

Luz Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco, Jesús Herrero Sánchez

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PSICÓTICOS Y CON TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD

EVALUATION OF A PROGRAM OF FAMILY THERAPY IN PSYCHOTIC PATIENTS AND SERIOUS PERSONALITY DISORDERS

■ RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de las intervenciones familiares que tienen lugar en una Unidad de Hospitalización Parcial, en pacientes psicóticos en un primer episodio y pacientes con un trastorno de la personalidad, cuyos síntomas son particularmente graves o dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral. Además se describe el marco conceptual en que se desenvuelve el tratamiento, los objetivos que se pretenden, así como los procedimientos de la intervención, evaluándose finalmente los resultados al alta en aspectos concretos del tratamiento como relaciones con la familia y con personas ajenas a la misma, asunción y toma de la medicación, actitud frente a la enfermedad o frente al futuro, y actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Efectividad. Terapia familiar. Evaluación de programas

■ ABSTRACT

The objective of this work is to evaluate the effectiveness of the family interventions that they take place in an Unit of Partial Hospitalization, in Psychotic patient in a first episode and patient with Personality Disorders whose symptoms are particularly serious or they give place to a notable deterioration of the social or labor activity. In addition one describes the conceptual frame in which the treatment develops, the objectives that are tried, as well as the procedures of the intervention, evaluating itself finally the results to the discharge in concrete aspects of the treatment like relations with the family and other people's to the same one, assumption and takes the medication, attitude as opposed to the disease or as opposed to the future, and activities of the daily life.

Key words: Effectiveness. Family Therapy. Evaluation of Programs



■ INTRODUCCIÓN

Son numerosos los estudios sobre intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.

Algunos de estos estudios han sido realizados con la finalidad de conocer qué es lo realmente efectivo en el tratamiento de estos pacientes y en la prevención de posibles recaídas. Uno de los más recientes es el propuesto por Vallina y Lemos (1), en el que se recogen, a partir de los datos acumulados _ particularmente los realizados en la década de los 90 _ las características de dichas intervenciones que hacen que las mismas resulten eficaces.

La carga (*burden*) de las familias (2), que son el mayor soporte del enfermo, y la búsqueda por parte de los profesionales de la mayor eficiencia en los tratamientos, ha llevado a la utilización de programas de intervención familiar, que permiten, por un lado la mejora de las relaciones del paciente con la familia y por otro, encontrar la formula para rentabilizar las intervenciones, economizando recursos y sobre todo tiempo.

Por otro lado, la satisfacción percibida tanto por los usuarios de los recursos de salud como por los familiares de los mismos se constituye en un indicador importante de la calidad asistencial que nos permite regular las interacciones del sistema constituido por los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios (3).

En nuestro país, Baca estudió la necesidad de plantear indicadores de satisfacción de los servicios sanitarios, que se refieran a aspectos externos a la propia situación de la terapia pero relacionados de manera importante con ésta (la disponibilidad del terapeuta, la accesibilidad del servicio...) y a otros aspectos como las expectativas del paciente y la familia en el tratamiento (4).

■ OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar la mejoría percibida por pacientes y familias, tras un programa psicoeducativo de intervención familiar en pacientes ingresados en régimen de hospitalización parcial.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un programa de intervención familiar en una muestra seleccionada al azar de 49 pacientes diagnosticados según criterios de la CIE-10, incluidos en las categorías de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno con ideas delirantes (F20-F29), trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69), y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias (F10-F19).

Dicho programa se enmarca en un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo. Las características del mismo, compartidas con otros modelos psicoeducativos como el de Lam o Vallina (1), son los siguientes: por un lado se basa

en una visión no estigmatizante de la enfermedad mental, haciendo un análisis de los problemas que el paciente trae a la consulta centrado en el presente, de tal manera que permite tanto a la familia como al propio paciente buscar soluciones concretas a problemas concretos de la vida diaria y que tienen que ver básicamente con el afrontamiento de conflictos familiares y sociales o con problemas derivados del manejo de la propia enfermedad. Usa conceptos de la terapia estructural y sistémica (5)(6), o de otros modelos teóricos como el cognitivismo (7) y proporciona soporte terapéutico tanto a la familia como al propio paciente, permitiendo generalizar los aprendizajes a la vida diaria.

Este programa consta de:

- Tres intervenciones previas al inicio del tratamiento, a las que asisten conjuntamente familiares y paciente. En ellas se recoge información, se prepara al paciente para el trabajo en grupo, y se ajustan las expectativas, formulándose los objetivos, tanto del paciente como de la familia respecto del tratamiento.
- Una media de 6 intervenciones familiares durante el tratamiento, a las que asisten conjuntamente familiares y paciente. Se trabajan los objetivos ajustados en las sesiones previas.
- Intervenciones individuales, a las que asiste exclusivamente el paciente, habitualmente orientadas al manejo de la medicación.

En relación a los objetivos, unos están destinados exclusivamente para el paciente, otros para la familia, y otros son comunes para ambos; son los siguientes:

1. Conocimiento y conciencia de enfermedad
2. Ajuste de expectativas no realistas acerca del tratamiento
3. Mejorar la comunicación
4. Disminuir la vulnerabilidad del paciente tanto a estímulos internos como externos.
5. Prevenir recaídas.
6. Disminución de la emoción expresada y la reactividad emocional, identificando y corrigiendo los componentes de la misma .
7. Identificar las necesidades del paciente y la familia y aprender a planificar cómo satisfacerlas.
8. Aumentar el nivel de funcionamiento del paciente, desarrollando habilidades y estrategias conductuales específicas en relación con la enfermedad.
9. Devolver su papel como miembro activo al paciente, posibilitando su reubicación dentro del sistema familia.

Las técnicas utilizadas en las mismas derivan de la terapia familiar o el cognitivismo como resolución de problemas, reestructuraciones, externalizaciones intervenciones estructurales en sesión, intervenciones metafóricas o paradójicas, búsqueda de nuevas soluciones eficaces, uso de preguntas circulares, rituales, tareas de generalización, uso de códigos comunes o proyección de futuro.

Otro grupo de técnicas proceden del conductismo, como concreción de objetivos, cuantificaciones o reforzamientos.

El programa se lleva a cabo en co-terapia entre el psicólogo y el psiquiatra del hospital, en sesiones quincenales de 45 minutos.

Al final del tratamiento, se realiza un cuestionario que evalúa la situación de los pacientes al alta, desde la doble perspectiva del propio paciente y de los familiares con los que convive. Dicho cuestionario, elaborado por el equipo terapéutico, es voluntario, anónimo y auto-aplicado, y se haya en periodo de validación. Se cumplimenta por el paciente y la familia independientemente, y remitidos por correo postal, cuando aquel ha sido dado de alta. Este tipo de encuestas (8) se han venido imponiendo de manera rutinaria para valorar la calidad asistencial y los resultados de los tratamientos desde tiempos atrás, y han sido estudiadas para poder decidir sobre su validez y utilidad en el análisis sobre calidad de los servicios de salud.

El número total de cuestionarios analizados es de 38 de los pacientes, y 37 de las familias, ya que una de estas últimas no llega a contestar.

Los ítems que se analizan son los siguientes:

- Las relaciones del paciente con la familia
- La comunicación entre ambos.
- El conocimiento que tienen sobre su enfermedad
- Importancia que concede a la medicación.
- Su participación en las actividades de la vida diaria
- Su relación con personas ajenas a la familia.
- La toma de su medicación.
- Su actitud personal frente al futuro.

Cada uno de estos ítems se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos (mucho, bastante, algo, nada).

■ RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las distintas variables analizadas en este estudio nos hablan de una clara mejoría en los pacientes que participan de este programa de intervención familiar.

Una de dichas variables es la relación del paciente con la familia (Tabla 1), que es mejor que antes del tratamiento en un 74% de los casos según los pacientes y en lo cual coinciden con la percepción subjetiva de mejoría también los pacientes (73% mejor que antes)

Tabla I. Grado de mejoría en las relaciones familiares

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	28	74%	27	73%
Igual de buena	5	13%	7	19%
Igual de mala	3	8%	3	8%
Peor que antes	2	5%	0	0
Totales	38	100%	37	100

Un aspecto parcial de esta relación es la comunicación con la familia, (Tabla 2) que se analiza por separado, y cuyos resultados nos hablan de una mejoría psicopatológica también, puesto que todos los pacientes de este estudio padecen algún tipo de psicosis o de trastorno grave de la personalidad, lo que conlleva dificultades en la comunicación con el entorno; La comunicación con la familia es mejor que antes en el 74% de los casos, según la percepción de los pacientes y en el 65%, según la percepción de los familiares. Esta doble perspectiva, de los pacientes por un lado y de los familiares por otro, contribuye a ofrecernos un indicador más fiable de calidad asistencial (Indicador de resultados: satisfacción percibida).

Tabla II . Comunicación con la familia

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	28	74%	24	65%
Igual de buena	5	13%	10	27%
Igual de mala	2	5%	3	8%
Peor que antes	3	8%	0	0
Totales	38	100%	37	100

La mejoría en las relaciones se generaliza también a otros contextos además del familiar, y así encontramos que el 61% de los pacientes consideran sus relación con personas ajenas a la familia «Mejor que antes del tratamiento», mientras que esta mejoría también la perciben las familias en un 51% (Tabla 3).

Tabla III. Grado de mejora en las relaciones con peronas ajenas a la familia

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	23	61%	19	51%
Igual de buena	8	20%	10	27%
Igual de mala	6	16%	6	16%
Peor que antes	1	3%	2	6%
Totales	38	100%	37	100



En relación con la importancia que el paciente concede a la medicación tras el programa de intervención familiar es «mucho» al final del mismo, en el 29% de los casos, aunque este porcentaje disminuye hasta el 19% en el caso de las familias (Tabla 4). Es posible que esta importancia relativa que tanto unos como otros conceden a la medicación quede reflejada también en las cifras sobre cómo toma actualmente dicha medicación «mejor que antes» en el 42% de los casos según el paciente y en el 40% según los familiares (Tabla 5).

Tabla IV. Importancia que concede a la medicación

	Pacientes		Familias	
Mucha	11	29%	7	19%
Bastante	12	32%	18	49%
Algo	8	21%	9	24%
Nada	7	18%	3	8%
Totales	38	100%	37	100

Tabla V. Toma actual de la medicación

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	16	42%	15	40%
Igual de bien	19	50%	21	57%
Igual de mal	2	5%	0	0%
Peor que antes	1	3%	1	3%
Totales	38	100%	37	100

La tabla 6 refleja que la intervención realizada provoca cambios en el conocimiento de la enfermedad ya que los pacientes que dicen haber avanzado «Mucho o bastante» en el 69% de los casos y en el 68% de los familiares y en cierto modo también estos cambios permiten un cierto avance hacia el futuro: el 21% de los pacientes dicen haber avanzado «Mucho», frente al 8% de las familias que dicen haber avanzado mucho.

Tabla VI. Avance en el conocimiento de la enfermedad

	Pacientes		Familias	
Mucha	6	16%	11	30%
Bastante	20	53%	14	38%
Algo	7	18%	10	27%
Nada	5	13%	2	5%
Totales	38	100%	37	100%

Finalmente, en la tabla 7 se indican los resultados obtenidos en el ítem «Colaboración en las actividades de la vida diaria». El 53% de los pacientes dicen colaborar más y mejor que antes del programa de intervención, frente al 52% de las familias que reconocen esta mejoría.

Tabla VII. Colaboración en las actividades de la vida diaria

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	20	53%	19	52%
Igual de bien	8	21%	7	19%
Igual de mal	9	23%	9	24%
Peor que antes	1	2%	2	5%
Totales	38	100%	37	100%

En la tabla 8 observamos la valoración de pacientes y familiares en cuanto a los avances que su actitud frente al futuro ha sufrido tras el programa de intervención familiar.

Tabla VIII . Avances en la actitud frente al futuro

	Pacientes		Familias	
Mucho	8	21%	3	8%
Bastante	12	32%	9	24%
Algo	13	34%	19	52%
Nada	5	13%	6	16%
Totales	38	100%	37	100

■ DISCUSIÓN

Este programa de intervención familiar se enmarca en un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo, con componentes cognitivo-conductuales y es idiosincrático del hospital de día como régimen de hospitalización parcial. Comparte con otros modelos psicoeducativos elementos comunes que diversos autores han considerado válidos para lograr eficacia terapéutica; entre estos, una *visión* no negativa de la enfermedad mental, lo que implica una relación de trabajo conjunta con las familias, evitando culpabilizarlas y enseñándoles las mejores maneras de abordar todos los problemas, respetando sus propias necesidades individuales y sus propios recursos a la vez que se les reconoce la sobrecarga familiar por tener un miembro enfermo.

Se utilizan conceptos que proceden de la terapia familiar (estructural y sistémica) como «límites interpersonales e intergeneracionales», a visión de la familia como un «sistema», el apoyo al subsistema parental frente a otros subsistemas y la promoción de la separación e independencia de los hijos ;Pero también utiliza conceptos procedentes de otras líneas terapéuticas como la modificación de conducta y el cognitivismo.

Se trabaja con los problemas y con el estrés concreto que encaran las familias analizando las relaciones mutuas e identificando sus estilos individuales de afrontamiento.

Este programa de intervención proporciona *estructuración y estabilidad* tanto a la familia como al paciente al mantener contactos regulares con ellos que conocen con antelación lo que les proporciona un soporte para superar el descontrol y la imprevisibilidad generados por la enfermedad: Esto posibilita, como dice Vallina (4) un modelo a imitar por la familia y el paciente para la contención de su angustia.

El uso de un formato de resolución de problemas centrado en la sesión clínica, permite evaluar los recursos y las necesidades de la familia, estableciendo objetivos realistas, enseñando a establecer prioridades y asignando tareas entre sesiones para realizar en casa con revisiones en la siguiente entrevista.

Durante el tratamiento, se reubica al paciente como miembro activo del sistema familiar y le devuelve su papel en la familia tras la crisis, a la vez que posibilita que la familia tenga un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayuda a disponer de mejores recursos de afrontamiento.

Supone un procedimiento de aprendizaje de comunicación entre el paciente y su familia, solicitando los cambios que el paciente puede realizar, identificando de un modo simple, claro y específico los objetivos de cambio, que se realizan por medio de ensayos en la sesión, modelado, *feed-back* y generalización a la vida diaria.

Otros programas de tratamiento, como el modelo psicoeducativo de Anderson, la intervención socio-familiar de Leff o la terapia familiar conductual tienen características similares al programa de intervención familiar de hospital de día.

Las limitaciones que, necesariamente, hemos de considerar a la hora de valorar los datos de este estudio, tienen que ver con varios aspectos: por un lado el reducido número de pacientes del mismo, lo que hace que los datos no puedan ser generalizables a otros contextos externos a la propia estructura de hospital de día. Por otro lado la coexistencia de otras variables que no han sido controladas, aunque sí tenidas en cuenta en nuestros resultados, como el tratamiento farmacológico, y cuyo control (de su ausencia) ha sido imposible por motivos éticos obvios. Además, no se han realizado estudios de cómo se mantienen los logros en el futuro.

Otra variable que podría condicionar resultados tan espectaculares puede ser la propia satisfacción percibida, sobre todo en el caso de las familias, dado que al realizar el cuestionario al alta el agradecimiento por el bienestar de su familiar puede amplificar los datos.

A pesar de ello, los resultados obtenidos en las distintas variables analizadas en este estudio nos hablan de una clara mejoría en los pacientes que participan de este programa sin diferencias significativas entre lo que percibe la familia y lo que percibe el propio usuario: en esto, difieren nuestros resultados de los de otros autores como López y Muñoz (9). Una de estas variables es la relación del paciente con la familia, la

cual es mejor que antes del tratamiento en un 74% de los casos según los pacientes y en lo que coinciden con la percepción subjetiva de mejoría también los pacientes (73% mejor que antes). Un aspecto parcial de esta relación es la comunicación con la familia, que se analiza por separado, y cuyos resultados nos hablan de una mejoría psicopatológica, puesto que todos los pacientes de este estudio padecen algún tipo de psicosis o de trastorno grave de la personalidad, lo que conlleva, entre otros síntomas, graves dificultades en la comunicación del paciente con su entorno; La comunicación con la familia es mejor que antes en el 74% de los casos, según la percepción de los pacientes y en el 65%, según la percepción de los familiares. Esta doble perspectiva, de los pacientes por un lado y de los familiares por otro, contribuye a ofrecernos un indicador de calidad asistencial (indicador de resultados) que es la satisfacción percibida, objeto de trabajos como los de Fitzpatrick en 1991 (10) o Mateo Sancho en 1988 en nuestro país (11).

La mejoría en las relaciones con los demás se generaliza también a otros contextos además del familiar, y así encontramos que el 61% de los pacientes consideran sus relaciones con personas ajenas a la familia «Mejor que antes del tratamiento»; mientras que esta mejoría también la perciben las familias en un 51%.

En relación con la importancia que el paciente concede a la medicación tras el Programa de intervención familiar es «mucho» al final del mismo, en el 29% de los casos, aunque este porcentaje disminuye hasta el 19% en el caso de las familias. Es posible que esta importancia relativa que tanto unos como otros conceden a la medicación quede reflejada también en las cifras sobre cómo toma actualmente dicha medicación «mejor que antes» en el 42% de los casos según el paciente y en el 40% según los familiares.

La intervención realizada provoca cambios en el conocimiento de la enfermedad ya que los pacientes que dicen haber avanzado «Mucho o bastante» en el 69% de los casos y en el 68% de los familiares y en cierto modo también estos cambios permiten un cierto avance hacia el futuro: el 21% de los pacientes dicen haber avanzado «Mucho», frente al 8% de las familias que corroboran este avance.

En relación con los resultados obtenidos en el ítem «Colaboración en las actividades de la vida diaria», hemos de destacar que la mejoría percibida en la relación con la familia tiene repercusiones en el ámbito concreto de la colaboración en tareas domésticas: El 53% de los pacientes dicen colaborar más y mejor que antes del programa de intervención, frente al 52% de las familias.

Finalmente, futuros trabajos podrán tener en cuenta la inclusión de un grupo control y así poder realizar un estudio comparativo de los resultados con un mayor desarrollo estadístico. El cuestionario podría ser aplicado a un grupo que no haya seguido dicho programa de intervención familiar. También podría ser de interés la reevaluación del grupo que ha seguido dicho programa, con el mismo cuestionario, tiempo después.

■ CONCLUSIONES

1. Los pacientes con trastornos psicóticos y graves de la personalidad que participan en programas psicoeducativos junto con sus familiares durante su Hospitalización parcial en el hospital de día mejoran su comunicación con la familia.
2. La mayoría mejoran su relación con ella.
3. Mejoran también su relación con personas ajenas a la familia.
4. Los pacientes que participan en programas psicoeducativos familiares, logran mayoritariamente un mayor conocimiento de la enfermedad, así como una mayor adherencia al tratamiento, representado en el hecho de que toman la medicación mejor que antes, concediéndole más importancia que antes (Bastante o mucha)
5. Los pacientes que participan en los programas psicoeducativos mencionados, colaboran más que antes en las actividades de la vida diaria familiar.
6. Estos pacientes presentan, en su mayoría, una actitud más positiva frente al futuro.
7. Tanto los pacientes como las familias valoran como positivos los cambios que se producen tras el programa de intervención familiar en las distintas variables estudiada.

■ APÉNDICE

Escala de satisfacción de pacientes

1. Al final del tratamiento en este Hospital sus relaciones familiares son:

3. Mejor que antes 2. Igual de buenas que antes 1. Igual de malas que antes 0. Peor que antes

2. Al final del tratamiento su comunicación con la familia es:

3. Mejor que antes 2. Igual de buena que antes 1. Igual de mala que antes 0. Peor que antes

3. Su participación en las tareas Domésticas:

3. Ha aumentado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha disminuido

4. Su relación con personas ajenas a la familia:

3. Ha mejorado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de mala que antes 0. Ha empeorado

5. En su actitud personal frente al futuro (Trabajo, estudio independencia económica...) ha avanzado:

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

6. En Relación con el conocimiento de la enfermedad, ha avanzado,

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

7. En relación con la importancia que usted concede actualmente a la medicación, ha avanzado:

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

8. ¿Cómo toma ahora la medicación?:

3. Mejor que antes 2. Igual de bien que antes 1. Igual de mal que antes 0. Peor que antes

9. COMENTARIOS. SUGERENCIAS. OBSERVACIONES:

Escala de satisfacción de familias

-
1. Al final del tratamiento en éste Hospital, las relaciones del paciente con la familia son:
3. Mejor que antes 2. Igual de buenas que antes 1. Igual de malas que antes 0. Peor que antes
-
2. Al final del tratamiento la comunicación del paciente con la familia es:
3. Mejor que antes 2. Igual de buena que antes 1. Igual de mala que antes 0. Peor que antes
-
3. Su participación en las tareas domésticas:
3. Ha aumentado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha disminuido
-
4. Su relación con personas ajenas a la familia:
3. Ha mejorado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha empeorado
-
5. En su actitud personal frente al futuro (trabajo, estudio, independencia económica...) ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
6. En relación con el conocimiento de la enfermedad, ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
7. En relación con la importancia que Ud. concede actualmente a la medicación, ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
8. ¿Cómo toma ahora la medicación?
3. Mejor que antes 2. Igual de bien que antes 1. Igual de mal que antes 0. Peor que antes
-
9. COMENTARIOS. SUGERENCIAS. OBSERVACIONES:
-

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Vallina O. y Lemos S.»Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia», *Psicothema* 2001, Vol.13, nº 3, pp 345-364.
2. Linszen, D., Haan, L. and Amesvoort, T. «Early intervention in first-Episode of Psychosis and Schizophrenia: A critical period for patients, families and professionals». *J. Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, Vol. I, Number 1, 2004.
3. Gamo E., Guindeo J, Pascual P, Villalba A. «Grado de satisfacción y mejoría subjetiva en un Centro de Salud mental», *Rev. AEN*, 1994 nº 50, pp. 403-416.
4. Baca Baldomero, E.»Indicadores de efectividad en la evaluación de los Servicios Psiquiátricos», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991,11, 37, pp. 93-101.
5. Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Ed. Gedisa, 1979.
6. Nardone G. y Watzlawick, P., *El arte del cambio*, Barcelona, Ed. Herder, 1995.
7. Beck , J.S. *Terapia cognitiva*. Barcelona, Ed. Gedisa,2000.
8. Hernando, P., Lechuga, F. y Moya, J.»La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del Informe del usuario», *Rev. AEN*, 2003, Vol. XXIII ,nº 58 pp. 137-152.

9. López, A. E. y Muñoz, M. «Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de rehabilitación psicosocial de la CCAA de Madrid», *Rev. Jano*, 1992, Vol. XLII N° 993, pp. 79-89
10. Fitzpatrick, R. «Surveys of patient satisfaction: Important general considerations», *BMJ*, 1991, n° 302, pp.1129-113.
11. Mateo Sancho, C. «Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el Centro de Salud Huerta de la Reina de Córdoba». *Atención Primaria*, 1988, n° 5, pp. 192-196.

Luz Celia Fernández Martín
Psicólogo Clínico
Hospital de Día Psiquiátrico. Salamanca.
Profesora Asociada. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca
E-Mail: luzc@usal.es

Clara Fombellida Velasco
Psiquiatra
Hospital de Día Psiquiátrico. Salamanca.
E-Mail: Psiquiatra@chsaludmental.com

Jesús Herrero Sánchez
Profesor Titular Interino del Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología, Universidad Salamanca
E-Mail: jherrero@usal.es

Dirección para correspondencia:
Luz Celia Fernández Martín
Psicólogo Clínico
Hospital de Día Psiquiátrico - Consorcio Hospitalario
Pº San Vicente 131
37003 – Salamanca
Tfno.: 923-216206 (Extensión 735)
E-mail: luzc@usal.es