

Percepción de los familiares de pacientes psicóticos sobre un servicio de rehabilitación de salud mental^(*)

Carlos CUEVAS YUST

Salvador PERONA GARCELAN

José AREVALO COBO

Agustina HERVAS DE LA TORRE

Emilia NAVARRON CUEVAS

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental «Virgen del Rocío». Sevilla

Resumen

En el presente trabajo se muestran los resultados de la aplicación de un cuestionario en el que se valora la percepción que los familiares de sesenta y seis pacientes esquizofrénicos tienen de los servicios ofrecidos por un centro de rehabilitación psicosocial.

Las familias creen que el tratamiento resulta beneficioso para la evolución de la enfermedad y el desarrollo del funcionamiento psicosocial del paciente. Valoran muy positivamente la información y asesoramiento recibido y perciben que les ayuda a sobrellevar la carga de la enfermedad. Consideran que se les escucha y ofrece apoyo social y profesional siempre que lo requieren, con fácil accesibilidad. Esto indica la necesidad de mantener un trabajo continuo con las familias. Además, los familiares señalan como preocupación prioritaria que los servicios de salud mental mantengan un seguimiento indefinido de los pacientes, ello sugiere la idoneidad de programas comunitarios de seguimiento, siempre sensibles a nuevas metas.

Palabras clave: Salud mental, evaluación de servicios, calidad asistencial, percepción del usuario, psicosis, esquizofrenia, familia.

Abstract

In this paper we present the results of a questionnaire in which sixty six families of schizophrenic patients were asked to value the services offered by a psychosocial rehabilitation centre.

Families believe that the treatment the patients receive is beneficial for the progress of the illness and the development of their psychosocial functioning. They value very positively the information and counselling they receive and the

(*) Agradecemos a Juliana Masero Sánchez, Mónica Rodríguez Penalva, Teresa Jiménez Escalante, Francisco Martín Farfán, Carmen Morillo Godínez, Ana María Rodríguez Savart y Antonio Vela Nieto la colaboración prestada en la realización de este trabajo.

Dirección de los autores: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental «Virgen del Rocío» (Servicio Andaluz de Salud). Avda. Kansas City, 32, bajo. 41007 Sevilla.

consider it helps them endure the burden of the illness. They consider they are listened to and offered easily accessible social and professional support whenever they require it. These results point to the need of maintaining continuous family interventions. In addition to this, families point out the need for a continuous patient follow-up by the mental health services as one of their major concerns. These services should always be sensitive to the possibility of establishing new goals.

Keywords: Mental health care, evaluation of services, quality assurance, user perception, psychosis, schizophrenia.

A mediados de los años ochenta se inició en Andalucía un proceso de reforma psiquiátrica que aún hoy continúa en desarrollo. Básicamente consistió en el cierre de los hospitales psiquiátricos tradicionales, así como en: un proceso de desinstitucionalización y externalización de su población; al tiempo que se llevaba a cabo el desarrollo de unas estructuras alternativas de atención a la salud mental, de carácter comunitario e integradas en el sistema sanitario general.

Para llevar a cabo esta reforma y prestar una atención integral a los enfermos mentales se crearon los Centros de Salud Mental, las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, las Comunidades Terapéuticas, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. Con estos dispositivos sanitarios y conjuntamente con otros recursos de carácter social y no sanitario, se pretenden cubrir las necesidades de los enfermos mentales de la comunidad autónoma andaluza.

La Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío»

Desde mayo de 1989, la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Sanitaria «Virgen del Rocío» (Servicio Andaluz de Salud. Sevilla) presta atención a

pacientes psicóticos crónicos, desarrollando programas de rehabilitación e integración psicosocial desde una perspectiva integral, constructivista y comunitaria. Estos programas centran su trabajo en los siguientes puntos:

- Dotar a los pacientes psicóticos crónicos de las habilidades y competencias personales que les faciliten una adaptación a su medio comunitario lo más normalizada posible.
- Promover y desarrollar conductas y estilos de vida saludables, además de reducir las discapacidades y deterioros en el funcionamiento psicosocial de esta población.
- Mejorar la capacidad personal para desempeñar roles y funciones en un determinado contexto social.
- Conseguir que los familiares, allegados y el entorno comunitario sean sistemas eficaces de apoyo social.

El papel de la familia en la atención a la salud mental comunitaria

A partir de la reforma psiquiátrica y su proceso de externalización, la familia se constituye en el núcleo fundamental de contención del paciente psiquiátrico en la comunidad. Esta novedad puede suponer una carga para los familiares que cuidan de los pacientes (Barrow

clough y Tarrier, 1995), y exige que las estructuras sanitarias les apoyen y doten de los recursos necesarios que faciliten el desarrollo de su papel como cuidadores y permitan el mantenimiento del paciente en su contexto social. Por tanto, la intervención sobre familiares es un área de trabajo muy importante en el tratamiento de pacientes psicóticos. Se ha demostrado científicamente que si bien el entorno familiar no es un agente etiológico en este tipo de trastornos, sí puede influir en el curso y evolución del mismo (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries y Sturgeon, 1982). En este sentido, entornos familiares en los que existe poca información sobre el trastorno, niveles altos de carga emocional, críticas y sobreimplicación, deficientes repertorios de manejo de las situaciones problemáticas, hacen que aumente considerablemente la probabilidad de recaídas (Falloon, Boyd, McGill, Razani, Moss y Gilderman, 1982; Tarrier, Barrouclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watt y Freeman, 1988).

Por tanto, todos estos trabajos conceden un gran protagonismo a las familias en el tratamiento de los sujetos esquizofrénicos. Este protagonismo se ha materializado en el diseño de intervenciones fundamentalmente pedagógicas encaminadas a:

- Ofrecer información sobre el trastorno (Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greewald, Javan y Madonia, 1986).
- Disminuir la hostilidad y sobre implicación familiar (Leff *et al.*, 1982).
- Mejorar las habilidades de comunicación y resolución de problemas (Falloon *et al.*, 1982).

Los resultados de estas investigaciones se han manifestado, en líneas generales, en la disminución de recaídas (Leff *et al.*, 1982), mejora del funcionamiento social del paciente (Falloon, Boyd y McGill, 1984), disminución de la carga familiar (Falloon y Pederson, 1985), y una disminución significativa de los costes sanitarios en relación a otras formas tradicionales de intervención basadas fundamentalmente en la utilización exclusiva del tratamiento farmacológico (Cardin, McGill y Falloon, 1986).

Indicadores sanitarios

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 la novedad de estas estructuras, ha sido difícil el desarrollo de unos indicadores útiles y prácticos para evaluar la calidad de estos servicios. De hecho, en el momento actual los indicadores y estadísticas con que podemos contar, no resultan suficientes para una adecuada valoración de la calidad de la asistencia prestada a los usuarios por parte de los servicios sanitarios de salud mental.

Tradicionalmente, un elemento de medida de resultado de la atención sanitaria ha sido la satisfacción del usuario por los servicios recibidos (Donabedian, 1966). Normalmente se evalúa la satisfacción que generan los cuidados médicos, la información recibida (tipo, cantidad y comprensión), los aspectos de hostelería durante una estancia hospitalaria o la accesibilidad a los servicios (Ley, 1988; Hulka, Cassel, Kupper y Burdette, 1976; DiMatteo y DiNicola,

1992; Meichenbaum y Turk, 1987; Weiss, 1988).

En el campo de la salud mental, y más específicamente en el área de la rehabilitación psicosocial de pacientes esquizofrénicos, existen dificultades metodológicas ya que en muchas ocasiones es difícil de 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 han dirigido fundamentalmente a los familiares (Mira, Van Der Hofstadt, Elvira, Pérez y Carrato, 1994).

La evaluación de la satisfacción del familiar constituye también un importante elemento de valoración de la efectividad de los servicios sanitarios (Vázquez, Ruiz, Ramos, Gallego, León, Carmona, Zamora, López, Llamas y Méndez, 1994). En las medidas que se utilizan para evaluar dicho constructo se tienen en cuenta diferentes aspectos básicos como: cantidad de información sobre la enfermedad, cantidad de ayuda recibida, informes sobre el afrontamiento, contacto con profesionales, comprensión encontrada y participación en programas de tratamiento (Grella y Grusky, 1989).

Siguiendo esta línea de trabajo, consideramos muy relevante en la situación actual de desarrollo de los servicios sanitarios de salud mental en la comunidad autónoma andaluza, desarrollar indicadores que permitan la valoración de su calidad asistencial.

En este sentido, en el presente estudio pretendimos utilizar otro tipo de indicadores de calidad de nuestro servicio. Este consistió en la *percepción* del familiar sobre el servicio que atiende a

su allegado y a él mismo. Este sería un constructo más general que incluiría no sólo la satisfacción del familiar, sino también la valoración que hace éste de los siguientes aspectos:

- Eficacia del tratamiento.
- Calidad de la infraestructura.
- Calidad del trato humano.
- Calidad del asesoramiento y apoyo.
- Necesidades en relación al enfermo.
- Necesidades en relación a la familia.

Consideramos que estos factores pueden constituir un indicador sanitario válido para la valoración de la calidad asistencial de los servicios de salud mental.

Método

Sujetos

El número de pacientes, cuyos familiares fueron encuestados, fue de sesenta y seis, de los cuales cincuenta y siete eran varones (86'36%) y nueve mujeres (13'63%). Los pacientes habían sido derivados a la Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío», por los Equipos de Salud Mental de Distrito de dicha Área Sanitaria, entre 1989 y 1994. Cincuenta de los pacientes (75'75%), se encontraban desarrollando su plan de rehabilitación, en distintos niveles de profundización; los otros dieciséis (24'25%), se encontraban en fase de seguimiento. Sus edades oscilaban entre un mínimo de diecisiete años y un máximo de cuarenta y seis, con una media grupal de 31'42 años. La figura 1 muestra la edad de los pacientes distribuida por intervalos.

Los años de historia del trastorno psiquiátrico de los pacientes se situaba entre un mínimo de tres años y un máximo

PORCENTAJES

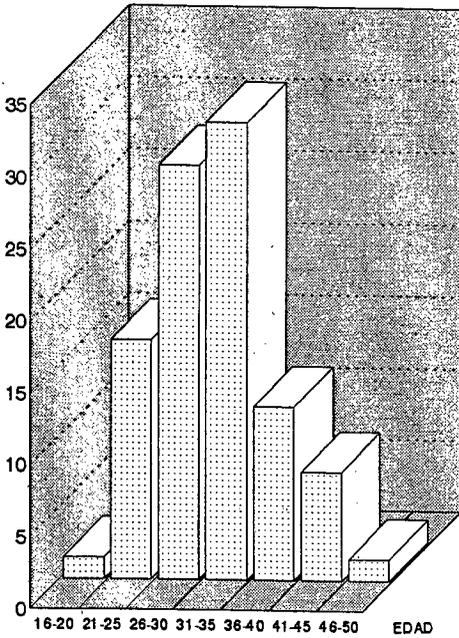


Figura 1. Edades de los pacientes distribuidas por intervalos.

PORCENTAJES

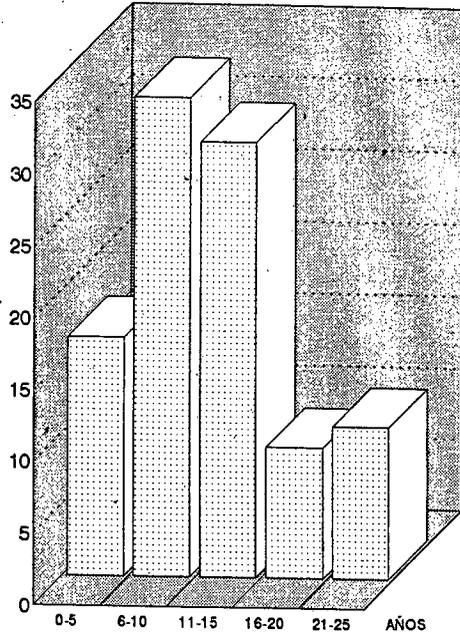


Figura 2. Años de evolución del trastorno de cada uno de los pacientes distribuidos por intervalos.

de 25, con una media grupal de 11'28 años de evolución; la figura 2 ofrece la distribución por intervalos de los años de evolución. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la figura 3 muestra la distribución de sus frecuencias y porcentajes.

La muestra de sujetos a quienes se administró el *Cuestionario para la familia* fue de 66 personas, familiares de otros tantos pacientes seleccionados de la Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío».

El tipo de parentesco de los familiares que contestaron al cuestionario, respecto a los pacientes fue de padre, madre, hermana o esposa. En la figura 4 se detalla este dato.

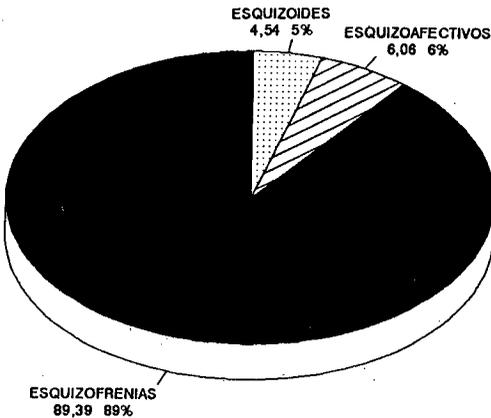


Figura 3. Diagnósticos psiquiátricos de los pacientes.

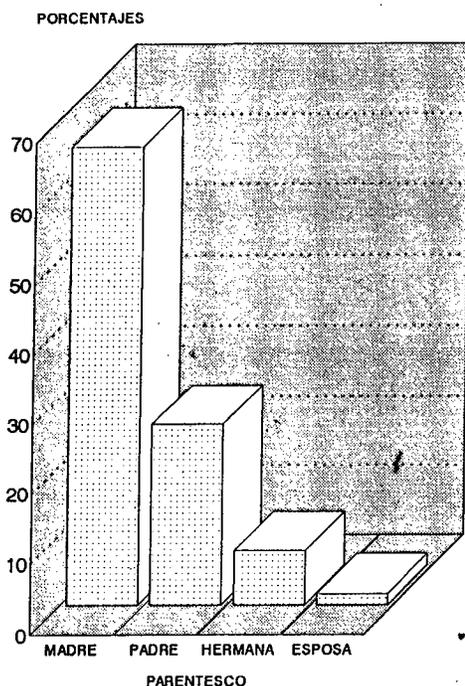


Figura 4. Tipo de parentesco de los familiares que contestaron al cuestionario.

Instrumentos

Se confeccionaron dos instrumentos:

Ficha del paciente, cuyo objetivo era la obtención de una serie de datos descriptivos sobre los usuarios comprendidos en el estudio. En la tabla 1 se describen los ítems de la ficha.

Cuestionario para la familia, su fin era obtener información de la opinión de los familiares sobre los siguientes aspectos:

- *Tratamiento del paciente*: ámbito donde los enfermos pueden recibir un mejor tratamiento; evolución de la adherencia al tratamiento medica-

mentoso, sintomatología y funcionamiento psicosocial del paciente; valoración del papel de la Unidad de Rehabilitación en el curso del trastorno; grado de satisfacción sobre el trabajo desarrollado por la Unidad de Rehabilitación; preocupaciones respecto al futuro del familiar enfermo.

- *Infraestructura de la Unidad de Rehabilitación*: recursos humanos, local.
- *Los profesionales de la Unidad de Rehabilitación*: actitud del personal, receptividad, accesibilidad; apoyo, información, asesoramiento y su utilidad; grado de satisfacción con la relación humana dispensada por el equipo de la Unidad; necesidades que podrían satisfacer.

El cuestionario consta de un total de 25 ítems: 21 de elección múltiple, entre cuatro, tres o dos posibles respuestas; dos escalas ordinales de valoración entre cero y diez puntos; un ítem consistente en valorar de mayor a menor importancia trece frases (donde a la más importante se le asignaba «un punto», a la siguiente «dos puntos» y así sucesivamente hasta la última, a la que se asignaba «trece puntos»); por último, un ítem de carácter abierto en el cual se podían señalar aquellas necesidades percibidas que la Unidad de Rehabilitación podría atender. En el anexo, se presentan los ítems del cuestionario.

Procedimiento

1º) Previa revisión de todas las historias psicosociales de la Unidad, se seleccionaron a aquellos pacientes que cumplían las siguientes condiciones:

Tabla 1. Ítemes de la ficha del paciente.

NOMBRE:	Nº DE HISTORIA:
EDAD:	SEXO:
DIAGNOSTICO:	ESMD:
AÑO DE INICIO DE ENFERMEDAD:	FECHA DE DERIVACION A URA:
TIEMPO EN LA URA:	CATEGORIA POBLACIONAL:
Nº INGRESOS ANTES URA:	Nº DE INGRESOS DESPUES DE URA:
LUGAR REALIZACION ENCUESTA:	NOMBRE DEL EVALUADOR:
PARENTESCO DEL ENCUESTADO:	FECHA DE REALIZACION ENCUESTA:

a) Diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo o trastorno esquizoide de la personalidad, según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). b) Encontrarse en un proceso de rehabilitación estable («buena adherencia al tratamiento») por un tiempo mínimo de seis meses; o en fase de seguimiento. c) Vivir con sus familiares. d) Que alguno de sus familiares mantuviera o hubiera mantenido contactos regulares con la Unidad, durante el tratamiento rehabilitador llevado a cabo.

2º) Paralelamente, expertos en rehabilitación efectuaron la elaboración del *Cuestionario para la familia* (ver anexo). Posteriormente profesionales de la Unidad fueron entrenados sobre cómo administrar el cuestionario a lo largo de una entrevista.

3º) Se contactó con los familiares de los 66 pacientes seleccionados con el objetivo de establecer una cita para llevar a cabo la evaluación. Por cada paciente

se citaría sólo a un familiar, fundamentalmente el que pasara más tiempo con él. Se les explicó que se trataba de un estudio dirigido a obtener información para intentar mejorar la calidad asistencial de la Unidad y que sus opiniones nos interesaban. Se les explicó que dicha entrevista era de carácter voluntario y que no estaba relacionada con el programa de rehabilitación de su familiar enfermo. Ninguno se negó.

4º) Realización de las entrevistas, en ellas el profesional formulaba las preguntas del cuestionario. Sesenta y un familiares (92'42%) fueron entrevistadas en la Unidad de Rehabilitación, mientras los cinco restantes (7'58%), fueron entrevistados en sus domicilios por distintos motivos, relacionados con imposibilidades para el desplazamiento. Si se producían dificultades para entender las diferentes preguntas, el entrevistador las adecuaba al nivel del entrevistado y aclaraba sus posibles dudas.

Resultados

* Sobre el tratamiento del paciente

Los resultados globales obtenidos tras la administración del *Cuestionario para la familia* fueron los siguientes:

1) Un 98'49% (65 personas) de la muestra encuestada expresó su creencia de que *donde mejor tratamiento pueden recibir* sus enfermos, es en los *servicios comunitarios* de salud mental; frente a un 1'51% (una persona) que se decantó por los hospitales psiquiátricos.

2) En relación a su opinión sobre la influencia que los tratamientos administrados en la Unidad de Rehabilitación, estaban produciendo en la evolución de distintas variables de los enfermos, los resultados fueron los siguientes:

- Un 53'03% (35 personas) opinaban que los enfermos *habían mejorado la adherencia al tratamiento medicamentoso* respecto al período anterior a la derivación a la Unidad. Un 38'45% (23) opinaba que la adherencia continuaba siendo igual de buena que antes. Para un 10'61% (7) la adherencia continuaba siendo mala y un 1'51% (1) manifestó que se había producido un empeoramiento.

- En cuanto a *sintomatología de carácter ansiógeno*, un 80'30% de familiares (53) opinaban que desde que estaban siendo tratados por la Unidad de Rehabilitación, encontraban a sus pacientes *más tranquilos que antes*, frente a un 6'06% (4) que los encontraban *más nerviosos*. Un 7'57% (5) y un 6'06% (4) encontraban a los pacientes *igual de tranquilos o igual de nerviosos que antes*, respectivamente.

- En relación a la variable *estado de*

ánimo, un 8'81% (54) observaban a sus familiares enfermos *más animados que antes*. Un 6'06% (4) opinaba que continuaban *igual de animados*, un 10'60% (7) *igual de desanimados* y un 1'51% (1) *más desanimados que antes*.

- Respecto a la *relación que mantenían con el enfermo*, para un 71'21% (47) ésta era *más fácil que antes*, frente a un 1'51% (1) que la valoraba como *más difícil*. Un 16'66% (11) opinaba que se mantenía *igual de fácil que antes* y un 10'60% (7) *igual de difícil*.

- Sobre *sintomatología psicótica positiva*, un 84'84% (56) de los encuestados apreciaban en los enfermos *menos síntomas positivos*, un 6'06% (4); *ninguno, igual que antes* un 7'57% (5) apreciaban los *mismos síntomas positivos que antes* y un 1'51% (1) apreciaba *más síntomas que antes*.

- Al considerar el *nivel de comunicación* de los pacientes, un 68'18% (45 personas) valoraban que era *mejor que antes* y un 15'15% (10) consideraba que era *igual de bueno que antes*. Por otra parte el 3'03% (2) valoraba que era *peor que antes*, y el 13'63% (9) que era *igual de deficitario que antes*.

- En relación a una posible disminución del *aislamiento en casa*, el 63'63% (42) opinaba que las salidas del paciente a la calle eran *más frecuentes que antes*, frente a un 7'57% (5) que opinaba que eran *menos frecuentes que antes* y frente a un 3'03% (2) que opinaban que eran *inexistentes, igual que antes*. Un 25'75% (17) valoraban que eran *igual de frecuentes que antes*.

- Respecto al *nivel de actividad ocupacional*, un 66'66% (44) señaló que «*había aumentado*»; un 3'03% (2) apuntó que era «*igual de alto que antes*»; un 4'54% (3) indicó que «*había disminuido*» y, finalmente, un 25'75% (17) que era «*igual de escaso que antes*».
- Al referirse al *nivel de autonomía personal* los datos reflejaron que el 66'66% (44) de los familiares creía que «*había aumentado*» y el 21'21% (14) que era «*igual de bueno que antes*»; por contra, el 4'54% (3) creía que «*había disminuido*» y el 7'57% (5) que era «*igual de deficitario que antes*».
- En cuanto a los *miedos* que los pacientes manifestaban sufrir, el 80'30% (53) observó que «*habían disminuido*» frente al 1'51% (1) que opinaban que «*habían aumentado*». Un 7'57% (5) señaló que tenían «*los mismos miedos que antes*» y, por último, el 10'60% (7) indicó que no tenían «*ningún miedo, igual que antes*».

3) Respecto a cómo creen que hubiera sido la evolución de su familiar paciente en *ausencia de tratamiento en la Unidad*, el 80'30% (53) manifestó la creencia de que «*habría empeorado*»; el 19'69% (13) señaló que «*seguiría igual (de bien o de mal)*». Ninguno señaló la opción consistente en que habría mejorado más.

4) En cuanto al *grado subjetivo de satisfacción* sobre el trabajo desarrollado por la Unidad de Rehabilitación, evaluado a través de una escala ordinal de 0 a 10 puntos (donde 0-1-2 = Mínimo; 3-4 = Escaso; 5-6 = Aceptable; 7-8 = Bueno y 9-10 = Muy Bueno), el 72'72% (48) manifestó que su grado de satisfacción era de «*Muy bueno*»; el 18'18% (12) de «*Bueno*» y el 9'09% (6) de «*Aceptable*».

5) En cuanto a los *aspectos o temas que más les preocupaban de cara al futuro del paciente*, los familiares priorizaron trece cuestiones, ordenándolas por su importancia, desde el puesto número 1 al número 13 (asignando a la más importante «*un punto*», a la siguiente «*dos puntos*» y así hasta la última, a la que se asignaba «*trece puntos*»). En la tabla 2 se muestra la clasificación por orden descendente de importancia, así como las puntuaciones totales acumuladas por cada una de las frases.

* Sobre la infraestructura de la Unidad de Rehabilitación

1) Respecto a la *dotación de profesionales* que constituyen el equipo de la Unidad, el 81'81% de los sujetos (54) opinó que «*es suficiente*», el 16'66% (11) que es «*insuficiente*», y el 1'51% (1) opinó que es «*exagerado*».

2) En cuanto al *local* donde se ubica la unidad de Rehabilitación, un 13'63 (9) lo calificó como «*excelente*», un 65'15% (43) como «*adecuado*», y un 21'21% (14) lo valoró como «*inadecuado*».

* Sobre los contactos con los profesionales de la Unidad

1) La totalidad de los familiares (100%) valoraron la *actitud de los profesionales de la Unidad hacia ellos* como «*habitualmente de amabilidad*». Ningún caso eligió las alternativas correspondientes a «*frialdad*» o «*antipatía*».

2) En relación a los *contactos con los profesionales* de la Unidad, un 98'48% (65) contestó que «*escuchan con atención todo lo que les cuento, puedo hablar sin prisas*», y un 1'51% (1) que «*me cortan con frecuencia y no puedo expresarme todo lo que yo quisiera*». Ninguno valoró

Tabla 2. Clasificación, por orden descendente de importancia, de las preocupaciones futuras de los familiares respecto al paciente.

ORDEN	CUESTION	PUNTOS
1º	QUE NO ABANDONE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	308
2º	QUE NO ABANDONE EL TRATAMIENTO REHABILITADOR	358
3º	QUE LOS SERVICIOS SANITARIOS NO SE OLVIDEN DE EL	362
4º	QUE NO TENGA NUEVAS CRISIS AGUDAS	365
5º	QUE TENGA UNA OCUPACION LO MAS NORMAL POSIBLE	400
6º	QUE ALCANCE UN ADECUADA AUTONOMIA PERSONAL	440
7º	QUE TENGA RELACIONES SOCIALES ESTABLES	476
8º	QUE SEA POSIBLE LA CONVIVENCIA CON ÉL	485
9º	QUE NO TENGA DESEOS DE MORIR	517
10º	QUE TENGA UN LUGAR DONDE VIVIR	552
11º	QUE NO SE COMPORTE AGRESIVAMENTE	612
12º	QUE SE LE ASEGURE UNA PRESTACION ECONOMICA	668
13º	QUE SEA DÓCIL Y OBEDIENTE	681

la tercera alternativa, «las entrevistas son tan cortas que apenas puedo explicar nada».

3) Sobre la *accesibilidad* a los profesionales de la Unidad, para el 96'96% (64) «es fácil, sin problemas», mientras para el 3'03% (2) «es posible, pero después de insistir muchas veces». Ninguno señaló la tercera posibilidad, «es prácticamente imposible».

4) Al valorar la posible *función de apoyo y descarga emocional* de la Unidad para los familiares, el 45'45% (30) indicó que le servía «muchísimo», el 46'96% (31) «bastante», el 7'57% (5) «un poco». Nadie señaló la cuarta alternativa, «no me sirve de nada».

5) En relación a la *información sobre el trastorno* suministrada en la Unidad de Rehabilitación, los resultados señalan que para el 74'24% (49 personas) supuso «aprender muchas cosas que no sabía», para el 15'15% (10) «sumar algún conocimiento a lo mucho que ya sabía», y para

el 10'60% restante (7) «no aportó ningún conocimiento nuevo».

6) En cuanto a la *utilidad de la información recibida* en la Unidad de Rehabilitación, un 83'33% (55 sujetos) señaló que «me ha sido muy útil para mejorar mucho la convivencia con mi familiar», un 12'12% (8) que «me ha servido para mejorar un poco la convivencia con mi familiar», y un 4'54% (3) que «aunque es interesante no me ha servido para mejorar la convivencia con mi familiar». A nadie le influyó para empeorar la relación.

7) Al valorar la *habilidad que para comunicar información* tienen los profesionales de la Unidad, los 66 familiares (100%) coincidieron en que «lo hacen con suficiente claridad para que yo les entienda». Ningún sujeto apreció ninguna de las otras dos posibles alternativas, «hay algunas cosas que no me explican de modo que yo pueda entenderlas», o, «lo hacen con muy poca claridad, apenas me entero».

8) En cuanto al *grado subjetivo de satisfacción sobre la relación dispensada por los profesionales de la Unidad*, evaluado a través de una escala ordinal de 0 a 10 puntos (donde 0-1-2 = Mínimo; 3-4 = Escaso; 5-6 = Aceptable; 7-8 = Bueno; y 9-10 = Muy Bueno), el 81'81% (54) manifestó que su grado de satisfacción era de «*Muy bueno*»; el 15'14% (10) de «*Bueno*» y el 3'03% (2) de «*Aceptable*».

9) Por último, los familiares podían señalar, contestando a una pregunta abierta, qué *necesidades por ellos percibidas*, creían que podían ser satisfechas por la Unidad de Rehabilitación. Sus respuestas fueron categorizadas en cuatro grupos:

- Cerca de la mitad de los sujetos manifestaron *necesidades relacionadas con el futuro del paciente*. Así, el 46'96%, es decir 31 familiares, solicitaron a la Unidad mantener en el futuro el seguimiento del caso y de los resultados alcanzados.
- En relación a *necesidades relacionadas con el presente del paciente*, un 33'33% de los familiares (22 personas) solicitaron a la Unidad de Rehabilitación mejorar distintos aspectos relacionados con el funcionamiento, tratamiento y hábitos del paciente. Así, el 10'60% (7) se refirió a mejorar el funcionamiento socio-ocupacional, el 7'57% (5) a mejorar la adherencia al tratamiento rehabilitador, el 1'51% (1) al tratamiento farmacológico, el 4'54% (3) el nivel de autonomía personal, el 1'51% (1) el estado de ánimo, el 1'51% (1) la capacidad para afrontar la enfermedad, por último, un 4'54% (3) solicitó intervenciones dirigidas a reducir el

hábito de fumar y un 1'51% (1) el hábito de beber alcohol.

- Un 16'66% (11 familiares) indicaron *necesidades relacionadas con la provisión de recursos de distinto tipo*: el 10'60% (7) de tipo ocupacional, el 4'54% (3) de tipo residencial, y el 1'51% (1) de tipo económico.
- Un 16'66% (11) de los familiares solicitaron *ayudas relacionadas con ellos mismos*. Concretamente, un 12'12% (8) pidieron que la Unidad de Rehabilitación mantuviera su función de apoyo en el afrontamiento del problema, mientras que un 4'54% (3) solicitaron que la Unidad mantuviera un asesoramiento continuo sobre cómo afrontar el problema.

Discusión

1. La muestra de familiares que participaron en este estudio, lo constituyeron aquellos quiénes habían mantenido o mantenían con la Unidad de Rehabilitación una relación que les permitiera valorar la eficacia de las intervenciones, así como el trato humano recibido. Por tanto, durante la fase de selección de pacientes cuyos familiares serían entrevistados, se excluyeron a aquellos que no se habían implicado en el proceso rehabilitador del paciente. También se excluyeron de la selección a aquellos pacientes que no mantenían lazos familiares o que carecían de familiares. Por ello, al analizar los resultados obtenidos hay que referirlos y limitarlos a familiares que conviven con el enfermo y que en algún grado participan en el programa de rehabilitación de la Unidad «Virgen del Rocío», concretamente a la muestra estudiada, sin que necesariamente puedan

extrapolarse conclusiones a otros grupos similares.

2. Que la práctica totalidad de los familiares entrevistados, crean que es mejor tratar a los pacientes mentales en servicios sanitarios comunitarios que en las instituciones manicomiales tradicionales, está en línea con modelos como el de atención a la salud mental pública. Modelo que opta por el tratamiento y mantenimiento del paciente mental en su medio. No obstante, tal consideración hay que tomarla con la suficiente precaución, y en cualquier caso limitarla a los familiares que participaron en el presente estudio.

3. Como sabemos, la correcta realización del tratamiento farmacológico es uno de los elementos básicos, junto a las intervenciones psicosociales, del tratamiento integral de los trastornos esquizofrénicos. La medicación además de incidir sobre la sintomatología psicótica positiva, constituye una variable protectora y reductora de la probabilidad de recaída. Por tanto, lograr y mantener una adecuada adherencia al tratamiento médico por parte del paciente es uno de los objetivos de la Unidad de Rehabilitación. La valoración que de este área de intervención realizaron los familiares es positiva, pues en más de la mitad de los casos (53'03%) se consideró que se habían producido mejoras; este dato sumado al 34'85% de encuestados que consideraron que sus pacientes continuaban tomando igual de bien el tratamiento, supone un total del 87'88%. Ello sugiere, según la opinión familiar, la eficacia de las intervenciones en este área a la hora de garantizar la adecuada adherencia al tratamiento medicamentoso.

4. En relación a la opinión de los familiares sobre la influencia del trata-

miento rehabilitador sobre distintos aspectos del curso del trastorno (síntomas positivos y negativos, funcionamiento psicosocial), mostraron unas percepciones que valoraban como eficaces las intervenciones de la Unidad de Rehabilitación. Así, para los familiares el tratamiento dispensado por la Unidad de Rehabilitación ha sido beneficioso, reduciendo sintomatología y mejorando el funcionamiento psicosocial y la integración comunitaria de los pacientes.

Concretamente, las familias valoran que el tratamiento rehabilitador ha influido reduciendo la sintomatología de carácter ansiógeno, mejorando el *estado de ánimo*, reduciendo la *sintomatología psicótica positiva* y reduciendo los *miedos* de los pacientes. Los porcentajes de familiares que valoraron la influencia beneficiosa de las intervenciones rehabilitadoras sobre estos síntomas, oscila entre el 80'30% y el 84'84%. En contraposición, porcentajes situados entre el 1'51% y el 6'06% opinaban que la evolución en estos síntomas había experimentado empeoramientos. Si bien las intervenciones rehabilitadoras principalmente se dirigen a mejorar el funcionamiento del paciente en la comunidad y no a reducir síntomas clínicos, es interesante cómo las observaciones de los familiares no se oponen a la hipótesis de una posible interrelación funcional entre los síntomas positivos, síntomas negativos y elementos contextuales (Cuevas y Perona, 1995), de modo que la mejora de comportamientos psicosociales y ocupacionales correlacionan con mejoras clínicas. Asimismo, este dato refuerza la idea de que estrategias rehabilitadoras que incluyan entrenamientos graduales y apoyo individual al paciente, en su proceso de

integración sociocomunitaria, minimiza el posible carácter estresante de dicho proceso.

Respecto a aspectos cualitativos de la relación de los familiares con sus enfermos, la valoración de que ésta era «*más fácil que antes*» (71'21%), junto a los que opinaron que se mantenía «*igual de fácil que antes*» (16'66%), suponía un total del 87'85%. Este aspecto valorativo cobra mayor significación desde las hipótesis que relacionan el estrés familiar con la probabilidad de recaída (Barrowclough y Tarrier, 1995). Al tiempo, un 68'18% de los familiares consideraron que se habían producido mejoras en el *nivel de comunicación* de los pacientes, o que éstos mantenían un *nivel igual de bueno que antes* (15'15%). Por tanto, la mayoría de los familiares percibían cambios positivos en el área relacional-comunicacional de los pacientes.

En relación a otros aspectos característicos de un adecuado funcionamiento psicosocial, las familias observaron cambios positivos en el *desarrollo de la autonomía personal* y en el *nivel de actividad ocupacional*, con la consiguiente reducción del *aislamiento* en casa. Así, en el 66'66% de los casos se valoraron incrementos en la *autonomía personal*, elemento favorecedor de la integración en actividades sociocomunitarias. De hecho, el mismo porcentaje (66'66%); apreció que el tratamiento rehabilitador influyó *aumentando el nivel de actividad ocupacional*. Estos datos correlacionaron con una importante *reducción del aislamiento* en casa, apreciado por el 63'63% de los familiares.

En líneas generales, las apreciaciones de los familiares sobre los distintos aspectos valorados, suponen su idea de

que los tratamientos administrados por la Unidad de Rehabilitación son eficaces. Idea que es reforzada por la creencia del 80'30% de los familiares, consistente en que en *ausencia de tratamiento en la Unidad de Rehabilitación*, los pacientes *no sólo no habrían mejorado, sino que habrían sufrido una evolución negativa, empeorando*. El resto (19'69%) consideró que de no haber recibido tratamiento rehabilitador, sus familiares enfermos *habrían seguido igual*, es decir que no habrían mejorado, pero tampoco empeorado. Es sugerente el dato de que nadie opinó que se habrían producido mejoras en ausencia de tratamiento rehabilitador. Por lo que los familiares consideran que para producirse mejorías en el funcionamiento psicosocial de los pacientes son necesarias intervenciones especializadas. Todo ello subraya la idoneidad de enfoques integrales de atención, que redunden en mejorar tanto la sintomatología positiva como la negativa, a la par que a desarrollar el funcionamiento del individuo en contextos comunitarios concretos.

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 subjetivo y global sobre dichas intervenciones*. Así la gran mayoría manifestó que su *grado subjetivo de satisfacción* sobre el trabajo realizado por la Unidad de Rehabilitación se situaba entre *muy bueno y bueno* (72'72% y 18,18% respectivamente).

5. De cara al futuro del paciente, los familiares priorizaron en orden descendente de preocupación, trece posibles aspectos (ver tabla 2): los cuatro aspectos más prioritarios se engloban en un

primer grupo que hace referencia a la estabilidad de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y rehabilitadores y a la garantía de un seguimiento indefinido del caso por parte de los servicios de salud mental; un segundo grupo de aspectos prioritarios (del 5º al 8º) se refieren a la posibilidad de que el paciente alcance un funcionamiento social lo más normalizado posible; por último los familiares señalan otro tipo de preocupaciones que contemplan, entre otros, aspectos residenciales y económicos. Las respuestas dadas a este ítem: *preocupación por la estabilidad clínica y por un funcionamiento psicosocial adecuado*, manifiestan un enfoque constructivista por parte de los familiares respecto al tratamiento de los pacientes, y sugiere la indicación de desarrollar programas integrales de tratamiento; así mismo la preocupación por que los servicios de salud mental «no se olviden de él» (del enfermo) sugiere la importancia de programas comunitarios que garanticen el seguimiento de los pacientes psicóticos.

6. En relación a aspectos de infraestructura, dos comentarios. Primero es de destacar que más del ochenta por ciento de los encuestados valoró que la dotación del dispositivo es suficiente. Si bien este dato no resulta definitivo, no se opone a la hipótesis de un equipo interdisciplinar competente en el desarrollo de sus tareas asistenciales. Segundo, si bien una gran mayoría valoró el espacio físico de la Unidad como adecuado, el hecho de que el cuestionario no contemplara una mayor diversidad de aspectos a valorar, no permite la obtención de grandes conclusiones.

7. A continuación comentaremos los resultados correspondientes a las opinio-

nes que los familiares expresaron sobre el trato humano y atención dispensada por los profesionales, la calidad de la comunicación, la accesibilidad a los profesionales y, el apoyo y asesoramiento ofrecido por los profesionales:

- La totalidad de los familiares calificaron de *amabilidad* la actitud de los profesionales hacia ellos. Así mismo, un porcentaje muy cercano contestó que se «*les escuchaba con atención, sin prisas*». Estos datos presentan a los profesionales de la Unidad como receptores competentes y que valoran como importante la opinión de los familiares. Igualmente importante es la habilidad para comunicar información a los usuarios, de modo que se ofrezcan contenidos claros y comprensibles, en este sentido los resultados indicaron que todos los familiares consideraban a los profesionales *hábiles para comunicar información, haciéndolo con suficiente claridad para que les entendamos*.
- En cuanto a la percepción de *accesibilidad* a los profesionales por parte de los familiares, los datos son también concluyentes. Cerca del 97% opinan que acceder a un profesional de la Unidad «*es fácil, sin problemas*». La importancia de esta percepción está 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).
- Respecto a la función de información y asesoramiento a los familiares sobre aspectos de la enfermedad, los resultados destacan que en sus contactos con la Unidad de Rehabilitación

«aprendieron muchas cosas que no sabían» (74'24%) o «sumaron algún conocimiento a lo mucho que ya sabían» (15'15%). 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 disminuye la angustia derivada del desconocimiento. Además, cerca de un 96% de los encuestados valoró (con mayor o menor intensidad) que la información recibida les había resultado «útil para mejorar la convivencia con el paciente», lo cual sugiere un cierto desarrollo de sus capacidades de afrontamiento. Este último dato correlaciona positivamente con el señalado anteriormente sobre la influencia del tratamiento rehabilitador en la evolución de distintos aspectos de la persona que sufre el trastorno, concretamente al que señalaba la opinión familiar (71'21%) que desde que el paciente se encontraba en programas de rehabilitación «había mejorado la relación con los familiares, siendo esta más fácil que antes».

- Todos los familiares, con distinta intensidad, respondieron que la Unidad ejercía una función de «apoyo y descarga emocional». Estos datos son importantes considerando las funciones que de descarga emocional y apoyo a las familias que conviven con los enfermos, deben cumplir los servicios de salud mental comunitarios. Al tiempo refuerzan la necesi-

dad de ofertar atención y apoyo regular a los familiares.

En general, todos los aspectos comentados se tradujeron en un positivo grado subjetivo de satisfacción sobre la relación dispensada por los profesionales de la Unidad de Rehabilitación; concretamente un 81'81% lo calificó de «muy bueno» y un 15'14% como «bueno».

8. Por último, resulta de interés considerar que en las contestaciones dadas por los familiares a una pregunta abierta sobre qué necesidades pensaban que la Unidad podía ayudarles a cubrir:

- Casi la mitad de los encuestados volvían a incidir sobre la petición de que se garantice un seguimiento futuro del caso por parte de los servicios de salud mental. Este dato coincide con una de las preocupaciones futuras que señalaban como prioritarias (ver tabla 2).
- Otro aspecto es que, aún valorando como eficaces las intervenciones rehabilitadoras llevadas a cabo con los pacientes, hasta un 33% de los familiares señalaban la necesidad de que se continuara trabajando por mejorar su funcionamiento psicosocial, esto sugiere «no dar por terminado» el proceso de rehabilitación de una persona y mantener estrategias de intervención que contemplen indefinidamente la posibilidad de mejorar.
- Otras necesidades expresadas por los familiares fue en relación a la provisión de recursos, sobre todo de tipo ocupacional, elemento complementario importante en el tratamiento integral comunitario. En cuanto a

recursos residenciales, solamente los señalaron un 454%, lo cual es comprensible si tenemos en cuenta otros datos del presente estudio, tales como la calidad de la convivencia en el contexto familiar. Los recursos de tipo económico fueron apuntados sólo por 151%, pero este dato puede estar influido por el hecho de que muchos pacientes ya cuentan con algún tipo de prestación económica o incluso sueldos por actividades laborales.

- Que un importante porcentaje de familiares solicitara que la Unidad mantuviera, de modo continuo, su función de apoyo y asesoramiento para el afrontamiento de las dificultades y estrés derivado de la convivencia con un paciente mental, es coherente con una visión comunitaria que concibe a los familiares como agentes de salud. Asimismo, sugiere la importancia de mantener y profundizar en el desarrollo de actividades asistenciales y psicoeducativas dirigidas a estas personas.

9. Estudios como el presente, señalan a la familia como elemento importante en la evaluación de la atención sanitaria dirigida a los pacientes mentales. Para finalizar, queremos subrayar la necesidad de llevar a cabo evaluaciones sistemáticas de los dispositivos sanitarios públicos. Ello permitiría utilizar los datos obtenidos a modo de fuente de retroalimentación y orientación en el trabajo asistencial.

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statisti-*

cal Manual of Mental Disorders (Tercera edición, revisada; DSM-III-R). 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.

CARDIN, V.A., MCGILL, C.W. y FALLOON, I.R.H. (1986). An economic analysis: cost benefits and effectiveness. En I.R.H. Falloon (ed.): *Family management of schizophrenia*. Baltimore: John Hopkins University Press.

COSTA, M. y LOPEZ, E (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

CUEVAS YUST, C. y PERONA GARCELAN, S. (1995). La evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.

DiMATTEO, M. y DiNICOLA, D. (1982). *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.

FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, C.W., RAZANI, J., MOSS, H.B. y GILDERMAN, A.M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.

FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L. y MCGILL, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.

FALLOON, I.R.H. y PEDERSON, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.

- 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.
- HOGARTY, G., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBILTH, S.J., GREENWALD, D.P., JAVAN, C.D. y MADONIA, M.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. 1.: One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- 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.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN-FRIES, R. y STURGEON, D. (1982). A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEY, P. (1988). *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Londres: Croom Helm.
- MEICHENBAUM, D. y TURK, D. (1987). *Facilitating treatment adherence*. Nueva York: Plenum Press.
- MIRA, J.J., VAN DER HOFSTADT, C., ELVIRA, V., PEREZ, 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.
- TARRIER, N., BARROUCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J.S., PORCEDDU, K., WATT, S. y FREEMAN, H. (1988). The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.
- VAZQUEZ, A.J., RUIZ, F., RAMOS, E., GALLEGO, C., LEON, M., CARMONA, D., ZAMORA, A., LOPEZ, 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.
- WEISS, G. (1988). Patients satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 26, 383-392.

ANEXO

CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA
(Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío», 1995)

1-Creo que dónde mi familiar puede recibir un mejor tratamiento es (señale una alternativa):

- a-en un hospital psiquiátrico.
- b-en los servicios comunitarios de salud mental.

2-En mi opinión, desde que mi familiar está siendo tratado por la Unidad de Rehabilitación (en cada grupo de respuestas señale sólo una alternativa):

2.1 La medicación la toma:

- a. Mejor que antes
- b. Peor que antes
- c. Igual de bien que antes
- d. Igual de mal que antes

2.2.En general se encuentra:

- a. Más nervioso que antes
- b. Igual de tranquilo que antes
- c. Igual de nervioso que antes
- d. Más tranquilo que antes

2.3.En general se encuentra:

- a. Más animado que antes
- b. Igual de animado que antes
- c. Más desanimado que antes
- d. Igual de desanimado que antes

2.4.En general la relación con él:

- a. Es igual de difícil que antes
- b. Es más fácil que antes
- c. Es igual de fácil que antes
- d. Es más difícil que antes

2.5.Presenta:

- a. Los mismos síntomas positivos que antes
- b. Más síntomas positivos que antes
- c. Menos síntomas positivos que antes
- d. Ninguno, igual que antes

2.6.Su nivel de comunicación es:

- a. Igual de deficitario que antes
- b. Igual de bueno que antes

- c. Peor que antes
- d. Mejor que antes

2.7.Sus salidas a la calle son:

- a. Inexistentes, igual que antes
- b. Más frecuentes que antes
- c. Menos frecuentes que antes
- d. Igual de frecuentes que antes

2.8.Su nivel de actividad:

- a. Ha aumentado
- b. Ha disminuido
- c. Es igual de alto que antes
- d. Es igual de escaso que antes

2.9.Su nivel de autonomía personal:

- a. Es igual de bueno que antes
- b. Ha disminuido
- c. Ha aumentado
- d. Es igual de deficitario que antes

2.10. Sus miedos:

- a. Han aumentado
- b. No tiene ninguno, igual que antes
- c. Tiene los mismos de antes
- d. Han disminuido

3. En mi opinión (elija una frase):

- a. Sin la Unidad de Rehabilitación, mi familiar hubiera mejorado más.
- b. Sin la Unidad de Rehabilitación, mi familiar hubiera empeorado más.
- c. Sin la Unidad de Rehabilitación, mi familiar seguiría igual de bien o mal.

4. Mi grado de satisfacción con el trabajo que la URA desarrolla con mi familiar es (rodee la cifra elegida con un círculo):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0,1,2 = MÍNIMO 3,4 = ESCASO

5,6 = ACEPTABLE 7,8 = BUENO

9,10 = MUY BUENO

5. De cara al futuro lo que más preocupa de mi familiar es (numerar por orden de importancia descendente, de 1 a 13):

- Que tenga relaciones sociales estables. (...)
- Que sea posible la convivencia con él. (...)
- Que no abandone el tratamiento rehabilitador. (...)
- Que se le asegure una prestación económica. (...)
- Que tenga un lugar donde vivir. (...)
- Que no tenga nuevas crisis agudas. (...)
- Que sea dócil y obediente. (...)
- Que no tenga deseos de morir. (...)
- Que no se comporte agresivamente. (...)
- Que no abandone el tratamiento farmacológico. (...)
- Que tenga una ocupación lo más normal posible. (...)
- Que los servicios de salud mental no se «olviden» de él. (...)
- Que alcance un adecuado nivel de autonomía personal. (...)

6. Creo que la Unidad de Rehabilitación cuenta con un equipo profesional:

- a. Insuficiente («debería de contar con más profesionales»).
- b. Suficiente («está bien así»).
- c. Exagerado («no hacen falta tantos profesionales»).

7. El local donde está ubicada la Unidad de Rehabilitación me parece:

- a. Inadecuado
- b. Adecuado
- c. Excelente

8. Habitualmente la actitud del personal de la Unidad de Rehabilitación hacia mi es de:

- a. Frialdad
- b. Amabilidad
- c. Antipatía

9. Cuando hablo con profesionales de la Unidad de Rehabilitación tengo la sensación de que (señale una alternativa):

- a. Escuchan con atención todo lo que les cuento, puedo hablar sin prisas.
- b. Me cortan con frecuencia y no puedo expresarme todo lo que yo quisiera.
- c. Las entrevistas son tan cortas que apenas puedo explicar nada.

10. Si deseo hablar con algún profesional de la Unidad de Rehabilitación, conseguir una entrevista (señale una alternativa):

- a. Es fácil, sin problemas.
- b. Es posible, pero después de insistir muchas veces.
- c. Es prácticamente imposible.

11. La Unidad de Rehabilitación me sirve de apoyo para sobrellevar la carga que supone un familiar enfermo (señale una alternativa):

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Bastante
- d. Muchísimo

12. La información que los profesionales de la Unidad de Rehabilitación me han facilitado sobre la esquizofrenia me ha servido para (señale una alternativa):

- a. Aprender muchas cosas que no sabía.
- b. No me ha aportado ningún conocimiento nuevo.
- c. Sumar algún conocimiento a lo mucho que ya sabía.

13. Cuando los profesionales de la Unidad de Rehabilitación me comunican algo, lo hacen con (señale una alternativa):

- a. Suficiente claridad para que yo lo entienda.
- b. Hay algunas cosas que no me explican de modo que yo pueda entenderlas.
- c. Muy poca claridad, apenas me entero.

14. Creo que la información que me han dado en la Unidad de Rehabilitación (señale una alternativa):

a. Aunque es interesante no me ha servido para mejorar la convivencia con mi familiar.

b. Me ha sido muy útil para mejorar mucho la convivencia con mi familiar.

c. Me ha servido para mejorar un poco la convivencia con mi familiar.

d. Ha influido en que empeore la convivencia con mi familiar.

15. En general mi grado de satisfacción con la relación que los profesionales de la URA mantienen conmigo es (rodee la cifra elegida con un círculo):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0,1,2 = MÍNIMO 3,4 = ESCASO

5,6 = ACEPTABLE 7,8 = BUENO

9,10 = MUY BUENO

16. Según sus necesidades personales, ¿en qué cosas podría ayudarle la Unidad de Rehabilitación?: