

ARTÍCULOS

Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos¹

Evaluation of a mental health rehabilitation service through the perception and satisfaction of families of schizophrenic patients

CARLOS CUEVAS-YUST*, REMEDIOS DORADO-GARCÍA, AGUSTINA HERVÁS DE LA TORRE, MARGARITA LAVIANA-CUETOS, EMILIA NAVARRÓN-CUEVAS, SALVADOR PERONA-GARCELÁN Y JOSÉ MANUEL RAMOS-LEÓN

RESUMEN

En el presente estudio se aplicó un cuestionario a 90 familiares de otros tantos pacientes esquizofrénicos. El objetivo del trabajo fue conocer su percepción y satisfacción sobre los siguientes aspectos: medidas de eficacia del tratamiento, recursos humanos y materiales del servicio, calidad de la relación y apoyo recibido, y necesidades sentidas. En las conclusiones se reflexiona sobre la utilidad de este tipo de estudios y se destaca la importancia de la opinión de los usuarios como elemento de evaluación de la calidad de los servicios de salud mental y como elemento complementario en la valoración de la efectividad de los tratamientos administrados.

¹ Investigación subvencionada por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Resolución de la Secretaría General Técnica de 18 de diciembre de 1996, BOJA nº 5 de 11-1-97.

* Unidad de Rehabilitación Salud Mental «Virgen del Rocío» (Servicio Andaluz de Salud): Avd. Kansas City 32, bajo. 41007 Sevilla (España). Teléfono 954 576 775 y 964 576 677.

ABSTRACT

For the present study we asked 90 relatives of schizophrenic patients to fill in a questionnaire. The purpose of this work was to find out their perception and satisfaction with the following aspects: measures of the treatments' efficacy, human and material resources of our service, quality of the relationship and support received and detected needs. In our conclusions we reflect on the utility of this type of studies. We highlight the importance that the opinion of people who use these services has when assessing the quality of mental health services and as a complementary element in the evaluation of the effectiveness of the prescribed treatments.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia. Calidad de vida. Satisfacción de usuarios. Evaluación de servicios. Indicadores de calidad. Rehabilitación psicosocial. Salud mental.

KEY WORDS

Schizophrenia, Quality of life. users' satisfaction. Service evaluation. Psychosocial rehabilitation. Mental health.

INTRODUCCIÓN

La red de servicios de salud mental requiere de una evaluación global, continua y sistemática. Debido a la complejidad de la atención a la salud mental comunitaria, así como a la novedad de estas estructuras, ha sido difícil el desarrollo de unos indicadores útiles y prácticos para evaluar la calidad de estos servicios. En el momento actual, los indicadores y estadísticas con que contamos no resultan suficientes para una adecuada valoración de la calidad de la asistencia prestada a los usuarios por nuestros servicios. De hecho, hasta la fecha, los indicadores existentes en Andalucía, miden específicamente aspectos de cobertura y rendimiento de los servicios, más que aspectos de calidad y eficacia de los mismos, y más concretamente, en el ámbito de la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos ni siquiera existen dichos indicadores.

Según Donabedian (1966) y Lebow (1982), una de las medidas para valorar la calidad de los servicios sanitarios, junto con las medidas objetivas de cambio del usuario y las evaluaciones realizadas por los terapeutas, es la satisfacción del usuario por los servicios recibidos. En este sentido, la satisfacción debe ser

concebida como una medida de control de calidad, por lo que su estudio y valoración es importante para la gestión y el trabajo de los profesionales sanitario/as, con la perspectiva de conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los usuarios y sus familiares (Lesage y Pollini, 1989). Así mismo, cada vez es mayor el número de autores que reconocen esta variable como una medida de resultados válida e importante (Pratt y Gill, 1996); especialmente, si más allá de valorar áreas globales de satisfacción, permite identificar áreas concretas en las que incidir (Vázquez, Ruiz, Ramos, Gallego, León, Carmoña, Zamora, López, Llamas y Méndez, 1994).

Tradicionalmente, los estudios que valoran la satisfacción de los usuarios se han realizado en el marco de la salud general. Por lo general, en ellos se evalúa la satisfacción que generan los cuidados médicos, la información recibida (tipo, cantidad y comprensión), los aspectos de hostelería durante la estancia hospitalaria y la accesibilidad a los servicios (Hulka, Cassel, Kupper y Burdette, 1976; Meichenbaum y Turk, 1987; Ley, 1988; Weiss, 1988; DiMatteo y DiNicola, 1992).

Hasta épocas recientes la valoración de la satisfacción del consumidor respecto a servicios de salud mental no fue una práctica habitual. Hoy en día y más concretamente en los países anglosajones, las encuestas de satisfacción del consumidor sobre tales servicios constituyen una costumbre (Lebow, 1982). De hecho Damkot, Pandiani y Gordon (1983) destacan la necesidad de utilizar este tipo de valoraciones de forma continua en el tiempo como un modo de monitorización de la calidad de un servicio sanitario.

Esta práctica es el resultado de la convergencia de varios factores, entre ellos, el uso cada vez más frecuente de la evaluación de los programas de salud mental, un mayor acercamiento de los servicios a la opinión de los usuarios, un incremento de los recursos económicos en el ámbito sanitario, el desarrollo del asociacionismo y espacios de participación de los consumidores, y por último, la relativa simplicidad y facilidad en la administración de medidas de satisfacción del consumidor.

Estos estudios se han realizado fundamentalmente en el ámbito de la atención sanitaria pública, y la mayoría de ellos señalan un alto grado de satis-

facción de los consumidores con los servicios prestados por los recursos sanitarios. No obstante, el establecimiento de conclusiones respecto a dichos estudios resulta difícil debido a la historia relativamente corta de las investigaciones, a las diferentes concepciones que de la satisfacción se tiene, y a que evalúan la satisfacción de los servicios globalmente, sin llegar a referirse a los tratamientos específicos que se administran en ellos (Lebow, 1982; Medina Tornero, 1996).

En el campo de la salud mental, y más específicamente en el área de la rehabilitación psicossocial de pacientes esquizofrénicos, existen dificultades metodológicas ya que en muchas ocasiones es difícil estimar el grado de satisfacción de un paciente, que al mismo tiempo, niega su enfermedad o no acepta su terapéutica. Por esta razón este tipo de estudios se ha dirigido fundamentalmente a los familiares (Mira, Van Der, Hofstadt, Elvira, Pérez y Carrato, 1994).

La evaluación de la satisfacción de los familiares respecto a la calidad de las prestaciones sanitarias recibidas por sus allegados, constituye también un importante elemento de valoración de la efectividad de los servicios sanitarios. Sin embargo,

se han realizado pocos estudios que valoren la satisfacción de los familiares, habiéndose realizado la mayoría de ellos en los últimos años (Dowds y Fontana, 1977; Prager y Tanaka, 1980; Holden y Lewine, 1982; Morgan, 1989; Grella y Grusky, 1989; Lesage y Pollini, 1989; McDonald, Ochera, Leibowitz y McLean, 1990; Ruggeri y Dall'Agnola, 1993; Vicente, Vielma, Jenner, Mezzina y Lliapas, 1993; Leavey, King, Cole, Hoar y Hohnson-Sabine, 1997); siendo aún más escasos en nuestro país este tipo de estudios, y más concretamente en el ámbito de la salud mental (López y Muñoz, 1992; Vázquez et al., 1994; Cuevas-Yust, Perona-Garcelán, Arévalo-Cobo, Hervás de la Torre y Navarrón-Cuevas, 1996).

Se han encontrado resultados contradictorios. Por un lado, hay trabajos que informan de un alto grado de insatisfacción entre familiares con respecto a los servicios de salud mental (por ejemplo, Holden y Lewine, 1982; Grella y Grusky, 1989; Vicente, Vielma, Jenner, Mezzina y Lliapas, 1993). Más concretamente, en el estudio de Holden y Lewine (1982), se destaca como factores de mayor insatisfacción por parte de los familiares: la actitud de los profesionales hacia ellos, la ayuda y orienta-

ción recibida para afrontar los problemas con sus allegados enfermos y la falta de seguimiento de los casos.

Por otro lado, hay también trabajos que informan de un nivel de satisfacción alto con los servicios (por ejemplo, López y Muñoz, 1992; Ruggeri y Dall'Agnola, 1993; Vázquez et al., 1994; Cuevas-Yust et al., 1996, Leavey et al., 1997). Ruggeri y Dall'Agnola (1993), por ejemplo, encontraron una alta satisfacción en los familiares de enfermos mentales respecto al nivel de satisfacción global, a las habilidades de los profesionales, la accesibilidad a ellos y a la eficacia. No obstante, encontraron un menor grado de satisfacción respecto a la información que se les proporcionaba, a los tipos de intervención, y a su implicación como familiares.

De todas formas todos estos estudios, independientemente del nivel de satisfacción alcanzado con los servicios, destacan como áreas de mayor insatisfacción las relacionadas con la información proporcionada por los profesionales (por ejemplo, Ruggeri y Dall'Agnola, 1993; Vázquez et al., 1994), la continuidad de los cuidados (por ejemplo, Leavey et al., 1997) y el apoyo emocional (por ejemplo, Holden y Lewine, 1982;

Ruggeri y Dall'Agnola, 1993).

A continuación presentamos los resultados de una investigación cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la asistencia de la Unidad de Rehabilitación "Virgen del Rocío" de Sevilla (Servicio Andaluz de Salud) a través de la percepción y el nivel de satisfacción que tenían los familiares de los usuarios. Más concretamente, se pretendía evaluar la percepción y el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos respecto a:

a) la eficacia del tratamiento que recibe el paciente; b) la calidad de la infraestructura de la Unidad; c) la calidad de la relación y el apoyo que les dispensan los profesionales de la Unidad; y, d) las necesidades que a juicio de los familiares podría satisfacer total o parcialmente la Unidad de Rehabilitación.

MÉTODO

Sujetos

Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 122 familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos que habían sido derivados por los Equipos de Salud Mental de Distrito a la Unidad de Rehabilitación de

Salud Mental "Virgen del Rocío" (URA, de ahora en adelante). La muestra se seleccionó según los siguientes criterios: a) ser familiar de un paciente con diagnóstico de trastorno esquizofrénico según criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994); b) que el paciente hubiera mostrado una "buena adherencia al tratamiento rehabilitador" (como mínimo durante un periodo de seis meses); c) que el familiar conviviera con el enfermo. Por cada paciente participó sólo un familiar, el familiar clave, aquel que se ocupa fundamentalmente de la atención del enfermo en cuanto a compañía, cuidados y contactos con los servicios de salud mental; d) que el familiar hubiera mantenido contactos periódicos con los profesionales de la Unidad; y e) que el familiar clave no padeciera patología psiquiátrica.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos: a) *Ficha de Datos Generales del Paciente*; a través de ella se obtuvieron datos descriptivos sobre aspectos personales, clínicos y sociales de los pacientes. b) *Ficha de Datos Generales del Familiar*. c) *Cuestionario de Evaluación de la Calidad Asistencial del Servicio a tra -*

vés de la Percepción de los Familiares (Cuevas-Yust, Dorado-García, Hervás de la Torre, Laviana-Cuetos, Navarrón-Cuevas, Perona-Garcelán y Ramos-León, 1998). Con un total de 29 ítems, 26 eran de elección múltiple (18 con 4 alternativas de respuesta y 8 con 3 alternativas de respuesta), 2 ítems que consistían en escalas ordinales entre 0 y 10, y por último 1 ítem de respuesta abierta. Los contenidos del cuestionario se organizaron con relación a las siguientes dimensiones:

- Percepción respecto a medidas de eficacia del tratamiento que recibe el paciente en la URA: adherencia a los servicios de salud mental y al tratamiento farmacológico; cambios en variables psicopatológicas: ansiedad, miedos, estado anímico y síntomas psicóticos positivos como alucinaciones y delirios; y cambios en variables de funcionamiento social: aislamiento en casa, realización de actividades ocupacionales, autonomía personal, y capacidad para la relación y la comunicación.
- Satisfacción con los tratamientos administrados por la URA.
- Percepción con respecto a la calidad de la infraestructura de la URA: recursos humanos (número de profesionales, tipo de categorías profesionales); estructura física (ubicación del dispositivo, nº de despachos y de salas).
- Percepción respecto a la calidad de la relación y el apoyo que les dispensan los profesionales de la URA: actitud del personal, capacidad de comunicación y de escucha, accesibilidad a los mismos, apoyo recibido en el cuidado del enfermo y utilidad de la información recibida sobre la esquizofrenia.
- Satisfacción con el trato dispensado por los profesionales de la URA.
- Necesidades que según los familiares podría satisfacer total o parcialmente la URA.

Procedimiento

1º) Identificación de la muestra. De 361 historias recibidas hasta junio de 1997, se seleccionaron las que cumplían las condiciones referidas en el apartado Sujetos, en total 122. 2º) Elabo-

ración de los instrumentos de medida por parte de los miembros del equipo investigador, tres psicólogos, una psiquiatra, un médico, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social; todos ellos con más de diez años de experiencia en salud mental. Para la determinación de los ítems, también se consideró un estudio previo (Cuevas-Yust et al., 1996). Además, y con el objetivo de optimizar la fiabilidad en los encuestadores, fue elaborado un manual con las instrucciones para la utilización de dichos instrumentos.

3º) Realización de un estudio piloto con un grupo de 10 familiares de pacientes de la URA, que no formaban parte de la muestra seleccionada.

4º) Durante tres sesiones de dos horas de duración cada una, se procedió al entrenamiento de los encuestadores, tres residentes de psiquiatría y de psicología clínica ajenos a la investigación y a la URA, en la administración del Cuestionario de Evaluación del Servicio dentro de un formato de entrevista semi-estructurada.

5º) Administración de los instrumentos. Como paso previo, se contactó telefónicamente con todos los sujetos del estudio. Se les explicó que se trataba de responder a un cuestionario dirigido a obtener información para intentar mejorar la calidad asis-

tencial de la URA y que sus opiniones nos interesaban. Se les explicó que la entrevista era de carácter voluntario y que no tenía ninguna relación con los tratamientos que estuviera recibiendo el paciente. Cada familiar fue citado hasta un máximo de tres veces. A la entrevista acudieron 90 familias (73.7%), quedando excluidas del estudio las 32 que no asistieron (26.3%).

RESULTADOS

1) *Datos descriptivos de los pacientes*

Las edades de los 90 pacientes que participaron en el estudio estaban comprendidas entre los 19 y 59 años (media de 33.5 años y desviación estándar de 6.7). El 80% (72) eran hombres y el 20% (18) mujeres. Alrededor del 57.8% de los pacientes llevaban entre 5 y 14 años padeciendo la enfermedad (media de 11.4 y desviación tipo de 6.6).

Antes de iniciar el tratamiento en la URA, únicamente el 28.9% de los pacientes no habían tenido ningún ingreso en las Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales; mientras el 71.1% restante habían sufrido entre 1 y 14 ingresos (media de

1.9 ingresos y desviación estándar de 2.5). Durante el tratamiento en la URA, el 70% de los pacientes no tuvieron ningún ingreso, frente a un 30% que tuvieron entre 1 y 16 ingresos (media de 0.9 ingresos y desviación estándar de 2.5).

En relación a los tratamientos ofertados, los más utilizados fueron: rehabilitación ocupacional en el taller de la URA en un 74,4% de los casos, rehabilitación ocupacional en recursos de la comunidad (62,2%), psicoeducación familiar (66,6%), entrenamiento en habilidades sociales (58,8%), psicoeducación para pacientes (47,7%), entrenamiento en habilidades para la vida independiente (43,3%), programa de utilización del tiempo libre (40%), entrenamiento en relajación (21,1%), educación física (17,7%), y apoyo al estudio (17,7%).

Un 68.9% (62 sujetos) de la muestra se encontraba en posesión del Certificado de Minusvalía, y un 72.2% (65) recibían algún tipo de prestación económica. La mayoría de los pacientes (66.6%), presentaban un nivel académico muy básico (certificado de escolaridad y graduado escolar). El 91.1% no realizaban ninguna actividad laboral, bien por estar parados

(72.2%), bien por ser pensionistas (18.9%).

2) Datos descriptivos de los familiares

El 82.2% de los familiares entrevistados en este estudio fueron los padres o las madres, distribuyéndose el resto de los familiares entre los hermanos y cónyuges. En cuanto a la variable profesión en las madres, el 54.4% nunca había trabajado y el 31,1% eran trabajadoras no cualificadas, y el 14.5% restante lo comprendían empleadas de la administración, trabajadoras de servicios, técnicas científicas, directivas de empresas, directivas de la Administración Pública, trabajadoras de industria y trabajadoras cualificadas. Las categorías profesionales de los padres de los pacientes que participaron en el estudio fueron las siguientes: 28.9% trabajadores de industrias, 22.2% empleados administrativos y trabajadores de servicios, 22.2% trabajadores no cualificados, 16.7% técnicos científicos, el 9.9% restante se distribuyó entre directivos de empresas, directivos de la Administración Pública, trabajadores cualificados y fuerzas armadas.

En los siguientes apartados describimos los resultados de nuestro estudio respecto a cada una de las

dimensiones que valoraba el *Cuestionario de Evaluación de la Calidad Asistencial del Servicio* (Cuevas-Yust et al., 1998):

3) *Percepción con respecto a medidas de eficacia del tratamiento*

En primer lugar y como respuesta a la cuestión *¿dónde cree usted que su familiar puede recibir un mejor tratamiento?*, 78 familiares (86.7%) se decantaron por los servicios públicos comunitarios, 5 (5.6%) por la asistencia privada, 1 (1.1%) por el hospital psiquiátrico tradicional. El resto, seis familiares, no se definieron.

Con relación a la percepción de posibles cambios en diferentes medidas de eficacia de los tratamientos rehabilitadores, los familiares valoraron dos tipos de medidas de resultados (variables clínicas y variables de funcionamiento social), teniendo como periodo de referencia para tal evaluación *“desde que el paciente está siendo tratado en la URA...”* (ver tablas nº 1 y nº 2).

Como respuesta a la pregunta *“cuál cree que hubiera sido la evolución de su familiar si no hubiese recibido tratamiento en la URA”*; 65 familiares (72.2%) opi-

naron que el paciente *“habría empeorado”*, frente a dos (2.2%) que opinaron que *“habría mejorado”*, y 9 (10%) que manifestaron su creencia en que el enfermo *“habría seguido igual”*; 14 (15.5%) optaron por la alternativa de respuesta *“no sabe/no contesta”*.

4) *Grado de satisfacción con los tratamientos administrados por la URA*

Mientras el apartado anterior valoraba la percepción de los familiares con relación a medidas de eficacia, en este se evaluó el grado de satisfacción general que presentaban respecto a los tratamientos psicosociales, a través de una escala ordinal de 10 puntos (ver tabla nº 3).

5) *Percepción respecto a la calidad de la infraestructura de la URA (recursos humanos y estructura física) y respecto a la calidad de la relación y apoyo dispensado por los profesionales de la URA (ver tabla nº 4)*

6) *Percepción respecto a la relación y apoyo ofrecido por los profesionales (ver tabla nº 5)*

7) *Grado de satisfacción con la relación dispensada por los*

TABLA 1

Percepción de los familiares respecto a variables de adherencia al tratamiento y variables clínicas del paciente.

Su adherencia a servicios de s. mental es...		La medicación la toma....	
Mejor que antes	52 (57.8%)	Mejor que antes	34 (37.8%)
Igual de buena que antes	20 (22.2%)	Igual de bien que antes	38 (42.2%)
Igual de mala que antes	15 (16.7%)	Igual de mal que antes	15 (16.7%)
Peor que antes	3 (3.3%)	Peor que antes	2 (2.2%)
No sabe/no contesta	1 (1.1%)		
En general se encuentra (ansiedad)...		En general, de ánimo se encuentra...	
Más tranquilo que antes	59 (65.6%)	Más animado que antes	59 (65.6%)
Igual de tranquilo	16 (17.8%)	Igual de animado	16 (17.8%)
Igual de nervioso que antes	8 (8.9%)	Igual de desanimado	8 (8.9%)
Más nervioso que antes	7 (7.8%)	Más desanimado	7 (7.8%)
Sus miedos...		Sus síntomas psicóticos positivos...	
Han disminuido	59 (65.6%)	Han disminuido	62 (68.9%)
Igual que antes, no tiene	17 (18.9%)	No tiene, igual antes	11 (12.2%)
Son los mismos de antes	11 (12.2%)	Son los mismos	16 (17.8%)
Han aumentado	3 (3.3%)	Han aumentado	1 (1.1%)

TABLA 2

Percepción de los familiares respecto a variables de funcionamiento social del paciente

Relacionarse con él resulta...		Su nivel de comunicación es...	
Más fácil que antes	49 (54.4%)	Mejor que antes	48 (53.3%)
Igual de fácil	24 (26.7%)	Igual bueno que antes	11 (12.2%)
Igual de difícil que antes	10 (11.1%)	Igual de pobre	29 (32.2%)
Más difícil que antes	7 (7.8%)	Peor que antes	2 (2.2%)
¿Las salidas del paciente a la calle son?..		Su nivel de actividad ocupacional...	
Más frecuentes	46 (51.1%)	Ha aumentado	45 (50.0%)
Las mismas que antes	20 (22.2%)	Es igual de rico	4 (4.4%)
No sale, igual que antes	16 (17.8%)	Es igual de pobre	28 (31.1%)
Han disminuido	8 (8.9%)	Ha disminuido	13 (14.4%)
Su nivel de actividad doméstica...		El nivel de autonomía del paciente...	
Ha aumentado	32 (35.6%)	Ha aumentado	41 (55.6%)
Es igual de alto que antes	8 (8.9%)	Es bueno, igual antes	36 (40.0%)
Es igual de bajo que antes	45 (50.0%)	Es bajo, igual que antes	10 (11.1%)
Ha disminuido	5 (5.6%)	Ha disminuido	3 (3.3%)

TABLA 3
Grado de satisfacción de los familiares con los tratamientos psicosociales recibidos por el paciente en la URA

GRADO DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
MÍNIMO-ESCASO (1-4)	4	4.4
ACEPTABLE (5-6)	8	8.9
BUENO (7-8)	27	30.0
MUY BUENO (9-10)	51	56.7
TOTAL	90	100

TABLA 4
Percepción con respecto a la infraestructura de la URA

Creo que el número de profesionales es...	Las categorías profesionales son....
Suficiente 41 (45.6%)	Suficientes 51 (56.7%)
Insuficiente 29 (32.2%)	Insuficientes 24 (26.7%)
Exagerado 1 (1.1%)	Exagerados 1 (1.1%)
No sabe/no contesta 19 (21.1%)	No sabe/no contesta 14 (15.5%)
La ubicación de la URA creo que...	Las dependencias de la URA son...
Es adecuada 72 (80%)	Insuficientes 46 (51.1%)
Es inadecuada 16 (17.8%)	Suficientes 43 (47.8%)
Es excelente 2 (2.2%)	Exageradas 0 (0.0%)
	No sabe/no contesta 1 (1.1%)

profesionales (ver tabla nº 6)

8) *Necesidades que a juicio de los familiares podría satisfacer total o parcialmente la URA:*

Tratándose de una pregunta abierta ("Según sus necesidades personales, ¿en qué aspectos cree que podría ayudarle la URA?"), se consideraron todas las respuestas dadas por los

entrevistados y fueron categorizadas del modo siguiente (ver tabla nº 7):

DISCUSIÓN

Aspectos generales

En la fase de selección de pacientes y familiares que serían entrevistados, se establecieron los siguientes criterios: ser fami-

TABLA 5
Percepción de los familiares hacia la relación y el apoyo dispensado por los profesionales de la Unidad

La actitud de los profesionales hacia mí es...		Con la información dada por la URA	
Amable	88 (97.8%)	Aprendí muchas cosas	44 (48.9%)
Fría	2 (2.2%)	Aprendí algo	28 (31.1%)
Antipática	0 (0.0%)	No aprendí nada	17 (18.9%)
		No sabe/no contesta	1 (1.1%)
En mi labor como cuidador, la URA me apoya...		Los profesionales se comunican...	
Bastante	36 (40%)	Con suficiente claridad	86 (95.6%)
Muchísimo	26 (28.9%)	Con muy poca claridad	3 (3.3%)
Un poco	21 (23.3%)	Hay alguna cosa que no explican bien	0 (0.0%)
Nada	6 (6.7%)	No sabe/no contesta	1 (1.1%)
No sabe/no contesta	1 (1.1%)		
La información aportada por la URA es...		Lograr una entrevista es...	
Útil para mejorar mucho la convivencia	48 (53.3%)	Fácil, sin problemas	81 (90%)
Útil para mejorar un poco la convivencia	28 (31.1%)	Posible tras insistir	6 (6.7%)
No útil para mejorar la convivencia	13 (14.4%)	Es casi imposible	0 (0.0%)
No sabe /no contesta	1 (1.1%)	No sabe/no contesta	3 (3.3%)
Cuando hablo con los profesionales creo que...			
Escuchan con atención	86 (95.6%)		
Me interrumpen mucho	1 (1.1%)		
Apenas tengo tiempo para explicarme	3 (3.3%)		

TABLA 6
Grado de satisfacción de los familiares con la relación humana mantenida por los profesionales de la unidad

GRADO DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
MÍNIMO-ESCASO (1-4)	6	6.6
ACEPTABLE (5-6)	7	7.7
BUENO (7-8)	16	17.8
MUY BUENO (9-10)	61	67.8
TOTAL	90	100

TABLA 7
Necesidades en que a juicio de los familiares podría ayudarles en la URA

RESPUESTAS	FRECUENCIAS	%
MEJORAR EL ESPACIO DE LA URA	31	34.4
RECIBIR MAS INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD	11	12.2
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y/O FARMACOLÓGICA	10	11.1
MAS RECURSOS LABORALES	9	10
MAS RECURSOS RESIDENCIALES	8	8.9
MAS SESIONES PROFESIONALES/FAMILIAS	4	4.4
FOMENTAR GRUPOS DE FAMILIAS	4	4.4
FOMENTAR GRUPOS DE PACIENTES	3	3.3
INCREMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	3	3.3
NO "ABANDONAR" AL PACIENTE CUANDO FALTE LA FAMILIA	1	1.1
OTROS	6	6.7
NO SABE/NO CONTESTA	25	27.8
NADA	0	0

liar que conviviera con el paciente, que hubiera mantenido contactos continuados con nuestra Unidad y no padecer patología psiquiátrica. En nuestra opinión, difícilmente podían valorar la calidad de la asistencia de nuestra Unidad los familiares que no mantenían relaciones estables

con los enfermos. Tampoco podía ser valorada la efectividad de nuestros tratamientos en aquellos pacientes que no los habían recibido debido a una insuficiente adherencia a nuestro centro. Por ello, el análisis de los resultados obtenidos hay que referirlos y limitarlos a la muestra

estudiada, sin que necesariamente puedan extrapolarse conclusiones a otros grupos. El tamaño y características de la muestra estudiada comprometen la validez externa, al tiempo que sustentan una mejor validez interna, aspecto éste importante en el momento de utilizar los resultados obtenidos en beneficio de una mejor reordenación de la oferta asistencial de nuestra Unidad.

La muestra de familiares que participaron en la presente investigación, alcanzó el 73.7% del total de sujetos que reunían los criterios requeridos para participar en el estudio. Así, fueron 90 los sujetos en condiciones para valorar la eficacia de los tratamientos y la calidad del trato interpersonal ofrecido por la Unidad de Rehabilitación. El alto porcentaje de participación significa un buen nivel de representatividad con relación al universo de sujetos que reunían las condiciones.

Datos descriptivos

Si bien las tasas de incidencia de esquizofrenia para hombres y mujeres no presentan diferencias (Warner y de Girolamo, 1995), en este estudio el género de los pacientes cuyos familiares con-

testaron al cuestionario es mayoritariamente el masculino (80%). Este dato, que es consistente con la realidad asistencial de pacientes esquizofrénicos en el ámbito comunitario, se puede deber a que, en general, en la mujer la enfermedad resulta menos dañina que en el hombre (Warner y de Girolamo, 1995). Ello permite un mejor ajuste a los roles tradicionalmente esperados en ella y en definitiva una mejor adaptación al contexto familiar. En un anterior estudio (Hervás de la Torre, Cuevas-Yust, Perona-Garcelán, Navarrón-Cuevas, et al., 1997) encontramos similares resultados respecto a la variable género.

El número de años transcurridos desde el primer contacto de los pacientes con salud mental, sugiere que los familiares poseen suficiente experiencia para poder opinar sobre los servicios sanitarios que atienden a sus familiares enfermos.

En los años anteriores al inicio del tratamiento de los pacientes en la URA, los datos indican que la mayoría (71.1%) han requerido ingresos hospitalarios en unidades de salud mental. Por contra y durante el tiempo de tratamiento psicosocial recibido en nuestra Unidad los porcentajes se invierten, con un 70% de

enfermos que no han precisado de ingresos hospitalarios. Ambos datos no pueden ser comparados sin más. Baste el hecho de que, por ejemplo, el tiempo de enfermedad (entre 4 y 25 años) previo al inicio del tratamiento rehabilitador, es muy superior al de la duración de los tratamientos psicosociales. Para llegar a conclusiones fundamentadas, deberían diseñarse futuras investigaciones encaminadas a precisar el efecto del tratamiento rehabilitador como posible factor que reduce el número de ingresos. No obstante, a nivel observacional, el dato es compatible con tal posibilidad.

La mayoría de los pacientes poseen certificado de minusvalía. Existe cada vez más en esta población conciencia de que el certificado de minusvalía no dificulta una posible integración social, muy al contrario, además de facilitar la percepción de pensiones no contributivas, facilita la integración en actividades ocupacionales y de formación profesional. En relación a variables como el nivel académico y la situación laboral, los resultados son consistentes con los del estudio de Hervás et al. (1997).

El parentesco de las personas entrevistadas es fundamentalmente el de padres, dato similar

al aportado por el estudio de FEAFES (1995), lo que es lógico en una enfermedad que, como la esquizofrenia, compromete de forma importante un funcionamiento autónomo normal. Es necesario que los servicios sanitarios y sociales apoyen y provean de recursos a las personas que desempeñan el rol de cuidadores de los enfermos.

Comentarios sobre los datos obtenidos en el cuestionario de evaluación de nuestro Servicio

La opinión de que es en los servicios sanitarios comunitarios donde mejor atención pueden recibir los enfermos mentales crónicos está en línea con modelos de atención a la salud mental, como el de nuestra Comunidad Autónoma, modelos que optan por tratar y mantener al paciente mental en su medio. Pero es importante tener presente que este resultado hay que tomarlo con suficiente precaución y limitarlo a las personas consultadas, pues al tratarse de una muestra con unas características muy delimitadas, sería aventurado cualquier tipo de extrapolación a familiares de enfermos que o bien presentan una psicopatología activa continua y disruptiva, o que no se

adhieren a los tratamientos o con los que mantienen unas relaciones conflictivas. No obstante, nuestros resultados son consistentes con los encontrados en otros estudios realizados en nuestro país (López y Muñoz, 1992; FEAFES, 1995; Cuevas et al., 1996), en el sentido de una preferencia de los familiares por los recursos comunitarios.

Con frecuencia los pacientes esquizofrénicos presentan una pobre *adherencia a los servicios sanitarios*, ya sea por dificultades motivacionales, escasa autonomía o por una conciencia de enfermedad limitada. Las consecuencias son las recaídas psicopatológicas, la ausencia de salud y de calidad de vida, y el deterioro personal. Resulta interesante que más de la mitad de los familiares del estudio valoren que sus enfermos han mejorado su adherencia a los servicios de salud mental en general, desde que están en la URA. Pensamos que en nuestro contexto de trabajo éste debe de ser un elemento presente en la evaluación de calidad de los servicios comunitarios.

Con relación a la *toma de medicación* los datos sugieren la positiva influencia que la URA ejerce en sus pacientes, consiguiendo que el 37.8% de los

pacientes hayan mejorado, a juicio de sus familiares, la adherencia al tratamiento medicamentoso, tratamiento fundamental en la evolución y curso de la esquizofrenia y básico para la rehabilitación social del paciente. Este porcentaje, sumado al de aquellos pacientes que desde que están en la URA continúan *tomando igual de bien que antes* la medicación, supone un 80%, cifra considerable teniendo en cuenta las frecuentes dificultades observadas en esta población en relación al cumplimiento de la terapia farmacológica.

La opinión de los familiares respecto a la presunta influencia del tratamiento rehabilitador sobre distintos aspectos psicopatológicos y del funcionamiento psicosocial, revela percepciones que valoran como efectivas a las intervenciones llevadas a cabo por la URA; considerando que el tratamiento es beneficioso al reducir la sintomatología y mejorar el funcionamiento social y comunitario de los pacientes. Aunque las intervenciones rehabilitadoras principalmente se dirigen a mejorar el funcionamiento de los pacientes en la comunidad y no a la reducción de síntomas clínicos, es interesante cómo las observaciones de los familiares no se oponen a la hipótesis de una posible interre-

lación funcional entre los síntomas positivos, síntomas negativos y elementos contextuales (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 1995), de manera que mejoras en el funcionamiento social y ocupacional se asocian a mejoras clínicas. Resulta sugerente la consistencia de esta observación con el hecho señalado más arriba, en el que durante el desarrollo de tratamientos rehabilitadores el 70% de los pacientes no precisaron ingresos hospitalarios. Por otra parte, este dato refuerza la idea de que estrategias rehabilitadoras que se basen en entrenamientos graduales y en apoyos individuales al paciente, en su proceso de integración socio-comunitaria, minimiza el posible carácter estresante de dicho proceso e incrementa las posibilidades de éxito. Además, los datos apoyan la propuesta de tratamientos integrales en patologías tan serias como la esquizofrenia.

Otro aspecto que cobra especial relevancia en el tratamiento comunitario es la relación de los enfermos con sus cuidadores, frecuentemente familiares. En la presente investigación, más de la mitad de las personas valoran que desde que sus familiares enfermos están siendo atendidos en la URA, es más fácil relacionarse con ellos y que han

mejorado las habilidades de comunicación interpersonal, aspecto valorativo que cobra mayor significación desde las hipótesis que relacionan el estrés familiar con la probabilidad de recaída (Barrowclough y Tarrier, 1995).

Las familias del estudio observan en los pacientes cambios positivos en el *desarrollo de la autonomía personal* y en el *nivel de actividad ocupacional*, con la consiguiente reducción del aislamiento en casa; variables que constituyen interesantes indicadores de la eficacia de los tratamientos de rehabilitación psicosocial.

El hecho de las apreciaciones positivas sobre los distintos aspectos comentados, junto a la creencia expresada por el 72.2% de familiares, de que *si su familiar enfermo no hubiera sido tratado en la URA, no sólo no habría mejorado, sino que habría sufrido una evolución negativa, empeorando*, sugiere que los familiares consideran que para producirse mejoras en el funcionamiento psicosocial de los pacientes son necesarias intervenciones psicosociales administradas por unidades especializadas. También subraya la idoneidad de enfoques integrales de atención, que se

centren en mejorar tanto la sintomatología positiva como la negativa, a la par que desarrollen el funcionamiento del individuo en la comunidad.

La percepción de los familiares sobre la eficacia de las intervenciones de la Unidad de Rehabilitación sobre los pacientes, correlaciona positivamente con su *grado de satisfacción sobre dichas intervenciones*. Así la mayoría manifiesta que su *grado subjetivo de satisfacción* sobre el trabajo realizado por la URA se sitúa entre *bueno y muy bueno*. Este dato es muy sugestivo, pues los familiares no sólo tienen la percepción de que los tratamientos son beneficiosos para sus enfermos, sino que lo son en tal magnitud que les hace sentirse francamente satisfechos. Podríamos inferir pues, que los cambios subsiguientes a los tratamientos alcanzan significación en el contexto familiar de los pacientes.

Con relación al equipo de trabajo y respecto al *número de profesionales* con que cuenta la URA, un 45.6% considera que es suficiente. Aún no tratándose de un dato definitivo, el resultado no se opone a la hipótesis de que el equipo de la Unidad es un equipo interdisciplinar competente en el desarrollo de sus

tareas asistenciales, más aún si tenemos en cuenta los anteriores resultados comentados respecto al grado de satisfacción con el tratamiento rehabilitador.

En relación a la localización física del dispositivo, para un 80% de los familiares resulta adecuada, ello es congruente con una de las condiciones en salud comunitaria: la accesibilidad a los recursos. No obstante para cerca de un 18% la ubicación es inadecuada. Parece plausible pensar que este porcentaje esté relacionado con aquellos usuarios que viven alejados de Sevilla capital, toda vez que nuestra Unidad es referente especializado para cuatro centros de salud mental comunitarios urbanos y para dos rurales y por tanto alejados de la capital.

En cuanto a las opiniones que los familiares expresan sobre la relación que el equipo profesional mantiene con ellos, los datos presentan a los profesionales de la Unidad como receptores competentes que valoran como importante la opinión de los familiares, y hábiles para comunicar información de modo claro y comprensible.

En cuanto a la *accesibilidad* a los profesionales, los datos señalan que para la gran mayo-

ría ello resulta fácil. La importancia de esta percepción está, de nuevo, en línea con una de las características que definen a un servicio en el ámbito de la salud comunitaria: la accesibilidad al sistema profesional (Costa y López, 1986).

En relación a la cantidad de información adquirida sobre la esquizofrenia, el hecho de que hasta un 80% confiese haber aprendido *algo o mucho*, produce cierta sorpresa pues como señalamos más arriba, estamos hablando de familiares de enfermos cuya historia de la enfermedad, para un 84.4%, se encuentra entre más de 4 años y menos de 25 años. Este aspecto, que los familiares conozcan la enfermedad de los pacientes, es importante. Incrementar el conocimiento sobre la enfermedad es un elemento psicoeducativo que posibilita el compromiso del familiar con el tratamiento rehabilitador (Barrowclough y Tarrier, 1995) y que disminuye la angustia derivada del desconocimiento. Además, los sujetos valoran que, con mayor o menor intensidad, la información recibida les ha resultado *“útil para mejorar la convivencia con el paciente”*, lo cual nos permite inferir que ha sido válida para lograr un cierto desarrollo de sus capacidades de afrontamiento; esto unido a

que la gran mayoría opina que la URA ejerce una función de apoyo en el cuidado de los pacientes, refuerza la idea de que es preciso ofertar desde los servicios programas de atención y apoyo regular a los familiares de enfermos esquizofrénicos.

Por último, la respuesta a la pregunta abierta *“¿según sus necesidades en qué aspectos cree que podría ayudarle la URA?”*, no aportó nuevas áreas a las recogidas en nuestro cuestionario, lo cual aboga en favor de su validez de contenido y también refleja el estado actual de la asistencia que dispensamos, en cuanto a amplitud de programas y tratamientos, en un contexto en el que contamos con una serie de recursos residenciales y ocupacionales en pleno desarrollo.

Otros comentarios

El cuestionario diseñado para la presente investigación, además de recoger algunos de los temas más frecuentes en estudios de satisfacción: satisfacción con los cuidados médicos, información recibida, hostelería y accesibilidad (Hulka et. al, 1976; Meichenbaum y Turk, 1987; Ley, 1988; Weis, 1988; DiMatteo y DiNicola, 1992), aporta áreas

novedosas relacionadas con la percepción por parte de los familiares de medidas de cambio.

Con la confección del cuestionario de evaluación del servicio para esta investigación, aportamos un instrumento que puede ser útil para la valoración de la calidad asistencial ofrecida por las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. También, el cuestionario podría adaptarse con facilidad a dispositivos tales como unidades de hospitalización, centros de salud mental, comunidades terapéuticas o unidades infanto-juveniles. No obstante son necesarios estudios que fortalezcan su validez de modo amplio.

En un estudio similar (Cuevas-Yust et al., 1996) los entrevistadores fueron los propios profesionales sanitarios. Si bien, los resultados positivos alcanzados en aquella ocasión estuvieron sujetos a la crítica de que podía haberse producido un sesgo en las contestaciones de los usuarios, al responder directamente a los trabajadores de la Unidad, es legítimo dudar de tal posibilidad toda vez que en la investigación actual han sido evaluadores independientes quienes han realizado las entrevistas y los resultados obtenidos han sido igualmente positivos. Si bien, para

llegar a conclusiones sólidas habría que realizar estudios concretos, en principio se trataría de un instrumento aplicable en la práctica diaria por los propios trabajadores de los centros, sin que necesariamente se viera comprometida la fiabilidad de la información obtenida ya que parece razonable (Kazdin y Wilson, 1978) que la mayoría de las veces los usuarios realicen juicios adecuados sobre los servicios.

En muchos estudios, el porcentaje de familiares que presentan grados de satisfacción aceptables o superiores es elevado (Lebow, 1982; López y Muñoz, 1992; Medina Tornero, 1996). Esta observación, en muchos estudios se ha entendido desde la perspectiva de un posible sesgo. Así, las personas seleccionadas en nuestro estudio deben cumplir el requisito de que su familiar enfermo presente una buena adherencia al tratamiento. Difícilmente en los casos en que tal circunstancia no se dé, se obtendrían similares grados de satisfacción. No obstante, también es cierto que para valorar la calidad de los tratamientos es preciso hacerlo con pacientes que se someten a los mismos y que en principio no hay que presuponer que el usuario distorsione los datos en cuanto a su satis-

facción. Con otros grupos, por ejemplo en pacientes con baja adherencia a los tratamientos, cabría plantear otros tipos de estudios alternativos a la satisfacción con los tratamientos recibidos, aunque esto en sí mismo también sería interesante de cara a posibles explicaciones sobre dicho nivel de adherencia, por ejemplo sería interesante estudiar el nivel de satisfacción con la continuidad de cuidados ejercida por los servicios sanitarios comunitarios.

Deseamos subrayar la necesidad de llevar a cabo evaluaciones sistemáticas en los dispositivos públicos que atienden a la salud mental de los ciudadanos. Y creemos que estudios como este, presentan a los familiares de los enfermos esquizofrénicos como uno de los elementos a tener en cuenta en la evaluación de la calidad asistencial de los servicios sanitarios. Además, ello permite utilizar los datos obtenidos, a modo de fuente de retroalimentación y orientación en el trabajo asistencial.

Donadebian (1996) y Lebow (1982) sostienen que una de las medidas para valorar la calidad de los servicios sanitarios, junto a medidas objetivas de cambio del usuario y otras valoraciones efectuadas por los profesiona-

les, es la satisfacción del usuario con los servicios recibidos. En nuestro estudio, en línea con estos autores tomamos medidas globales sobre la satisfacción subjetiva de los familiares. Así mismo y en consonancia con Vázquez et al. (1994) creemos que estas medidas son importantes si más allá de valorar áreas globales de satisfacción, permiten identificar áreas concretas sobre las que actuar. De hecho, ello (Lesage y Pollini, 1989) facilita que los profesionales sanitarios se adapten mejor a las necesidades de los usuarios. Pero además, desde nuestro punto de vista, el familiar del enfermo esquizofrénico, como observador que convive cerca de él, puede proveernos de información sobre la efectividad de la asistencia dispensada por los servicios sanitarios, independientemente, incluso, del grado de satisfacción que muestre. En nuestra opinión, es posible que un familiar observe que su enfermo ha mejorado, pero no lo suficiente como para estar satisfecho con los resultados de los tratamientos; también podría darse el caso de "estar satisfecho" sin aportar datos observacionales concretos que fundamenten tal estado. Nuestro trabajo valora, además de cuán satisfecho se siente el familiar, qué cambios percibe en su

enfermo respecto a indicadores relevantes en el tratamiento de la esquizofrenia. Percibir estos cambios no es necesariamente sinónimo de satisfacción, pero siempre constituirá un elemento de retroalimentación para el trabajo que desarrollan los profesionales de salud mental.

Por último, señalemos que en nuestra experiencia, muchos pacientes esquizofrénicos, al menos durante periodos entre crisis, están en condiciones adecuadas para aportar información fiable sobre la calidad de los servicios sanitarios que les atienden. Si bien existen opiniones controvertidas al respecto (Mira

et al., 1994), pensamos que sería interesante reconsiderar tal posibilidad y añadir como elemento de evaluación de la calidad asistencial de los servicios de salud mental a los propios pacientes en ellos tratados. De hecho, y siguiendo la línea de investigación de López y Muñoz (1992), hemos iniciado un estudio cuyo objetivo es evaluar la percepción y satisfacción que los pacientes presentan respecto a los servicios sanitarios.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Cuarta edición, revisada; DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Barrowclough, C y Tarrier, N. (1995). Intervenciones con las familias. En M. Birchwood y N. Tarrier (eds): *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. (69-99). Barcelona: Ariel Psicología.
- Costa, M. y López, E. (1995). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (1995). La evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas-Yust, C., Dorado-García, R., Hervás de la Torre, A., Laviana-Cuetos, M., Navarrón-Cuevas, E., Perona-Garcelán, S. y Ramos-León, J.M. (1998). *Evaluación de la calidad de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción de los familiares de usuarios con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia*. Memoria de la investigación. Sevilla.
- Cuevas Yust, C., Perona-Garcelán, S., Arevalo-Cobo, J., Hervás de la Torre, A. y Navarrón-Cuevas E. (1996). Percepción de los familiares de pacientes psicóticos sobre un servicio de rehabilitación de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 46, 71-90.
- Damkot, D.K., Pandiani, J.A. y Gordon L.R. (1983). Development, implementation and findings of a continuing clients satisfaction survey. *Community Mental Health Journal*, 19, 265-278.

- DiMatteo, M. y DiNicola, D. (1992). *Achieving patient compliance, the psychology of the medical practitioners role*. Londres: Pergamon Press.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Dowds, B. y Fontana, A. (1977). Patients and therapists expectations and evaluations of hospital treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 295-300.
- Feafes (1995). *Estudio Europeo sobre las necesidades de familiares de enfermos mentales: Informe de resultados para España*. Sevilla: Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos (FANAES).
- Grella, C.E. y Grusky, O. (1989). Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (8), 831-835.
- Hervás de la Torre, A., Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S., Navarrón-Cuevas, E. et al. (1997). Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del área Sanitaria Virgen del Rocío. *Intervención Psicosocial*, 6 (3), 393-409.
- Holden, D.F. y Lewine, R.R.J. (1982). How families evaluate mental health professionals, resources, and effect of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 626-634.
- Hulka, B., Cassel, J., Kupper, L. y Burdette, J. (1976). Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *American Journal of Public Health*, 66, 847-853.
- Kazdin, A. y Wilson, T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35, 407-416.
- Leavey, G., King, M., Cole, E., Hoar, A. y Johnson-Sabine, E. (1997). First-onset psychotic illness: patients and relatives satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 53-57.
- Lebow, J.L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91, 244-259.
- Lesage, A. y Pollini, D. (1989). A new schedule to assess relatives satisfaction with psychiatric services: preliminary results on a sample of relatives living with a mentally retarded young adult. *New Trends Experimental and Clinical Psychiatry*, 3, 151-159.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Londres: Croom Helm.
- 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*, XLII, 993, 24-30, 79-89.
- McDonald, L., Ochera, J. Leibowitz, J.A. y McLean, E.K. (1990). Community mental health services from the user's perspective: an evaluation of the Doddington Edward Wilson (DEW) mental health services. *International Journal Social Psychiatry*, 36, 183-193.
- Meichebaum, D. y Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence*. Nueva York: Plenum Press.
- Medina Tornero, M.E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales. *Intervención Psicosocial*, vol. 5 (14), 23-42.
- Mira, J.J., Van Der Hofstadt, C., Elvira, V., Pérez, E. y Carrato, E. (1994). La atención a los problemas severos de salud mental desde el punto de vista de la familia de los pacientes. *Clínica y Salud*, 5 (2). 179-193.
- Morgan, S.L. (1989). Families' experiences in psychiatric emergencies. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1265-1269.
- Prager, E. y Tanaka, H. (1980). Self-assessment: the client's perspective. *Social Work*, 25, 32-34.
- Pratt, C.W. y Gill, J.G. (1996). Measuring member satisfaction in the psychiatry milieu. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 29-35.
- Ruggeri, M. y Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Vazquez, A.J., Ruiz, F., Ramos, E., Gallego, C., León, M., Carmona, D., Zamora, A., López, M., Llamas, A. y Mendez, A. (1994). Satisfacción con los servicios de salud mental de distrito en familiares de pacientes psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 49, 245-258.
- Vicente, B., Vielma, M., Jenner, A.F., Mezzina, R. y Liapas, (1993). Attitudes of professional mental health workers to psychiatry. *International Journal Social Psychiatry*, 39, 131-141.
- Warner, R. y De Glirolamo, G. (1995). *Esquizofrenia*. Madrid: Meditor.
- WEISS, G. (1988). Patients satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 26 (4), 383-