



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SATISFACCIÓN USUARIA
DE LAS CONSULTANTES AL CENTRO DE MEDICINA
REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE (CEMERA) - UNIVERSIDAD
DE CHILE**

Tesis para optar el grado de Magíster en
Salud Pública de la Universidad de Chile

Candidata:
Sonia del Rosario Carlos Carlos

Profesores Guía:
Sr. Aldo Vera C.
Sra. Fresia Caba B.

Asesor Estadístico:
Sr. Gabriel Cavada

SANTIAGO, CHILE
2003

DEDICATORIA

A mi madre y hermano, por su incondicional amor y apoyo

A la Familia Bunster González, por ser las personas más bondadosas e incondicionales que he conocido en este país.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a mis profesores guías de tesis: Sr. Aldo Vera C., Sra. Fresia Caba B. y Sr. Gabriel Cavada.

A la escuela de Salud Pública, a su Director, Cuerpo académico y administrativo por el apoyo brindado durante esta tarea.

Por último, mi agradecimiento a todas las personas que directa o indirectamente dieron sus opiniones, consejos y palabras de aliento para concluir el trabajo.

INDICE

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO TEORICO	9
2.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN	9
2.2. SATISFACCIÓN USUARIA	12
2.3. LA ADOLESCENCIA	14
2.4. FACTORES PSICOSOCIALES.....	16
2.4.1. DEPRESIÓN.....	17
2.4.2. EL APOYO SOCIAL	18
2.4.3. BIENESTAR SUBJETIVO: AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA - SATISFACCIÓN VITAL.....	20
2.4.4. ESTRÉS PERCIBIDO.....	23
2.4.5. EVENTOS VITALES.....	24
2.4.6. AFRONTAMIENTO.....	25
EL CONTEXTO DEL CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE (CEMERA).....	28
III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	30
3.1. OBJETIVO GENERAL	30
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
IV. HIPOTESIS	30
V. METODOLOGIA	30
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	30
5.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....	30
5.3. VARIABLES DE ESTUDIO.....	31
5.3.1. Variable dependiente:.....	31
5.3.2. Variables independientes:	31
5.3.3. Operacionalización de variables:.....	32
Variable dependiente:	32
Variables independientes:	32
5.4. ACTIVIDADES PRINCIPALES DEL TRABAJO DE TERRENO	34
5.5. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS USADOS	34
5.5.1. Instrumentos de medición.....	34
5.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	39
5.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	39
5.8. LIMITACIONES.....	40
5.9. ASPECTOS ETICOS	41
VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
6.1. ANÁLISIS UNIVARIADO	43
6.2. ANÁLISIS BIVARIADO	77
6.2.1 COMPARACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES EN FUNCIÓN DE DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN VITAL GENERAL.....	77
6.2.2. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES ASOCIADAS A SATISFACCIÓN USUARIA.....	78
6.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	80
VII. ANALISIS Y DISCUSION	81
VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	93
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las asociaciones entre las características psicosociales de las consultantes al Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA) y el grado de satisfacción usuaria en los distintos aspectos relacionados con la atención recibida. La información analizada parte de encuestas realizadas a adolescentes consultantes del CEMERA durante los meses de Marzo - Abril del 2003.

Se encontró las siguientes prevalencias de características psicosociales: el 48,8% presenta algún grado de depresión (leve a moderada - severa), el 63,9% presenta mediano apoyo social objetivo, el 50,7% mediano apoyo social subjetivo familiar, el 61,5% mediano apoyo social subjetivo de amistades, el 67,3% mediana afectividad positiva y negativa y mediano estrés percibido; en tanto que, el 48,8% presenta estrés moderado (obtenida por el número de sucesos vitales) y el 66,8% mediana satisfacción vital.

Se encontraron niveles elevados de satisfacción con los profesionales, asimismo, no se encontraron niveles de insatisfacción con la atención brindada por el CEMERA. No se encontró relación entre la variable sociodemográfica y satisfacción usuaria, sin embargo, se encontró relación dentro de las características psicosociales con la variable satisfacción vital general (satisfacción con su familia y satisfacción con la vida). Para finalizar, la depresión y satisfacción vital general son las variables predictorias de la satisfacción usuaria.

Los resultados obtenidos sugieren profundizar el estudio de la relación entre satisfacción usuaria y características psicosociales en la población general, de igual manera, la creación de centros especializados en la atención de adolescentes, teniendo como precursor al Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente - Universidad de Chile.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SATISFACCION USUARIA DE LAS CONSULTANTES AL CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE (CEMERA) - UNIVERSIDAD DE CHILE

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, a nivel internacional se ha despertado un gran interés por el tema calidad de la atención en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, con el fin de mejorarla se han desarrollado diversas acciones, siendo una de ellas: la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios. ⁽¹⁻³⁾

La evaluación de calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida; de esta manera, se adquiere información que beneficie tanto a la organización otorgante de los servicios de salud, como a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. ^(4,5)

Las bases conceptuales y metodológicas sobre calidad de la atención, publicadas en el ámbito internacional en los últimos diez años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. ⁽⁶⁾ Representando una contribución importante a partir del estudio de las tres dimensiones (estructura, proceso, resultado) propuestas por el autor, permitiendo así, medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.

El interés por la investigación de calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, no es nuevo; tiene una larga historia, pero a la vez su validez asociada sigue siendo cuestionada como herramienta de medición de calidad de la atención en salud. ⁽³⁾ Diversas investigaciones relacionan la satisfacción con la adherencia al tratamiento, la utilización de los servicios de salud, continuidad en el cuidado de la salud, y con el nivel de salud. ⁽⁷⁻⁹⁾

El término "satisfacción usuaria", en parte refleja el hecho que muchas de las investigaciones ha ocurrido dentro de hospitales, prefiriéndose el uso del término "usuaria" al de "paciente" en múltiples investigaciones, debido a, su particular importancia en la atención primaria de salud y, a la descripción de la relación usuarios - proveedores de salud. ^(1,10)

Al igual que muchos otros sectores del área salud, la salud sexual y reproductiva es uno de los más explorados en la evaluación de calidad de la atención en salud. Siendo un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia, a la vez, es un derecho fundamental de las personas que se asegura, en parte, a través de la provisión de servicios de buena calidad y se puede medir utilizando como indicador el grado de satisfacción de las usuarias desde la subjetividad del individuo. ⁽¹¹⁾

Un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas es la salud de los y las adolescentes. Sin embargo, la falta de atención a la salud sexual y reproductiva de este grupo etéreo es muy común, y su abordaje no forma parte prioritaria de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países y con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. ⁽¹²⁾

El número de adolescentes entre los 10 y 19 años en el ámbito mundial supera el billón. En América Latina y el Caribe, se ha estimado un aumento de esa población de un 138% (de 40.1 millones a 95.7 millones en el período 1960 – 1990). Según las encuestas demográficas y de salud en América Latina y el Caribe, la proporción de la población adolescente oscila entre el 20% y 24% de la población total. ⁽¹³⁾

El Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA) define a la Salud Sexual y Reproductiva como: "El conjunto de fenómenos y problemas del crecimiento y desarrollo normal y sus desviaciones, que ocurren en la adolescencia y su relación con la evolución del proceso endocrino-sexual, mental y la fecundidad en este período incluyendo el entorno psicosocial " y declara que: "La mejor evaluación de un programa de adolescencia, tanto de las actividades ofrecidas como de los profesionales que las realizan, la realizan los propios usuarios. Este aspecto debe ser monitorizado cada cierto tiempo, con entrevistas y encuestas para medir satisfacción de los usuarios, calidad de servicio y oportunidades perdidas". ⁽¹²⁾

Asimismo, La organización de las Naciones Unidas ⁽¹¹⁾ enfatiza que el ofrecer servicios de calidad implica lograr la satisfacción de las expectativas de los diferentes

actores participantes en el proceso de la atención, los cuales son: el prestador de servicios y el usuario.

Uno de los aspectos claramente más estudiados es, la satisfacción de las necesidades de los usuarios que tiene como fin evaluar y lograr servicios de buena calidad, con el objetivo de aumentar la participación de las usuarias en la planeación y gestión de los servicios, sin embargo, existen escasos estudios que incluyan la dimensión psicosocial de las usuarias en población mayor de 19 años y no se encuentran referencias de estos estudios en población adolescente.

De lo anteriormente mencionado se desglosa la siguiente pregunta de investigación:

¿ Existe asociación entre las distintas características psicosociales y el grado de satisfacción usuaria con la atención recibida de las consultantes del CEMERA?

Para dar respuesta a esta pregunta se formula el presente estudio, que no sólo pretende tomar a la usuaria, en este caso a la adolescente, como un juez de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, es decir, tomar su satisfacción o insatisfacción como un indicador clave que defina el grado en que los servicios de salud ofertados cubran las expectativas que ellas tienen, sino además, explorar que factores psicosociales podrían influenciar en la satisfacción o insatisfacción de la atención recibida.

Al hacer referencia sobre los factores psicosociales, queremos dar cuenta, de aspectos como: ocurrencia y preocupaciones de vida, afectividad positiva y negativa, estrés percibido, apoyo social familiar, apoyo social de las amistades, estrategias de afrontamiento, niveles de depresión, y satisfacción vital.

La relevancia del estudio fue obtener resultados, a través de un estudio científico y con información estadística, que muestren a los proveedores la importancia de brindar servicios para adolescentes; y sugerir, basándose en los resultados, la realización de estudios sobre estrategias que permitan beneficiar tanto al proveedor como a la usuaria.

MARCO TEORICO

2.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe el creciente interés de evaluar aspectos relacionados con la calidad de la atención, con el propósito de mejorarla a través de la implementación de estrategias para conseguir la satisfacción del usuario. Por esto los sistemas de salud han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. ⁽¹⁻³⁾

Existen múltiples razones por las cuales se han generado el creciente interés de este tema en el ámbito internacional. Una de ellas, es la necesidad de controlar los costos innecesarios derivados de deficiencias en la atención a los pacientes. Otra, es el incremento en las demandas judiciales por errores diagnósticos o terapéuticos, además, de la preocupación por las autoridades de salud para garantizar a los usuarios una atención adecuada ante la creciente complejidad de los sistemas de salud y las restricciones financieras que han afectado la infraestructura de atención de salud en muchos países. ^(14,15)

La información de la percepción de calidad es difícil de encontrar por otros medios y permite, junto con otros datos, realizar una evaluación mucho más completa de la calidad de los servicios. La información obtenida durante el proceso tiene un enorme potencial de uso y cuánto más usuarios sean consultados, tantos más clientes van a observar, recordar, entender y reportar. El juicio sobre la calidad de la atención esta determinado no sólo por la producción técnica de la atención, sino también por el producto observado a través de las percepciones, valores, expectativas y necesidades del paciente. ⁽¹¹⁾

Son múltiples las definiciones que se han generado del concepto “calidad de la atención médica”. Lee & Jones ⁽¹⁶⁾ con su documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado”;

agregando una serie de principios que deben de tomarse en cuenta para juzgar la bondad de la atención.

Según Donabedian ⁽¹⁷⁾, la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grado variable. Esa propiedad se podría definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. Siendo el precursor del análisis de la calidad de la atención a partir del estudio de las tres dimensiones ⁽⁶⁾; representando una contribución importante pues permite medir las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la respuesta.

Donabedian et al, ⁽¹⁸⁾ definen la atención de la mejor calidad como aquella que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud, entendiendo la salud en términos generales en sus dimensiones física, fisiológica y psicológica.

La Organización Panamericana de la salud ⁽¹¹⁾ define una buena atención de salud sexual y reproductiva, a aquellos servicios que son accesibles y donde exista una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias.

Para evaluar la calidad de salud es importante precisar los atributos que tendría que tener una atención óptima. En primer lugar la efectividad o el poder del tratamiento o procedimiento para elevar el nivel de salud; la eficiencia del producto de la relación entre lo alcanzado y los medios disponibles; la accesibilidad representada por el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida; la competencia, lograda a través de una mejor utilización de los conocimientos para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, ya sea por las técnicas empleadas, como por las relaciones interpersonales. ⁽¹⁵⁾

Cabe destacar que, los servicios de salud muchas veces no son utilizados debido a la percepción de las usuarias de que los servicios que se les ofrecen no tienen la calidad que ellos requieren. A ello se añaden otras circunstancias como es el costo elevado de los mismos, los períodos prolongados de espera antes de ser

atendidas, la atención inadecuada por parte del personal de servicios, y barreras familiares o sociales, debido a esto, han puesto en marcha una serie de estrategias para mejorar la calidad de los servicios. La provisión de servicios de buena calidad involucra una multiplicidad de acciones a distintos niveles, teniendo como principales actores en el proceso de la atención: El prestador de servicios y el usuario. ⁽¹¹⁾

De los usuarios se obtiene la información acerca del desempeño y la calidad para determinar en que medida los servicios satisfacen las necesidades y expectativas. Por lo tanto, es necesario que la organización de la salud conozca la forma en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención. ⁽¹⁹⁾

El manejo de la relación entre el prestador de servicios y el usuario constituyen un componente esencial de la calidad. Su reflejo más importante es la satisfacción del usuario, la cual afecta de manera directa la efectividad de los aspectos técnicos de la atención, constituyendo la satisfacción, un elemento esencial para lograr que los servicios de salud solucionen de manera más efectiva las necesidades de los usuarios. ⁽²⁰⁾

Podemos encontrar una serie de definiciones que incluyen a la satisfacción usuaria como un indicador de atención de la salud:

A diferencia de las típicas definiciones de calidad que se ofrecen en el ámbito de la producción de bienes, en donde la calidad esta definida casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente con el producto, en el caso de la atención a la salud, en donde el servicio se otorga a la persona y en el que el objetivo central es actuar sobre sus atributos individuales, la mera satisfacción del usuario no resulta suficiente para definir el concepto. En efecto, si bien la relación entre beneficios y riesgos considera a la satisfacción, también se considera el resultado de esa acción sobre ese atributo individual que es la salud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos, además, cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad. Tal es el caso de los riesgos que superan a los beneficios o iatrogenia, de la que, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente e incluso manifestar satisfacción por el trato recibido. ⁽¹⁴⁾

- Pálmer, ⁽²¹⁾ define a la calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles, y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

- Koehler, ⁽²²⁾ en su estudio demostró que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción.

- Ware, ⁽²³⁾ menciona que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables. Sostiene además que, existe una relación significativa entre el estado de salud y la satisfacción de los usuarios, así como con el comportamiento de los profesionales de la medicina.

Hay quienes estiman que evaluando la calidad en sí, se tiende a mejorar la atención pero no la salud de los usuarios. Esto es, en parte, efectivo, sin embargo, cada día se le otorga mayor valor a los factores de tipo emocional que se ven influenciados positivamente por una asistencia de calidad. ⁽¹⁵⁾

Considerando que la satisfacción usuaria forma parte de la calidad de la atención, y que esta considerada en el presente estudio, pasaremos a describir algunos aspectos teóricos de este tema.

2.2. SATISFACCIÓN USUARIA

El término “satisfacción usuaria” se ha utilizado extensamente desde los días tempranos de la investigación desde la perspectiva del usuario. ⁽²⁴⁾

El nivel de satisfacción que los pacientes obtienen de los sistemas de salud esta tomando relevancia en el ámbito de la formulación; y evaluación de estrategias, y políticas de sociales. ⁽²⁵⁾

La importancia de la satisfacción usuaria deriva de un ser de opinión de carácter personal, y el objetivo que se persigue es, describir la conformidad del paciente con el servicio percibido. ⁽²²⁾

Intentar medir la satisfacción usuaria desde el punto de vista cuantitativo, implica que, se está midiendo algo que esta definido, más no entendido completamente. Sin embargo, no hay una definición extensamente convenida de la satisfacción usuaria. Su significado se ha escudriñado poco y su base conceptual y teórica tiene todavía que ser establecida. ^(10,26)

Otros definen la satisfacción usuario como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio prestado. Tomándose en consideración dos elementos: el primero responde a la expectativa de servicio, es decir, la satisfacción esperada del futuro consumidor de su salud; el segundo elemento es el servicio posteriormente percibido por él. ^(8,9)

Aunque existen diversas formas de evaluación de la satisfacción, la mayoría de éstas se basan en un enfoque multi-dimensional, por ejemplo: evaluación de la satisfacción en función calidad de los profesionales (eficiencia - eficacia), y accesibilidad (tanto económica, demográfica y de infraestructura) ⁽²⁷⁻³⁷⁾; y otros como evaluadores de los sistemas de entrega de salud. ^(38,39)

El término "satisfacción usuaria" tiene connotaciones pasivas, por lo que el conocer la opinión de los usuarios se hace imprescindible para determinar fuentes de conformidad e inconformidad, y así iniciar un proceso de reestructuración de aquellos aspectos mal evaluados por los usuarios. ⁽⁴⁰⁾

Además, el uso de la satisfacción como medida de calidad de la atención brindada es particularmente problemático, y requiere aún de investigaciones tanto en términos prácticos, como conceptuales. ⁽²⁷⁾

Muchos autores han sugerido que el alto nivel de satisfacción encontrado en investigaciones es debido a errores de medición provocado por diferentes tipos de sesgos como deseabilidad social, renuencia a expresar opiniones negativas, la expresión y la inespecificidad de las preguntas. ^(36,41) Otros indican que, la formación de amplios recursos de errores puede estar influenciados por las características propias del usuario, como la edad o nivel educacional, por las expectativas del usuario y por el contexto psicosocial del individuo. ⁽⁴²⁾

Otras investigaciones, se han dedicado a generar y validar nuevos métodos para la medición de la satisfacción usuaria; como son; The Quality from the Patient's Perspective Model: "QPP" (Modelo de Calidad, satisfacción y ejecución) y The Quality, Satisfaction, Performance Model: "QSP" (Modelo de la calidad desde la perspectiva del usuario); los cuales sustentan que, la satisfacción está en función de múltiples variables siendo éstas las razones de la importancia para el uso de métodos que diferencien los distintos factores aislados y su importancia de análisis,

⁽³⁹⁾ y otros, se avocaron a realizar análisis de estudios sobre satisfacción usuaria para evaluar las propiedades de validación y precisión de los instrumentos usados en estos estudios de satisfacción con los servicios de salud. ⁽⁴²⁾

Lo anteriormente mencionado son las bases donde innumerables estudios basan su atención, pero las necesidades se basan además, de los procesos fisiológicos en los procesos psicosociales, de tal manera que se podría encontrar una relación entre la satisfacción o insatisfacción de una atención brindada (necesidad satisfecha) y sus características psicosociales. El presente trabajo tiene como sujeto de investigación al adolescente, a continuación se presenta una breve referencia bibliográfica de este grupo etéreo.

2.3. LA ADOLESCENCIA

El término “adolescencia” es un concepto relativamente nuevo que se relaciona con un mayor grado de modernización, industrialización y urbanismo. La Organización Mundial de la Salud identifica la adolescencia en el período que va de los 10 a los 19 años, dividiéndola en la etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años), ambas con características especiales. La primera se reconoce por el impulso a volcar la atención hacia el exterior y la desorientación frente a los cambios anatómicos. La segunda se distingue por la activa participación y experimentación de los jóvenes en diferentes áreas antes no explotadas. Quizás son estas características distintivas del período adolescente, las que hacen que el desarrollo psicosexual de los jóvenes sea interpretado como peligroso, complejo y problemático. ⁽⁴³⁾

La adolescencia no constituye en sí una etapa problema, sino, más bien un período de vivencias intensas donde los jóvenes requieren espacio, atención y respeto. Se hace necesario dignificar etapa del desarrollo, por su valor en sí misma, y no como un período que debe avanzar con premura para conseguir un “adulto socialmente adecuado”. Los complejos cambios tanto físicos como psicológicos que convergen en esta etapa, rara vez son tomados en cuenta en las políticas públicas. Cualquier iniciativa que busque visibilizar las necesidades de los jóvenes en el ámbito corporal y psicosexual corre el riesgo de causar polémica y un estéril debate moral. La construcción de una sexualidad plena, responsable y saludable requiere

considerar las necesidades que mujeres y hombres adolescentes poseen en el ámbito de la educación sexual. Exige también mirar cómo las determinaciones culturales de roles femeninos y masculinos amenazan el desarrollo de habilidades individuales necesarias para construir relaciones más horizontales entre hombres y mujeres en el terreno sexual. ⁽⁴³⁾

Los problemas de salud del (la) adolescente se caracterizan por una importante dimensión psicosocial y una reducida proporción de problemas orgánicos. Desde este punto de vista la salud de los/as adolescentes se traduce en el logro de un equilibrio dinámico entre su organismo y el medio ambiente. Los principales problemas de los/as adolescentes se relacionan con trastornos alimenticios, infecciones derivadas de la falta de higiene, accidentes, alcoholismo y uso y abuso de drogas. Los problemas en salud sexual y reproductiva se traducen en contagio de ETS, SIDA, embarazo precoz y aborto. Cada uno de estos problemas de salud que aquejan a los adolescentes tienen diferentes repercusiones para cada sexo, basadas en las diferentes exigencias y necesidades que la cultura asignada a hombres y mujeres. Así, para las jóvenes los principales problemas que las aquejan se relacionan a su salud reproductiva; para los hombres, en cambio, éstos se refieren más bien a problemas derivados del consumo de drogas, alcohol y de hábitos en la conducción de vehículos u otras 'pruebas de virilidad'. Del mismo modo, muchos de los mensajes de salud emitidos por los prestadores de servicios tienden a focalizar sus acciones siguiendo este patrón. ⁽⁴⁴⁾

Con relación a la salud sexual y reproductiva, la caracterización sociocultural de hombres y mujeres se plasma en conceptualizaciones de lo que debe ser la sexualidad masculina y la sexualidad femenina, otorgando un escenario en el cual la vivencia sexual, la posibilidad de autocuidado y la capacidad de negociación sexual, son incorporadas en forma disímil y poco equitativa.

Los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo. Por ende, es necesario enfatizar la atención a la salud sexual y

reproductiva de los y las adolescentes; y priorizar su abordaje en las políticas, y acciones de salud pública sobretodo en los países en desarrollo. ⁽¹¹⁾

Dado que nuestro objetivo es determinar la relación entre satisfacción usuaria y características psicosociales, a continuación haremos mención de estos aspectos en los siguientes párrafos.

2.4. FACTORES PSICOSOCIALES

La influencia del contexto sociocultural, y más concretamente de los grupos sociales, sobre el campo de la salud se puede determinar, pues, entre otras, en las siguientes áreas ⁽⁴⁵⁾:

1. Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad
2. Las conductas de expresión de síntomas.
3. Las conductas orientadas a la salud.
4. La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo.
5. Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales.

Comprender estos aspectos nos proporciona herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de concomitantes psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria.

La teoría del rol, la teoría de la influencia social, y el estudio de los procesos de comunicación, nos permite el estudio de la relación entre el profesional de salud y el enfermo, y el establecimiento de objetivos dirigidos a la mejoría de la calidad asistencial, el cumplimiento de prescripciones y la ejecución adecuada de las conductas de autocuidado necesarias. ⁽⁴⁵⁾

Uno de los problemas centrales en la relación paciente – profesional, es el análisis de la estructura y dinámica del proceso de comunicación y de los factores que lo facilitan u obstaculizan, por tanto, influenciaría en la evaluación del paciente con la atención recibida. ⁽⁴⁶⁾ Muchas veces este proceso de comunicación se ve afectado por los factores psicosociales que rodean a las usuarias, y en la mayoría de los casos estos son omitidas. Pudiendo estos factores tener relación con, la satisfacción o insatisfacción de la atención recibida. ⁽⁸⁾

Otros agregan que, la satisfacción usuaria esta influenciada por variables, tales como: las experiencias previas, información recibida, educación, salud, cuidados de la salud, tratamiento, estándares sociales, contexto de vida, necesidades, valores y factores psicosociales. ⁽⁴¹⁾ Un ejemplo clásico de la presencia de la variable psicosocial en la satisfacción usuaria es la teoría de Cassel, ⁽⁴⁷⁾ sosteniendo que, el apoyo psicosocial puede contribuir a la salud física y mental y tiene su origen en un conjunto de teorías sobre las redes sociales, la desorganización social y las necesidades sociales. Además, en diversos estudios se ha demostrado que el apoyo emocional es el más importante para fomentar y mantener la salud y el bienestar. ⁽⁴⁸⁾

El presente estudio investiga la relación entre las características psicosociales y la satisfacción usuaria del adolescente. Para esto, se tomo como instrumento de estudio diversas escalas que nos ayudaran a determinar si existe o no-relación entre la satisfacción o insatisfacción usuaria con la atención brindada.

A continuación haremos una breve descripción de cada una de las características psicosociales en estudio (Depresión, apoyo social objetivo y subjetivo, afectividad positiva y negativa, estrés percibido, ocurrencia de eventos vitales, estrategias de afrontamiento y satisfacción vital).

2.4.1. DEPRESIÓN

La depresión, ha sido definida como: "Un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de energía, una reducción de la autoestima, autodespreciación, trastornos del apetito y sueño y una variedad de otros síntomas". ⁽⁴⁹⁾

Beck ⁽⁵⁰⁾ explica la depresión como: "Una consecuencia de las experiencias negativas vividas en la infancia que sirven de base a la persona para tener una imagen negativa de sí misma, de su futuro y de los demás".

Hay quienes sostienen que la reducción de número de contactos sociales es una consecuencia de depresión. ⁽⁵¹⁾ De allí las correlaciones significativas encontradas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con estos, la depresión y la ansiedad. ⁽⁵²⁾

Taylor y Brown ⁽⁵³⁾ sostienen que el sujeto depresivo tiene un imagen menos positiva de sí mismo que los no depresivos.

Los sujetos depresivos tienden a percibirse como más singulares que otros en sus opiniones, pero más similares en sus capacidades, mientras que, los sujetos normales muestran una tendencia a percibir sus creencias como relativamente comunes y sus habilidades como relativamente singulares, además de la tendencia a presentar mayor ocurrencia de eventos estresantes. ⁽⁴⁹⁾ Otros sostienen que la mayoría de personas con cuadros depresivos utilizan para enfrentar los eventos estresantes, estrategias de afrontamiento del tipo evitación y negación. ⁽⁵⁴⁾

La depresión es uno de los factores psicosociales más estudiados en la adolescencia. Los cuadros depresivos de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo. El o la adolescente piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para el o ella todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que, la vergüenza y la desesperación que la provocan. Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y esta mitigado por la mayor experiencia del adulto. El adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse, en consecuencia, se deprime. A esta edad, se encuentra mas preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres. ⁽⁴⁴⁾

2.4.2. EL APOYO SOCIAL

Se define apoyo social como: "La percepción que tiene un individuo a partir de su inserción en las redes sociales, de que es: a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; y c) que es provisto con ayuda instrumental e informacional y que pertenece a una red social con derechos y obligaciones. ⁽⁵⁵⁾

Fundamentalmente se han distinguido dos perspectivas en el estudio del apoyo social: la estructural, y la funcional. Comúnmente, se habla de apoyo social haciendo referencia al contenido funcional y usándose el término red social para los aspectos estructurales del apoyo social. ⁽⁴⁸⁾

No existe un concepto claro y consensual de apoyo social, tendiéndose a señalar cuatro tipos o recursos de apoyo social: apoyo emocional, apoyo

informativa, apoyo como acompañamiento social y apoyo instrumental, los que a continuación se describirá: ⁽⁵⁶⁾

- El Apoyo a la Estima: Este tipo de apoyo, se refiere a la información que tiene una persona respecto de sí; si es estimada y aceptada. La autoestima es mejorada por la comunicación de otras personas, de que ellos son valorados por sus propios méritos y experiencias; y son aceptados a pesar de cualquier dificultad o falla personal. En diversos estudios, se ha demostrado que este tipo de apoyo es el más importante para fomentar; y mantener la salud y el bienestar.

- El Apoyo Informativa: Se refiere a la información que ayuda a un individuo a definir, entender y enfrentarse a situaciones problemáticas.

- El Apoyo como Acompañamiento Social: Se refiere a ocupar el tiempo en ratos libres y actividades recreacionales con sus pares, pudiéndose reducir el estrés al satisfacer una necesidad de afiliación y contacto con otros, de esta manera, se ayuda a que el sujeto puede distraerse de sus problemas angustiosos, o facilitar estados de ánimo afectivo positivo.

- El Apoyo Instrumental: Se refiere a la provisión de ayuda financiera, recursos materiales y necesidad de servicios. La ayuda instrumental puede facilitar la reducción del estrés, por la solución directa de un problema o por proveerle al receptor el aumento del tiempo para actividades, tales como relajación o entretenimiento.

La consideración de red social hace referencia a un conjunto de relaciones sociales, que un individuo puede presentar, con efectos que pueden ser facilitadores, neutros o, que incluso, pueden tener efectos negativos sobre el bienestar. La red social hace énfasis en los aspectos estructurales (tamaño, densidad y grado de conexión); en las características de vínculo de los componentes (intensidad, durabilidad, intensidad, frecuencia, etc.); y a los contextos normativos de las relaciones (la familia, el grupo de amigos, los vecinos y los conocidos) ⁽⁵⁶⁾

Dentro de la perspectiva instrumental, la evaluación del apoyo social es clasificada en dos tipos:

- El apoyo social objetivo, definido como la estructura y frecuencia de los vínculos que la persona establece con su medio, de su integración en la red social. ⁽⁵⁰⁾

- El apoyo social subjetivo, se define como la satisfacción o disponibilidad percibida del apoyo instrumental, cognitivo y emocional del entorno social. ^(.50)

Dentro de los efectos positivos del apoyo social tenemos que; inhibe conductas de riesgo y refuerza conductas de salud; disminuye el impacto del estrés, y por ende conductas inadaptativas de afrontamiento que agraven el problema; tiene efectos positivos a la autoestima; esta asociado a una menor reactividad, y mejor manejo ante acontecimientos negativos; y la presencia de redes sociales proveerían de consejos, servicios y nuevos contactos sociales. ⁽⁵⁶⁾

Dentro de los efectos negativos tenemos que; al proveer excesivo apoyo puede generar un aumento de la amenaza al bienestar, provocando aumento de la dependencia; y cuando los procesos de interacción no son placenteros o no deseados se invade la vida privada, contribuyendo a disminuir el bienestar. ⁽⁵⁶⁾

2.4.3. BIENESTAR SUBJETIVO: AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA - SATISFACCIÓN VITAL

Las definiciones de bienestar subjetivo a menudo no aparecen explícitas en la literatura. Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar.

Según Diener ⁽⁵⁷⁾ estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera, describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida". Una segunda categoría, incide en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos.

Este punto de vista fue iniciado por Brandburn ⁽⁵⁸⁾ con el desarrollo de su "Escala de Balance Afectivo". Para este autor, la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. La definición de bienestar desde esta perspectiva está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término, según éste, una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa.

En este sentido, Veenhoven ⁽⁵⁹⁾ define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva.

Sostiene que el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración.

El Bienestar Subjetivo es un amplio conjunto de factores que incluyen las reacciones emocionales de las personas, la satisfacción con sus posesiones y los juicios globales de satisfacción personal con la vida de cada uno. ⁽⁶⁰⁾

La mayor parte de los autores coinciden en la consideración de estos tres componentes: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Cabe considerar, por tanto:

AFECTO POSITIVO	AFECTO NEGATIVO	SATISFACCION CON LA VIDA	DOMINIOS DE SATISFACCION
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Extasis	Envidia		Con los demás

Componentes del Bienestar Subjetivo. Fuente: Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) ⁽⁶⁰⁾

El campo del "bienestar subjetivo", que examina los asuntos tales como la felicidad, la satisfacción de con la vida y moral, ha prosperado. ⁽⁶¹⁾

Numerosos trabajos han pretendido encontrar la relación que guarda el bienestar con otras variables. La enumeración de todos los factores tenidos en cuenta en estos estudios sería interminable. La lista debería incluir desde variables como la edad, el género o el estado civil ^(62,63), hasta otras, algo menos común, como el atractivo físico o el orden de nacimiento. ^(64,65)

Las siguientes categorías, aún no siendo exhaustivas, abarcan la mayoría de estos factores, lo que facilita su análisis de un modo más sistemático: salud y

características sociodemográficas, características individuales, variables comportamentales y acontecimientos vitales. ⁽⁶⁰⁾

Uno de los aspectos ligado al bienestar subjetivo es la calidad de vida, teniendo un concepto difuso que se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivo, incorporándose en la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos. Las dimensiones de la calidad de vida incluyen la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general. ⁽⁵⁰⁾

Operacionalmente, se incluyen preguntas de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de ésta, como la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc. ⁽⁶⁶⁾

Desde la perspectiva de la calidad de vida, los ejes fundamentales para la salud mental son *la **satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales.***

Las escalas de calidad de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto. Para evaluar este último aspecto se incluyen escalas específicas ligadas a las estrategias de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y *la satisfacción vital* entre otros. ⁽⁵⁰⁾

La calidad de vida ha sido identificada con el bienestar social y, debido a la equiparación de éste con el bienestar económico. Durante las pasadas décadas, un gran número de investigadores se han dedicado a analizar los correlatos demográficos y las variables que se vinculaban con el bienestar humano. Esto ha dado lugar a estudios en los que se examinan las diferencias personales en esta variable atendiendo a factores también objetivos como sexo, edad, clase social, estado civil, salud, nivel de ingresos, etc. Una muestra de este enfoque es la conclusión aportada por Wilson ⁽⁶⁷⁾ en su famoso estudio sobre las variables y características personales vinculadas a la felicidad. Según este autor: *"La persona feliz se muestra como una persona joven, saludable, con una buena educación, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con una alta autoestima, una gran moral del trabajo, aspiraciones modestas, perteneciente a cualquier sexo y con una inteligencia de amplio alcance"*.

Según Veenhoven ⁽⁵⁹⁾ la "calidad de vida" denota dos significados. Por una parte la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida y, por otra, la práctica del vivir bien como tal.

En opinión de Diener ⁽⁶⁸⁾, esta área de estudio tiene tres elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

2.4.4. ESTRÉS PERCIBIDO

El estrés en términos generales, se refiere a las acciones que debe realizar el individuo para adaptarse a las exigencias del medio ambiente. El problema entonces consiste en que, la adaptación a las exigencias de nuestro entorno se logra a través de un esfuerzo y un desgaste a las respuestas del organismo involucradas en este esfuerzo se les denomina estrés.

Por lo tanto el estrés forma parte de nuestra vida diaria y es inevitable, una cierta dosis es necesaria para poder desenvolvemos adecuadamente en nuestro entorno. Por otra parte, la sobrecarga excesiva de situaciones estresantes, alguna muy intensa o de gran significado para el individuo puede llevar a consecuencias negativas, ya sea en la salud física o mental del sujeto. ⁽⁶⁹⁾

Así en una primera aproximación entenderemos al estrés como una respuesta del organismo, donde el individuo reacciona ante estímulos que le significan un peligro (potencial o real) y/o una necesidad de adaptación mayor que lo habitual, el estrés entonces se produce ante las presiones comunes de la vida cotidiana (estrés crónico) tanto como ante ciertas presiones extraordinarias (eventos vitales) ^(70,71)

Se define el estrés psicosocial como: "Un desequilibrio o discrepancia significativo entre las demandas (externas o, también, internas) hechas a un organismo en relación con valores, metas, o condiciones subjetivamente y percibidas como vitales para su supervivencia o bienestar y los recursos adaptativos de este organismo" ⁽⁷²⁾

Del mismo modo el estrés puede ser entendido como lo plantea Lazarus y Folkman quienes los definen como: "Una relación particular entre el individuo y el

entorno que son evaluados por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”⁽⁵⁴⁾

El estrés aparece cuando uno evalúa una situación (estresor o evento estresante) como amenazante o por otro lado cuando aparece demandante realmente y uno no tiene la habilidad o estrategia para responder a esa situación.

El apoyo social puede intervenir entre el evento estresante y la reacción al estrés por atención o prevención de la respuesta al estrés aparente. Esto es, la percepción de que otros pueden y van a proveer los recursos necesarios, puede redefinir el daño potencial de la situación y/o para ayudarlo a percibir su habilidad personal para enfrentar las demandas impuestas, y por lo tanto prevenir una situación particular que puede ser apreciada como altamente estresante. En segundo lugar, un apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo de un proceso patológico reduciendo o eliminando la reacción estrés, o bien por influencia directa en los procesos fisiológicos. En síntesis, el apoyo puede aliviar el impacto del estrés proveyendo una solución al problema, reduciendo la importancia percibida del mismo, tranquilizando el sistema neuroendocrino para que las personas sean menos reactivas a percibir el estrés o facilitando las conductas saludables⁽⁷³⁾

Por tanto, los efectos de la experiencia de estrés sobre la salud mental, pueden ser mediados o amortiguados por la presencia de estrategias de afrontamiento eficaces, como también por la disponibilidad de apoyo social en la red social en la cual esta inserto el sujeto.

Por otro lado, existe variada evidencia que da cuenta de la relación positiva entre estrés psicosocial y trastornos depresivos, por ansiedad o somatoformes.^(56,74)

2.4.5. EVENTOS VITALES

Cada uno de los individuos, en el transcurso de su vida cotidiana, se ve afectado por una serie de situaciones que de un modo positivo o negativo debe asumir. A este tipo de acontecimientos se le ha comenzado a denominar “eventos vitales positivos o negativos”, dependiendo de la situación vivida.

Los eventos vitales son definidos como: “experiencias objetivas que amenazan o rompen la actividad normal de un sujeto, provocando un reajuste o cambio significativo en la conducta”.⁽⁷⁵⁾

Diversos acontecimientos inducen al estrés, los que se denominan estresores y se pueden agrupar en tres tipos, cambios mayores, cambios menores que afectan a una persona o a unas pocas y, las dificultades diarias. Entendiéndose por cambios mayores a ciertos acontecimientos considerados como estresantes de manera universal y situados fuera de todo control, por ej. : desastres naturales, las guerras etc.; los acontecimientos estresores menores pueden hallarse fuera del control del individuo como es el caso de la muerte de algún familiar, la amenaza de la propia vida, perder puesto de trabajo; y por último los acontecimientos que están fuertemente influidos por el individuo como es el caso de los divorcio o someterse a exámenes. ⁽⁵⁶⁾

Los eventos vitales indeseables negativos, ambiguos, poco previsible o inesperados y poco controlables se encuentran asociados a numerosos trastornos físicos como mentales (depresión, infarto al miocardio, etc.). Asimismo, existe asociación entre pérdidas severas (fallecimiento de algún familiar o persona próxima) y la depresión. ⁽⁷⁶⁾

2.4.6. AFRONTAMIENTO

El Afrontamiento ("Coping") es definido como: "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del Individuo."⁽⁵⁴⁾

El afrontamiento está relacionado con la adaptación a la situación de enfermedad y con la calidad de vida. Se habla de afrontamiento siempre en relación con un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que le plantea su acontecer vital, y restablecer el equilibrio perdido, es decir, adaptarse a la nueva situación consiguiendo el óptimo nivel posible de calidad de vida. ⁽⁵⁰⁾

Las funciones del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia de afrontamiento, además el resultado del afrontamiento está referido al efecto de cada estrategia.

Fundamentalmente se ha descrito dos funciones de afrontamiento aquellas centradas en la regulación de la respuesta emocional a la que el problema da lugar

(Afrontamiento dirigido a la Emoción) y aquellas dirigidas a manipular o alterar el problema (afrontamiento dirigido al problema) ^(54,77)

Las estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento son el conjunto de recursos conductuales y cognitivos que las personas usan para manejar las demandas de los encuentros estresantes específicos. Para cada tipo de función se ha descrito un número definido de estrategias de afrontamiento, las cuales se describirán a continuación. Dentro de la función del Afrontamiento dirigido a la Emoción se encuentran las siguientes estrategias: ⁽⁵⁶⁾

- Distanciamiento: por un lado describe los esfuerzos para desvincularse personalmente de una situación; y por otro lado se refiere a la creación de una visión positiva de la situación que es estresante.

- Escape- Evitación: se refiere a los esfuerzos conductuales y al deseo cognitivo de escapar o evitar la situación. Esto contrasta con el distanciamiento en que este sugiere desvinculación.

- Aceptación de responsabilidad: se refiere al reconocimiento del propio rol en el problema, con el tema concomitante de tratar de reponer las cosas con rectitud.

- Autocontrol: se refiere a los esfuerzos para regular los propios sentimientos (expresión de sentimientos) y acciones.

- Búsqueda de apoyo social: se refiere a los esfuerzos para buscar apoyo emocional, tangible, e informacional.

- Reevaluación positiva: se refiere a los esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el crecimiento personal.

Dentro de la función del Afrontamiento dirigido al Problema se encuentran las siguientes estrategias:

- Confrontación: se refiere a los esfuerzos agresivos para alterar la situación. También sugiere un grado de hostilidad y la toma de riesgo.

- Plan para resolver problemas: describe los esfuerzos deliberados para alterar la situación en conjunto con una aproximación analítica para resolver el problema.

Las personas que utilizan con preferencia estrategias de evitación y aceptan resignadamente los sucesos que le acontecen, declaran más síntomas depresivos y malestar físico, así como problemas de alcohol. ⁽⁵⁰⁾

Otros sostienen que la presencia de apoyo social (disponibilidad de ayuda) también es determinante en la estrategia de afrontamiento que utilice, mientras más apoyo reciba, más probable es que utilice estrategias activas. ⁽²⁷⁾ Algo similar plantea Lazarus ⁽⁵⁴⁾ cuando manifiesta que el apoyo social puede actuar en la evaluación del estresor, sobre la reacción emocional y, finalmente, sobre las formas de afrontamiento.

De esta manera, se puede inferir que las características psicosociales de las usuarias influirían en la satisfacción o insatisfacción de la atención brindada por un servicio de salud sexual y reproductiva, necesitándose una intervención a nivel intersectorial para la prevención y mejoramiento de las variables ambientales, relaciones interpersonales, reestructuración cognitiva, mejoramiento de las habilidades sociales y de la provisión de grupos de apoyo.

A continuación se realiza una breve descripción del lugar, donde se realizó el estudio de satisfacción usuaria y características psicosociales.

El Contexto del Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA)

Breve Historia

En noviembre de 1981 se crea en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, una Unidad destinada a la atención integral de las Adolescentes embarazadas, considerándolas como un grupo de alto riesgo, siendo el pionero de esta idea y Director hasta el día de hoy, el Profesor Dr. Ramiro Molina Cartes.

La atención incluía los aspectos obstétricos y perinatales de la adulta, adaptados a la atención de una menor de edad y estimulando la concurrencia de la pareja. Se adicionaron los aspectos Sociales y de Salud Mental. El programa inicial fue financiado por dos proyectos específicos, ganados por concurso en el Departamento de Investigaciones de la Universidad de Chile (DTI, hoy DID) y en la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Ambos proyectos financiaron recursos humanos, equipamiento mínimo y material desechable, hasta 1983 y 1985, respectivamente. Esta Unidad académica tuvo un rápido desarrollo, a través de la publicación de las investigaciones, la capacitación de recursos humanos nacionales, internacionales y a la participación en el foro público a través de los medios de comunicación en un tema altamente sensitivo en la cultura chilena. En los inicios de la década de los 80', muchos profesionales del área de la Salud y de otras instituciones fueron críticos de la estrategia de desarrollar programas de atención preferencial para adolescentes embarazadas, pues consideraban que este enfoque estimularía los embarazos en otras adolescentes. Desde 1983 y hasta 1989 CEMERA se financió exclusivamente con proyectos de Investigación y de Desarrollo Institucional, ganados por concursos. Toda la infraestructura de edificios reconstruidos (700 m²) y el equipamiento, han sido adquiridos a través de proyectos de Investigación y son bienes, que hoy, pertenecen en su totalidad a la Facultad de Medicina.

El enfoque inicial evolucionó en forma progresiva a medida que la investigación fue mostrando los diferentes aspectos relacionados con el embarazo adolescentes, tanto en la perspectiva Biológica como Psico-Social. Se evolucionó al Concepto de

Medicina Reproductiva, posteriormente a Salud Reproductiva, hasta lo que hoy conocemos y enseñamos como Salud Sexual, Reproductiva e Integral en la Adolescencia. Este capítulo de la medicina ha pasado a constituir una subespecialidad de alta necesidad y demanda en Países en Desarrollo y en muchos Países Desarrollados. En Latinoamérica este enfoque se inicia tímidamente, recién en la década de los 90' y la subespecialidad está recién siendo considerada, a medida que los problemas de Salud de los jóvenes se han hecho relativamente más importantes. Chile, es el primer país Latinoamericano en formar un grupo académico integralmente estructurado, preocupado de este ámbito de la Medicina. Este es un reconocimiento ya ganado en la Región y en otros Países Desarrollados.

En resumen, CEMERA, como estructura formal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile inicia el nuevo Milenio con el camino recorrido en estos 18 años de creación y gestión académica eficiente. El tema de la Salud de los Jóvenes, ha pasado a ser un problema importante en las políticas de casi todos los países. Como tal la Rectoría de nuestra casa de estudios a partir de 1990, lo han considerado como un Problema-País y refrendado por el actual Rector Profesor Luis Riveros, con el objeto de desarrollar la investigación básico-clínica y la aplicada, en la formación de recursos humanos y la extensión a la comunidad como Universidad del Estado de Chile.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

3.1. Objetivo General

a) Identificar las asociaciones entre las características psicosociales de las consultantes del CEMERA y el grado de satisfacción usuaria en los distintos aspectos relacionados con la atención recibida.

3.2. Objetivos Específicos

a) Describir las características psicosociales de las consultantes del CEMERA.

b) Describir el grado de satisfacción usuaria de las consultantes del CEMERA.

c) Analizar las asociaciones entre las características psicosociales de las consultantes en los diferentes grados de satisfacción usuaria con la atención recibida.

d) Determinar que características psicosociales de las consultantes son predictivas de la satisfacción usuaria.

e) Determinar que características psicosociales de las consultantes son predictivas de la insatisfacción usuaria.

HIPOTESIS

La satisfacción de la usuaria adolescente está condicionada a distintos factores psicosociales predictivos de los grados de satisfacción.

METODOLOGIA

5.1. Diseño del Estudio

El diseño del estudio es de corte transversal, con carácter descriptivo y asociativo, en un grupo de adolescentes que asistieron al CEMERA entre el 1º de Marzo y el 30 de Abril del 2003.

5.2. Universo y Muestra

El universo del estudio lo constituyeron consultantes del CEMERA, cuyas edades fluctúan entre los 10 y 19 años, las que espontáneamente acudieron a solicitar Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Se realizó un muestreo de tipo intencionado en relación con el grupo de estudio debido a la posibilidad de acceso a la investigación en un Centro especializado. Para ello se incluyeron a todas las adolescentes asistentes al centro que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio. Siendo estos:

- a. Ser consultante del CEMERA.
- b. Ser de sexo femenino.
- c. Mujeres menores de 19 años de edad.
- d. Adolescentes con un seguimiento igual o mayor a 3 visitas al CEMERA.
- e. Aceptar de manera voluntaria participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

El tamaño muestral estimado fue calculado a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2(p \cdot q)}{d^2}$$

Donde: $z_{\alpha/2}^2 = 1,96$

p = Tasa de prevalencia (50%)

q = 1 – p (50%)

d² = precisión (7%)

$$n = \frac{1,96 (50 \times 50)}{(7)^2}$$

$$n = 196 \text{ encuestas}$$

El tamaño de la muestra estimada fue de 196 adolescentes con un nivel de confianza de 95% y un error de estimación del 7%. Siendo el tamaño muestral del estudio de 205 casos.

5.3. Variables de Estudio

5.3.1. Variable dependiente:

Grado de satisfacción general con la atención recibida.

5.3.2. Variables independientes:

A. Socio-demográficas

B. Características Psicosociales:

b.1) Depresión

- b.2) Apoyo social objetivo y subjetivo
- b.3) Afectividad positiva y negativa
- b.4) Estrés percibido
- b.5) Estrategias de afrontamiento
- b.6) Eventos vitales
- b.7) Satisfacción vital
- C. Comportamiento sexual
- D. Calidad de atención

5.3.3. Operacionalización de variables:

Variable dependiente:

Grado de satisfacción general de los usuarios del CEMERA con la atención recibida: Desde el punto de vista operacional se le define como el nivel de satisfacción general con la atención que recibe desde un punto de vista global, constando de 4 niveles que varían desde muy satisfecha hasta muy insatisfecha.

Variables independientes:

A. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA: Desde el punto de vista operacional se entenderá como la obtención de datos personales de los individuos. (Ver anexo N° 1)

B. FACTORES PSICOSOCIALES

b.1) Depresión: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según el Inventario de depresión de Beck.

b.2) Apoyo social Objetivo: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido según la escala adaptada de Páez y cols.

b.3) Apoyo social subjetivo: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la escala de Vaux adaptada por Páez y cols.

b.4) Afectividad Positiva y Negativa: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la escala de Brandburn adaptación española de Páez y cols.

b.5) Estrés percibido: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la escala de Cohen, Kamark & Mermelstein adaptada por Vera & Wood.

b.6) Eventos vitales: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la escala desarrollada por el departamento de Salud Mental de California adaptación española de Páez y cols.

b.7) Estrategias de afrontamiento: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la síntesis de Basabe y cols. de las dimensiones de Folkman & Lazarus y Calver & cols. adaptada por Páez.

b.8) Satisfacción vital: Desde el punto de vista operacional se entenderá como el puntaje obtenido por cada individuo según la escala de Diener adaptada por Vera y Machuca.

C. COMPORTAMIENTO SEXUAL: Cuestionario desarrollado por Silvia Ubillo adaptado adhoc para el estudio, donde a través de sus 18 ítems se realiza una descripción generalizada del aspecto sexual y preventivo (anticoncepción y SIDA) de la adolescente.

D. CALIDAD DE ATENCIÓN: Cuestionario desarrollado por De León adaptada adhoc para el estudio, donde se describe la opinión de la usuaria acerca de la atención, del profesionalismo e infraestructura del CEMERA. Evaluándose sobre la base de 12 preguntas acerca del tiempo que el usuario debió esperar para recibir la atención, quejas con la atención de los profesionales, calificación y nivel de satisfacción con los profesionales, limpieza de sanitarios e infraestructura del lugar de atención, calificación y nivel de satisfacción con el CEMERA y por último los aspectos positivos, negativos y sugerencias con la atención brindada.

5.4. Actividades Principales del Trabajo de Terreno

La recolección de la información para el presente estudio proviene de la encuesta que se realizó a las adolescentes usuarias del CEMERA, cuyas edades fluctuaron entre los 13 y 19 años, que llegaron libremente a su control periódico y consultaron durante los meses de Marzo - Abril del 2003 y a la vez cumplieran con los criterios de inclusión.

Previo consentimiento firmado por la entrevistada, se procedió a la realización de la encuesta en las dependencias del CEMERA, no siendo necesario esperar a la salida de la consulta. La entrevista fue realizada directamente por la autora del estudio.

5.5. Métodos de Recolección de Información e Instrumentos usados

La recolección de información se llevó a cabo a través de la aplicación de una batería de instrumentos (ver anexo 2). Cabe destacar que se realizó un análisis de consistencia interna para determinar los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) para las escalas psicosociales del estudio.

5.5.1. Instrumentos de medición

- ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA: Este instrumento se caracteriza por evaluar factores sociodemográficos como: Edad, lugar de residencia, tipo de previsión de salud, nivel educacional, estado civil, actividad laboral, religión, nivel educacional y estado civil de los padres.

- ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (1988) ⁽⁷⁸⁾: Esta escala mide las manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente. Se caracteriza por ser de autoaplicación y está constituida de 21 ítems. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta y cada uno de los ítems puntúan de 0 a 3, variando la puntuación final entre 0 y 64 puntos. Planteándose los siguientes rangos de puntaje obtenidos:

- Menos de 9 puntos: Estado Normal
- De 10 - 18 puntos: Depresión leve
- Entre 19 - 29 puntos: Depresión moderada
- Más de 30 puntos: Depresión grave

El coeficiente de fiabilidad dio un alfa de Cronbach = 0,88 obtenidos a través de un análisis de consistencia interna.

- ESCALA DE APOYO SOCIAL OBJETIVO DE PÁEZ Y COLS (1986) ⁽⁷⁴⁾: Esta escala busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto, es decir, la dimensión objetiva de la integración social. Constituida por 6 ítems, cada ítem de 4 respuestas posibles y el puntaje de cada respuesta tiene puntajes diferenciados de acuerdo a la magnitud de esta. La puntuación total varía entre 0 y 35 puntos. En el presente estudio se obtuvo una media de 14,67 puntos con una desviación estándar de 4,99. La clasificación se presenta de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- Primer tercíl (por debajo de 9,68 puntos): Bajo apoyo social objetivo

- Segundo tercíl (entre los 9,69 - 19,66 puntos): Mediano apoyo social objetivo

- Tercer tercíl (por encima de 19,67 puntos): Alto apoyo social objetivo.

- ESCALA DE APOYO SOCIAL SUBJETIVO DE VAUX ADAPTADA PÁEZ Y COLS (1999) ⁽⁷⁹⁾ : Esta escala permite obtener una estimación del soporte o apoyo social subjetivo o percibido por el sujeto en relación con su grupo de amigos y familia. Se constituye de 9 ítems, de los cuales 4 (ítems N° 2, 4, 6 y 8) apuntan a evaluar el apoyo social percibido en relación con los amigos y los otros 5 ítems (ítems N° 1, 3, 5, 7, 9) evalúan el apoyo social percibido con relación a la familia. Cada ítem tiene 4 categorías de respuesta, que va desde "Completamente en desacuerdo" a "Completamente de acuerdo". La confiabilidad de la escala es de una alfa de 0.80 y el Alfa de Cronbach obtenida a través de un análisis de consistencia interna fueron de 0.86 para el apoyo social subjetivo de amistades y 0.75 para apoyo social subjetivo familiar.

En el presente estudio, la puntuación media del apoyo social subjetivo familiar fue de 13,16 puntos con una desviación estándar 2,71. La clasificación se presenta de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- Primer tercíl (por debajo de 10,45 puntos): Bajo apoyo social subjetivo familiar
- Segundo tercíl (entre los 10,46 - 15,87 puntos): Mediano apoyo social subjetivo familiar
- Tercer tercíl (por encima de 15,88 puntos): Alto apoyo social subjetivo familiar.

En tanto que, la puntuación media para el apoyo social subjetivo amistades fue de 16,07 puntos con una desviación estándar de 3,08. Presentándose la clasificación de acuerdo a los terciles:

- Primer tercíl (por debajo de 12,99 puntos): Bajo apoyo social subjetivo amistades
- Segundo tercíl (entre los 13 - 19,15 puntos): Mediano apoyo social subjetivo amistades
- Tercer tercíl (por encima de 19,16 puntos): Alto apoyo social subjetivo amistades.

• ESCALA DE AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA DE BRADBURN ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE PÁEZ Y COLS (1989) ⁽⁷⁹⁾ : Esta escala busca medir el nivel del bienestar o malestar subjetivo, constituido de 18 ítems y cada uno de ellos tiene 4 categorías de respuesta, que van desde "Poco o nunca" a "Casi todo el tiempo". Los puntajes de la escala se obtienen revirtiendo los puntajes de 7 ítems (ítems N° 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17) para luego sumar la respuesta de los 18 ítems con una puntuación total final entre los 18 y 72 puntos. La confiabilidad de esta escala estimada con el alfa de Cronbach fue de 0.83. Encontrándose una puntuación media de 48,10 puntos con una desviación estándar de 8,67. Presentándose la clasificación de acuerdo a los terciles:

- Primer tercíl (por debajo de 39,43 puntos): Baja afectividad positiva y negativa

- Segundo tercíl (entre los 39,44 - 56,77 puntos): Mediana afectividad positiva y negativa

- Tercer tercíl (por encima de 56,78 puntos): Alta afectividad positiva y negativa

- ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO DE COHEN, KAMARK Y MERMELSTEIN (1983) ADAPTADA POR VERA Y WOOD (1994) ⁽⁵⁶⁾ : La escala mide el grado en que las situaciones de la vida personal son evaluadas subjetivamente como estresantes. Se constituye de 14 ítems con 5 categorías de respuesta, que va desde "Nunca" a "Casi siempre". Los puntajes de la escala se obtienen revirtiendo los puntajes de los siete ítems positivos (ítems N° 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13), para luego sumar las respuestas de los ítems obteniendo una puntuación final entre los 14 y 56 puntos. La confiabilidad de esta escala estimada con el alfa de Cronbach fue de 0.80 (Eliminando el ítem N° 12 para aumentar la consistencia interna). Se obtuvo una media de 33,01 puntos con una desviación estándar es 5,96. La clasificación se presenta de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- Primer tercíl (por debajo de 27,05 puntos): Bajo estrés percibido

- Segundo tercíl (entre los 27,06 - 38,97 puntos): Mediano estrés percibido

- Tercer tercíl (por encima de 38,98 puntos): Alto estrés percibido.

- ESCALA PARA EVALUAR SUCESOS Y/O PREOCUPACIONES DE VIDA DESARROLLADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE CALIFORNIA (1981) ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE PÁEZ Y COLS (1986) ⁽⁷⁴⁾ : Esta escala mide la cantidad de sucesos, intensidad y vivencia de los cambios ocurridos en la vida de una persona durante el último año. Se caracteriza por ser de autoaplicación, explorando el nivel de estrés en los últimos doce meses, constituida de 28 ítems que exploran: el área personal (13 ítems), el área económico-laboral (5 ítems) y el área familiar (11 ítems). Cada ítem tiene 2 opciones de respuesta: No y Sí; a la respuesta afirmativa de ocurrencia del evento se le determinaba el grado de intensidad de dicho evento, con puntuación que variaba entre 1 y 4 (de

menor a mayor intensidad). Determinándose que a medida que aumenta el número de eventos se incrementa el nivel de estrés, para la clasificación de los diferentes niveles de estrés se trabajó con una media de 4,11 eventos con una desviación estándar de 2,52. La clasificación se presenta de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- Primer tercíl (por debajo de 2 eventos): Bajo estrés
- Segundo tercíl (entre los 3 - 6 eventos): Mediano estrés
- Tercer tercíl (por encima de 7 eventos): Alto estrés.

- ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE PAÉZ (1993) ⁽⁸⁰⁾ DE LA SÍNTESIS DE BASABE Y COLS (1993) DE LAS DIMENSIONES PLANTEADAS POR FOLKMAN Y LAZARUS (1986) Y POR CALVER Y COLS (1989): Esta escala evalúa las estrategias utilizadas por los individuos para resolver determinadas situaciones estresantes que desbordan las capacidades y recursos personales. Constituida de 18 ítems y cada uno de ellos tiene 4 categorías de respuesta, que van desde "Nunca" a "Muchas veces". La escala es sometida a análisis factorial para reconocer las dimensiones subyacentes que dan cuenta de los tipos de estrategias que utilizan los individuos para enfrentar los problemas. (Ver anexo N° 3)

- ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL GENERAL DE DIENER ADAPTADA POR VERA Y MACHUCA (2001) ⁽⁸¹⁾ : Esta escala busca evaluar la satisfacción del individuo desde 6 enfoques: familiar, económico, de amistades, propia persona, salud y vida en general. Constituida de 6 ítems y cada uno de ellos con una puntuación de 1 (insatisfacción) a 10 (satisfacción). La puntuación total de la escala varía entre los 6 y 60 puntos. La confiabilidad de esta escala estimada con el alfa de Cronbach fue de 0.77. En el presente estudio, se obtuvo una media de 42,55 puntos con una desviación estándar de 10,65. La clasificación se presenta de acuerdo a los terciles de la muestra total:

- Primer tercíl (por debajo de 31,9 puntos): Baja satisfacción vital general

- Segundo tercíl (entre los 32 - 53,2 puntos): Mediana satisfacción vital general

- Tercer tercíl (por encima de 53,3 puntos): Alta satisfacción vital general.

- CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DESARROLLADO POR SILVIA UBILLO (2000) ⁽⁸²⁾ adaptado ad hoc para el estudio: A través de este cuestionario se busca obtener una descripción generalizada del aspecto sexual de la población en estudio. Consta de 18 ítems, no presenta una puntuación determinada para cada ítem. Caracterizándose por indagar sobre: grado de experiencias sexuales previas y actuales, edad de inicio de relaciones coitales, número de parejas coitales, uso y conocimiento de métodos anticonceptivos y conocimiento de precauciones para evitar el contagio de SIDA.

- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DESARROLLADO POR DE LEÓN (2002) ⁽⁸³⁾ adaptada adhoc para el estudio: A partir de este cuestionario se busca obtener la descripción de la opinión de la usuaria acerca de la atención, del profesionalismo e infraestructura del CEMERA. Evaluándose sobre la base de 12 ítems, acerca de: el tiempo que el usuario debió esperar para recibir la atención, quejas con la atención de los profesionales, calificación y nivel de satisfacción con los profesionales, limpieza de sanitarios e infraestructura del lugar de atención, calificación y nivel de satisfacción con el CEMERA y por último los aspectos positivos, negativos y sugerencias con la atención brindada. Cada ítem no presenta una puntuación determinada.

5.6. Técnicas de Procesamiento de Información

La información se codificó e ingresó al programa EPIDATA y su análisis se realizó en el programa SPSS 10.0 (Statistical Package Social Support).⁽⁸⁴⁾

5.7. Análisis e interpretación

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con cálculos de distribución porcentual para cada una de las variables del estudio.

Luego se prosiguió a realizar análisis bivariado, a través del uso de:

- La Prueba de Tukey, para la comparación múltiple de promedios entre las características psicosociales en función de Depresión y Satisfacción Vital General; y
- Las pruebas de t - student y diferencia de proporciones para muestras independientes con un error del 5%, para identificar y analizar la asociación entre los perfiles de las adolescentes (antecedentes sociodemográficos y características psicosociales) y el grado de satisfacción usuaria.

Cabe destacar que en el estudio no se encontraron niveles de insatisfacción usuaria, por lo tanto, se procedió a agrupar la variable dependiente con el ítem de calificación con la atención recibida. Obteniendo una variable de "satisfacción agregada", teniendo como categorías, una categoría agrupa "Muy satisfechas - Muy buena" (n=112), y la otra "Muy satisfecha - Buena", "Satisfecha - Muy buena" y "Satisfecha - Buena" (n=93).

Por último, se estudiaron modelos de regresión para determinar si las características psicosociales son predictivas de la satisfacción usuaria.

5.8. Limitaciones

- Es un estudio que presenta un sesgo muestral debido a que los participantes del estudio corresponden a un centro de atención especializada en adolescentes lo que no es una realidad en la atención de salud del país. Es importante mencionar que en Chile, aunque existe atención a adolescentes en el ámbito primario y secundario, esta es una unidad dentro de la atención general de la población. En este caso, el CEMERA es exclusivo para menores de 19 años de edad y es tal vez el único en la especialidad. Si bien es cierto existen otros centros en Peñalolen, Lo Barnechea y San Bernardo con menos trayectoria, teniendo un mayor enfoque a la morbilidad y atención de embarazos adolescentes, y en las Clínicas Las Condes y Alemana que enfocan su atención a adolescentes de estratos sociales altos, a diferencia del seleccionado para este estudio que es, el CEMERA, el cual atiende en su mayoría a adolescentes de estratos sociales medios y bajos, a libre demanda, sin costo fijo solo con un aporte económico, su enfoque de atención es preventivo

- La confiabilidad de la información obtenida durante este estudio, es el propio del sistema de encuestas, donde las respuestas de las entrevistadas pueden no ser correctas, debido al deseo de suministrar o no la información pertinente.

- Tiempo y falta de recursos económicos como tesista, lo que no permite planificar a mayor tiempo el estudio y así tomar una muestra en una población general de adolescentes en forma aleatoria y/o con otro tipo de población adolescente.

5.9. Aspectos Éticos

- El instrumento que se utilizará para la recolección de los datos no considera a la identidad de la persona, obviando la individualización de los mismos. Esto permite mantener la privacidad y confidencialidad de los participantes.

- A cada adolescente que reunía los criterios de inclusión se les invitó en forma verbal a participar en el estudio. Aquella adolescente que aceptó participar se le solicitó firmar un consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

6.1.1. ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN GRUPO ETÁREO, MARZO - ABRIL 2003

Edad	Nº	%	% Acumulado
13 - 15	26	12,7	12,7
16	30	14,6	27,3
17	61	29,8	57,1
18 - 19	88	42,9	100,0
Total	205	100,0	

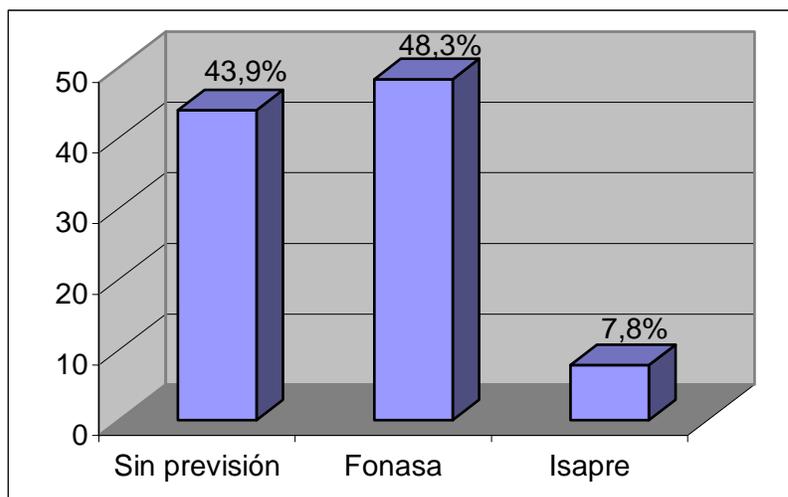
La tabla 1 muestra que la población del CEMERA varía entre los 13 a 19 años de edad, teniendo mayor representatividad las adolescentes mayores de 18 años con un 42,9%.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN RESIDENCIA, MARZO - ABRIL 2003

Residencia según Servicio de Salud Metropolitano (SSM)	Nº	%	% Acumulado
SSMNorte: Colina, Lampa, Independencia, Quilicura, Huechuraba, Conchalí, Recoleta	118	57,6	57,6
SSMSur: Pedro Aguirre Cerda, San Miguel, San Joaquín, San Bernardo, La Cisterna, La Granja, El Bosque, Lo Espejo	23	11,2	68,8
SSMSurOriente: Puente Alto, La Florida	10	4,9	73,7
SSMOriente: La Reina, Macul, Peñalolen	3	1,5	75,1
SSMOccidente: Renca, Cerro Navia, Pudahuel, Estación Central, Lo Prado, Quinta Normal	30	14,6	89,8
SSMCentral: Santiago Centro, Maipú, Padre Hurtado	21	10,2	100,0
Total	205	100,0	

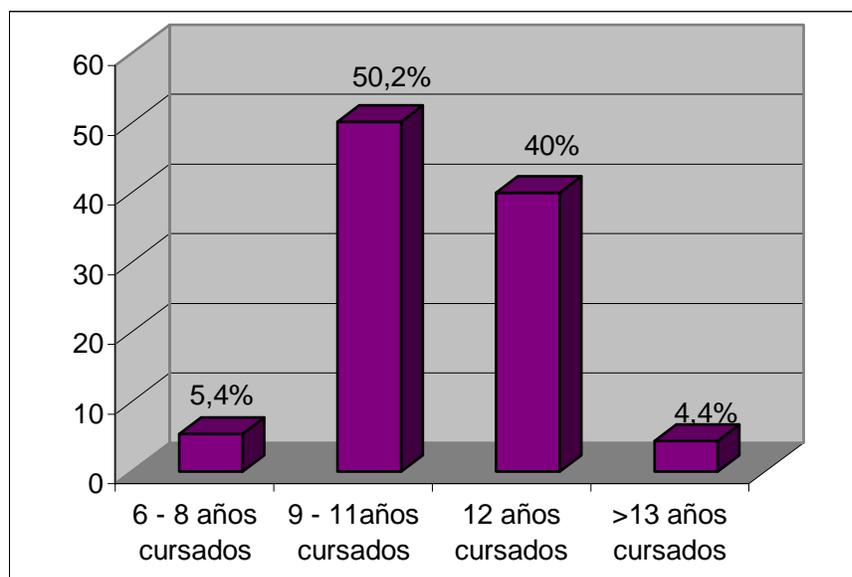
La mayor afluencia de adolescentes proviene de comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte, tales como: Recoleta, Huechuraba, Conchalí e Independencia, representando el 57,6% de la población en estudio.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN TIPO DE PREVISIÓN, MARZO - ABRIL 2003



El gráfico 1 muestra que el 43,9% refiere no gozar de previsión en salud.

GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, MARZO - ABRIL 2003



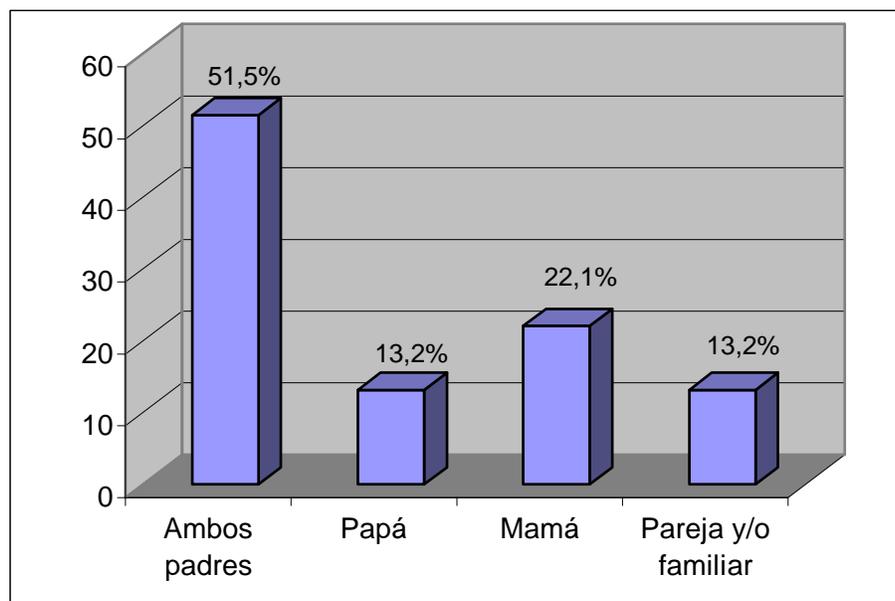
Según el gráfico el 40% de las adolescentes tiene enseñanza media completa.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL, MARZO – ABRIL 2003

Actividad laboral actual	Nº	%	% Acumulado
Estudiante	139	67,8	67,8
Dueña de casa	12	5,9	73,7
Trabajando	17	8,3	82,0
Estudio -Trabajo	21	10,2	92,2
Cesante	16	7,8	100,0
Total	205	100,0	

El 67,8% de las adolescentes es estudiante, en tanto que, el 10,2% refiere estudiar y trabajar a la vez.

GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN DEPENDENCIA ECONÓMICA, MARZO – ABRIL 2003



Como se observa en el gráfico 3, el 51,5%% de las adolescentes refiere depender económicamente de ambos padres.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN ESTADO CIVIL, MARZO – ABRIL 2003

Estado Civil	Nº	%	% Acumulado
Soltera	195	95,1	95,1
Casada	1	0,5	95,6
Conviviente	9	4,4	100,0
Total	205	100,0	

Con respecto al estado civil de las adolescentes, se observa que el 95,1% de las adolescentes refiere ser solteras.

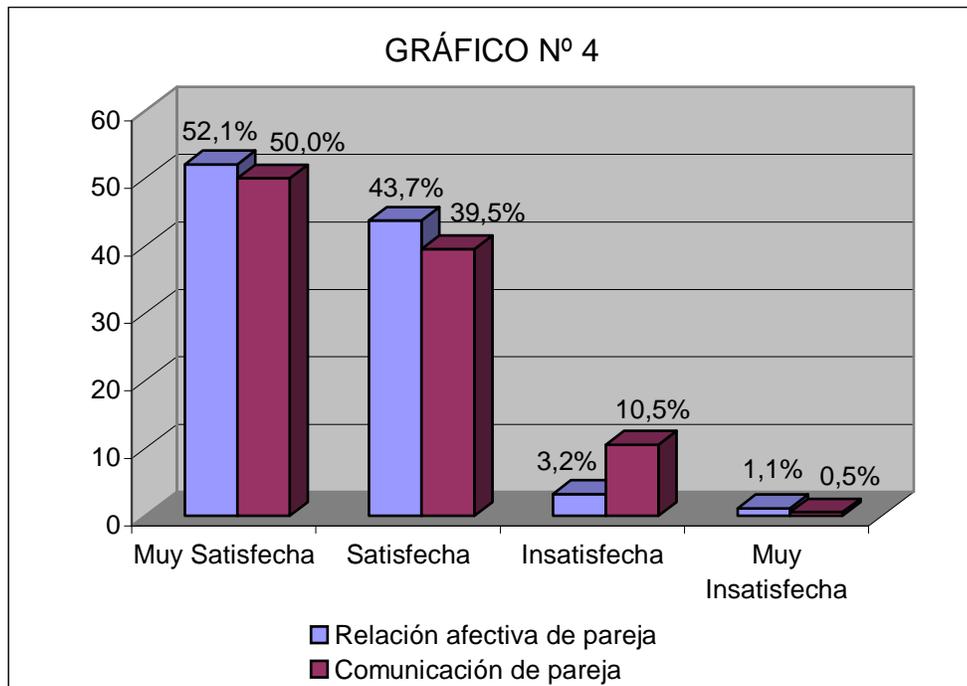
TABLA 5: DISTRIBUCION DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRESENCIA DE PAREJA, MARZO – ABRIL 2003

Tiene pareja actualmente	Nº	%	% Acumulado
No	15	7,3	7,3
Sí	190	92,7	100,0
Total	205	100,0	

La tabla 5 muestra que el 7,3% de las adolescentes refiere no tener pareja actualmente.

TABLA 6: GRADO DE SATISFACCION DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN RELACIÓN AFECTIVA Y COMUNICACIÓN DE PAREJA, MARZO – ABRIL 2003

Grados de Satisfacción	Relación Afectiva de pareja		Comunicación de pareja	
	Nº	%	Nº	%
Muy satisfecha	99	52,1	95	50,0
Satisfecha	83	43,7	75	39,5
Insatisfecha	6	3,1	19	10,0
Muy insatisfecha	2	1,1	1	0,5
Total	190	100,0	190	100,0



Como se muestra en la tabla 6 y gráfico 4, el 52,1% de las adolescentes con pareja refiere sentirse muy satisfechas con su relación afectiva y el 50% muy satisfechas con la comunicación de pareja.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRESENCIA DE HIJOS, MARZO – ABRIL 2003

Tiene hijos	Nº	%	% Acumulado
No	200	97,6	97,6
Sí	5	2,4	100,0
Total	205	100,0	

El 97,6% de las adolescentes en estudio refiere no tener hijos.

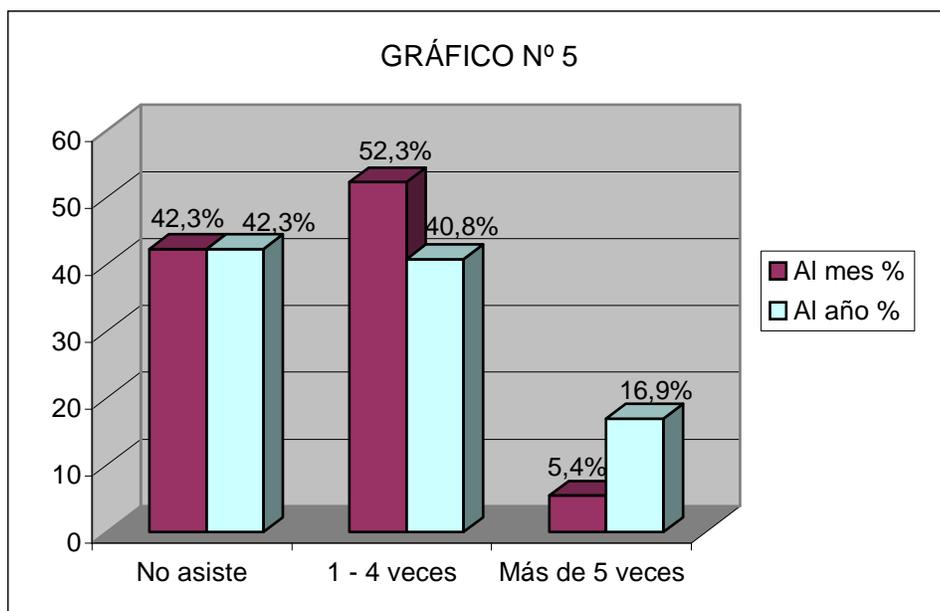
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGUN RELIGIÓN, MARZO – ABRIL 2003

Religión	Nº	%	% Acumulado
Sin religión	25	12,2	12,2
Católica	154	75,1	87,3
Protestante, evangélico, cristiano	21	10,2	97,6
Otras nominaciones: mormones, testigos de Jehová y otros	5	2,4	100,0
Total	205	100,0	

El 75% de las adolescentes refirió profesar la religión católica.

TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN ASISTENCIA A SERVICIO RELIGIOSO AL MES Y AÑO, MARZO - ABRIL 2003

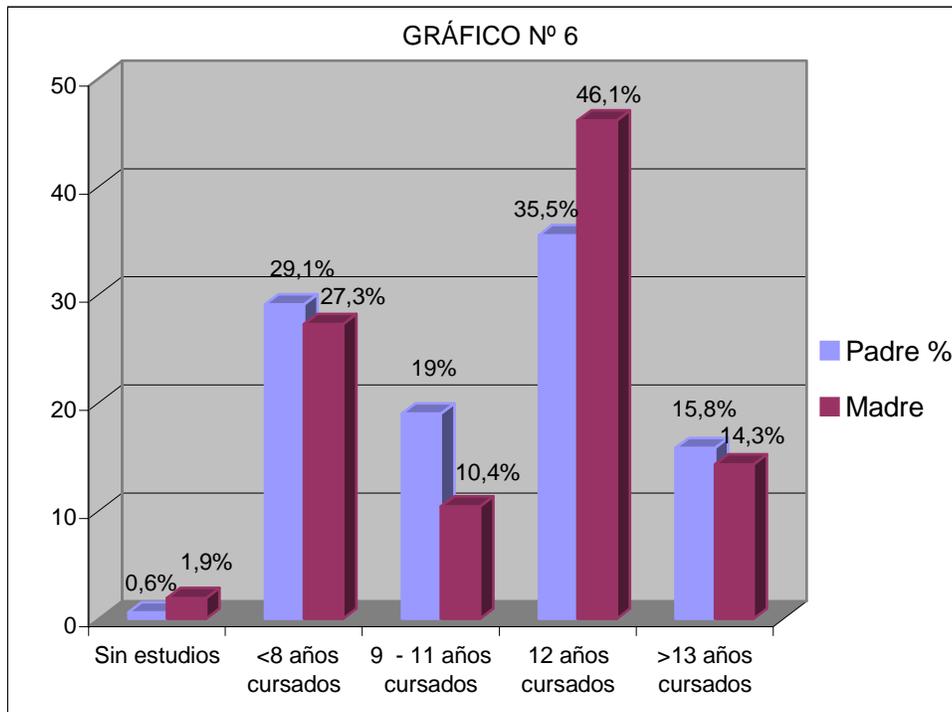
Nº veces que asiste a servicio religioso	Al mes		Al año	
	Nº	%	Nº	%
No asiste	55	42,3	55	42,3
1 - 4 veces	68	52,3	53	40,8
Más de 5 veces	7	5,4	22	16,9
Total	130	100,0	130	100,0



Dentro del grupo que admitieron profesar alguna religión, se observa en el gráfico 5 que el 42,3% de las adolescentes refiere no asistir a ningún servicio religioso ni al mes ni al año.

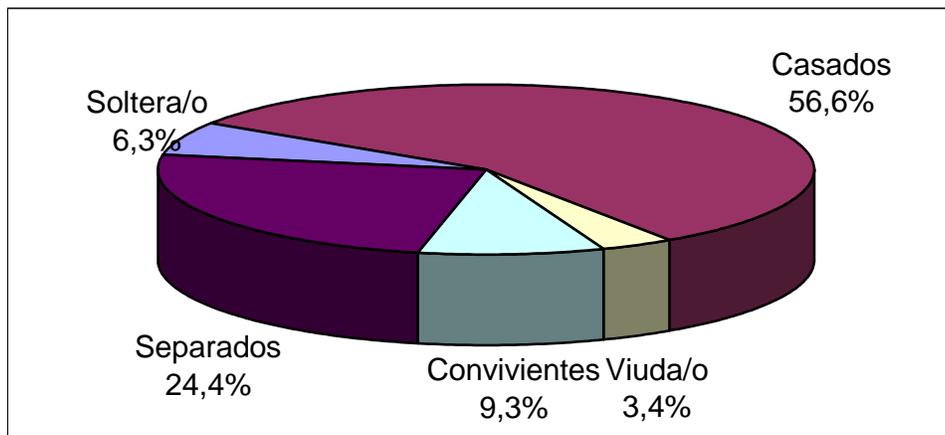
TABLA 10: NIVEL EDUCACIONAL DE LOS PADRES DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO – ABRIL 2003

Años Cursados	Padre		Madre	
	Nº	%	Nº	%
Sin estudios	1	0,6	3	1,9
≤ 8 años cursados	46	29,1	42	27,3
9 - 11 años cursados	30	19,0	16	10,4
12 años cursados	56	35,5	71	46,1
≥13 años cursados	25	15,8	22	14,3
Total	158	100,0	154	100,0



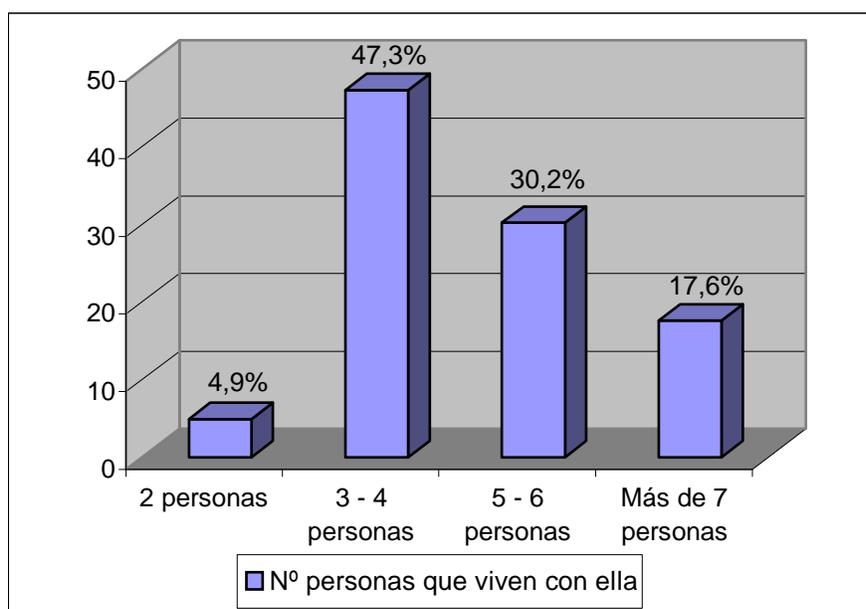
Los padres y las madres tienen enseñanza media completa, representando el 35,5% y 46,1% respectivamente.

GRÁFICO 7: ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003



El 56,6% son casados con relación estable

GRÁFICO 8: NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003



El 47,3% de las adolescentes presentan un núcleo familiar de tres a cuatro personas.

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR, MARZO - ABRIL 2003

Personas con quien vive	Nº	%	% Acumulado
Papá y/o mamá y/o hermanos (as)	118	57,6	57,6
Mamá o papá, padrastro o madrastra y hermanos y/o hermanastro(a)	8	3,9	61,5
Familia, otro familiar y ella	63	30,7	92,2
Ella y otros (excepto mamá y papá)	16	7,8	100,0
Total	205	100,0	

Como se observa en la tabla 11, el 57,6% de las adolescentes refiere vivir con al menos uno de sus padres y /o hermanos(as).

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRESENCIA DE HERMANOS, MARZO - ABRIL 2003

Tienes hermanos	Nº	%	% Acumulado
No	16	7,8	7,8
Sí	189	92,2	100,0
Total	205	100,0	

El 7,8% de las adolescentes refiere no tener hermanos.

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRESENCIA DE HERMANA EMBARAZADA MENOR DE 19 AÑOS, MARZO - ABRIL 2003

Alguna hermana embarazada <19 años	Nº	%	% Acumulado
No	178	86,8	86,8
Sí	27	13,2	100,0
Total	205	100,0	

El 86,8% de las adolescentes refiere no tener o no haber tenido alguna hermana embarazada antes de los 19 años.

6.1.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN "EXPERIENCIA SEXUAL MÁXIMA "A LO LARGO DE SU VIDA, MARZO - ABRIL 2003

Experiencia sexual máxima a lo largo de su vida	Nº	%	% Acumulado
No he tenido ninguna experiencia sexual	4	2,0	2,0
He besado en labios y abrazado a un hombre con caricias en las manos y por encima de ropa	3	1,5	3,4
He tenido Intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él	2	1,0	4,4
He tenido experiencias de haber llegado al coito con una sola persona a lo largo de mi vida	138	67,3	71,7
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	58	28,3	100,0
Total	205	100,0	

En la tabla 14 se observa que el 67,3% refiere haber tenido una sola pareja a lo largo de la vida y el 2 % no haber tenido ninguna experiencia sexual, mientras que el 28,3% ha tenido más de una pareja a lo largo de su vida.

TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN COMPROMISO SEXUAL ACTUAL, MARZO - ABRIL 2003

Compromiso sexual	Nº	%	% Acumulado
No tengo relaciones sexuales	13	6,6	6,6
Tengo relaciones sexuales que consisten en besos, caricias, caricias en genitales, etc., pero no tengo relaciones coitales	3	1,5	8,1
Tengo relaciones sexuales que incluyen coito	182	91,9	100,0
Total	198	100,0	

La tabla 15 señala que el 91,9% de las adolescentes en estudio tienen actualmente relaciones sexuales que incluyen coito.

TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, MARZO - ABRIL 2003

Edad primera relación sexual	Nº	%	% Acumulado
12 - 14 años	49	25,0	25,0
15 - 16 años	102	52,0	77,0
17 - 18 años	45	23,0	100,0
Total	196	100,0	

La edad de inicio de relaciones sexuales muestra diferencia por grupos. Como se señala en la tabla 16, el 25% de las adolescentes refiere haber iniciado relaciones sexuales entre los 12 y 14 años.

TABLA 17: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN RELACIÓN AFECTIVA CON PAREJAS SEXUALES, MARZO - ABRIL 2003

Relaciones coitales	Nº	%	% Acumulado
Una persona (pareja, pololo, amigo)	194	99,0	99,0
Con distintas personas	2	1,0	100,0
Total	196	100,0	

Como se observa en la tabla 17, el 99% de las adolescentes refiere mantener relaciones sexuales con una sola persona.

TABLA 18: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES A LO LARGO DE LA VIDA, MARZO - ABRIL 2003

Nº parejas a lo largo de la vida	Nº	%	% Acumulado
1 pareja	138	70,4	70,4
2 - 7 parejas	58	29,6	100,0
Total	196	100,0	

El 28,6% de las adolescentes refiere haber tenido de 2 a 7 parejas a lo largo de su vida.

TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS EN EL ÚLTIMO AÑO, MARZO - ABRIL 2003

Nº parejas en el último año	Nº	%	% Acumulado
1	190	96,9	96,9
2 - 5	6	3,1	100,0
Total	196	100,0	

El 96,9% de las adolescentes refiere haber tenido una sola pareja en el último año.

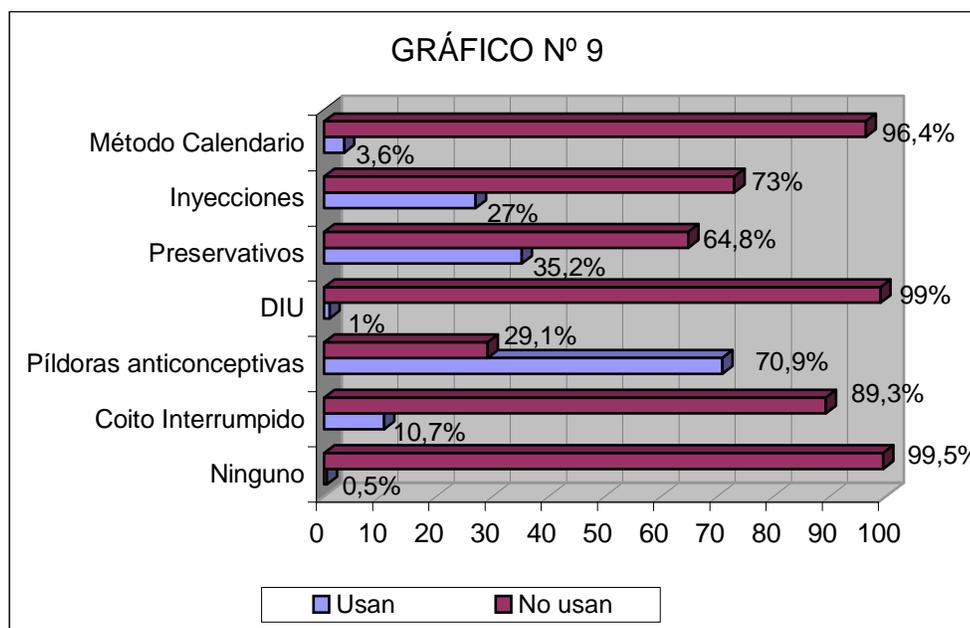
TABLA 20: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN FRECUENCIA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACIONES SEXUALES, MARZO - ABRIL 2003

Usa algún método anticonceptivo	Nº	%	% Acumulado
Nunca	1	0,5	0,5
A veces	28	14,3	14,8
Siempre	167	85,2	100,0
Total	196	100,0	

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, se observa que el 85,2% admite usarlos siempre y un 0,5% niega usarlos en sus relaciones sexuales.

TABLA 21: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACIONES SEXUALES, MARZO - ABRIL 2003

Método Anticonceptivo	Usan		No usan	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno	1	0,5	195	99,5
Coito Interrumpido	21	10,7	175	89,3
Píldoras anticonceptivas	139	70,9	57	29,1
DIU	2	1,0	194	99,0
Preservativos	69	35,2	127	64,8
Inyecciones	53	27,0	143	73,0
Método Calendario	7	3,6	189	96,4



Según la tabla y el gráfico precedentes, la píldora anticonceptiva es el método anticonceptivo más usado entre las adolescentes representando el 70,9% de la población usuaria.

TABLA 22: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES DURANTE 4 MESES, MARZO - ABRIL 2003

Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 4 meses	Nº	%	% Acumulado
No tuvo relaciones sexuales	6	3,1	3,1
1 - 4 relaciones sexuales	17	8,7	11,7
5 - 16 relaciones sexuales	71	36,2	48,0
17 - 32 relaciones sexuales	57	29,1	77,0
33 - 64 relaciones sexuales	35	17,9	94,9
65 y más relaciones sexuales	10	5,1	100,0
Total	196	100,0	

El 36,2% de las adolescentes refiere tener una frecuencia entre 5 - 16 relaciones sexuales en cuatro meses, en tanto que el 3,1% refiere no haber tenido relaciones sexuales.

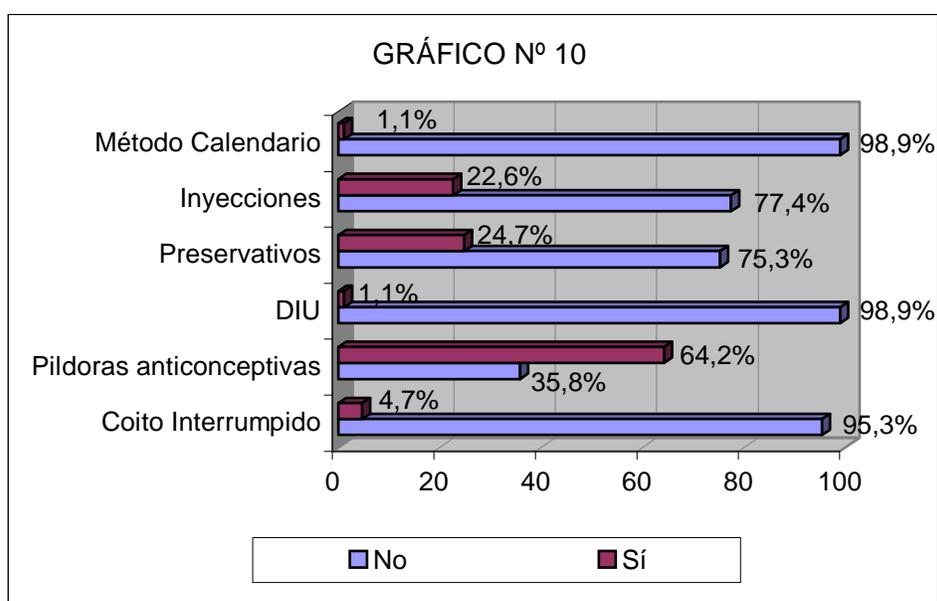
TABLA 23: DISTRIBUCIÓN DE USO DE M.A.C DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES EN 4 MESES, MARZO - ABRIL 2003

Uso de M.A.C según la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos 4 meses	Nº	%	% Acumulado
Ninguna	10	5,3	5,3
1 - 4 relaciones sexuales	21	11,1	16,3
5 - 16 relaciones sexuales	71	37,4	53,7
17 - 32 relaciones sexuales	50	26,3	80,0
33 - 64 relaciones sexuales	30	15,8	95,8
65 y más relaciones sexuales	8	4,2	100,0
Total	190	100,0	

Como se observa en la tabla 23, el 37,4% de las adolescentes refiere usar MAC en la frecuencia de 5 - 16 relaciones sexuales en los últimos cuatro meses.

TABLA 24: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN EL TIPO DE M.A.C USADO EN RELACIONES SEXUALES DURANTE 4 MESES, MARZO - ABRIL 2003

Uso	Métodos Anticonceptivos (M.A.C)											
	Coito Interrumpido		Píldoras anticonceptivas		DIU		Preservativos		Inyecciones		Método Calendario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	181	95,3	68	35,8	188	98,9	143	75,3	147	77,4	188	98,9
Sí	9	4,7	122	64,2	2	1,1	47	24,7	43	22,6	2	1,1
Total	190	100,0	190	100,0	190	100,0	190	100,0	190	100,0	190	100,0



El 64,2% de las adolescentes usó píldoras anticonceptivas en sus relaciones sexuales durante los cuatro últimos meses.

TABLA 25: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN MOTIVOS PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, MARZO - ABRIL 2003

Motivos para el uso de M.A.C	Coito Interrumpido		Píldora Anticonceptiva		DIU		Preservativos		Inyecciones		Método Calendario	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Más seguros	6	66,7	91	74,6	2	100,0	34	72,3	21	48,8	1	50,0
Más eficaces	-	-	4	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Más efectivos	-	-	10	8,2	-	-	1	2,1	1	2,3	-	-
Más cómodos	1	11,1	4	3,3	-	-	-	-	10	23,3	-	-
Más confiables	-	-	4	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Más prácticos	-	-	6	4,9	-	-	2	4,3	3	7,0	-	-
No ocasionan efectos adversos	-	-	-	-	-	-	3	6,4	3	7,0	-	-
Evitar contraer ETS y SIDA	-	-	-	-	-	-	4	8,5	1	2,3	-	-
Fáciles de acceder	2	22,2	-	-	-	-	2	4,3			1	50,0
Menos evidente en su uso	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9,3	-	-
Temor a Inyecciones	-	-	3	2,5			1	2,1	-	-	-	-
TOTAL	9	100,0	122	100,0	2	100,0	47	100,0	43	100,0	2	100,0

El motivo más frecuente para el uso de métodos anticonceptivos es la seguridad que brinda su uso, siendo la píldora anticonceptiva el método que otorga mayor seguridad (74,6%) seguido de los preservativos (72,3%) según las adolescentes del estudio.

TABLA 26: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE, MARZO - ABRIL 2003

Alguna vez quedó embarazada	Nº	%	% Acumulado
No	179	91,3	91,3
Sí	17	8,7	100,0
Total	196	100,0	

El 8,7% de las adolescentes refiere haber quedado embarazada alguna vez en su vida.

TABLA 27: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN DECISION EN EL CURSO DE EMBARAZO ADOLESCENTE, MARZO - ABRIL 2003

Decisión en el curso del embarazo adolescente	Nº	%	% Acumulado
Tener al niño	7	41,2	41,2
Interrumpir el embarazo por medio de aborto provocado	2	11,7	52,9
Otros: Ab. Espontáneo y Ab. retenido	8	47,1	100,0
Total	17	100,0	

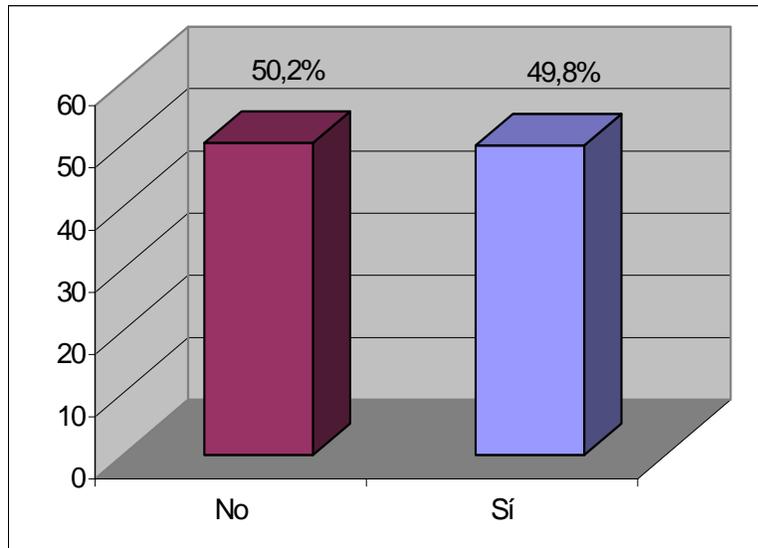
Se observa en la tabla 27 que del grupo de adolescentes que refirió haber quedado embarazada, el 41,2% decidió tener al niño y el 58,9% abortar.

TABLA 28: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRECAUCIONES PARA EVITAR EL CONTAGIO DE SIDA, MARZO - ABRIL 2003

Precauciones que toman o tomarían para no contagiarse de SIDA	Sí		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No tomo ninguna precaución	3	98,5	202	1,5	205	100,0
Me fijo que mi pareja tenga un aspecto exterior sano	112	54,6	93	45,4	205	100,0
No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecte droga	114	55,6	91	44,4	205	100,0
Realizo prácticas sexuales con poca gente	3	1,5	202	98,5	205	100,0
Realizo prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes	3	1,5	202	98,5	205	100,0
Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida	7	3,4	198	96,6	205	100,0
Sólo tengo relaciones coitales con una sola persona	171	83,4	34	16,6	205	100,0
Me informo sobre el estado de salud de mi pareja	104	50,7	101	49,3	205	100,0
Me lavo después de tener una relación sexual de penetración	119	58,0	86	42,0	205	100,0
Practico el coito interrumpido	47	22,9	158	77,1	205	100,0
Utilizo cremas espermicidas	3	1,5	202	98,5	205	100,0
Utilizo píldoras anticonceptivas	114	55,6	91	44,4	205	100,0
Utilizo preservativos	102	49,8	103	50,2	205	100,0
Acudo al médico para realizarme controles periódicos	123	60,0	82	40,0	205	100,0
Otros : Uso inyecciones	2	1,0	203	99,0	205	100,0
Me practico examen de VIH	1	0,5	204	99,5	205	100,0

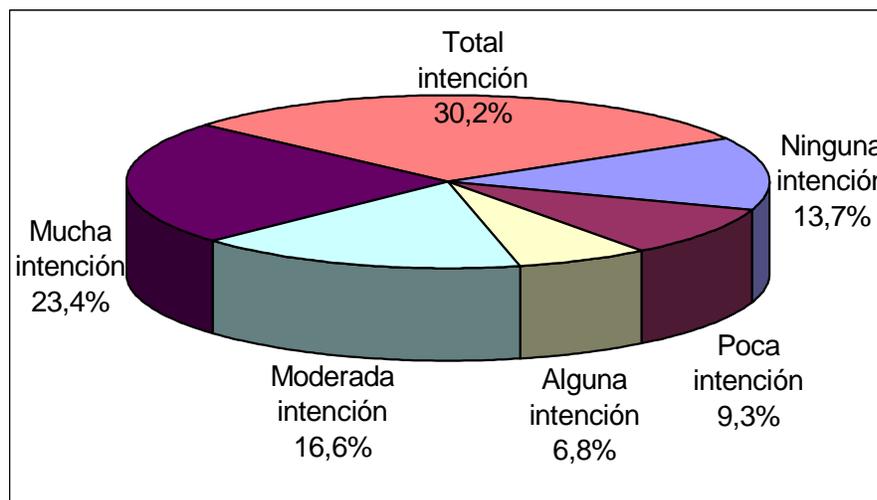
La tabla 28 muestra que el 49,8% muestra intención de utilizar preservativos y el 83,4% tener relaciones sexuales con una sola persona.

GRÁFICO 11: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN PRECAUCIONES ENUNCIADAS SON SUFICIENTES PARA NO INFECTARSE DE VIH, MARZO - ABRIL 2003



El 49,8% de las adolescentes refiere que las precauciones que enunciaron son suficientes para no infectarse de SIDA.

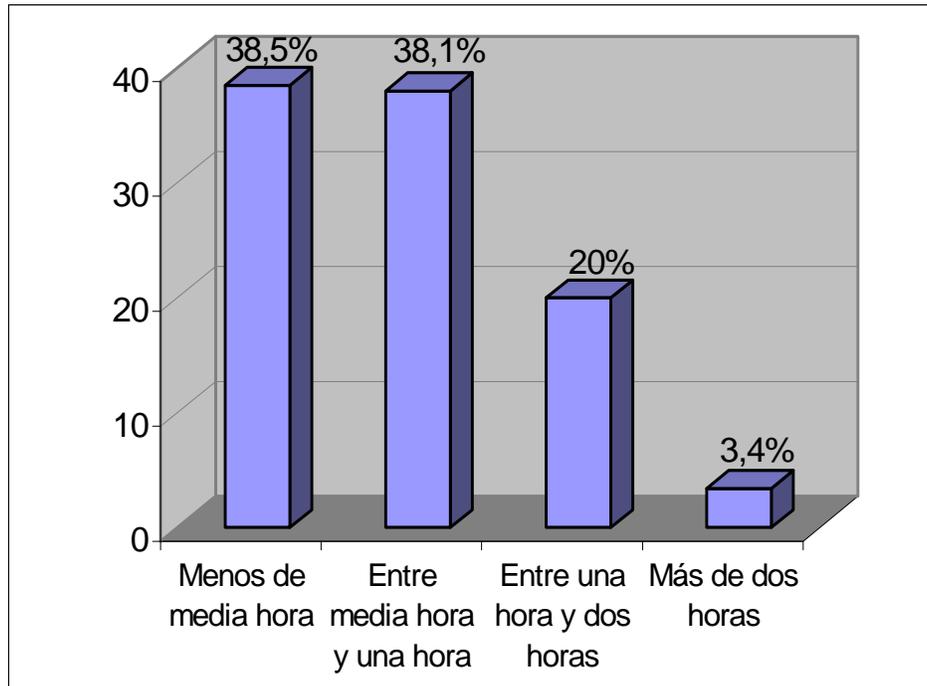
GRÁFICO 12: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN INTENCIÓN DE UTILIZAR PRESERVATIVOS EN PROXIMAS RELACIONES SEXUALES, MARZO - ABRIL 2003



En el gráfico 12 vemos la valoración que las adolescentes dan al uso de preservativos en sus próximas relaciones sexuales. El 30,2% refiere tener total intención de usarlos y el 13,7% no tiene ninguna intención de uso.

6.1.3. CALIDAD DE ATENCIÓN

GRAFICO 13: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN, MARZO - ABRIL 2003



El 38,5% de las adolescentes refiere esperar menos de 30 minutos y el 3,4% más de dos horas para la atención.

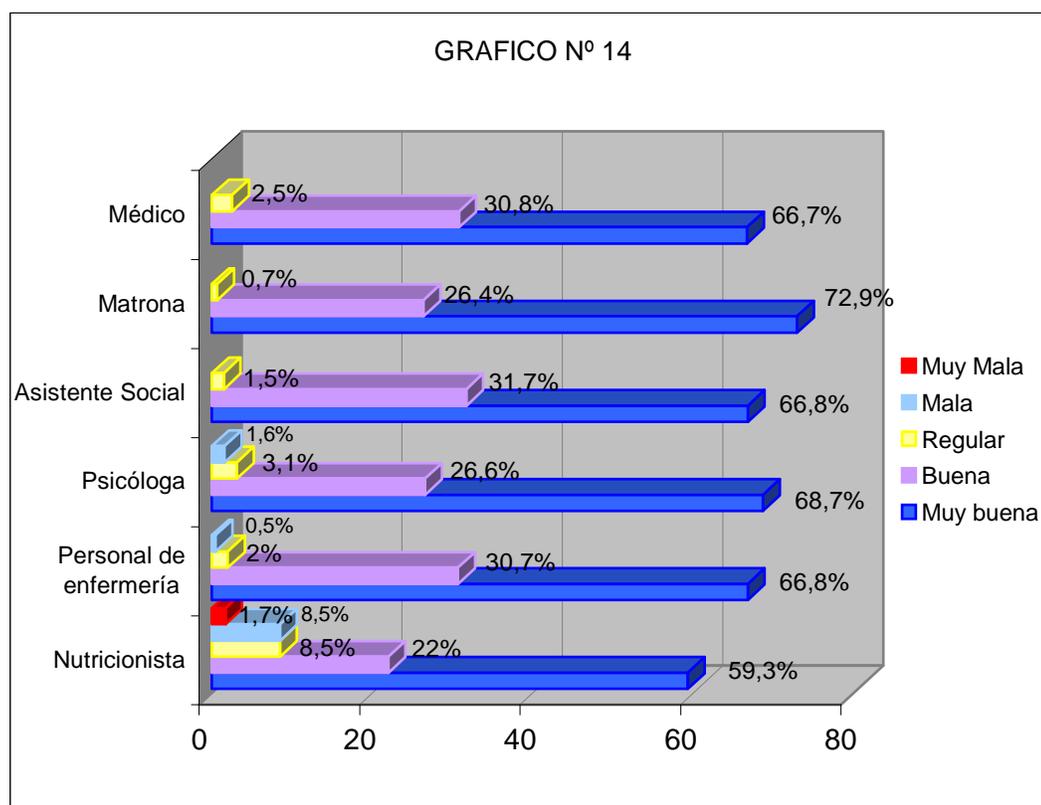
TABLA 29: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN QUEJAS CON RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA, MARZO - ABRIL 2003

Quejas con respecto a la atención brindada por el CEMERA		Médico		Matrona		Asistente Social		Psicóloga		Nutricionista		Personal de enfermería	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Maltrato a los pacientes	Sí	3	1,5	1	0,7	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5
	No	198	98,5	139	99,3	202	100,0	64	100,0	58	98,3	204	98,5
Poco tiempo para la consulta	Sí	12	6,0	2	1,4	3	1,5	1	1,6	4	6,8	-	-
	No	189	94,0	138	98,6	199	98,5	63	98,4	55	93,3	-	-
Hay una explicación clara sobre mi motivo de consulta	Sí	194	96,5	138	98,6	199	98,5	64	100,0	52	88,1	-	-
	No	7	3,5	2	1,4	3	1,5	0	0	7	11,9	-	-
Realiza exámenes físicos	Sí	191	95,0	138	98,6	-	-	-	-	57	96,6	-	-
	No	10	5,0	2	1,4	-	-	-	-	2	3,4	-	-
Insuficiente número de personal de salud para la atención	Sí	57	28,4	11	7,9	1	0,5	0	0	4	6,8	-	-
	No	144	71,6	129	92,1	201	99,5	64	100,0	55	93,2	-	-
Tengo quejas con respecto a la atención brindada	Sí	68	33,8	12	8,6	6	3,0	1	1,6	14	23,7	1	1,5
	No	133	66,2	128	91,4	196	97,0	63	98,4	45	76,3	204	98,5
TOTAL		201	100,0	140	100,0	202	100,0	64	100,0	59	100,0	205	100,0

La queja más frecuente en la atención de los diferentes profesionales es el insuficiente número de personal, teniendo mayor representatividad el personal médico con un 28,4%.

TABLA 30: CALIFICACIÓN DEL PERSONAL DEL CEMERA SEGÚN LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003

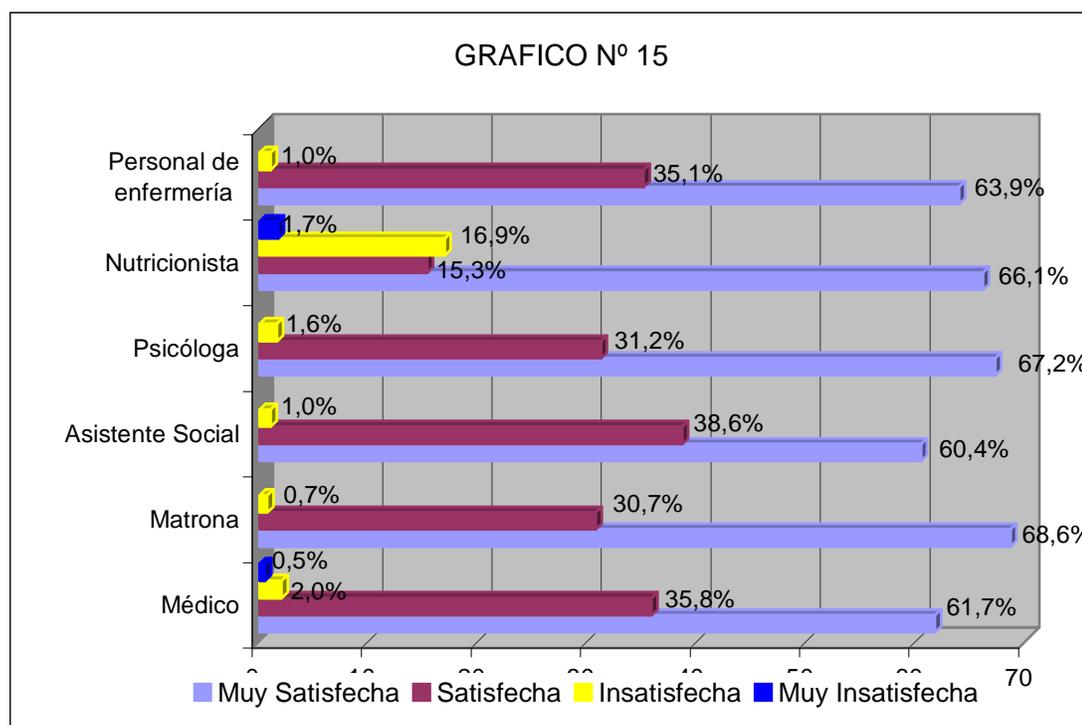
Calificación del personal de CEMERA	Médico		Matrona		Asistente Social		Psicóloga		Nutricionista		Personal de enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy buena	134	66,7	102	72,9	135	66,8	44	68,7	35	59,3	137	66,8
Buena	62	30,8	37	26,4	64	31,7	17	26,6	13	22,0	63	30,7
Regular	5	2,5	1	0,7	3	1,5	2	3,1	5	8,5	4	2,0
Mala	-	-	-	-	-	-	1	1,6	5	8,5	1	0,5
Muy Mala	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7	-	-
TOTAL	201	100,0	140	100,0	202	100,0	64	100,0	59	100,0	205	100,0



En el gráfico y en la tabla se señala que el 72,9% de las adolescentes califica la atención de la matrona como "Muy buena" y el 1,7% califica la atención de la nutricionista como "Muy mala".

TABLA 31: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN EL GRADO DE SATISFACCIÓN CON PERSONAL DE ATENCIÓN, MARZO - ABRIL 2003

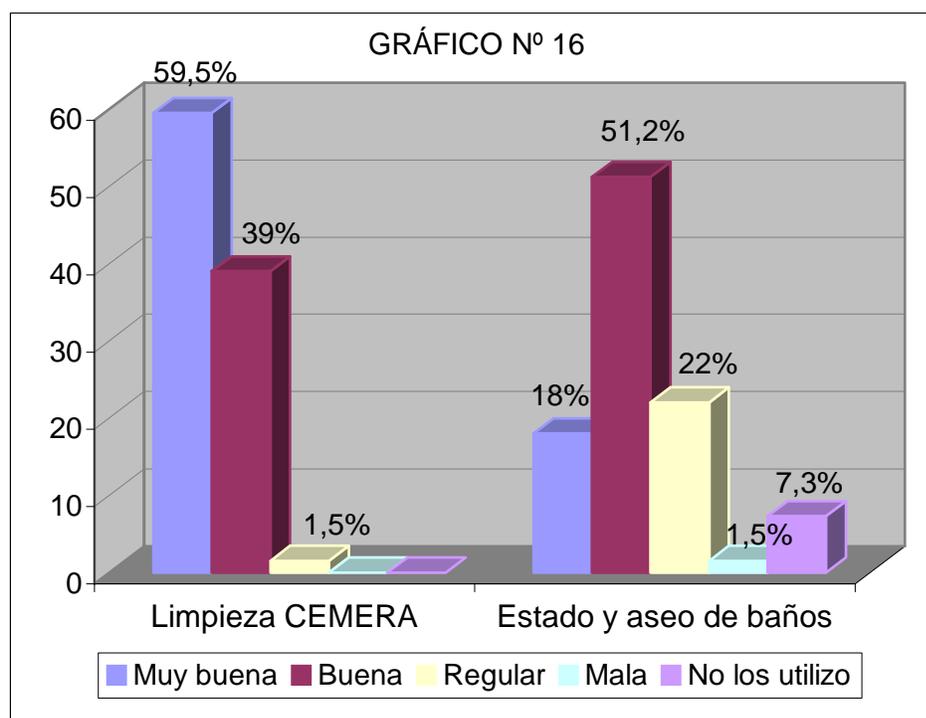
Grado de satisfacción con el personal del CEMERA	Médico		Matrona		Asistente Social		Psicóloga		Nutricionista		Personal de enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy Satisfecha	124	61,7	96	68,6	122	60,4	43	67,2	39	66,1	131	63,9
Satisfecha	72	35,8	43	30,7	78	38,6	20	31,2	9	15,3	72	35,1
Insatisfecha	4	2,0	1	0,7	2	1,0	1	1,6	10	16,9	2	1,0
Muy Insatisfecha	1	0,5	-	-	-	-	-	-	1	1,7	-	-
TOTAL	201	100,0	140	100,0	202	100,0	64	100,0	59	100,0	205	100,0



Como se observa en la tabla y el gráfico, el grado de satisfacción es elevado en todos los profesionales donde, el 68,6% de las adolescentes se sienten "Muy satisfechas" con la matrona y el 1,7% se siente "Muy insatisfecha" con la nutricionista.

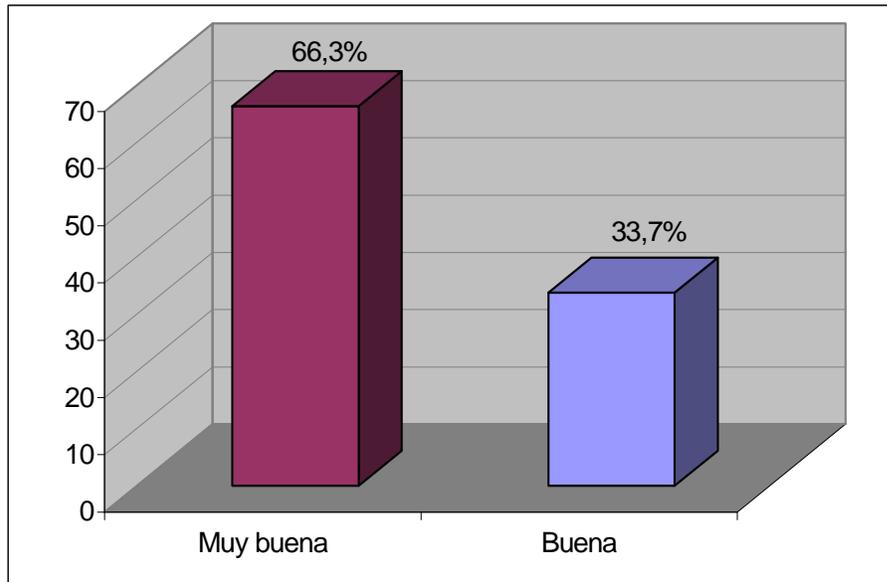
TABLA 32: CALIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA Y ASEO DE LOS BAÑOS DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003

Calificación	Limpieza CEMERA		Estado y aseo de baños	
	Nº	%	Nº	%
Muy buena	122	59,5	37	18,0
Buena	80	39,0	105	51,2
Regular	3	1,5	45	22,0
Mala	-	-	3	1,5
No los utilizo	-	-	15	7,3
Total	205	100,0	205	100,0



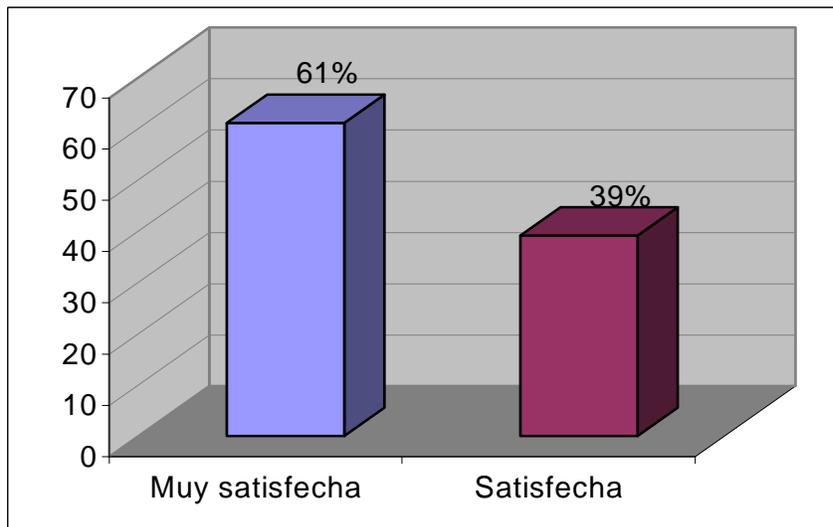
El 59,5% calificó la limpieza del CEMERA como "Muy buena" en tanto que el 51,2% de "Buena" al estado y aseo de los baños.

GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES SEGÚN CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003



El 66,3% las adolescentes califica la atención brindada por el CEMERA de "Muy buena".

GRÁFICO 18: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003



El gráfico 18 muestra que, el 61% de las adolescentes refiere sentirse "Muy satisfecha" con el CEMERA.

TABLA 33: DISTRIBUCIÓN DE ASPECTOS NEGATIVOS DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003

Aspectos negativos	Nº	%	% Acumulado
Ninguna	105	51,2	51,2
Mucho tiempo de espera por insuficiente número de profesionales para atención	53	26,3	77,5
Los controles son con médicos diferentes para cada atención	5	2,4	79,9
Algunos meses faltan insumos	10	4,9	84,8
La infraestructura y limpieza del baño son malas	5	2,4	87,2
No exoneran del pago a las adolescentes indigentes	2	1,0	88,2
Falta de atención del CEMERA en la tarde	3	1,5	89,7
La nutricionista no da soluciones a los problemas	1	,5	90,5
Permitir que los practicantes examinen a las pacientes	1	,5	91,0
Problemas para obtener la hora de atención	1	,5	91,5
No tener sedes en otras comunas	5	2,4	93,9
La atención no debe ser exclusiva a adolescentes	2	1,0	94,9
Ambiente reducido del CEMERA	10	4,9	99,5
No contar con ayuda del gobierno	1	,5	100,0
Total	205	100,0	

El 51,2% de las adolescentes refiere no encontrar aspectos negativos al CEMERA, en tanto que el 26,3% refirió esperar mucho por la atención debido al insuficiente número de profesionales.

TABLA 34: DISTRIBUCIÓN DE ASPECTOS POSITIVOS DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003

Aspectos positivos	Nº	%	% Acumulado
Buena atención: trato amable, confiabilidad, confianza, comprensión, discreción y precio accesible.	125	61,0	61,0
Preocupación, brinda apoyo y no discriminan	58	28,3	89,3
Buenos profesionales y responden dudas	22	10,7	100,0
Total	205	100,0	

El 61% de las adolescentes refiere como aspecto positivo, la buena atención.

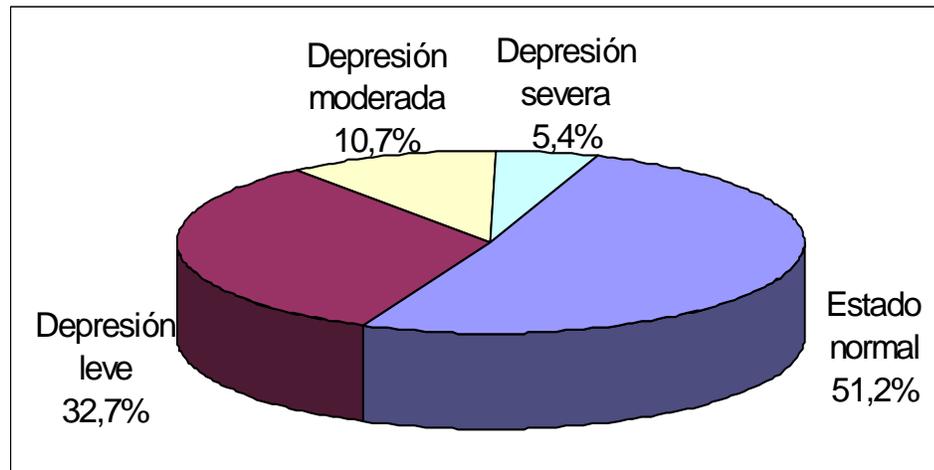
TABLA 35: DISTRIBUCION DE SUGERENCIAS DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA, MARZO - ABRIL 2003

Sugerencias	Nº	%	% Acumulado
Ninguno	101	49,3	49,3
Aumentar el número de profesionales para evitar la espera	59	28,8	78,0
Mejorar la infraestructura del CEMERA	13	6,3	84,4
Mayor difusión de la existencia del CEMERA para ayudar a más adolescentes	3	1,5	85,9
Difundir y crear sedes del CEMERA en otras comunas	2	1,0	86,8
Extender el horario de atención a al tarde	5	2,4	89,3
La posibilidad de tener laboratorio clínico para los exámenes	2	1,0	90,2
Los médicos fueran los mismos para las citas de control	5	2,4	92,7
Mayor abastecimiento de insumos anticonceptivos	6	2,9	95,6
Extender la atención médica a los hombres	2	1,0	96,6
Cambiar de nutricionista	1	,5	97,1
Dar charlas de orientación a las adolescentes	2	1,0	98,0
Aumentar el número de nutricionistas y psicólogos	3	1,5	99,5
las adolescentes consulten con todas las especialidades	1	,5	100,0
Total	205	100,0	

El 49,3% de las adolescentes refiere no tener sugerencias para mejorar la atención del CEMERA.

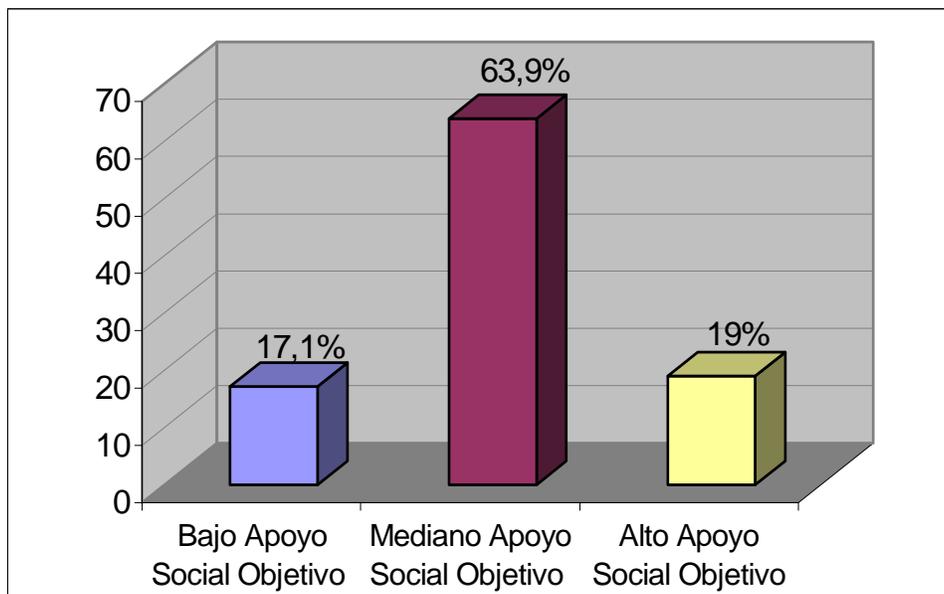
6.1.4. PREVALENCIA DE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

GRÁFICO 19: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN, MARZO - ABRIL 2003



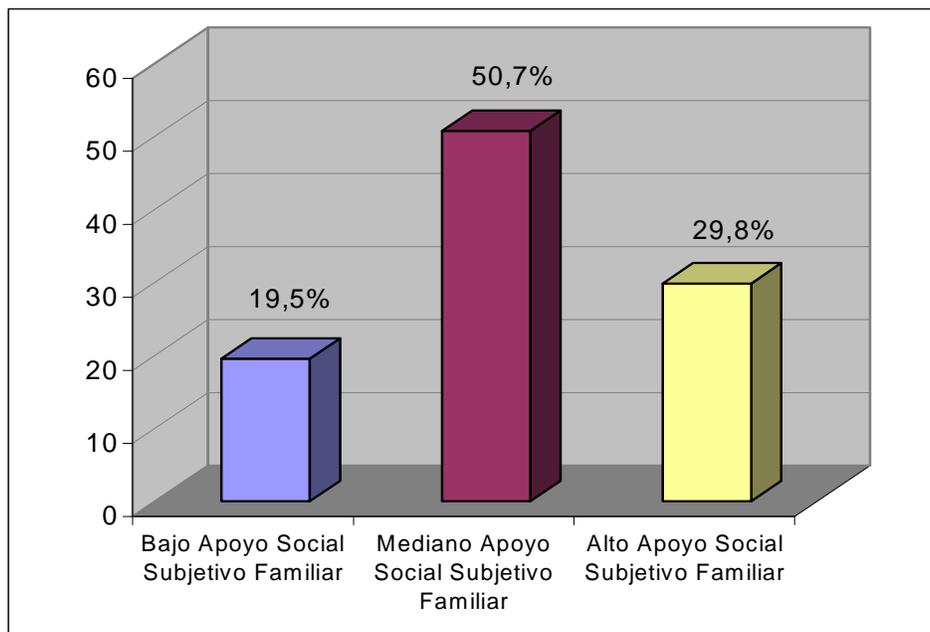
El gráfico 19 muestra que, el 51,2% de las adolescentes se encuentra dentro del grupo "estado normal", en tanto que el 38,8% presenta algún tipo de depresión.

GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE APOYO SOCIAL OBJETIVO, MARZO - ABRIL 2003



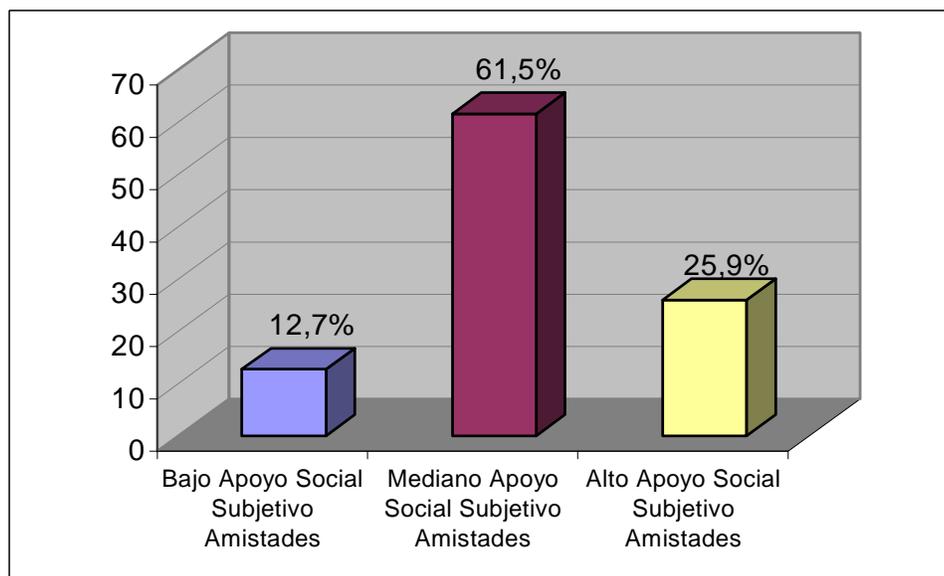
El 63,9% de las adolescentes presenta "Mediano apoyo social objetivo".

GRAFICO 21: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE APOYO SOCIAL SUBJETIVO FAMILIAR, MARZO - ABRIL 2003



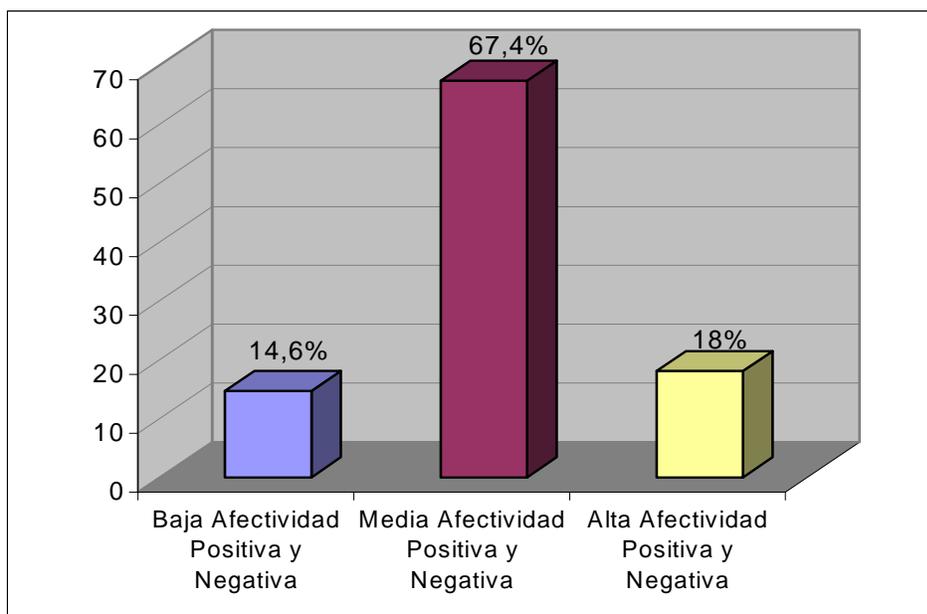
El 50,7% de las adolescentes presenta "Mediano apoyo social subjetivo familiar".

GRÁFICO 22: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE APOYO SOCIAL SUBJETIVO AMISTADES, MARZO - ABRIL 2003



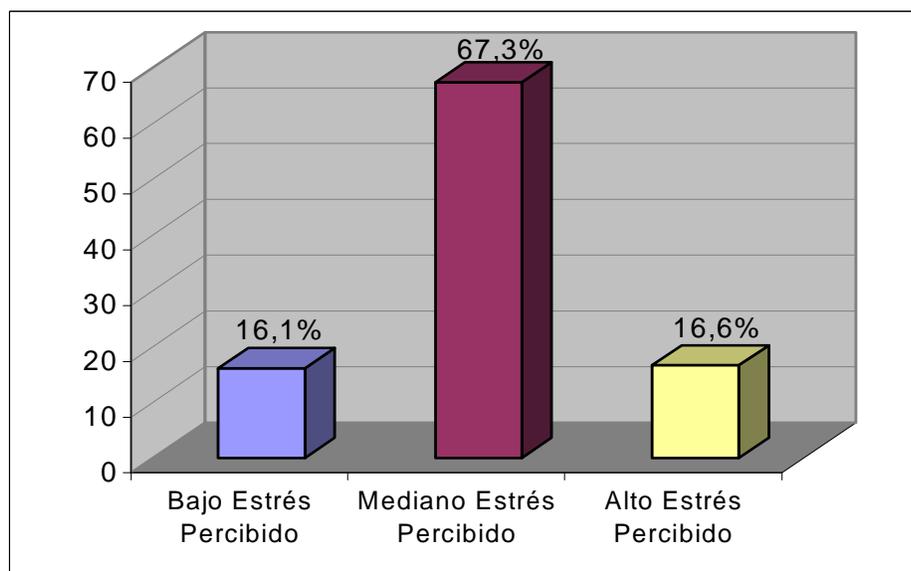
En el gráfico 22 podemos observar que el 12,7% de las adolescentes presenta un "Bajo apoyo social subjetivo – amistades".

GRÁFICO 23: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA, MARZO - ABRIL 2003



El 67,4% de las adolescentes clasificaron en "Mediana afectividad positiva y negativa".

GRÁFICO 24: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE ESTRÉS PERCIBIDO, MARZO - ABRIL 2003



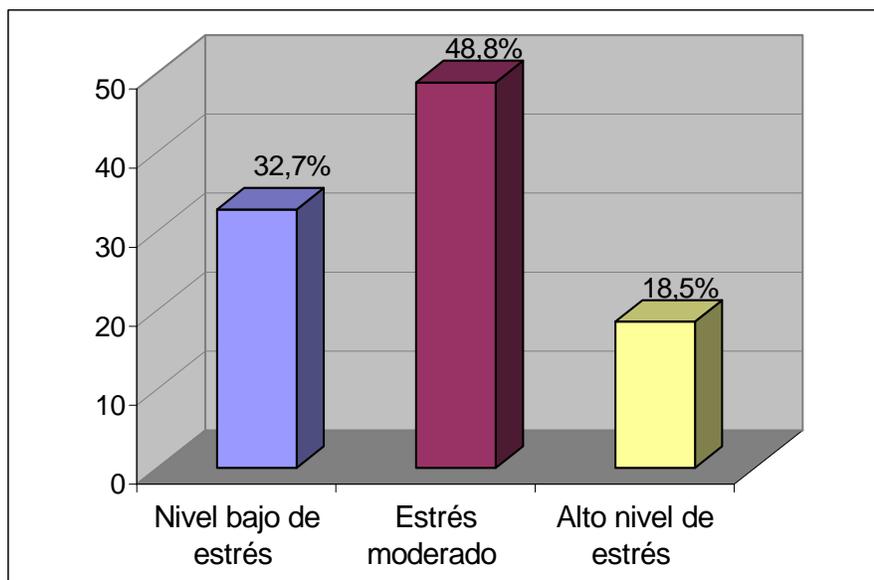
El 16,6% de las adolescentes presenta un "Alto estrés percibido".

TABLA 36. DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN OCURRENCIA DE EVENTOS VITALES, MARZO - ABRIL 2003

EVENTOS OCURRIDOS	N	%
Discusiones familiares o problemas con la familia política	108	52,7
Exámenes	82	40,0
Separación o reconciliación	72	35,1
Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia	68	33,2
Problemas con amigos o vecinos	68	33,2
Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad	57	27,8
Le ha ocurrido otro suceso a lo largo del último año.	53	25,9
Muerte de un familiar o amigo íntimo	51	24,9
Embarazo o nacimiento en la familia	46	22,4
Gastos excesivos para vacaciones	33	16,1
Dificultades Sexuales	32	15,6
Ida o retorno a casa de alguno de sus familiares	30	14,6
Complicación en alguna pelea	24	11,7
Traslado de parientes a vivir a su hogar	22	10,7
Problemas emocionales con las drogas o el alcohol	16	7,8
Situación de violencia física	15	7,3
Traslado a una nueva casa	14	6,8
Pérdida del trabajo	12	5,9
Problemas con su jefe	12	5,9
Problemas con compañeros de trabajo	10	4,9
Problema legal grave	7	3,4
Ascenso en el trabajo o en el sueldo	4	2,0
Aborto	3	1,5
Compra o venta de alguna casa o departamento	2	1,0
Casarse	1	0,5
Dificultades en la educación de sus hijos	1	0,5

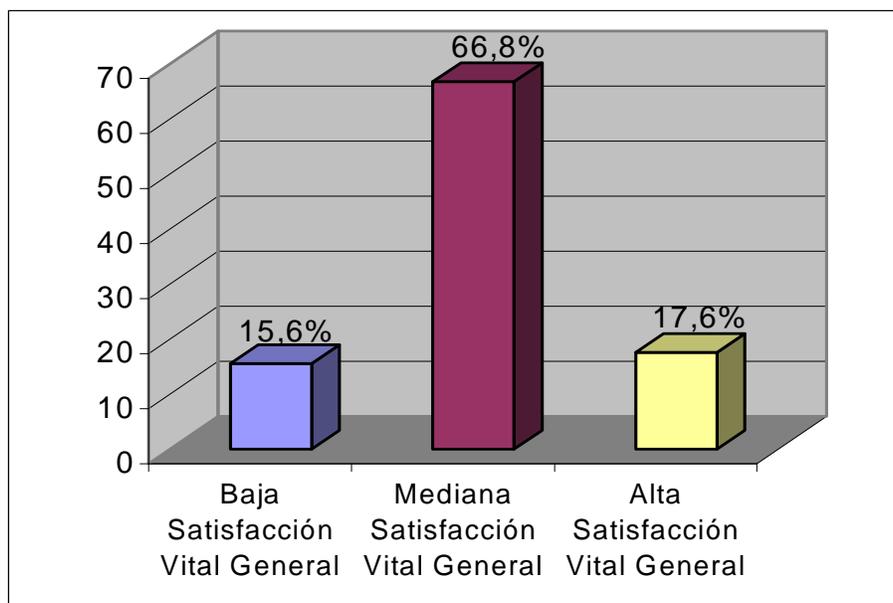
Observamos en la tabla 36 que, el 52,7%, de los eventos vitales ocurridos a las adolescentes en el último año pertenecen a las discusiones familiares o problemas con la familia política, seguido de la separación o reconciliación con alguna persona representando el 35,1%.

GRÁFICO 25: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVELES DE ESTRÉS POR OCURRENCIA DE EVENTOS VITALES, MARZO - ABRIL 2003



El 18,5% de las adolescentes presenta un "Alto nivel de estrés" según la ocurrencia de eventos vitales.

GRÁFICO 26: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA SEGÚN NIVEL DE SATISFACCION VITAL GENERAL, MARZO - ABRIL 2003



El gráfico 26 muestra que el 66,8% de las adolescentes se ubica en el grupo de "Mediana satisfacción vital general".

ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La escala fue sometida a análisis factorial para conocer las dimensiones subyacentes, encontrándose 7 factores, los cuales explican en su totalidad el 63,76% de la varianza explicada (ver anexo N° 4):

1. Afrontamiento de tipo focal-racional: Este factor incluye concentrarse en el problema, analizar su responsabilidad y pensar que aprendió de esa experiencia negativa “crecimiento personal”. Esta compuesta de los ítems N° 1, 11 y 12. Representando el 17,668 % de la varianza.

2. Afrontamiento del tipo búsqueda de apoyo social y expresión emocional: Esta dimensión se caracteriza por descargar sus sentimientos y emociones, hablando con personas que tenían un problema similar y búsqueda de simpatía y comprensión. Compuesta por los ítems N° 7, 8 y 13. Representando el 11,482% de la varianza.

3. Negación: Este factor incluye negar a creer lo ocurrido, imaginar el momento de cambiar las cosas y evitar precipitarme. Constituido por las preguntas N° 4,5 y 6. Representando el 8,438% de la varianza.

4. Afrontamiento del tipo evitación activa y aceptación: El factor comprende las formas de afrontamiento; volcarse al estudio o trabajo para olvidar y admitir que no era capaz de enfrentarlo. Incluye los ítems 14 y 15. Representando el 7,054% de la varianza.

5. Afrontamiento del tipo expresión de emociones negativas y consumo del alcohol: Esta dimensión se caracteriza por manifestar el enojo a las personas responsables del problema y salir a tomar unas copas para tratar de olvidarse de él. Compuesta por los ítems N° 16 y 17. Representando el 6,359% de la varianza.

6. Planificación activa: Este factor incluye enfrentar el problema y dejar de lado otras actividades; además de desarrollar un plan de acción sobre el problema. Los ítems incluidos son los N° 9 y 10. Representando el 6,359% de la varianza.

7. Resignación: Incluye la aceptación del problema y no poder hacer nada por remediarlo. Compuesto por el ítem N° 2. Representando el 6,086% de la varianza.

6.2. ANÁLISIS BIVARIADO

6.2.1 COMPARACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES EN FUNCIÓN DE DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN VITAL GENERAL (Continuar en siguiente archivo)

6.2.2. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES ASOCIADAS A SATISFACCIÓN USUARIA

En esta etapa se procedió a verificar la existencia de asociación entre la satisfacción usuaria y los diversos factores incluidos en el estudio (sociodemográficos y psicosociales).

A. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

No se encontró diferencias estadísticamente significativas de la satisfacción usuaria para la edad, lugar de residencia, nivel educacional, estado civil, relación de pareja, actividad laboral, dependencia económica, religiosidad, estado civil y nivel educacional de padres, presencia de hermanos, presencia de alguna hermana embarazada.

B. FACTORES PSICOSOCIALES

Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre satisfacción usuaria y satisfacción vital general ($p = 0,047$), mas no se hallaron diferencias significativas con las escalas de depresión, apoyo social objetivo, apoyo social subjetivo (familiar y amigos), afectividad positiva, estrés percibido, eventos vitales y afrontamiento. (Anexo N° 5)

TABLA 53: ANALISIS BIVARIADO ENTRE GRADOS DE SATISFACCIÓN USUARIA Y SATISFACCION VITAL GENERAL

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	%	Satisfacción Vital General	
			promedio	d.s
Muy satisfecha	125	61,0	43,728	10,497
Satisfecha	80	39,0	40,713	10,692

Prueba t-student = 1,984

P-value= 0,049

En relación con la escala de satisfacción vital, las adolescentes que refieren estar muy satisfechas (prom=43,728) con la atención brindada por el CEMERA, sienten más satisfacción vital general, a diferencia de las satisfechas con la atención (prom=40,713), como se observa en la tabla 53. La diferencia estadística de las medias entre ambos grupos es significativa ($p = 0,049$).

Es posible de modo agregado segmentar los resultados de la tabla 53, a través del análisis por ítems de esta escala:

TABLA 54: ANALISIS BIVARIADO ENTRE GRADOS DE SATISFACCION USUARIA E ITEMS DE SATISFACCION VITAL GENERAL

SATISFACCIÓN VITAL GENERAL	¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Satisfacción Vital General		Prueba t -student	p - value
			promedio	d.s		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con respecto a su vida familiar?	Muy satisfecha	125	7,360	2,570	2,585	0,010
	Satisfecha	80	6,413	2,544		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con respecto a sus finanzas o al aspecto económico?	Muy satisfecha	125	6,016	2,879	0,931	0,353
	Satisfecha	80	5,650	2,521		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con respecto a la relación con sus amistades?	Muy satisfecha	125	7,192	2,714	1,021	0,309
	Satisfecha	80	6,800	2,631		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con respecto a su propia persona?	Muy satisfecha	125	7,656	2,682	0,922	0,358
	Satisfecha	80	7,313	2,473		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con respecto a su salud?	Muy satisfecha	125	7,536	2,576	0,799	0,425
	Satisfecha	80	7,238	2,659		
¿Cuan satisfecha se siente Ud. con su vida en general?	Muy satisfecha	125	7,968	2,136	2,129	0,037
	Satisfecha	80	7,300	2,275		

Se encontraron dos ítems con diferencia estadísticamente significativa en relación con la satisfacción usuaria, estos son: **Satisfacción con la vida familiar (p=0,010)** y **Satisfacción con la vida en general (p=0,034)**, como se puede observar en la tabla 54.

Es decir, las adolescentes que refieren sentirse muy satisfechas con la atención brindada por el CEMERA, se sienten satisfechas con su vida familiar y con la vida en general; a diferencia de las satisfechas con la atención.

6.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO

TABLA 55: MODELO FINAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LAS CONSULTANTES DEL CEMERA. MARZO - ABRIL 2003

Variable	OR	p (z)	IC 95%	OR
Depresión	1,046	0,034	1.003493	1.092307
Satisfacción vital	1,043	0,016	1.007847	1.080316
Constante		0,023		

El resultado obtenido consistió en un modelo de efectos principales, que incluye la relación de la variable dependiente "grado de satisfacción" y las variables independientes "depresión" y "satisfacción vital general".

La tabla 55 muestra las variables estadísticamente significativas del modelo final de regresión. En ella se puede observar que, las variables depresión y satisfacción vital general, la fuerza de asociación es similar en ambas con el grado de satisfacción global de las consultantes del CEMERA, con un OR de 1,046 y 1,043 respectivamente.

Se realizó una prueba de bondad de ajuste para determinar la asociación de las variables predichas y observadas, teniendo como:

H₀: Las variables predichas y observadas están asociadas (existe modelo)

H₁: No hay modelo.

Concluyendo que no se rechaza la hipótesis H₀ (p=0,375), existiendo un modelo de regresión.

VII. ANALISIS Y DISCUSION

Dentro de la revisión bibliográfica realizada no se encontraron trabajos de satisfacción usuaria asociada a factores psicosociales para población en general y menos aún para el grupo etéreo en estudio; se hace la salvedad que en cuanto a estudios sobre calidad de atención.

Las múltiples investigaciones que se realizan con relación a la calidad de la atención se han basado en los aspectos sociodemográficos y la opinión de los usuarios con el personal de atención. ^(25, 27-39)

No se pretende desmerecer las investigaciones de este tipo, sin embargo, no se puede apartar del concepto de calidad y satisfacción usuaria del contexto social donde se desarrolla la investigación, pues esta transmite las realidades socioeconómicas e influencias culturales. Cabe decir que las expectativas, opiniones y exigencias de los usuarios difieren de aspectos tales como: edad, sexo, nivel educacional y situación económica.

A partir de la revisión bibliográfica se podría afirmar que a nivel mundial y latinoamericano, no existen estudios sobre satisfacción usuaria en relación a las características psicosociales. En Chile, tampoco se evidenciaron estudios asociados a las variables en estudio, especialmente en este grupo etéreo.

La población del estudio estuvo constituida por 205 adolescentes mujeres entre 13 y 18 años, con una edad promedio de 17,1 años; el 57,6% provienen de comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte (Independencia, Quilicura, Huechuraba) y un 43,9% refiere no tener previsión de salud. El 67,8% de la población es estudiante, de las cuales el 32,7% tiene menos de 10 años de escolaridad cursados y el 86,8% dependen económicamente de ambos padres o uno de ellos. El 95 % es soltera, en tanto, el 92,7% de la población total tiene pareja actualmente (pololo, esposo, conviviente) y sólo el 2,4% tiene al menos un hijo. El 75% reporta que su religión es la católica, el 52,3% refiere asistir a lo menos una vez al mes y el 42,3% refiere no asistir a misa ni al mes ni al año.

Respecto al grado de satisfacción con su relación afectiva, el 52,1% de las adolescentes refirieron sentirse muy satisfechas. De igual manera, las adolescentes refirieron sentirse muy satisfechas con la comunicación de pareja, el 50% de la

población en estudio. El nivel educacional de ambos padres se concentra en la enseñanza media (35,5% de los padres y 46,1% de las madres), en tanto que, el 56,6% de los padres son casados. El 47,3% tiene un grupo familiar menor a 4 personas, el 57,6% vive con ambos o alguno de sus padres y/o hermanos, además el 92,2% tiene hermanos(as), y solo el 13,2% refiere tener alguna hermana embarazada o que se embarazó antes de los 19 años.

El presente estudio identificó la prevalencia de las características psicosociales, teniendo como resultado que: el 48,8% presenta algún grado de depresión (depresión leve a moderada-severa), el 63,9% de las adolescentes presentan mediano apoyo social objetivo, el 50,7% mediano apoyo social subjetivo familiar, el 61,5% mediano apoyo subjetivo de amistades, el 67,3% mediana afectividad positiva y mediano estrés percibido, en tanto que, el 48,8% presenta estrés moderado (medido a través del número de eventos ocurridos) y el 66,8% mediana satisfacción vital.

Otra variable a investigar fue el comportamiento sexual. Existe consenso con respecto a que nuestra sociedad, aprende y vive la sexualidad cargada de ignorancia, prejuicios, y mitos; independiente de la actividad profesional y laboral que ejerce, estamos socializados con algún contenido negativo. Incluyendo las respuestas educativas (públicas y privadas) frente a la sexualidad adolescente, corren el riesgo de estar determinadas por una visión conflictiva de la sexualidad. Dentro de este contexto, existe la idea errónea de la supuesta promiscuidad de los jóvenes, el desconocimiento de las precauciones para evitar el SIDA y el no uso de métodos anticonceptivos; apareciendo el tema de intimidad sexual de los adolescentes como riesgosa e ilegítima; a esto se suma la inexistencia o falta de centros preventivos especializados en la atención de los adolescentes. ⁽⁴³⁾

El 95,6% de la población de estudio es sexualmente activa, independiente de su compromiso sexual actual, por tanto, el motivo de consulta de las adolescentes es meramente preventivo, a través de la consulta de métodos anticonceptivos. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 14,65 con una desviación estándar de 3,44; este resultado es avalado por La Organización Mundial de la Salud ⁽⁸⁵⁾, quien advierte que la disminución de la edad de la primera relación es una tendencia

mundial que explicaría el aumento del embarazo adolescente y el incremento del SIDA entre los jóvenes. Nuestro resultado difiere de los hallados por la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) ⁽⁸⁵⁾, desarrollada en una población de ambos sexos entre 18 y 69 años en el año 2000, concluyendo que las jóvenes iniciadas en las últimas décadas son progresivamente más precoces que sus antecesoras, variando la edad promedio de iniciación sexual de 19,9 (1929) a 18,0 (1980), manteniéndose esta tendencia a lo largo de estos 20 últimos años y de los encontrados por el estudio “ETS-SIDA discursos y conductas sexuales de las chilenas y chilenos - 1997” ⁽⁸⁶⁾, determinando que la actividad sexual en las mujeres comienza a una edad promedio de 19 años; esto se debe a que la población encuestada fluctuaba entre los 15 y 40 años de la Región Metropolitana.

Desde el punto de vista epidemiológico, en general la actividad sexual con un mayor número de parejas constituye un mayor riesgo de exposición a la transmisión del SIDA. Por lo tanto, es de la mayor importancia tener en consideración este tipo de comportamiento, respecto a esto el 99% de las adolescentes del estudio refirieron tener relaciones sexuales con una sola persona (pololo, amigo, pareja). El 96,9% refirió tener una sola pareja sexual en el último año, este valor disminuye a un 71,4% al referirse a tener una sola pareja sexual a lo largo de la vida. Esta elevada tendencia se mantiene en múltiples investigaciones como las del CONASIDA ⁽⁸⁵⁾ en un grupo etéreo de 18 a 69 años y los reportados por el Instituto Nacional de la Juventud (INJ) ⁽⁸⁷⁾ en adolescentes de 15 a 19 años en el año 2001, donde el 88,9% y el 87,6% de las poblaciones encuestadas respectivamente, refirieron tener una sola pareja sexual en el último año, reafirmando el resultado de la presente investigación, a la vez que nos permite dismitificar, la idea errónea sobre la promiscuidad en adolescencia.

El 95,5% de la población en estudio refirió usar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, variando la frecuencia de uso entre: a veces y siempre (14,3% y 85,2% respectivamente). Investigaciones referentes a este tema fueron realizadas por el INJ ⁽⁸⁷⁾ y por la Universidad de Santiago de Chile ⁽⁴³⁾ en el año 1993 en población universitaria entre los 18 y 25 años, donde el 33,3% y el 26,5% de los encuestados respectivamente, refirieron no haber utilizado algún método

anticonceptivo para evitar el embarazo. El método anticonceptivo más usado según el estudio es la píldora anticonceptiva, siendo las adolescentes responsables del control de la concepción. La encuesta aplicada por el INJ ⁽⁸⁷⁾ señala al condón como el método anticonceptivo más recurrido entre los menores de 19 años y la píldora anticonceptiva como la más popular en las mayores de 20 años. El porcentaje de la frecuencia de relaciones sexuales varía entre el 36,2% que reconocen tener al menos una relación a la semana y el 8,7% que declara tener una vez al mes, estos resultados difieren de los hallados por la encuesta del INJ ⁽⁸⁷⁾ donde el 40,8% de los jóvenes entre 15 y 19 años reconoce tener al menos una relación a la semana y algo más del doble de las adolescentes de nuestro estudio, el 18,6%, declara tener una al mes. Sin embargo este último valor, el 18,6%, ha ido disminuyendo con respecto a la encuesta aplicada por el INJ en el año 1993, reportando que el 58,8% de las adolescentes entre los 15 a 19 años tenían relaciones una vez al mes.

Pese a que la gran mayoría de las adolescentes del estudio declaró conocer o saber usar métodos anticonceptivos, el 5,3% no usó ninguno de ellos en sus últimas relaciones sexuales, sin embargo. Según la investigación realizada por el INJ ⁽⁸⁷⁾ un tercio de la población encuestada entre 15 a 18 años (31%) no usó ningún MAC durante su última relación sexual a pesar del conocimiento, concluyendo que esto contribuye a que este rango de edad este mas proclive a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de abordar el tema de la sexualidad adolescente en la enseñanza escolar, ya que si bien el conocimiento teórico sobre métodos de protección se maneja en el ámbito colectivo, estos no se llevan a la práctica

Como es de conocimiento público, el Gobierno de Chile promueve todas las medidas preventivas conocidas de la transmisión sexual del SIDA ⁽⁸⁵⁾: abstinencia, pareja única y el uso correcto del preservativo, a través la educación en consultorios y consultas telefónicas. El presente estudio reveló que el 42% de las adolescentes sólo tendrían pareja sexual única y el 17% sólo utilizarían preservativo como precauciones para evitar el contagio del SIDA; mientras que el 17% no conoce estas precauciones. El 49,8% refirió que las precauciones emitidas (ver tabla 28) (independientemente de las mencionadas anteriormente) son suficientes para evitar

contagiarse de SIDA y el 70,2% refirieron tener de moderada a total intención usar preservativos en sus próximas relaciones sexuales, estos resultados difieren de los encontrados por el CONASIDA ⁽⁸⁵⁾ señalando que el 96,9% tendría solo una pareja sexual y el 73,9% usaría preservativos como precauciones para evitar el SIDA, estas elevadas cifras probablemente se deba a la edad del grupo estudio (18 y 65 años).

Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. Apartir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes sociales en relación con la atención recibida. La satisfacción del paciente es considerada como un resultado directo de la atención en salud.

En este estudio la satisfacción usuaria se midió a través de la pregunta con respecto a su grado de satisfacción con el CEMERA, el cual va desde “Muy satisfechas” a “Muy insatisfechas” pasando por los parámetros “satisfecha” e “Insatisfecha”. El promedio de tiempo de espera para ser atendida (desde el momento que solicitaba la atención con el personal de enfermería hasta que era visto por algún profesional) fue entre 30 minutos y 1 hora, similares resultados fueron encontrados por De León ⁽⁸³⁾, estudio realizado en un centro de salud de Guatemala con población urbana-rural de diferentes grupos étnicos. Estos resultados difieren de los reportados por Lawthers⁽³⁴⁾ en pacientes de ambos sexos y diferentes edades en 19 clínicas de Polonia, donde el 23,6% y 59% de los encuestados respectivamente, refirieron que el tiempo de espera fue menor a 30 minutos para la atención.

La frecuencia de quejas sobre el personal del CEMERA varía de acuerdo al número de adolescentes atendidas por los profesionales, no todas las adolescentes son atendidas por todas las especialidades salvo interconsulta. El 33,8% de las adolescentes refirieron tener quejas con la atención médica y el 1,5% con el personal de enfermería. Siendo una de las quejas más frecuente, el insuficiente número de personal de salud para la atención, el 28,4% refiere la necesidad de aumentar el número de médicos, 7,9% de matronas, 6,8% de nutricionistas y 0,5% de asistentes social. Una de las quejas con menor porcentaje, el 1,5%, es el trato poco amable es una de las quejas con menor porcentaje. Este último resultado difiere del estudio de Alvarado ⁽²⁵⁾ donde el 10,2% manifestó un trato poco amable, esto se podría deber a

que su investigación fue llevada a cabo en un servicio de urgencia donde el estado emocional influye en la percepción de emociones y sentimientos.

Un primer hallazgo de interés es la alta calificación y el alto grado de satisfacción que las adolescentes expresan respecto a la atención recibida. En cuanto a la calificación, el 99,3% calificó la atención de la matrona de “Muy buena – buena” y un 10,2% calificó como “Muy mala – mala” la atención profesional de la nutricionista. Esta tendencia de una alta calificación de la atención es coincidente con los señalados por Alvarado⁽²⁵⁾ sosteniendo que sus resultados se deben a que las personas tienden a evaluar mejor la atención recibida cuando se les pregunta inmediatamente después de haberla recibido, de igual manera el estudio De León⁽⁸³⁾ reporta resultados similares, sosteniendo que la alta calificación se debe a que las personas encuentran el servicio disponible durante el horario hábil del consultorio.

Según las adolescentes, el profesional que brinda mayor satisfacción con su atención es la matrona y el profesional que brinda más insatisfacción con su atención es la nutricionista.

En cuanto a la opinión sobre el estado y aseo de los baños (para aquellos que lo habían usado), un 69,2% señaló que era “bueno” o “muy bueno” y sólo, el 1,5% los calificó de “malo”. Con relación a la limpieza del CEMERA, el 98,5% señaló que era “bueno – muy bueno”. Estos resultados difieren de la investigación de Alvarado⁽²⁵⁾ y De León⁽⁸⁰⁾, estos resultados se podrían deber a la infraestructura de los servicios higiénicos de centros de atención primaria que muchas veces son usados por pacientes y acompañantes.

Finalmente, la calificación global de la atención recibida fue la siguiente: el 66,3% “muy buena” y el 33,7% “buena”, este resultado difiere del encontrado por Alvarado⁽²⁵⁾ donde el 5,3% califica de “mala-muy mala” la atención recibida, esto en parte se podría deber a que el estudio se llevó a cabo en un centro de urgencias y al grado de complejidad de atención. El grado de satisfacción global con la atención recibida fluctúa entre las muy satisfechas (61%) y satisfechas (39%). Esto se debería a que el CEMERA es una institución de atención exclusiva de adolescentes con profesional especializado en adolescentes: médicos, ginecoobstetras infantojuveniles, subespecialistas infantólogos y profesionales multidisciplinarios

especialistas en este grupo etéreo; de fácil ubicación, no tiene un precio establecido para la atención, se atiende a libre demanda, se entregan métodos anticonceptivos gratuitamente, se realiza un seguimiento continuo de las adolescentes y por ser uno de los centros de atención a adolescentes de más larga trayectoria; donde la confidencialidad y privacidad con las usuarias es lo primordial.

Uno de los aspectos negativos mayormente mencionado es el insuficiente número de profesionales para la atención (26,3%) siendo una de las quejas más frecuentes con respecto a la atención recibida. Los aspectos positivos se categorizaron de la siguiente manera: el 61% refirió una buena atención (trato amable, confiabilidad, discreción, etc.) un 28,3% preocupación y apoyo y el 10,7% presencia de buenos profesionales. Estos son uno de los tantos motivos del alto grado de satisfacción con el CEMERA y la inexistencia de insatisfacción. Por último, una de las sugerencias más frecuente es el aumentar el número de profesionales para la atención y así de esta manera evitar el largo de espera; esto es justificable debido a que las adolescentes asisten al colegio y en la mayoría de los casos piden permisos para acudir al centro y de esta manera evitan que los padres sospechen de su asistencia al CEMERA.

Los cuadros depresivos de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo. El o la adolescente piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para el o ella todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan. Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y esta mitigado por la mayor experiencia del adulto. El adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse en consecuencia se deprime. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres. ⁽⁴⁴⁾

No se encontró dentro de la literatura revisada estudios que indiquen prevalencia de características psicosociales, a excepción de, la depresión. En el caso de la depresión, muchos estudios se han realizado con muestras clínicas⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾,

encontrándose escasos estudios acerca de prevalencia de este grupo etéreo, como es el caso del estudio de Albert & Beck⁽⁹¹⁾ realizado en una muestra reducida (63 alumnos) presentando resultados alarmantes, debido a esto es difícil de generalizar su resultado a la población en general. Otro estudio es el realizado en Alemania⁽⁹²⁾, en una muestra más grande (1399 adolescentes) encontrando que el 20% de los adolescentes presentaban depresión moderada-severa. Sus resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio, en el que se observó un 16,1%, con la diferencia de que su estudio se realizó en adolescentes de ambos sexos y en una muestra más grande. A pesar que la mayoría de las investigaciones informan una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres⁽⁷⁸⁾, la mayor parte de los estudios realizados con el Inventario de depresión de Beck muestran poca diferencia por sexos en la distribución de sintomatología depresiva.^(78,93)

Por lo anteriormente expuesto, además de ser una de las patologías mayormente existente en estos tiempos, se procedió a analizar en nuestro estudio la relación de los cuadros depresivos con las diferentes características psicosociales, las cuales se exponen a continuación: No se encontró en el estudio ninguna asociación estadística en la prevalencia de cuadros depresivos asociado a apoyo social objetivo. Esto difiere con la literatura revisada, por ejemplo: el estudio de Guerrero⁽⁹⁴⁾ sostiene que la estructura de las redes sociales se relaciona con la sintomatología depresiva, la diferencia de los resultados obtenidos radica en el tipo de diseño del estudio (casos y controles en mujeres adultas entre 30 - 45 años) y el estudio de Saranson⁽⁵²⁾ quien sostiene que la falta de contacto y apoyo social objetivo tiene correlación con los síntomas depresivos, Esto permite destacar que existe un factor más relacionado con este cuadro clínico que debiera ser considerado, con mayor profundidad, al momento de abordar esta problemática. Refiriéndonos al apoyo social es decir, el bajo apoyo social se asociaría a la depresión.

Se encontraron diferencias significativas de cuadros depresivos con: apoyo social subjetivo familiar, apoyo social subjetivo de amistades, afectividad positiva, estrés percibido, eventos vitales, afrontamiento (de tipo evitativas y negación) y satisfacción vital.

Interpretándose de la siguiente manera: las adolescentes con cuadros depresivos tienen menor apoyo y satisfacción con familiares y amistades, presentan mayor malestar subjetivo, se encuentran más estresados, le suceden más situaciones relevantes en su vida, no afronta sus problemas; niega la existencia de ellos y los evade, y siente insatisfacción vital general. Múltiples investigaciones sostienen el resultado encontrado en el estudio, por ejemplo:

Rojas⁽⁵¹⁾ sostiene que una consecuencia de los trastornos como la depresión es la reducción de las habilidades sociales, tanto en la emisión de conductas personales como en las relaciones interpersonales. Barrón⁽⁴⁸⁾ sostiene que la presencia de apoyo social es una de la alternativa a formas tradicionales de enfrentarse a la resolución de problemas de salud mental como es la depresión. Esta conclusión es ampliamente compartida por el presente estudio.

Wagner⁽⁹⁵⁾ sostiene que una baja afectividad estaría asociada a la depresión. Investigaciones como la de Taylor y Brown⁽⁵³⁾ determina que los sujetos depresivos muestran una imagen menos positiva de sí mismos que las personas no depresivas; es decir, la falta de apoyo social subjetivo en su contexto familiar y de amistades, esta conclusión de igual manera fue encontrada en el presente estudio.

Páez⁽⁷⁴⁾, indica que los sujetos con niveles leves de depresión creen tener menos probabilidad de sufrir acontecimientos negativos que la mayoría. Investigaciones^(76,96) señalan que la presencia de acontecimientos vitales indeseados o negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables se encuentran asociados a numerosos trastornos tanto físicos como mentales, entre ellas la depresión. Introzzi⁽⁹⁷⁾ confirman la existencia de una estrecha relación entre eventos estresantes y síntomas depresivos, llevada a cabo en sujetos de edad escolar (11-13años), confirmando el resultado de nuestro estudio. Además el estudio de Ge⁽⁹⁸⁾ sostiene que la mayor presencia de síntomas depresivos se manifiesta en mujeres que en hombres. La presente investigación concuerda ampliamente con las conclusiones anteriores.

La simultaneidad en la ocurrencia de diferentes factores estresantes y la incapacidad de la persona para adaptarse a las nuevas demandas de la situación pueden dar lugar a respuestas físicas, psicológicas y comportamentales negativas,

como la depresión. Otras Investigaciones ^(50,96,98) agregan que si fallan las estrategias implementadas para combatir los estresores, el estrés aumentará en intensidad, produciendo consecuencias más dramáticas, este es el estrés negativo que recibió el nombre de "distrés" y que podría vincularse a las conductas depresivas en adolescentes con niveles de estrés significativos.

Lazarus & Folkman ⁽⁵⁴⁾ sostienen que las personas que utilizan con preferencia las estrategias de evitación y negación declaran más síntomas depresivos. Contrariamente, la utilización de estrategias de afrontamiento activa (resolución del problema) se relaciona con un alta autoestima.⁽⁹⁹⁾ Otros investigadores sostienen que la estrategia de evitación es frecuente en la fase inicial o previa y puede ser eficaz a corto plazo mientras que el afrontamiento activo es más eficaz a largo plazo para asimilar hechos estresantes específicos.^(74,100,101) Nuestros resultados difieren de las investigaciones que sugieren que los sujetos depresivos utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en las emociones que los no depresivos. A la vez que, la focalización y descarga de emociones está asociada a un aumento de la afectividad negativa, siendo los sujetos depresivos quienes más la usan.⁽⁵⁰⁾

El estudio de la calidad de vida y la satisfacción por la vida ha sido de especial interés para varias disciplinas, entre ellas la sociología, la psicología social y la gerontología. La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental, desde la perspectiva de la calidad de vida. La satisfacción por la vida se ha definido como "una evaluación global sobre la calidad de vida de una persona según sus criterios elegidos" ⁽¹⁰²⁾. Así pues, la satisfacción general por la vida se refiere a una evaluación general sobre la calidad de vida de una persona que se sitúa por encima de las evaluaciones de ámbitos específicos (p.ej.: familia, amigos, colegio, uno mismo), La importancia de la investigación sobre la satisfacción por la vida en particular se ve subrayada por el reconocimiento de que la satisfacción por la vida es un resultado valioso en y de sí mismo.⁽¹⁰³⁾ Se han llevado a cabo muy pocas investigaciones sobre la satisfacción global por la vida en adolescentes. Esta falta de investigación puede deberse, en parte, a la ausencia de mediciones fiables y válidas de la satisfacción por la vida de los adolescentes, existiendo según la revisión bibliográfica dos mediciones de la satisfacción por la vida

diseñadas específicamente para niños y adolescentes: La escala de satisfacción por la vida percibida desarrollada por Adelman ⁽¹⁰⁴⁾ y la escala de satisfacción por la vida para estudiantes desarrollada por Huebner. ⁽¹⁰⁴⁾ Estos son los motivos por los cuales nos llevó a analizar la relación de la satisfacción vital general y las características psicosociales del estudio, dando como resultado lo siguiente:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre satisfacción vital general con: apoyo social objetivo y estrategias de afrontamiento, sin embargo si se encontró diferencias significativas con apoyo social subjetivo familiar y de amistades, afectividad positiva, estrés percibido y número de eventos vitales. Es decir, las adolescentes sienten satisfacción general cuando perciben mayor afectividad positiva, mayor apoyo familiar y de amigos y le suceden menos eventos vitales.

Dada la escasez de investigación sobre los correlatos de la satisfacción por la vida en adolescentes y las distintas características psicosociales, no se encontraron investigaciones que nos permitan comparar los resultados obtenidos con otros, salvo, la relación entre satisfacción vital y apoyo social subjetivo, similares resultados fueron encontrados en un estudio con preadolescentes, concluyendo que más importantes son las relaciones familiares satisfactorias comparados con las relaciones entre iguales y la satisfacción con el colegio.^(104,105) Estas investigaciones dan más apoyo a los teóricos y los investigadores que afirman que, a pesar de la mayor importancia que se le da a los iguales en la adolescencia, los padres siguen representando la mayor influencia en las vidas de los adolescentes.⁽¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la relación satisfacción usuaria y variables sociodemográficos; lo que difiere de otros estudios donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas, como por ejemplo: La investigación de De León⁽⁸³⁾ encontró significancia estadística con respecto al lugar de procedencia, probablemente se deba a los diversos tipos de población existentes en Guatemala (urbana y rural), una investigación en Arabia Saudí encontró mayor satisfacción en los pacientes de la tercera edad que en los jóvenes y mayor satisfacción en las mujeres que los hombres⁽³³⁾; otro estudio encontró la relación de satisfacción usuario y localización del hospital.⁽³⁰⁾

De igual manera no se encontraron diferencias significativas con las características psicosociales (anexo N° 5), a excepción de la satisfacción vital general ($p=0,047$), es decir, las adolescentes que refieren estar "muy satisfechas" con la atención brindada por el CEMERA sienten más satisfacción vital general; que las "satisfechas" con la atención.

Se analizó la relación de satisfacción usuaria y la escala de satisfacción vital general, encontrándose diferencias significativas con el ámbito de: satisfacción familiar ($p=0,010$) y con la vida ($p=0,034$), es decir: las adolescentes que refieren sentirse "muy satisfechas" con la atención brindada por el CEMERA se sienten satisfechas con su vida familiar y con su vida en general, que las "satisfechas" con la atención.

Para la construcción del modelo de regresión logística se consideraron variables descritas (variables sociodemográficos y características psicosociales). Cabe destacar que en el estudio no se encontraron niveles de insatisfacción usuaria, por lo tanto, se procedió a agrupar la variable dependiente (grado de satisfacción) con el ítem "calificación de la atención recibida" (Anexo N° 2, sección calidad de la atención, ítem N° 8), resultando una variable de "satisfacción agregada".

Encontrándose que, la depresión y la satisfacción vital son las características psicosociales predictorias de la satisfacción usuaria.

VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Basándose en los objetivos planteados en el estudio se procede a dar las conclusiones del estudio:

a. No se evidenciaron grados de insatisfacción con la atención recibida por el CEMERA.

b. El presente estudio identificó la prevalencia de las características psicosociales, teniendo como resultado que: el 48,8% presenta algún grado de depresión (depresión leve a moderada - severa), el 63,9% de las adolescentes presentan mediano apoyo social objetivo, el 50,7% mediano apoyo social subjetivo familiar, el 61,5% mediano apoyo subjetivo de amistades, el 67,3% mediana afectividad positiva y mediano estrés percibido, en tanto que, el 48,8% presenta estrés moderado (medido a través del número de eventos ocurridos) y el 66,8% mediana satisfacción vital.

c. Las adolescentes con CUADROS DEPRESIVOS tienen menor apoyo y satisfacción con familiares y amistades; presentan mayor malestar subjetivo; se encuentran más estresados; le suceden más situaciones relevantes en su vida; no afrontan sus problemas; negando y evadiendo la existencia de ellos; y siente insatisfacción vital general.

d. Las adolescentes que presentan una ALTA SATISFACCIÓN VITAL GENERAL, son aquellas que no se sienten deprimidas y estresadas; que cuentan con apoyo familiar y de sus pares; que perciben mayor afectividad positiva; y le ocurren menos situaciones relevantes en su vida.

e. Las adolescentes que refieren sentirse "muy satisfechas" con la atención brindada por el CEMERA sienten más satisfacción vital general, a diferencia de las que solo refieren sentirse "satisfechas" con la atención.

f. Las adolescentes que refieren sentirse "muy satisfechas" con la atención brindada por el CEMERA sienten más satisfacción con su vida familiar y con su vida en general, a diferencia de las que solo refieren sentirse "satisfechas" con la atención.

g. Para finalizar, la depresión y la satisfacción vital general son las características psicosociales predictorias de la satisfacción usuaria.

La realización de esta investigación y los resultados obtenidos permiten plantear algunas sugerencias orientadas a mejorar la atención de las adolescentes. Entre estas se pueden mencionar las siguientes:

- A lo largo de todo el análisis de las características psicosociales implicadas en el estudio así como su interrelación, nos damos cuenta de la complejidad de los procesos psicológicos y sociales implicados en la salud mental. De tal manera una de las primeras sugerencias es profundizar el estudio de factores psicosociales ligadas a las adolescentes; para de esta manera implementar, según criterio de los profesionales a cargo, diferentes estrategias de intervención encaminadas a reducir los problemas de salud mental de este grupo etéreo.
- Debido a que los adolescentes tienen manifestaciones y necesidades que le son propias, lo que se traduce en los resultados obtenidos en este estudio, se hace necesario la existencia de centros especializados para la atención de adolescentes como el CEMERA, que formen parte de programas nacionales para este grupo etario y de esta manera romper con la idea de “anormalidad” que se asocia a la sexualidad adolescente, descubriendo sus aspectos positivos que la vinculan al desarrollo personal y a la calidad de vida de las personas.
- Continuar con la labor de inculcar a los adolescentes temas como: Paternidad responsable, desarrollo sexual y métodos anticonceptivos, permitiendo así obtener los resultados del presente estudio.
- Fortalecer las medidas de prevención para evitar el contagio de SIDA a través de charlas educativas.
- Finalmente, se espera que el presente estudio contribuya a estimular la inquietud de seguir ahondando el tema de características psicosociales y satisfacción usuaria pues sólo investigando podremos conocer la orientación que puede dársele la atención, con el beneficio para ambas partes (prestador de servicios y usuario).

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes ZH, Meléndez CV, Vidal PL. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública México* 1990;32:232-42.
2. Ruelas BE, Reyes H, Zurita GB, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública México* 1990; 32:210-20
3. Vidal PL, Reyes ZH. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública México*. 1993 May;35(3):326-31.
4. Ramírez ST, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México* 1998 Ene;40(1):3-12
5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*. 1988;260(12):1743-48
6. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública México* 1993 May;35(3):238-47
7. Koehler W, Fottler M, Swan J. Physician – Patient satisfaction: Equility in the health services encounter. *Medical Care Review* 1992;49(4):445-84
8. Linn L, Brook R, Clark V. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical Care* 1985;23(10):1171-78
9. Zastowny T, Roghmann K, Cafferata G. Patient satisfaction and the use of health services. *Medical Care* 1989;27(7):705-23
10. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user´s perspective. *Health and Social Care in the Community* 2002 Nov;8(6):417-24
11. Organización Panamericana de la Salud. *Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Interacción prestadora de servicios/usuarios*. Washington D.C;2000.
12. Molina R, Sandoval J, González E. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2003.

13. Camacho AV. Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión Bibliográfica, 1988-1998. Washington D.C, EEUU; Organización Panamericana de la Salud; 2000.
14. Ruelas BE. Hacia una estrategia de garantía de calidad: De los conceptos a las acciones. Suplemento Salud Pública México 1992;34:29-44.
15. Domínguez LP. Evaluación de calidad en la atención de salud. Administración en salud Año 1992; 17:3-7
16. Lee RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care. Salud Pública México 1990;32(2):245-47.
17. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública México 1990;32(2):113-17
18. Donabedian A, Wheeler Jr, Wyszewianski L. Quality, cost and health: an integrative model. Medical Care 1982;20:975-92.
19. Verheggen F, Harteloh P. La calidad de servicio en la atención a la salud: Aplicación de los resultados de la investigación mercadotecnia. Revista Salud Pública de México 1993 May;35(3): 316-20.
20. Frenk J. Relaciones entre necesidades, servicios y recursos. En: La salud de la población hacia una nueva salud pública. México: la Ciencia; 1993.p. 367.
21. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: Principios y práctica. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.p. 17-22.
22. Koehler W, Fottler M, Swan J. Physician – Patient satisfaction: Equility in the health services encounter. Medical Care Review 1992;49(4):445-84.
23. Ware J, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient dissatisfaction with medical care. En: Evaluation and program planning. 1993,(6), pp 247-263.
24. Abdellah F, Levine E. Developing a measure of patient and personal satisfaction with nursing care. Nursing Research 1957;5(3):100-108.
25. Alvarado R, Vera A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. Revista Chilena de Salud Pública 2001;5(2-3):81-89.
26. Sitzia J, Wood J. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Social Science and Medicine 1997;45:1829-43.

27. Aspinal F, Addington HJ, Hughes R, Higginson JJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Advance Nursery* 2003 May;42(4):324-39.
28. Boudreaux ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. *Academy of emergency medicine* 2003 Mar;10(3):261-68.
29. Heje HN, Olesen F. Patients' evaluations as quality measurements in general practice. *Ugeskr Laeger* 2002 Nov 11;164(46):5386-89.
30. Pink GH, Murray MA, McKillop I. Hospital efficiency and patient satisfaction. *Health service manage residencial*.2003 Feb;16(1):24-38.
31. Ross SE, Lin CT. The effects of promoting patient access to medical records: a review. *American Medical Information Association* 2003 Mar;10(2):129-138.
32. Gigantesco A, Morosini P, Bazzoni A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *Quality in Health Care* 2003;15(1):73-78.
33. Al Qatari G, Haran D. Determinants of user's satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *Quality in Health Care* 1999;11(6):523-531.
34. Lawthers A, Rozanski B, Nizankowski R, Rys A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *Quality in Health Care* 1999;11(6); 497-506.
35. Draper M, Hill S. Feasibility of national benchmarking of patient satisfaction with hospital services. *International Quality in Health Care* 1996;8(5):357-466.
36. Carr HR.. The measurement of patient satisfaction. *Public Health Medicine* 1992.;14(3):236-249.
37. Oswald SL, Turner DE, Snipes RL, Butler D. Quality determinants and hospital satisfaction. Perceptions of the facility and staff might be key influencing factors. *Mark Health Service* 1988 Spring; 18(1):18-22.
38. León M. Perceptions of health care quality in Central America. *Quality in Health Care* 2003;15(1):67-71.
39. Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care* 1997 Nov;35(11):58-68.

40. American Quality Foundation. International Quality Study Health Care Industry Report. Cleveland-Ohio: Ernst & Young; 1992.
41. Nathorst BJ, Munck I, Eckerlund I, Ekfeldt SC. An evaluation of the Quality, Satisfaction, Performance (QSP) and the Quality from the Patient's Perspective (QPP): Two methods for measuring patient satisfaction. *Quality of Health Care* 2001;13(3):257-264.
42. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Quality in Health Care* 1999;11(4):319-328.
43. Bravo L, Ortega R. Sexualidad Juvenil y ética. *Desarrollo Humano y Adolescentes*. (serie en línea)1997;(5 vistas). Disponible en: http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_OrtegaBravo_EducacionSexualConEnfoqueDeGenero.htm. Acceso Noviembre 01, 2003.
44. Medina CG. Adolescencia y Salud en México. *Desarrollo Humano y Adolescente* (serie en línea)1997; (47 vistas). Disponible en: http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_Medina_AdolescenciaYSaludenMexico.htm. Acceso Noviembre 01, 2003.
45. Rodríguez MJ, García RJ. Estilos de vida y salud. En: Alvaro JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p.362-63.
46. Morales JF. La relación profesional de la salud-enfermo. En: Alvaro JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p.367
47. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 1976;104:107-123.
48. Barrón A, Lozano P, Chacón F. Autoayuda y Apoyo Social. En: Vera, A y Wood. *Un modelo explicativo de la salud mental basado en categorías psicosociales: Descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo*. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Santiago-Chile.1994.Universidad Diego Portales-Facultad de ciencias Humanas-Escuela de Psicología.
49. Freedman A, Kaplan H. *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1981.

50. Alvaro JL, Garrido A, Torregrosa JR. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996.
51. Rojas, E. El laberinto de la afectividad. En: Alvarado JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill. 1996; p.402
52. Sarason IG, Levine HM, Bashom RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Personality and social psychology* 1983;(44):127-139.
53. Taylor S, Brown J. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. En: Alvaro JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p. 392.
54. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
55. Turner RJ. Direct, indirect and moderating effect of social support on psychological distress and associated conditions. En: Páez D, editor. *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos; 1996.
56. Vera A, Wood P. Un modelo explicativo de la Salud mental basado en categorías psicosociales: Descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Santiago-Chile.1994. Universidad Diego Portales. Facultad de ciencias Humanas - Escuela de Psicología.
57. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;(68):653-663
58. Bradburn NM. *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Pub Co.;1969.
59. Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial* 1994,3(9), 87-116.
60. Diener E, Suh EM, Luca RE, Smith HL. El bienestar subjetivo. Tres décadas de progreso. *Boletín Psicológico* 1999;125(2):271-302.
61. García MM. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*

- Universidad de Málaga (Serie en línea) 2002 May;(8)48:(6 vistas). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.htm>. Con acceso Noviembre 01, 2003.
62. Glenn ND, Weaver CN The contribution of marital happiness to global happiness. En: García MM, editor. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables simplificadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital Universidad de Málaga 2002 May.
 63. Shmotkin D. Subjective Well-Being as a Function of Age and Gender: A Multivariate Look for Differentiated Trends. En: García MM, editor. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implificadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital Universidad de Málaga 2002 May.
 64. Diener E, Wolsic B, Fujita F. Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;69 (1):120-129.
 65. Allred GH, Poduska BE. Birth order and happiness: A preliminary study. En: García MM, editor. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implificadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital Universidad de Málaga 2002 May.
 66. Blanco y Chacón. La evaluación de la calidad de vida. En: Alvaro JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996.
 67. Wilson W. Correlates of avowed happiness. En: García MM, editor. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implificadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital Universidad de Málaga 2002 May.
 68. Diener E. El bienestar subjetivo. En: García MM, editor. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables simplificadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital Universidad de Málaga 2002 May.
 69. Bensabat S. *Stress*. Bilbao; Mensajero Sancho de Azpeitia; 1987.
 70. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior* 1983;24(12):385-396;.
 71. Tausig M. Measuring life events. *Journal of health and social behavior* 1982;23(3);52-64.

72. Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Barcelona: Paidós; 1985.
73. Cohen S, Wills TA. Stress, social support y the buffering hipotesis. Psychological Bulletin. 98(2):310-357.
74. Páez D. Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid: Fundamentos; 1986.
75. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior 1982 Jun;(2):145-159.
76. Brown G, Harris T. Social Origins of Depression. En: Alvaro JL, editor. Psicología Social Aplicada. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p. 396.
77. Folkman S, Lazarus R. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. En: Social Science and Medicine 1988; 3(26):309-317.
78. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988;8:77-100
79. Páez D. Emociones: Perspectivas Psicosociales. Madrid: Fundamentos; 1989.
80. Páez D. Salud, expresión y represión social de las emociones. Valencia: Promolibro; 1993.
81. Vera A, Machuca P. Cultura organizacional y Calidad de vida laboral. Tesis para optar el grado de Magíster - Facultad de ciencias administrativas. Escuela de Postgrado Universidad Diego Portales. 2001
82. Ubillo S. Documento de trabajo: Departamento de Psicología Social y Metodología. España: Universidad del País Vasco; 2001.
83. De León, O. Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al centro de Salud de Acatenango, Guatemala - 2002. Tesis para optar el grado de Magíster. Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile.
84. Candela M, Ferrández F. Manual de Introducción a SPSS 10.0. España: Departamento de Ciencia de la Computación e Inteligencia Artificial; 2001.
85. Arredondo A, Graud M, Goldstein, E, Olivera M, Bravo L. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual: Síntesis de Información Seleccionada. Chile: Ministerio de Salud; 2000. p. 7-59

86. Kleincsek M, Aravena R, Oróstegui I, Unger G. ETS-SIDA: Discursos y conductas sexuales de las chilenas y los chilenos. Chile: EDUK; 1996.
87. Instituto Nacional de la Juventud. Tercera Encuesta Nacional de Juventud: La Eventualidad de la Inclusión: Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo. Chile: Gobierno de Chile; 2000. p. 2-64
88. Keller M, Lavori PW. Depression in children and adolescents: New data on "undertreatment" and a literature review on the efficacy of available treatments. *Affect Disorders* 1991;21:163-171.
89. Grigoroui SM, Christodorescu D. Adolescent offspring of endogenous unipolar depressive parent and of normal parents. *Affect Disorders* 1991;21:1185-1198
90. Richter P, Alvarado L, Fend H. Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de Psicología (serie en línea)* 1997 Jun; (6): (6 vistas).
Disponible en:
<http://rehue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/vol6/psicolo10.htm>. Acceso Noviembre 01, 2003.
91. Albert N, Beck AT. Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence* 1975;(4):301-307.
92. Byerly FC, Carlson WA. Comparison among inpatients, outpatients and normals on three self-report depression inventories. *Clinical Psychology* 1982;(38):797-804.
93. Metcalfe, M, Goldman E. Validation of an inventory for measuring depression *British Journal of Psychiatry* 1965;(111):240-242.
94. Guerrero L, Pavez A, Zavala J. Redes Sociales en sujetos depresivos y no depresivos – Un estudio descriptivo y comparativo. 1988. Pontificia Universidad Católica de Chile – Facultad de Psicología. p. 23 – 29, 122 – 127.
95. Wagner H. *Social Psychophysiology and Emotion*. En: Alvaro JL, editor. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p. 384
96. Bennett DS, Bates J. Prospective Models of Depressive Symptoms in Early Adolescence: Attributional Style, Stress, and Support. En: Introzzi, I editor. *Niveles de depresión y estrés en adolescentes de la Ciudad del Mar del Plata*. Disponible en:

- <http://www.sames.org.ar/Art%C3%ADculos%20del%20mes%20N%C2%BA%209.htm>.
97. Introzzi I, Piorno V, Grandinetti R. Niveles de depresión y estrés en adolescentes de la ciudad de mar del plata Introzzi. (Serie en línea) 2001 Ene;(2 vistas). Disponible en:
<http://www.sames.org.ar/Art%C3%ADculos%20del%20mes%20N%C2%BA%209.htm>. Acceso Noviembre 01, 2003.
 98. Ge X. Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms during Adolescence. En: Introzzi, I editor. Niveles de depresión y estrés en adolescentes de la Ciudad del Mar del Plata. Disponible en:
<http://www.sames.org.ar/Art%C3%ADculos%20del%20mes%20N%C2%BA%209.htm>.
 99. Moss, R.(1988) Life stressors and coping resources influence health and well-being. En: Alvaro JL, editor. Psicología Social Aplicada. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p.397-398.
 100. Pennebaker J. El arte de confiar en los demás. En: Alvaro JL, editor. Psicología Social Aplicada. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p. 397,401.
 101. Rodríguez J, López S, Pastor A. Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En: Alvaro JL, editor. Psicología Social Aplicada. Madrid: Mc Graw Mc Hill; 1996. p. 397.
 102. Shin D, Johnson D. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research 1978;(5):475-492.
 103. Frisch, M.; Cornell, J.; Villanueva, M. & Retzlaff, P. (1992) Clinical validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. Psychological Assessment 1992;(4);92-101.
 104. Dew T, Huebner ES. La calidad de vida percibida en los adolescentes: una investigación exploratoria - Universidad de Carolina del Sur. Disponible en:
<http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos16.htm>. Acceso Noviembre 01, 2003.

105. Sánchez LM, Parra J, Alcázar A. Otra razón más para subrayar la función de las relaciones en la familia como contexto educativo: El bienestar psicológico. España: Universidad de Murcia. En prensa.
106. Galbo J. Adolescent's perceptions of significant adults: A review of the literature. *Adolescence* 1994;(16):951-970.
107. Greenberg M, Siegel J, Leitch C. Nature and importance of attachment relationships to parents and peers. *Journal of youth and adolescence* 1983;(12):373 – 386.
108. Montemayor R. Relationships between parent adolescent conflict amount of time adolescents spend alone and with parents and peers. *Child Development* 1982;(53):1512-18.

ANEXOS

ANEXO N° 1

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS
Edad	Cuantitativa	Ordinal	Años
Residencia	Cualitativa	Nominal	Especifique
Tipo de Previsión	Cualitativa	Ordinal	1. Sin previsión 2. Fonasa 3. Isapre 4. Otro
Nivel de Educación	Cuantitativa	Nominal	1. Sin estudios 2. Años cursados
Estado Civil del adolescente	Cualitativa	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Separada 5. Viuda
Tiene pareja actualmente	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Grado de satisfacción con la relación afectiva con pareja actual	Cualitativa	Nominal	1. Muy satisfecha 2. Satisfecha 3. Insatisfecha 4. Muy insatisfecha
Grado de satisfacción con la comunicación actual con la pareja	Cualitativa	Ordinal	1. Muy satisfecha 2. Satisfecha 3. Insatisfecha 4. Muy insatisfecha
Tiene hijos	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Número de hijos	Cuantitativa	Ordinal	Número
Actividad laboral actual	Cualitativa	Nominal	1. Estudiante 2. Dueña de casa 3. Trabajando 4. Cesante 5. Estudia - Trabaja
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Sin religión 2. Católica 3. Protestantes, evangélico o cristiano 4. Testigo de Jehová 5. Mormones 6. Otro
Religiosidad	Cuantitativa	Ordinal	Número de veces que asiste al servicio religioso
Nivel educacional de los padres	Cualitativa	Ordinal	1. Sin estudios 2. Años cursados (especifique)
Estado civil de los padres	Cualitativa	Nominal	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Convivientes 4. Separado/a 5. Viudo/a
Personas con las que vive	Cualitativa	Nominal	Especifique
Tiene hermanos y/o as	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Alguna hermana embarazada	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente encuesta esta elaborada para evaluar el grado de satisfacción de las usuarias que acuden al CEMERA y de ésta manera conocer las fortalezas y debilidades de la atención teniendo en cuenta las características psicosociales de las usuarias.

Por el presente consentimiento estoy accediendo de manera libre e informada para contestar todas las preguntas que se me formulan a continuación.

Santiago, __ de _____ del 2003

FIRMA
Ficha N° _____

13. Señale con que frecuencia asiste a los servicios religiosos (Complete solo una alternativa)
Nº de veces al mes (especifique) _____ ó
Nº de veces al año (especifique) _____

14. Con relación al nivel educacional de sus padres, señale la alternativa que corresponde:

	Años Cursados	
	Padre	Madre
() No tienen estudios	_____	_____
() Enseñanza Básica	_____	_____
() Enseñanza Media	_____	_____
() Enseñanza Técnica Profesional	_____	_____
() Enseñanza Universitaria	_____	_____

15. Señale cual es el estado civil de sus padres:

- () Soltera/o () Convivientes
() Casados () Separados
() Viuda/o

16. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ personas

17. ¿ Con quien vive Ud. en la actualidad? (especifique) _____

18. ¿Tiene hermanos? () No () Sí

19. ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene? _____hermanos y _____hermanas

20. ¿Tiene alguna hermana que se embarazo o esta embarazada antes de los 19 años?

- () No () Sí

II. ESCALA DE DEPRESION

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA**, incluido el día de **HOY**.

1. () No me siento triste.
() Me siento triste.
() Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
() Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.
2. () No me siento especialmente desanimada dar la cara al futuro.
() Me siento desanimada de dar la cara al futuro.
() Siento que no hay nada por lo que luchar.
() El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. () No me siento fracasada.
() He fracasado más que la mayoría de las personas.
() Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
() Soy un fracaso total como persona.
4. () Las cosas me satisfacen tanto como antes.
() No disfruto de las cosas tanto como antes.
() Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
() Estoy insatisfecha o aburrida con respecto a todo.
5. () No me siento especialmente culpable.
() Me siento culpable en bastantes ocasiones.
() Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
() Me siento culpable constantemente.
6. () No creo que esté siendo castigada.
() Siento que quizá esté siendo castigada.
() Espero ser castigada.
() Siento que estoy siendo castigada.
7. () No estoy descontenta de mí misma.
() Estoy descontenta de mí misma.
() Estoy a disgusto conmigo misma.
() Me detesto.
8. () No me considero peor que cualquier otra.
() Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
() Continuamente me culpo por mis faltas.
() Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. () No tengo ningún pensamiento de suicidio.
() A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
() Desearía poner fin a mi vida.
() Me suicidaría si tuviese oportunidad.
10. () No lloro más de lo normal.
() Ahora lloro más que antes.
() Lloro continuamente.
() No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
11. () No estoy especialmente irritada.
() Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
() Me siento irritada continuamente.
() Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
12. () No he perdido el interés por los demás.
() Estoy menos interesada en los demás que antes.
() He perdido gran parte del interés por los demás.
() He perdido todo interés por los demás.

13. () Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 () Evito tomar decisiones más que antes.
 () Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 () Me es imposible tomar decisiones.
14. () No creo tener peor aspecto que antes.
 () Estoy preocupado porque parezco envejecida y poco atractiva.
 () Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.
 () Creo que tengo un aspecto horrible.
15. () Trabajo igual que antes.
 () Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 () Tengo que obligarme a mí misma para hacer algo.
 () Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16. () Duermo tan bien como siempre.
 () No duermo tan bien como antes.
 () Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 () Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. () No me siento más cansada de lo normal.
 () Me canso más que antes.
 () Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 () Estoy demasiado cansada para hacer nada.
18. () Mi apetito no ha disminuido.
 () No tengo tan buen apetito como antes.
 () Ahora tengo mucho menos apetito.
 () He perdido completamente el apetito.
19. () No he perdido peso últimamente.
 () He perdido más de 2 kilos.
 () He perdido más de 4 kilos.
 () He perdido más de 7 kilos.
20. () No estoy preocupado por mi salud.
 () Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, etc.
 () Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 () Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. () No he observado ningún cambio de mi interés por el sexo.
 () La relación sexual me atrae menos que antes.
 () Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 () He perdido totalmente el interés sexual.

III. ESCALA DE APOYO SOCIAL OBJETIVO

En las siguientes preguntas, por favor marque la opción más adecuada a su caso:

1. La discusión o problema que ha tenido en su trabajo o en su casa, durante un día, ¿ A cuántas personas se las cuenta?
 () Ninguna
 () Una a dos
 () Dos o tres
 () Cuatro o más
2. Los favores como prestar alimentos, herramientas, libros, utensilios de casa, cuidarle los niños, etc. ¿ A cuántas personas se los hace?
 () Ninguna
 () Una a dos
 () Dos o tres
 () Cuatro o más

3. Las amigas, amigos o miembros de su familia cercanos que le visitan en su casa, ¿ Con qué frecuencia lo hacen?
- Raramente
 - Una vez al mes
 - Varias veces al mes
 - Una vez a la semana o más seguido
4. Sus problemas más personales, ¿a cuántas amigas, amigos o familiares se los cuenta?
- Ninguna
 - Una a dos
 - Dos o tres
 - Cuatro o más
5. El participar en grupos sociales u organizaciones religiosas, deportivas o de otro tipo, ¿Con qué frecuencia lo hace?
- Raramente
 - Una vez al mes
 - Varias veces al mes
 - Una vez a la semana o más seguido
6. ¿Tiene esposo o compañero?
- No
 - Varios compañeros distintos
 - Un compañero permanente pero no vivo con él
 - Un compañero permanente y vivo con él

IV. ESCALA DE APOYO SOCIAL SUBJETIVO

- Evalúe en qué medida Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes
- Utilice la siguiente fórmula:

1 : Completamente en desacuerdo	3 : Parcialmente de acuerdo
2 : Parcialmente en desacuerdo	4 : Completamente de acuerdo

1. Mis amigas o amigos me respetan	1	2	3	4
2. Mi familia se preocupa mucho por mí	1	2	3	4
3. Puedo confiar en mis amigas o amigos	1	2	3	4
4. Soy muy querida por mi familia	1	2	3	4
5. Mis amigas o amigos cuidan de mí	1	2	3	4
6. No puedo contar con mi familia para conseguir apoyo	1	2	3	4
7. Tengo un fuerte lazo afectivo con mis amigos/as	1	2	3	4
8. Mi familia me valora mucho	1	2	3	4
9. Me siento integrada en un grupo de personas	1	2	3	4

VII. ESCALA DE EVENTOS VITALES

- A continuación le presentamos una serie de acontecimientos que le han podido ocurrir o no **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**.
- Para cada uno de los sucesos, señale el “**NO**” si no le ha sucedido o preocupado.
- Por el contrario, marque el “**SI**” en caso de que le haya ocurrido el suceso e indique además en una escala de 1 a 4 la intensidad con la que ha vivido dicho suceso.
- Además, en el caso de que le haya sucedido, señale si el acontecimiento ha sido vivido, por Ud., como un hecho negativo “-”, neutro “0”, o como positivo “+”.

		SÍ			
		INTENSIDAD			
		Menor		Mayor	
1.	Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad	NO	1 2	3 4	
2.	Problemas emocionales con las drogas o el alcohol	NO	1 2	3 4	
3.	Casarse	NO	1 2	3 4	
4.	Muerte de un familiar o amigo íntimo	NO	1 2	3 4	
5.	Problemas con amigos o vecinos	NO	1 2	3 4	
6.	Exámenes	NO	1 2	3 4	
7.	Aborto	NO	1 2	3 4	
8.	Dificultades Sexuales	NO	1 2	3 4	
9.	Situación de violencia física	NO	1 2	3 4	
10.	Problema legal grave	NO	1 2	3 4	
11.	Complicación en alguna pelea	NO	1 2	3 4	
12.	Pérdida del trabajo	NO	1 2	3 4	
13.	Compra o venta de alguna casa o departamento	NO	1 2	3 4	
14.	Ascenso en el trabajo o en el sueldo	NO	1 2	3 4	
15.	Problemas con compañeros de trabajo	NO	1 2	3 4	
16.	Problemas con su jefe	NO	1 2	3 4	
17.	Muerte de su cónyuge (marido)	NO	1 2	3 4	
18.	Divorcio	NO	1 2	3 4	
19.	Separación o reconciliación	NO	1 2	3 4	
20.	Discusiones familiares o problemas con la familia política	NO	1 2	3 4	
21.	Ida o retorno a casa de alguno de sus familiares	NO	1 2	3 4	
22.	Traslado de parientes a vivir a su hogar	NO	1 2	3 4	
23.	Embarazo o nacimiento en la familia	NO	1 2	3 4	
24.	Traslado a una nueva casa	NO	1 2	3 4	
25.	Dificultades en la educación de sus hijos	NO	1 2	3 4	
26.	Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia	NO	1 2	3 4	
27.	Gastos excesivos para vacaciones	NO	1 2	3 4	
28.	Si le ha ocurrido otro suceso a lo largo del último año, por favor, descríballo brevemente:	NO	1 2	3 4	

Si le han ocurrido varios sucesos, elija cuál ha sido el mas importante o impactante para Usted. Escriba el número.....

¿Cuánto tiempo ha transcurrido? (En meses, hasta la fecha de hoy).....

X. COMPORTAMIENTO SEXUAL

1. A continuación encontrarás cinco niveles de experiencia sexual. Lee atentamente cada uno de ellos y pon una "X" en el nivel que tú te encuentres. Al margen de tus relaciones sexuales actuales indica la experiencia máxima que has tenido a lo largo de tu vida.
 - () No he tenido ninguna experiencia sexual.
 - () He besado en los labios y abrazado a un hombre con caricias en las manos y por encima de la ropa.
 - () He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él. Esto incluye haber acariciado directamente y haber sido acariciada directamente en cualquier parte del cuerpo, incluido los genitales, con o sin orgasmos.
 - () He tenido experiencia de haber llegado al coito, es decir, a la introducción del pene dentro de la vagina, con una sola persona a lo largo de mi vida.
 - () He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida.
2. En la actualidad como es tu compromiso sexual:
 - () No tengo relaciones sexuales.
 - () Tengo relaciones sexuales que consisten en besos, caricias, caricias en genitales, etc., pero no tengo relaciones coitales.
 - () Tengo relaciones sexuales que incluyen coito.
3. Tus relaciones sexuales son:
 - () Heterosexuales: Con personas de distinto sexo.
 - () Homosexuales: Con personas del mismo sexo.
 - () Bisexuales: Con personas de ambos sexos.
4. ¿Tienes posibilidades de tener relaciones sexuales dentro de poco tiempo?
 - () No me lo he planteado.
 - () Tengo posibilidades de tener relaciones sexuales dentro de poco tiempo.

Las preguntas que van desde el número 5 hasta el 15 sólo deben ser respondidas por las personas que mantienen o han mantenido relaciones sexuales que incluyen el coito (la penetración)

5. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual coital? _____ años y _____ meses
6. ¿Mantienes relaciones sexuales coitales?
 - () Con una persona ("tu pareja", "tu pololo", "tu amigo")
 - () Con distintas personas
7. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido a lo largo de tu vida y en el último año?
Nº de parejas a lo largo de la vida _____
Nº de parejas en el último año _____
8. Cuándo mantienes relaciones sexuales coitales ¿Utilizas algún método anticonceptivo?
 - () Nunca
 - () A veces
 - () Siempre
9. ¿Qué método utilizas? (Puedes señalar más de una respuesta)
 - () Coito Interrumpido (Eyacular fuera, sacarlo antes de eyacular)
 - () Píldoras anticonceptivas
 - () DIU (Dispositivo Intrauterino, T de cobre)
 - () Preservativos
 - () Inyecciones
 - () Métodos Naturales (Calendario, Temperatura Basal, Billings o Moco cervical)
 - () Otro, Especifica ¿Cuál? _____
10. En los últimos 4 meses, ¿Cuántas veces has mantenido relaciones sexuales coitales? (Indica aproximadamente el número de veces)
Nº de veces _____

11. De estas veces, ¿Cuántas veces has utilizado un método anticonceptivo? (Indica aproximadamente el número de veces)
Nº de veces _____
12. ¿Qué método o métodos han utilizado tú o tu pareja en estas ocasiones? (Especifica)

13. ¿Porqué has elegido ese/esos métodos anticonceptivos? (Indica la razón más importante)

14. ¿Has quedado embarazada alguna vez?
() No () Sí
15. En caso afirmativo, ¿Qué hicieron en esa situación?
() Tener al niño
() Interrumpir el embarazo (Abortar)
() Darlo en adopción
() Otros, Especifica ¿Qué? _____

Las preguntas N°16, 17 y 18 deben ser respondidas por todas las personas al margen de su experiencia sexual

16. ¿Qué tipo de precauciones toma o tomarías para no contagiarte de SIDA? (Puedes señalar más de una respuesta)
() No tomo ninguna precaución
() Me fijo que mi pareja tenga un aspecto exterior sano
() No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecte alguna droga
() Realizó prácticas sexuales de penetración con poca gente
() Realizó prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes
() Realizó prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida
() Sólo tengo relaciones coitales con una sola persona
() Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual
() Me lavo después de tener una relación sexual de penetración
() Practico el coito interrumpido (Eyacular fuera)
() Utilizo cremas espermicidas
() Utilizo píldoras anticonceptivas
() Utilizo preservativos (condones)
() Acudo al médico para realizarme controles periódicos
() Otras, especifique: _____
17. ¿Crees que las precauciones que tomas son suficientes para no infectarse con el VIH (SIDA)?
() No () Sí
18. Valora la intención que tiene de utilizar preservativos en tus próximas relaciones sexuales.
() Ninguna intención () Moderada intención
() Poca intención () Mucha intención
() Alguna intención () Total intención

6. ¿ Qué opinión tiene acerca de la limpieza del CEMERA?
() Muy buena () Regular
() Buena () Mala (4)
7. ¿ Qué le pareció el estado y el aseo de los baños del CEMERA?
() Muy buena () Mala
() Buena () No los utilicé
() Regular
8. ¿ Cómo calificaría en general la atención brindada por el CEMERA?
() Muy buena () Regular
() Buena () Mala
9. ¿ Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?
() Muy satisfecha () Insatisfecha
() Satisfecha () Muy insatisfecha
10. Mencione según su criterio, los aspectos negativos de la atención brindada por el CEMERA.

11. Mencione según su criterio, los aspectos positivos de la atención brindada por el CEMERA.

12. ¿ Qué sugerencias haría usted para mejorar la atención del CEMERA?

ANEXO N° 3

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO

ESCALA DE AFRONTAMIENTO	DIMENSIONES						
	1	2	3	4	5	6	7
af12. Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona	,824				-,159		
af11. Analice mi responsabilidad en el problema y me critique a mí mismo por lo ocurrido	,634		,115	,140	,202	,216	-,305
af1. Concentre mis esfuerzos en hacer algo, intente luchar contra mi problema	,572	,163	,109	-,459	,216		,166
af13. Expresé y dejé descargar mis sentimientos y emociones	,227	,677		,111			,184
af3. Intente guardar para mí mis sentimientos	,177	-,648	,293	,252	,121		,242
af7. Hable con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo ella o él		,563		,109	,334	,109	-,215
af8. Trate de obtener apoyo afectivo. Busque simpatía y comprensión	,142	,540	,411	-,178			
af5. Fantasee o imagine el momento en que podrían cambiar las cosas	,119	,158	,681	,174	-,180	-,117	-,361
af6. Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evite precipitarme	,102		,666	-,208	,134		,155
af4. Me negué a creer lo que había ocurrido		-,163	,619	,323	,201	,134	
af15. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo	,174			,736	,136	-,118	
af14. Admití que no era capaz de enfrentar	-,186			,649		,342	,275
af16. Salí a beber o tomar unas copas para olvidar el problema o pensar menos en él.					,855		
af17. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema	,256	,199	,131	,227	,621	-,194	
af10. Deje de lado mis otras actividades y problemas y me concentre en este	,106					,897	
af9. Desarrolle un plan de acción sobre mi problema y lo seguí	,437	,400			,116	,461	-,174
af2. Acepte lo que había sucedido y que no se podía hacer nada							,817

Método de Rotación Varimax.

ANEXO N° 4

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues	% of Variance	Cumulative %	Extraction Sums of Squared Loadings	% of Variance	Cumulative %	Rotation Sums of Squared Loadings	% of Variance	Cumulative %
	Total			Total			Total		
1	3,004	17,668	17,668	3,004	17,668	17,668	1,878	11,049	11,049
2	1,952	11,482	29,151	1,952	11,482	29,151	1,774	10,435	21,484
3	1,434	8,438	37,588	1,434	8,438	37,588	1,618	9,516	31,000
4	1,199	7,054	44,642	1,199	7,054	44,642	1,558	9,166	40,165
5	1,136	6,682	51,324	1,136	6,682	51,324	1,494	8,786	48,951
6	1,081	6,359	57,683	1,081	6,359	57,683	1,307	7,691	56,642
7	1,035	6,086	63,769	1,035	6,086	63,769	1,212	7,127	63,769
8	,834	4,905	68,674						
9	,812	4,775	73,450						
10	,761	4,479	77,928						
11	,708	4,163	82,092						
12	,606	3,563	85,654						
13	,592	3,485	89,139						
14	,533	3,134	92,273						
15	,483	2,842	95,115						
16	,442	2,601	97,716						
17	,388	2,284	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ANEXO Nº 5

ANALISIS BIVARIADO ENTRE SATISFACCION USUARIA Y CARACTERISTICAS

PSICOSOCIALES

I. **DEPRESIÓN**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Depresión		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s		
Muy satisfecha	125	11,440	9,440	0,296	0,768
Satisfecha	80	11,060	8,010		

II. **APOYO SOCIAL OBJETIVO**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Apoyo Social Objetivo		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s		
Muy satisfecha	125	14,320	5,230	-1,267	0,206
Satisfecha	80	15,225	4,581		

III. **APOYO SOCIAL SUBJETIVO FAMILIAR**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Apoyo Social Subjetivo Familiar		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s		
Muy satisfecha	125	10,304	2,287	1,282	0,201
Satisfecha	80	9,900	2,060		

IV. **APOYO SOCIAL SUBJETIVO AMISTADES**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Apoyo Social Subjetivo Amistades		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s		
Muy satisfecha	125	16,152	3,098	0,485	0,628
Satisfecha	80	15,938	3,078		

V. **APECTIVIDAD POSITIVA**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Afectividad Positiva		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s		
Muy satisfecha	125	48,504	9,082	0,829	0,408
Satisfecha	80	47,475	7,994		

VI. **ESTRÉS PERCIBIDO**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Estrés percibido		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s.		
Muy satisfecha	125	33,040	6,123	0,091	0,928
Satisfecha	80	32,963	5,740		

VII. **EVENTOS VITALES**

¿Cómo se siente con respecto a la atención brindada por el CEMERA?	n	Eventos vitales		Prueba t -student	p - value
		promedio	d.s.		
Muy satisfecha	125	4,112	2,625	-0,001	0,999
Satisfecha	80	4,113	2,371		