

**Satisfacción de
usuarios de
programas de
tratamiento de
drogodependencias.
Validación de un
modelo de
evaluación**

M^a Cristina Fernández
Coll i Sergi Canal
Montiel
Projecte Home Balears

Educació i Cultura
(2005), 18:
269-283

Satisfacción de usuarios de programas de tratamiento de drogodependencias. Validación de un modelo de evaluación

Satisfying participants in drug addiction treatment programs. Validating an evaluation model

**M^a Cristina Fernández Coll
y Sergi Canal Montiel**
Projecte Home Balears

Resumen

Una de las preocupaciones más generalizadas en las organizaciones es la calidad del servicio que ofrecen, y son los propios usuarios la fuente esencial de información. La naturaleza de los servicios determina las variables que dotan de calidad a los servicios, cobrando la satisfacción de los usuarios un papel fundamental en los servicios asistenciales.

En este estudio tratamos de validar una escala de satisfacción de los usuarios de nuestros programas de tratamiento, recogiendo características específicas de su metodología de intervención. Pretendemos verificar las dimensiones implicadas en la satisfacción de nuestros usuarios para así fortalecerlas y favorecer el cumplimiento de las pautas terapéuticas encaminadas a resolver su problema de adicción.

Summary

The quality of services offered is one of the most widespread concerns in organisations and users themselves are the essential source of information. The nature of these services determines the variables that endow services with quality; user satisfaction plays a fundamental role in healthcare services.

This study aims to validate a user scale of satisfaction with our treatment programmes and covers specific features of their intervention methodology. The dimensions involved in user satisfaction are verified in order to strengthen the performance of therapeutic guidelines aimed at solving addiction problems.

Introducción

La calidad es una de las preocupaciones más generalizadas entre los directivos de diversos tipos de organizaciones, públicas o privadas, lucrativas o humanitarias y afecta también al sector de la atención a drogodependientes.

Los modelos actuales de calidad incluyen las perspectivas de distintos informantes: la dirección, los empleados y los usuarios. La satisfacción de los usuarios es uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad (Magro, R. 1998), y la opinión de los mismos nos proporciona información acerca del éxito o fracaso de la organización para cubrir las expectativas de los usuarios. Son los usuarios los que, en última instancia, dotan de sentido a la organización.

Aunque tradicionalmente se ha utilizado la escala multidimensional SERVQUAL para la medida de la satisfacción, Costa (1999) señala algunos de los problemas que presenta, como son la necesidad de adaptarlo a cada entorno y su ineffectividad para la evaluación de servicios múltiples. En algunos de los escasos estudios sobre satisfacción de usuarios en servicios específicos de atención a las personas drogodependientes, se ha utilizado el *Treatment Perceptions Questionnaire* (TPQ) desarrollado por Marsden, Gossop, Stewart *et al.* (2000). Este es el primer cuestionario desarrollado en Europa diseñado para medir la satisfacción respecto al proceso terapéutico en población en tratamiento por adicción a las drogas. Sin embargo presenta algunas limitaciones en lo que respecta a nuestra realidad, puesto que deja de lado aspectos muy específicos de nuestros programas y metodología de trabajo, que pensamos son importantes valorar y conocer si son susceptibles de mejora.

Además de las limitaciones de las escalas existentes, la dificultad de la evaluación de los servicios de atención a las personas, a diferencia de otros servicios, estriba en que dichos servicios son poco estandarizados y uniformes, no son acumulables y es difícil establecer su valor real (Rodríguez-Weber, M. A. y López-Candiani, C. 2002). Según Proctor y Wright (1998) la calidad de este tipo de servicios depende mucho de la relación interpersonal cuando éste se está proporcionando. La satisfacción de los usuarios, así, puede referirse al proceso de la atención o a los resultados de la misma.

Existen otras razones por las que se deben considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios y de la adhesión al mismo.

La idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus usuarios se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad (Caminal, J. 2001).

El objetivo del análisis de la satisfacción debería ser facilitar información a los profesionales y los administradores de las organizaciones sobre los aspectos que son percibidos por la población usuaria como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial.

Así, la información sobre la satisfacción se constituye como un instrumento de participación de los usuarios en la calidad de la atención que reciben.

En el presente estudio pretendemos validar una escala de satisfacción de los usuarios y usuarias de Proyecto Home Balears.

Cuestionario de satisfacción de los usuarios

Partiendo de algunas de las dimensiones clásicas en los estudios de los componentes de la calidad de los servicios (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, 1988) y de la revisión de las dimensiones que se contemplan en servicios de atención a drogodependientes u otros servicios de salud, se establecen, *a priori*, aquellas dimensiones que estarían relacionadas con la percepción por parte de los usuarios de la calidad de nuestros servicios, concretamente, con la satisfacción de los mismos. La relación entre estas y las clásicas se representa en los siguientes cuadros (la explicación del significado de las mismas utiliza el término *usuario* en lugar de *cliente*, adaptándolo al estudio que presentamos):

Tabla 1. Componentes de la calidad de los servicios en estudios clásicos.

Parasuraman <i>et al.</i> 1985	Parasuraman <i>et al.</i> 1988
Fiabilidad: habilidad para producir el servicio prometido de forma fiable y correcta.	Fiabilidad: habilidad para llevar a cabo el servicio de forma fiable y correcta.
Capacidad de respuesta: voluntad de ayudar a los usuarios y prestar el servicio con la rapidez adecuada.	Capacidad de respuesta: voluntad para ayudar a los usuarios y proveerles un servicio con rapidez.
Competencia: habilidades y conocimientos necesarios para prestar el servicio.	Seguridad: conocimientos y trato de los profesionales y su capacidad para transmitir confianza.
Accesibilidad: facilidad para contactar con el personal.	Empatía: esmero y atención personalizada hacia los usuarios y las usuarias.
Cortesía: educación, respeto, consideración y amabilidad del personal.	Tangibles: instalaciones físicas y equipamiento.
Comunicación: habilidad comunicativa para hacerse entender y escuchar a los usuarios.	
Credibilidad: honestidad del proveedor del servicio.	
Seguridad: el usuario se siente libre de peligro, daño o duda.	
Comprensión del usuario: esfuerzos por entender a los usuarios y las usuarias y sus necesidades.	
Tangibles: apariencia de las instalaciones físicas y equipamiento.	

Tabla 2. Dimensiones establecidas *a priori* en nuestro estudio.

Accesibilidad: facilidad para contactar con el centro.
Tangibles: instalaciones físicas y equipamiento.
Seguridad: conocimientos y trato de los profesionales y su capacidad para transmitir confianza.
Solución de Problemas: capacidad de dotar de los recursos necesarios a los usuarios para solucionar problemas durante su tratamiento.
Programa: aspectos específicos del programa de tratamiento.
Capacidad de respuesta: voluntad para ayudar a los usuarios y proveerles de servicios complementarios al tratamiento.

Se procedió a la elaboración de una escala Likert, utilizadas habitualmente en los estudios de satisfacción (Rodríguez, E. 1998). El primer paso consistió en elaborar un conjunto de ítems que *informaran* de todas las dimensiones establecidas para la valoración de la satisfacción. Para ello se realizó una revisión de las escalas que se utilizaban para tal fin, y se determinaron los ítems que podrían representar aspectos concretos de nuestros programas de tratamiento.

Se recogieron, las propuestas de ítems de los diferentes equipos de trabajo obteniendo un total de 29 enunciados que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Ítems que constituyen cada una de las dimensiones.

DIMENSIÓN	ÍTEMES
ACCESIBILIDAD	1. Me resultó fácil conseguir cita en el centro. 2. Mi solicitud de ingreso se ha atendido con rapidez. 3. El horario de atención del centro es adecuado.
TANGIBLES	4. Las instalaciones del centro (salas de grupo, cocina, aseos, etc.) están en buen estado. 5. Las instalaciones del centro son suficientes. 6. Las instalaciones del centro están limpias. 7. La alimentación que recibo es adecuada (cantidad, variedad, etc.).
SEGURIDAD	8. Me siento respetado en las decisiones que voy tomando. 9. Sé que puedo contar con las personas del equipo cuando lo necesito. 10. El trato humano por parte del equipo es adecuado. 11. Se tienen en cuenta mis características personales. 12. El tiempo que me dedican los profesionales es suficiente. 13. Los miembros del equipo se preocupan por mí y me entienden. 14. Los miembros del equipo son buenos profesionales. 15. El equipo terapéutico me inspira confianza y seguridad.
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	16. El equipo me motiva a buscar solución a mis problemas. 17. Las indicaciones que se me dan me orientan para resolver problemas. 18. Cuando tengo un problema, los profesionales me ayudan a buscar la manera de resolverlo.
PROGRAMA	19. Cuando he tenido deseos o ganas de consumir he recibido ayuda para evitar el consumo. 20. Después de una recaída he recibido el apoyo y orientación adecuada para afrontarla y seguir adelante. 21. Ante un posible abandono he recibido el apoyo para tomar con coherencia la decisión. 22. El trabajo en grupo me da seguridad en mi proceso. 23. El trabajo en grupo hace que me sienta más acompañado en mi proceso. 24. La atención que se da a los familiares es la adecuada. 25. Mi familia ha recibido el apoyo y la orientación necesarios.
CAPACIDAD DE RESPUESTA	26. El tratamiento favorece mi reinserción laboral. 27. El estilo de vida que me propone el programa me da alternativas y me ayuda. 28. El programa facilita la búsqueda de recursos y alternativas a la hora de afrontar mi reinserción social. 29. La respuesta del programa a mis problemas jurídicos y sociales es buena.

Se estableció que las respuestas se realizasen según una escala de 4 puntos omitiendo el punto de respuesta neutro para evitar tendencias de respuesta centrales con sus consiguientes desventajas a efectos de discriminación de los ítems. Todos los enunciados se escribieron en sentido positivo, dada la confusión que ha generado la utilización de ítems negativos en escalas de satisfacción, especialmente con colectivos de drogodependientes (Rodríguez, M., Jiménez-Lerma, J. M., Llorente, J. M. y Heras, C. 2002).

El cuestionario fue cumplimentado por 179 personas en tratamiento en los diferentes programas de Projecte Home Balears y se procedió al análisis de los ítems de la escala a partir de las puntuaciones obtenidas.

Además de la valiosa información que se obtuvo a partir del análisis de los ítems, en cuanto al servicio que estamos ofreciendo, también se hallaron resultados que nos llevaron a modificar nuestro planteamiento inicial en cuanto a las dimensiones a establecer. Los ítems que forman las dimensiones Accesibilidad y Tangibles no mostraban variabilidad suficiente como para incluirlos en los posteriores análisis. Sospechamos que dichos resultados tienen que ver, en el caso de la Accesibilidad con el hecho de la inmediatez del servicio, puesto que la persona es atendida a partir del primer contacto que establece con el centro, y en el caso de los Tangibles, quizás por haber limitado los aspectos a evaluar y no haber contemplado otros como temperatura de las salas, comodidad, etc., que sí aparecieron en las preguntas abiertas sobre aspectos mejorables del servicio. Igualmente, en relación a la discriminación los ítems se comportaban de manera anómala, puesto que la poca variancia de las puntuaciones implicaba que no había relación significativa entre las puntuaciones en estos ítems y las puntuaciones en un ítem de satisfacción general con el servicio ofrecido por Projecte Home, utilizado como criterio de satisfacción y que se puntuaba entre 1 y 10.

Así pues, se procedió al análisis de la unidimensionalidad de las cuatro dimensiones a las que quedó reducida nuestra propuesta de modelo: Seguridad, Solución de Problemas, Programa y Capacidad de respuesta.

Análisis de las dimensiones

Para el estudio de la estructura factorial del cuestionario se procedió en dos pasos. En primer lugar, se comprobó la unidimensionalidad de las dimensiones establecidas *a priori*. Sobre la comprobación de la unidimensionalidad existen diversas opiniones entre los investigadores, llegando a proponer Hattie (1985) 87 índices distintos. Sin embargo, como señalan Palmer y Fernández (1999) el análisis factorial parece ser la técnica más adecuada y sigue siendo la más utilizada. Igualmente se obtuvieron las medidas de consistencia interna de cada dimensión como medida de cohesión entre los ítems que la conforman. En segundo lugar, se utilizó el modelo de medida congenérico de Jöreskog para verificar que las dimensiones, medidas con los ítems seleccionados, fueran convergentes y unidimensionales. Dado que los datos a analizar se obtuvieron a partir de escalas Likert, los análisis factoriales confirmatorios (AFC) se realizaron utilizando correlaciones policóricas y el método de los mínimos cuadrados ponderados (*Weighted Least Square-WLS*).

Comprobación de la unidimensionalidad

Para la interpretación de los análisis factoriales exploratorios se tuvieron en cuenta los valores de la comunalidad de las diferentes variables analizadas en la dimensión, el porcentaje de variancia total explicado por el factor, y las saturaciones de las variables en el mismo. La consistencia interna se obtuvo a través del índice α de Cronbach.

Dimensión Seguridad

La dimensión seguridad que tiene que ver con los conocimientos, trato de los profesionales y su capacidad para transmitir confianza está formada por los siguientes ítems:

Tabla 4. Ítems que constituyen la dimensión Seguridad.

ITEMS	
8	Me siento respetado en las decisiones que voy tomando.
9	Sé que puedo contar con las personas del equipo cuando lo necesito.
10	El trato humano por parte del equipo es adecuado.
11	Se tienen en cuenta mis características personales.
12	El tiempo que me dedican los profesionales es suficiente.
13	Los miembros del equipo se preocupan por mí y me entienden.
14	Los miembros del equipo son buenos profesionales.
15	El equipo terapéutico me inspira confianza y seguridad.

El análisis factorial exploratorio muestra que las variables se agrupan en torno a un único factor que explica el 52.89% de la variancia y la consistencia interna es $\alpha=0.87$.

Tabla 5. Comunalidad, porcentaje de variancia y peso factorial de los ítems de la dimensión Seguridad.

Variable	Comunalidad	Factor	Porcentaje de variancia	Peso factorial
Item 8	0.444	1	52.887%	0.667
Item 9	0.570			0.755
Item 10	0.533			0.730
Item 11	0.481			0.694
Item 12	0.541			0.736
Item 13	0.656			0.810
Item 14	0.415			0.644
Item 15	0.591			0.769

Dimensión Solución de Problemas

Definida como la capacidad de los profesionales para dotar de los recursos necesarios a los usuarios para solucionar sus problemas durante el tratamiento, esta dimensión la forman los ítems:

Tabla 6. Items que constituyen la dimensión Solución de Problemas.

ITEMS	
16	El equipo me motiva a buscar solución a mis problemas.
17	Las orientaciones que se me dan me orientan para resolver mis problemas.
18	Cuando tengo un problema, los profesionales me ayudan a buscar la manera de resolverlo.

Los ítems 16, 17 y 18 se agrupan en torno a un factor que explica el 67.5% de la variancia y con consistencia interna $\alpha=0.758$.

Tabla 7. Comunalidad, porcentaje de variancia y peso factorial de los items de la dimensión Solución de Problemas.

Variable	Comunalidad	Factor	Porcentaje de variancia	Peso factorial
Item 16	0.667	1	67.5%	0.817
Item 17	0.702			0.838
Item 18	0.656			0.810

Dimensión Programa

Los ítems propuestos para medir aspectos específicos de nuestros programas de tratamiento son:

Tabla 8. Items que constituyen la dimensión Programa.

ITEMS	
19	Cuando he tenido deseos o ganas de consumir he recibido ayuda para evitar el consumo.
20	Después de una recaída he recibido el apoyo y orientación adecuada para afrontarla y seguir adelante.
21	Ante un posible abandono he recibido el apoyo para tomar con coherencia la decisión.
22	El trabajo en grupo me da seguridad en mi proceso.
23	El trabajo en grupo hace que me sienta más acompañado en mi proceso.
24	La atención que se da a los familiares es la adecuada.
25	Mi familia ha recibido el apoyo y la orientación necesarios.

Los resultados del análisis factorial exploratorio señalan que los ítems no se agrupan en una única dimensión sino que se obtuvieron tres factores que explicaban conjuntamente el 79.3% de la variancia.

Tabla 9. Comunalidad, porcentaje de variancia y peso factorial de los ítems de la dimensión Programa.

Variable	Comunalidad	Factor	Porcentaje de variancia
Item 19	0.645	1	43.81%
Item 20	0.800	2	21.53%
Item 21	0.719	3	13.96%
Item 22	0.848		
Item 23	0.791		
Item 24	0.891		
Item 25	0.857		

La siguiente tabla muestra la estructura factorial obtenida:

Tabla 10. Solución factorial de la dimensión Programa.

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Item 19	0.684		
Item 20	0.882		
Item 21	0.736		
Item 22		0.914	
Item 23		0.872	
Item 24			0.926
Item 25			0.841

Así, el primer factor estaría formado por 3 ítems relacionados con la ayuda recibida en situaciones de peligro de recaída o cuando la recaída se ha producido, 2 ítems relacionados con la metodología de grupo de autoayuda y los últimos 2 ítems con la atención a la familia. Dada la coherencia de los factores obtenidos pensamos que es importante mantenerlos diferenciados en el análisis factorial confirmatorio posterior.

Dimensión capacidad de respuesta

Esta última dimensión, definida por la voluntad para ayudar a los usuarios y proveerles de servicios complementarios al tratamiento, está constituida por los ítems restantes, desde el 26 al 29.

Tabla 11. Items que constituyen la dimensión Capacidad de Respuesta.

ITEMS	
26	El tratamiento favorece mi reinserción laboral
27	El estilo de vida que me propone el programa me da alternativas y me ayuda
28	El programa facilita la búsqueda de recursos a la hora de afrontar mi reinserción social
29	La respuesta del programa a mis problemas jurídicos y sociales es buena

El análisis factorial exploratorio proporciona un factor que explica el 54.82% de la variancia. La consistencia interna obtenida para estos ítems fue $\alpha=0.713$.

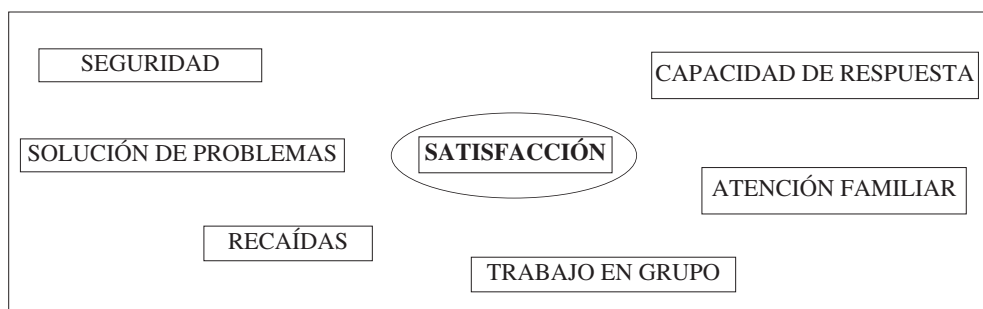
Tabla 12. Comunalidad, porcentaje de variancia y peso factorial de los items de la dimensión. Capacidad de Respuesta.

Variable	Comunalidad	Factor	Porcentaje de variancia	Peso factorial
Item 26	0.445	1	54.82%	0.667
Item 27	0.680			0.825
Item 28	0.601			0.775
Item 29	0.467			0.684

Dimensiones finales

Los diferentes resultados obtenidos del estudio de las diferentes dimensiones a través del análisis factorial exploratorio nos llevan a plantear una estructura factorial del cuestionario como muestra el gráfico siguiente:

Gráfico 1. Dimensiones a confirmar.

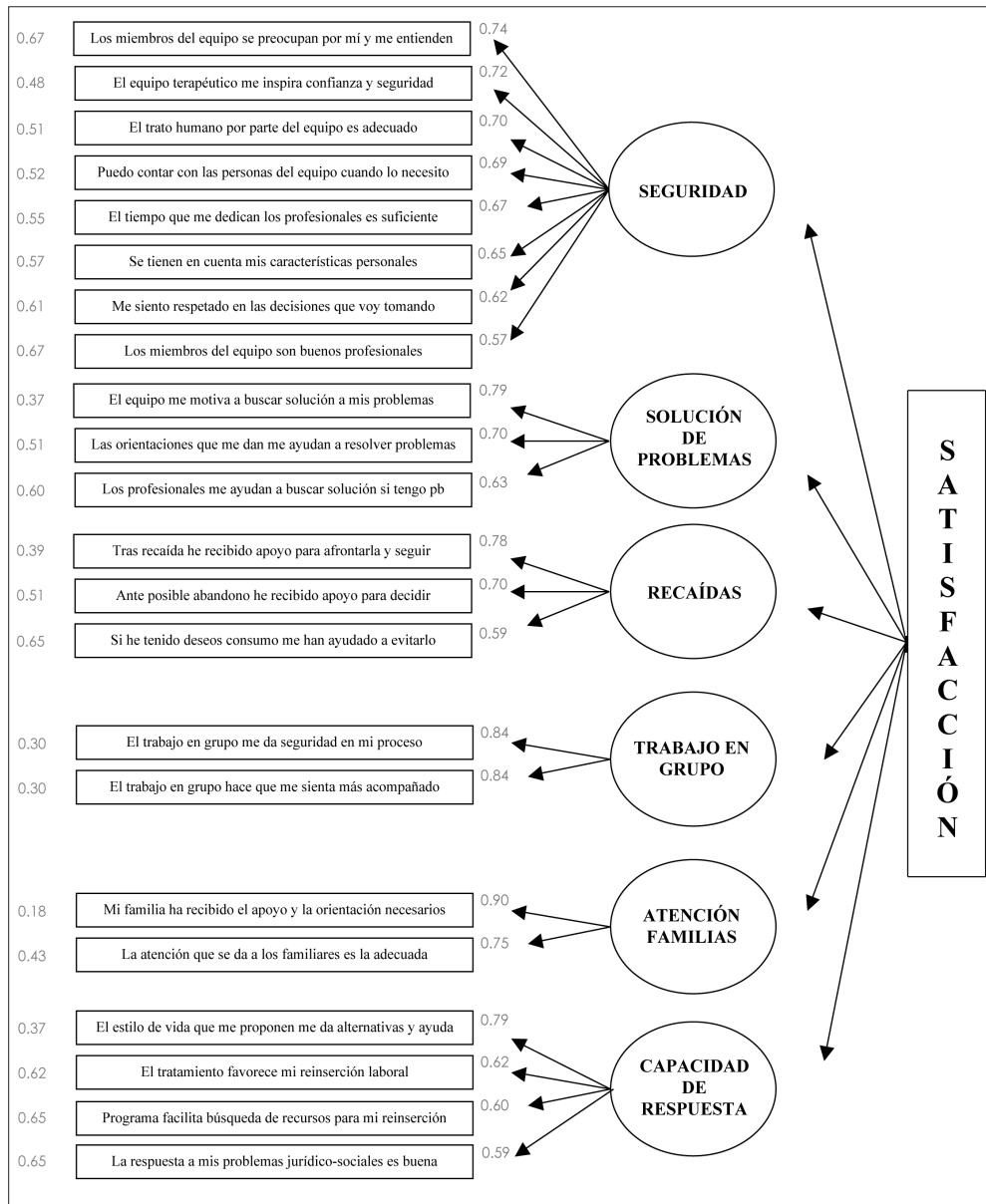


Los tres factores enmarcados en color rojo se corresponden a la descomposición del factor inicial Programa. La estructura presentada es la que se pasó a verificar con posterioridad a través del AFC. C

Confirmación del modelo

Para la interpretación de los análisis factoriales confirmatorios se deben tener en cuenta diferentes índices. En primer lugar, los valores λ (en rojo) indican las saturaciones de las variables en el factor. δ (en verde) representa la especificidad de la variable. $1-\delta$ es el coeficiente de correlación múltiple, que equivale a la comunalidad estimada en el análisis factorial exploratorio (Martínez-Arias, 1995).

Gráfico 2. Solución factorial confirmatoria del modelo



Con respecto al ajuste del modelo, se han propuesto distintos índices. El índice (χ^2) es el primero de ellos. Cuando resulta no significativo implica que no hay diferencias significativas entre la matriz de covariancias del modelo y la matriz de covariancias poblacional, lo que quiere decir que el ajuste de los datos es bueno. Sin embargo, este índice es sensible al apuntamiento de las distribuciones de las variables y al tamaño de muestra. Por tanto, para evaluar la bondad de ajuste del modelo se utilizaron los índices RMSEA (Steiger, 1990), el NFI (Tucker y Lewis, 1973) y CFI (Bentler, 1990), menos sensibles al tamaño de muestra y que se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 13. Índices de bondad de ajuste.

	RMSEA	NFI	CFI
Obtenidos	0.066	0.93	0.97
Ideal	<0.08	>0.90	>0.90

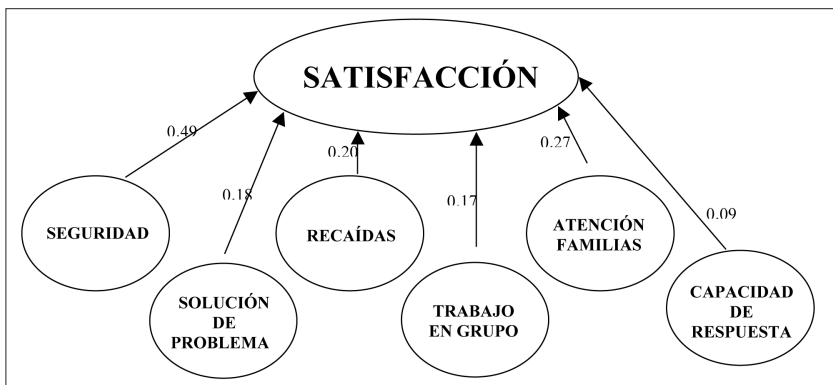
Las matriz de correlaciones entre las dimensiones del cuestionario muestra que las relaciones más significativas se obtienen entre la dimensión solución de problemas con la de seguridad y capacidad de respuesta:

Tabla 14. Correlaciones entre las diferentes dimensiones.

	Seguridad	Solución de problemas	Recaídas	Trabajo en grupo	Atención familias	Capacidad de respuesta
Seguridad	1.00					
Solución de problemas	0.75	1.00				
Recaídas	0.56	0.57	1.00			
Trabajo en grupo	0.57	0.64	0.38	1.00		
Atención familias	0.51	0.40	0.64	0.42	1.00	
Capacidad de respuesta	0.65	0.73	0.38	0.58	0.51	1.00

El valor predictivo de las dimensiones sobre el constructo de satisfacción se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Valor predictivo de las dimensiones.



A partir de las dimensiones generales del modelo pueden explicarse el 96% de la satisfacción de los usuarios con el servicio. La dimensión seguridad es la mejor predictora y la de capacidad de respuesta es la que menos predice satisfacción. El valor de la constante de error estándar de estimación es de 0.773.

Conclusiones

— Los usuarios de los centros de rehabilitación son una fuente esencial de información sobre la calidad del servicio. Conocer la satisfacción de los usuarios del servicio permite mejorar su calidad.

— El estudio de la satisfacción de usuarios debe contemplar las características específicas de los servicios que pretenden evaluarse.

- Los resultados cuantitativos del cuestionario adaptado permite concluir que la satisfacción de los usuarios de Projecte Home Balears depende, por orden de valor predictivo:
- De los conocimientos y el trato de los profesionales y su capacidad para transmitir confianza.
- Del trato que se da a los familiares de los usuarios.
- De la ayuda que reciben tras una recaída o en situaciones de riesgo de sufrirla.
- De la capacidad para dotar de los recursos necesarios a los usuarios para solucionar sus problemas durante el tratamiento.
- De la metodología de trabajo en grupo.
- De la voluntad para ayudar a los usuarios y proveerles de servicios complementarios al tratamiento.

— Se hace necesario el refinamiento del cuestionario y la validación del modelo en muestras de los diferentes programas de Proyecto Hombre para verificar el ajuste del mismo a las distintas realidades terapéuticas.

— Es importante, en próximos estudios, estudiar cómo la satisfacción con las distintas facetas del servicio afecta al comportamiento del usuario: permanencia, adhesión al tratamiento, disminución de recaídas.

— Si en muchos servicios el objetivo de la medida de satisfacción de usuarios (clientes) está encaminado a la mejora de los mismos buscando la fidelidad de los clientes, en los servicios de atención a personas drogodependientes, el objetivo de la medida de satisfacción busca la mejora para aumentar la adhesión a los tratamientos y el cumplimiento de las pautas terapéuticas, para que los usuarios no requieran de nuevo el servicio porque hayan logrado su plena rehabilitación y reinserción social.

Referencias bibliográficas

- BENTLER, P. M. (1990): «Comparative fit indexes in structural modeling», *Psychological Bulletin*, núm.107, pág. 238-246.
- CAMINAL, J. (2001): «La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios», *Revista de Calidad Asistencial*, núm.16, pp.276-279.

- COSTA-FONT, J. (1999): «Evaluación de la satisfacción del paciente», *Jano*, Vol. 56, núm. 1285, pág. 68.
- HATTIE, J. A. (1985): «Methodological review: assessing unidimensionality of tests and ítems», *Applied Psychological Measurement*, núm.9, pág.139-164.
- MAGRO, R. (1998): «Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria», *Semergen*, Vol.24, núm 9, pág. 711-718.
- MARSDEN, J.; STEWART, D.; GOSSOP, M.; ROLFE, A.; BACCHUS, L., GRIFFITHS, P.; CLARKE, K.; STRANG, J. (2000): «Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)», *Addiction Research*, Vol. 8, núm.5, pág. 455-470.
- MARTÍNEZ ARIAS, M. R. (1995): *Psicometría: teoría clásicas de los tests psicológicos y educativos*, Síntesis, Madrid.
- PALMER, A.; FERNÁNDEZ, M. C. (1999): *Introducción a la Teoría Clásica de los Tests*, Servei de Publicacions de la Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. (1988): «*Servqual*: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of service quality», *Journal of Retailing*, núm. 64, pág. 2-40.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. (1985). «A conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research», *Journal of Marketing*, núm. 49, pág. 41-50.
- PROCTOR, S. R.; WRIGHT, G. H. (1998): «Can services marketing concepts be applied to health care?», *Journal of Nursing Management*, Vol. 6, núm. 3, pág. 147-153.
- RODRÍGUEZ, E. (1986): «Las escalas como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía», *Gaceta Sanitaria*, vol. 5, núm. 30, pág. 237-241.
- RODRÍGUEZ, M.; JIMÉNEZ-LERMA, J. M.; LLORENTE, J. M.; HERAS, C. (2002): «Estudio de la satisfacción de usuarios en una unidad de conductas adictivas», *Interpsiquis*.
- RODRÍGUEZ-WEBER, M. A. y LÓPEZ-CANDIANI, C. (2002): «Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría», *Acta Pediátrica de México*, Vol.23, núm.1, pág. 12-17.
- STEIGER, J. H. (1990): «Structural model evaluation and modification: an interval estimation approach», *Multivariate Behavioral Research*, núm. 25, pág.173-180.
- TUCKER, L. R.; LEWIS, C. (1973): «The reliability coeficient for maximum likelihood factor análisis», *Psychometrika*, núm. 38, pág. 1-10.