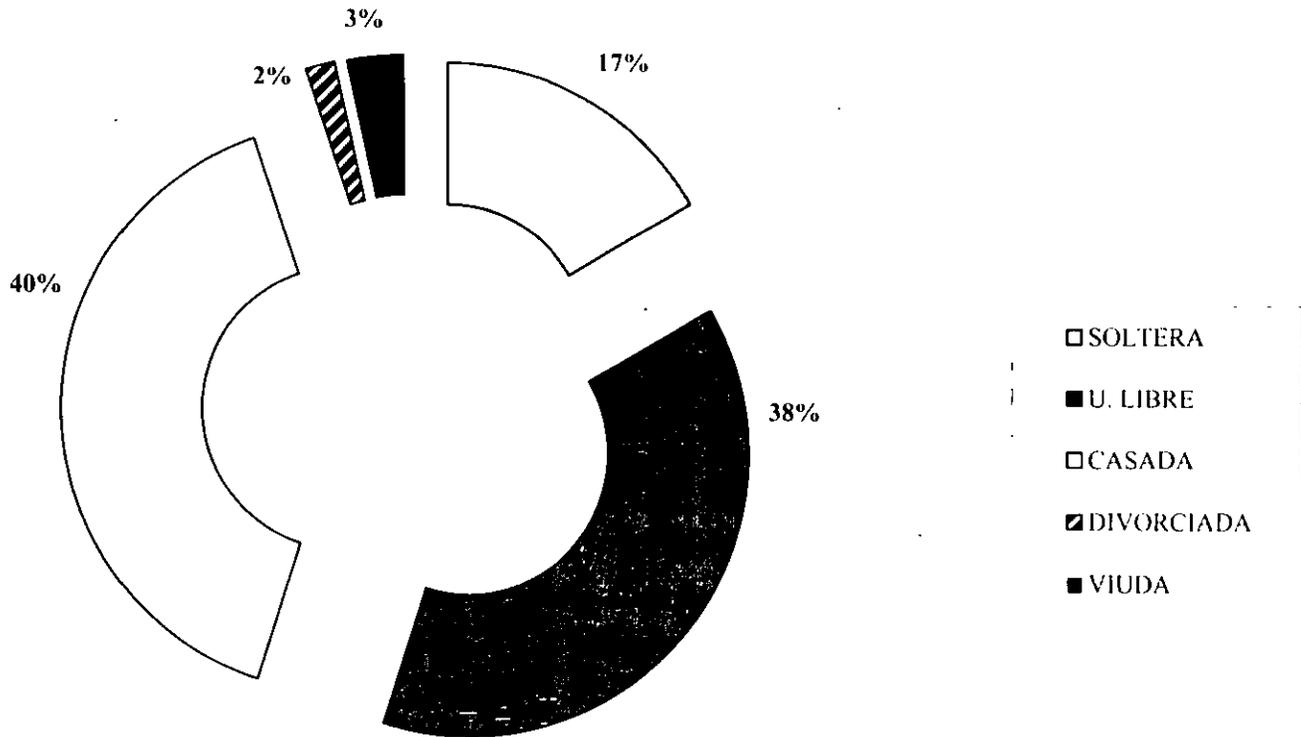


Figura 7 Muestra el estado civil de las mujeres del grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE POSTPARTO.

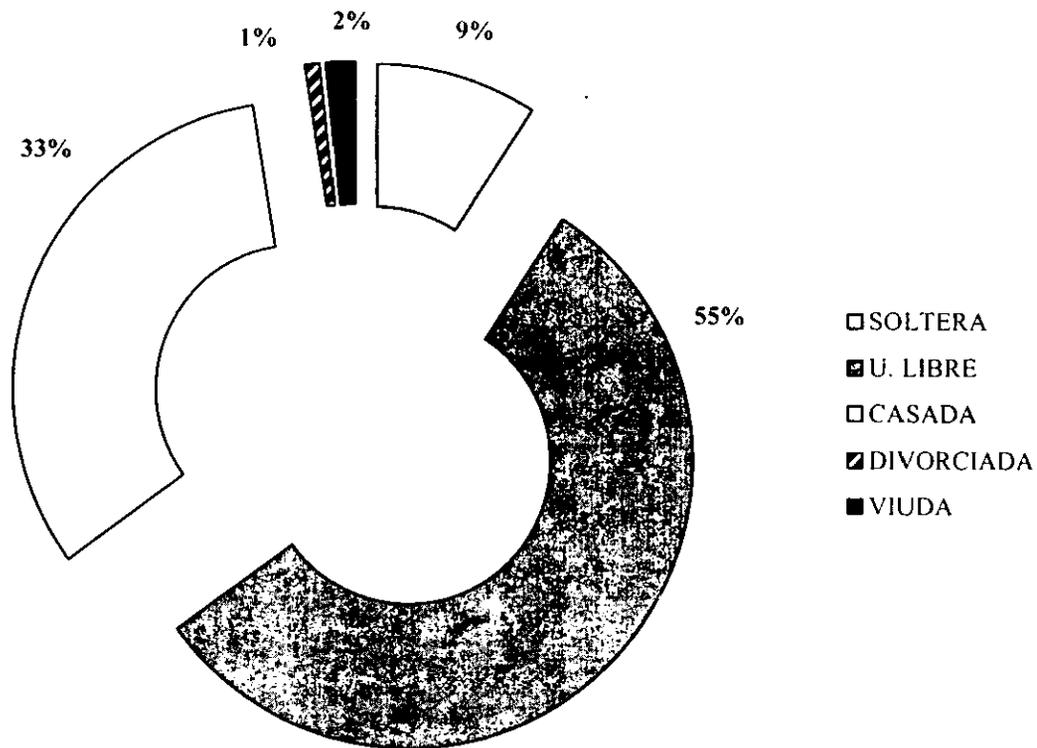


Figura 8 Muestra el estado civil de las mujeres del grupo de postparto, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

GESTAS DEL GRUPO DE POSTLEGRADO

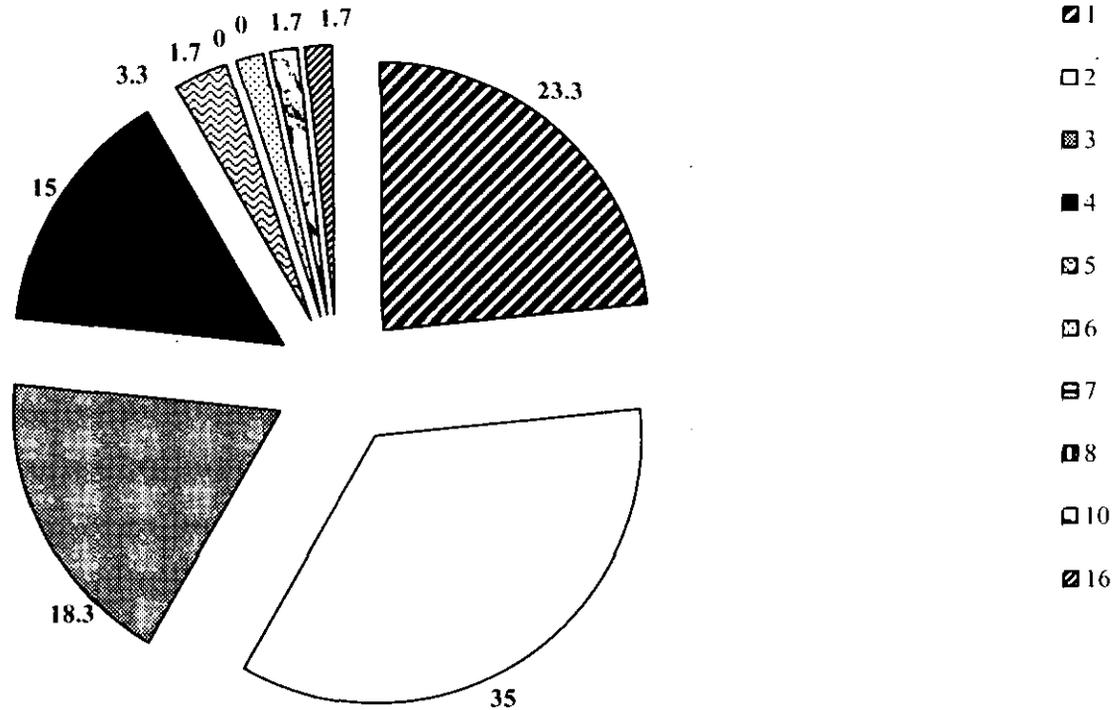


Figura 9 Muestra el número de gestas reportado por las mujeres del grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruíz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

GESTAS DEL GRUPO DE POSTPARTO.

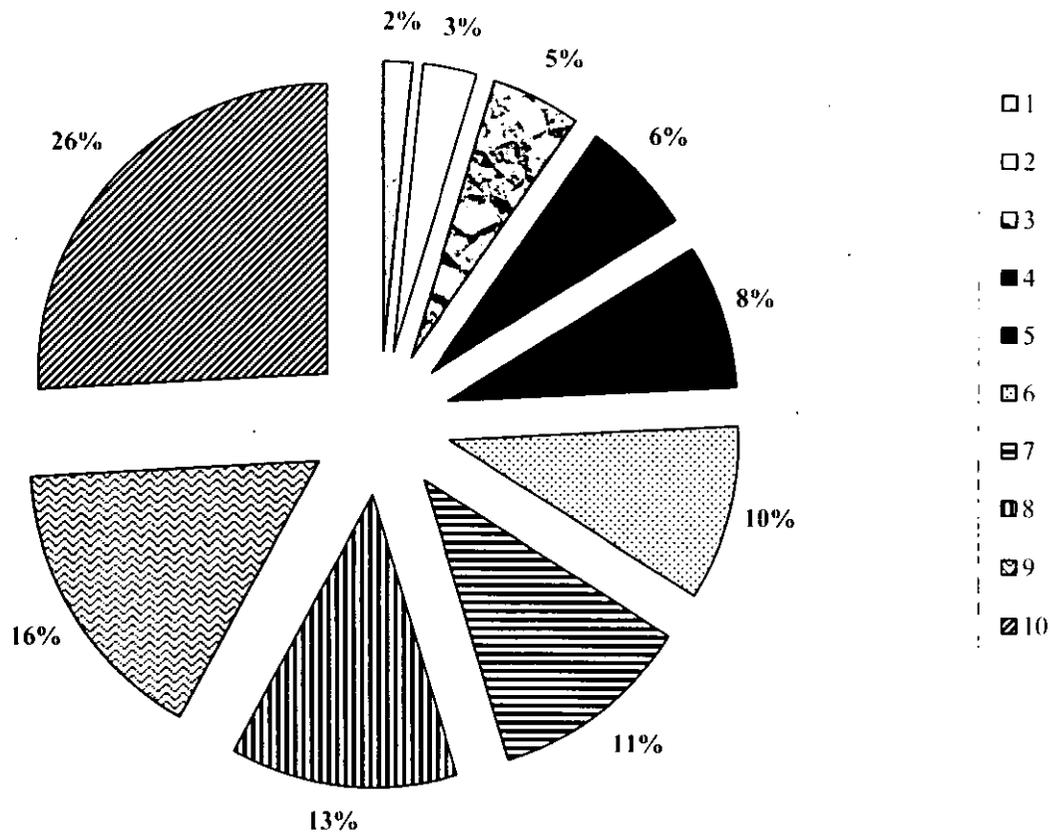


Figura 10 Muestra el número de gestas reportado por las mujeres del grupo de postparto, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

PARTOS EUTOVICICOS DE LA POBLACIÓN DE POSTLEGRADO

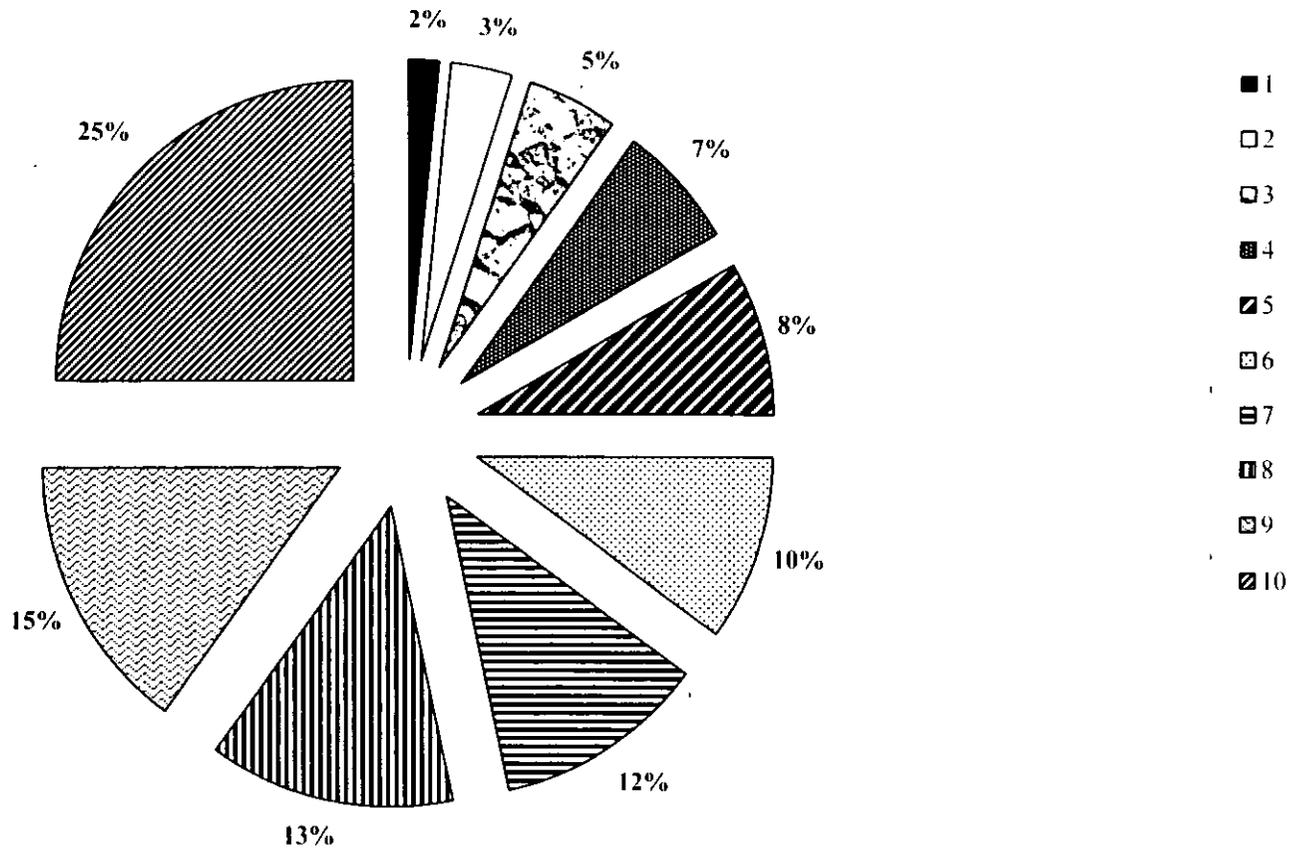


Figura 11 Muestra el número de partos eutocicos reportados por las mujeres del grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999

NUMERO DE PARTOS EUTOCICOS DE LA POBLACION DE POSTPARTO

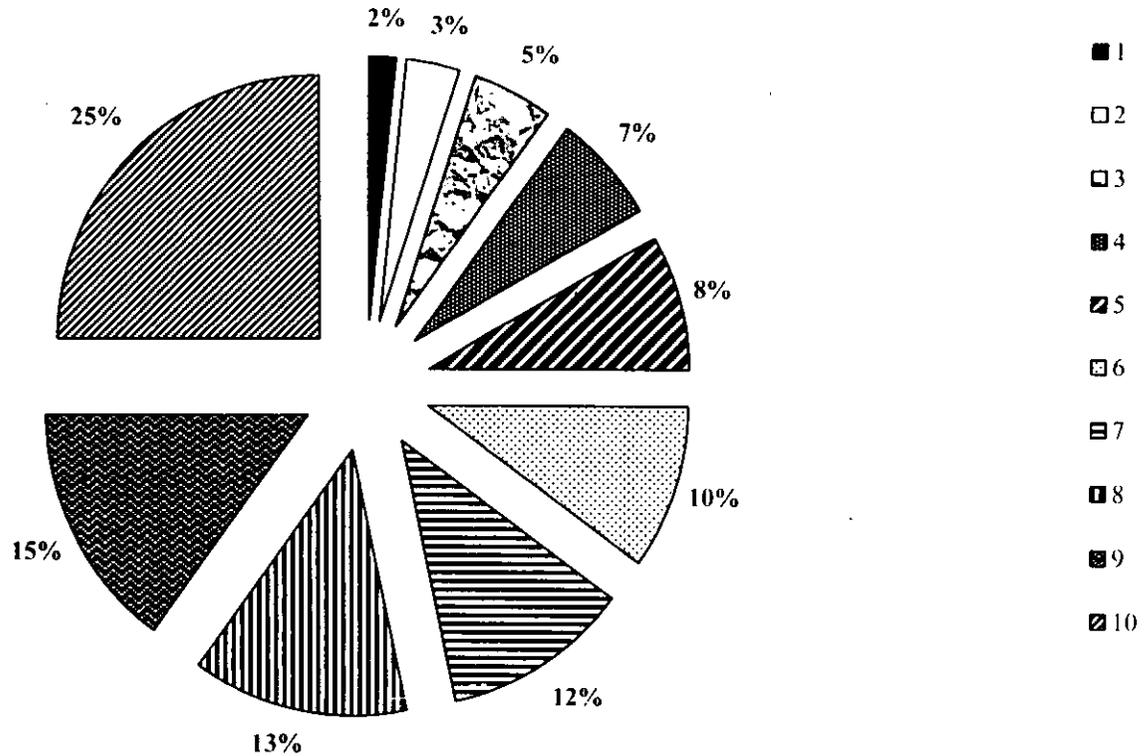


Figura 12 Muestra el número de partos eutocicos reportados por las mujeres del grupo de postparto, la población para este estudio fuertomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

NÚMERO DE CESAREAS EN EL GRUPO DE POSTLEGRADO

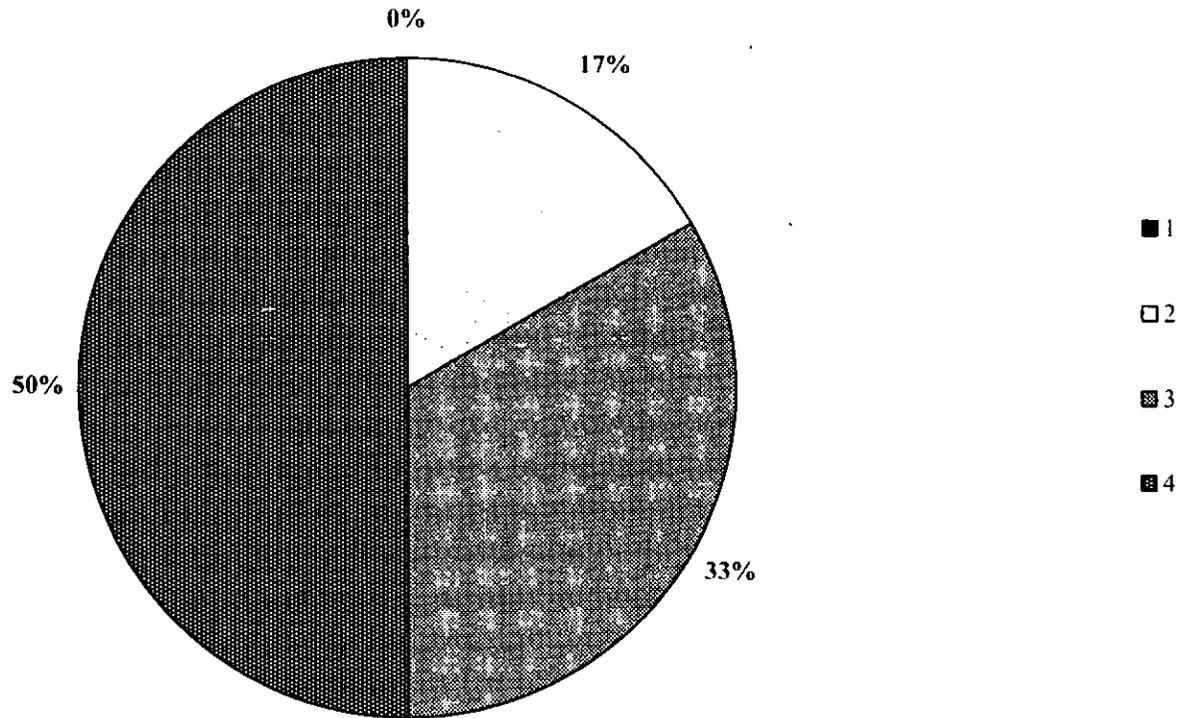


Figura 13 Muestra el número de cesareas reportado por las mujeres del grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

NÚMERO DE CESAREAS DEL GRUPO DE POSTPARTO

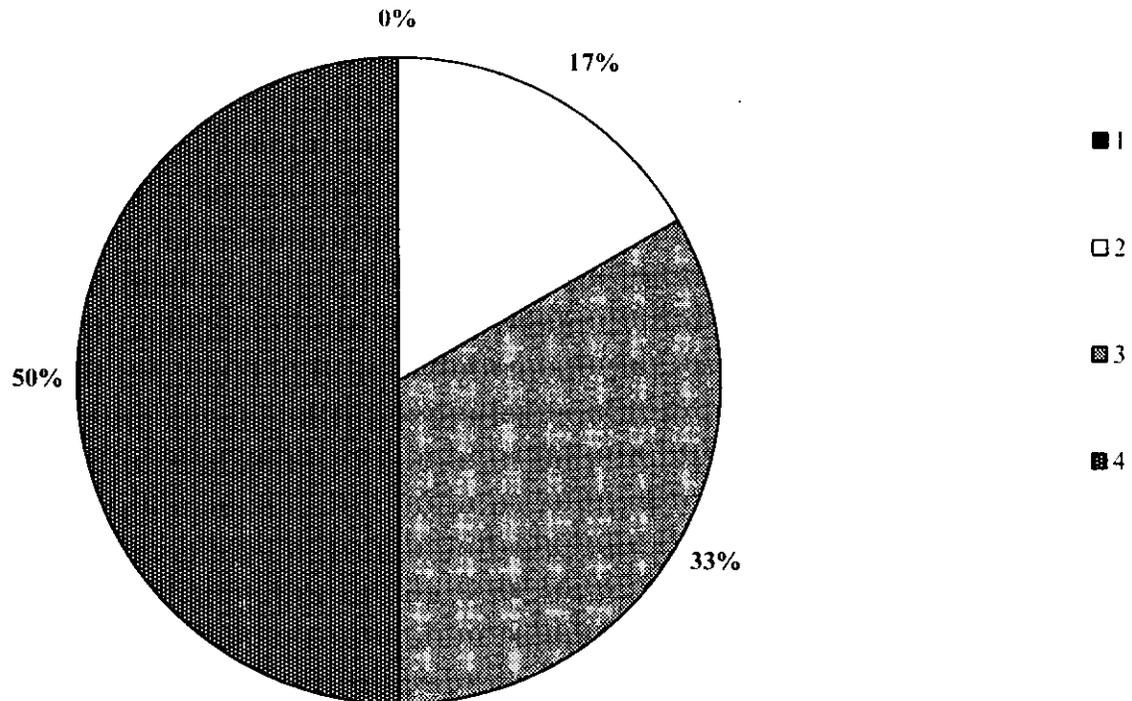


Figura 14 Muestra el número de cesareas reportado por las mujeres del grupo de postparto, la población para este estudio fue tomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

PORCENTAJE DE LEGRADOS EN LA POBLACIÓN TOTAL

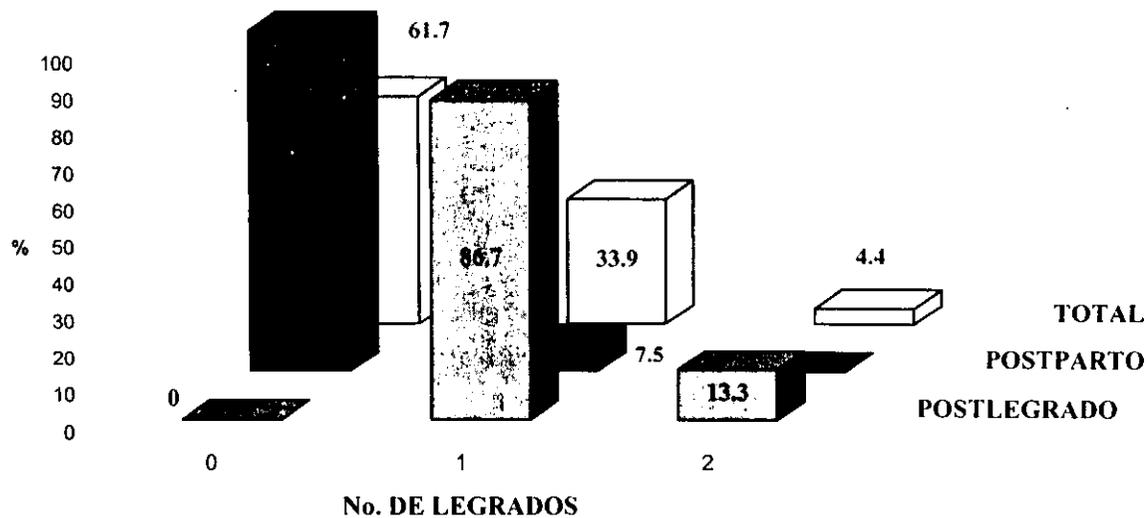


Figura 15 Muestra el porcentaje de legrados que han tenido las mujeres de ambos grupos, la población para este estudio fue tomada del Area de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

EMBARAZOS PLANEADOS

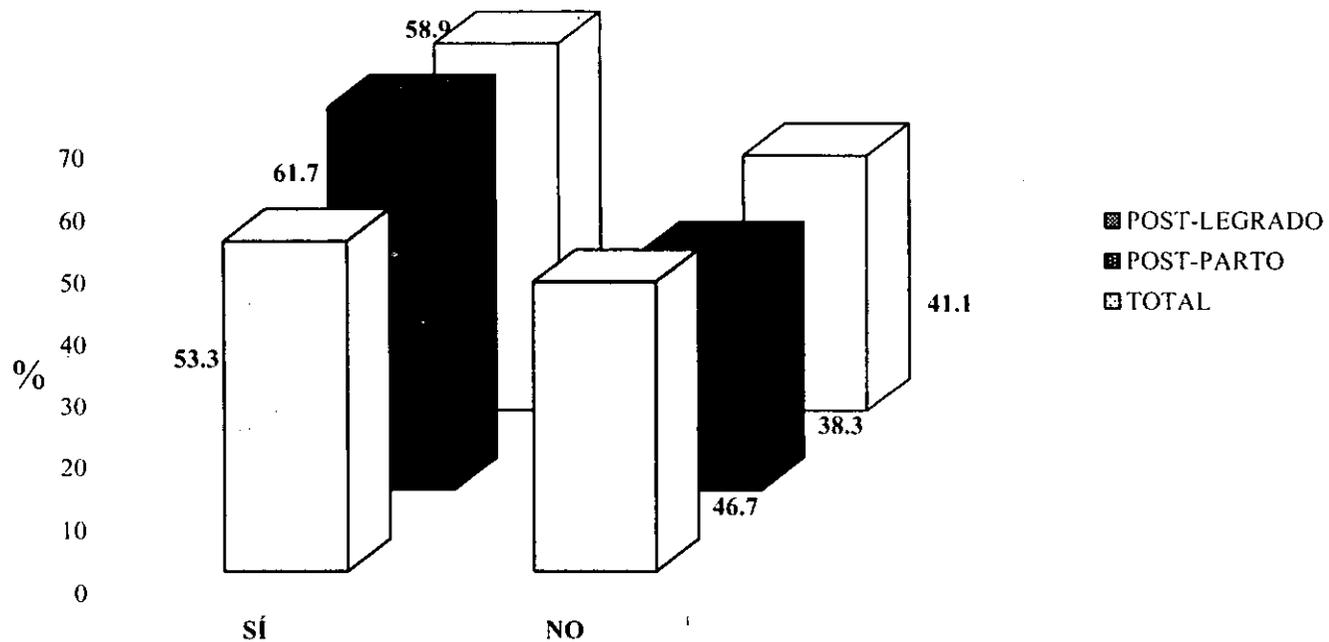


Figura 16 Muestra el porcentaje de embarazos planeados en los grupos de postparto y postlegrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

Instrumento 1 **Inventario de Depresión de Beck.**

Fecha _____

Postparto ()

Postlegrado ()

Instrucciones: Lea cuidadosamente todas las afirmaciones de cada grupo y señale con un círculo cual de ellas describe mejor sus sentimientos.

- 1.- 0 no me siento triste
1 me siento triste
2 me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3 me siento tan triste y desgraciado que no puedo soportarlo

- 2.- 0 no me siento especialmente desanimado de cara al futuro
1 me siento especialmente desanimado de cara al futuro
2 siento que no hay nada por lo que luchar
3 el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

- 3.- 0 no me siento como un fracasado
1 he fracasado más que la mayoría de las personas.
2 cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
3 soy un fracaso total como persona.

- 4.- 0 las cosas me satisfacen tanto como antes
1 no disfruto de las cosas tanto como antes
2 ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
3 estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

- 5.- 0 no me siento especialmente culpable
1 me siento culpable en bastantes ocasiones
2 me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
3 me siento culpable constantemente

- 6.- 0 no creo que esté siendo castigado.
1 siento que quizá esté siendo castigado.
2 espero ser castigado.
3 siento que estoy siendo castigado.

- 7.- 0 no estoy descontento de mi mismo
1 estoy descontento de mi mismo
2 estoy a disgusto conmigo mismo
3 me detesto.

- 8.- 0 no me considero peor que cualquier otro
1 me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 continuamente me culpo por mis faltas
3 me culpo por todo lo que sucede

- 9.- 0 no tengo ningún pensamiento de suicidio
1 a veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
2 desearía poner fin a mi vida
3 me suicidaría si tuviese oportunidad.

- 10.- 0 no lloro más de lo normal.
 1 ahora lloro más que antes.
 2 lloro continuamente
 3 no puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0 no estoy especialmente irritado.
 1 me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2 me siento irritado continuamente.
 3 ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12.- 0 no he perdido el interés por los demás
 1 estoy menos interesado en los demás que antes
 2 he perdido gran parte del interés por los demás
 3 he perdido todo interés por los demás
- 13.- 0 tomo mis propias decisiones igual que antes
 1 evito tomar decisiones más que antes
 2 tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3 me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0 no creo tener peor aspecto que antes
 1 estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 noto cambios constantes en mi aspecto físico
 3 creo que tengo un aspecto horrible
- 15.- 0 trabajo igual que antes
 1 me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.
 3 soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16.- 0 duermo tan bien como siempre
 1 no duermo tan bien como antes
 2 me despierto 1- 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3 me despierto varias horas antes
- 17.- 0 no me siento más cansada de lo normal
 1 me canso más que antes
 2 me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3 estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0 no he perdido peso últimamente
 1 he perdido mas de 2 kilos
 2 he perdido mas de 4 kilos
 3 he perdido mas de 7 kilos
- 19.- 0 mi apetito no ha disminuido
 1 no tengo tan buen apetito como antes
 2 ahora tengo mucho menos apetito
 3 he perdido completamente el apetito
- 20.- 0 estoy preocupado pr mi salud
 1 me preocupan los problemas físicos como dolores, etc. el malestar de estomago y los catarros
 2 me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3 estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21.- 0 no he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
 1 la relación sexual me atrae menos que antes
 2 estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
 3 he perdido totalmente el interés sexual.

El presente cuestionario pretende conocer qué tanta satisfacción obtuvo Ud. Con la atención médica que este hospital le ha brindado con la finalidad de contar con un indicador que permita evaluar la calidad del servicio que proporciona esta institución. De esta manera, agradeceremos de antemano su colaboración al respondernos lo más sinceramente posible, el presente cuestionario. La información que Ud. Amablemente nos proporcione será utilizada de manera seria confidencial y anónima.

EDAD _____ OCUPACION _____ NIVEL ESCOLAR _____
 ESTADO CIVIL _____ OCUPACION DE SU PAREJA: _____
 ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ Parto _____ Cesárea _____ ¿Ha tenido algún aborto? _____
 ¿Tiene información sobre planificación familiar _____ Su embarazo fue planeado?: SI NO

INSTRUCCIONES: La parte siguiente del presente cuestionario contiene algunas afirmaciones acerca del servicio médico que se le proporcionó y de cómo se sintió al recibirlo. Por favor, le cuidadosamente cada una de dichas afirmaciones y elija, de las opciones de respuestas de la derecha, aquella que más se parezca a su opinión o sentir. No existen respuestas correctas o incorrectas, lo que cuenta es su opinión y tratar de evitar la elección del punto intermedio (no se).

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No se	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
1. El médico supo elegir la intervención menos riesgosa o molesta para mí.	<input type="radio"/>	1				
2. El médico que me atendió mostró seguridad en el manejo de mi padecimiento.	<input type="radio"/>	2				
3. Siento que en este hospital respetaron mi dignidad como persona.	<input type="radio"/>	3				
4. El personal que atiende esta área médica es suficiente.	<input type="radio"/>	4				
5. El médico me explicó de manera clara mi estado de salud.	<input type="radio"/>	5				
6. Si necesitara atención médica regresaría a este hospital.	<input type="radio"/>	6				
7. El tiempo que tardé en ser atendido por el médico o enfermeras fue el adecuado.	<input type="radio"/>	7				
8. Me quitó la atención médica que recibí en este hospital.	<input type="radio"/>	8				
9. Para recibir atención médica en este hospital tuvimos que hacer muchos trámites.	<input type="radio"/>	9				
10. La atención médica que he recibido bien valen el tiempo y el dinero que se ha invertido.	<input type="radio"/>	10				
11. El médico mostró interés en que le diera mis dudas acerca de mi padecimiento y tratamiento.	<input type="radio"/>	11				
12. El tratamiento que recibí mejorará mi salud.	<input type="radio"/>	12				
13. Siento que el médico me inspiró tal confianza, que podría contarle mis problemas personales.	<input type="radio"/>	13				
14. Es fácil localizar todos los servicios en este hospital.	<input type="radio"/>	14				
15. El médico me ha proporcionado orientación para resolver algunos de mis problemas personales.	<input type="radio"/>	15				
16. Considero que el médico y las enfermeras me atendieron amablemente.	<input type="radio"/>	16				
17. Pienso que el personal médico se comporta de manera responsable.	<input type="radio"/>	17				
18. Considero que este hospital cuenta con todo el equipo necesario para resolver mi problema de salud.	<input type="radio"/>	18				
19. Creo que el médico que me atendió es muy capaz.	<input type="radio"/>	19				
20. Siento que el médico que me atendió fue sensible a mis necesidades como persona.	<input type="radio"/>	20				
21. El médico y las enfermeras me explicaron de manera clara lo que tenía que hacer para colaborar en mi intervención.	<input type="radio"/>	21				
22. El médico identificó correctamente todas mis molestias antes de decidir el tratamiento.	<input type="radio"/>	22				
23. Recomendaría a otras personas los servicios de este hospital.	<input type="radio"/>	23				
24. La cama que me asignaron me pareció cómoda.	<input type="radio"/>	24				
Total						

CATEGORIAS DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN

CATEGORIAS	ÍTEM
Animo	1
Pesimismo	2
Sensación de fracaso	3
Insatisfacción	4
Sentimientos de culpa	5
Sensación de castigo	6
Autoaceptación	7
Autoacusación	8
Ideación suicida	9
Llanto	10
Irritabilidad	11
Aislamiento	12
Indecisión	13
Imagen corporal	14
Rendimiento laboral	15
Trastornos del sueño	16
Fatigabilidad	17
Apetito	18
Pérdida de peso	19
Preocupación somática	20
Pérdida de la libido	21

Cuadro 17 Muestra las categorías del Instrumento de Depresión de Beck, establecidas por Torres, Hernández y Ortega. (1991)

CLASIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN.

EJECUCIÓN PROFESIONAL

<i>ITEM</i>	<i>CATEGORÍA</i>
1.	Atención
2	Seguridad
12	Efectividad
19	Capacidad
22	Identificación

ACTITUD PROFESIONAL

<i>ITEM</i>	<i>CATEGORÍA</i>
5	Comunicación
11	Comunicación
13	Empatía
15	Psicosociales
16	Trato humano-amabilidad
17	Psicosociales
20	Empatía
21	Cooperación

ORGANIZACIÓN

<i>ITEM</i>	<i>CATEGORÍA</i>
4	Recursos
7	Eficiencia
10	Eficiencia
14	Accesibilidad
18	Recursos
24	Recursos

SATISFACCIÓN GENERAL

<i>ITEM</i>	<i>CATEGORÍA</i>
3	Satisfacción general
6	Recurrencia
8	Satisfacción general
9	Recurrencia
23	Recurrencia

Cuadro 18 Muestra la agrupación de ítem en las dimensiones y categorías establecidas para su análisis, del Instrumento de Satisfacción.

CUADRO DE ALPHAS						
	POSTLEGRADO		POSTPARTO		TOTALES	
	<i>ALPHA</i>	<i>ESTÁNDAR</i>	<i>ALPHA</i>	<i>ESTÁNDAR</i>	<i>ALPHA</i>	<i>ESTÁNDAR</i>
SATISFACCIÓN	0.9016	0.9159	0.9466	0.9518	0.9345	0.9415
DEPRESIÓN	0.9444	0.9443	0.9193	0.9254	0.9419	0.9433

Cuadro 19 Muestra el alpha de Cronbach que se obtuvo en cada uno de los grupos en los Instrumentos de Satisfacción y Depresión

ANÁLISIS FACTORIAL DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

	POSTLEGRADO				POSTPARTO				TOTALES			
	C	INICIAL	C	ROTADO	C	INICIAL	C	ROTADO	C	INICIAL	C	ROTADO
S1	1	0.584	4	0.828	1	0.677	1	0.6	1	0.643	2	0.556
S2	1	0.5	4	0.578	1	0.65	2	0.563	1	0.607	2	0.759
S3	1	0.752	2	0.674	1	0.73	1	0.516	1	0.734	1	0.479
S4	1	0.664	2	0.81	1	0.654	2	0.569	1	0.648	3	0.428
S5	1	0.592	3	0.406	1	0.683	1	0.627	1	0.659	2	0.615
S6	1	0.526	3	0.844	1	0.701	1	0.565	1	0.646	1	0.53
S7	1	0.446	5	0.876	1	0.656	2	0.683	1	0.591	2	0.643
S8	1	0.698	1	0.583	1	0.725	2	0.581	1	0.694	1	0.574
S9	5	0.506	1	0.763	3	0.597	4	0.848	2	0.599	4	0.831
S10	1	0.589	3	0.692	1	0.626	2	0.808	1	0.624	2	0.561
S11	1	0.679	4	0.488	1	0.743	2	0.516	1	0.723	2	0.536
S12	1	0.75	1	0.652	1	0.685	3	0.629	1	0.702	1	0.514
S13	1	0.702	2	0.787	1	0.65	3	0.822	1	0.664	3	0.808
S14	1	0.59	6	0.552	1	0.644	1	0.445	1	0.629	1	0.582
S15	1	0.529	2	0.719	1	0.648	3	0.807	1	0.61	3	0.813
S16	1	0.685	5	0.582	1	0.672	1	0.6	1	0.661	1	0.557
S17	1	0.799	1	0.579	1	0.857	1	0.69	1	0.838	1	0.639
S18	4	0.596	6	0.848	1	0.726	1	0.559	1	0.63	1	0.668
S19	1	0.589	1	0.777	1	0.791	2	0.604	1	0.736	1	0.666
S20	1	0.796	2	0.657	1	0.732	1	0.52	1	0.746	3	0.546
S21	1	0.462	3	0.838	1	0.773	1	0.808	1	0.653	1	0.638
S22	1	0.571	4	0.844	1	0.809	1	0.658	1	0.744	3	0.563
S23	1	0.691	1	0.787	1	0.812	1	0.707	1	0.772	1	0.691
S24	1	0.614	1	0.737	1	0.748	1	0.691	1	0.685	1	0.66
	A 8 ITERACIONES				A 8 ITERACIONES				A 8 ITERACIONES			

Cuadro 20 Muestra los resultados obtenidos del análisis factorial del Instrumento de Satisfacción.

ANÁLISIS FACTORIAL DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN

	POSTLEGRADO				POSTPARTO				TOTALES			
	C	INICIAL	C	ROTADO	C	INICIAL	C	ROTADO	C	INICIAL	C	ROTADO
D1	1	0.718	2	0.661	1	0.706	1	0.642	1	0.76	1	0.746
D2	1	0.836	1	0.616	1	0.653	4	0.493	1	0.758	2	0.703
D3	1	0.791	1	0.502	1	0.779	1	0.78	1	0.804	1	0.663
D4	1	0.735	1	0.776	1	0.639	1,2	0.56	1	0.732	1	0.651
D5	1	0.806	1	0.54	1	0.708	1	0.677	1	0.787	1	0.536
D6	1	0.662	2	0.683	1	0.726	1	0.756	1	0.717	1	0.673
D7	1	0.792	2	0.606	1	0.732	1	0.76	1	0.794	1	0.757
D8	1	0.66	3	0.65	1	0.665	5	0.619	1	0.685	1	0.665
D9	1	0.694	1	0.465	1	0.755	1	0.582	2	0.734	1	0.626
D10	1	0.669	3	0.72	1	0.543	4	0.719	1	0.659	1	0.571
D11	1	0.695	1	0.778	1	0.515	4	0.677	1	0.582	2	0.473
D12	1	0.757	1	0.83	1	0.63	2	0.791	1	0.699	2	0.785
D13	3	0.536	3	0.744	1	0.585	2	0.608	3	0.66	4	0.794
D14	1	0.784	1	0.674	1	0.743	1	0.542	1	0.768	2	0.517
D15	2	0.544	3	0.659	1	0.659	2	0.701	1	0.625	4	0.569
D16	1	0.778	1	0.633	1	0.67	1	0.454	1	0.757	1	0.521
D17	1	0.603	3	0.523	1	0.628	3	0.704	1	0.619	3	0.631
D18	2	0.514	4	0.841	2	0.66	3	0.795	2	0.718	3	0.851
D19	1	0.632	2	0.722	2	0.607	3	0.74	1	0.581	3	0.642
D20	1	0.608	4	0.713	1	0.523	5	0.634	1	0.574	4	0.505
D21	1	0.744	1	0.752	1	0.685	2	0.548	1	0.744	2	0.691
	A 8 ITERACIONES				A 10 ITERACIONES				A 11 ITERACIONES			

Cuadro 21 Muestra los resultados del Análisis Factorial del Instrumento de Depresión.

FACTORIALES DE LOS INSTRUMENTOS DE SATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN

FACTOR	POST-LEGRADO		POST-PARTO		TOTALES	
	SATIS	DEPRE	SATIS	DEPRE	SATIS	DEPRE
1	8	2	1	1	3	1
	9	3	3	3	6	3
	12	4	5	4	8	4
	17	5	6	5	12	5
	19	9	14	6	14	6
	23	11	16	7	16	7
	24	12	17	9	17	8
		14	18	14	18	9
		16	20	16	19	10
		21	21		21	16
			22		23	
		23		24		
		24				
2	3	1	2	12	1	2
	4	6	4	13	2	11
	13	7	7	15	5	12
	15	19	8	21	7	14
	20		10		10	21
			11		11	
		19				
3	5	8	12	17	4	17
	6	10	13	18	13	18
	16	13	15	19	15	19
		15			20	
		17			22	
4	1	18	9	2		13
	2	20		10		15
	11			11		20
	22					
5	7			8		
	16			20		
6						
	14					
	18					

Cuadro 22 Muestra las diferencias entre la cantidad y el tipo de ítem que se agruparon en cada uno de los factores.

La información de los cuadros que a continuación se presentan, corresponde a la frecuencia con la que respondieron las encuestadas en los grupos de Postgrado y Postparto a las opciones de cada uno de los ítem del Instrumento de Satisfacción.

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			1	.8	1	0.5
En desacuerdo	6	10.0	4	3.3	10	5.5
No se	2	3.3	7	5.8	9	5.0
De acuerdo	33	55.0	59	49.2	92	51.1
Muy de acuerdo	19	31.7	49	40.8	68	37.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 23 EL MÉDICO FUE SENSIBLE A MIS NECESIDADES COMO PERSONA

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	.8	1	0.5
En desacuerdo	8	13.3	15	12.5	23	12.7
No se	13	21.7	20	16.7	33	18.3
De acuerdo	24	40.0	51	42.5	75	41.6
Muy de acuerdo	15	25.0	33	27.5	48	26.6
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 24 EL MÉDICO ME INSPIRO CONFIANZA

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	3	2.5	4	2.2
En desacuerdo	15	25.0	14	11.7	29	16.1
No se	5	8.3	16	13.3	21	11.6
De acuerdo	27	45.0	46	38.3	73	40.5
Muy de acuerdo	12	20.0	41	34.2	53	29.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 25 EL MÉDICO ME ORIENTÓ PARA RESOLVER PROBLEMAS PERSONALES

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	.8	1	0.5
En desacuerdo	2	3.3	3	2.5	5	2.7
No se			6	5.0	6	3.3
De acuerdo	28	46.7	63	52.5	91	50.5
Muy de acuerdo	30	50.0	47	39.2	77	42.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 26 EL MÉDICO Y ENFERMERAS ME ATENDIERON AMABLEMENTE

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			1	0.8	1	0.5
En desacuerdo	2	3.3	5	4.2	7	3.8
No se	4	6.7	4	3.3	8	4.4
De acuerdo	30	50.0	60	50.0	90	50
Muy de acuerdo	24	40.0	50	41.7	74	41.1
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 27 RESPETARON MI DIGNIDAD COMO PERSONA

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	.8	1	0.5
En desacuerdo	0	0	1	.8	1	0.5
No se	3	5.0	3	2.5	6	3.3
De acuerdo	34	56.7	67	55.8	101	56.1
Muy de acuerdo	23	38.3	48	40.0	71	39.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 28 EL PERSONAL MÉDICO SE COMPORTA RESPONSABLE

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			1	.8	1	0.5
En desacuerdo	1	1.7	2	1.7	3	1.6
No se	5	8.3	7	5.8	12	6.6
De acuerdo	35	58.3	60	50.0	95	52.7
Muy de acuerdo	19	31.7	50	41.7	69	38.3
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 29 EL MÉDICO ES MUY CAPAZ

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			2	1.7	2	1.1
En desacuerdo	1	1.7	1	.8	2	1.1
No se	6	10.0	9	7.5	15	8.3
De acuerdo	36	60.0	69	57.5	105	58.3
Muy de acuerdo	17	28.3	39	32.5	56	31.1
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 30 EL MÉDICO IDENTIFICÓ TODAS MIS MOLESTIAS

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			1	.8	1	0.5
En desacuerdo	1	1.7	1	.8	2	1.1
No se	6	10.0	14	11.7	20	11.1
De acuerdo	34	56.7	61	50.8	95	52.7
Muy de acuerdo	19	31.7	43	35.8	62	34.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 31 EL TRATAMIENTO MEJORARÁ MI SALUD

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
En desacuerdo	1	1.7	1	0.8	2	1.1
No se	6	10.0	7	5.8	13	7.2
De acuerdo	31	51.7	65	54.2	96	53.3
Muy de acuerdo	22	36.7	47	39.2	69	38.3
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 32 INTERVENCIÓN MENOS MOLESTA Y RIESGOSA

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
En desacuerdo			2	1.7	2	1.1
No se	5	8.3	4	3.3	9	5.0
De acuerdo	35	58.3	70	58.3	105	58.3
Muy de acuerdo	20	33.3	44	36.7	64	35.5
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 33 SEGURIDAD EN EL MANEJO DEL PADECIMIENTO

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	2	1.7	3	1.6
En desacuerdo	4	6.7			4	2.2
No se	1	1.7	2	1.7	3	1.6
De acuerdo	33	55.0	63	52.5	96	53.3
Muy de acuerdo	21	35.0	53	44.2	74	41.1
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 34 ME EXPLICARON COMO COLABORAR EN MI INTERVENCIÓN

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	2	1.7	2	1.1
En desacuerdo	1	1.7	2	1.7	3	1.6
No se	6	10.0	12	10.0	18	10.0
De acuerdo	32	53.3	67	55.8	99	55
Muy de acuerdo	21	35.0	37	30.8	58	32.2
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 35 EL MÉDICO SE INTERESÓ EN MIS DUDAS SOBRE EL TRATAMIENTO

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	0.8	1	0.5
En desacuerdo	1	1.7	3	2.5	4	2.2
No se	4	6.7	4	3.3	8	4.4
De acuerdo	38	63.3	64	53.3	102	56.6
Muy de acuerdo	17	28.3	48	40.0	65	36.1
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 36 EXPLICACIÓN CLARA DE MI ESTADO DE SALUD

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	.8	1	0.5
En desacuerdo	4	6.7	5	4.2	9	5.0
No se	12	20.0	15	12.5	27	15.0
De acuerdo	29	48.3	65	54.2	94	52.2
Muy de acuerdo	15	25.0	34	28.3	49	27.2
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 37 ES FÁCIL LOCALIZAR TODOS LOS SERVICIOS

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	1	.8	2	1.1
En desacuerdo	4	6.7	2	1.7	6	3.3
No se	2	3.3	2	1.7	4	2.2
De acuerdo	32	53.3	70	58.3	102	56.6
Muy de acuerdo	21	35.0	45	37.5	66	36.6
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 38 LA CAMA ME PARECIÓ CÓMODA

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	2	3.3	2	1.7	4	2.2
En desacuerdo	1	1.7	3	2.5	4	2.2
No se	6	10.0	5	4.2	11	6.1
De acuerdo	37	61.7	65	54.2	102	56.6
Muy de acuerdo	14	23.3	45	37.5	59	32.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 39 EL HOSPITAL CUENTA CON TODO EL EQUIPO NECESARIO

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	0	0	1	0.8	1	0.5
En desacuerdo	5	8.3	5	4.2	10	5.5
No se	7	11.7	12	10.0	19	10.5
De acuerdo	22	36.7	60	50.0	82	45.5
Muy de acuerdo	26	43.3	42	35.0	68	37.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 40 EL PERSONAL DE ÉSTA ÁREA ES SUFICIENTE

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy de acuerdo	7	11.7	5	4.2	12	6.6
De acuerdo	21	35.0	29	24.2	50	27.7
No se	11	18.3	26	21.7	37	20.5
En desacuerdo	17	28.3	55	45.8	72	40.0
Muy en desacuerdo	4	6.7	5	4.2	9	5.0
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 41 TU VIMOS QUE HACER MUCHOS TRÁMITES

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	3	2.5	4	2.2
En desacuerdo	9	15.0	20	16.7	29	16.1
No se	5	8.3	10	8.3	15	8.3
De acuerdo	26	43.3	51	42.5	77	42.7
Muy de acuerdo	19	31.7	36	30.0	55	30.5
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 42 EL TIEMPO QUE TARDE, EN SER ATENDIDO FUE EL ADECUADO

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo			1	0.8	1	0.5
En desacuerdo	2	3.3	5	4.2	7	3.8
No se	12	20.0	13	10.8	25	13.8
De acuerdo	31	51.7	63	52.5	94	52.2
Muy de acuerdo	15	25.0	38	31.7	53	29.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 43 LA ATENCIÓN MÉDICA VALIÓ EL TIEMPO Y EL DINERO INVERTIDO.

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	1	.8	2	1.1
En desacuerdo						
No se	3	5.0	7	5.8	10	5.5
De acuerdo	39	65.0	65	54.2	104	57.7
Muy de acuerdo	17	28.3	47	39.2	64	35.5
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 44 RECOMENDARÍA LOS SERVICIOS DE ESTE HOSPITAL

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Muy en desacuerdo	1	1.7	1	0.8	2	1.1
En desacuerdo	3	5.0	5	4.2	8	4.4
No se	2	3.3	7	5.8	9	5.0
De acuerdo	29	48.3	63	52.5	92	51.1
Muy de acuerdo	25	41.7	44	36.7	69	38.3
TOTAL	60	100	120	100	180	100

CUADRO 45 ME GUSTÓ LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBÍ

SUMATORIA TOTAL Y MEDIA DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

	POSLEGRADO	POSTPARTO	TOTALES
SUMATORIA	5856	11945	17796
MEDIA	97.51	99.54	98.86

Cuadro 46 Muestra los datos que se obtuvieron al hacer la sumatoria total de los puntajes obtenidos por cada una de las encuestadas, en el instrumento de Satisfacción y la media de cada uno de los subgrupos.

SUMATORIA TOTAL Y MEDIA DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN

	POSLEGRADO	POSTPARTO	TOTALES
SUMATORIA	914	731	1645
MEDIA	15.23	6.09	9.13

Cuadro 47 Este cuadro muestra los datos que se obtuvieron al hacer la sumatoria total del instrumento de Depresión y la media de cada uno de los subgrupos.

RANGOS PARA LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN

RANGO	ESCALA
120 - 101.7	<i>Excelente</i>
101.6 - 83.3	<i>Sobresaliente</i>
83.2 - 64.9	<i>Aceptable</i>
64.8 - 46.5	<i>Deficiente</i>
46.4 - 28	<i>Pésima</i>

Cuadro 48 Muestra la escala de calificativos asignada a los rangos para evaluar los puntajes obtenidos en el Instrumento de Satisfacción.

La información de los cuadros que a continuación se presentan, corresponde a la frecuencia con la que respondieron las encuestadas en los grupos de Postgrado y Postparto a las opciones de cada uno de los ítem del Instrumento de Depresión.

Cuadro 49

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me siento triste	18	30	93	77.5	111	61.7
Me siento triste	26	43.3	18	15.0	44	24.4
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	11	18.3	9	7.5	20	11.1
Me siento tan triste y desgraciado que no puedo soportarlo	5	8.3	0	0	5	2.8
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 50

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	32	53.3	99	82.5	131	72.8
Me siento especialmente desanimado de cara al futuro	16	26.7	13	10.8	29	16.1
Siento que no hay nada por lo que luchar	9	15.0	2	1.7	11	6.1
El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	3	5.0	6	5.0	9	5.0
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 51

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me siento como un fracasado	34	56.7	101	84.2	135	75.0
He fracasado más que la mayoría de las personas.	14	23.3	14	11.7	28	15.6
Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro	7	11.7	3	2.5	10	5.6
Soy un fracaso total como persona.	5	8.3	2	1.7	7	3.9
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 52

OPCIÓN	FRCUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Las cosas me satisfacen tanto como antes	25	41.7	90	75.0	115	63.9
No disfruto de las cosas tanto como antes	24	40.0	26	21.7	50	27.8
Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas	6	10.0	2	1.7	8	4.4
Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	5	8.3	2	1.7	7	3.9
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 53

OPCIÓN	FRCUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me siento especialmente culpable	28	46.7	101	84.2	129	71.7
Me siento culpable en bastantes ocasiones	22	36.7	12	10.0	34	18.9
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	5	8.3	4	3.3	9	5.0
Me siento culpable constantemente	5	8.3	3	2.5	8	4.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 54

OPCIÓN	FRCUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No creo que esté siendo castigado.	32	53.3	103	85.8	135	75.0
Siento que quizá esté siendo castigado.	20	33.3	9	7.5	29	16.1
Espero ser castigado.	0	0	4	3.3	4	2.2
Siento que estoy siendo castigado.	8	13.3	4	3.3	12	6.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 55

OPCIÓN	FRCUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No estoy descontento de mi mismo	27	45.0	104	86.7	131	72.8
Estoy descontento de mi mismo	23	38.3	10	8.3	33	18.3
Estoy a disgusto conmigo mismo	8	13.3	5	4.2	13	7.2
Me detesto.	2	3.3	1	.8	3	1.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 56

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me considero peor que cualquier otro	26	43.3	96	80.0	122	67.8
Me auto crítico por mi debilidad o por mis errores.	22	36.7	12	10.0	34	18.9
Continuamente me culpo por mis faltas	10	16.7	9	7.5	19	10.6
Me culpo por todo lo que sucede	2	3.3	3	2.5	5	2.8
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 57

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No creo tener peor aspecto que antes	37	61.7	104	86.7	141	78.3
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.	12	20.0	5	4.2	17	9.4
Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	6	10.0	8	6.7	14	7.8
Creo que tengo un aspecto horrible	5	8.3	3	2.5	8	4.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 58

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No tengo ningún pensamiento de suicidio	38	63.3	106	88.3	144	80.0
A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré	15	25.0	13	10.8	28	15.6
Descartaría poner fin a mi vida	3	5.0	1	.8	4	2.2
Me suicidaría si tuviese oportunidad.	4	6.7	0	0	4	2.2
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 59

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No lloro más de lo normal.	32	53.3	106	88.3	138	76.7
Ahora lloro más que antes.	14	23.3	7	5.8	21	11.7
Lloro continuamente	10	16.7	3	2.5	13	7.2
No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.	4	6.7	4	3.3	8	4.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 60

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No estoy especialmente irritado.	30	50.0	89	74.2	119	66.1
Me molesto o irritado más fácilmente que antes	15	25.0	11	9.2	26	14.4
Me siento irritado continuamente.	9	15.0	5	4.2	14	7.8
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me	6	10.0	15	12.5	21	11.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 61

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No he perdido el interés por los demás	35	58.3	98	81.7	133	73.9
Estoy menos interesado en los demás que antes	15	25.0	13	10.8	28	15.6
He perdido gran parte del interés por los demás	7	11.7	5	4.2	12	6.7
He perdido todo interés por los demás	3	5.0	4	3.3	7	3.9
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 62

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Como mis propias decisiones igual que antes	28	46.7	81	67.5	109	60.6
Evito tomar decisiones más que antes	14	23.3	20	16.7	34	18.9
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	14	23.3	11	9.2	25	13.9
Me es imposible tomar decisiones.	4	6.7	8	6.7	12	6.7
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 63

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No me siento más cansada de lo normal	36	60	86	71.7	122	67.8
Me canso más que antes	16	26.7	30	25.0	46	25.6
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	8	13.3	2	1.7	10	5.6
Estoy demasiado cansada para hacer nada.	0	0	2	1.7	2	1.1
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 64

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Trabajo igual que antes	35	58.3	101	84.2	136	75.6
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	17	28.3	11	9.2	28	15.6
Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo	5	8.3	7	5.8	12	6.7
Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	3	5.0	1	.8	4	2.2
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 65

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Duermo tan bien como siempre	24	40.0	87	72.5	111	61.7
No duermo tan bien como antes	21	35.0	25	20.8	46	25.6
Me despierto 1- 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.	10	16.7	5	4.2	15	8.3
Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir	5	8.3	3	2.5	8	4.4
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 66

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	31	51.7	95	79.2	126	70.0
La relación sexual me atrae menos que antes	13	21.7	13	10.8	26	14.4
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	9	15.0	9	7.5	18	10.0
He perdido totalmente el interés sexual.	7	11.7	3	2.5	10	5.6
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 67

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
Mi apetito no ha disminuido	36	60.0	102	85.0	138	76.7
No tengo tan buen apetito como antes	18	30.0	15	12.5	33	18.3
Ahora tengo mucho menos apetito	6	10.0	2	1.7	8	4.4
He perdido completamente el apetito	0	0	1	.8	1	0.6
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 68

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No he perdido peso últimamente	44	73.3	106	88.3	150	83.3
He perdido mas de 2 kilos	12	20.0	12	10.0	24	13.3
He perdido mas de 4 kilos	4	6.7	1	.8	5	2.8
He perdido mas de 7 kilos	0	0	1	.8	1	0.6
TOTAL	60	100	120	100	180	100

Cuadro 69

OPCIÓN	FRECUENCIA LEGRADO	%	FRECUENCIA PARTO	%	TOTAL	%
No estoy preocupado pr mi salud	27	45.0	83	69.2	110	61.1
Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc, el malestar de estomago y los catarros	24	40.0	28	23.3	52	28.9
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	8	13.3	5	4.2	13	7.2
Estoy preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	1	1.7	4	3.3	5	2.8
TOTAL	60	100	120	100	180	100

PORCENTAJE DE MUJERES DEPRIMIDAS EN EL GRUPO DE POSTLEGRADO

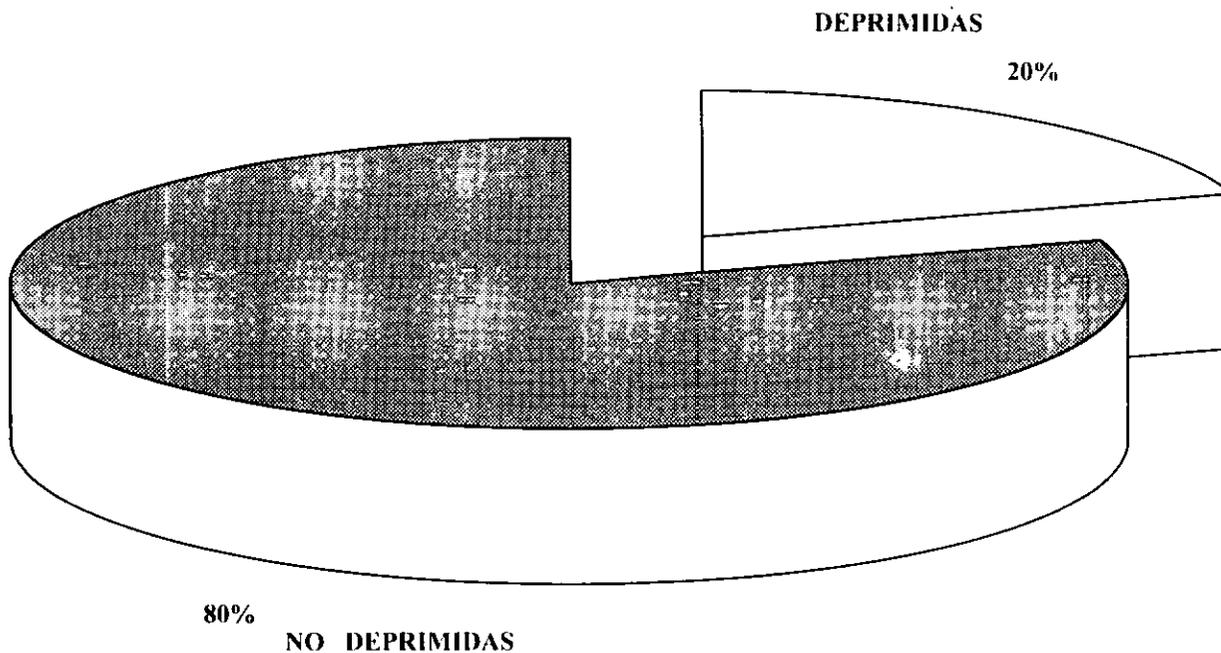


Figura 70 Muestra el porcentaje de mujeres deprimidas en el grupo de postgrado, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

PUNTO DE CORTE DEL GRUPO DE POSTPARTO

SUJETO	PUNTAJE	
	SATISFACCIÓN	DEPRESIÓN
10	87	18
16	96	14
25	92	20
30	69	14
32	82	20
43	31	23
44	97	16
49	94	14
50	103	13
54	99	11
61	94	27
67	115	16
68	110	17
70	85	16
76	94	12
81	96	14
85	109	12
87	119	32
89	110	27
95	93	16
97	113	29
100	119	41
101	88	21
106	75	28
109	111	35
110	77	20

Cuadro 71 Muestra la relación de pacientes que obtuvieron puntajes mayores a 11 (punto de corte) en el Instrumento de Depresión en el grupo de Postparto.

PORCENTAJE DE MUJERES DEPRIMIDAS EN EL GRUPO DE POSTPARTO

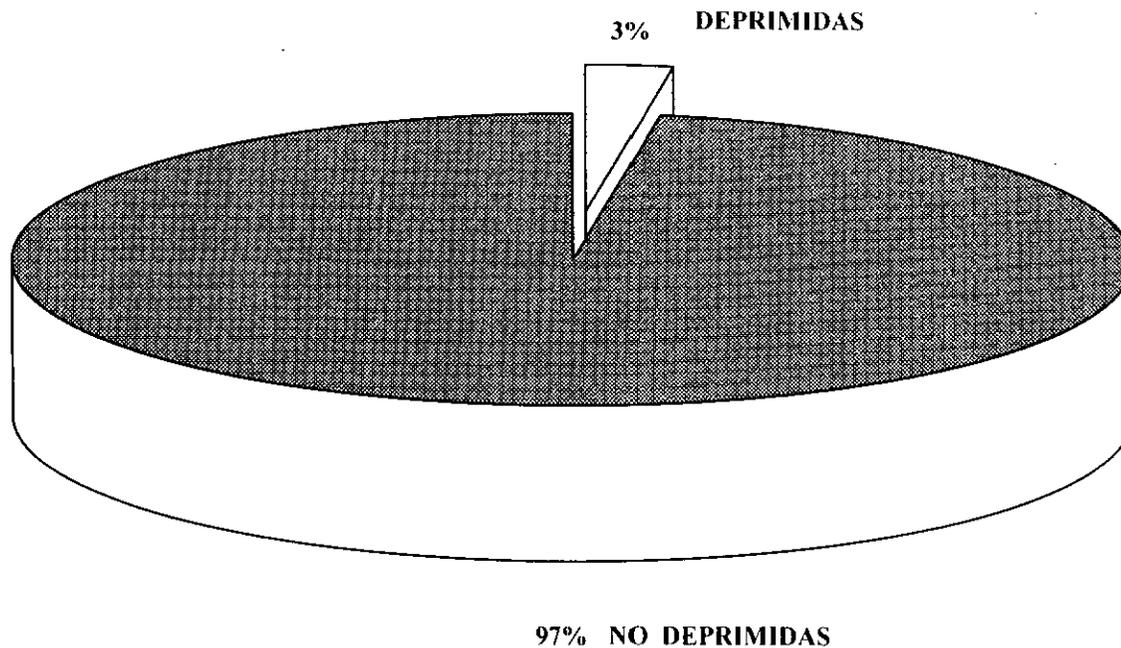


Figura 72 Muestra el porcentaje de mujeres deprimidas en el grupo de postparto, la población para este estudio fue tomada del Área de Gineco - Obstetricia en el Hospital General de Nautcalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" (ISEM) 1998-1999.

PUNTO DE CORTE DEL GRUPO DE POSTLEGRADO

SUJETO	PUNTAJE	
	SATISFACCIÓN	DEPRESIÓN
121	101	13
123	112	17
127	85	38
129	104	26
130	106	13
132	82	22
133	81	20
135	95	31
137	87	14
138	91	17
139	94	26
140	85	25
141	93	24
148	109	16
149	93	14
151	112	15
153	78	45
154	82	11
155	105	26
156	99	23
161	96	25
162	95	23
163	93	25
164	115	26
165	119	38
167	95	29
170	81	23
171	78	43
172	97	16
176	109	21
177	86	24
178	94	35
179	83	28
180	82	44

Cuadro 73 Muestra la relación de pacientes que obtuvieron puntajes mayores a 11 (punto de corte), en el Instrumento de Depresión del grupo de Postgrado.