

Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

M^a José Fernández-Carbonell^{1*}, Carmen Dasí², M^a Luisa García-Merita³ e Inmaculada Fuentes³

¹ Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario "La Fe" (Valencia, España)

² Dpto. de metodología de las ciencias del comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España)

³ Dpto. de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España)

Resumen: Durante las últimas décadas se ha desarrollado un interés creciente por el estudio de la satisfacción de los pacientes psiquiátricos con los servicios de salud mental dado que puede influir de forma importante en la adherencia al tratamiento y la evolución clínica. La satisfacción de los pacientes psiquiátricos constituye un indicador de la calidad de dichos servicios y es un importante predictor de la futura utilización que los pacientes harán de los servicios y de su cooperación con el tratamiento. En nuestro país existen pocos estudios de satisfacción con las unidades de hospitalización psiquiátrica. En este trabajo se analiza la satisfacción de pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica y de sus familiares. Los resultados ponen de manifiesto una satisfacción general elevada con el servicio recibido en la unidad, siendo particularmente alta con el comportamiento y la competencia percibida en los profesionales, y más moderada con la información recibida y la posibilidad de implicación en el plan de tratamiento. Se analiza además la influencia que ejercen determinadas variables (sociodemográficas, relacionadas con el ingreso, relacionadas con la enfermedad mental y el funcionamiento social) sobre la satisfacción de los pacientes psiquiátricos y de sus familiares.

Palabras clave: satisfacción pacientes; satisfacción familiares; unidad de hospitalización psiquiátrica; esquizofrenia; trastorno bipolar.

Title: Satisfaction levels of patients and their families with a Psychiatric Hospital Unit.

Abstract: In recent decades there has been growing interest in examining patient satisfaction since it can have great influence on the patients' adherence to treatment and their clinical evolution. Similarly, it has been demonstrated that the satisfaction of psychiatric patients is an indicator of the quality of mental health services. It has also been demonstrated that it is a strong predictor of the future use that psychiatric patients will make of these services and their willingness to cooperate with treatment. In Spain, there have been few studies conducted on patient satisfaction in Spanish psychiatric hospital units. This study analyzes the satisfaction levels of inpatients in a psychiatric hospital unit and those of their family members. The results show high levels of overall satisfaction with the services received in the unit. They show particularly high levels of satisfaction with regard to the perceived behavior and competence of the professionals involved and more moderate levels of satisfaction with regard to the information received and opportunities to become involved in the treatment plan. The study also analyzes the influence of social demographic variables and other variables (related to admission, the type of mental illness, and the social functioning of the patient) on the satisfaction levels of psychiatric patients and their family members.

Key words: patient satisfaction; family member satisfaction; hospital psychiatric unit; schizophrenia; bipolar disorder.

Introducción

Desde la reforma psiquiátrica acontecida en este país en la década de los 80, las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica se encuentran integradas dentro de los hospitales generales. Su objetivo principal es facilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer con la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente. En estas unidades se presta atención a pacientes que requieren niveles de intervención elevados, en el contexto de situaciones que no pueden ser contenidas en otros dispositivos tales como los centros de salud mental o los hospitales de día. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta estancia, fundamentalmente para adultos con alteraciones mentales, con un número de camas que debería oscilar entre las 10 y las 30.

En las Unidades de Agudos o Unidades de Hospitalización Psiquiátrica se atienden diversas patologías entre las que figuran los trastornos psicóticos (trastorno esquizofrénico, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, episodio psicótico breve, trastorno de ideas delirantes, etc); trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor,

trastorno bipolar, etc) o trastornos de la personalidad (límite, histriónico, antisocial, etc) mayoritariamente. El equipo de profesionales posee un carácter interdisciplinar y está integrado por médicos psiquiatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y, en ocasiones, psicólogos clínicos.

A lo largo de las últimas décadas se está desarrollando un interés creciente por conocer la evaluación subjetiva que los pacientes hacen de sus propios estados de salud (Eurofound, 2004; WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005) y la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos. La satisfacción del paciente constituye un aspecto de la calidad del cuidado sanitario que no debería descuidarse a la hora de diseñar programas para la mejora de los servicios médicos (Jackson y Kroenke, 1997; Valentine, de Silva, Kawabata, Darby, Murray y Evans, 2003). La baja satisfacción del paciente constituye un problema importante en la medida en que a largo plazo puede acarrear una escasa adherencia al tratamiento y, por consiguiente, una inadecuada evolución médica (Albrecht y Hoogstraten, 1998; Harris, Luft, Rudy y Tierney, 1995; Keith, 1998).

Dadas las implicaciones clínicas referidas, resulta muy importante revisar y definir qué se suele entender por "satisfacción del paciente". A lo largo de la década de los setenta y los ochenta empiezan a circular toda una serie de teorías que tratan de definir este concepto. Las primeras definían la satisfacción del paciente como una respuesta afectiva determinada por sus necesidades emocionales. Así, Linder-Pelz (1982) la consideraba como una actitud o respuesta afectiva

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Inmaculada Fuentes. Dpto. de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibañez, 21. 46010. Valencia (España). E-mail: inmaculada.fuentes@uv.es

relacionada con la creencia de que el cuidado médico posee determinadas dimensiones, como información recibida, participación en la planificación del tratamiento y competencia de los profesionales, así como la evaluación/valoración que el paciente hace de dichas dimensiones. Fitzpatrick (1984) introdujo el modelo de las “necesidades emocionales”, postulando que el paciente juzgaba un servicio médico en función de la capacidad de los profesionales para comunicarse con él y atender sus necesidades emocionales. Este último modelo ha influido considerablemente en el trabajo desarrollado por Ben-Sira (1976) en el sistema de atención primaria en Israel, quien concluyó que la satisfacción estaba más influida por factores emocionales y de “devoción” al médico que por aspectos técnicos o administrativos de la práctica sanitaria.

En numerosos estudios se ha considerado la satisfacción del paciente como indicador de la calidad del servicio (Kels-trup, Lund, Lauritsen y Bech, 1993; Parkman, Davies, Leese, Phelan y Thornicroft, 1997), como predictor de la futura utilización de los servicios psiquiátricos (Eriksson y Westrin 1995; Svensson y Hansson 1994) y de la cooperación con el tratamiento (Cameron, 1996; Renzi et al., 2002). Lo interesante de estos estudios es la nueva visión que ofrecen del paciente psiquiátrico: una persona autónoma y capaz de implicarse activamente en las distintas facetas de su tratamiento.

Posteriormente, surgieron nuevas teorías basadas en el “modelo de discrepancia”, según el cual la satisfacción se evaluaría en función de aquellas necesidades o demandas de los pacientes no cubiertas por los servicios médicos. Por último, a finales de los 90, surge el modelo de Sitzia y Wood (1997), que consideran que la satisfacción del paciente es producto de una interacción entre las características del paciente o “determinantes” (variables sociodemográficas y expectativas de los pacientes hacia los servicios médicos) y las características del cuidado médico recibido o “componentes” (grado de accesibilidad al servicio, la dimensión humana de los profesionales, la calidad técnica del servicio, la información, etc).

Los resultados de la mayoría de trabajos afirman que los pacientes psiquiátricos se encuentran muy satisfechos con las cualidades humanas, el comportamiento y el trato recibido de los profesionales (Anczewska, Indulska, Raduj, Palyska y Prot, 2007; Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi y Morosini, 2002; Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto y Välimäki, 2006) pero moderadamente satisfechos con la información recibida sobre la enfermedad mental y el tratamiento farmacológico (Allen, Carpenter, Sheets, Micco y Ross, 2003; Gigantesco et al., 2002; Kuosmanen et al., 2006), así como con la posibilidad de implicación en la planificación del tratamiento (Bhugra, La Grenade y Dazzan, 2000; Gigantesco et al., 2002).

En estrecha relación con el concepto de satisfacción del paciente psiquiátrico, el estudio de la satisfacción de los familiares y cuidadores más cercanos con los servicios de salud mental ha empezado a despertar también interés (Brand,

2001; Brown y Birtwistle, 1998; Harvey y Burns, 2003). Los familiares de los pacientes psiquiátricos, desde el momento de la evaluación inicial y a lo largo del proceso de atención médica, albergan expectativas hacia los servicios de salud mental y la atención que esperan recibir de éstos. El grado en que los servicios sean capaces de satisfacer dichas expectativas condicionará la confianza que los familiares depositen en estos servicios, lo que a su vez repercutirá sobre su capacidad para prestar un buen apoyo emocional al paciente así como sobre la adherencia al tratamiento y la evolución clínica del paciente.

Los resultados de los estudios con familiares son prácticamente idénticos a los de la satisfacción del paciente. Por una parte, se aprecia una elevada satisfacción con la dimensión personal y el trato recibido de los profesionales (Biegel, Song y Milligan, 1995; Gigantesco et al., 2002; Mira, Fernández-Gilino y Lorenzo, 1997) pero una moderada satisfacción con la información recibida (Leavey, King, Cole, Hoar y Johnson-Sabine, 1997) y con la posibilidad de implicación en la planificación del tratamiento (Gigantesco et al., 2002).

En nuestro país apenas hay investigaciones que evalúen la satisfacción con las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Vallejo y Arango, 2003). Dentro de la red española de recursos asistenciales de salud mental los trabajos que se pueden encontrar se han realizado en otros dispositivos asistenciales, como por ejemplo: estudios sobre satisfacción de pacientes con las Unidades de Salud Mental (Hernando, Lechuga y Moya, 2003; Martínez-Azumendi y Beitia, 2000; Retolaza y Grandes, 2003), con las Unidades de Conductas Adictivas (Arnáez, Marina, Secades y Fernández, 2004; Rodríguez et al., 2002) y con los Centros de Rehabilitación e Inserción Social (Cuevas et al., 1999; Cuevas et al., 2003; López y Muñoz, 1992; Simarro, Fuentes, Ruiz y García-Merita, 2008).

El objetivo del presente trabajo ha sido realizar un estudio preliminar o piloto para evaluar la satisfacción general y las tres dimensiones específicas antes mencionadas (el comportamiento y la competencia percibida en los profesionales, la información recibida sobre el diagnóstico y el tratamiento farmacológico del paciente, y la posibilidad de implicación en el plan de tratamiento) de los pacientes ingresados y de sus familiares. Así mismo, se ha examinado el grado de concordancia entre la satisfacción de los pacientes y de los familiares. Finalmente, se ha analizado la influencia de las variables sociodemográficas, las variables relacionadas con el ingreso actual y los ingresos previos del paciente, las variables vinculadas a la enfermedad mental así como la influencia de su nivel de funcionamiento social.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 30 pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario “La Fe” de Valencia y un familiar correspondiente a cada paciente. To-

dos ellos ingresaron en la unidad de Psiquiatría durante períodos que oscilaron entre 5 y 24 días, con una media de 15.67 ($DT=4.87$) días entre Febrero y Junio de 2009.

Se consideraron como criterios de inclusión de los pacientes haber permanecido ingresado al menos durante cinco días en la Unidad de Psiquiatría y aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio.

Los criterios de exclusión de los pacientes fueron: a) presentar psicopatología activa en el momento de la evaluación; b) estar diagnosticado de un trastorno psiquiátrico secundario a una enfermedad médica o inducido por sustancias; c) presentar un nivel de deterioro cognitivo que afectase a la comprensión del propósito y contenido de las entrevistas y d) tener dificultades de comprensión y dominio del castellano.

Los participantes en el estudio tenían entre 19 y 71 años, con una media de 42.40 ($DT=13.68$) años, siendo 13 de ellos hombres (43.33%). Estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico pautado y controlado por los psiquiatras de la unidad, se encontraban clínicamente estables en el momento de la evaluación y estaban pendientes de ser dados de alta a lo largo de los tres días siguientes a la evaluación. La media en el número de años en tratamiento en salud mental era de 9.83 ($DT=6.69$) años.

Los familiares seleccionados fueron los que realizaban el papel de cuidador principal o de uno de los dos cuidadores principales de cada uno los pacientes. Sus edades oscilaron entre los 40 y los 77 años, con una media de 58.40 ($DT=9.67$) años, siendo 14 de ellos hombres (46.67%).

Instrumentos

Se elaboró un *formulario de datos generales para el paciente* que incluyó información sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel educativo), sobre variables relacionadas con el ingreso hospitalario (voluntariedad del ingreso, número de ingresos previos y número de días ingresado en el momento de la evaluación), y sobre variables relacionadas con la enfermedad mental del paciente (diagnóstico psiquiátrico y años de tratamiento en los servicios de salud mental). El *formulario de datos generales para el familiar* se compuso únicamente de las variables sociodemográficas, incluyendo una nueva variable correspondiente a “tipo de parentesco con el paciente”.

La satisfacción de los pacientes y de sus familiares se midió a través del *Cuestionario de Satisfacción para pacientes y para familiares - RMD* (Gigantesco et al., 2002), que fue traducido del italiano al castellano y que constituye un instrumento diseñado específicamente para medir la satisfacción con los servicios psiquiátricos. Se utilizaron dos versiones del cuestionario, una para pacientes y otra para sus familiares. La versión para el paciente consta de 12 elementos que cubren los siguientes aspectos: (1) ambiente físico; (2) información sobre los servicios como horario de apertura, números de teléfono, horas de visita y actividades en la sala; (3) intimidad del ambiente (acceso reservado al aseo, posibilidad de hablar con miembros del personal sin presencia de otros); (4) in-

formación sobre los trastornos; (5) implicación en el programa de tratamiento; (6) información sobre el tratamiento; (7) amabilidad y disponibilidad del personal; (8) competencia del personal (ayuda con los problemas y las necesidades); (9) respeto a la confidencialidad de la información clínica por parte de los miembros del personal; (10) ayuda para mejorar las relaciones familiares y sociales; (11) utilidad de la hospitalización, y (12) conveniencia del tratamiento (rehabilitación, tratamiento farmacológico, psicoterapia). Además de estos ítems, se añadió uno nuevo (13) referente a la opinión sobre el programa de actividades organizadas para los pacientes durante su ingreso en la unidad.

La versión para los familiares era similar a la anterior pero constaba sólo de 11 ítems. Gigantesco et al. (2002) eliminaron las dos preguntas sobre intimidación y conveniencia del tratamiento incluidos en la versión del cuestionario para pacientes e incluyeron una referente al contacto con los miembros del personal para consejo y apoyo (por ejemplo, información sobre cómo afrontar la exacerbación de los síntomas). Cada ítem fue puntuado en función de una escala Likert de 6 puntos, indicando el valor 6, la máxima satisfacción y 1, la mínima.

Para evaluar el nivel de funcionamiento social del paciente se llevó a cabo la traducción del *Cuestionario de Funcionamiento Social (Social Functioning Questionnaire- SFQ)* (Tyrer et al., 2005) del inglés al castellano. Se trata de un cuestionario autoinformado de 8 ítems puntuados en una escala Likert de cuatro puntos (1-4) extendiéndose el rango de la puntuación total de 8 a 32. Esta escala evalúa las siguientes dimensiones de funcionamiento social: trabajo y tareas domésticas, aspectos financieros, relaciones con la familia, relaciones sexuales, contactos sociales y tiempo libre.

Procedimiento

Los formularios de datos generales y los instrumentos de evaluación se administraron individualmente a cada paciente y a su respectivo familiar el mismo día, durante el horario de visitas de los familiares. Cada vez que se constataba que un paciente de la unidad iba a ser dado de alta durante los siguientes tres días, se contactaba con éste y con su familiar y se les reunía conjuntamente para explicarles el objetivo del estudio, los instrumentos y el proceso de evaluación. Todos firmaron una hoja de consentimiento informado, donde se les indicaba el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad, así como la ausencia de repercusión negativa de sus respuestas sobre la calidad del cuidado y atención recibidos durante el ingreso del paciente.

Con cada paciente y familiar, se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación individuales en el mismo despacho, entrevistándose primero al paciente y después a su familiar. La sesión con el paciente duraba aproximadamente 30 minutos y la sesión con el familiar duraba en torno a 15 minutos.

Resultados

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0. En las Tablas 1 y 2 se presentan los resultados obtenidos en los formularios de datos generales de pacientes y familiares, y los resultados obtenidos en los cuestionarios de satisfacción.

Tabla 1. Resultados en los formularios de datos generales.

| Variable | Categorías | Pacientes | Familiares |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| | | Frecuencias (%) | Frecuencias (%) |
| Estado civil | solteros | 15 (50.00) | |
| | casados/as | 10 (33.33) | 22 (73.33) |
| | separados/divorciados | 3 (10.00) | 3 (10.00) |
| | viudos | 2 (6.67) | 5 (16.67) |
| Nivel académico | menos de primarios | 9 (30.00) | 16 (53.33) |
| | primarios completos | 7 (23.33) | 7 (23.33) |
| | secundarios o FP | 7 (23.33) | 3 (10.00) |
| | superiores | 7 (23.33) | 4 (13.33) |
| Diagnóstico | trastornos psicóticos | 9 (30.00) | |
| | episodios maníacos | 12 (40.00) | |
| | episodios depresivos | 6 (20.00) | |
| | trastornos de la personalidad | 3 (10.00) | |
| Número de ingresos previos | ningún ingreso | 11 (36.67) | |
| | uno o dos ingresos | 9 (30.00) | |
| | tres o cuatro ingresos | 7 (23.33) | |
| | cinco ingresos o más | 3 (10.00) | |
| Tipo de ingreso | voluntario | 13 (43.33) | |
| | involuntario | 17 (56.67) | |
| Parentesco | madre | | 10 (33.33) |
| | padre | | 4 (13.33) |
| | hermano/a | | 3 (10.00) |
| | cónyuge | | 9 (30.00) |
| | otros | | 4 (13.33) |

La prueba *t* para muestras relacionadas efectuada para contrastar los niveles de satisfacción general de pacientes y familiares fue significativa ($t(29)=3.15$; $p<.005$) indicando que los familiares están más satisfechos que los pacientes.

La satisfacción se desglosó en tres dimensiones específicas de la asistencia psiquiátrica. En la primera dimensión, “información recibida”, la puntuación de cada sujeto era el promedio de las puntuaciones obtenidas en dos ítems: información sobre la enfermedad mental del paciente e información sobre el tratamiento farmacológico; en la segunda, “implicación en la planificación del tratamiento”, la puntuación de cada participante procedía del ítem que mide este aspecto de la asistencia recibida. En la tercera dimensión, “actitud, comportamiento y competencia de los profesionales”, la puntuación era la media del ítem referente al comportamiento del personal y el relativo al nivel de competencia percibido en los profesionales.

El ANOVA intrasujetos efectuado para comparar las tres dimensiones en el grupo de pacientes resultó significativo ($F(2,58)=33.62$; $p<.001$). La prueba de comparaciones múltiples a posteriori de Bonferroni mostró que el promedio

en “competencia y comportamiento de los profesionales” era significativamente mayor que los otros dos ($p<.001$). El ANOVA efectuado sobre las medias de los familiares también fue significativo ($F(2,58)=31.39$; $p<.001$), y la correspondiente prueba de Bonferroni llevó a la misma conclusión acerca de la dimensión relacionada con la competencia de los profesionales ($p<.001$).

La correlación entre la satisfacción general de los pacientes y los familiares fue significativa ($r(28)=0.59$; $p<.005$). En la dimensión relacionada con la competencia de los profesionales también la correlación fue significativa ($r(28)=0.39$, $p<.05$). Sin embargo, las correlaciones en las otras dos dimensiones no alcanzaron la significatividad estadística.

Satisfacción y variables demográficas

La satisfacción media de las pacientes mujeres fue de 4.64 ($DT=.81$) puntos y la de los hombres de 3.63 ($DT=1.20$) puntos. La prueba *t* de grupos independientes mostró que las diferencias eran significativas ($t(28)= -2.76$; $p<.05$), por lo que se puede afirmar que las pacientes mujeres están más satisfechas con el servicio que los hombres. La misma conclusión se obtuvo en los datos de los familiares ($t(28)= -2.20$, $p<.05$), siendo la media de las mujeres de 4.91 ($DT=.46$) puntos significativamente superior a la de los hombres que fue de 4.50 ($DT=.56$) puntos.

En cuanto a la variable estado civil, sólo se consideraron los niveles “soltero” y “casado” para hacer la comparación de medias debido a que las otras dos modalidades tenían muy pocos sujetos y había una pérdida de potencia excesiva en el contraste. La prueba *t* de grupos independientes ($t(23)=2.07$, $p<.05$) mostró que la satisfacción media de los solteros ($M=3.81$; $DT=1.16$) era significativamente inferior a la de los casados ($M=4.73$; $DT=.95$).

El resto de variables (nivel educativo, edad, tipo de parentesco) no obtuvieron diferencias significativas ni para el grupo de pacientes ni para el de familiares.

Satisfacción y variables relacionadas con el ingreso

Los pacientes con ingreso voluntario estaban más satisfechos ($M=5.14$; $DT=.44$) que los pacientes con ingreso involuntario ($M=3.49$; $DT=.91$), tal como lo indicó la prueba *t* de grupos independientes ($t(28)= 5.97$, $p<.001$).

No se encontró correlación significativa de la satisfacción del paciente con el “número de ingresos previos” ni con la “duración del ingreso actual”.

Al igual que lo sucedido para los pacientes, también los familiares de pacientes con ingreso voluntario se mostraron más satisfechos ($M=5.01$; $DT=.41$) que los familiares de los pacientes con ingreso involuntario ($M=4.50$; $DT=.53$), tal como lo mostró la prueba de contraste ($t(28)= 2.83$, $p<.005$).

No se encontró una correlación significativa entre el número de ingresos previos del paciente y la satisfacción del familiar así como tampoco entre la duración del ingreso actual y la satisfacción del familiar.

Satisfacción, enfermedad mental y funcionamiento social

Para conocer si había diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes en función del diagnóstico se aplicó un ANOVA unifactorial entresujetos que fue significativo ($F(3,26)=3.24; p<.05$). La prueba post-hoc de Tukey mostró menor satisfacción en el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ($M=3.45$;

$DT=1.13$) que en el de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar en fase maníaca ($M=4.81; DT=1.04$).

La correlación entre satisfacción de los pacientes y número de años en tratamiento por los servicios de salud mental no resultó significativa así como tampoco la correlación con el funcionamiento social. El funcionamiento social general obtuvo una media de 2.73 ($DT=.67$) puntos.

Las pruebas estadísticas realizadas sobre los datos de los familiares (ANOVA y correlación) indicaron que ni el tipo de diagnóstico, ni los años de seguimiento en salud mental, ni el funcionamiento social del paciente fueron relevantes.

Tabla 2. Resultados obtenidos en los cuestionarios de satisfacción.

| Ítems del Cuestionario de Satisfacción | Pacientes | Familiares |
|--|-------------|-------------|
| | Media (DT) | Media (DT) |
| Disposición y aspecto físico de la unidad | 4.07 (1.44) | 4.33 (1.09) |
| Información sobre normas y funcionamiento de la unidad | 2.47 (1.25) | 4.57 (1.14) |
| Información sobre el diagnóstico | 3.07 (1.08) | 4.37 (1.03) |
| Implicación en la planificación del tratamiento | 2.50 (1.04) | 3.37 (1.33) |
| Información sobre tratamiento farmacológico | 2.83 (0.91) | 3.57 (1.59) |
| Comportamiento del personal | 2.77 (0.85) | 5.57 (0.57) |
| Competencia de la asistenta social | 5.38 (0.74) | 4.60 (1.71) |
| Competencia de enfermeros y auxiliares | 5.10 (1.06) | 5.37 (0.62) |
| Competencia de los psiquiatras | 4.93 (1.34) | 5.37 (0.68) |
| Respeto por el secreto profesional | 5.10 (1.15) | 5.63 (0.56) |
| Ayuda a las relaciones familiares | 4.34 (1.32) | 4.23 (1.22) |
| Utilidad de la hospitalización | 4.47 (1.41) | 5.33 (0.92) |
| Percepción de la adecuación de los cuidados recibidos | 3.77 (1.55) | |
| Actividades organizadas por la unidad | 4.00 (1.34) | |
| Respeto a la intimidad del paciente | 2.67 (0.88) | |
| Utilidad de la ayuda recibida por la unidad | | 5.07 (0.83) |
| Dimensiones específicas de la satisfacción | | |
| Información recibida | 3.63 (1.56) | 3.97 (1.11) |
| Participación en planificación del tratamiento | 3.33 (1.65) | 3.37 (1.32) |
| Actitud, comportamiento y competencia de profesionales | 4.98 (1.11) | 5.34 (0.52) |
| Satisfacción general | 4.20 (1.11) | 4.72 (0.54) |

Análisis de necesidades y demandas específicas de pacientes y familiares

En las Tablas 3 y 4 queda recogida la información cualitativa sobre las necesidades y demandas específicas obtenidas en los cuestionarios de satisfacción de pacientes y familiares.

Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio permiten confirmar la existencia de una elevada satisfacción general con la unidad de psiquiatría, en consonancia con lo encontrado en algunos estudios previos llevados a cabo tanto con pacientes (Eytan, Bovet, Gex-Fabry, Alberque y Ferrero, 2004; Gigantesco et al., 2002; Remnik, Melamed, Swartz, Elizur y Barak, 2004) como con familiares (Gigantesco et al., 2002; Ruggeri, 1994). Algunos autores indican como una posible causa el “sesgo

del propio interés” por el que tanto pacientes como familiares tenderían a emitir juicios positivos hacia los servicios recibidos, por miedo a que las críticas interfirieran en una buena continuidad de los mismos (LeVois, Nguyen y Attkison, 1981). Ahora bien, en este trabajo se ha obtenido además una mayor satisfacción entre los familiares que entre los pacientes, a diferencia de algunos estudios anteriores (MacDonald, Ochera y Leibowitz, 1990). Este hallazgo podría relacionarse con una mayor percepción de “apoyo emocional y social” por parte de los familiares, valorando positivamente el apoyo y afecto de los profesionales ante una situación de angustia psíquica e incertidumbre. En el caso de los pacientes, el estrés psicosocial que conlleva el ingreso, unido a la percepción de falta de libertad así como el efecto de la psicopatología residual podría haber influido en su menor puntuación en satisfacción.

Tabla 3. Respuestas dadas por los pacientes a los ítems de respuesta abierta.

| |
|---|
| Entorno físico: |
| Un espacio más abierto, con terraza... (12) (*). |
| Crear espacios funcionales más separados entre sí (habitaciones, comedor, sala de lectura, sala de reuniones...) (6). |
| Mejorar el silencio en la sala, más respeto al descanso de los demás (1). |
| Renovar el mobiliario, muebles más alegres (6). |
| Más decoración, plantas, música agradable (10). |
| Habitaciones individuales (8). |
| Separación entre fumadores y no fumadores (2). |
| Separar a los pacientes en función de su patología o gravedad (1). |
| Información: |
| Que sea siempre el mismo profesional el que dé la información y realice el seguimiento al paciente (2). |
| Información más clara y precisa en los casos en que el diagnóstico no está claro (5). |
| Más información concisa sobre la enfermedad mental, pronóstico, posibles recaídas, etc. (8) |
| Más información sobre la medicación (por qué debe tomarse, cuánto tiempo) (8). |
| Más información sobre hábitos de vida saludables, pautas de manejo de la enfermedad (6). |
| Dar la información directamente la paciente en lugar de a los familiares (3). |
| Respeto a la intimidad: |
| A veces, los pacientes deben desnudarse ante otros cuando se les inyecta la medicación (2). |
| Disponer de armarios individuales para guardar los objetos personales (6). |
| Poder utilizar el móvil, con cierto control (2). |
| Colocar cerrojos en los baños (1). |
| Actividades: |
| Programa de actividades más variado (pilates, yoga, música, juegos de mesa) (10). |
| Relación con la familia: |
| Horario de visitas más flexible (posibilidad de visitas matutinas y vespertinas) (5). |
| Posibilidad de pasar más tiempo con la familia (4). |
| Disponer de un espacio exclusivo para las visitas familiares (3). |

(*) Indica el número de participantes que han expresado dicha demanda

Tabla 4. Respuestas dadas por los familiares a los ítems de respuesta abierta.

| |
|--|
| Entorno físico: |
| Prohibir fumar a los pacientes (1) (*). |
| Crear espacios independientes dentro de la unidad, más decoración, muebles nuevos (15). |
| Paliar el exceso de ruido (2). |
| Más de una TV (2). |
| Más personal de seguridad en la sala para evitar posibles conflictos y agresiones entre los pacientes (1). |
| Información: |
| Los médicos tardan demasiado en facilitar una primera información sobre el diagnóstico y evolución clínica del paciente (3). |
| En ocasiones, la comunicación con la familia es vía telefónica y resulta difícil entrevistarse personalmente con el médico (2). |
| Más información sobre la finalidad de cada medicación, efectos secundarios y perjuicios a largo plazo (7). |
| Más información sobre la enfermedad, pronóstico, posibilidad de curación (7). |
| Comportamiento, actitud y competencia del personal: |
| Buena, pero harían falta más psiquiatras en la unidad (1). |
| Actividades: |
| Disponer de un programa de actividades más variado (juegos de mesa, más artículos de entretenimiento) (6). |
| Relación con la familia: |
| Horario de visitas más flexible (2). |
| Más ayuda y consejos prácticos sobre cómo manejar la relación familiar con el paciente y las posibles recaídas en el futuro (8). |
| Más entrevistas médico-familia (9). |
| Más entrevistas médico-paciente (9). |

(*) Indica el número de participantes que han expresado dicha demanda

En consonancia con lo hallado en trabajos previos, se aprecia una elevada satisfacción con el comportamiento, actitud y competencia de los profesionales (Berghofer et al., 2001; Biegel et al. 1995; Blais et al., 2002; Eytan et al., 2004; Gigantesco et al. 2002; Kuosmanen et al., 2006); en cambio, se aprecia poca satisfacción en ambos grupos con la información recibida de los profesionales (Allen et al., 2003; Gigantesco et al. 2002; Kuosmanen et al., 2006) y con la posibi-

lidad de implicación en el programa de tratamiento (Bhugra et al., 2000; Gigantesco et al., 2002). Proveer de información a pacientes y a familiares resulta crucial y no es éste el primer estudio que habla de su importancia. Marshall y Solomon (2000), en su trabajo con familiares de personas con enfermedad mental grave, encontraron que la satisfacción de los familiares se relacionaba positivamente con la recepción de información de los profesionales sanitarios y que, aunque los

familiares recibían cierta información sobre el diagnóstico, sólo a unos pocos se les informaba sobre el plan de tratamiento.

Un trabajo reciente (Villagràcia y Grey, 2006) puso de manifiesto que las intervenciones psicoeducativas con familiares incrementaban su satisfacción y reducían sus necesidades de información, ayudándoles a manejar con mayor eficacia los problemas asociados a la enfermedad mental de su familiar. Además, estos efectos positivos se mantenían hasta seis meses después de la finalización del programa.

Por otro lado, la falta de consideración de la opinión de los familiares en los programas de tratamiento resulta paradójica, ya que cada vez se les tiende a sobrecargar más con responsabilidades de cuidado y asistencia al paciente y, sin embargo, en la mayoría de ocasiones se les continúa excluyendo de la toma de decisiones y de la planificación del alta. Convendría, pues, que los profesionales de las Unidades de Agudos de Psiquiatría realizaran un mayor esfuerzo por implicar a los pacientes y a sus familias en el programa de tratamiento, optimizando la cantidad y calidad de la información que suministran sobre los aspectos de la enfermedad mental y del tratamiento. En el caso de los pacientes psicóticos, iniciar este proceso con la familia desde el momento del ingreso, resulta de especial relevancia.

La correlación entre la satisfacción general de pacientes y de familiares indicaría que tener un familiar satisfecho con la atención del servicio redundaría positivamente en la satisfacción del paciente y viceversa. Algunos estudios han encontrado que la satisfacción del familiar ejerce un peso importante sobre la adherencia del paciente al tratamiento así como sobre su evolución clínica, apreciándose una mejoría en aquellos pacientes cuyos familiares son adecuadamente informados e implicados en el cuidado (Brand, 2001; Harvey y Burns, 2003).

La correlación positiva entre la satisfacción de los pacientes y familiares con el comportamiento y competencia de los profesionales no se observa en las otras dos dimensiones; esto podría indicar la existencia de una mayor comunicación entre los pacientes y sus familiares en torno al trato recibido por el personal, sin embargo, para entrar en factores explicativos habría que profundizar más mediante una investigación centrada en estos aspectos.

Las pacientes mujeres y casadas se encuentran más satisfechas, replicándose así los resultados obtenidos por Gigantesco et al. (2002), pero en contra de lo hallado por Greenwood, Key, Burns, Bristow y Sedgwick (1999) según los cuales se dan menores niveles de satisfacción en las pacientes mujeres. En el colectivo de familiares, las mujeres se han mostrado más satisfechas que los hombres, a diferencia de lo hallado en estudios previos (Grella y Grusky, 1989; Gigantesco et al., 2002). Por una parte, el hecho de que los pacientes casados se muestren más satisfechos se asociaría de nuevo a la cuestión del apoyo social percibido. Por otra, la influencia del sexo sobre la satisfacción podría guardar relación con diferencias de personalidad entre hombres y mujeres, sin embargo, convendría llevar a cabo nuevos estudios

de replicación, dado que existen numerosas investigaciones en las que no se han encontrado diferencias en función del sexo. La ausencia de relevancia de la edad y el nivel educativo ya había sido puesta de manifiesto en trabajos anteriores como los de Middelboe, Schjodt y Byrting (2001) y Remnik et al. (2004).

En relación a las variables relacionadas con el ingreso, sólo el tipo de ingreso (voluntario/involuntario) ha resultado importante, mostrándose lógicamente más satisfechos los pacientes y familiares con ingreso voluntario, en línea con lo mostrado por trabajos anteriores como los de Bhugra et al. (2000), Iversen, Høyer y Sexton, (2007) y Kuosmanen et al. (2006). El sentimiento de indefensión y percepción de falta de libertad en los pacientes hospitalizados en contra de su voluntad parece afectar negativamente a su satisfacción con el servicio. Iversen et al. (2007) encontraron que la coerción objetiva afectaba negativamente a la satisfacción tanto a nivel general como específico. Sería interesante, por tanto, la readaptación y adecuación de las medidas coercitivas así como aumentar las intervenciones psicológicas breves que ayuden a reducir en la mayor medida posible los efectos negativos del ingreso involuntario.

La satisfacción de los pacientes está asociada al diagnóstico psiquiátrico, con niveles de satisfacción significativamente menores en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, respecto a los pacientes bipolares ingresados por un episodio maníaco. Esta baja satisfacción en pacientes con trastorno psicótico ha sido hallada también en estudios previos como el de Gigantesco et al. (2002), Kelstrup et al. (1993) y Leavey et al. (1997), e induce a considerar que la asistencia dirigida a este colectivo no es suficientemente buena. Esta cuestión es primordial dado que puede influir sobre la adherencia al tratamiento, la posterior utilización de los servicios y, como consecuencia, la evolución clínica del paciente. Cabría, pues, plantear una modificación en el tipo de intervenciones que se administran a estos pacientes, en mayor consonancia con una perspectiva biopsicosocial, considerando posibles planes de rehabilitación, de modo que se contemplen no sólo los aspectos farmacológicos y biológicos de la enfermedad sino también las necesidades psicosociales del paciente.

El funcionamiento social del paciente no ha alcanzado una relación significativa con la satisfacción en ninguno de los dos grupos. Otros autores, en trabajos anteriores, han mostrado que cuanto mayor es el deterioro social, más se ve afectada su calidad de vida, y esto influye en última instancia en el sentimiento de confianza y satisfacción con el cuidado recibido (Berghofer et al., 2001; Längle et al., 2003; Remnik et al., 2004).

A través de la información cualitativa obtenida en las preguntas abiertas de los cuestionarios se reflejan expectativas y demandas muy similares en pacientes y familiares. A los pacientes les gustaría que la Unidad tuviese más contacto con el exterior, la califican de excesivamente cerrada, que tuviera más artículos de decoración (plantas, pósters, etc), música agradable, habitaciones individuales y más depen-

dencias separadas según su función (comedor, sala de reuniones, sala de lectura, etc). Los familiares solicitaban sobre todo la creación de espacios separados e independientes dentro de la unidad, más decoración y renovación del mobiliario.

Los pacientes consideraban importante ser tratados y recibir la información siempre del mismo profesional, se quejaban de la falta de información clara y concisa cuando los psiquiatras dudaban acerca del diagnóstico y, en general, consideraban deficiente la información que se les daba acerca de su enfermedad mental (síntomas, pronóstico, posibles recaídas, etc), del tratamiento (por qué es necesario, efectos secundarios, si debe tomarse la medicación toda la vida, etc), así como de otros aspectos como hábitos saludables de vida y manejos de nuevas crisis o recaídas en el futuro. Por último, consideraban importante que la información se les diese a ellos antes que a sus familiares. Los familiares solicitaban, al igual que los pacientes, más información sobre tratamiento y diagnóstico (preocupación por los efectos secundarios y perjuicios de la medicación a largo plazo) y se quejaban de la demora excesiva de la primera información tras ser ingresado el paciente y el que fuese dada en ocasiones vía telefónica, sin posibilidad de entrevista personal con el médico.

Los pacientes expresaron su deseo de mayor flexibilidad en el horario de visitas (por ejemplo, visitas matutinas), pasar más tiempo con su familia, así como disponer de un espacio físico privado para sus visitas. Los familiares solicitaron más flexibilidad en el horario de visitas, más ayuda y consejos so-

bre cómo manejar su relación con el paciente así como más entrevistas con el médico.

La intención de este trabajo ha sido realizar una investigación piloto, dados los escasos estudios de satisfacción en salas de agudos de psiquiatría en España. Por esta razón, la principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra así como la selección de los pacientes y familiares de una única unidad hospitalaria, lo que dificulta la generalización de los resultados a otras unidades del mismo tipo. Nuestra intención es dar continuidad a este trabajo en el futuro, ampliando la muestra de pacientes y familiares de otras Unidades de Agudos de Psiquiatría.

Es necesario destacar la importancia de las implicaciones clínicas de esta investigación. En nuestra opinión, el conocimiento profundo de la satisfacción de los usuarios y de sus familiares constituye el primer paso para llevar a cabo los cambios y medidas necesarias que mejoren su calidad asistencial. La importancia de estudiar la satisfacción de pacientes y familiares con las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica radica en la función clave que, con frecuencia, desempeñan estos servicios como vía de entrada de los pacientes en la red de salud mental. En este sentido, la satisfacción con la atención recibida en el ingreso influirá sobre aspectos como la adherencia al tratamiento médico, la confianza depositada en los profesionales de la salud mental y, a largo plazo, sobre evolución clínica del paciente.

Agradecimientos.- al Dr. Lorenzo Livianos y al personal del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "LA FE" (Valencia, España) por su apoyo.

Referencias

- Albrecht, G. y Hoogstraten J. (1998). Satisfaction as a determinant of compliance. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 139-146.
- Anczewska, M., Indulska, A., Raduj, J., Palyska, M. y Prot, K. (2007). The patients' view on psychiatric hospitalisation—a qualitative evaluation. *Psychiatria Polska*, 41, 427-434.
- Arnáez, C., Marina, P.A., Secades, R. y Fernández, J.R. (2004). Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. *Adicciones*, 16, 81-90.
- Allen, M.H., Carpenter, D., Sheets, J.L. Micco, S. y Ross, R. (2003). What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 39-58.
- Ben-Sira, Z. (1976). The function of the professional's affective behaviour in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 3-11.
- Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidt, F., Rudas, S. y Schmitz, M. (2001). Satisfaction of Inpatients with staff, environment and other patients. *Psychiatric Services*, 52, 104-106.
- Bhugra, D., La Grenade, J. y Dazzan, P. (2000). Psychiatric Inpatients' Satisfaction with services: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 327-332.
- Biegel, D.E., Song, L., Milligan, S.E. (1995). A comparative analysis of family caregivers' perceived relationships with mental health professionals. *Psychiatric Services*, 46, 477-482.
- Blais, M.A., Matthews, J., Lipkis-Orlando, R., O'Keefe, S.M., Jacobo, M., Rivas-Vazquez, R.A. y Summergrad, P. (2002). Development and application of a brief multi-faceted tool for evaluating inpatient psychiatric care. *Administration and Policy in Mental Health*, 30, 159-172.
- Brand, U. (2001). Mental health care in Germany: Carers' perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 35-40.
- Brown, S. y Birtwistle, J. (1998). People with schizophrenia and their families: fifteen-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 139-144.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *The Journal of Advanced Nursing*, 24, 244-250.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás, A., Laviana, M., Navarrón, E., Perona, S. y Ramos, J.M. (1999). Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Clínica y Salud*, 10, 169-192.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás, A., Laviana, M., Navarrón, E., Perona, S. y Ramos, J.M. (2003). Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, 21, 1-17.
- Eriksson, K. y Westrin, C.G. (1995). Coercive measures in psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 225-230.
- Eurofound (2004). *Quality of Life: Illustrative Report. Health Status and Health Care Experiences*. Retrieved from http://www.eurofound.eu.int/living/qual_life/illust_report.htm on 9 October 2005.
- Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C. y Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *European Psychiatry*, 19, 499-501.
- Fitzpatrick, R. (1984). *The Experience of Illness*. London: Tavistock.
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A. y Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17, 139-147.
- Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M. y Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with inpatient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 159-163.

- Grella, C.E. y Grusky, O. (1989). Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 831-835.
- Harris, L.E., Luft, F.C., Rudy, D.W. y Tierney, W.M. (1995). Correlates of health care satisfaction in inner-city patients with hypertension and chronic renal insufficiency. *Social Science & Medicine*, 41, 1639-1645.
- Harvey, K. y Burns, T. (2003). Relatives of patients with severe mental disorders: unique traits and experiences of primary, nonprimary, and lone caregivers. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 324-333.
- Hernando, P., Lechuga, F.J. y Moya, J. (2003). La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 85, 2107-2122.
- Iversen, K.I., Høyer, G. y Sexton, H.C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 504-511.
- Jackson, J.L. y Kroenke, K. (1997). Patient satisfaction and quality of health. *Military Medicine*, 162, 273-277.
- Keith, R.A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1122-1128.
- Kelstrup, A., Lund, K., Lauritsen, B. y Bech, P. (1993). Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 374-379.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A.R., Katajisto, J. y Välimäki, M. (2006). Patient Satisfaction with Psychiatric Inpatient Care. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 655-663.
- Länge, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F. y Eschweiler, G.W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: The patients'view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 213-221.
- Leavey, G., King, M., Cole, E., Hoar, A. y Johnson-Sabine, E. (1997). First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 53-57.
- LeVois, M., Nguyen, T.D. y Attkisson, C.C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4, 139-150.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, 577-582.
- López, A.E. y Muñoz, M. (1992). Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de tres centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Jano*, 993, 79-89.
- MacDonald, L.D., Ochera, J. y Leibowitz, J.A. (1990). Community mental health services from the user's perspective: an evaluation of the Dodington Edward Wilson (DEW) mental health service. *International Journal of Social Psychiatry*, 36, 183-193.
- Marshall, T.B. y Solomon, P. (2000). Releasing information to families of persons with severe mental illness: a survey of NAMI members. *Psychiatric Services*, 51, 1006-1011.
- Martínez-Azumendi, O. y Beitia, M. (2000). Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de la ayuda percibida en primeras consultas en un centro de salud mental. *Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 21, 57-74.
- Middelboe, T., Schjodt, T. y Byrting, K. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 212-219.
- Mira, J.J., Fernández-Gilino, E., Lorenzo, S. (1997). Assessing the impact of mental health programs upon community: the perspectives of primary caregivers and consumers. *International Journal for Quality Health Care*, 9, 121-128.
- Parkman, S., Davies, S., Leese, M., Phelan, M. y Thornicroft, G. (1997). Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in South London: PrISM Study 4. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 260-264.
- Remnik, Y., Melamed, Y., Swartz, M., Elizur, A. y Barak, Y. (2004). Patients' satisfaction with psychiatric inpatient care. (2004). *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41, 208-212.
- Renzi, C., Picardi, A., Abeni, D., Agostini, E., Baliva, G., Pasquini, P., Puddu, P. y Braga, M. (2002). Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Archives of Dermatology*, 138, 337-342.
- Retolaza, A. y Grandes, G. (2003). Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 171-176.
- Rodríguez, M., Jiménez-Lerma, J.M., Iraurgi, I., Murua, F., Bacigalupe, L., Chavarrí, M.R. y Balsategi, B. (2002). Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del "treatment perceptions questionnaire" (TPQ). *Adicciones*, 14, 417-424.
- Ruggeri, M. (1994). Patients and relatives satisfaction with psychiatric services: the state of art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Simarro, Y., Fuentes, I., Ruiz, J.C. y García Merita, M. (2008): Evaluación de la percepción y la satisfacción de los familiares de usuarios en un centro de rehabilitación e integración social. *Informació Psicológica*, 93, 65-76.
- Sitzia, J. y Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science Medicine*, 45, 1829-1843.
- Svensson, B. y Hansson, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 379-384.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McLean, C., Rao, B. y Johnson, T. (2005): The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 265-275.
- Valentine, N.B., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C.J.L., Evans, D.B. (2003). Health system responsiveness: concepts, domains, and operationalization. En C.J.L. Murray, D.B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (pp.573-96). Geneva: World Health Organization.
- Vallejo P. y Arango, C. (2003). Estudio de satisfacción de usuarios de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón: un análisis del proceso y resultados. *Hospital General*, 3, 32-38.
- Villagracia, I. y Grey, D. (2006). Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: Results of a randomized evaluation of a family-led education intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 545-553.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf> on 26 October.

(Recibido: 16-2-2010, revisado: 1-2-2011, aceptado: 22-2-2011)