

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DE UNA CONSULTA DE UN CENTRO
DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE
VALLADOLID.

CURSO 2017-2018.

ENRIQUE DEL CASTILLO DÍEZ.

TUTOR: CARLOS IMAZ RONCERO

INDICE.

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos	3
General.....	3
Específicos.....	3
Población y metodología	3
Población y muestra.....	3
Cuestionario	5
Cuestionarios de satisfacción.	5
Escala Ohio.....	5
Solicitudes y aspectos éticos.....	6
Proceso	7
Análisis de resultados.	7
Comparativa grupo satisfechos vs insatisfechos.....	8
Comparativa grupo seguimiento o interrumpen	8
Perspectiva de los padres/madres/tutores.....	9
Perspectiva de los adolescentes	11
Discusión.....	14
Limitaciones	16
Conclusiones.....	16
Bibliografía	17

Resumen

El objetivo de este estudio es evaluar la satisfacción de los usuarios de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente (CSMNA). A partir de una muestra poblacional de dicho centro de salud, se pasó el cuestionario Ohio a padres y niños que acuden a consulta (grupo de seguimiento) y a padres y niños que han abandonado el seguimiento (grupo de no seguimiento). Los resultados muestran que no hay diferencias significativas en general en cuanto a variables demográficas ni clínicas analizando el grado de satisfacción con el tratamiento. Tampoco hay diferencias en las variables analizadas entre dos grupos, únicamente resultando así ítems del cuestionario relacionados con la satisfacción del tratamiento. El grado de satisfacción con el tratamiento es la variable determinante para el seguimiento pudiéndose analizar muchas más. Por tanto y debido a los resultados obtenidos, el campo de investigación en este ámbito sigue todavía abierto.

Introducción

La psiquiatría infantil es la rama de la medicina que se encarga de la prevención, estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales en el niño y adolescente, entendiendo salvo excepciones edades comprendidas hasta los 18 años.

Si bien es una especialidad satisfactoria en relación con las edades de la curación, muchas veces la misma edad hace que las patologías presentadas sean de lento y difícil diagnóstico. Esto hace que se genere una pérdida de seguimiento en el tratamiento y la evolución que se justifican por la presencia de factores relacionados con la atención, los resultados o la propia evolución, que puede hacer declinar la asistencia.

La calidad en los servicios sanitarios tiene relación con los resultados obtenidos, dentro de lo puede ser esperable, y la respuesta dada de acuerdo con la evidencia existente. Satisfacer las necesidades de los usuarios y reducir la sintomatología serán objetivos de la intervención. Pero dicha intervención será de calidad si podemos evaluar y obtenemos un feedback de los resultados que nos permiten adaptar y dar respuestas más ajustadas, a las evidencias científicas y a la percepción de los usuarios.

Por tanto, conocer la satisfacción de los usuarios sería fundamental para un sistema de salud centrado en el usuario y en el que se pueda mejorar la continuidad de cuidados. Pero ¿conocemos el grado de satisfacción de los usuarios? ¿Respondemos a sus expectativas? ¿Influye la satisfacción del paciente, de la familia, en las interrupciones en el seguimiento? O ¿Qué otros factores pueden influir?

Revisar el concepto de satisfacción del usuario en salud mental del niño y del adolescente como un componente de la calidad, presentar algunas herramientas para su medición, aportar datos de la satisfacción en una consulta y proponer indicadores más apropiados para la evaluación son los objetivos de dicha comunicación. Para ello se analizarán específicamente los abandonos en el seguimiento de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente del área Oeste Valladolid, como una experiencia inicial. Se evaluará

a todo el conjunto de pacientes atendidos desde el 2015 como primera consulta utilizando la escala Ohio, para padres y para pacientes y padres entre 12 y 18 años. Evaluar los factores relacionados con la continuidad en el tratamiento, por la gravedad inicial, las características sociodemográficas, etc

Objetivos

General

Evaluar la satisfacción de los usuarios de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente (CSMNA)

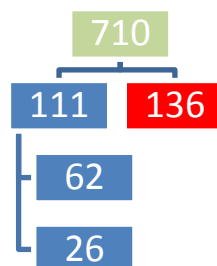
Específicos

- Valorar las principales causas de abandono terapéutico en el niño y el adolescente
- Evaluar los factores relacionados con la continuidad en el tratamiento, por la gravedad inicial, las características sociodemográficas, etc
- Factores asociados a la satisfacción de los usuarios

Población y metodología

Población y muestra

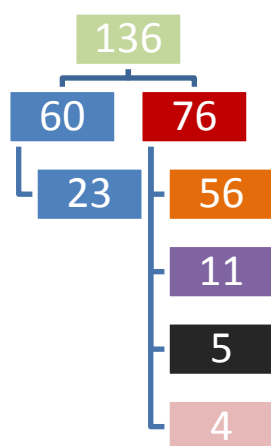
La población total N= 710 corresponde a Niños y Adolescentes registrados en una consulta de Psiquiatría Infantil del Área Oeste de Valladolid. En el Centro han sido atendidos en ese periodo 1845 lo que supone un 38,5% de los remitidos al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.



La elección de los encuestados en el grupo del seguimiento es aleatoria, coincidiendo con los periodos en los que dichos paciente tenían consulta durante el tiempo en el que se procedió al pase de cuestionarios. En el caso del grupo de no seguimiento, se procedió a llamar por orden numérico acorde al número de historia clínica hasta fin de muestra total. Corresponden 62 pacientes, los cuales se dividen en 62 padres/madres/tutor/a y 26 adolescentes, mayores de 12 años.

De la muestra hay un grupo de pacientes que ha interrumpido el seguimiento, eso ha supuesto en N=136, con los que se ha mantenido contacto telefónico, recogiéndose los datos desde junio del 2015 hasta 15 de marzo de 2018.

Los que interrumpen el seguimiento (N=136) suponen un 19,2% de los que acuden a consulta



N=60 (un 44,11% de la muestra total inicial) accedieron tras la llamada a realizar el cuestionario, de los cuales finalmente sólo lo realizaron un total de 23 cuestionarios (un 16,91% de la muestra total inicial).

Dado que son cuestionarios respondido por padre/madre/tutora y en los mayores de 12 años también por el hijo/a realmente el porcentaje de participación total podría no ser exacto.

No participan N=76 restantes (un 55,88% de la muestra inicial) no participaron tras la realización de la llamada telefónica. Los otros casos: por error en dirección de correo electrónico N= 11 (un 14,47%); negativa a participar N=5 (en negro; un 6,57%) y otras razones (padres divorciados, no tener una dirección de correo

electrónico, no disponibilidad telefónica, etc) en N= 4 (un 5,26%). En un total de N=56 (73,68%) no tuvieron contacto por vía telefónica.

La muestra total en la que se recoge la información de Satisfacción sería por lo tanto de N=111 (88 con seguimiento+23 sin seguimiento)

Para el análisis posterior de grupos de satisfecho y no satisfecho, se recogió una muestra total de N=71, que resulta de restar N=111 que es la muestra total inicial, aquellos niño/as que contestan por duplicado por los padres y aquellos de los que no hay registro de historia clínica.

Cuestionario

Cuestionarios de satisfacción

El objetivo del estudio será el paso de un cuestionario de satisfacción a usuarios que acuden a consulta en seguimiento y a aquellos que han interrumpido el seguimiento.

Se valoraron diferentes alternativas de herramientas. Una de las opciones más utilizadas es la escala "Attride-Stirling (2003). Adaptación: Bunge, E." (2012) que es más completa y amplia, pero se seleccionó la Escala Ohio ya que ésta eliminaba el sesgo de interpretación de las preguntas escritas, siendo únicamente ítems valorables con puntuación numérica.

Hay sistemas automáticos de recogida de datos como los sistemas IVR (Repuesta de Voz Interactiva) telefónicos, pero por carencia de medios se desestimó.

Escala Ohio

Se utilizará como cuestionario la Escala Ohio (Ohio Scale) que es un cuestionario dividido en 4 partes.

La primera parte consta de 20 ítems (explicados como PA y A en el análisis de resultados) en los que se valoran una serie de problemas que abarcan desde conductas desajustadas, pensamientos o sentimientos negativos, del sueño o alimentación que presenta el niño en un lapso de 30 días. Este apartado consta

con una puntuación de 0 (Nunca) a 5 (todo el tiempo). El valor máximo de esta parte es de 100, siendo mayor cuantos más problemas presenta.

La segunda parte consta de 4 preguntas (representados como PB y B) para evaluar el grado de satisfacción en la relación con el hijo y sus problemas, el estrés personal y el optimismo por el futuro de este. Cada opción puntúa de 1 a 6 y el valor máximo de este apartado es de 24, a mayor puntuación mayor pesimismo general.

La tercera parte consta de 4 preguntas (representados como PC y C) para evaluar con el grado de satisfacción con los servicios de salud mental, la inclusión tanto del niño y adolescente como del padre/madre en el tratamiento. Al igual que la anterior, la puntuación es de 1 a 6 y la máxima es de 24 siendo a mayor valor mayor descontento con el tratamiento.

La última parte consta de 20 ítems (PD y D) en referencia a problemas que pueden afectar a las actividades de la vida diaria como en relaciones, hábitos, emociones, autonomía y responsabilidades. Los ítems tienen un valor de 0 ("problemas externos) a 5 (me va muy bien). La puntuación máxima de este apartado es de 100 y a mayor valor, menos problemas en la vida diaria.

Solicitudes y aspectos éticos

Se realiza una hoja de información y de consentimiento informado para los participantes en el estudio.

En menores de 12 como la recogida de datos es directamente a los padres y/o tutores no es preciso la recogida de autorización, sin embargo, en los de 12 o más años, es preciso la autorización por ambas partes, tanto del hijo/a como los de los padres/tutores.

A lo largo del estudio no se han planteado cuestiones éticas importantes. Hay datos del cuestionario perdidos por la no lectura de la cara posterior del cuestionario que presentaba dos caras, una por delante y otra por detrás.

En el caso de los pacientes sin seguimiento, un cuestionario carece de consentimiento, pero sí de respuestas, con lo que se incluye finalmente dentro del espacio muestra ya que se considera que al rellenar el cuestionario lleva implícito un consentimiento.

Además, el estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid).

Proceso

La elección de los encuestados en el grupo del seguimiento es aleatoria, coincidiendo con los periodos en los que dichos paciente tenían consulta durante el tiempo en el que se procedió al pase de cuestionarios. En el caso del grupo de no seguimiento, se procedió a llamar por orden numérico acorde al número de historia clínica hasta fin de muestra total.

El procedimiento de entregas y pase de cuestionarios es sencillo. En el caso del grupo del seguimiento se entregará en la misma consulta. Asimismo, en el grupo del abandono, tras ponerse en contacto, se solicita una dirección de correo electrónico para el envío de enlace del formulario realizado en Google.

En el caso de los participantes que acuden a la consulta, el cuestionario Ohio se entregará posteriormente a la hoja de consentimiento informado su para lectura y comprensión. En el caso de los participantes por vía telefónica, el cuestionario incluirá una copia exacta de la hoja de información y consentimiento informado que deberán rellenar antes de proceder a la realización de este.

Durante todo el proceso del estudio, la recogida de datos se realiza sobre una base informatizada que posteriormente será analizada en función de las variables deseadas. Finalmente, se procederá al análisis de los resultados.

Por último, se va a realizar una comunicación al Congreso Nacional de AEPNYA con dichos datos.

Análisis de resultados

Se procede primero a la realización de análisis estadísticos de la población de consulta total (N=710) con la muestra seleccionada final (N=136). Esta última no presenta diferencias significativas de las variables analizadas, esto es sexo, características del niño, antecedentes personales del desarrollo significativos, problemática escolar significativa, antecedentes médicos, antecedentes

familiares. Tampoco se observan diferencias en cuanto a la gravedad al inicio de la evaluación por EEAG, ni en cuanto a edad.

Comparativa grupo satisfechos vs insatisfechos

Después, se analiza el grado de satisfacción de la muestra elegida (N=111) mediante la valoración del ítem Ctotal del cuestionario Ohio. Así, clasificamos la muestra en función de si son “satisfechos” cuando $C_{total} \leq 12$ puntos, e “insatisfecho” cuando $C_{total} > 12$ puntos, estableciendo este valor como punto medio en el baremo total de ese apartado, tras no encontrar resultados bibliográficos en función de dicha clasificación. Los resultados fueron un total de N=90 (81,08% de la muestra elegida) como satisfechos, y un N= 21 (un 18,91%) como insatisfechos.

Ahora el objetivo será si hay comparación entre las variables de antes en función de satisfechos o no satisfechos.

Como hay veces que los padres y los niños contestan, pero funcionan como un “único” paciente, se reduce el tamaño muestral final, que resulta del proceso de descontar los cuestionarios de los niños con seguimiento y aquellos que por vía telefónica no han conseguido identificación. La muestra final es de N=71.

Los resultados mostraron que no hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, características del niño, problemática escolar significativa, antecedentes personales, antecedentes familiares y en gravedad al inicio de la evaluación por EEAG. Sin embargo, se encuentra significación para la variable antecedentes personales del desarrollo significativos ($p= 0,021$) que muestran que estos niños son más satisfechos con el tratamiento (un total de N=58 se muestran satisfechos y N=13 insatisfechos.)

Comparativa grupo seguimiento o interrumpen

Se procede a analizar ahora los resultados de las variables correspondientes a los cuestionarios. Para ello, se divide la muestra entre los grupos de padres/madres/tutore/as y niño/as. Los resultados de las variables cualitativas para grupo de seguimiento y no seguimiento (demográficas y clínicas de la muestra) se muestran en la Tabla 1.

El grupo que interrumpe el seguimiento no se diferencia de manera significativa con el grupo que mantiene seguimiento en ninguna de las variables analizadas. Se aprecia predominio de edad por debajo de 12 años en ambos grupos, aunque no significativamente. Asimismo, predomina el sexo masculino sin significación. Predominan las patologías externalizantes (como por ejemplo el TDHA) frente a las internalizantes (como por ejemplo depresión) sin diferencias significativas. Se observa una ligera tendencia a la toma de fármacos mayor que en las otras variables pero sin significación ($p=0,1$) en los pacientes con seguimiento frente a los que no.

Perspectiva de los padres/madres/tutores

Los resultados entre las comparaciones de los padres/madres/tutores se muestran en la Tabla 2.

Se aprecia diferencia significativa ($p=0,001$) entre la parte del cuestionario referente a los “problemas/síntomas”. Esta parte corresponde a serie de actos que ha realizado el niño en los últimos 30 días. Este dato es mayor en padres con seguimiento al grupo de no seguimiento, lo que sugiere la conexión que existe entre ir a tratamiento porque los padres “ven” más sintomáticos a sus hijos que los que han abandonado el tratamiento. También, se aprecia diferencia significativa ($p=0,002$) en la parte referente al grado de satisfacción con el tratamiento, mostrando menos los pacientes con no seguimiento a los con seguimiento. Esto explica una de las razones de dicho abandono, el posible descontento con el tratamiento. En cuanto a los demás valores del cuestionario no hay diferencias significativas.

Se realiza ahora el mismo proceso con las respuestas de los niño/as, cuyos resultados se muestran en la Tabla 3.

Únicamente se observa una diferencia significativa ($p=0,048$) en la variable del cuestionario “Grado de satisfacción con el tratamiento”, al igual que en el caso anterior. Posiblemente, asociado a la misma razón que en el caso de los padres.

Sí que hay diferencia (aunque no significativa $p=0,089$) la diferencia entre la suma total de “Limitaciones de la vida diaria” entre el grupo no seguimiento y el seguimiento (49 frente a 22,45). Esto es así en las 2 variables restantes.

Finalmente, se analizaron los ítems del cuestionario cada uno por separado comparados entre seguimiento y no seguimiento.

Se comentan primero los resultados de los padres/madres/tutore/as.

En la primera parte del cuestionario, correspondiente a “problemas y síntomas” se observaron diferencias significativas en el ítem 1, 3, 4 y TOTAL.

En el ítem 1 que corresponde a “Discute con los demás” se aprecia más valor para el grupo del seguimiento ($1,98 \pm 1,23$) que el no seguimiento ($1,056 \pm 0,8$). Lo mismo pasa con el ítem 3 “Vocifera, insulta o grita a los demás, dice malas palabras” ($0,61 \pm 1,07$ frente a $0,66 \pm 0,84$) y el ítem 4 “Tiene ataques de ira” ($1,35 \pm 1,38$ frente a $0,47 \pm 0,61$). Con esto podemos concluir que los padres que siguen en seguimiento aprecian que sus hijos discuten, vociferan o insultan, tienen a ataques de ira y más problemas en general que los hijos de los padres que han abandonado el seguimiento.

En la segunda parte del cuestionario, correspondiente a “satisfacción general”, sólo se obtuvieron diferencias significativas ($p= 0,028$) en la pregunta número 4 “¿Cuán optimista se siente ahora con respecto al futuro de su hijo”? Los padres con seguimiento obtuvieron una puntuación media de $3,27 \pm 1,29$ frente al no seguimiento ($2,4 \pm 1,34$), pudiendo afirmar que los padres con seguimiento son más pesimistas con el futuro de su hijo que los padres que abandonan, posiblemente por la mayor patología y/o síntomas presentes en este grupo.

La tercera parte del cuestionario referente al grado de satisfacción en el tratamiento, se observaron diferencias significativas en los cuatro ítems más el referente al total ($p= 0,017-0,034-0,006-0,017$ y $0,002$ respectivamente), con más puntuación en el grupo del no seguimiento, lo que nos afirma un mayor descontento en aquellos padres o madres que abandonan a los que no, posiblemente relacionado con el mismo abandono.

En cuanto a la cuarta parte del cuestionario (“Limitaciones de la vida diaria”) el único ítem en el que se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,044$) fue en el 7 (“Controla las emociones y evita problemas”). Dichos resultados fueron mayores en el grupo de abandono, significando una mayor predisposición visto desde los padres de este grupo a que su hijo/a tenga este problema frente a los que se encuentran en seguimiento.

Perspectiva de los adolescentes

Una vez analizados los resultados de los padres, se analizan ahora los resultados para los adolescentes con seguimiento frente a los que no.

En este caso, sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (p valor= 0,031) en el ítem C posiblemente por la pequeña muestra del grupo de no seguimiento (4). Este caso se corresponde con el ítem Ctotal, perteneciente a la variable "Grado de satisfacción con el tratamiento". Podemos afirmar por lo tanto que los niño/as que no están en seguimiento ($10 \pm 8,16$) presentan más valor que los que están en seguimiento ($3,18 \pm 4,32$), sugiriendo un mayor descontento con el tratamiento los primeros frente a estos últimos. Cabe destacar que esta variable (grado de satisfacción con el tratamiento total) es la única que se repite tanto en padres como en niño/as.

Tabla 1. Variables demográficas y clínicas de la muestra.

	Pacientes con seguimiento (n = 62)	Pacientes sin seguimiento (n = 19)	P
Edad (años)	11,6 \pm 2,9	*	
- Mayores de 12 años	29 (46,7%)	7 (36,8%)	0,446
- Menores de 12 años	33 (53,2%)	12 (63,1%)	
Sexo femenino (%)	22 (35,4%)	6 (46,1%)	0,470
Gravedad de la patología (CIE-100)	53,1 \pm 10,0	54,2 \pm 6,0	
- Sano (>60 puntos) (%)	9 (15%)	1 (8,3%)	0,352
- Leve-moderado (50-60 puntos) (%)	33 (55%)	9 (75%)	
- Grave (<50 puntos) (%)	18 (30%)	2 (16,6%)	
Tipo de patología			
- Sin diagnóstico	13 (20,9%)	2 (15,3%)	0,534
- Internalizante	11 (17,7%)	1 (7,6%)	
- Externalizante	38 (61,2%)	10 (76,9%)	
Toma de psicofármacos (%)	21 (39,6%)	2 (15,3%)	0,100

Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación típica. Las variables cualitativas se expresan como número (%). Existen pérdidas en algunas variables derivadas de la ausencia de respuesta. En los pacientes sin seguimiento no disponemos de la fecha de nacimiento para calcular la edad exacta.

Tabla 2. Puntuación en los cuestionarios completados por los progenitores de pacientes con y sin seguimiento.

	Padres de pacientes con seguimiento (n = 62)	Padres de pacientes sin seguimiento (n = 19)	P
Problemas / síntomas	20,93 \pm 13,29	11,68 \pm 10,68	0,001
Satisfacción general	10,6 \pm 4,69	9,94 \pm 3,35	0,471
Satisfacción con el tratamiento	8,21 \pm 4,82	13,05 \pm 5,59	0,002
Limitaciones de la vida diaria	41,71 \pm 18,22	43,42 \pm 18,03	0,874

Las variables se muestran como media \pm desviación típica.

Tabla 3. Puntuación en los cuestionarios completados por los pacientes con y sin seguimiento.

	Pacientes con seguimiento (n = 26)	Pacientes sin seguimiento (n = 4)	P
Problemas / síntomas	9,25 ± 13,95	18 ± 26,01	0,285
Satisfacción general	4,28 ± 5,63	8,5 ± 2,08	0,113
Satisfacción con el tratamiento	3,18 ± 4,32	10 ± 8,16	0,048
Limitaciones de la vida diaria	22,45 ± 27,52	49 ± 15,85	0,089

Las variables se muestran como media ± desviación típica.

Discusión

Los principales resultados de este estudio han sido:

- Se encuentra un 19,2% de pacientes que han abandonado el tratamiento en relación con la muestra total. Aunque es un dato alto, la retención es mayor de la presente en otros estudios. En (1) de un 30% y 75% de los niños y adolescentes con necesidades de salud abandonan prematuramente los servicios de psicoterapia. En otro artículo (2) se habla de un 50% de caídas.
- No se observan diferencias estadísticamente en variables sociodemográficas comparando la muestra seleccionada de seguimiento con la población total de Niños y Adolescentes registrados en una consulta de Psiquiatría Infantil del Área Oeste de Valladolid.
- Se observa dentro de la muestra de estudio un nivel de satisfacción alto en la mayoría con el tratamiento frente a un grupo menor insatisfecho, en función del cuestionario Ohio.
- No se observan diferencias estadísticamente significativas excepto en antecedentes personales del desarrollo del niño en función de satisfacción con el tratamiento o no. No se observan diferencias significativas en relación con la edad, mientras como otros estudios como (3) y (4) demuestran que la satisfacción desciende con la edad. Otros como (5) demuestran que la satisfacción aumenta con la edad. Tampoco se observan diferencias significativas en cuanto al sexo como en (6) y (7). Estudios como (4) sí encontraron diferencias. En cuanto a la variables características del niño, problemática escolar significativa, antecedentes personales, antecedentes familiares. En relación a la gravedad al inicio de la evaluación por EEAG no se encontraron diferencias significativas, mientras que en estudios como (8) y (7) demuestran que la satisfacción baja en relación a la gravedad de la patología (aunque no relacionado con la evaluación EEAG) mientras que otros como (9) y (4) no encontraron diferencias significativas.
- No hay diferencias significativas entre padres y sus hijos que acuden a revisión frente a aquellos que han abandonado el seguimiento en cuanto

a edad, sexo, gravedad de la patología que presentan según la clasificación CIE-100, el tipo de patología que presentan (si es internalizante o externalizante), y si han tomado fármacos durante el tratamiento. Los resultados en (10) muestran que las variables sociodemográficas no tienen demasiada influencia como indicadores de la calidad del tratamiento y satisfacción como se muestra también en (3) y (7).

- No obstante, se observa una gran diferencia en relación con la toma de fármacos en aquellos que acuden a la consulta (39,6%) frente a los que no (15,3) aunque esta diferencia no sea significativa. En (11) se aprecia que el tipo de tratamiento previo está asociado con abandono terapéutico.
- Se observan diferencias estadísticamente significativas en padres/madres/tutores/as en seguimiento frente al grupo de abandono en cuanto a la percepción de problemas de su hijo y el grado de satisfacción con el tratamiento. Los padres que acuden a consulta ven más problemas en sus hijos, por ello probablemente continúan con el tratamiento, y están más satisfechos con este último que los que han abandonado.
- Se observa un mayor descontento aunque no significativo entre padres frente a hijos. Otros estudios según (12) encontraron (8) y (6) que los padres son más satisfechos que los hijos/as.
- No se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de niño/as que han realizado el cuestionario. Sí se observan en la satisfacción del tratamiento, en el que es mayor en los niños/as con seguimiento frente a los que han abandonado.
- Los padres tienden a puntuar y a ver más problemas sobre sus hijos en general en todo el cuestionario que ellos mismos, aunque sin resultados estadísticamente significativos.
- El grado de satisfacción con el tratamiento constituye una variable importante a la hora de decidir sobre la continuidad y seguimiento en el tratamiento, ya que está presente en la toma de decisiones tanto en padres como en niños.
- En (2) se concluyen que hay numerosas variables a analizar y asociar en relación con el abandono terapéutico y que es necesario una mayor

investigación en este campo para tratar de analizar qué factores influyen en el abandono terapéutico.

Limitaciones

La mayor limitación del presente estudio es la muestra y la participación. Como se ha visto, la muestra final de los no seguimiento (N=23) en comparación con la población elegida al azar (N=136) es del 16,91%. Además, sólo se recogen N=4 datos de participantes mayores de 12 años en el grupo de no seguimiento (un 2,9% sobre N=136).

Además la participación, al no ser anónima, puede condicionar la respuesta por la deseabilidad social.

Conclusiones

El abandono del tratamiento es un problema frecuente en la asistencia psiquiátrica Infanto-juvenil. En el abandono puede haber muchos factores relacionados como edad, sexo, patología, medicación, pero que en nuestro estudio no presentan diferencias significativas.

El grado de satisfacción con el tratamiento es la variable determinante para el seguimiento, y por tanto, refuerza el interés en su evaluación. Y si dicha evaluación se realiza previamente puede disminuir la tasa de abandonos. Aun así, podemos deducir que se pueden analizar muchísimas variables y que el campo de investigación en este ámbito sigue todavía abierto.

La variable más determinante en la satisfacción es el contacto médico paciente, aspecto que en la medicina está perdiendo importancia por la tecnificación de la misma. El poder realizar este trabajo ha servido para conocer la perspectiva del paciente y la familia, especialmente en los casos que presentan una falta confianza con el médico. En la psiquiatría infanto-juvenil el paciente es el niño y adolescente, pero también toda la familia, por lo que complejiza los análisis. Las resistencias al cambio, las dificultades en el abordaje de los problemas, las dificultades en la comunicación, etc son determinantes para su atención. Aspectos que este tipo de investigación ayudan a comprender y a atender.

Bibliografía

1. Pellerin KA, Costa NM, Weems CF, Dalton RF. An Examination of Treatment Completers and Non-Completers at a Child and Adolescent Community Mental Health Clinic. *Community Ment Health J.* 2010 Jun;46(3):273–81.
2. Johnson E, Mellor D, Brann P. Factors Associated with Dropout and Diagnosis in Child and Adolescent Mental Health Services. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009 May;43(5):431–7.
3. Stüntzner-Gibson D, Koren PE, DeChillo N. The Youth Satisfaction Questionnaire: What kids think of services. *Fam Soc.* 1995;76(10):616–24.
4. Shapiro JP, Welker CJ, Jacobson BJ. The youth client satisfaction questionnaire: Development, construct validation, and factor structure. *J Clin Child Psychol.* 1997 Mar;26(1):87–98.
5. Turchik JA, Karpenko V, Ogles BM, Demireva P, Probst DR. Parent and Adolescent Satisfaction with Mental Health Services: Does it Relate to Youth Diagnosis, Age, Gender, or Treatment Outcome? *Community Ment Health J.* 2010 Jun;46(3):282–8.
6. Copeland VC, Koeske G, Greeno CG. Child and Mother Client Satisfaction Questionnaire Scores Regarding Mental Health Services: Race, Age, and Gender Correlates. *Res Soc Work Pract.* 2004 Nov 1;14(6):434–42.
7. Garland AF, Haine RA, Boxmeyer CL. Determinates of Youth and Parent Satisfaction in Usual Care Psychotherapy. *Eval Program Plann.* 2007 Feb;30(1):45–54.
8. Godley SH, Fiedler EM, Funk RR. Consumer satisfaction of parents and their children with child/adolescent mental health services. *Eval Program Plann.* 1998;21(1):31–45.
9. Rosen LD, Heckman T, Carro MG, Burchard JD. Satisfaction, involvement, and unconditional care: The perceptions of children and adolescents receiving wraparound services. *J Child Fam Stud.* 1994 Mar 1;3(1):55–67.
10. Kapp C, Perlini T, Jeanneret T, Stéphan P, Rojas-Urrego A, Macias M, et al. Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Oct;26(10):1269–77.
11. Novick J, Benson R, Rembar J. Patterns of Termination in an Outpatient Clinic for Children and Adolescents: Agreed Termination and Nonagreed Termination. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1981 Sep 1;20(4):834–44.

12. Biering P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010 Feb;17(1):65–72.