

Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México

Martín Salvador Silberman^{1*}, Laura Moreno-Altamirano², Dewi Hernández-Montoya³, Adrián Martínez-González⁴ y Héctor Ochoa Díaz-López⁵

¹Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina; ²Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., México; ³Departamento de Investigaciones en Epidemiología, Instituto Nacional de Pediatría, Departamento de Salud Pública, FM-UNAM, México, D.F., México; ⁴Departamento de Evaluación Educativa, FM-UNAM, México, D.F., México; ⁵Departamento de Sociedad, Cultura y Salud, Colegio de la Frontera Sur, México

Resumen

Objetivo: Construir un instrumento para evaluar la satisfacción de los pacientes usuarios de los servicios del primer nivel de atención médica de la Ciudad de México, adaptado a las características socioculturales de la población de los centros de salud de la SS del Distrito Federal, y examinar su fiabilidad y validez. **Métodos:** Los reactivos del instrumento se diseñaron mediante redes semánticas naturales (RSN). Las dimensiones utilizadas se determinaron a partir de la literatura. Participaron adultos con diabetes tipo 2 de ocho centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA), 70 en las redes y 230 para su validación posterior. Se determinó la inteligibilidad mediante la realización de un piloto, luego se evaluó la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio y se determinó su consistencia interna mediante el cálculo de α de Cronbach. **Resultados:** El cuestionario está compuesto por seis factores con una escala tipo Likert. Su consistencia muestra un α de 0.94. La estructura factorial incluye 29 reactivos que se correlacionan con las seis dimensiones con cargas factoriales > 0.581 que explican el 66.8% de la varianza total. **Discusión:** El cuestionario sobre satisfacción incorpora características socioculturales de la población objetivo, presenta un nivel adecuado de validez y confiabilidad, y es rápido y sencillo de aplicar.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción del paciente. Estudios de validación. Atención primaria de la salud.

Abstract

Objective: To develop an instrument to assess the satisfaction of patients using health services at the first care level of the city of Mexico (SSA), adapted to the socio-cultural characteristics of the population, and to examine its reliability and validity. **Methods:** The instrument reagents were designed using the natural semantic networks technique. The dimensions used have been determined from the literature. Participants included 230 adults with type 2 diabetes attending eight SSA health centers. Subsequently, intelligibility was determined by conducting a pilot, then the construct validity of the instrument by means of exploratory factor analysis was evaluated and its internal consistency was determined by calculating Cronbach's alpha. **Results:** The questionnaire is composed of six factors with a Likert-type scale. Its consistency showed a Cronbach's alpha of 0.94.

Correspondencia:

*Martín Salvador Silberman
Instituto de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional Arturo Jauretche
Av. Calchaquí, 6200
C.P. 1888, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
E-mail: silbermanmartin@gmail.com

Fecha de recepción: 02-11-2014
Fecha de aceptación: 22-01-2015

The factor structure included 29 reagents that correlated with the six dimensions with factorial loads > 0.581 that explained 66.8% of the total variance. Conclusions: The patient satisfaction questionnaire incorporates the sociocultural characteristics of the target population and has an adequate level of validity and reliability and is quick and easy in application. (Gac Med Mex. 2016;152:43-50)

Corresponding author: *Martín Salvador Silberman, silbermanmartin@gmail.com*

KEY WORDS: *Patient satisfaction. Validation studies. Primary health care.*

Introducción

Los postulados de la atención primaria de la salud demandan a los sistemas de salud que coloquen a los individuos en el centro de la atención sanitaria¹⁻³. De esta manera, lo que las personas consideran formas deseables de enfrentar sus enfermedades constituyen parámetros importantes para orientar al sector de la salud. Para lograr ese propósito, es necesario establecer compromisos que tomen en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos sobre la salud y la atención sanitaria, para así promover que su opinión sea tomada en cuenta en la planificación y funcionamiento de los servicios de salud³.

Para mejorar tanto la organización del sistema de salud como las estrategias de su evaluación deben conocerse las opiniones y expectativas de las personas sobre su satisfacción con los servicios de salud⁴. Se ha postulado que la satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida es primordial, ya que puede expresar indirectamente los resultados de la calidad de la atención de los servicios⁵, sobre todo los que se proveen en el primer nivel de atención, ya que el mal funcionamiento de éste repercute directamente en la calidad de los otros niveles de atención^{6,7}.

La satisfacción de los usuarios de un servicio de salud se puede definir conceptualmente como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud las personas que lo utilizan⁸. Dichos juicios son el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido («desconfirmación de expectativas»)⁹. Según esta conceptualización, la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurre, mientras que se producirá insatisfacción cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de dichas expectativas¹⁰.

Por lo tanto, la satisfacción es un concepto multidimensional directamente relacionado con el componente cognitivo de las personas y su relación con el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas

o profesionales). Dicho concepto puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas que se expresan a través de esquemas culturales, es decir, se socializan en el interior de un grupo generando representaciones sociales¹¹.

Se han publicado numerosos instrumentos validados diseñados para medir la satisfacción de los pacientes, pero la gran mayoría se han realizado para otros países y grupos de personas usuarias de los servicios de salud de lugares y culturas distintos¹²⁻¹⁵. Existen otros trabajos publicados sobre población mexicana usuaria de servicios de salud, pero no hacen público el instrumento utilizado¹⁶ o bien estudian a pacientes en el marco de la seguridad social¹⁷ o a pacientes hospitalizados^{18,19}. Es sabido que las expectativas de las personas difieren según los contextos socioculturales y el tipo de servicio que se esté evaluando; por ello es necesario generar instrumentos validados para poblaciones singulares, de acuerdo a las necesidades locales²⁰.

El propósito del presente trabajo es presentar el proceso de construcción de un instrumento que evalúa la satisfacción de los pacientes con los servicios de atención recibidos en el primer nivel de la SSA, adaptado a las características socioculturales de los individuos usuarios de la Ciudad de México, y analizar su fiabilidad y validez. Se plantea analizar la atención en adultos con diabetes tipo 2, abordando esta enfermedad desde la perspectiva de las enfermedades trazadoras²¹. La enfermedad trazadora permite que, a través de un problema de salud (trazador), se identifiquen los atributos de los servicios y sistemas de salud, y de esta manera se obtiene evidencia del funcionamiento de toda la organización que se está evaluando; el instrumento luego podrá ser utilizado en otras enfermedades²².

Material y métodos

Es un tipo de estudio mixto: cualitativo, mediante el uso de RSN, y cuantitativo, con el diseño de un instrumento a través del análisis factorial exploratorio. La

técnica de las RSN se emplea para el estudio del significado de la información contenida en la memoria de un sujeto sobre los conceptos, creencias, normas morales y mitos que conforman su cultura²³. Ello se consigue a través de asociaciones que se construyen a partir de conexiones entre los conceptos, cuyo significado es organizado por los individuos según aspectos importantes de su vida social, cultural y personal²³. De esta manera, se considera que el instrumento ha sido construido a partir de los significados propios de la población de interés.

Construcción del instrumento preliminar: RSN

El estudio se llevó a cabo en centros de salud de primer nivel, dependientes de la SSA del Distrito Federal, de dos jurisdicciones sanitarias de las 16 que conformaban el total de la ciudad durante el año 2011. Estas dos jurisdicciones fueron seleccionadas por conveniencia y en virtud de que sus características socio-demográficas representaban a los individuos que acudían a los centros de salud de la Ciudad de México.

Muestra

Se utilizó el tamaño de muestra recomendado del 10% de la población objetivo²⁴, por lo que de los 657 pacientes con diabetes que asistieron en una semana a los centros de salud seleccionados se invitó a participar a 70, que fueron elegidos de forma aleatoria simple y de acuerdo a los criterios de selección (tener por lo menos un año de tratamiento continuo en el centro de salud, ser de cualquier sexo y mayores de 40 años).

Procedimiento

Se revisaron diversos trabajos publicados en los que se habían identificado los componentes principales o dimensiones que conforman una atención satisfactoria desde la perspectiva de los pacientes^{10,13,15,25}. A partir del análisis de estos trabajos, se eligieron siete dimensiones que permitieron llevar a cabo el proceso de RSN, y así elaborar las preguntas del cuestionario que, según las personas con diabetes tipo 2 usuarias de los centros de salud, componían los estándares de una atención satisfactoria²⁶.

Las dimensiones seleccionadas fueron las siguientes: tratamiento médico recibido; características de las instalaciones; actitud del médico; elementos necesarios

para la atención de su enfermedad; características de las consultas recibidas; explicaciones recibidas acerca de su padecimiento, y dificultades para obtener atención.

Se solicitó a los participantes que generaran una lista de palabras (entre 5 y 10 sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios) que definieran cada una de las dimensiones de la satisfacción. Posteriormente, se les pidió que ordenaran jerárquicamente cada palabra mencionada según el grado de importancia que representara para ellos, de manera que la palabra número 1 fuera la más importante y se le asignara el valor ponderado (VP) más alto (VP: 5); la número 2, la segunda más importante (VP: 4); luego, la 3 (VP: 3), y así sucesivamente. De esta manera, cada una de las respuestas de los pacientes participantes se convirtió en una definidora y adquirió valor de acuerdo a la suma de los VP. Si una definidora era repetida por dos o más personas, se sumaban los VP dados por todos.

Por ejemplo, en la dimensión «Trato interpersonal del médico» (Tabla 1), una de las palabras seleccionadas por los pacientes fue *amabilidad*, definidora que fue repetida por 19 personas, siete de las cuales la ubicaron en primer lugar de importancia (se ponderó cada una con 5 puntos = 35); seis, en segundo lugar (se ponderó con 4 = 24); tres, en tercer lugar (se ponderó con 3 = 9); dos, en cuarto lugar (se ponderó con 2 = 4), y una, en último lugar (sumó un punto más); en total, la definidora *amabilidad* obtuvo un total de 73 puntos, lo que la situó en primer lugar en la dimensión evaluada.

La dimensión 1 quedó representada por 10 definidoras, que se transformaron en 10 reactivos a incluir en el cuestionario a validar. Las definidoras se presentan en la tabla 2. Como se puede observar, no todas las dimensiones alcanzaron a tener 10 definidoras, porque los sujetos no mencionaron definidoras diferentes con valores considerables.

Validez y fiabilidad

Una vez diseñado el instrumento preliminar mediante las RSN, se procedió a la evaluación de su validez y fiabilidad en sujetos semejantes a la población objetivo.

En primer lugar, se realizó un piloto a 30 personas seleccionadas al azar de un centro de salud con el objetivo de evaluar la inteligibilidad.

Respecto a la muestra, el cuestionario preliminar resultado de la técnica de RSN se aplicó a 230 personas con diabetes seleccionadas de manera aleatoria

Tabla 1. Ejemplo del resultado de las RSN con una de las dimensiones/factores

Dimensión/factor 1: Trato interpersonal del médico							
Definidoras	N.º orden	1	2	3	4	5	Totales
	Ponderación	5	4	3	2	1	
Amabilidad	Frecuencia	7	6	3	2	1	73
	Ponderación	35	24	9	4	1	73
Saludo	Frecuencia	2	4	2	1	2	36
	Ponderación	10	16	6	2	2	
Conocimientos	Frecuencia	4	3	1			35
	Ponderación	20	12	3			
Tiempo dedicado	Frecuencia	3	2		1	1	26
	Ponderación	15	8		2	1	
Calidez	Frecuencia	2	3				22
	Ponderación	10	12				
Escucha atenta	Frecuencia			5	3		21
	Ponderación			15	6		
Buena explicación	Frecuencia		2	3	1		19
	Ponderación		8	9	2		
Buen humor	Frecuencia			4	2		16
	Ponderación			12	4		
Buen trato	Frecuencia	1	1	1	1	1	15
	Ponderación	5	4	3	2	1	
Actitud ética	Frecuencia	2		1			13
	Ponderación	10		3			

entre los usuarios de ocho centros de salud del primer nivel del Distrito Federal pertenecientes a dos jurisdicciones sanitarias. Hubo 162 mujeres (70.4%) y 68 hombres (29.6%), con una media de edad de 56.25 años (± 12.088) (rango: 33-87 años). El tamaño muestral se determinó por el acuerdo generalizado de incluir cinco sujetos por ítem²⁷.

Se valoró la validez de constructo del instrumento por medio del análisis factorial exploratorio. Para ello se calcularon las matrices factoriales con el método de extracción de componentes principales y la rotación ortogonal por el método Varimax. Se determinó su consistencia interna mediante el cálculo del α de Cronbach. Al utilizar el análisis factorial, las dimensiones se denominan factores, por lo que, a los efectos del presente trabajo, en adelante se presentan como dimensiones/factores.

Resultados

En relación con las RSN, para las siete dimensiones/factores se tomaron las palabras que mayor puntaje

obtuvieron, que se transformaron en definidoras para dicha dimensión/factor. Después, cada definidora se convirtió en un reactivo del instrumento. Así, se obtuvieron siete dimensiones/factores sobre satisfacción con 46 definidoras que se constituyeron en 46 reactivos (Tabla 2).

La realización del piloto hizo posible la modificación de la redacción de seis reactivos asegurando la inteligibilidad.

Después, en relación con la evaluación de la validez y fiabilidad, la aplicación del análisis factorial exploratorio permitió eliminar una de las dimensiones/factores, la número 5 («Características de las consultas recibidas»), ya que las cargas factoriales mayores de sus reactivos atribuían otros elementos que no se correspondían con la dimensión/factor de acuerdo a la teoría. Por otro lado, también se eliminaron algunos reactivos por falta de validez de constructo. Posteriormente, se decidió probar la versión final del instrumento validado para conocer su estructura factorial. El análisis tuvo como resultado el reacomodo de los reactivos originales, y fue posible la

Tabla 2. Resultado final de las RSN: dimensiones/factores con sus respectivas definidoras e ítems a incorporar al reactivo preliminar

		Dimensiones/factores						
		Tratamiento médico	Instalaciones	Médico	Elementos de atención	Características de la consulta	Explicación	Dificultades
Definidoras	Conocimientos		Consultorios	Amable	Organización	Buen diagnóstico	Tratamiento	Espera
	Mejoría clínica		Especialidades	Saludo	Privacidad	Trato personalizado	Origen/causas	Expediente
	Buen trato		Limpieza	Dedicación	Canalización		Cuidados	Transporte
	Buena atención		Equipamiento	Calidez	Accesibilidad		Consecuencias	Horarios
	Medicinas correctas		Sala de espera	Escucha	Personal capacitado		Medicinas	Falta médico
	Buena revisión		Laboratorio	Explicar	Estudios		La verdad	Citas
	Explicación		Baños	Buen humor			Alimentación	
			Farmacia	Actitud ética				
			Insumos básicos					
			Urgencias					

obtención de seis dimensiones/factores conformados por 29 reactivos finales que tuvieron autovalores (*eigenvalues*) mayores a 1. Los autovalores de los factores fueron de 4.656 a 2.073, y, en total, los seis factores explicaron el 66.39% de la varianza (Tabla 3). Todos los reactivos mostraron cargas factoriales mayores a 0.581.

La versión final del Cuestionario sobre Satisfacción de los Usuarios de Primer Nivel para Diabetes (CSU-1ND) es un instrumento autoaplicable que mide la satisfacción de los pacientes con diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención. Utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El instrumento mide seis dimensiones/factores sobre la satisfacción del usuario con el tratamiento médico recibido, las características de las instalaciones, la actitud del médico, los elementos necesarios para la atención de la enfermedad, las explicaciones recibidas y las dificultades para obtener atención. Las puntuaciones altas del instrumento se traducen en mayor satisfacción de los usuarios.

Respecto a la confiabilidad, se calculó el α de Cronbach, que obtuvo una consistencia interna con un valor de 0.94. El instrumento final se muestra en la tabla 4.

Discusión

Con este trabajo se logró construir un cuestionario aceptablemente breve, conformado por 29 reactivos para seis dimensiones/factores, que permite evaluar la satisfacción de los pacientes adultos que acuden a consulta a servicios de primer nivel de atención del Distrito Federal. Dicho número de reactivos resulta óptimo, ya que el instrumento se resuelve en menos de 22 min y, al contar con la posibilidad de ser autoadministrado, se evitan los sesgos de los encuestados. La confiabilidad de un instrumento de medición es un aspecto importante de su diseño. Se considera que el instrumento presentado en este trabajo se diseñó cumpliendo con ese criterio, dado que se obtuvo un coeficiente α de Cronbach de 0.94; en la literatura existen publicaciones que reportan un coeficiente α de 0.80-0.96^{13,15,28}, por lo que puede considerarse que el presente cuestionario tiene un nivel adecuado de confiabilidad.

De los 29 reactivos, 16 evalúan la relación con el profesional médico (55.17%), mientras que las instalaciones se evalúan en los restantes 13 reactivos (44.83%). Por ello, se puede concluir que el cuestionario señala que el factor de mayor relevancia es la preocupación de las personas con el trato que reciben

Tabla 3. Matriz factorial de la versión definitiva del CSU-1ND

Reactivo	1	2	3	4	5	6
Conocimiento médico	0.780					
Mejoría clínica	0.757					
Buen trato	0.670					
Buena atención médica	0.625					
Explicación de la enfermedad	0.641					
Buena revisión clínica	0.613					
Especialistas suficientes		0.625				
Laboratorio		0.731				
Baños adecuados		0.637				
Farmacia surtida		0.785				
Insumos adecuados		0.704				
Amabilidad			0.749			
Saludo			0.768			
Dedicación de tiempo			0.793			
Calidez de trato			0.780			
Escucha atenta			0.772			
Explicación del médico			0.746			
Buena organización				0.635		
Privacidad				0.698		
Buena canalización (referencia)				0.676		
Explicación sobre el origen de la enfermedad					0.682	
Explicación de los cuidados					0.795	
Explicación de las consecuencias					0.775	
Explicación de los tratamientos con medicinas					0.689	
Área de expedientes						0.635
Difícil acceso en transporte público						0.581
Dificultad de horarios						0.686
Faltas de los médicos						0.677
Conseguir citas						0.640

por parte del profesional médico, por encima de la estructura de las instalaciones, los insumos y las dificultades para recibir la consulta.

Al comparar estos resultados con otros instrumentos validados, se observan importantes diferencias. Por ejemplo, el cuestionario PSQ3²⁹ y su versión resumida, el PSQ18²⁵, tienen un porcentaje de reactivos destinados

a evaluar los aspectos propios de la atención puertitas adentro de la consulta (trato e interacción con el profesional) del 45 y el 39%, respectivamente, muy por debajo del 55.2% del instrumento construido en el presente trabajo, mientras que otros instrumentos dan una importancia a la interacción entre el paciente y el médico similar al trabajo presentado³⁰⁻³².

Tabla 4. Instrumento final: cuestionario sobre la satisfacción de los usuarios del primer nivel de atención

Dimensiones	Definidoras	Ítems o reactivos	
Tratamiento médico	Conocimientos	1	Los médicos que me atendieron en este centro de salud tenían un gran conocimiento de cómo tratar mi enfermedad
	Mejoría clínica	2	Gracias al tratamiento que me dieron en el centro de salud, he tenido una mejoría notable en mi padecimiento
	Buen trato	3	Una de las cosas que valoro de este centro de salud es el buen trato recibido por todos los profesionales
	Buena atención	4	En cuanto a la atención recibida, considero que en general ha sido muy buena
	Buena revisión	5	En cuanto a la revisión clínica, siento que los médicos la han hecho de manera muy completa
	Explicación	6	Los médicos me explican claramente cada aspecto relacionado con mi padecimiento
Instalaciones	Especialidades	7	Este centro de salud cuenta con todas las especialidades médicas que requiero para atender mi enfermedad
	Laboratorio	8	El laboratorio del centro de salud tiene lo necesario para realizar las pruebas que requiere mi enfermedad
	Baños	9	En términos generales, los baños del centro de salud son suficientes para el uso de los pacientes
	Farmacia	10	La farmacia del centro de salud está surtida adecuadamente con las medicinas necesarias para tratar mi enfermedad
	Insumos básicos	11	El centro de salud cuenta con los suministros necesarios para atender mi problema de salud
Médico	Amable	12	Los médicos que me atienden se caracterizan por tener un trato amable hacia mi persona
	Saludo	13	Los médicos que me atienden, al llegar, me reciben siempre con un saludo cordial
	Dedicación	14	Los médicos que me han atendido en este centro de salud dedican el tiempo necesario a mi consulta
	Calidez	15	Los médicos que me han atendido en este centro de salud transmiten calidez en su manera de tratar
	Escucha	16	En la consulta con el médico, al plantearle mis problemas, me he sentido escuchado
	Explicue	17	En el momento de plantear mis inquietudes al médico que me atiende, éste me las ha explicado ampliamente
Elementos de atención	Organización	18	La buena organización caracteriza a este centro de salud
	Privacidad	19	Las características de los consultorios garantizan la privacidad en mi consulta y las de los demás
	Canalización	20	Cuando mi problema de salud lo requirió, el centro de salud resolvió mi canalización (hospital/especialistas)
Explicaciones	Origen	21	El médico me explicó claramente las causas de mi enfermedad
	Cuidados	22	En el centro de salud me han explicado cuáles son los cuidados que debo tener en el control de mi enfermedad
	Consecuencias	23	El médico me advirtió claramente de las posibles consecuencias que podía traer mi enfermedad
	Medicinas	24	Desde el primer momento me informaron con claridad de cómo tomar mis medicinas
Dificultades	Expediente	25	El área que se debería mejorar prioritariamente es la de los expedientes
	Distancia	26	La zona en la que está ubicado el centro de salud es de difícil acceso para mí por falta de transporte público
	Horarios	27	Los horarios en los que atiende este centro de salud me dificultan llegar a conseguir la atención de mi problema
	Falta médico	28	Un problema constante en este centro de salud son las ausencias de los médicos que atienden
	Citas	29	Un problema que debe resolver el centro es el sistema para conseguir cita

Este punto puede ser notable, ya que los instrumentos pueden estar subvalorando estos aspectos de la atención, lo que llevaría a reportar resultados elevados (80-90%) en las encuestas de satisfacción publicadas para población de usuarios de servicios de salud en México^{18,31,33-35}.

Bibliografía

- OMS. Alma Ata 1978. Atención Primaria de la Salud. 4.ª ed. Ginebra: OMS; 1984. p. 93. [Internet] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. [Renewing primary health care in the Americas]. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73-84.
- OMS. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. p. 18-20. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
- Serrano del Rosal R, Loriente-Arín N. [The anatomy of patient satisfaction]. *Salud Publica Mex*. 2008;50(2):162-72.
- Mpinga EK, Chastonay P. Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health Policy*. 2011;100(2-3):144-50.
- Rodríguez Balo A. Que se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria. *Administración Sanitaria*. 2006;4(2):251-70.
- Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. Gerencia y políticas de salud. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. 2001;1(1):7-16.
- Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1991. p. 210.
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med*. 1982;16(5):577-82.
- Kleefstra SM, Kool RB, Veldkamp CM, et al. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e24.
- Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez de la Roche O. Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud de México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. 1.ª ed. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. p. 208.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ*. 1991;302(6781):887-9.
- Dufrene RL. An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Evaluation and Program Planning*. 2000;23(3):293-300. [Internet] Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014971890000015X>.
- Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Scie Med*. 1988;27(6):637-44.
- Etter JF, Perneger TV. Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Soc Sci Med*. 1997;45(6):879-85.
- Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Zepeda-Arias M, Flores-Hernández S. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2009;51(3):231-9.
- Guzmán MA, Ramos-Córdova LF, Castañeda-Sánchez O, del Castillo-Sánchez DL, Gómez-Alcalá AV. [Satisfaction of users at a family medicine unit]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(1):39-45.
- Aguirre-Gas H. [Evaluation of the medical care quality. Expectations of the patients and the workers of the medical units]. *Salud Publica Mex*. 1990;32(2):170-80.
- Avila Alpírez H, Rizo Baeza M, Flores Peña Y. Acción del cuidado enfermero en los pacientes con diabetes tipo 2. Matamoros, Tamaulipas, México. *Cultura de los Cuidados*. 2007;XI(22):80-6.
- Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M; 10/66 Dementia Research Group. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet*. 2003;361(9361):909-17.
- Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality--the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973 Jan 25;288(4):189-94.
- Neuhauser D. Assessing health quality: the case for tracers. *J Health Serv Res Policy*. 2004;9(4):246-7.
- Reyes Lagunes I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1993;9(1):81-97.
- Vera Noriega JÁ, Pimentel CE, De Albuquerque JB. Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai, Sociedad, Revista de Desarrollo, Cultura*. 2005;1(3):439-51.
- Marshall GN and RDH. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica, CA.; 1994.
- Figueroa JG, González E, Solís V. Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1981;13(3):447-58.
- Garson G. Factor analysis. Statnotes: Topics in multivariate analysis. 2011. [Internet]. Consultado el 30 de agosto de 2012. Disponible en: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/>.
- Mira JJ, V JA, Rodríguez-Marín J, Antonio J, Hernández UM. SERVQHOS : un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998;4:1-15.
- Marshall GN. Rand questionnaire.pdf. Santa Monica, CA: Rand; 1994. p. 39.
- Bronfman-Pertovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, Moreno-Altamirano A, Rutstein S. [Prenatal care at the first level of care: characteristics of providers that affect users' satisfaction]. *Salud Publica Mex*. 2003;45(6):445-54.
- Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. [Perception of the quality of care in the health services in Mexico. perspective of the users]. *Salud Publica Mex*. 1998;40(1):1-10.
- Del Pilar Lavielle-Sotomayor M, Cerón-Ruiz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano JJ. [Health care satisfaction. From the perspective of patients]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(2):129-34.
- Oropeza Abúndez C. Encuesta Nacional de Salud 2000 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. 1.ª ed. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2000. p. 292.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M S-AJ. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. 1.ª ed. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. p. 132.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M H-AM. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. p. 200.