

# ***Evaluación de una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico***

***Carlos CUEVAS YUST  
Remedios DORADO GARCÍA  
Agustina HERVÁS DE LA TORRE  
Margarita LAVIANA CUETOS  
Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ  
Emilia NAVARRÓN CUEVAS  
Salvador PERONA GARCELÁN  
José Manuel RAMOS LEÓN  
Servicio Andaluz de Salud***

## ***Resumen***

En el presente estudio se aplicó un cuestionario a 74 personas con esquizofrenia. Con el objetivo de conocer su percepción y satisfacción sobre los siguientes aspectos: eficacia del tratamiento, recursos humanos e infraestructura del servicio, calidad de la relación y apoyo recibido. En las conclusiones se reflexiona sobre la utilidad de este tipo de estudios y se destaca la importancia de la opinión de los usuarios de nuestros servicios como elemento de evaluación de la calidad de los mismos y como elemento complementario en la valoración de la efectividad de los tratamientos administrados.

***Palabras clave:*** esquizofrenia, satisfacción de usuarios, evaluación de servicios, rehabilitación psicosocial, salud mental.

---

***Dirección del primer autor:*** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Avda. Kansas City, 32, bajo-E, 41007-Sevilla. ***Correo electrónico:*** cuevasyust@correo.cop.es.

Este trabajo informa de parte de los resultados obtenidos en la investigación *Evaluación de la calidad de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de usuarios con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia*, ( expediente nº 33/99), subvencionado por el Servicio Andaluz de Salud según Resolución de Concesión de fecha 18 de octubre de 1999, (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº 131, de 11 de noviembre de 1999).

Agradecemos su colaboración en el presente estudio a Verónica Bernal García, M<sup>a</sup> Carmen García Vidal, Beatriz Ortega López, Felisa Sánchez García y Gabriel Martín Díaz, alumnas del Practicum de Psicología las primeras y estudiante de Trabajo Social el último.

**Abstract**

This study consists of the administration of a questionnaire to 74 schizophrenic patients. The purpose of this work was to determine their perception and satisfaction with the following aspects: treatment efficacy, human and material resources of the unit, quality of personal relationship and support provided. In our conclusions we reflect upon the utility of this type of studies. We highlight the importance of the opinion of people who use these services for the assessment of the quality of mental health services and as a complementary element in the evaluation of the effectiveness of the prescribed treatments.

**Key words:** Schizophrenia, User Satisfaction, Service Evaluation, Social and Psychological Rehabilitation, Mental Health.

En el contexto de redes sanitarias complejas, como es el caso de los servicios públicos de salud mental comunitarios, son precisos procedimientos de evaluación que aclaren su repercusión en los problemas de salud de la población. Un elemento importante de valoración de los servicios sanitarios recibidos por los usuarios ha sido su satisfacción (Donabedian, 1966). Normalmente se evalúa la satisfacción que generan los cuidados sanitarios, la información recibida (tipo, cantidad y comprensión), los aspectos de hostelería durante una estancia hospitalaria o la accesibilidad a los servicios (Hulka, Cassel, Kupper, y Burdette, J., 1976; Meichenbaum y Turk, 1987; Ley, 1988; Weiss, 1988; DiMatteo y DiNicola, 1992).

En el pasado, la opinión de los pacientes con respecto a su tratamiento no era tenida en cuenta por los profesionales. La introducción del concepto "usuarios de servicios" ha contribuido a modificar de forma considerable esta circunstancia. En el ámbito de la rehabilitación psicosocial de pacientes esquizofrénicos, se ha señalado en ocasiones la existencia de dificultades metodológicas para estimar el grado de satisfacción de algunos pacientes, como con frecuencia ocurre con los que carecen de conciencia de enfermedad o no aceptan el tratamiento (Mira, Van der Hofstadt, Elvira, Pérez, y Carrato, 1994). Sin embargo,

esto no siempre ocurre así, existiendo datos que sugieren que los enfermos mentales crónicos pueden informar de manera fiable acerca de su calidad de vida (Bobes, González y Bousoño, 1995). A esta visión corresponde nuestra propia experiencia de más de catorce años de trabajo en rehabilitación con personas con esquizofrenia en la que observamos que los enfermos pueden informar de modo fiable, al menos durante los periodos de compensación clínica.

En salud mental, la evaluación de la satisfacción de los usuarios y de sus familiares ha constituido también un importante elemento de valoración de la efectividad de la oferta asistencial (Mira, Van der Hofstadt, Elvira, Pérez, y Carrato, 1994; Bobes, González y Bousoño, 1995; Vázquez, Ruiz, Ramos, Gallego, León, Carmoña, Zamora, López, Llamas, y Méndez, 1994; Cuevas Yust, Perona Garcelán, Arévalo Cobo, Hervás de la Torre, y Navarrón Cuevas, 1996; Cuevas Yust, Dorado García, Hervás de la Torre, Laviana Cuetos, Navarrón Cuevas, Perona Garcelán y Ramos León, 1999; Fernández, 2000; Moré Herrero y Muñoz, 2000; Berghofer, Lang, Henkel, Schmidl, Rudas y Schmitz, 2001). En los instrumentos que se utilizan para evaluar la satisfacción, se tienen en cuenta diferentes aspectos básicos como: cantidad de información sobre la en-

fermedad, cantidad de ayuda recibida, información sobre el afrontamiento, contacto con profesionales, comprensión encontrada y participación en programas de tratamiento (Grella y Grusky, 1989).

En los países anglosajones, las encuestas de satisfacción del consumidor de 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. 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 se tiene de la satisfacción, a los problemas metodológicos que presentan la mayoría de ellos, 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). De todas formas, no debemos olvidar que la opinión del consumidor es muy importante. El usuario tiene una visión única del proceso de tratamiento y una importante concepción de la calidad del servicio. Aunque se pueden presentar sesgos en este tipo de estudios, no se debe suponer que necesariamente el consu-

midor distorsiona o sesga los resultados; la mayoría de las veces se puede esperar que éste haga un juicio razonable sobre la idoneidad del servicio. Incluso cuando la opinión del usuario se vea afectada por su propia psicopatología, esta sigue siendo importante porque ejerce una profunda influencia en el tratamiento, particularmente hasta el punto que determina el uso y la finalización prematura. En la medida en que no puede haber tratamiento si el usuario no quiere participar en las sesiones, una satisfacción mínima es necesaria para el éxito del tratamiento (Kazdin y Wilson, 1978). Por eso, independientemente de la distorsión que se pueda presentar, sus opiniones son importantes y su valoración resulta fundamental para la evaluación de los servicios.

A continuación realizamos una presentación parcial de los resultados de una investigación cuyo objetivo fue evaluar, a través de la percepción de los usuarios, la calidad de la asistencia recibida en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental «Virgen del Rocío» de Sevilla (Servicio Andaluz de Salud). Este constructo –percepción del usuario– incluye no sólo la satisfacción del usuario, sino también la valoración que éste hace sobre los siguientes aspectos: a) efectividad del tratamiento, b) infraestructura de la Unidad, c) trato humano, d) asesoramiento y apoyo.

## **Método**

### **Sujetos**

En este estudio participaron 97 pacientes atendidos en la Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío» (URA de ahora en adelante), seleccionados sobre la base de dos criterios: diagnóstico de trastorno esquizofrénico según criterios del DSM-IV (Ameri-

can Psychiatric Association, 1994), y existencia de una buena adherencia al tratamiento rehabilitador por un tiempo mínimo de seis meses.

### **Instrumentos**

Se usaron los siguientes instrumentos:

- a) *Ficha de datos generales del paciente* para la obtención de datos descriptivos sociodemográficos y clínicos.
- b) *Cuestionario de Evaluación del Servicio a través de la Percepción del Paciente* (Cuevas Yust, Dorado García, Hervás de la Torre, Laviana Cuetos, Martínez López, Navarrón Cuevas, Perona Garcelán y Ramos León, 2001), compuesto de 25 ítems: 22 son escalas ordinales entre 1 y 5 puntos, 2 ítems consistentes en escalas ordinales entre 0 y 10; y por último un ítem de respuesta abierta. El cuestionario se dirigía a obtener información sobre la satisfacción y opinión de los enfermos respecto a la efectividad del tratamiento en cuanto a variables clínicas y de funcionamiento social, infraestructura del centro, trato recibido, apoyo y asesoramiento, y por último a detectar necesidades percibidas por los pacientes que a su juicio podrían ser cubiertas total o parcialmente por la URA.

### **Procedimiento**

El procedimiento estuvo compuesto por las siguientes etapas:

- 1°) *Identificación de la muestra*. Se revisaron las historias abiertas en los

últimos cuatro años previos al estudio, siendo seleccionados las personas que cumplieran las condiciones referidas en el apartado *Sujetos*. En total fueron 97 pacientes.

- 2°) *Elaboración de los instrumentos (Ficha y Cuestionario)* por parte de los miembros del equipo investigador (cuatro psicólogos, una psiquiatra, un médico, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social), expertos en rehabilitación psicosocial, que aportaron aquellos ítems que basándose en su experiencia profesional y en un estudio previo (Cuevas Yust et al. 1999), consideraban más relevantes. Asimismo, con la intención de obtener un adecuado nivel de fiabilidad entre encuestadores se elaboró una guía en la que se definían operativamente las instrucciones de uso y administración para cada uno de dichos instrumentos.

- 3°) *Realización de un estudio piloto*. Para valorar la aplicabilidad del cuestionario e identificar y corregir posibles errores del mismo, fue administrado a un grupo de 10 pacientes que no formaban parte de la muestra seleccionada.

- 4°) *Entrenamiento de evaluadores externos* (cuatro estudiantes de último curso de Psicología y un estudiante de Trabajo Social, ajenos al proyecto de investigación) en la administración del cuestionario en el contexto de una entrevista semiestructurada. El entrenamiento se desarrolló en tres sesiones de cuatro horas de duración cada una de ellas. Las sesiones incluyeron los siguientes componentes: explicación

del cuestionario, aclaración de dudas, realización de ensayos de conducta, modelado, moldeamiento y retroalimentación. Ello permitió acordar el modo de aplicación de dicho cuestionario, de forma que se consiguiera una administración homogénea del mismo.

##### 5°) *Administración del Cuestionario.*

Previo a la aplicación del cuestionario 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 asistencial de la URA y que sus opiniones nos interesaban. También fueron informados de que la entrevista era de carácter voluntario y que no estaba relacionada con su programa de rehabilitación. Cada paciente fue citado hasta un máximo de dos veces. Acudieron 74 pacientes (76.28%) a la entrevista, 23 no asistieron (23.71%) por lo que quedaron excluidos del estudio. En la realización de las entrevistas el evaluador formulaba las preguntas del cuestionario. Si se producían dificultades para entender alguna de dichas preguntas el entrevistador las adecuaba al nivel cultural del entrevistado, aclarando posibles dudas siempre según la guía elaborada para la administración de la encuesta.

## Resultados

### *Datos descriptivos de los pacientes*

Las edades de los 74 pacientes que participaron en el estudio estaban comprendidas entre los 20 y 59 años (media de

35.6 años y desviación típica de 8.13). El 87,8% eran hombres y el 12,2% mujeres. En cuanto a estado civil: Solteros (83,8%), casados (10,8%), separados (4,1%) y viudos (1,4%). La mayoría (66,3%) presentaba un nivel académico muy básico (certificado de escolaridad y graduado escolar), frente a un 17,6% con bachillerato, o un 9,5% con estudios de formación profesional; solo el 6,8% había alcanzado titulaciones medias o superiores. En cuanto a situación laboral: 85% de parados, 9,5% pensionistas y 5,5% en centros especiales de empleo. Por otra parte, un 62,2% poseía certificado de minusvalía y el 75,7% recibía algún tipo de prestación económica.

Alrededor del 58,1% de los pacientes llevaban entre 5 y 14 años padeciendo la enfermedad (media y desviación típica, respectivamente 12,08 y 6,4). El 82,4% de los sujetos había recibido durante más de 2 años tratamientos en nuestra Unidad, mientras que el resto no llegaba a dos. Antes de iniciar el tratamiento en la Unidad de Rehabilitación, el 31,1% no había ingresado nunca en Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales, mientras un 68,9% había tenido entre uno y ocho ingresos (media de 1.62 ingresos y desviación típica de 2.11). Durante el tratamiento en la URA, el 86,5% de los sujetos no tuvieron ingresos hospitalarios, mientras el 13,5% restante precisó entre 1 y 4 ingresos (media de 0.19 y desviación típica de 0.59).

Las intervenciones aplicadas en nuestra Unidad fueron las actualmente recomendadas en el tratamiento de la esquizofrenia: terapias psicológicas, intervenciones familiares, entrenamiento en habilidades, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, rehabilitación ocupacional, y acompañamiento y apoyo comunitario. En el

momento realizar este estudio, la situación clínica de la muestra era la siguiente: compensación clínica (62,2%), descompensación con interferencia funcional (25,7%), y descompensación psicopatológica sin interferencia funcional (12,1%). Por otra parte, el 74% presentaba conciencia de enfermedad y el 89% buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

### **Datos obtenidos en el Cuestionario de Evaluación del Servicio**

En las tablas 1 y 2 se muestran los resultados observados en las respuestas relativas a la percepción de los pacientes respecto a la eficacia del tratamiento recibido. Todos los ítems del cuestionario se referían a los posibles cambios observados por el paciente con relación a su asistencia a los tratamientos de la URA.

En la tabla 3 aparecen los resultados relativos al grado de satisfacción general de los sujetos con los tratamientos psicosociales, a través de una escala ordinal de 10 puntos. Para facilitar su lectura hemos agrupado las puntuaciones en cinco niveles de satisfacción: *mínima* (1 y 2 puntos), *escasa* (3 y 4 puntos), *aceptable* (5 y 6 puntos), *buen*a (7 y 8 puntos) y *muy buena* (9 y 10 puntos).

En la tabla 4 se observan los datos respecto a la percepción de los pacientes sobre la infraestructura de la URA: recursos humanos y estructura física.

En la tabla 5 se exponen los resultados recogidos sobre cómo perciben los pacientes la relación y apoyo ofrecidos por los profesionales de la Unidad.

La tabla 6 expone la valoración global por parte de los sujetos sobre la calidad de la relación que los profesionales habían mantenido con ellos. La valoración se

Tabla 1. Percepción de los pacientes respecto a la adherencia a tratamientos y síntomas.

<b>Adherencia a las citas en salud mental</b>	
Mucho peor que antes	0 (0%)
Peor que antes	0 (0%)
Igual que antes	64 (86,5%)
Mejor que antes	7 (9,5%)
Mucho mejor que antes	2 (2,7%)
No sabe / no contesta	1 (1,4%)
<b>La toma de medicación es...</b>	
Mucho peor que antes	0 (0%)
Peor que antes	0 (0%)
Igual que antes	62 (83,5%)
Mejor que antes	7 (9,5%)
Mucho mejor que antes	4 (5,4%)
No sabe / no contesta	1 (1,4%)
<b>Ansiedad</b>	
Mucho más nervioso	1 (1,4%)
Más nervioso	2 (2,7%)
Igual que antes	28 (37,8)
Más tranquilo	33 (44,6%)
Mucho más tranquilo	10 (13,5%)
<b>Estado de ánimo</b>	
Mucho peor que antes	1 (1,4%)
Peor que antes	1 (1,4%)
Igual que antes	33 (44,6%)
Mejor que antes	27 (36,5%)
Mucho mejor que antes	12 (16,2%)
<b>Mis miedos son...</b>	
Mucho mayores	1 (1,4%)
Mayores que antes	1 (1,4%)
Igual que antes	34 (45,9%)
Menores que antes	31 (41,9%)
Mucho menores	7 (9,5%)
<b>Síntomas positivos</b>	
Han aumentado mucho	1 (1,4%)
Han aumentado	1 (1,4%)
Siguen igual	25 (33,8%)
Han disminuido	31 (41,9%)
Han disminuido mucho	16 (21,6%)
<b>Si no hubiese venido a la URA creo que...</b>	
Habría mejorado mucho	1 (1,4%)
Habría mejorado	6 (8,1%)
Seguiría igual	15 (20,3%)
Habría empeorado	35 (47,3%)
Habría empeorado mucho	15 (20,3%)

Tabla 2. Percepción de los pacientes respecto a variables de funcionamiento social

<b>La relación con la familia es...</b>	
Mucho peor que antes	1 (1,4%)
Peor que antes	2 (2,7%)
Igual que antes	26 (35,1%)
Mejor que antes	39 (52,7%)
Mucho mejor	6 (8,1%)
<b>Comunicarme con otros es...</b>	
Mucho más difícil	0 (0%)
Más difícil que antes	1 (1,4%)
Igual que antes	33 (44,6%)
Más fácil que antes	35 (47,3%)
Mucho más fácil	5 (6,8%)
<b>Mis salidas a la calle son...</b>	
Mucho menos frecuentes	1 (1,4%)
Menos frecuentes	6 (8,1%)
Igual de frecuentes	31 (41,9%)
Más frecuentes que antes	28 (37,8%)
Mucho más frecuentes	8 (10,8%)
<b>Mis actividades y ocupaciones</b>	
Han disminuido mucho	0 (0%)
Han disminuido	5 (6,8%)
Igual que antes	17 (23%)
Han aumentado	39 (52,7%)
Han aumentado mucho	13 (17,6%)
<b>Mi nivel de actividad doméstica</b>	
Ha disminuido mucho	1 (1,4%)
Ha disminuido	1 (1,4%)
Igual que antes	49 (66,2%)
Han aumentado	19 (25,7%)
Han aumentado mucho	4 (5,4%)
<b>Mi nivel de autonomía</b>	
Ha disminuido mucho	0 (0%)
Ha disminuido	4 (5,4%)
Igual que antes	34 (45,9%)
Ha aumentado	27 (36,5%)
Ha aumentado mucho	9 (12,1%)

Tabla 3. Grado de satisfacción con los tratamientos psicosociales referidos.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	3	4,1%
Escasa	4	5,4%
Aceptable	17	23,0%
Buena	23	31,1%
Muy buena	27	36,5%
Total	74	100%

Tabla 4. Percepción con relación a infraestructura de la URA

<b>Creo que el número de profesionales es...</b>	
Muy inadecuado	2 (2,7%)
Inadecuado	10 (13,5%)
Aceptable	33 (44,6%)
Adecuado	23 (31,3%)
Muy adecuado	6 (8,2%)
<b>La URA se encuentra...</b>	
Muy lejos	10 (13,5%)
Lejos	16 (21,6%)
Aceptable	23 (31,1%)
Cerca	17 (23%)
Muy cerca	8 (10,8%)
<b>Las dependencias de la URA son...</b>	
Muy insuficientes	13 (17,6%)
Insuficientes	19 (25,7%)
Regular	17 (23%)
Suficientes	22 (29,7%)
Excelentes	3 (4,1%)

efectuaba a través de una escala ordinal de 10 puntos. Para facilitar su comprensión agrupamos las puntuaciones en cinco nive-

les: *muy pobre* (1 y 2 puntos), *pobre* (3 y 4 puntos), *aceptable* (5 y 6 puntos), *buena* (7 y 8 puntos) y *muy buena* (9 y 10 puntos).

<b>La actitud de los profesionales es...</b>	
Muy desagradable	1 (1,4%)
Desagradable	0 (0%)
Correcta	14 (18,9%)
Agradable	31 (41,9%)
Muy agradable	28 (37,8%)
<b>Los profesionales me escuchan con...</b>	
Muy poca atención	1 (1,4%)
Poca atención	1 (1,4%)
Atención aceptable	20 (27%)
Suficiente atención	20 (27%)
Excelente atención	32 (43,2%)
<b>Lograr una entrevista es...</b>	
Muy difícil	1 (1,4%)
Difícil	4 (5,7%)
Aceptable	11 (15,7%)
Fácil	34 (48,6%)
Muy fácil	12 (17,1%)
NS/NC	8 (11,4%)
<b>Entender a los profesionales me es...</b>	
Muy difícil	1 (1,4%)
Difícil	2 (2,7%)
Un poco difícil	18 (24,3%)
Fácil	40 (54,1%)
Muy fácil	3 (17,6%)
<b>En la resolución de mis problemas la URA</b>	
No me apoya nada	2 (2,7%)
Me apoya muy poco	2 (2,7%)
Me apoya algo	29 (39,2%)
Me apoya mucho	29 (39,2%)
Me apoya muchísimo	9 (12,2%)
NS/NC	3 (4,1%)
<b>La información recibida en la URA</b>	
Ha sido ninguna	11 (14,9%)
Ha sido poca	11 (14,9%)
Aceptable	30 (40,5%)
Mucha	15 (20,3%)
Muchísima	3 (4,1%)
NS/NC	4 (5,4%)
<b>Información recibida sobre la enfermedad</b>	
No me ha sido útil	0 (0%)
Poco útil	9 (12,2%)
Útil	32 (43,2%)
Bastante útil	11 (14,9%)
Muy útil	7 (9,5%)
NS/NC	4 (5,4%)

Tabla 5. Percepción hacia la relación y apoyo ofrecido por los profesionales.

Tabla 6. Valoración global sobre la relación dispensada por los profesionales.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy pobre	1	1,4%
Pobre	2	2,7%
Aceptable	12	16,2%
Buena	25	33,8%
Muy buena	34	45,9%
Total	74	100%

### **Estudio comparativo entre las variables número de ingresos antes y después de estar en tratamiento en nuestra Unidad**

Esta comparación se señaló con el estudio de la tabla de frecuencias de ambas variables, previa agrupación en tres categorías: "0" si el paciente no ingresó, "1" si ingresó una vez, y "2" si lo hizo más de una vez. Los datos de la tabla 7 se refieren sólo a los pacientes de los que disponíamos información precisa respecto a su número de ingresos hospitalarios, y en ella se observa que de los 69 sujetos: 1) El 88,4% no precisó de ingresos hospitalarios tras recibir tratamiento de rehabilitador. 2) Que el 79% de los que habían ingresado más de una vez no volvieron a ingresar tras dicho tratamiento. 3) Y que el 93% de los que habían ingresado una vez y el 91% de los que habían ingresado cero veces, tampoco volvieron a ingresar. Posteriormente y tras constatar la independencia entre ambas variables, la aplicación del test de Kolmogorov-Smirnov nos permitió observar la existencia de diferencias significativas entre las dos muestras o variables.

Tabla 7. Número de ingresos antes y después del tratamiento en la URA.

Número de ingresos antes	Nº de ingresos después			Total
	0	1	2	
0	21 (91%)	2 (9%)	0	23 (33%)
1	25 (93%)	2 (7%)	0	27 (39%)
2	15 (79%)	3 (16%)	1 (5%)	19 (28%)
Total	61 (88,4%)	7 (10,2%)	1 (1,4%)	69 (100%)

## Discusión

### Aspectos generales

En la fase de selección de sujetos se establecieron los siguientes criterios: tener diagnóstico de esquizofrenia según DSM-IV, y que el paciente hubiera estado en tratamiento rehabilitador, de manera estable, durante un tiempo mínimo de seis meses; esto es, que existiera regularidad en la asistencia a las actividades que se hubieran acordado para su proceso terapéutico. Este criterio se mantuvo porque en nuestra opinión, difícilmente podrían valorar la efectividad de nuestros tratamientos aquellos pacientes que no los hubiesen 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. Este aspecto es importante a la hora de extraer conclusiones sobre cómo lograr una mejor reordenación de la oferta asistencial de la URA.

La muestra de pacientes que participaron en la presente investigación, alcanzó el 76.2% del total de sujetos (97 sujetos) que reunían los criterios requeridos para participar en el estudio. Así, fueron 74 los sujetos en condiciones para valorar la efectivi-

dad de los tratamientos y la calidad de la relación interpersonal ofrecida por la Unidad de Rehabilitación. El alto porcentaje de participación significa un buen nivel de representatividad con relación a la muestra de sujetos que reunían las condiciones exigidas.

### Datos descriptivos

Si bien las tasas de incidencia de esquizofrenia para hombres y mujeres no presentan diferencias (Warner y de Girolamo, 1995), el 87,8% de los sujetos de nuestro estudio eran varones; este dato es consistente con la posibilidad de que en la mujer la enfermedad resulte menos dañina que en el hombre (Warner y de Girolamo, 1995), lo que permitiría un mejor ajuste a los roles tradicionalmente esperados en ella, así como su mejor adaptación al contexto familiar. Sin embargo, Hambrecht, Riecher-Rossler, Fatkenhener, Lonza y Hafner (1994), cuestionan si realmente la prevalencia de esta enfermedad es igual para ambos sexos, postulando que quizá es superior en el hombre que en la mujer. Estudios previos realizados por nuestro equipo investigador (Hervás de la Torre et al. 1997; Cuevas Yust *et al.* 1999; Ramos León, Martínez López, Cuevas Yust, Perona Garcelán, Laviana Cuetos, Luque

Calvo, Navarrón Cuevas, Hervás de la Torre, Dorado García y López Pardo, 2003), observaron resultados similares respecto al género.

El perfil de los sujetos del estudio: solteros que viven con sus padres, con graduado escolar, sin trabajo, con certificado de minusvalía y perceptores de prestaciones económicas no contributivas, refleja las dificultades funcionales que acompañan a una enfermedad que como la esquizofrenia aparece en edades tempranas, interrumpiendo el desarrollo natural de la persona. De nuevo los resultados son consistentes con los estudios de Hervás de la Torre *et al.* (1997), Cuevas Yust *et al.* (1999) y Ramos León *et al.* (2003).

El 37,8% de los sujetos en el momento de ser entrevistados se encontraban en una situación clínica de cierta descompensación (de carácter leve) que no impidió que contestaran a los cuestionarios. Por lo que más allá de posibles cuestiones relacionadas con la fiabilidad y validez de respuesta (que escapan a los propósitos del presente estudio), podemos constatar que al menos es posible la aplicabilidad de estos instrumentos de evaluación en pacientes esquizofrénicos ambulatorios en los que no existe evidencia de descompensación franca. Ello no guardaría total consonancia con las dudas aportadas por otros autores que han señalado la existencia de dificultades metodológicas para estimar el grado de satisfacción en pacientes que carecen de conciencia de enfermedad, o que no aceptan su terapéutica (por ejemplo, Mira *et al.* 1994). Por otra parte, existen datos que sugieren que los enfermos mentales crónicos pueden informar de manera fiable acerca de su calidad de vida (Bobes *et al.* 1995), lo que concuerda con nuestra propia experiencia de catorce años de tra-

bajo en rehabilitación psicosocial con pacientes esquizofrénicos.

### **Datos obtenidos en el Cuestionario de Evaluación de Unidad**

La atención comunitaria de los trastornos de salud mental debe facilitar una buena *adherencia a los servicios sanitarios y tratamientos*. Con frecuencia los pacientes esquizofrénicos presentan dificultades en estas áreas, ya sea por dificultades motivacionales, pobre autonomía o por poseer una limitada conciencia de enfermedad. Todo ello puede devenir en una inadecuada, cuando no inexistente, realización de los tratamientos que deben recibir en los distintos centros que les atienden (centros de salud mental, unidades de rehabilitación, unidades de hospitalización). Las consecuencias son las recaídas psicopatológicas, la pérdida de salud y de calidad de vida, y el deterioro personal. Una de las tareas que a nuestro entender deben desarrollar los servicios sanitarios es mejorar la adherencia de los pacientes a los mismos. Con relación a nuestro estudio podemos afirmar que durante su estancia en la URA ningún paciente empeoró su adherencia a los servicios sanitarios y que un porcentaje en torno al 12% la mejoró. Con respecto a la *medicación antipsicótica*, terapéutica que incide de modo directo sobre los síntomas psicóticos positivos y previene las recaídas, el 14,9% de nuestros pacientes mejoraron la adherencia a dicho tratamiento y nadie la perdió. Pensamos que en salud mental estas cuestiones han de estar presentes en la evaluación de los servicios.

La opinión de los pacientes respecto a la posible influencia del tratamiento rehabilitador sobre distintos aspectos psicopatológicos y del funcionamiento social, re-

vela juicios y percepciones que valoran como efectivas las intervenciones llevadas a cabo por nuestra Unidad. Así, consideran que el tratamiento administrado es beneficioso porque reduce la sintomatología de carácter *ansiógeno*, mejora el *estado de ánimo*, reduce la *sintomatología psicótica positiva* y los *miedos*. Los resultados indican que así opinan los pacientes en porcentajes situados entre el 51,4% y el 63,5% de los casos. En contraposición, porcentajes situados entre el 2,8% y el 4,1% opinan que la evolución, en alguno de estos síntomas, ha experimentado empeoramientos. 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 sujetos 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 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 en la tabla 7, de que durante el desarrollo del tratamiento en la URA el 88,4% de los pacientes no precisó de ingresos hospitalarios, reduciendo de manera significativa el número de ingresos en unidades de hospitalización en comparación al periodo anterior a dicho tratamiento. Esto podría sugerir que los tratamientos en nuestra Unidad previenen de manera eficaz recaídas que requieran hospitalizaciones.

Otro aspecto de especial relevancia en la atención comunitaria es la *relación de los enfermos con sus cuidadores*, frecuentemente familiares. Los servicios sanitarios de salud mental deben incidir en este

aspecto, para así contribuir al bienestar de ambos. En esta investigación, un 60,8% valoran que desde que están siendo atendidos en la URA la relación con sus familiares es *mucho mejor o mejor que antes*. Porcentaje que contrasta con el 4,1% en que la relación es *peor que antes* de iniciar el tratamiento en la URA. Este aspecto es de significación desde las hipótesis que relacionan el estrés familiar con la probabilidad de recaída (por ejemplo, Barrowclough y Tarrier, 1995). A la par, hasta el 54,1% de los entrevistados consideran que se han producido mejoras en el *nivel de comunicación con otros en general*, es decir, en la habilidad para expresar opiniones, sentimientos o deseos. Mejoras que facilitan el funcionamiento social y son factores de protección ante el estrés.

La excesiva permanencia en casa, una escasa tasa en la realización de actividades y la presencia de limitaciones en la autonomía personal, son características habituales en los procesos esquizofrénicos. El trabajo sobre estos aspectos es objetivo prioritario en rehabilitación psicosocial y por tanto constituyen interesantes indicadores de la posible eficacia de este tipo de tratamientos. En relación con estos aspectos del funcionamiento social, los pacientes del estudio observan 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 48,6% de los casos se perciben incrementos en la *autonomía personal*, elemento que favorece la integración en actividades sociocomunitarias. De hecho, el 70,3% de los pacientes estudiados, aprecian que el tratamiento rehabilitador ha influido de modo positivo *aumentando el nivel de su actividad ocupacional*. Estos datos coinciden con una importante reduc-

ción observada respecto la variable aislamiento en casa (*salidas a la calle*), en el 48,6% de los casos.

Globalmente, las apreciaciones de los pacientes sobre los distintos aspectos valorados, sugieren la idea de que los tratamientos administrados por la URA son efectivos. Esta suposición está reforzada por el dato de que el 67,6% de los pacientes cree que *si no hubieran sido tratado en la URA, no sólo no habrían mejorado, sino que habrían sufrido una evolución negativa, empeorando*. Del resto, un 20,3% considera que de no haber recibido tratamiento rehabilitador, *habrían seguido igual*, es decir que no habrían mejorado, pero tampoco empeorado. Mientras que un 2,7% de los pacientes no saben contestar a esta cuestión. En cambio, un 9,5%, siete casos, expresan que se habrían producido mejoras en ausencia de tratamiento rehabilitador. En general, los datos sugieren que los pacientes consideran que para producirse mejoras en su funcionamiento son necesarias intervenciones psicosociales administradas por Unidades especializadas. También podemos deducir la idoneidad de tratamientos integrales, que se centren en mejorar tanto la sintomatología positiva como la negativa, a la par que faciliten el funcionamiento del individuo en la comunidad.

La percepción de los pacientes sobre la efectividad de las intervenciones de la URA, se asocia de modo directo 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*, 31,1% y 36,5% respectivamente. Este dato es muy sugerente, pues los pacientes no sólo tienen la percepción de que los tratamientos son beneficio-

sos, sino que lo son en tal magnitud que les hacen sentir satisfechos. Podríamos inferir pues, que los cambios subsiguientes a los tratamientos alcanzan significación en el contexto personal de los sujetos. Por contra, un 9,5% expresa un mínimo o escaso grado de satisfacción, porcentaje que si bien "estadísticamente" es reducido, debe hacernos reflexionar a los servicios de salud y llevarnos a análisis más detallados que aporten luz sobre los motivos de tal insatisfacción con el propósito de realizar las modificaciones que resulten precisas.

Otros tópicos importantes que pueden incidir en la percepción de los usuarios en torno a la calidad asistencial de un servicio sanitario, son la infraestructura del servicio y sus recursos humanos, el equipo. Por ello, resultaba necesario explorar el grado de satisfacción hacia estos aspectos.

Con relación al equipo de trabajo y respecto al *número de profesionales* con que cuenta la URA, un 44,6% considera que es aceptable y un 31,3% cree el número de profesionales es el adecuado. Aún no tratándose de un dato definitivo, el resultado no se opone a la hipótesis de que el personal de la URA es un equipo 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.

A continuación, comentamos los resultados de las opiniones que los usuarios expresan sobre la relación que el equipo profesional mantiene con ellos. El 79,7% ha calificado de *agradable* la *actitud de los profesionales* hacia ellos. Prácticamente la totalidad (97,2%) contesta que los profesionales de la URA *«les escuchan con atención todo lo que comentan»*. Estos datos presentan a los profesionales de la

URA como receptores competentes que valoran como importante la opinión de sus pacientes. Igualmente importante es, en la relación servicio-usuarios, la habilidad de los profesionales para comunicar información, de modo que se ofrezcan contenidos claros y comprensibles. En este sentido los resultados son de nuevo positivos ya que para el 71,7% los profesionales *son hábiles para comunicar información, «haciéndolo con la suficiente claridad para que se les entienda»*.

En cuanto a la percepción de *accesibilidad* a los profesionales, los datos son también concluyentes. Para el 81,4%, acceder a entrevistas con un profesional de la URA resulta *fácil o aceptable*. 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 con la *información sobre la esquizofrenia* que les ha proporcionado la URA, destaca que para un 67,6% la utilidad de la información recibida fue considerada entre *útil y muy útil*. Entendemos que la información sobre la enfermedad es importante, aun en pacientes con muchos años de evolución de la enfermedad, pues el mantenimiento de intervenciones de tipo psicoeducativo puede favorecer el compromiso con el tratamiento rehabilitador.

Gran parte de los pacientes (90,6%), con distinta intensidad (algo, mucho o muchísimo), responden que la URA ejerce una función de *apoyo en la resolución de sus problemas*. Los resultados son relevantes y refuerzan la idea de que es preciso ofertar desde los servicios programas de atención y apoyo regular de manera que se amortigüe el estrés que a estos pacientes genera la vida diaria.

Todos estos aspectos recién comentados se traducen en un positivo *grado subjetivo de satisfacción sobre la calidad de la relación humana que los profesionales de la URA mantienen con los usuarios*; concretamente un 95,9% la califica entre aceptable, buena y muy buena.

En relación con aspectos de *infraestructura* dos reflexiones: primero, para un 64,9% de pacientes la localización física del dispositivo es adecuada, lo cual es congruente con una de las condiciones en salud comunitaria: la accesibilidad a los recursos. No obstante, para cerca de un 35,1% la ubicación es lejana. 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 segundo lugar, sólo para un 33,7% las dependencias (despachos, salas de grupos) con las que cuenta la URA son suficientes, mientras para el 66,3% no lo son. Observaciones congruentes con la anormal situación que se vive desde 1989 y que consiste en que el espacio físico de la URA "Virgen del Rocío" también es utilizado por el equipo profesional y pacientes de la URA del Area Sanitaria "Virgen Macarena". Los pacientes, no ajenos a tal circunstancia, no hacen más que señalar una situación perjudicial para la calidad de la asistencia.

### **Otros comentarios**

El cuestionario diseñado para la presente investigación, además de recoger algunos de los tópicos más frecuentes en estudios de satisfacción: satisfacción con

los cuidados médicos, información recibida, hostelería y accesibilidad (Ley, 1988; Hulka et. al, 1976; DiMatteo y DiNicola, 1992; Meichenbaum y Turk, 1987; Weis, 1988), aporta tópicos relacionados con la percepción por parte de los enfermos de aspectos clínicos y funcionales en los que habitualmente nos fijamos los profesionales a la hora de valorar posibles cambios en su evolución.

Con la confección del *Cuestionario de Evaluación del Servicio* creemos aportar 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.

Con relación al cuestionario deseamos comentar un aspecto que a nuestro juicio ha supuesto una limitación de cara a la realización de reflexiones y extracción de conclusiones. Las respuestas a los primeros trece ítems referidos a posibles cambios percibidos por el paciente con respecto a una serie de variables clínicas y funcionales, se sitúan a lo largo de escalas ordinales de uno a cinco puntos, donde 1 significa un notable empeoramiento y 5 significa una gran mejoría. El problema está con la valoración correspondiente a 3, la cual fue equiparada a *igual que antes*. "Igual que antes" significa que el paciente no ha percibido ni mejoría ni empeoramiento, lo cual no permite atribuir a la URA (en los casos en que así fuera), un hipotético papel en el mantenimiento de aquellas variables en las que sin haberse

producido ningún cambio ya eran positivas y seguían siéndolo después de la intervención de la URA. Esto es importante, porque mantener aspectos positivos clínicos o funcionales es también un objetivo básico de la atención rehabilitadora. Por otra parte, tampoco es posible identificar aquellos pacientes que aún con tratamiento rehabilitador percibían seguir igual de mal que antes.

En muchos estudios, el porcentaje de pacientes que presentan grados de satisfacción aceptable o superiores es elevado (Lebow, 1982, 1983, 1984; Medina Tornero, 1996). Esta observación, se ha entendido desde la óptica de un posible sesgo. Los sujetos de la presente investigación debían cumplir el requisito de haber recibido tratamiento durante al menos seis meses. 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 satisfacción. Con otros grupos, por ejemplo, en pacientes con baja adherencia a los tratamientos, cabría plantear otro tipo de estudios alternativos a los de satisfacción con los mismos. Aunque éstos también serían interesantes de cara a posibles explicaciones sobre una pobre adherencia, sería relevante estudiar su 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 al igual que otros autores (por ejemplo, Lucas, Salcedo, Susin, Roca, Moreno, Zimeer y

Jordar, 1997), creemos que estudios como este, presentan a los propios pacientes esquizofrénicos como referentes 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.

Donabedian (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 profesionales, es la satisfacción del usuario con los servicios recibidos. En nuestro estudio, en línea con estos autores tomamos medidas globales sobre la satisfacción subjetiva. Así mismo 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 facilita que los profesionales sanitarios se adapten mejor a las necesidades de los usuarios (Lesage y Pollini, 1989). Pero además, desde nuestro punto de vista, el enfermo puede proporcionarnos información sobre cómo percibe la efectividad de la asistencia recibida independientemente incluso del grado de satisfacción que muestre. En nuestra opinión, es posible que un enfermo observe que 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 observables concretos que fundamenten tal estado. Nuestro trabajo valora, además de cuán satisfecho se siente el paciente, qué cambios percibe con respecto a indicadores relevantes en el tratamiento de la esquizofrenia. Percibir estos cambios no es necesariamente sinónimo de satisfacción, pero siempre constituirá un elemen-

to de retroalimentación para el trabajo que desarrollan los profesionales de salud mental.

Por último señalar 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, 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.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Cuarta edición, revisada; DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Azim, H. F. y Joyce, A. S. (1986). The impact of database program modifications on the satisfaction of outpatients in group psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 119-122.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1995). Intervenciones con las familias. En M. Birchwood y N. Tarrier (Coords.). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia* (págs. 69-99). Barcelona: Ariel Psicología.
- Berghofer, G., Lang, A., Henkel, M. A., Schmidl, F., Rudas, S. y Schmitz. (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and others patients. *Psychiatric Services*, 52(1), 104-106.
- Bennet, M. J. y Feldstein, M. L. (1986). Correlates of patient's satisfaction with mental health services in a health maintenance organization. *American*

- Journal Preventive. Medicine*, 2, 155-162.
- Bobes, J., González, M<sup>a</sup> P. y Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J. R. Prous Editores.
- Brown, E. (1979). *The role of expectancy in rating of consumer's satisfaction with mental health services*. Tesis doctoral no publicada. Universidad del Estado de Florida.
- Carscaddon, D. M., George, M. y Wells, G. (1990). Rural community mental health consumer satisfaction and psychiatric symptoms. *Community Mental Health Journal*, 26, 309-318.
- Cole, E., Leavey, G., King, M. et al. (1995). Pathways to care for patients with first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167, 770-776.
- Corrigan, P. W. (1990). Consumer satisfaction with institutional and community care. *Community Mental Health Journal*, 26, 151-165.
- 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., Perona Garcelán, S., Arévalo 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.
- 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. (1999). Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Clínica y Salud*, 10(2), 169-192.
- Cuevas Yust, C., Dorado García, R., Hervás de la Torre, A., Laviana Cuetos, M., Martínez López, M. J., Navarrón Cuevas, E., Perona Garcelán, S. y Ramos León, J. M. (2001). *Memoria de la investigación de la valoración de la URA a través de la opinión de los pacientes*. Documento no publicado.
- Damkot, D. K., Pandiani, J. A. y Gordon, L. R. (1983). Development, implementation and findings of a continuing client's satisfaction survey. *Community Mental Health Journal*, 19, 265-278.
- Delgado Sánchez, A., López Fernández, L. A. y Luna del Castillo, J. D. (1993). La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 7(34), 32-40.
- Denner, B. y Halprin, F. (1975). Ex-hospital clients evaluate their aftercare experiences. *American Journal of Community Psychology*, 2, 161-171.
- 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.
- Dyck, R. J., y Azim, H. F. (1983). Patient satisfaction in a psychiatric walk in clinic. *Canadian Journal Psychiatry*, 28, 30-33.
- Fernández, J. M<sup>a</sup>. (2000). Estudio descriptivo de la satisfacción de los usuarios de los centros de rehabilitación psicosocial de Cáceres y Badajoz. *Informaciones Psiquiátricas*, 43-51.

- Frank, R., Salzman, K. y Brown, E. (1979). Correlates of consumer satisfaction with outpatient therapy assessed by postcards. *Community Mental Health Journal*, 13, 37-45.
- Gamo, E., Guindeo, J., Pascual, P. y Villalba, A. (1994). Grado de satisfacción y mejoría subjetiva en un Centro de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14(50), 403-416.
- Getz, W., Fujita, B. y Allen, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*, 3, 135-144.
- 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.
- Hambrecht, M., Riecher-Rossler, A., Fatkenhener, B., Lonza M. R. y Hafner, H. (1994). Higher morbidity risk for schizophrenia in males: fact or fiction? *Comprehensive Psychiatry*, 35, 39-49.
- 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.
- 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.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1988). *Bases generales para la atención comunitaria a la salud mental*. Unidad de ordenación asistencial. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Kazdin, A. y Wilson, T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35, 407-416.
- Larsen, D., Attkinsson, C. C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- 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.
- Lebow, J. L. (1983). Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Evaluation Review*, 7, 729-752.
- Lebow, J. L. (1984). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6, 211-236.
- Lesage, A. y Pollini, D. (1989). A new schedule to assess relative's 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, M., Benítez, F., Rodríguez, M. J. y Weissman, L. C. (1998). Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En J. García, A. Espino

- y L. Lara (Eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo* (págs. 101-116).
- Lucas, R., Salcedo, Susin, Roca, Moreno, Zimeer y Jordar (1997). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y en parientes de esquizofrénicos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24 (6), 143-155.
- McGovern, D. y Cope, R. (1991) Second generation Afro-Caribbeans and young whites with a first admission diagnosis of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 95-99.
- McGovern, D. y Hemmings, P. (1994) A follow-up of second generation Afro-Caribbeans and white British with a first admission diagnosis of schizophrenia: attitudes to mental illness and psychiatric services of patients and relatives. *Social Science and Medicine*, 38(1), 117-127.
- Medina Tornero, M. E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales. *Intervención Psicosocial*, 5(14), 23-42.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987) *Facilitating treatment adherence*. Nueva York: Plenum Press.
- 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.
- Moré Herrero, M. A. y Muñoz, P. E. (2000). Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental. *Archivos de Psiquiatría*, 63(2), 139-158.
- Pratt, C. W. y Gill, J. G. (1996). Measuring member satisfaction in the psychiatry milieu. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 29-35.
- Ramos León, J. M., Martínez López, M. J., Cuevas Yust, C., Perona Garcelán, S., Laviana Cuetos, M., Luque Calvo, P. L., Navarrón Cuevas, E., Hervás de la Torre, A., Dorado García, R. y López Pardo, A. (2003) Alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos: Perfil epidemiológico, síntomas, calidad de vida y autoestima en dos muestras de sujetos comparadas. *Apuntes de Psicología*, 21 (1), 101-116.
- Richman, J. y Charles E. (1976) Patient dissatisfaction and attempted suicide. *Community Mental Health Journal*, 12, 301-305.
- Ruggeri, M. (1994) Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Sistha, S. K., Rinco, S. y Sullivan, J. C. F. (1986). Clients' satisfaction survey in a psychiatric inpatient population attached to a general hospital. *Canadian Journal Psychiatry*, 31, 123-128.
- Vásquez, A. J., Ruiz, F., Ramos, E., Gallego, C., León, M., Carmona, D., Zamora, A., López, M., Llamas, A., y Méndez, 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.
- Warner, R. y De Girolamo, G. (1995). *Esquizofrenia*. Madrid: Meditor.
- Weiss, G. (1988). Patients satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 26, 383-392.
- Wright, R. G., Heiman, J. R., Shupe, J. y Olvera, G. (1989). Defining and measuring stabilisation of patients during 4 years of intensive community support. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1293-1298.