

Expectativas de la demanda sobre un centro de salud mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario

RESUMEN: Se presenta la validación de un nuevo cuestionario dirigido al estudio y conocimiento de las expectativas con que los pacientes se acercan a un servicio de salud mental comunitario en el momento de la primera consulta.

PALABRAS CLAVE: Expectativas respecto al tratamiento. Opinión del usuario. Cuestionario.

SUMMARY: This paper presents the validation of a new questionnaire aimed to the study and knowing of patient's expectations when fist consulting with a community mental health service.

KEY WORDS: Treatment expectations. User point of view. Questionnaire.

Al plantearse la evaluación de un servicio asistencial se ha propuesto, con diferentes matizaciones según los autores, subdividir el hecho asistencial en tres aspectos principales: *la estructura, el proceso y los resultados* (1, 2, 3). Dentro de la estructura, también denominada ocasionalmente *input* (entrada, consumo o gasto) (4, 5), se encuadra todo aquel material y recursos necesarios para que el proceso tenga lugar y conduzca a determinados resultados. No hace falta recordar que al hablar de «material», obligadamente tendremos que referirnos al material humano, compuesto éste por técnicos y usuarios. Buscando el mejor conocimiento de los aspectos estructurales de los pacientes, como «materia prima» sobre la que se ha de actuar, abundan los estudios descriptivos de múltiples variables, ya sean sociodemográficas, culturales, diagnósticas o de otro tipo, que han de matizar la demanda. Si bien esto ha sido de gran ayuda para el conocimiento de la estructura asistencial, con el consiguiente avance en la adecuación del proceso ofertado y el conocimiento de algunos de los factores pronósticos, en último término las modificaciones y adaptaciones de los servicios quedan muy alejados del punto de vista de los usuarios.

Desde diferentes perspectivas de «Evaluación» y «Control de Calidad», los estudios de «Satisfacción con el Servicio Recibido» han sido una de las estrategias más utilizadas como forma de inclusión activa del usuario. Sin embargo, este tipo de estudios nos aportan una valoración *a posteriori* (valoración desde el cliente o consumidor final), sin darnos apenas información «estructural» de la disposición primaria (creencias, actitudes, deseos, expectativas, etc.) que el individuo presentaba al pedir ayuda en un primer momento. Existen pocos estudios de las anteriores características y muchos aspectos de la demanda no quedan bien estudiados. Uno de estos aspectos sería la «Expectativa Previa» con la que los pacientes se dirigen al servicio de salud solicitando ayuda. Cabe considerar que la actitud

implícita en la demanda puede ser clasificada en tres aspectos diferentes: *Deseo*, *Esperanza* y *Expectativa*. Las definiciones de los conceptos anteriores son las siguientes: a) Deseo: Movimiento enérgico de la voluntad hacia el conocimiento, posesión o disfrute de una cosa. b) Esperanza: Estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos. c) Expectativa: Posibilidad de conseguir algo al hacerse efectiva determinada eventualidad.

Por ejemplo, una persona demandando la solución de sus problemas existenciales de infelicidad, puede verbalizar un deseo de mejorar sus capacidades de autonomía personal que sin embargo puede coexistir con cierto deseo inconsciente de dependencia, evidente en el transcurso de la exploración psicológica. Por otra parte, también es consciente de que la felicidad y autonomía absoluta son bienes difíciles de conseguir, lo que, junto a su hipotimia actual, le hace no abrigar muchas esperanzas de conseguirlo. Sin embargo, sabe que existen servicios especializados y en concreto que el más cercano a su domicilio ha venido ofertando diferentes programas de psicoterapia que han ayudado a conocidos suyos. Por esta razón, mantiene cierta expectativa, compartida posiblemente por otros vecinos en base a la historia del Centro y matizada por su propia actitud personal de interés hacia los temas psicológicos, de que se le atenderá con cierta disponibilidad para la escucha. En el peor de los casos, sus expectativas se verán modificadas bien pronto al enfrentarse al tiempo de espera, frecuencia y duración de las consultas recibidas.

La utilidad de los estudios sobre «Expectativas» puede ser dividida en dos aspectos principales: 1) el conocimiento de aspiraciones y puntos de vista del usuario en el momento de la demanda, que favorecerá el proceso de negociación entre técnico y usuario y la mejor adecuación de la respuesta a la demanda (6-9); ayudará al reconocimiento por parte del Servicio de necesidades autopercebidas por el paciente (10-12); o permitirá entender mejor el paso desde la necesidad percibida a la utilización de los servicios, así como posibles diferencias entre diversas áreas de captación (13) y 2) el estudio de las «Expectativas» como factor que puede influir en los resultados obtenidos, en relación con la adhesión al tratamiento y cumplimiento de indicaciones clínicas (14-15); como predictoras de los efectos de determinada psicoterapia (16-19); en relación con los niveles de satisfacción expresada por los usuarios (20-22); o en relación con el alivio de síntomas (efecto placebo) y credibilidad de los tratamientos (23-25).

Objetivos, material, método

Desde la perspectiva de la búsqueda de la mejora de la calidad asistencial de un Servicio de Salud Mental Comunitario, así como de un mayor conocien-

to de lo que acontece una vez que una persona decide ponerse en tratamiento, sus motivaciones y circunstancias previas, se ha visto necesaria la utilización de un cuestionario o escala de expectativa que nos permita conocer las expectativas y la imagen predefinida que tienen del Servicio nuestros pacientes antes de acceder a él; comprobar la asociación entre la diferente evolución clínica, la satisfacción y las expectativas en la primera consulta; y contrastar la primera hipótesis, derivada de nuestras propias impresiones, de que la mayoría de pacientes se acercan con un modelo biológico-social explicativo de sus padecimientos, con una expectativa de resolución mágico-social y una actitud dependiente y negativa hacia su problemática.

El proyecto se trata de un estudio prospectivo longitudinal de todas las primeras consultas realizadas en el intervalo de un año natural, con un seguimiento de 12 meses. Los datos que aquí se presentan son de un semestre fuera del estudio en sí mismo y que constituyen el pretest que valida el instrumento de medición de las «Expectativas». Temporalmente, se consideran tres medidas (primera consulta, 6 y 12 meses) y además de la variable «Expectativas» se estudian variables sociodemográficas, de motivación, sintomatológicas, de ajuste y apoyo social, sucesos vitales, gravedad del problema, diagnóstico, evolución, recursos empleados, satisfacción y valoración de la ayuda percibida. Revisada la bibliografía existente no se encontró escala alguna que se ajustara a nuestros objetivos. Las pocas existentes en la actualidad generalmente focalizan sobre aspectos parciales de la demanda o sobre esperanzas más genéricas de mejoría global. Por este motivo se vio necesario la construcción y posterior validación de una escala propia que de la manera más amplia posible recogiera no sólo las expectativas de mejoría sino del tipo de ayuda y servicios concretos que el paciente suponía iba a recibir.

Fue necesario plantear qué aspecto de la demanda era exactamente el que se pretendía medir, optándose por el reconocimiento de las «expectativas» de los pacientes en el momento de la primera consulta; no sin ser conscientes del solapamiento y dificultades derivadas de la, en muchas ocasiones, artificiosa separación entre los tres conceptos señalados anteriormente (deseo, esperanza y expectativa). Históricamente en la «Entrevista de Acogida», realizada por una enfermera o asistente social del Centro, se recogían de forma protocolizada algunas de las expectativas manifiestas de los pacientes. Partiendo de este material disponible se revisaron, agruparon y ampliaron las posibles expectativas. Se prepararon dos primeros borradores que fueron pasados a un número reducido de pacientes, recogiendo sus sugerencias y adaptándolos según éstas. Se redactó un tercer borrador, que es sometido a un análisis factorial sobre 40 casos consecutivos que lo cumplimentaron. Este análisis permitió comprobar la aparente consistencia de la escala, así como depurar aún más alguno de sus contenidos. Finalmente, se

confeccionó el cuestionario definitivo que sería utilizado con fines de investigación, posteriormente a su validación.

El cuestionario está diseñado para ser autoaplicado, requiriendo un tiempo de 15 a 20 minutos, dependiendo de las capacidades personales de cada encuestado. La mayoría de las preguntas se agrupan en siete subescalas de varias preguntas cada una a las que se puede responder con una graduación de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Además, hay apartados de una sola pregunta, presentándose éstas en forma de elección única (responsabilidad del tratamiento, tiempo necesario, frecuencia de consulta y profesional) o múltiple (tipo de cita) entre varias posibilidades. Se han incluido dos preguntas (iniciativa de consulta y persona que más ha influido en esta decisión) que sin ser expectativas propiamente dichas, han parecido oportunas para conocer mejor la motivación en el momento de la consulta. En total son 100 preguntas cerradas y una final abierta de «observaciones y sugerencias» (Tabla I).

En un intento de focalizar sobre las expectativas y limitar el impacto de posibles deseos o esperanzas, cada uno de los apartados se encabeza con el siguiente texto: «*recuerde*, no le pedimos que nos diga aquello que le gustaría o que cree Ud. que sería lo mejor, sino lo que de *forma realista espera encontrar* en el Centro».

Tabla I
Composición de la Escala de Expectativas

A) 9 Apartados con 1 sola pregunta	
Elección única	
Apartado A	Iniciativa de consulta (no es expectativa)
Apartado B	Influencia en decisión de consultar (no es expectativa)
Apartado C	Expectativa de grado de solución
Apartado D	Expectativa de grado de ayuda del tratamiento
Apartado F	Atribución de responsabilidad a médico y paciente
Apartado L	Expectativa de tiempo necesario para la resolución
Apartado M	Expectativa de frecuencia de consulta
Apartado N	Expectativa de tipo de profesional
Elección múltiple	
Expectativa del modo de concertación de las citas.	
B) 7 subescalas compuestas de varias preguntas tipo Likert	
Subescala C (12 ítems)	Expectativas de recursos y servicios
Subescala G (12 ítems)	Expectativas de exploraciones psicobiológicas
Subescala H (21 ítems)	Expectativas de objetivos alcanzables
Subescala I (14 ítems)	Expectativas de técnicas de ayuda
Subescala J (11 ítems)	Expectativas de información
Subescala K (15 ítems)	Expectativas de relación con el profesional
Subescala P (6 ítems)	Expectativas de interconsulta
C) Pregunta final abierta	

El «Cuestionario de Expectativas» fue entregado a cada una de las primeras «demandas» del Centro, pidiendo a los pacientes que lo cumplimentaran antes de acceder a la primera consulta con objeto de evitar una posible modificación de las expectativas por causa del aprendizaje derivado de ese contacto. Del total de 312 primeras consultas (es decir, sin contacto previo con el Centro) del primer semestre de 1992, por motivos del propio diseño de la investigación se excluyen 51 pacientes que pasan al Servicio de Toxicomanías, 3 al Hospital de Día y Club y 5 a otros Servicios, quedándonos un total de 253 pacientes que corresponden al Ambulatorio de Psiquiatría General. De todos éstos, 28 no cumplimentaron el cuestionario de expectativas por causa de su propio estado psicopatológico. En total fueron recogidos 225 cuestionarios (cuyas características sociodemográficas básicas se presentan en la Tabla II) que constituyeron el material analizado estadísticamente. El coeficiente de fiabilidad empleado es el alpha de Cronbach, que es una generalización para items no dicotómicos del Coeficiente KR-20 (Kuder-Richardson 20). Dicho coeficiente mide la consistencia o coherencia interna de todos los items (nos daría idea de hasta qué punto todos los items de una escala miden una misma dimensión o, por el contrario, hasta qué punto miden cosas diferentes) y no sólo indica la estabilidad de la medida, sino que, además, puede confirmar que la dimensión medida es fuertemente consistente, corroborando además su significación teórica. El análisis factorial tiene como objetivo analizar una serie de variables o fenómenos estudiando cómo están intercorrelacionados entre sí todos ellos e intentando ver si existe una estructura más simple que los que suponen la diversidad de las variables o fenómenos. Se supone que las intercorrelaciones altas entre un grupo de variables se deben a ciertos factores o variables generales que representan a dicho grupo. La aplicación de este análisis a las diferentes subescalas nos permitirá encontrar las dimensiones subyacentes a las expectativas buscadas en cada una de ellas.

Resultados

Las características sociodemográficas y diagnósticas más importantes de la muestra quedan descritas en la Tabla II. Destaca la mayor prevalencia del sexo femenino (62.2%), de trastornos neuróticos (68.9%) y el importante grado de afectación de las diferentes dimensiones de los pacientes medidas por la Impresión Clínica Global (media de ICG = 3.6) y por la Escala de Valoración Global (media del GAS = 55.9). Teniendo en cuenta los apartados de pregunta única, las características básicas de la motivación y expectativas de este grupo se presentan en la Tabla III. En relación con el grueso de las subescalas, presentamos su grado

de acuerdo de mayor a menor en la Tabla IV. Para ello, hemos agrupado las respuestas 3 y 4 como «acuerdo» y 1 y 2 como «desacuerdo». Como forma de resumir estos resultados presentamos en la Tabla V el «perfil» del paciente que consulta por primera vez en nuestro Servicio. Dicho retrato está construido con objetivos meramente didácticos y ha de tenerse en cuenta que cada una de las aseveraciones va perdiendo «grado de acuerdo» según se avanza en la descripción en cada uno de los tres apartados.

Tabla II
Características Sociodemográficas y Diagnósticas básicas.

		N	%	Media
Edad	15-34 años	92	40.9	
	35-64 años	119	52.9	
	> 64 años	14	6.2	
Sexo	Hombre	85	37.8	
	Mujer	140	62.2	
Estado Civil	Casado	122	52.2	
	Soltero	73	32.4	
	Divorciado/separado	18	8	
	Viudo	12	5.3	
Nivel de instrucción	No lee ni escribe	3	1.3	
	Estudios primarios	71	31.6	
	Bach. elemental	33	14.7	
	Bach. superior	68	30.2	
	Est. medios	29	12.9	
	Est. superiores	21	9.3	
Situación laboral	Activo	96	42.7	
	Ama de casa	57	25.3	
	Estudiante	30	13.3	
	Pensionista	17	7.6	
	Paro	24	10.7	
	No consta	1	0.4	
Diagnóstico*	Psicosis	23	10.2	
	Psicosis orgánicas	1	0.4	
	Neurosis y otros	155	68.9	
	Sin trastorno	2	0.9	
	No consta	44	19.6	
Impresión clínica global (ICG)**		179		3.6
Escala de valoración global (GAS)**		178		55.9

* La existencia de cierto número de casos sin diagnóstico es debido a no continuar el tratamiento tras la primera entrevista de acogida o haber quedado aplazado.

** Valoradas por el médico responsable en el momento de la primera consulta.

Tabla III
Motivación y Expectativas básicas.

		N	%
A. Iniciativa de consulta	Propia	94	41.8
	Otras	131	58.2
B. Persona que más ha influido	Médico Cabecera	106	47.1
	Familia	38	16.9
	Otros Profesionales	38	14.7
	Vecinos / Amigos	14	6.2
	Hospital	10	4.4
	Autoridades	1	0.4
	No consta	23	10.2
D. Solución del problema	Total	119	52.9
	Casi total	53	23.6
	Solo en parte	40	17.8
	No tiene	8	3.6
	No consta	5	2.2
E. Ayudará el tratamiento	Mucho	129	57.3
	Medianamente	73	32.2
	Poco	11	4.9
	Nada	6	2.1
	No consta	6	2.1
F. Responsabilidad tratamiento	Toda el médico	8	3.6
	Más el médico	16	7.1
	Por igual	121	53.8
	Más el paciente	60	26.7
	Toda el paciente	18	18.8
	No consta	2	0.9
L. Tiempo para solución	Menos 1 mes	40	17.8
	Entre 1 y 6 meses	108	48
	Entre 6 y 12 meses	26	11.6
	Más de 1 año	27	12
	Nunca	7	3.1
	No consta	17	7.6
M. Frecuencia de consulta esperada	Todos los días	3	1.3
	Más de 1 / semana	31	13.7
	1 Semana	67	29.8
	1-2 al mes	57	25.3
	2 ó 3 suficientes	56	24.9
	No consta	11	4.9
N. Profesional que mejor entienda el problema	Psicólogo	87	38.7
	Médico Psiquiatra	63	28
	Equipo	55	24.4
	Enfermero/a	1	0.4
	Asistente Social	5	2.2
	No consta	14	6.2
O. Tipo de cita (Posibilidad de elección múltiple)	Cuando lo necesite	45	20
	Cada vez que llame	31	13.8
	A domicilio si es necesario	10	4.4
	Cita previa	173	76.9
	No consta	4	1.8

Tabla IV
Porcentaje de acuerdo de las diferentes expectativas (de mayor a menor)

Código	Pregunta	Acuerdo
K7	Sean buenos profesionales	100.0
K8	Que me expliquen las cosas de manera que pueda entenderles	99.5
K1	Sean amables conmigo	99.1
K9	Me traten bien	98.6
C1	Información servicios/recursos que mejor me ayuden	98.1
K14	Respondan a mis preguntas	97.2
J1	Me informen del diagnóstico	96.8
K13	Respeten la confidencialidad	96.7
J2	Me informen de las causas	95.3
G9	Preguntas acerca de sus problemas o vida cotidiana	94.8
K15	Que me curen	94.8
K2	Me permitan desahogarme	94.3
G12	Preguntas acerca de su trabajo y amistades	94.3
K4	Me tuteen	93.4
K5	Sean puntuales en sus citas	93.4
H21	Ser capaz de enfrentarse con los problemas	93.0
H10	Salir de la situación en la que me encuentre	92.9
17	Me ayudará el consejo y la orientación práctica	92.6
H18	Levantar el ánimo	92.5
H8	Mejorar mis síntomas o molestias	92.5
C2	Tratamiento específico de mi problema	92.5
G5	Preguntas acerca de su familia	92.3
H2	Controlarme mejor	92.0
J4	Me informen si tengo solución	91.5
H9	Sentirme más seguro/a de mí mismo/a	90.0
H11	Mejorar mi vida	89.2
J9	Me informen si me voy a curar	89.0
I2	Me ayudarán las charlas / psicoterapia individual	88.1
J6	Me informen si estoy mal de los nervios	87.4
G4	Preguntas acerca de la niñez	87.1
K6	Tomen notas de lo que digo	86.2
H17	Quitar los nervios	84.7
H3	Conocerme mejor	83.9
G8	Tests o pruebas psicológicas	83.3
J11	Me informarán con una conclusión final escrita	80.1
H4	Relacionarme mejor con los demás	79.5
H7	Quitarme un trauma	79.1
P3	Hablen con diferentes profesionales del centro	76.7
K11	No sean impertinentes	76.3
C8	Manuales / Guías escritas para entender mejor	76.2
H20	Solucionar mis problemas sin tomar medicación	75.0
H5	Dar gusto a mis familiares o que se tranquilicen	71.8
J3	Me informen si soy culpable de algo	71.2
J10	Me informen si puedo trabajar o no	67.9
C12	Orientarme trámites para consulta de otro servicio	67.0
P1	Que hablan con el médico de cabecera	66.8
H13	Conocer mejor a los demás	66.0

ORIGINALES Y REVISIONES

Código	Pregunta	Acuerdo
J5	Que me informen si hay más personas con el mismo problema	66.0
P4	Que hablen con el hospital en caso de ingresar	61.9
J7	Que me informen si estoy mal de la cabeza	60.4
I6	Me ayudará el psicoanálisis	58.6
I8	Me ayudará la relajación/el yoga	58.2
P5	Que se discuta mi caso en sesión clínica	56.5
J8	Que me informen si soy un enfermo mental	55.5
H12	Dejar de pensar en morirme	54.1
I11	Me ayudarán los tratamientos naturales (plantas, masajes, etc.)	53.4
H16	Arreglar la cabeza	51.0
K3	Me den lo que quiero	50.0
H6	Dar gusto a mi médico	49.5
P6	Sólo quiero que mi caso lo conozca el profesional que me atienda	47.8
K12	No fumen	45.6
G6	Entrevistas a su familia	45.6
K10	Que no se metan donde no les importa	44.2
I3	Me ayudarán las charlas/psicoterapia en grupo	38.5
I5	Me ayudará el tratamiento de entrevistas con la familia	38.1
I1	Me ayudarán los medicamentos	37.4
I4	Me ayudará el tratamiento de entrevistas de pareja	37.1
C7	Actividades para tiempo libre	36.4
I9	Me ayudará la cura de sueño	34.5
G11	Electroencefalogramas	31.4
H1	Cambiar mi personalidad	30.3
C5	Compañía	29.0
C9	Asesoramiento legal	26.5
G3	Radiografías de la cabeza	26.2
H19	Cumplir lo que me obligan las autoridades	25.7
H15	Que me dejen en paz	24.6
G1	Análisis de sangre	23.6
G2	Análisis de orina	22.2
G10	Hipnosis	18.5
C11	Búsqueda de residencia (asilos, pisos, etc.)	18.2
I12	Me ayudará la hipnosis	18.1
C4	Servicios de ayuda domiciliar	17.7
H14	Cambiar a la gente que me rodea	16.8
C10	Tramitar pensiones de enfermedad u otro tipo	16.7
G7	Grabarle en cassette o vídeo	16.2
P2	Hablen con el médico de empresa	14.8
C6	Buscarme trabajo	13.9
I13	Me ayudarán los medicamentos en experimentación	11.4
C3	Ayuda económica	8.1
I14	Me ayudará la cirugía	6.2
I10	Me ayudará el ingreso en un hospital psiquiátrico	3.8

En nuestro caso, las escalas C, G, H, I, J y K, obtienen un coeficiente alpha de 0.82, 0.77, 0.88, 0.79, 0.86 y 0.82, respectivamente, lo que garantiza tanto la estabilidad de las medidas obtenidas en cada subescala, como la coherencia interna de las mismas. Asimismo, en las estadísticas correspondientes (no expuestas aquí) pudo observarse cómo la totalidad de los ítems de cada subescala contribuyen a aumentar la fiabilidad total de cada una de ellas, y las correlaciones múltiples nos dan idea de la parte en común que cada ítem posee con los demás.

Tabla V
Perfil de la primera consulta en un Centro de Salud Mental

Enquadre de presentación

Vengo a medias por decisión propia e influido por otros, sobre todo el médico de cabecera. Confío en que mi problema tiene solución 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 psicólogo, un psiquiatra o el trabajo en equipo. Me recibirán al menos una vez por semana, con cita previa, aunque no creo que lo hagan en mi domicilio.

Expectativas determinantes. (Aspectos con más del 50% de acuerdo)

Espero un buen profesional, cálido y que me dé confianza. Conocerá la mejor forma de enfrentar el problema y para ello me hará preguntas en torno a diferentes áreas de mi vida, aunque también espero que me devolverá información, oral y escrita, sobre las características de mi problema. Conseguiré autocontrol y solución a mis síntomas a través de consejos, tratamientos individuales y ¿por qué no? las plantas o el yoga. Aceptaría la interconsulta, aunque no quiero que se metan donde no les importa.

Expectativas limitadas. (Aspectos con menos del 50% de acuerdo)

No se trata exactamente de que me den todo lo que quiero, ni vengo muy presionado desde fuera. No tengo mucha confianza en los tratamientos que no sean individuales, poco en la medicación y muchísimo menos en cosas como la hipnosis, los medicamentos en experimentación, la cirugía y sobre todo el ingreso psiquiátrico. No espero que me hagan pruebas biológicas ni tampoco quiero ayuda social, laboral ni económica. No espero que me traten de Ud. ni que no fumen.

Tabla VI
Coeficientes de fiabilidad de las subescalas

Código de la subescala	Descripción	Alpha de Cronbach
Subescala C	Expectativas de recursos y servicios	0.82
Subescala G	Expectativas de exploraciones psicobiológicas	0.77
Subescala H	Expectativas de objetivos alcanzables	0.88
Subescala I	Expectativas de técnicas de ayuda	0.78
Subescala J	Expectativas de información	0.86
Subescala K	Expectativas de relación con el profesional	0.82
Subescala P	Expectativas de interconsulta	0.50

ORIGINALES Y REVISIONES

Tan sólo la escala P, muestra un menor coeficiente de fiabilidad ($\alpha = 0.50$), pero se observa que eliminando el ítem P06 dicha fiabilidad aumentaría hasta 0.73 (Tabla VI).

Los resultados del análisis factorial realizado por el método de Componentes Principales-Rotación Varimax quedan reflejados de una manera genérica en la Tabla VII y de manera particular para cada subescala en las Tablas VIII a la XIV. A continuación se describen dichos factores:

Tabla VII
Análisis de Componentes Principales. Rotación Varimax.
Definición de los factores encontrados en cada subescala.

Descripción de la subescala o factor	Valor propio	% Varianza explicada
Subescala C: <i>Expectativas de recursos y servicios</i>		62.8
Factor 1: Sociolaboral y económico	4.90	40.9
Factor 2: Apoyo informativo	1.59	13.3
Factor 3: Abordaje específico	1.04	8.7
Subescala G: <i>Expectativas de exploraciones psicobiológicas</i>		64.0
Factor 1: Diagnóstico biológico	3.61	30.2
Factor 2: Entrevista psicológica	2.96	24.7
Factor 3: Exploraciones específicas	1.10	9.2
Subescala H: <i>Expectativas de objetivos alcanzables</i>		56.4
Factor 1: Solución a los síntomas	6.84	32.6
Factor 2: Cumplir presiones	2.54	12.1
Factor 3: Crecimiento	1.27	6.1
Factor 4: Autocontrol	1.17	5.6
Subescala I: <i>Expectativas de técnicas de ayuda</i>		60.1
Factor 1: Intervenciones invasivas y medicación	3.77	27.0
Factor 2: Tratamientos alternativos	2.21	15.8
Factor 3: Tratamiento no individual	1.32	9.5
Factor 4: Tratamiento individual	1.08	7.7
Subescala J: <i>Expectativas de información</i>		57.0
Factor 1: Alcance del problema	4.81	43.8
Factor 2: Características del problema	1.45	13.2
Subescala K: <i>Expectativas de relación con el profesional</i>		65.9
Factor 1: Calidez	5.34	35.6
Factor 2: Profesionalidad	1.37	9.2
Factor 3: Respeto e intimidad	1.12	7.5
Factor 4: Me den lo que quiero	1.02	6.9
Factor 5: No fumen	1.00	6.7
Subescala P: <i>Expectativas de interconsulta</i>		61.8
Factor 1: Profesionales Salud Mental	2.66	44.5
Factor 2: Médicos de fuera	1.03	17.3

Tabla VIII

Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala C («Expectativas de recursos y servicios»)

	<i>Factor 1</i> Sociolaboral y económico	<i>Factor 2</i> Apoyo informativo	<i>Factor 3</i> Abordaje específico
C03 - Ayuda económica	.87096		
C04 - Ayuda domiciliaria	.84224		
C10 - Tramit. pension. enferm.	.76104		
C05 - Compañía	.70400		
C06 - Búsqueda de trabajo	.69175		
C11 - Búsqueda resid. (asilos)	.68897		
C09 - Asesoramiento legal	.58142	.42758	
C07 - Actividades tiempo libre	.53033		
C12 - Orient. trámites otro Serv.		.77788	
C08 - Manuales para problema		.67486	
C02 - Tto. específico problema			.81812
C01 - Inform. servic. de ayuda			.78109
Varianza explicada	40.9%	13.3%	8.7%

Tabla IX

Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala G («Expectativas de exploraciones psicobiológicas»)

	<i>Factor 1</i> Diagnóstico biológico	<i>Factor 2</i> Entrevista psicológica	<i>Factor 3</i> Exploraciones específicas
G02 - Análisis orina	.94210		
G01 - Análisis de sangre	.93293		
G03 - Rx. de cabeza	.79555		.51667
G11 - Electroencefalograma	.64094		
G09 - Pregunt. prob. o vida		.81646	
G05 - Preguntas sobre familia		.76212	
G12 - Pregun. trabajo y amigo		.75772	
G04 - Preguntas acerca niñez		.73044	
G10 - Hipnosis			.73245
G07 - Grabaciones			.67558
G06 - Entrevistas a familia			.53908
G08 - Test, pruebas psicológ.		.42058	.49087
Varianza explicada	30.2%	24.7%	9.2%

Tabla X

Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala H («Expectativas de objetivos alcanzables»)

	<i>Factor 1</i> Solución síntomas	<i>Factor 2</i> Cumplir presiones	<i>Factor 3</i> Crecimiento	<i>Factor 4</i> Autocontrol
H10 - Salir de situación	.78784			
H09 - Más seguridad	.75767			
H11 - Mejorar la vida	.74677			
H18 - Levantar el ánimo	.68649			
H08 - Mejorar síntomas	.64525			
H21 - Capacidad enfrentar	.57974			.48068
H07 - Quitar un trauma	.55754	.40642		
H17 - Quitar nervios	.51504			
H12 - No pensar morirme	.49646	.46286		
H19 - Cumplir con autoridad		.73686		
H14 - Cambiar a la gente		.71800		
H15 - Que me dejen en paz		.70567		
H06 - Dar gusto a mi médico		.65712		
H16 - Arreglar la cabeza		.60058		
H01 - Cambio personalidad		.54987	.42392	
H04 - Relacionarme mejor			.76336	
H03 - Conocerme mejor		.43342		.61874
H13 - Conocer mejor a demás			.41925	.53688
H02 - Controlarme mejor	.46841		.50795	.42714
H05 - Tranquilizar familia			.42810	
H20 - Soluc. sin medicación				.76702
Varianza explicada	32.6%	12.1%	6.1%	5.6%

Tabla XI
Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala I («Expectativas de técnicas de ayuda»)

	<i>Factor 1</i> Intervenciones invasivas y medicación	<i>Factor 2</i> Tratamientos alternativos	<i>Factor 3</i> Tratamiento no individual	<i>Factor 4</i> Tratamiento individual
I14 - Cirugía	.83076			
I13 - Medicam. experimen.	.80141			
I10 - Ingreso psiquiátrico	.76518			
I01 - Los medicamentos	.64921			
I11 - Ttos. naturales		.77114		
I08 - Relajación, yoga		.76041		
I09 - Cura de sueño		.70507		
I12 - Hipnosis		.45137		
I04 - Tto./entrev. pareja			.82910	
I05 - Tto./entrev. familia			.75606	
I03 - Tto. grupo			.58886	
I02 - Psicot. individual				.79682
I06 - Psicoanálisis				.66327
I07 - Aconsejamiento				.52740
Varianza explicada	27.7%	15.8%	9.5%	7.7%

Tabla XII
Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala J («Expectativas de información»)

	<i>Factor 1</i> Alcance del problema	<i>Factor 2</i> Características del problema
J07 Si estoy mal de cabeza	.87898	
J08 - Si soy enfermo mental	.85495	
J10 - Si puedo trabajar o no	.62269	
J06 - Si estoy mal de nervios	.58237	.48187
J05 - Si hay más personas así	.51847	
J01 - El diagnóstico		.86640
J02 - Las causas		.86400
J04 - Si tengo solución		.66337
J09 - Si me voy a curar	.47764	.58197
J03 - Si soy culpable de algo	.47169	.55598
J11 - Conclusión final escrita		
Varianza explicada	43.8%	13.2%

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla XIII

Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala K («Expectativas de relación con el profesional»)

	<i>Factor 1</i> Calidez y confianza	<i>Factor 2</i> Profesiona- lidad	<i>Factor 3</i> Respeto intimidad	<i>Factor 4</i> Me den lo que quiero	<i>Factor 5</i> No fumen
K01 - Sean amables	.79562				
K02 - Permitan desahogo	.76179				
K04 - Me tuteen	.72136				
K05 - Puntuales	.55207				
K06 - Tomen notas	.44918				
K13 - Confidencialidad		.73614			
K14 - Respondan preguntas		.72092			
K07 - Buenos profesion.		.68048			
K15 - Me curen		.63784			
K08 - Pueda entenderles		.53259	.60254		
K09 - Me traten bien		.48864	.59618		
K11 - No impertinentes			.79284		
K10 - No metan donde no importa			.72829		
K03 - Me den lo que quiero				.87763	
K12 - No fumen					.93220
Varianza explicada	35.6%	9.2%	7.5%	6.9%	6.7%

Tabla XIV

Análisis Factorial de componentes principales. Rotación Varimax.
Subescala P («Expectativas de interconsulta»)

	<i>Factor 1</i> Profesionales Salud Mental	<i>Factor 2</i> Médicos de fuera
P03 - Profesionales propio centro	.78012	
P06 - Sólo el que me atienda	-.77595	
P05 - Sesión clínica	.66447	
P02 - Médico de empresa		.83259
P01 - Médico de cabecera		.63730
P04 - Hospital si ingreso	.52968	.57744
Varianza explicada	44.5%	17.3%

- a) En la subescala C («Expectativas de Recursos y Servicios») se encontraron tres factores denominados Sociolaboral y Económico (Factor 1), Apoyo Informativo (Factor 2) y Abordaje Específico (Factor 3) que explicaron el 40.9%, 13.3% y 8.7% de la varianza respectivamente.
- b) En la subescala G («Expectativas de Exploraciones Psicobiológicas») se encontraron tres factores denominados Diagnóstico Biológico (Factor 1), Entrevista Psicológica (Factor 2) y Exploraciones Específicas (Factor 3) que explicaron el 30.2%, 24.7% y 9.2% de la varianza respectivamente.
- c) En la subescala H («Expectativas de Objetivos Alcanzables») se encontraron cuatro factores denominados Solución a los Síntomas (Factor 1), Cumplir las Presiones (Factor 2), Crecimiento (Factor 3) y Autocontrol (Factor 4) que explicaron el 32.6%, 12.1%, 6.1% y 5.6% de la varianza respectivamente.
- d) En la subescala I («Expectativas de Técnica de Ayuda») se encontraron cuatro factores denominados Intervenciones Invasivas y Medicación (Factor 1), Tratamientos Alternativos (Factor 2), Tratamiento no Individual (Factor 3) y Tratamiento Individual (Factor 4) que explicaron el 27.0%, 15.8%, 9.5% y 7.7% de la varianza respectivamente.
- e) En la subescala J («Expectativas de Información») se encontraron dos factores denominados Alcance del Problema (Factor 1) y Características del Problema (Factor 2) que explicaron el 43.8% y 13.2% de la varianza respectivamente.
- f) En la subescala K («Expectativas de Relación con el Profesional») se encontraron cinco factores denominados Calidez (Factor 1), Profesionalidad (Factor 2), Respeto e Intimidad (Factor 3), Me Den lo que Quiero (Factor 4) y No Fumen (Factor 5) que explicaron el 35.6%, 9.2%, 7.5%, 6.9% y 6.7% de la varianza respectivamente.
- g) En la subescala P («Expectativas de Interconsulta») se encontraron dos factores denominados Profesionales de Salud Mental (Factor 1) y Médicos de Fuera (Factor 2) que explicaron el 44.5% y 17.3% de la varianza respectivamente.

Limitaciones y utilidad de la escala

Dada la dificultad inherente de intentar separar de forma activa las expectativas más realistas de los pacientes de aquellas otras originadas en esperanzas más o menos infundadas así como de los propios deseos conscientes o inconscientes, hemos intentado dejar bien claro al paciente este objetivo. Aún así, es muy posi-

ble que muchas de las respuestas obtenidas estén matizadas en diferente grado por cada uno de los anteriores aspectos. Señalemos también la posibilidad de que la mera cumplimentación del cuestionario haga elevar las expectativas de los pacientes, al considerar éstos que las preguntas van a ir seguidas de una respuesta personalizada a sus demandas. A pesar de esta dificultad conceptual, la escala ha mostrado una alta fiabilidad y consistencia interna. Más allá de su relativa sencillez y carácter autoaplicado, la larga duración del cuestionario podría ser el principal inconveniente para su utilización protocolizada en el trabajo diario, independientemente de su uso con fines de investigación. Una nueva versión reducida de esta escala podría tener entonces su interés, máxime al comprobar un cierto número de preguntas con un muy alto porcentaje de acuerdo o desacuerdo entre todos los casos. Dichas preguntas bien podrían ser retiradas para añadir sensibilidad a la escala, aunque se ha desechado esta posibilidad, al existir el riesgo de suprimir preguntas tales como las expectativas de explicaciones, información, diagnóstico, etc., que a pesar de ser mayoritariamente aceptadas, pueden ser base de discusión en el equipo como forma de modificar posibles actitudes preexistentes. De cualquier forma, la división en subescalas del cuestionario permite la utilización parcial de éstas con carácter específico, si solo interesa alguno de los aspectos del mismo. La utilidad de una escala de este tipo no se encontrará únicamente en el estudio del pronóstico evolutivo, tal y como nos planteamos en el proyecto matriz y del que aún no contamos con resultados concluyentes, sino que su utilización repercute en ciertos beneficios directos en los siguientes aspectos:

a) Mejor conocimiento de las expectativas con las cuales los pacientes acuden al Servicio. Llama la atención que el mayor porcentaje de acuerdo se alcanza en aquellos aspectos inespecíficos del tratamiento que tienen que ver con el trato humano. Incluso más que aspectos puramente técnicos como son determinados encuadres, exploraciones o tratamientos, los aspectos relacionales de calidez y profesionalidad en el trato son los más esperados. La frustración de este tipo de expectativas, por falta de tacto, distanciamiento afectivo o presión asistencial, bien pudiera ser uno de los motivos principales de abandono o insatisfacción con el Servicio.

b) A la luz de los resultados obtenidos, la hipótesis de un paciente tipo con demandas fundamentalmente biológicas y sociales no se cumple. Encontramos que los pacientes reparten la responsabilidad del tratamiento por igual entre médico y paciente o más en el paciente, confían en la total o casi total solución del problema en un tiempo prudencial, tienen la expectativa de abordajes individuales de tipo psicológico con una frecuencia relativamente importante de consultas y se alejan de modelos explicativos y de exploración de tipo biológico, así como de los tratamientos farmacológicos y expectativas de ayuda de tipo social. Todo ello

parece indicar que nuestra hipótesis previa se fundamentaba en nuestra propia necesidad de ver así al paciente, como mecanismo defensivo ante la gran demanda asistencial e imposibilidad de responder a ella más que desde modelos biologicistas. De esta forma, podríamos encontrarnos ante el resultado del proceso de disonancia cognitiva impuesto por la realidad y nuestro propio modelo de pensamiento. La discusión en el seno del equipo de estos resultados podría servir para una mejor adecuación de la actitud global de los clínicos ante la demanda.

c) Desde la perspectiva clínica, el análisis pormenorizado de las diferentes preguntas, sobre todo en el caso de actuaciones específicas como son algunos tratamientos con un relativamente bajo nivel de aceptación previa (grupos, familia, medicación), permitirá una mejor disposición a la explicación y discusión con el paciente en busca de «un consenso negociado», que en muchos de los casos evitará temores infundados, abandonos y mala adhesión al tratamiento. Por último, resaltemos que los resultados corresponden a una determinada área geográfica con características sociodemográficas propias y con un determinado «aprendizaje» social de aquello que suponen puede esperarse del centro. La extrapolación directa de estos resultados a otras áreas no podrá hacerse sin estudios previos de otras poblaciones con características sociodemográficas e históricas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) APARICIO BASAURI, V., «Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes», en APARICIO, V. (ed.), *Evaluación de Servicios de salud mental*, Madrid, Monografías Asociación Española de Neuropsiquiatría n.º 17, 1993.
- (2) SARTORIUS, N.; HARDING, T. W., «Issue in the evaluation of mental health care», en HOLLAND, W. W. (ed.), *Evaluation of health care*, Oxford, Oxford University, 1983.
- (3) LONNQVIST, J., «Evaluation of psychosocial treatments», *Acta Psychiatr-Scand.*, 1985, 71/supl., 319, pp. 141-150.
- (4) JENKINS, R., «Towards a System of outcome indicators for mental health care», *Brit. J. Psychiatry*, 1900, 157, pp. 500-514.
- (5) CLIFFORD, P. y otros, *Assuring quality in mental health services*, Londres, The Quartz System/RDP & Free Association Books, 1989.
- (6) LEVINSON, D. J.; MERRIFIELD, J.; BERG, K., «Becoming a patient», *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1967, 17, pp. 385-406.
- (7) LAZARE, A. y otros, «Patient requests in a walk-in clinic», *Comp. Psychiatry*, 1975, 16, pp. 467-477.
- (8) LAZARE, A.; EISENTHAL, S., «Patient request in a walk-in clinic. Replication of factor analysis in an independent sample», *J. Nerv. Men. Dis.*, 1977, 165, pp. 331-340.
- (9) SPINHOVEN, P. y otros, «An abbreviated questionnaire for quantifying treatment requests from Dutch outpatients», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179, 8, pp. 502.
- (10) McARTHUR, B.; BENSON, J.; BREWIN, C. R., «Task motivation and problem appraisal in long-term psychiatric patients», *Psychol. Med.*, 1986, 16, pp. 431-438.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (11) WAISMANN, L. C.; ROWLAND, L. A., «Ranking of needs: a new method of assessment for use with chronic psychiatric patients», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 80, pp. 260-266.
- (12) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., «Psiquiatría y gente del corredor», *El Médico*, 1987, 22, 5, 87, pp. 10-11.
- (13) REVILLA, L., *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*, Monografías clínicas en atención primaria, n.º 7, Barcelona, Doyma, 1991.
- (14) LUDWIG, W. y otros, «Assessment of compliance-related attitudes in psychiatry. A comparison of two questionnaires based on the health belief model», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1990, 25, pp. 298-303.
- (15) FRAYN, D., «Intersubjective processes in psychotherapy», *Can. J. Psychiatry*, 1990, 35, 5, pp. 434-438.
- (16) LUBORSKY, L. y otros, «Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research», *Psychol. Bull.*, 1971, 75, 3, pp. 145-185.
- (17) WILKINS, W., «Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique», *J. Consult. Clin. Psychology*, 1973, 40, 1, pp. 69-77.
- (18) WILKINS, W., «Client's expectancy of therapeutic gain: Evidence for the active role of the therapist», *Psychiatry*, 1973, 36, pp. 184-190.
- (19) OMER, H.; LONDON, P., «Signal and noise in psychotherapy. The role and control of non-specific factors», *Br. J. Psychiatry*, 1989, 155, pp. 239-245.
- (20) ARCE CORDON, R.; BACA, E., «Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos», *Psiquis*, 1989, 10/8, pp. 45-51.
- (21) VERHOEF, M. J.; SUTHERLAND, L. R.; BRKICH, L., «Use of alternative medicine by patients attending a gastroenterology clinic», *Can. Med. Assoc. J.*, 1990, 142, 2, pp. 121-125.
- (22) LOREFICE, L. S.; BORUS, F., «Consumer evaluation of a community mental health service, II: Perception of clinical care», *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141/11, pp. 1449-1452.
- (23) BORKOVEC, T. D.; NAU, S. D., «Credibility of analogue therapy rationales», *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1972, 3, pp. 257-260.
- (24) SHAPIRO, D. A., «Comparative credibility of treatment rationales: Three tests of expectancy theory», *British J. Clinical Psychology*, 1981, 20, pp. 111-122.
- (25) NELSON, R. A.; BORKOVEC, T. D., «Relationship of client participation to psychotherapy», *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1989, 20, 2, pp. 155-162.

* Oscar Martínez Azumendi, Médico. Karmelo José Araluze, Médico. Jorge Grijalvo, Médico. Miryam Beitia, Psicóloga. José Ignacio Mendezona, Psiquiatra.

Correspondencia: Oscar Martínez Azumendi, Centro de Salud Mental Uribe Costa, C/ San Nicolás, 2. 48990 Getxo (Vizcaya).

** Fecha de recepción: 27-VI-1994.