

EXPECTATIVAS EN PRIMERAS CONSULTAS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL (I). IMPORTANCIA Y DESCRIPCIÓN

Oscar Martínez Azumendi. Médico psiquiatra

Resumen

El estudio de las expectativas que los pacientes traen a las consultas de Salud Mental nos ayudan al mejor conocimiento de las aspiraciones y puntos de vista del usuario. Esto favorecerá el proceso de "negociación" con el técnico, ayuda al reconocimiento de necesidades autopercibidas y permite entender mejor el paso desde la necesidad a la utilización de servicios. Además, las expectativas pueden jugar un importante papel pronóstico de los resultados obtenidos, por su relación con la adhesión al tratamiento y los efectos de determinadas psicoterapias, así como con la satisfacción expresada o aspectos tales como el efecto placebo y credibilidad de los tratamientos. Mediante un cuestionario de expectativas propio, estudiamos estas junto a otras variables clínicas, sociales y asistenciales, en 749 primeras visitas consecutivas a un C.S.M. con seguimiento a los 6 y 12 meses de la primera consulta. En esta primera parte del trabajo, se da una visión general del tipo de expectativas referidas por los pacientes, predominando los aspectos interrelacionales de calidez con el profesional y de abordajes individuales de orientación psicologizante. En la segunda parte, se ampliarán sus características en relación con diversas variables sociodemográficas y clínicas, así como se apuntarán posibles disonancias con la realidad asistencial, para terminar con algunas conclusiones derivadas de todo ello.

Ante cualquier demanda asistencial hemos de considerar que las ideas y sentimientos del demandante van a influenciar su participación en la transacción y afectarán el resultado final. En ese momento, debemos tener en cuenta al menos tres niveles de lectura, probablemente muy solapados entre sí: a) El deseo, posiblemente con una gran carga de mediatización inconsciente. b) La esperanza, matizada por el momento afectivo en que se encuentre el individuo. c) La expectativa, que sin verse totalmente libre de los anteriores condicionantes, podríamos suponerla más cercana a la realidad y estando muy influida tanto por la cultura compartida y el nivel de divulgación de recursos existentes (expectativas sociales), como por factores individuales tales como la motivación o actitudes personales (11). La posible utilidad del estudio de las expectativas se resume en la Tabla 1.

Por otra parte, en el transcurso de una consulta se podrían considerar tres aspectos diferenciados: a) La queja, que siempre se elicita. b) El objetivo a conseguir o sentir, que no siempre se explicita. c) La demanda concreta de lo que se espera para conseguir estos objetivos y que a menudo no llega a ser verbalizada. La

no verbalización de esta demanda dejaría en el paciente cierto sentimiento de frustración, presuponiendo que la mayor satisfacción derivada de una primera entrevista tendría más que ver con la propia verbalización de la demanda que con el hecho de sentirse entendido (10).

Descripción del estudio.

En el contexto de un proyecto de investigación-evaluación más amplio en un Centro de Salud Mental, pareció oportuno incluir el estudio de las expectativas que traían los pacientes a la hora de solicitar una consulta. Para ello se construyó y validó un extenso cuestionario autoaplicado. Esta herramienta pretende ayudar a conocer las expectativas concretas de los pacientes ante un amplio abanico de aspectos relativos a la demanda. Consta de 100 preguntas, agrupadas en 16 apartados, más una pregunta final abierta. De estos apartados, 9 son de pregunta única y 7 compuestos de varias preguntas (subescalas) con diferentes factores (12).

El trabajo se realizó en el C.S.M. Uribe Costa - Adultos (Vizcaya), dependiente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que atendía aproximadamente a unos 127.000

Tabla 1. UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE EXPECTATIVAS

1) Conocimiento de aspiraciones y puntos de vista del usuario en el momento de la demanda.
1.1) Favorecerá el proceso de negociación entre técnico y usuario y la mejor adecuación de la respuesta a la demanda.
1.2) Ayudará al reconocimiento, por parte del servicio, de necesidades autopercibidas por el paciente.
1.3) Permitirá entender mejor el paso desde la necesidad percibida a la utilización de los servicios, así como posibles diferencias entre diversas áreas de captación.
2) Estudio de las expectativas como factor que puede influir en los resultados obtenidos.
2.1) En relación con la adhesión al tratamiento y cumplimiento de indicaciones clínicas.
2.2) Como predictoras de los efectos de determinada psicoterapia.
2.3) En relación con los niveles de satisfacción expresada por los usuarios.
2.4) En relación con el alivio de síntomas (efecto placebo) y credibilidad de los tratamientos.

habitantes distribuidos en 9 municipios con características diferenciadas, abarcando desde núcleos residenciales y de servicios con una población de nivel económico y cultural relativamente elevado, hasta focos de asentamiento reciente de parejas jóvenes en busca de su primera vivienda alejada de la densa periferia de Bilbao, junto a una cierta proporción rural. En general puede considerarse como un entorno menos degradado, mejor calidad de vida y menor tasa de paro (17 %) en el momento del estudio que la media de Bizkaia (20.6 %) o la Comunidad Autónoma (19.2 %).

Durante 18 meses, se incluyeron todas aquellas personas que consultaron por primera vez en el C.S.M. con un problema primario de salud mental general, excluyendo de esta forma aquellos pacientes que pasaron a ser atendidos por el Servicio de Toxicomanías (150 en el período a estudio) y aquellos otros que por motivos "administrativos" tales como demandas de un familiar, desplazamientos, interconsultas, etc. no irían a ser seguidos por el C.S.M. (34 en ese período). Se mantuvieron 4 casos que a pesar de tener el domicilio fuera del área de Uribe Costa se consideró que por diversas razones iban a ser atendidos en el C.S.M. Igualmente se excluyeron todas las demandas que ya hubieran consultado con anterioridad (redemandas), aunque fuera por procesos diferentes, como forma de evitar que sus expectativas vinieran mediatizadas por su experiencia previa con el Servicio. La población global objeto de estudio la constituyen 749 casos, cuyas características fueron descritas en otro lugar (13-14).

Se diseñó un estudio de tipo prospectivo para su evaluación y seguimiento, estudiando a

cada primera consulta en el momento de realizarla y al cabo de 6 y 12 meses de ella, siguiera o no en contacto con el C.S.M.. En cada uno de estos momentos se pidió a cada paciente que rellenara una batería de cuestionarios autoaplicados, con la ayuda ocasional de una psicóloga para solventar cualquier tipo de dudas que pudieran generarse. Esta persona se ocupó además de recoger la información sociodemográfica básica, así como algunos datos en relación la composición del domicilio y papel que ocupaba el paciente en él.

En el caso de los abandonos o negativa a responder al seguimiento, se diseñó una estrategia de envío por correo de los cuestionarios. Si tampoco se respondía a este envío, se intentaba contactar telefónicamente con la persona pidiéndole que contestara a unas preguntas básicas en torno a su estado actual, satisfacción con el servicio y posibles motivos de abandono.

Los cuestionarios utilizados en cada una de las tres evaluaciones efectuadas a cada paciente fueron el SCL-90-R para la medición de dimensiones psicopatológicas y la valoración de sus cambios tras el tratamiento (3-4). El S.A.S.-S.R. (19-20) para la valoración del ajuste social. Las subescalas de Autoestima y Apoyo Social Percibido del Cuestionario de Calidad de Vida (16). El Listado de Experiencias Amenazantes (L.E.A.) (1-2). Por último, se interrogó por las expectativas que traían en el momento de pedir consulta con el cuestionario antes descrito y a los 6 y 12 meses por el grado de satisfacción con el servicio mediante el CSQ-8 (9, 15), así como la valoración subjetiva del grado de ayuda de las varias intervenciones posibles recibidas y el

grado de cumplimiento de las expectativas previas mediante un cuestionario diseñado específicamente con este fin.

Coincidiendo con cada una de las evaluaciones, se pidió a cada médico responsable del caso que rellenara una breve hoja con algunos datos clínicos tales como diagnóstico CIE-9, evaluación global con la escala GAS (5) y la impresión clínica global con la escala ICG (6). Previamente al inicio del estudio, se realizaron varias sesiones de estandarización diagnóstica y valoración entre los médicos sobre 25 casos clínicos diferentes (18), contando asimismo con un manual orientativo diseñado al efecto para facilitar sus valoraciones. Todo ello buscando la mayor uniformidad de criterios y poder de comparación entre las valoraciones individuales.

En el análisis de la información recogida, para presentar las posibles diferencias existentes entre los casos según diversas agrupaciones, utilizaremos estadísticos descriptivos básicos, mostrando igualmente el grado de significación estadística de las posibles diferencias. Para ello hemos utilizado la prueba del Chi² con corrección de Yates donde resultara pertinente y el t-test para muestras independientes. No será necesario recordar el riesgo de extrapolar directamente los resultados encontrados con la realidad de la totalidad de los pacientes que consultan con el C.S.M. y aún más con otros servicios de salud mental diferentes al estudiado. Si bien una tasa de respuestas de entre el 80 al 85 % según los cuestionarios es relativamente alta, encontramos diferencias significativas entre los que responden y los que no lo hacen. Estos últimos parecen corresponderse con personas de más edad, menor red social inmediata, menor nivel educativo y tasa de actividad. Muchos de ellos son personas que no pasan al tratamiento por diferentes motivos. Además podrían ser pacientes valorados como pacientes más graves y mayor proporción de diagnósticos orgánicos y psicóticos. Por este motivo, tal y como sucede en muchos estudios de corte comunitario, algunos de los resultados descritos a continuación pudieran no ser representativas de algún grupo particular.

Expectativas en el momento de la primera consulta.

Para evitar abrumar con datos numéricos, los resultados generales encontrados en relación con las expectativas, tal y como respondieron 640 pacientes al cuestionario en el momento

de la demanda, se presentan de forma resumida y como retrato robot caricaturizado en la Tabla 2.

En general, parece existir una postura bastante optimista y confiada en cuanto a la resolución de los problemas y el tiempo necesario para ello, así como hacia el grado de ayuda a recibir del servicio. Todo ello situando de entrada al paciente en una buena disposición hacia la mejoría, al menos desde algunos de los aspectos que entendemos forman parte del efecto placebo. Sin embargo, esta aparente predisposición positiva bien pronto puede verse frustrada al comprobar en muchas ocasiones que la frecuencia de contacto dista mucho de la presupuestada al inicio. Aún así, y sobre todo en los hombres, hay un mayor número de personas que no consideran necesaria un gran número de consultas. Las altas expectativas de abordajes psicologizantes y muy bajas en relación con servicios de tipo social, laboral o económico, pudieran ser reflejo de la relativamente instruida y acomodada población atendida. Sin embargo, este tipo de expectativas de "escucha" ya fueron encontradas hace años en poblaciones menos favorecidas, llegando incluso a asombrar a algunos de sus autores que muestran su sorpresa al constatar mediante un cuestionario que la gente quiera resolver sus problemas hablando, aceptando de forma limitada la medicación. Para ellos, la explicación sería la creciente difusión de las técnicas psicoterapéuticas a través de los florecientes medios de comunicación (a principios de los años 60), sin dar la posibilidad de que el paciente sufriente pueda intuir qué es lo que más le va a ayudar (10, 17, 19).

Casi la mitad de los casos consideran al psiquiatra como el profesional más indicado para que les atienda, mientras que para una tercera parte lo es el psicólogo. En cualquier caso cabe preguntarse el grado de discriminación (7) que hace la población entre estos profesionales. Por este motivo, al preguntar por la responsabilidad del tratamiento preferimos hacerlo en referencia genérica al médico, encontrando que casi dos tercios dividen a partes iguales esta responsabilidad entre médico y paciente, seguidos de aquellos que la sitúan en mayor medida en el paciente. Todo ello sugerente de una postura no pasiva de búsqueda de soluciones totales o mágicas, sino de cierta disposición a la colaboración activa con el tratamiento.

Si tenemos en cuenta lo que hemos llamado "expectativas determinantes", es decir aque-

TABLA 2. RETRATO ROBOT DE LA DEMANDA**ENCUADRE DE PRESENTACION**

¿Quién soy?. Acertarán si piensan en una persona de edad media, casada, con estudios primarios o medios, sin trabajo retribuido y probablemente mujer.

Vengo a consultar muy influido por otros, sobre todo por el médico de cabecera. Mi problema, que será etiquetado como neurótico o trastorno adaptativo, con gran número de sucesos vitales graves, considero que tendrá solución, total o casi, en 1 a 6 meses.

Para ello, me ayudará mucho el tratamiento que es responsabilidad mutua del médico y del paciente o del propio paciente.

Espero preferentemente un psiquiatra, un psicólogo o el trabajo en equipo. Me recibirán semanal o quincenalmente, con cita previa, aunque no creo que lo hagan en mi domicilio.

EXPECTATIVAS DETERMINANTES

Espero un buen profesional, cálido, confiable y que me explique las cosas de manera que pueda entenderlas.

Conocerá la mejor forma de enfrentar el problema y para ello me hará preguntas en torno a diferentes áreas de mi vida, pudiendo utilizar diversos test. También espero que me devuelva información oral y escrita.

Conseguiré autocontrol y solución a mis síntomas a través de consejos y tratamientos individuales, que podrán ayudarme sin tomar medicación, en la que confío algo menos que en los tratamientos alternativos como las plantas y el yoga, pero algo más que en los tratamientos individuales.

Viniendo presionado desde fuera, espero que se respete la intimidad en la búsqueda de mi crecimiento personal, aceptando la interconsulta con el médico de cabecera y otros profesionales de salud mental.

EXPECTATIVAS LIMITADAS

No piensen que espero que me den todo lo que quiero.

Tampoco supongan que espero análisis de sangre u orina, ni exploraciones como radiografías o electroencefalogramas.

No tengo ninguna confianza en cosas como la hipnosis, los medicamentos en experimentación, la cirugía, ni, sobre todo, el ingreso psiquiátrico.

Y aunque no lo crean, tampoco pido ayuda social, laboral o económica.

No espero que me traten de Vd. y es muy posible que no fumen.

llas en que más del 50% de los pacientes parecen mostrarse de acuerdo, no deja de resultar interesante que la gran mayoría coincide en esperar un buen profesional, cálido, confiable y que sepa explicar sus puntos de vista de forma inteligible, incluso en cierto ambiente informal de tuteo. Es decir, una expectativa de tipo relacional y no específicamente técnica o intervencionista. Le siguen en porcentaje de "acuerdos" las expectativas de exploración del problema bien sea a través de preguntas o de test, así como la devolución de información oral y escrita. La resolución de los sínto-

mas y el autocontrol son las que siguen después en orden de "acuerdo", para lo que se confía recibir consejos y tratamientos de tipo individual que podrían ayudar sin necesidad de medicación. En relación con esta última, existe un 47% que no parece confiar en ella. Este dato resulta del máximo interés al considerar que una gran parte de la práctica asistencial se fundamenta en la psicofarmacología, pudiendo justificar altas tasas de abandonos o mala adhesión al tratamiento si los pacientes no son informados suficientemente y convencidos de su utilidad en los casos que

así esté indicado. A pesar de valorarse la intimidad personal, cierta mayoría tiene la expectativa de posibles interconsultas con Atención Primaria y otros profesionales de salud mental. En relación con el tabaco, la mayoría tiene la expectativa de que no se fume en su presencia.

Por otra parte, existen otra serie de "expectativas limitadas" que no alcanzan un grado de acuerdo para al menos la mitad de los pacientes. Por ejemplo, los pacientes no tienen la expectativa de recibir todo lo que ellos quisieran ni muestran su confianza en tratamientos alternativos como las plantas o el yoga. Existen otros tratamientos tales como hipnosis, los medicamentos en experimentación o la cirugía que como era de esperar no despiertan grandes expectativas en los pacientes. En este sentido parece oportuno señalar que incluso tratamientos tan específicos en salud mental como son los grupales, familiares o de pareja despiertan menos expectativas incluso que la medicación. No tener esto en cuenta, bien puede ser motivo de malas indicaciones o abandonos y cuando menos dificultades que podrían haberse disminuido con cierta preparación previa al paciente (8).

Diferencias en las expectativas de los pacientes, según confíen o no en un tipo de tratamiento determinado.

Interesados en el mejor conocimiento de posibles aspectos asociados con la preferencia sobre un determinado tipo de tratamiento, dividimos y comparamos la población estudiada según confiara o no en la medicación, haciendo el mismo ejercicio posteriormente con los que confiaban con los tratamientos grupales y los abordajes familiares y los que no lo hacían. Se eligieron estos tres tipos de tratamiento, tanto por sus particulares características presumiblemente diferenciadoras, como por el poco poder discriminante que tendrían otros tipos de tratamiento estudiados (por ejemplo, el tratamiento individual genera altas expectativas en más del 90 %, la hipnosis en un 15 % y el ingreso psiquiátrico en menos del 4 %).

Parecería que la preferencia sobre alguno de los tres tipos de tratamiento seleccionados está en relación con la edad, y en concreto una mayor edad con la medicación. Los que más esperan de la medicación refieren un menor grado de sintomatología y mejor ajuste social que los que esperan menos, a pesar de ser valorados como más graves, con una mayor

proporción de diagnósticos de psicosis y menor de trastornos de personalidad. Además representan una menor proporción de casos que quedan como orientación o información, abandonos y altas voluntarias. Los que esperan más de los tratamientos grupales y familiares no parecen presentar grandes diferencias clínicas con los que esperan menos, existiendo una mayor proporción de casos que no pasan a tratamiento entre los que confían en los grupos.

Los que confían en el grupo acuden más al servicio por iniciativa propia y con mayor expectativa de ayuda, que suponen será mejor recibida desde enfermero y psicólogo y menos del psiquiatra. Los que confían en la medicación vienen más por iniciativa de otra persona (hospital o médico), con mayor expectativa de ayuda de la que no se sienten parte muy responsable y que fundamentalmente vendría desde el psiquiatra y menos del psicólogo y enfermero. Los que confían en abordajes familiares son influidos por su familia a la hora de consultar.

Tanto los que confían en grupos como en abordajes familiares tienen mayores expectativas sobre posibles recursos, servicios a recibir o utilidad atribuida a la mayoría de las técnicas de ayuda propuestas en el cuestionario, no siendo así para los que confían en la medicación. En general, este tipo de expectativas son más altas (¿incluso irreales o extravagantes?) entre aquellos que confían en grupos o abordajes familiares. Por otra parte, parece que las personas que confían en la medicación tienden a esperar más del profesional que los que no lo hacen. Los primeros tenderían además a una relación más formal, relación que en el caso de los que confían en los tratamientos grupales y familiares esperarían fuera más informal.

La relación de estas expectativas con algunos aspectos asistenciales y evolutivos de la demanda, así como las conclusiones generales, serán presentadas en una segunda parte del artículo.



Trabajo realizado en el Centro de Salud Mental de Uribe Costa, Getxo, con la colaboración de toda su plantilla, gracias a las ayudas de DGICT y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

CSM Uribe Costa. C/ San Nicolás 2. 48990 Getxo. oscarmar@intersalud.es



Bibliografía

- 1) Brugha, T. Bebbington, P. Tennant, C. Hurry, J. (1985) The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol. Medicine*. 15: 189-194.
- 2) Brugha, T. Cragg, D. (1990) The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiat. Scand.* 82: 77-81.
- 3) De las Cuevas, C. González de Rivera J.L. Henry-Benitez, M. Monterrey, A.L. Rodríguez-Pulido, F. Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*. 7: 93-96.
- 4) Derogatis, L.R. Lipman R.S. Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 9: 13-28.
- 5) Endicott, J. Spitzer, R.L. Fleiss, J.L. Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33: 766-771.
- 6) Guy, W. (Ed.). (1976). ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. Ed. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Rockville, Maryland.
- 7) Hidalgo M.S. Yllá L. (1992). Psicólogos y psiquiatras: discriminación que la población de Vizcaya hace de ambos. En XVI Reunión Sdad. Esp. Psiq. Biológica. Ed. Arán. Madrid, 1992. 607-615.
- 8) Jones E, Matsumoto DR. (1982). Psychotherapy with the underserved. En Snowden LR (Ed.), *Reaching the underserved: Mental health needs of neglected populations*. Beverly Hills. Sage. 207-228.
- 9) Larsen, D.L. Attkisson, C.C. Hargreaves W.A. Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 2: 197-207.
- 10) Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L et al. (1975). Patient requests in a walk-in clinic. *Comp. Psychiatry* 16: 467-477.
- 11) Martínez Azumendi, O. (1995). Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. *Psiquis*. 16: 266-287.
- 12) Martínez Azumendi, O. Araluce, K. Grijalvo, J. Beitia, M. Mendezona, J.I. (1995). Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud Mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* (1995), 52, 25-43. Fe de erratas en *Rev. Esp. Neuropsiquiatría*. 53, 198.
- 13) Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Araluce, K. Elejabarrieta, J. Quesada, I. (1977a). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental. (I) Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 61 : 37-60.
- 14) Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Araluce, K. Ayerra, JM. Cela, C. Grijalvo, J. Mendezona, JI. Azkunaga, D. Insa, P. (1977b). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental. (II) Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 62 : 203-222.
- 15) Roberts, R.E. Attkison, C.C. (1983). Assessing client satisfaction among hispanics. *Evaluation and Program Planning*. 6, 401-413.
- 16) Ruiz, M.A. Baca, E. (1995). Cuestionario de calidad de vida. En: Bobes, J. González, M.P. Bousño, M. (Eds.). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. J.R. Prous Editores.
- 17) Spinhoven P, Methorst GJ, Van Grieken N et al. (1991). An abbreviated questionnaire for quantifying treatment requests from Dutch outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179 (8): 502.
- 18) Spitzer, R.L. Gibbon, M. Skodol, A.E. Williams, J.B.W. First M.B. (1990). DSM-III-R. Libro de casos. Ed. Masson. Barcelona.
- 19) Uhlenhuth EH, Duncan DB (1968). Subjective change with medical student therapists. II. Some determinants of change in psychoneurotic outpatients. *Arch. Gen. Psychiat.* 18: 532-540.
- 20) Weissman, M.M. Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*. 33: 1111-1115.
- 21) Weissman, M.M. Prusoff, B.A. Thompson, W.D. Harding P.S. Myers, J.K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 166: 317-326.a