

EXPECTATIVAS EN PRIMERAS CONSULTAS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL (II). RELACIÓN CON ASPECTOS EVOLUTIVO-ASISTENCIALES Y CONCLUSIONES.

Oscar Martínez Azumendi*. Médico psiquiatra

En la primera parte del trabajo describimos la importancia y utilidad derivada de tener en cuenta las expectativas de los pacientes, además de presentar una visión general del tipo de expectativas elicitadas con un cuestionario propio en 749 primeras consultas consecutivas en un C.S.M.

En esta segunda parte, se señala como algunas de las expectativas no parecen coincidir de forma puntual con las presupuestadas por el propio equipo tratante. Además se presenta su asociación con otras variables sociodemográficas y clínicas y las características diferenciales según diversos agrupamientos. El seguimiento de los casos, permite ponerlas en relación con otros aspectos asistenciales (abandonos, tipo de tratamiento instaurado, frecuencia de contacto...) y evolutivos (síntomas, satisfacción...). Se concluye que las personas se acercan con unas expectativas definidas que esperan ver satisfechas. La respuesta asistencial podría verse dificultada de partida por diferencias en los puntos de vista entre paciente y profesionales, o simplemente verse imposibilitada por las propias características de la oferta asistencial (recursos, dotación y perfiles profesionales).

En la primera parte del trabajo ⁽⁴⁾ describimos la importancia y utilidad derivada de tener en cuenta las expectativas de los pacientes, además de presentar una visión general del tipo de expectativas elicitadas con un cuestionario propio en 749 primeras consultas consecutivas en un C.S.M. A continuación abordaremos la relación de estas expectativas con algunos aspectos asistenciales y evolutivos de la demanda, así como las conclusiones generales.

Diferencias Entre Las Expectativas De Los Pacientes Y Las Presupuestadas Por Los Profesionales.

El concepto de "negociación" en el momento de la demanda, adquiere su mayor importancia al considerar posibles desacuerdos entre pacientes y clínicos nacidos de expectativas, actitudes y creencias personales de estos últimos.

Una vez próxima la finalización del proyecto, se pidió a la plantilla del Centro que respondiera al mismo cuestionario de expectativas, intentando reflejar las respuestas que darían la media de los pacientes. Una vez obtenidas todas las respuestas estas se agruparon en "acuerdo"/"desacuerdo" y se procedió a su comparación estadística entre pacientes y profesionales. En general, existió una gran concordancia entre las expectativas de los pacientes y aquellas otras supuestas por los profesionales. Pero aunque numéricamente no sean muchas las diferencias, sus características pueden tener cierta relevancia a la hora de mediatizar el primer momento de la relación asistencial.

Parece que los profesionales ven a los pacientes con un mayor número de expectativas que las que realmente ellos reflejan. En cuanto a la actitud general, encontramos que los profesionales consideran que los pacientes son menos optimistas que lo que estos refieren en cuanto al grado de solución de su problemática, así



como con la cantidad de ayuda que van a recibir con el tratamiento. Ayuda que los profesionales consideran que va a ser calificada con una mayor responsabilidad por su parte, mientras que entre los pacientes se encontró una mayor proporción de personas que colocan esta responsabilidad en ellos mismos.

En relación con las expectativas de recursos y servicios, los profesionales consideran que los pacientes se acercan con mayores expectativas que las que realmente traen en relación con la tramitación de pensiones de enfermedad o de otro tipo, así como la búsqueda de residencia como asilos o pisos, aunque en este último caso las diferencias no alcanzan significación estadística en el caso de las mujeres. De las expectativas de exploraciones psicobiológicas los profesionales creen que una mayor proporción de pacientes esperan radiografías de su cabeza, así como preguntas acerca de la niñez, aunque en este último caso sin alcanzarse significación estadística.

Los objetivos alcanzables son considerados de forma más ambiciosa por los profesionales que lo que realmente consideran los propios pacientes. Así los profesionales consideran de forma significativa que los pacientes tienen una mayor expectativa de relacionarse mejor con los demás, cambiar a la gente que les rodea, que "les dejen en paz" y "arreglar su cabeza". El objetivo de sentirse más seguro de sí mismo es sólo significativo en el caso de los varones, mientras que cumplir lo que obligan las autoridades aparece con tendencia a la significación.

Las técnicas de ayuda aparecen sobrevaloradas por los profesionales en el caso de los medicamentos, a los que se atribuye un grado de ayuda mayor que el que los pacientes hacen realmente. Las expectativas de información son infravaloradas en el caso del informe como conclusión final escrita, mientras se da mayor importancia a la información acerca de la existencia de otras personas con el mismo problema como forma de universalización del conflicto, aunque en este caso sin alcanzarse la significación estadística.

De la relación a establecer con el profesional se infravalora la importancia de tomar notas de lo que dice el paciente, así como cierta actitud de reserva y respeto hacia algunos aspectos de la vida del individuo que implicaría "no meterse donde no importa" y "no ser impertinente". Sin alcanzar la significación estadística, los profesionales tienden a considerar que los pacientes tendrán mayores expectativas de que su caso sólo sea conocido por la persona que le atiende, de igual forma que tienden a considerar en mayor medida que el paciente esperará que se hable con su médico de cabecera o con el hospital en caso de ingresar, apareciendo en este caso las diferencias como significativas en el caso de las mujeres.

Diferencias en la respuesta asistencial al cabo de un año.

En un intento de valorar la adecuación de la respuesta asistencial en dependencia de las expectativas referidas en el momento de la demanda, analizamos algunos indicadores asistenciales groseros para cada una de las demandas durante el año posterior a su primera consulta. Utilizaremos los mismos grupos de comparación que anteriormente, según confiaran o no en la medicación, confiaran o no en los tratamientos grupales o abordajes familiares. Algunas diferencias se presentan en la Tabla 3.

Observando estos datos, parecen existir algunas diferencias en la respuesta asistencial, recibiendo cuantitativamente una aparente mayor atención aquellos que confían en la medicación que los que no lo hacen. En relación con el tipo de tratamiento instaurado, los que confían en la medicación la reciben en mayor proporción que el resto, así como los que esperan abordajes familiares parecen recibirlos en mayor medida que los que no los esperan. Los que presentan expectativas grupales, sin embargo no reciben este abordaje en mayor cantidad que los que no las presentan,

TABLA 3. Respuesta Asistencial Al Cabo De 1 Año, Según Se Tengan O No Expectativas Positivas Frente A Diferentes Tipos De Tratamiento. Entre Paréntesis El Valor De P.

	MEDICACION	GRUPO	FAMILIA
- <u>Número de contactos</u> (media de la muestra = 9)	MAS (.001)	N.S.	N.S.
- <u>Días de contacto</u> (media = 8.6)	MAS (.002)	N.S.	N.S.
- <u>Días de permanencia en contacto</u> (173.7)	MAS (.000)	N.S.	N.S.
- <u>Profesionales que atienden</u>	MAS (.000)	N.S.	N.S.
MEDICO (78.5 % de contactos)	N.S.	N.S.	N.S.
PSICOLOGO (6. 3 %)	N.S.	N.S.	N.S.
ENFERMERO (9.9 %)	N.S.	mas (.058)	N.S.
ASIS. SOCIAL (4.4 %)	N.S.	N.S.	N.S.
COTERAPIA (0.8 %)	MAS (.001)	N.S.	N.S.
- <u>Consultas programadas</u> (88.7 %)	MAS (.011)	N.S.	N.S.
- <u>Urgencias</u> (3.3 %)	N.S.	MAS (.039)	N.S.
- <u>Inasistencias</u> (8 %)	N.S.	N.S.	N.S.
- <u>Redemandas</u>			
- <u>Tipo de actividad desarrollado</u>	N.S.	N.S.	N.S.
EVALUACION (26 %)	MAS (.000)	N.S.	N.S.
SEGUIMIENTO (40.1 %)	N.S.	N.S.	MAS (.033)
ENT. FAM.-PAR. (5.7 %)	N.S.	N.S.	Mas (.084)
PSIC. INDIVID. (7. 3 %)	N.S.	N.S.	MAS (.000)
PSIC. FAM.-PAR. (2.3 %)	N.S.	N.S.	N.S.
GRUPO (4. 5 %)	N.S.	N.S.	Menos (.090)
INTERVENCION CRISIS (3.3 %)	N.S.	N.S.	N.S.
CUIDADOS ENFERMERIA (1 %)	N.S.	N.S.	N.S.
INTERCONSULTA (0.7 %)	N.S.	N.S.	N.S.
TRABAJO COMUNITARIO (1 %)	N.S.	MENOS (.037)	N.S.
INFORMES (2.5 %)	MAS (.004)	N.S.	N.S.
OTROS (5.6 %)	MAS (.000)	N.S.	N.S.
- <u>Instauración tto. Farm.</u> (76.4% de la muestra)			

fallando por otra parte a un mayor número de visitas programadas. En cualquier caso, la proporción de actividades de predominio "psicológico" es relativamente pequeña, observándose en los últimos años, como en el resto de Vizcaya, una tendencia al aumento de contactos totales con disminución de los grupales.

Relación entre expectativas previas y satisfacción, grado de ayuda percibida y cumplimiento de las expectativas al año de la consulta.

En algunos aspectos, parece existir cierta correlación entre las expectativas previas y los niveles de satisfacción, ayuda percibida y



cumplimiento de esas expectativas al año de la primera consulta ⁽⁵⁾. En relación con las expectativas de técnicas de ayuda, encontramos que aquellos con mayores expectativas de tratamiento farmacológico (práctica casi universal en el Centro) se muestran posteriormente mucho más satisfechos, percibiendo un mayor grado de ayuda y cumplimiento de expectativas previas. Algo similar a lo que sucede con aquellos con mayores expectativas hacía ser atendidos por un psiquiatra (la casi exclusiva posibilidad real). Esto a diferencia, por ejemplo, de aquellos que tienen expectativas hacia el tratamiento grupal o familiar, de escasa utilización proporcional ⁽³⁾.

Relación entre cumplimiento de expectativas y algunas características de la demanda

Si comparamos aquellas personas que, en los cuestionarios al cabo de un año, refieren un mayor cumplimiento de expectativas previas con las que refieren lo contrario, no encontramos diferencias entre sexos. Los primeros pertenecen a un grupo de mayor edad media y en general se corresponden con personas viu-

TABLA 4. Contactos Asistenciales Medios Según Grado De Cumplimiento De Expectativas Al Año De La Demanda (Escala De 1 Al 5).

	N	Media contactos	P
Responden	452	10,9	
no responden	297	6,2	
Grado Cumplimiento Expectativas			
1 (mínimo)	44	6,1	
2	47	8,9	
3 (medio)	118	11,8	
4	124	11,2	
5 (máximo)	119	12,2	
1, 2 ó 3	209	9,9	< 0,05
4 ó 5	243	11,7	

das o casadas, mostrando los solteros un menor cumplimiento de expectativas previas. Las personas con valoraciones más favorables ocupan un rol familiar de abuelo, pareja (sin hijos en el hogar) o padre, conviviendo fundamentalmente con la propia pareja y/o los hijos. Los "hijos", conviviendo con padres o hermanos responden de forma más negativa. Niveles educativos más bajos parecen corresponderse con valoraciones más favorables.

TABLA 5. Nivel De Cumplimiento De Expectativas Por Numero De Contactos Anuales Agrupados.

CONTACTOS	CUMPLIMIENTO DE ESPECTATIVAS	
	Responden y % del intervalo	media
1 a 3	65 (32,0)	2,6
4 a 6	88 (54,0)	3,3
7 a 9	88 (75,9)	3,6
10 a 12	68 (77,3)	4,0
13 a 15	56 (76,7)	3,9
16 a 18	31 (83,8)	3,7
19 a 21	16 (76,2)	3,2
> 21	40 (83,3)	3,9
Total	452 (80,3)	3,5

No se encuentran diferencias en cuanto la ocupación ni la situación laboral (trabajo retribuido o no), aunque los jubilados y amas de casa responden de forma más positiva y los estudiantes de forma negativa. No parecen existir diferencias en cuanto al lugar de nacimiento (Vizcaya, resto Comunidad Autónoma, resto Estado), número de sucesos vitales graves previos a la demanda, la vía de derivación al servicio, ni la existencia de hospitalizaciones o tratamientos previos. Los casos que quedan como "orientación-información" o abandonan, son los que refieren el menor cumplimiento de expectativas previas. Desde un punto de vista clínico en la demanda, también existen diferencias en el cumplimiento de expectativas posterior. Los pacien-

tes que son valorados como más graves son los que dan puntuaciones más positivas, correspondiéndose igualmente con los diagnósticos más graves a priori. Cuando consideramos la sintomatología, una mayor percepción de ayuda o cumplimiento de expectativas previas se asocia con puntuaciones globales más benignas en la escala SCL-90. Esta misma asociación se observa si tomamos cada uno de sus factores por separado, sobre todo en el rango superior (4 ó 5) de respuestas. De igual forma, los pacientes que refieren un mayor cumplimiento de expectativas, tienden a presentar mejores puntuaciones en las escalas de autoestima, apoyo social percibido y ajuste social en algunas áreas de funcionamiento.

numérico no conlleva aparejado un incremento correlativo en el nivel de cumplimiento de expectativas. Esto es así hasta los 10 a 15 contactos anuales, para estabilizarse a partir de estos números (Tabla 5).

Al estudiar la situación en la que se encontraban los pacientes al año de la primera consulta, comprobamos que los que seguían en tratamiento refieren el mayor grado de cumplimiento de expectativas previas, seguidos por aquellos a los que se dio el alta o fueron derivados a Atención Primaria u otros servicios sanitarios. Los menores niveles se reflejan principalmente en aquellas personas que abandonan el tratamiento, que también presentan una de las tasas de respuestas más baja (Tabla 6).

Tabla 6. Cumplimiento De Expectativas Al Año, Según Disposición Del Caso.

	Fallecen (10)	Abandonan (237)	Altas y a A.P. (260)	a serv. Sanit. (20)	a serv. soc. y otros (16)	Siguen en tto. (206)	TOTAL (749)
Casos que responden	0	97	159	6	4	186	452
% de respuestas	0	40,9	61,2	30,0	25,0	90,3	60,3
Cump. Exp. (Media)	0	2,87	3,55	3,5	2,5	3,81	3,5

Relación entre cumplimiento de expectativas e intensidad de contacto con el Centro.

Un mayor nivel de cumplimiento de expectativas, claramente correlacionado con un mayor nivel de satisfacción con el servicio recibido (5), parece asociarse con un mayor número de contactos al año de la demanda. Las personas que refieren el máximo nivel de cumplimiento tienen el doble de contactos medios anuales (12.2 contactos/año) que los que refieren el mínimo (Tabla 4).

Aproximadamente la misma proporción de contactos de aquellos que no responden al cuestionario y que también se asocia con el mínimo nivel de satisfacción general con el servicio. En cualquier caso, a partir de este nivel medio de contactos, su simple aumento

Relación entre cumplimiento de expectativas y evolución sintomatológica.

Como parece lógico presuponer, una de las expectativas básicas en el momento de la demanda sería la reducción de la sintomatología (1). Con los datos recogidos podemos estudiar el tipo de asociación que se da entre los niveles referidos para el cumplimiento de expectativas y satisfacción general en aquellas personas que ven disminuida su sintomatología media y en aquellas que, por el contrario, parecen haber empeorado. Sin poder considerarse un instrumento diagnóstico, el SCL-90 presenta cierta utilidad como medida de cambio sintomatológico global, siendo el valor de cada uno de sus factores por separado algo más cuestionable. Conscientes de la



quizás demasiada simplificación que vamos a hacer, entenderemos como mejoría aquellos casos que presenten un resultado positivo en la resta entre las medias sintomatológicas en el momento de la demanda y al cabo de un año, mientras que serán considerados igual o peor aquellos casos en que esta resta sea cero o menor de cero. Separando en dos grupos, según esta evolución, los 413 pacientes que completaron el SCL-90 en el momento de la demanda y al cabo de un año, encontramos que aquellos que a los 12 meses de la demanda presentan un menor número de síntomas (PST), menor índice sintomatológico global (GSI) o de distrés de síntomas positivos (PSDI), muestran un mayor grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas que aquellos que están igual o peor que en el momento de la demanda según estos índices. Las diferencias alcanzan la mayor significatividad estadística en el caso del número de síntomas positivos referidos, no alcanzando la significación en el caso del índice de distrés de estos síntomas. Sin embargo, si tomamos cada uno de los factores por separado, sólo una mejoría en los factores depresión y ansiedad se asocian con mejores valoraciones finales por parte del paciente en cuanto a satisfacción general y cumplimiento de expectativas, indicando quizás la importancia del gran discomfort subjetivo que este tipo de sintomatología inespecífica conlleva.

Conclusiones

De los resultados presentados podemos resumir que, en el momento de solicitar consulta en un Servicio de Salud Mental, las personas se acercan con unas expectativas definidas, esperando que puedan ser satisfechas por el Servicio. No todas ellas se presentan en la misma proporción, de igual forma que algunas pueden agruparse de forma diferenciada en función de otras variables sociodemográficas o clínicas.

Se han descrito tres supuestos de respuesta

asistencial ante la demanda de los pacientes (2): a) El modelo diagnóstico. Aquello que el demandante entienda acerca de su enfermedad o lo que personalmente quiera, resulta básicamente irrelevante. Lo que interesa es un diagnóstico que determine un tratamiento. b) El modelo de la adecuación. En él se seleccionan aquellos pacientes que reúnen las mejores características para aplicar determinado tratamiento en el que se ha especializado la clínica, generalmente la psicoterapia. c) El modelo de búsqueda de ayuda. Aquí, el punto de partida es el paciente y aquello que quiere y selecciona como de mayor ayuda, para posteriormente decidir si sigue o abandona tras conocer la oferta. Los dos primeros modelos se basarían en los propios deseos y necesidades de la clínica tratante, mientras que el tercero tendría en cuenta sólo los del paciente. El "Consenso Negociado", como un cuarto modelo, sería la estrategia pertinente para evitar el choque de intereses.

Este "Consenso" puede verse dificultado de partida por diferencias en los puntos de vista entre pacientes y profesionales, o simplemente verse imposibilitado por las propias características de la oferta asistencial (presión, dotación de personal, perfiles profesionales...).

Los datos relativos a la decisión de consultar e iniciativa de la derivación, parecen confirmar la importancia del trabajo preventivo a desarrollar junto a los médicos de Atención Primaria, aunque sigue sin despejarnos algunas dudas en torno a aquellas situaciones que podrían beneficiarse de un acceso más directo a los servicios de salud mental y que sólo acceden a ellos tras una serie de requisitos burocráticos o administrativos que ocasionalmente pudieran dilatar o impedir la intervención en crisis. En este sentido, cabría preguntarse si "las rutas asistenciales" observadas en diversos estudios se corresponden a movimientos o tendencias "naturales" de la población, o más bien no son más que el resultado

"artificial" de políticas asistenciales determinadas. Aspecto éste que escasamente se tiene en consideración a la hora de la comparación de datos entre diferentes regiones.

Preguntando a los profesionales sobre las expectativas que presupuestaban de entrada en los pacientes encontramos algunas diferencias con las referidas por los propios pacientes, quedándonos algunas dudas acerca de como explicarlas. Por una parte podríamos alegar que simplemente es muy difícil hacer una generalización como la que hicimos y que cada profesional tuvo en su cabeza a un tipo determinado de paciente a la hora de responder. Otra explicación podría darse en la existencia de cierto grado de autodesvalorización por parte del servicio acerca de sus propias posibilidades, lo que le llevaría a proyectar un mayor pesimismo en los propios pacientes. De igual forma, y ante la dificultad de ofrecer abordajes más psicológicos, se pondría en los pacientes una mayor confianza en la medicación como forma de justificar estas intervenciones o la búsqueda de ayudas económicas en evitación de otras necesidades. En cualquier caso, no se trata de señalar estas divergencias para aconsejar su corrección automática en la suposición de que "el paciente siempre tiene razón", sino dirigir nuestra atención hacia ellas en la posibilidad de que puedan actuar como entorpecedoras en un primer momento de la relación asistencial. En este sentido, adquiere una máxima importancia cierto proceso de negociación mutua en torno a lo que se espera y lo que realmente puede o debe ofertarse.

Teniendo en cuenta algunas de las expectativas en el momento de la demanda, las diferencias encontradas en cuanto cantidad y tipo de contactos posteriores, así como instauración de tratamiento farmacológico, más "favorables" sobre todo para las personas que confiaban en la medicación, parecen apuntar hacia una mayor "adecuación" de estos a las características del Servicio, pudiendo, por

otra parte, existir cierta relación entre una mayor satisfacción final y la complementariedad de expectativas previas (medicación, modelo psiquiátrico) con la realidad del Centro. Estos datos nos hacen considerar también la posibilidad de existir un cierto número de personas para las que el Centro no presente alternativas adecuadas, acabando de esta manera insatisfechos con la atención recibida, como pudiera ser el caso de aquellos que se acercan con mayores expectativas de entrevistas psicológicas, búsqueda de crecimiento personal y autocontrol y tratamientos individualizados o alternativos.

El nivel de cumplimiento de las expectativas al cabo de un año, tampoco parece ser similar para todos los entrevistados, pudiendo reconocerse algunos grupos con características sociodemográficas y clínicas particulares en mayor riesgo de verlos frustrados. También, tanto el cumplimiento de las expectativas previas como una mayor satisfacción final, parecen relacionadas con un cierto número de contactos asistenciales, mostrándose más insatisfechos aquellos con la menor cantidad de contactos, bien sea por abandonar, no ser atendidos con mayor frecuencia o derivados en los primeros momentos. Aquí merece la pena reseñar que los niveles de cumplimiento de expectativas y satisfacción observadas pudieran ser todavía menores, al considerar que son precisamente esos grupos los que menor tasa de respuesta presentan y que los que no lo hacen presentan unos mayores niveles de insatisfacción, tal y como pudimos constatar en el seguimiento telefónico de algunos de los casos que no aceptaron responder a los cuestionarios.

Por último, como podía ser previsible, un mayor nivel de cumplimiento de expectativas y satisfacción se da entre aquellas personas que ven disminuidas su sintomatología global, resultando interesante que, al considerar por separado las diferentes factores del SCL-90, sólo la "ansiedad" y "depresión" presentan



diferencias estadísticamente significativas en este sentido.

Datos, todos estos, que no sólo nos pueden sensibilizar ante la importancia del punto de vista de los pacientes, sino interrogarnos ante el tipo de respuesta por parte de nuestros Servicios y su mayor o menor adecuación a las expectativas de la población, con el consiguiente riesgo de sentimientos de incompre-

sión o insatisfacción en caso de no ajustarse mínimamente entre si o al menos no dar la posibilidad de aclarar y "negociar" los puntos de vista diferenciales.



* 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) Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med.* Nov 1;125(9):730-7.
- 2) Levinson DJ, Merrifield J, Berg K (1967). Becoming a patient. *Arch. Gen. Psychiatr.* 17: 385-406.
- 3) Martínez Azumendi, O. (1997). Análisis de las expectativas de los pacientes ante la psicoterapia de grupo y otros tratamientos. Libro de Actas I Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal. Universidad de Salamanca, 241-259
- 4) Martínez Azumendi, O. (2001). Expectativas en primeras consultas de un Centro de Salud Mental (I). Importancia y descripción. Número anterior de Norte de Salud Mental.
- 5) Martínez Azumendi, O. Beitia Fernández, M. (2000). Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de la ayuda percibida, en primeras consultas en un Centro de Salud Mental. *Psiquis* 21 (2): 57-74.