

Anexo



ESCALA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES HOSPITAL DE DIA

1. ¿Qué impresión tiene usted sobre el tratamiento que está a punto de completar?

- 3.** Bueno
- 2.** Bastante bueno
- 1.** Regular
- 0.** Malo

2. ¿Cree usted que el personal del Hospital de Día ha entendido lo que usted pensaba o sentía durante el tratamiento?

- 3.** Mucho
- 2.** Bastante
- 1.** Poco
- 0.** Nada

3. ¿Se ha sentido ayudado por el personal del Hospital de Día?

- 3.** Mucho
- 2.** Bastante
- 1.** Poco
- 0.** Nada

4. ¿Cree usted que el lugar donde se encuentra el Hospital de Día facilita su asistencia al mismo?

- 3.** Mucho
- 2.** Bastante
- 1.** Poco
- 0.** Nada

5. ¿Qué esperaba obtener de éste tratamiento?

- 3.** Mejorar aspectos concretos de mi vida y mi relación con los demás
- 2.** Obtener ayuda
- 1.** Curarme
- 0.** Tener un lugar para hacer actividades y ocupar mi tiempo

6. ¿Ha obtenido lo que esperaba?

- 3.** Mucho
- 2.** Bastante
- 1.** Poco
- 0.** Nada

7. Respecto a los síntomas de su enfermedad:

- 3.** No tiene ningún síntoma
- 2.** Tiene menos síntomas que antes
- 1.** Tiene los mismos síntomas que antes
- 0.** Tiene más síntomas que antes

8. En relación con el conocimiento de la enfermedad, ha avanzado:

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

*Adaptación de la Escala de satisfacción de pacientes y familiares del Hospital de Día Psiquiátrico de Salamanca