

Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas

RESUMEN: Proyecto de evaluación de 749 primeras consultas consecutivas, durante año y medio, en un Centro de Salud Mental Comunitario. Se presentan las características y diferencias por sexos en relación con la sintomatología, diagnóstico, valoración global de la gravedad del caso, ajuste social, autoestima y apoyo social percibido. Además se describe el número y tipo de sucesos vitales referidos en los 6 meses anteriores, así como motivación y expectativas que traen al servicio.

PALABRAS CLAVE: Síntomas. Diagnóstico. Ajuste social. Apoyo social. Sucesos vitales. Expectativas.

SUMMARY: Project for the evaluation of 749 consecutive first admissions to a Community Mental Health Center during 18 months. We present characteristics and differences between sexes in relation with symptomatology, diagnostic, global assessment, social adjustment, self-esteem and perceived social support. We also present number and kind of life events in the 6 months prior to admission, as well as the motivation and expectatives with which patients approach the service.

KEY WORDS: Symptomatology. Diagnostic. Social adjustment. Social support. Life events. Expectatives.

De cara al mejor conocimiento de la carga que han de soportar los servicios asistenciales es imprescindible conocer el tipo de población a la que atienden. Generalmente, este tipo de objetivo se consigue con el análisis de diferentes variables sociodemográficas relativas a los pacientes que consultan en el Centro de Salud Mental. Si bien de esta forma no conseguimos precisar con exactitud las necesidades reales de la población sino únicamente la demanda manifiesta, este abordaje resulta de utilidad para conocer no sólo la realidad asistencial en un momento dado, sino y a partir de los datos obtenidos hacer proyecciones de posibles áreas no cubiertas o a mejorar dentro del servicio.

De cualquier forma, el simple conocimiento numérico de las características sociodemográficas de la demanda puede quedar corto en cuanto nos planteemos una evaluación más en profundidad de la misma (1, 2), habiéndose recomendado incluir toda otra serie de variables, tanto clínicas como de ajuste social, que amplíen nuestra perspectiva. Contar con estas variables desde un principio permitirá igualmente la evaluación de los resultados obtenidos tras ofrecer un determinado proceso asistencial. Por nuestra parte, consideramos además de máxima utilidad incluir el estudio de las expectativas que traen los pacientes al acercarse por primera vez al servicio, como mejor forma de «negociar» (no simplemente adap-

tar) nuestros servicios con la demanda (3, 4). De igual forma, en la evaluación de resultados nos parece oportuno incluir no sólo el estudio de la satisfacción referida por los pacientes, sino el grado de cumplimiento de expectativas y la valoración subjetiva de la ayuda recibida.

En una publicación anterior (5) expusimos parte de la metodología y ámbito de estudio de un proyecto de evaluación de la demanda y su evolución en un C.S.M., así como ofrecimos unos datos globales de sus principales características sociodemográficas. A continuación presentaremos las características clínicas y de ajuste y soporte social de las primeras consultas, así como la incidencia de sucesos vitales previos a la demanda y las expectativas de los pacientes.

Material y métodos

Se incluyeron en el estudio todas las primeras consultas de adultos con un problema primario de salud mental general, realizadas en el Centro de Salud Mental Uribe Costa (Bizkaia), dependiente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, entre enero de 1992 y julio de 1993. El C.S.M. cubría una población aproximada de 127.000 habitantes en ese tiempo. Se diseñó un estudio analítico-descriptivo de tipo prospectivo para la evaluación y seguimiento de los casos incluidos. Para ello se estudió cada primera consulta en el momento de realizarla y al cabo de 6 y 12 meses de ella, a través de una batería de cuestionarios autoaplicados y una valoración realizada por el profesional responsable del caso.

Para un conocimiento más detallado del C.S.M. y la metodología aplicada, así como de los cuestionarios utilizados, nos remitimos al trabajo referido anteriormente (5). En él se presentaron algunos resultados descriptivos básicos referidos al momento de la petición de consulta, exponiendo a continuación la descripción del estado clínico, ajuste y apoyo social, sucesos vitales previos, motivación y expectativas en el momento de la demanda. Se exponen además las posibles diferencias existentes entre hombres y mujeres, mostrando el grado de significación estadística de estas diferencias. Para ello hemos utilizado la prueba del Chi² con corrección de Yates donde resultara pertinente y el t-test para muestras independientes. En general, en las tablas, se presentará el valor de P (probabilidad) con cuatro decimales si se ha utilizado la técnica del Chi² y con tres en el caso del t-test. En trabajos posteriores esperamos presentar datos relativos a la evolución observada y recursos empleados, así como la correlación existente entre diferentes variables. Por motivos de los propios objetivos del estudio, se retiraron 150 casos con un diagnóstico primario de «dependencia» que fueron atendidos por el equipo de «Toxicomanías», así como 34 lo fueron por motivos «administrativos» al no proyectarse su seguimiento por el Centro.

ORIGINALES Y REVISIONES

De los 749 casos que entran en el estudio no todos pasaron en un primer momento toda la batería de cuestionarios. En relación con la Escala de Expectativas (6), son 640 casos (85,4 %) los que la cumplimentan. El resto de cuestionarios clínicos son respondidos por 599 casos (80%). Los casos restantes se corresponden a pacientes que no se llegan a explorar, fundamentalmente por razones clínicas u otros motivos como es no volver al servicio tras la primera consulta, iliteracidad, dificultades para responder o entender, mala visión, etc.

Los que no responden no muestran diferencias en cuanto al sexo. Son ligeramente mayores, con 44,8 años de media frente a 41,4 ($P < 0,05$). Hay más viudos y menos emparejados ($P < 0,05$). Presentan una menor densidad de personas en casa, con mayor número viviendo en residencias y menor en domicilios de más de 4 personas ($P < 0,001$). En cuanto al rol familiar ocupado aparecen más en la categoría de «otros», menos en la de «padre» y más en la de «pareja» y «abuelo» ($P < 0,001$). Tienen un menor nivel medio educativo ($P < 0,05$), sin diferencias en cuanto a la ocupación pero sí en la situación laboral, con más jubilados y menos estudiantes, trabajadores, en paro y amas de casa ($P = 0,0001$). Tienden a ser enviados por otras vías que no sea A.P. ($P < 0,001$), sin diferencias en cuanto a tratamientos psiquiátricos previos aunque con un mayor número de hospitalizaciones ($P < 0,05$). En relación con el paso a tratamiento, lógicamente están sobrerrepresentados aquellos con «imposibilidad de exploración», aunque también son más los de «orientación e información» y «abandonos antes de la 1.ª consulta» ($P < 0,001$). Son evaluados como algo más graves en GAS ($P < 0,001$) e ICG ($P < 0,001$), y son más los diagnósticos de tipo orgánico, retraso mental y psicosis, y menos los de neurosis, adaptativos, otros y afectivos ($P < 0,001$). De las tres últimas variables referidas, podríamos tener alguna reserva al no contar con el diagnóstico y gravedad de 55 casos de los 150 que no pasan los cuestionarios al no haber accedido a la 1.ª consulta por quedarse en orientación e información, abandonar o fallecer.

Si hacemos la misma comparación entre los que no pasan la Escala de Expectativas y los que lo hacen, encontramos unas diferencias análogas a las anteriores.

Resultados

Perfil sintomatológico y clínico (Tablas I y II): Como anteriormente se ha señalado, las medias que aquí se muestran son las realizadas sobre los 598 casos de los que se tiene información, correspondiéndose a 368 mujeres (61,5%) y 230 varones (38,5%).

En general, parece que las mujeres refieren una mayor intensidad sintomato-

lógica según el SCL-90-R (7), lo que alcanza niveles de significación estadística si consideramos sólo aquellos síntomas que se puntúan de forma positiva (PSDI). Las diferencias son marcadas en relación con los aspectos de somatización, depresión y ansiedad, aunque en todos los factores alcanzan puntuaciones superiores a los hombres, a excepción de hostilidad, paranoidismo y psicoticismo. En relación con la autoestima, tal y como es medida por la subescala del cuestionario de calidad de vida (8) de 1 (nada) a 5 (mucho), la puntuación media se encuentra casi en el punto medio (algo), mientras que las mujeres presentan un nivel ligeramente menor.

De los 639 casos de los que se tiene información de su gravedad, tal y como es juzgada por el clínico en la primera consulta, 387 se corresponden a mujeres (60,6%) y 252 a varones (39,4%), no encontrando diferencias significativas por sexos. La Impresión Clínica Global (9) media se corresponde con una gravedad de «moderadamente enfermo» (escala de 1 = normal a 7 = muy grave). Con la escala de valoración global (10) (de 100 a 1) el paciente medio sería definido como necesitado de ayuda, con un funcionamiento personal con dificultades y síntomas psicopatológicos moderados.

En aquellos casos que pasan a tratamiento, predominan los trastornos neuróticos, sobre todo en las mujeres, seguidos de los de tipo adaptativo. Les siguen de lejos los trastornos de personalidad, con mayor incidencia entre los varones, y las psicosis afectivas. El resto de las psicosis alcanzan casi a un 10% de los casos, con mayor incidencia entre los varones. Agrupando los diagnósticos de diferentes maneras como forma de ampliar el número de casos en cada categoría, no parecen encontrarse diferencias por sexo estadísticamente significativas.

Sucesos vitales (Tabla III). De los 597 casos explorados, 368 son mujeres y 229 hombres. Utilizando los doce items del listado de Brugha (11), aproximadamente dos terceras partes de ellos refieren al menos un suceso vital en los 6 meses previos a la petición de consulta, no encontrándose diferencias significativas entre sexos. Esta proporción aumenta ligeramente al tener en cuenta la pregunta abierta añadida por nosotros. En relación con el tipo de suceso referido, las mujeres parecen asociarse con el accidente o enfermedad grave de un pariente, mientras que los hombres con aspectos laborales o económicos.

Apoyo y ajuste social (Tabla IV). El grado de apoyo social percibido, tal y como es medido por la subescala de calidad de vida de 1 (nada) a 5 (mucho), se sitúa ligeramente por encima del punto medio, no encontrándose diferencias significativas al comparar por sexos. En relación con el ajuste social medido por el SAS-SR (12), se ha de tener en cuenta que al responder al cuestionario sólo se hará a las preguntas pertinentes (por ejemplo: no se responderán las cuestiones relativas al ajuste como padre/madre si no se tienen hijos); esto explica la diferencia de casos existentes en cada factor. Al considerar la escala globalmente no encontra-

mos diferencias significativas entre sexos, con un relativamente buen ajuste social (1 = ninguna dificultad a 5 = máxima dificultad). Las mujeres refieren un peor funcionamiento a nivel familiar, mientras que los hombres lo hacen a nivel laboral o de ocupación, aunque este último extremo puede ser explicado únicamente en la pérdida de días de trabajo, que puntúan muy negativamente y que se dará en aquellos casos trabajando fuera de casa (mayoría de hombres), mientras que las mujeres, que trabajan fundamentalmente en las tareas del hogar, no refieren «bajas» laborales.

Motivación y expectativas básicas (Tabla VI): Utilizando la Escala de Expectativas, la mayor parte de pacientes reconoce que la iniciativa para consultar no parte de ellos mismos, sin diferencias entre sexos. La persona que más influencia parece tener a la hora de la decisión de consultar es el médico de cabecera. Con el resto, existen algunas diferencias entre sexos ($P < 0,05$), mostrando los hombres un mayor peso por parte de la familia y menor de «otros profesionales» a la hora de consultar. Si comparamos aquellos pacientes que refieren haber tomado la iniciativa a la hora de consultar con aquellos otros que se han dejado influir principalmente por otros, encontramos diferencias ($P < 0,01$) que señalan a estos últimos como influidos por el hospital u otros profesionales, mientras que los que toman la iniciativa por sí mismos vienen más influidos por amigos y vecinos o la familia.

La gran mayoría de pacientes confían en que su problema tiene solución total o casi total, esperando que el centro les ayudará mucho o medianamente en esta solución. En general parece primar una postura relativamente optimista, con expectativa de que la problemática por la que se consulta se pueda resolver en menos de 6 meses. Sin embargo, casi una de cada cinco consultas consideran que se tardará más de un año o nunca se resolverá su problema. No existen diferencias entre sexos en todo lo anterior.

La mayoría de los casos espera que dos o tres consultas serán suficientes, o una frecuencia de contacto mensual o quincenal. Aún así, hay una gran proporción de casos que esperan ser vistos una o más veces semanalmente, apareciendo las mujeres con expectativas de mayor frecuencia en los contactos ($P < 0,05$). Los pacientes atribuyen en su mayor parte una igual responsabilidad a médico y paciente en la resolución del problema, siguiendo a continuación aquellos que dan una mayor responsabilidad al propio paciente. Sin encontrar diferencias significativas entre los sexos, los varones presentan cierta tendencia a delegar más esta responsabilidad. El psiquiatra, seguido del psicólogo, parece ser el profesional del que más se espera, mientras que uno de cada cinco considera que el trabajo en equipo será lo mejor.

Expectativas hacia el servicio (Tabla VII): Respondiendo a una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), el tipo de expectativas generalmente más altas son las que hacen referencia a la relación a establecer con el profesio-

nal, seguidas de la información a recibir y objetivos alcanzables. Las que menos se reflejan son las de tipo social o económico. No se encuentran diferencias significativas por sexos en cuanto a la media global de la escala, el número de expectativas respondidas como en acuerdo o la tasa de «acuerdos» en relación al número de respuestas válidas. Sin embargo, las mujeres parecen mostrar mayores expectativas, sobre todo en relación con los aspectos relacionales de calidez y confianza, profesionalidad, respeto a la intimidad y el no fumar, así como mayor solución de síntomas, autocontrol e información sobre las características del problema. Por su parte, los hombres se presentan más abiertos a la interconsulta con otros profesionales de salud mental. Para evitar alargarnos demasiado, nos remitimos a las tablas para la descripción del porcentaje de acuerdo con cada uno de los ítems. Para ello hemos agrupado las respuestas en «acuerdo» (3 y 4) y «desacuerdo» (1 y 2).

Discusión

En primer lugar, recordemos 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 resultados en relación con la psicopatología y ajuste social, y sobre todo de las expectativas previas, pudieran no ser representativas de ese grupo particular.

En relación con la sintomatología, y como puede ser la tónica en la mayor parte de C.S.M., el mayor número de individuos presentan diagnósticos no psicóticos, fundamentalmente neuróticos y adaptativos, seguidos de lejos por los trastornos de personalidad, con una calificación media de gravedad moderada. Las mujeres refieren ligeramente mayor puntuación en factores del SCL-90 tales como somatización, depresión y ansiedad, así como un nivel menor de autoestima, ésta última muy asociada posiblemente con los niveles depresivos observados. Similares diferencias han sido encontradas con diversos matices en otras poblaciones del Estado, lógicamente con un nivel de menor intensidad sintomatológica en la población general y con mayor intensidad en otra población de pacientes psiquiá-

tricos, aunque de diferentes características a las nuestras (7, 13). De cualquier forma, la utilización del cuestionario la hacemos más con ánimo de valoración de eventuales cambios en intensidad que de estricta medición psicopatológica. Con todo esto podemos comprobar cómo la gran mayoría de pacientes atendidos en el C.S.M. presentan una patología relativamente menor si lo comparamos con los cuadros psicóticos más graves, que pueden ver desplazada su atención en favor de los primeros.

Un dato interesante es la constatación de un número relativamente elevado de personas con sucesos vitales amenazantes en los 6 meses previos a la consulta. Aún con un muy reducido listado de 12 ítems, 2 de cada 3 primeras consultas refieren una media aproximada de 2 sucesos claramente estresantes sin diferencias globales entre los sexos. Estas diferencias sí aparecen al considerar los sucesos por separado, asociándose el ser mujer con referir enfermedades o accidentes en familiares, y ser hombre con el paro o dificultades económicas.

En el «ajuste social» y sin tener en cuenta el factor trabajo, que parece ser el más afectado, posiblemente debido a la puntuación obtenida por las personas de baja laboral a los que se les asigna directamente la máxima posible, el área social extensa y de ocio refleja un mayor nivel de afectación que el familiar. Quizás esto apunta tanto hacia el carácter tolerante de la familia como a la importancia que para los individuos tiene ésta. Aún así resulta interesante observar cómo el área marital parece ser valorada como la más afectada con la existencia de problemas de salud mental, siendo la menor las relaciones con los hijos propios.

Llama la atención que sólo el 40% de las personas estudiadas reconozcan como propia la iniciativa de consulta. Es el médico de cabecera quien muestra un mayor grado de influencia a la hora de decidirse a consultar, y curiosamente esto tanto en los que deciden por cuenta propia como por los que reconocen la iniciativa en otras personas. La familia tiene también un papel influyente en la decisión de consultar pero claramente más alejada del médico de cabecera: parece actuar con más intensidad sobre los varones o sobre aquellos que reconocen una iniciativa propia de consulta. Si antes comprobábamos que aproximadamente el 83% de derivaciones provenían de Atención Primaria (5), al compararlo con las cifras aquí expuestas podría calcularse que algo más de una de cada tres derivaciones no ha sido influida básicamente por el médico de cabecera, pudiendo ser reflejo únicamente de los requisitos burocráticos necesarios para consultar. De cualquier forma, parece importante señalar el papel jugado por el médico a la hora de decidirse a consultar una persona, muy por encima de lo reconocido para la propia familia y aún mucho más que los vecinos y amigos. Estos últimos apenas parecen tener peso en la toma de decisiones, a pesar de estar más representados entre aquellos que dicen consultar por iniciativa propia.

Ya hemos explicado en otro lugar algunas de las dificultades inherentes al

solapamiento conceptual de aspectos tales como deseo, esperanza y expectativa, de igual forma que expusimos las posibles utilidades derivadas de su estudio (14). 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 que se recibirá del servicio. Todo ello sin duda 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 presupuesta 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.

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 (15) que tiene la población de estos profesionales. Por este motivo, al preguntar por la responsabilidad del tratamiento preferimos hacerlo en referencia 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 no sugiere 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 aquellas en que más del 50% de los pacientes parecen mostrarse de acuerdo, no deja de resultar interesante que tal y como se desprende de las tablas presentadas la gran mayoría coincide al esperar un buen profesional, cálido, confiable y que sepa explicar sus puntos de vista de forma inteligible, incluso un 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 síntomas y el autocontrol son las que siguen después en orden de «acuerdo», para los 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. A pesar de valorarse la intimidad personal, cierta mayoría tiene la expectativa de posibles interconsultas con Atención Primaria y con 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

ORIGINALES Y REVISIONES

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.

Conclusiones

La constatación de un predominio masivo de cuadros no psicóticos, aunque posiblemente no hace más que reflejar la mayor incidencia de esta patología en la población, nos cuestiona si algunos de los cuadros más graves pueden quedar sin atención suficiente al tener que compartir los recursos asistenciales, máxime al considerar que el estudio sólo cubre primeras consultas y no la totalidad de pacientes atendidos que vienen acumulándose de años anteriores. Si esto fuera así, no parecería indicado únicamente la redistribución de los recursos existentes en detrimento de los pacientes no psicóticos también necesitados de tratamiento, sino el diseño de programas específicos para los pacientes más graves y la suficiente provisión de recursos para llevarlos a cabo.

En relación con los sucesos vitales, nos llama la atención la alta tasa encontrada en los meses previos a la consulta, similar a la referida con tan reducido listado en pacientes depresivos (16) y por tanto sugerente de un posible papel etiológico en cualquier patología psiquiátrica. De cualquier forma, merece la pena destacar las diferencias encontradas entre los sexos, posiblemente muy en consonancia con los patrones sociales arquetípicos reconocidos para cada sexo, y por tanto la diferente carga tensional que un determinado suceso puede ocasionar dependiendo del sexo. Tener en cuenta la alta tasa de sucesos vitales, así como su distribución por sexos, podría situarnos en mejor posición a la hora de diseñar estrategias de intervención de carácter específico, tales como grupos de apoyo, como en el caso de los duelos, ayuda domiciliaria, orientación vocacional, etc.

En relación con el ajuste social, hemos encontrado que el cuestionario utilizado sobrevalora las disfunciones laborales en caso de baja, comparativamente con el resto de áreas de funcionamiento. Esto, que en sí mismo no presentaría mayores problemas, sí matiza de forma evidente las puntuaciones globales entre hombres y mujeres. Estas últimas con menor proporción de «bajas laborales» y por tanto menor desajuste, simplemente por haber una menor proporción de ellas trabajando fuera de casa. La siguiente área que muestra mayor afectación es la re-

lativa a la red social extensa y ocio. Sin poder explicar con nuestros datos si esta afectación puede ser causa o consecuencia de la disfunción psicológica, sin embargo sí se puede justificar muchos de nuestros esfuerzos profesionales en sugerir y apoyar diversas actividades recreativas, culturales o deportivas que en muchas ocasiones pueden ser desprestigiadas y entendidas como un recurso fácil y tópico ante el malestar de los pacientes. La afectación del área marital también parece ser evidente en las primeras consultas estudiadas, reclamando en sí misma una atención que en estos momentos difícilmente puede ofrecerse en nuestros servicios.

Los datos relativos a la decisión de consultar 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, ya que sólo se accede 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 (17) se corresponden a movimientos o tendencias «naturales» de la población y el sistema, 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.

Un aspecto muy interesante y novedoso de la presente investigación es la incorporación del punto de vista de las personas que acuden al servicio a través de sus expectativas. Sin poder extendernos en el análisis pormenorizado de cada uno de los ítems estudiados, sí merece la pena destacar el relativo optimismo con el que parecen acercarse los pacientes al centro, con expectativas de solución de su problemática de una manera razonable y aceptando su propia responsabilidad en el proceso de cambio.

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 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 mostraron su sorpresa al constatar mediante un cuestionario que la gente quisiera 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 (18, 19, 20). De cualquier forma, la posibilidad de profundizar en el conocimiento de una población de estas características, posiblemente con una mayor sensibilidad ante los problemas de salud mental, nos permitirá comprobar qué tipo de expectativas traen al servicio. Muy probablemente diferentes e incluso mayores que las de

ORIGINALES Y REVISIONES

clases sociales más bajas, y por tanto más difíciles de satisfacer al exigir de los servicios de salud mental respuestas y actuaciones para las que carecen de recursos. En relación con las expectativas que despiertan los diferentes tratamientos posibles, encontramos que muchos de ellos (medicación, grupos, familia, pareja) despiertan importantes resistencias. No tenerlas en cuenta bien puede ser motivo de malas indicaciones o abandonos y, cuando menos, dificultades que podrían haberse disminuido con cierta preparación previa del paciente (21).

Por último, destacar los beneficios indirectos que la propia investigación ha generado en la práctica asistencial al contar con un cúmulo importantísimo de información clínica individualizada a disposición de los profesionales. Además, su recogida ha sido entendida y valorada como un aspecto más de la atención por parte de los pacientes, ya que encuadrar los cuestionarios en la categoría de «test» eran algo que ya esperaban. Incluir en un Servicio de forma protocolizada un número de cuestionarios similar al aquí utilizado, es evidentemente muy difícil de realizar si no es con fines de investigación específicos. Aún así, la elección de uno o dos cuestionarios autoadministrados de reconocida utilidad clínica, puede ser de gran ayuda no sólo en la exploración del paciente, sino en el seguimiento y devolución de su propia evolución, y asimismo nos permite estudios comparativos más amplios.

Tabla I
Características sintomatológicas e índices de gravedad

	Total		Mujer		Hombre		Sig.
	Media	Std. Dev	Media	Std Dev	Media	Std Dev	
<i>Factores SCL-90-R:</i>							
Somatización	1,28	0,83	1,36	0,86	1,16	0,75	P = 0,004
Obsesión	1,59	0,80	1,60	0,80	1,57	0,80	N. S.
Sensibilidad	1,27	0,76	1,28	0,77	1,25	0,76	N. S.
Depresión	1,81	0,79	1,91	0,78	1,65	0,78	P = 0,000
Ansiedad	1,54	0,80	1,60	0,81	1,44	0,76	P = 0,018
Hostilidad	1,20	0,93	1,20	0,94	1,21	0,92	N. S.
Ansi. Fóbica	0,91	0,80	0,96	0,83	0,84	0,75	N. S.
Paranoidismo	1,12	0,88	1,08	0,86	1,17	0,90	N. S.
Psicoticismo	0,88	0,64	0,85	0,64	0,92	0,64	N. S.
Adicional	1,45	0,82	1,46	0,83	1,43	0,79	N. S.
Global (GSI)	1,35	0,60	1,37	0,60	1,30	0,60	N. S.
Positivos (PST)	48,83	17,91	48,63	17,05	49,15	19,26	N. S.
G. Posit. (PSDI)	2,43	0,50	2,48	0,50	2,34	0,49	P = 0,001
<i>Autoestima</i>	3,09	0,81	3,03	0,84	3,18	0,76	P = 0,033
<i>Valoración global de gravedad</i>							
I.C.G.	3,92	1,09	3,93	1,10	3,92	1,10	N. S.
G.A.S.	53,36	12,06	53,49	11,85	53,16	12,39	N. S.

Tabla II
Características diagnósticas (ICD 9) de los casos que pasan a tratamiento

	Total	Mujeres	Hombres
Psic. senil y pre senil	13 (2,0%)	8 (2,0%)	5 (2,0%)
Otras psic. org. crónicas	3 (0,5%)	1 (0,3%)	2 (0,8%)
Esquizofrenia	29 (4,4%)	13 (3,3%)	16 (6,3%)
Psic. afectivas	45 (6,9%)	26 (6,5%)	19 (7,5%)
Est. paranoides	16 (2,5%)	13 (3,3%)	3 (1,2%)
Otras psic. no org.	12 (1,8%)	7 (1,8%)	5 (2,0%)
Neurosis	257 (39,4%)	172 (43,1%)	85 (33,5%)
Trans. personalidad	52 (8,0%)	22 (5,5%)	30 (11,8%)
Desv. y trans. sexuales	9 (1,4%)	3 (0,8%)	6 (2,4%)
Alt. corp. factor. ment.	13 (2,0%)	11 (2,8%)	2 (0,8%)
Sint. y sind especiales	9 (1,4%)	5 (1,3%)	4 (1,6%)
Reacc. aguda gran tensión	6 (0,9%)	2 (0,5%)	4 (1,6%)
Reacc. adaptación	171 (26,2%)	104 (26,1%)	67 (26,4%)
Otros transt. depresivos	4 (0,6%)	3 (0,8%)	1 (0,4%)
Perturbaciones conducta	2 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,4%)
Pert. emociones niñ. adol.	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)
Retardo select. desarrollo	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)
Fact. Psíqu. otras enf.	3 (0,5%)	2 (0,5%)	1 (0,4%)
Retraso mental	7 (1,1%)	4 (1,0%)	3 (1,2%)
TOTAL	653	399 (61,1%)	254 (38,9%)

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla III
Número y tipo de sucesos vitales. Con () van aquellos sucesos que presumiblemente serían independientes y no posibles consecuencias secundarias de la propia sintomatología*

	Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>Número de S. V. (según listado Brugha)</i>				
Ningún suceso	213 (35,7%)	133 (36,1%)	80 (34,9%)	N. S.
1 suceso	189 (31,7%)	116 (31,5%)	73 (31,9%)	
2 sucesos	105 (17,6%)	67 (18,2%)	38 (16,6%)	
3 sucesos	53 (8,9%)	30 (8,2%)	23 (10,0%)	
4 sucesos	27 (4,5%)	19 (5,2%)	8 (3,5%)	
5 sucesos	5 (0,8%)	1 (0,3%)	4 (1,7%)	
6 sucesos	4 (0,7%)	1 (0,3%)	3 (1,3%)	
7 sucesos	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
<i>Número de S. V. más espontáneo</i>				
Ningun suceso	173 (29,0%)	110 (29,9%)	63 (27,5%)	N. S.
1 suceso	208 (34,8%)	125 (34,0%)	83 (36,2%)	
2 sucesos	115 (19,3%)	74 (20,1%)	41 (17,9%)	
3 sucesos	60 (10,1%)	34 (9,2%)	26 (11,4%)	
4 sucesos	6 (1,0%)	1 (0,3%)	5 (2,2%)	
5 sucesos	4 (0,7%)	1 (0,3%)	3 (1,3%)	
6 sucesos	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
7 sucesos	30 (5,0%)	22 (6,0%)	8 (3,5%)	
<i>Tipo de sucesos vitales</i>				
Accid./enf. grave (*)	57 (9,5%)	31 (8,4%)	26 (11,4%)	N. S.
Acc./enf. pariente (*)	110 (18,4%)	79 (21,5%)	31 (13,5%)	0,0202
Muerte par. cerca. (*)	62 (10,4%)	42 (11,4%)	20 (6,8%)	N. S.
M. amigo, par. 2.º (*)	72 (12,0%)	45 (12,2%)	27 (11,8%)	N. S.
Separación	24 (4,0%)	17 (4,6%)	7 (3,1%)	N. S.
Relación rota	67 (11,2%)	42 (11,4%)	25 (10,9%)	N. S.
Prob. par./amigo	123 (20,6%)	77 (20,9%)	46 (20,1%)	N. S.
Desempleo	64 (10,7%)	24 (6,5%)	40 (17,5%)	0,0000
Despido	22 (3,7%)	8 (2,2%)	14 (6,1%)	0,0238
Dif. económicas	76 (12,7%)	39 (10,6%)	37 (16,2%)	0,0635
Prob. polici./juez	31 (5,2%)	15 (4,1%)	16 (7,0%)	N. S.
Robo/pérdida (*)	10 (1,7%)	9 (2,4%)	1 (0,4%)	N. S.
Otros (espontáneo)	77 (12,9%)	47 (12,8%)	30 (13,1%)	N. S.

Tabla IV
Apoyo y ajuste social

	Total			Mujeres			Hombres			Sig. N. S.
	Med.	S. D.	N	Med.	S. D.	N	Med.	S. D.	N	
Apoyo social	3.20	0.97	597	3.20	0.96	369	3.20	0.98	228	N.S.
<i>SAS-SR</i>										
Trabajo	2,55	1,42	467	2,38	1,31	325	2,95	1,57	142	P=0,000
Soc.-Ocio	2,42	0,72	595	2,43	0,73	366	2,41	0,71	229	N. S.
Fam. ext.	1,88	0,84	596	1,89	0,84	366	1,85	0,84	230	N. S.
Marital	2,20	0,67	349	2,24	0,71	223	2,13	0,58	126	N. S.
Parental	1,60	0,62	331	1,57	0,61	219	1,66	0,66	112	N. S.
G. Famil.	2,19	0,75	596	2,24	0,71	366	2,10	0,81	230	P = 0,026
Med. Fact.	2,18	0,55	596	2,18	0,55	366	2,20	0,54	230	N. S.
Med. glob.	2,18	0,50	596	2,17	0,50	366	2,20	0,51	230	N. S.

Tabla V
Motivación y expectativas básicas

		Total	Mujeres	Hombres	Sig.
<i>Iniciativa:</i>	Propia	260 (40,8%)	152 (39,2%)	108 (43,4%)	N. S.
	Otros	377 (59,2%)	236 (60,8%)	141 (56,6%)	
<i>Influye:</i>	Med. cabecera	333 (57,1%)	210 (59,3%)	123 (53,7%)	0,0465
	Familia	103 (17,7%)	49 (13,8%)	54 (23,6%)	
	Hospital	30 (5,1%)	19 (5,4%)	11 (4,8%)	
	Otros prof.	82 (14,1%)	56 (15,8%)	26 (11,4%)	
	Autoridades	3 (0,5%)	1 (0,3%)	2 (0,9%)	
	Amigo/vecino	32 (5,5%)	19 (5,4%)	13 (5,7%)	
<i>Confianza:</i>	Total o casi	509 (81,3%)	304 (80,0%)	205 (83,3%)	N. S.
	Parte o nada	117 (18,7%)	76 (20,0%)	41 (16,7%)	
<i>Tiempo:</i>	< 6 meses	375 (62,6%)	226 (63,0%)	149 (62,1%)	
	6 a 12 meses	116 (19,4%)	69 (19,2%)	47 (19,6%)	
	Más de un año	108 (18,0%)	64 (17,8%)	44 (18,3%)	
<i>Frecuencia:</i>	1 ó más a la semana	268 (43,6%)	175 (47,4%)	93 (37,8%)	0,0230
	1-2/mes ó 2/e sufic.	347 (56,4%)	194 (52,6%)	153 (62,2%)	
<i>Grado:</i>	Mucho/media	590 (93,9%)	362 (94,8%)	228 (92,7%)	N. S.
	Poco/nada	38 (6,1%)	20 (5,2%)	18 (7,3%)	
<i>Profesional:</i>	Psicólogo	193 (32,2%)	116 (32,0%)	77 (32,5%)	N. S.
	Psiquiatra	276 (46,1%)	173 (47,8%)	103 (43,5%)	
	Otros	9 (1,5%)	4 (1,1%)	5 (2,1%)	
	En equipo	121 (20,2%)	69 (19,1%)	52 (21,9%)	
<i>Responsabilidad:</i>	Más el médico	59 (9,3%)	29 (7,6%)	30 (12,0)	N. S.
	Igual	386 (61,1%)	243 (63,4%)	143 (57,4%)	
	Más el paciente	187 (29,6%)	111 (29,0%)	76 (30,5%)	

Tabla VI
Influencia para consultar entre los que lo hacen por iniciativa propia y el resto

	Total	Inic. propia	Inic. de otros	Sig.
<i>Influye para consultar</i>				N. S.
M. cabecera	332 (57,0%)	121 (57,6%)	211 (56,7%)	
Familia	103 (17,7%)	43 (20,5%)	60 (16,1%)	
Hospital	30 (5,2%)	3 (1,4%)	27 (7,3%)	
Otros prof.	82 (14,1%)	24 (11,4%)	58 (15,6%)	
Autoridades	3 (0,5%)	2 (1,0%)	1 (1,9%)	
Amigo/vecino	32 (5,5%)	17 (8,1%)	15 (4,0%)	

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla VII
Puntuaciones medias en cada uno de los factores de la Escala de Expectativas

	Total	Mujer	Hombre	Sig.
<i>C. Expectativas de recursos y servicios (12 items)</i>				
Factor 1: sociolaboral y económico	1,87	1,87	1,88	N. S.
Factor 2: apoyo informativo	2,35	2,33	2,38	N. S.
Factor 3: abordaje específico	3,18	3,17	3,19	N. S.
<i>G. Expectativas de exploraciones psicobiológicas (12 items)</i>				
Factor 1: diagnóstico biológico	2,04	2,00	2,08	N. S.
Factor 2: entrevista psicológica	2,96	2,98	2,93	N. S.
Factor 3: exploraciones específicas	2,19	2,17	2,21	N. S.
<i>H. Expectativas de objetos alcanzables (21 items)</i>				
Factor 1: solución síntomas	2,99	3,02	2,94	0,095
Factor 2: cumplir presiones	2,26	2,25	2,27	N. S.
Factor 3: crecimiento	2,61	2,60	2,62	N. S.
Factor 4: autocontrol	3,02	3,05	2,96	0,063
<i>I. Expectativas de técnicas de ayuda (14 items)</i>				
Factor 1: intervenciones invasivas y medicación	1,81	1,79	1,84	N. S.
Factor 2: tratamientos alternativos	2,27	2,28	2,26	N. S.
Factor 3: tratamiento no individual	2,25	2,27	2,23	N. S.
Factor 4: tratamiento individual	2,91	2,91	2,90	N. S.
<i>J. Expectativas de información (11 items)</i>				
Factor 1: alcance del problema	2,85	2,86	2,83	N. S.
Factor 2: característ. del problema	3,11	3,14	3,07	0,085
<i>K. Expectativas de relación con profesional (15 items)</i>				
Factor 1: calidez y confianza	3,18	3,22	3,13	0,009
Factor 2: profesionalidad	3,34	3,37	3,29	0,025
Factor 3: respeto intimidad	2,62	2,66	2,57	0,069
Factor 4: den lo que quiero	2,44	2,44	2,44	N. S.
Factor 5: no fumen	2,56	2,60	2,48	0,045
<i>P. Expectativas de interconsulta (6 items)</i>				
Factor 1: profes. de la salud mental	2,31	2,26	2,38	0,007
Factor 2: médicos de fuera	2,45	2,43	2,47	N. S.
<i>Media escala</i>	2,60	2,60	2,59	N. S.
<i>Media de expect. con «acuerdo»</i>	51,24	51,36	51,05	N. S.
<i>Proporción de «acuerdos»</i>	0,57	0,57	0,57	N. S.

Tabla VIII
 Porcentajes de acuerdo con cada uno de los items de la subescalas de la escala de expectativas

	Total		Mujer		Hombre		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<i>C. Expectativas de recursos y servicios</i>							
Factor 1: sociolaboral y económico							
C03 - Ayuda económica	43	7,0	22	5,9	21	8,7	N. S.
(Sólo Suc. vit. con fic. econ.)	10	13,5	5	13,5	5	13,5	N. S.
C04 - Ayuda domiciliaria	76	12,4	45	12,1	31	12,9	N. S.
C10 - Tramitación pensiones	92	15,0	49	13,1	43	17,8	N. S.
C05 - Compañía	141	22,9	85	22,7	56	23,2	N. S.
C06 - Búsqueda de trabajo	58	9,4	32	8,6	26	10,7	N. S.
(Sólo Suc. Vit. parados)	18	22,2	4	22,2	14	24,6	N. S.
C11 - Búsqueda residencia	77	12,5	52	13,9	25	10,4	N. S.
C09 - Asesoramiento legal	133	21,6	73	19,5	60	24,9	N. S.
C07 - Actividades tiempo libre	149	24,3	84	22,6	65	26,9	N. S.
Factor 2: Apoyo informativo							
C12 - Trámites para otros serv.	382	62,2	221	59,2	161	66,8	N. S.
C08 - Manuales/guías del probl.	308	49,9	183	48,8	125	51,7	N. S.
Factor 3: abordaje específico							
C02 - Tto. específico problema	588	94,1	356	94,2	232	93,9	N. S.
C01 - Inform. serv. más adecuado	518	82,9	305	80,9	213	85,9	N. S.
<i>G. Expectativas de exploraciones psicobiológicas</i>							
Factor 1: Diagnóstico biológico							
G02 - Análisis orina	165	27,1	96	26,2	69	28,4	N. S.
G01 - Análisis de sangre	168	27,6	99	27,0	69	28,4	N. S.
G03 - Rx. de cabeza	168	27,6	95	26,0	73	30,0	N. S.
G11 - Electroencefalograma	171	27,9	93	25,3	78	31,7	N. S.
Factor 2: entrevista psicológica							
G09 - Preguntas problems o vida	594	96,1	356	96,0	238	96,4	N. S.
G05 - Preguntas acerca familia	503	81,9	311	84,5	192	78,0	0,0534
G12 - Preguntas trabajo y amigos	530	86,2	309	84,0	221	89,5	0,0687
G04 - Preguntas acerca niñez	429	70,1	267	72,4	162	66,7	N. S.
Factor 3: exploraciones específicas							
G10 - Hipnosis	103	17,0	57	15,7	46	19,0	N. S.
G07 - Grabaciones	83	13,6	49	13,4	34	13,9	N. S.
G06 - Entrevistas a familia	248	40,6	148	40,4	100	40,8	N. S.
G08 - Test, pruebas psicológicas	433	70,9	260	70,8	173	70,9	N. S.
<i>H. Expectativas de objetivos alcanzables</i>							
Factor 1: solución síntomas							
H10 - Salir de situación	545	88,3	337	90,3	208	85,2	0,0715
H09 - Más seguridad	483	78,8	302	81,8	81	74,2	0,0299
H11 - Mejorar la vida	484	78,4	295	79,3	189	77,1	N. S.
H18 - Levantar el ánimo	508	82,6	312	84,3	196	80,0	N. S.
H08 - Mejorar síntomas	578	93,2	351	94,1	227	91,9	N. S.

(sigue)

ORIGINALES Y REVISIONES

	Total		Mujer		Hombre		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Factor 1: solución síntomas (cont.)							
H21 - Capacidad enfrentar	538	87,3	336	90,1	202	83,1	0,0159
H07 - Quitar un trauma	373	60,9	225	61,0	148	60,9	N. S.
H17 - Quitar nervios	512	82,6	319	85,5	193	78,1	0,0235
H12 - No pensar morirme	300	49,2	185	50,0	115	47,9	N. S.
Factor 2: cumplir presiones							
H19 - Cumplir con autoridad	132	22,0	71	19,7	61	25,4	N. S.
H14 - Cambiar a la gente	72	11,8	43	11,7	29	11,9	N. S.
H15 - Que me dejen en paz	126	20,6	79	21,5	47	19,3	N. S.
H06 - Dar gusto a mi médico	212	34,9	132	36,1	80	33,1	N.S.
H16 - Arreglar la cabeza	238	38,8	141	38,1	97	39,9	N. S.
H01 - Cambio personalidad	151	24,7	81	22,1	70	28,6	N. S.
Factor 3: Crecimiento							
H04 - Relacionarme mejor	391	63,7	231	62,4	160	65,6	N. S.
H03 - Conocerme mejor	389	63,3	237	64,2	152	61,8	N. S.
H13 - Conocer mejor a demás	277	45,2	173	46,8	104	42,8	N. S.
H02 - Controlarme mejor	486	78,8	300	80,9	186	75,6	N. S.
H05 - Tranquilizar familia	334	54,2	199	53,6	135	55,1	N. S.
Factor 4: Autocontrol							
H20 - Sol. sin medicación	441	71,6	269	72,5	172	70,2	N. S.
I. <i>Expectativas de técnicas de ayuda</i>							
Factor 1: Intervenciones invasivas y medicación							
I14 - Cirugía	32	5,2	16	4,4	16	6,6	N. S.
I13 - Medic. en experimentación	59	9,6	27	7,3	32	13,1	0,0257
I10 - Ingreso psiquiátrico	24	3,9	14	3,8	10	4,1	N. S.
I01 - Los medicamentos	326	53,1	198	53,8	128	52,0	N. S.
Factor 2: tratamientos alternativos							
I11: Ttos. naturales	273	44,8	175	47,8	98	40,3	0,0826
I08 - Relajación, yoga	299	49,3	176	48,6	123	50,2	N. S.
I09 - Cura de sueño	184	30,5	105	28,9	79	32,9	N. S.
I12 - Hipnosis	91	15,1	47	13,1	44	18,2	N. S.
Factor 3: Tratamiento no individual							
I04 - Tto./entrev. pareja (Sólo casados)	218	36,0	127	35,0	91	37,6	N. S.
	164	48,5	101	46,8	63	51,6	N. S.
I05 - Tto./entrev. familia	174	28,4	99	26,9	75	30,7	N. S.
I03 - Tto. grupo	232	38,1	147	40,1	85	35,1	N. S.
Factor 4: Tratamiento individual							
I02 - Psicot. individual	549	89,9	339	91,9	210	86,8	0,0572
I06 - Psicoanálisis	263	43,8	153	42,5	110	45,8	N. S.
I07 - Aconsejamiento	575	92,7	346	92,3	229	93,5	N. S.
J. <i>Expectativas de información</i>							
Factor 1: Alcance del problema							
J07 - Si estoy mal de cabeza	425	69,1	259	70,2	166	67,5	N. S.
J08 - Si soy enfermo mental	398	65,2	241	65,5	157	64,9	N. S.
J10 - Si puedo trabajar o no	466	75,8	280	75,9	186	75,6	N. S.

(sigue)

ORIGINALES Y REVISIONES

	Total		Mujer		Hombre		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Factor 1: Alcance del problema (cont.)							
J06 - Si estoy mal de nervios	530	85,9	323	87,1	207	84,1	N. S.
J05 - Si hay más personas así	379	61,6	225	61,1	154	62,3	N. S.
Factor 2: características del problema							
J01 - El diagnóstico	601	97,1	362	97,1	239	97,2	N. S.
J02 - Las causas	577	93,5	354	95,4	223	90,7	0,0287
J04 - Si tengo solución	514	83,8	316	86,1	198	80,5	0,0819
J09 - Si me voy a curar	545	89,2	332	90,5	213	87,3	N.S.
J03 - Si soy culpable de algo	421	68,9	266	72,3	155	63,8	0,0331
J11 - Conclusión final escrita	538	87,6	323	87,5	215	87,8	N. S.
K. <i>Expectativas de relación con profesional</i>							
Factor 1: calidez y confianza							
K01 - Sean amables	608	98,7	369	99,5	239	97,6	0,0919
K02 - Permitan desahogo	571	93,0	357	96,7	214	87,3	0,0000
K04 - Me tuteen	496	80,9	300	81,5	196	80,0	N. S.
K05 - Puntuales	535	87,3	328	89,1	207	84,5	N. S.
K06 - Tomen notas	536	92,1	338	91,8	225	92,6	N. S.
Factor 2: profesionalidad							
K13 - Confidencialidad	595	97,1	360	97,3	235	96,7	N. S.
K14 - Respondan preguntas	602	97,9	364	98,4	238	97,1	N. S.
K07 - Buenos profesionales	608	99,0	367	99,2	241	98,8	N. S.
K15 - Me curen	583	95,0	348	94,3	235	95,9	N. S.
K08 - Pueda entenderles	611	99,0	371	99,7	240	98,0	0,0758
K09 - Me traten bien	605	98,4	365	98,6	240	98,0	N. S.
Factor 3: respeto intimidad							
K11 - No sean impertinentes	409	67,4	254	69,8	155	63,8	N. S.
K10 - No metan donde no importa	291	48,2	178	49,0	113	46,9	N. S.
Factor 4:							
K03 - Me den todo lo que quiero	275	45,3	166	45,6	109	44,9	N. S.
Factor 5:							
K12 - No fumen	345	57,1	217	60,1	128	52,7	0,0842
P. <i>Expectativas de interconsulta</i>							
Factor 1: profes. de salud mental							
K12 - No fumen	345	57,1	217	60,1	128	52,7	0,0842
P03 - Prof. propio centro	416	68,6	245	67,7	171	70,1	N. S.
P06 - Sólo el que atienda	216	35,5	135	36,8	81	33,6	N. S.
P05 - Sesión clínica	255	42,9	143	40,2	112	47,1	N. S.
Factor 2: médicos de fuera							
P02 - Médico de empresa	55	9,9	24	7,3	31	13,7	0,0194
(Sólo retribuidos)	43	17,7	19	14,4	24	21,6	N. S.
P01 - Médico de cabecera	417	68,7	245	67,1	172	71,1	N. S.
P04 - Hospital si ingreso	347	58,4	205	57,4	142	59,9	N. S.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA

- (1) APARICIO, V. (ed.), *Evaluación de servicios de salud mental*, Madrid, Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 1993.
- (2) HELGASON, T. (ed.), *Methodology and evaluation of psychiatric treatment*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- (3) LEVINSON, D. L.; MERRIFIELD, J.; BERG, K., «Becoming a patient», *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1967, 17, pp. 385-406.
- (4) LAZARE, A., y otros, «Patient requests in a walk-in clinic», *Comp. Psychiatry*, 1975, 16, pp. 467-477.
- (5) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., y otros, «Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental. (I) Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1997, 61, pp. 37-60.
- (6) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., y otros, «Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud Mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario», *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, 52, pp. 25-43 («Fe de erratas» en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, 53, p. 198).
- (7) CUEVAS, C. DE LAS, y otros, «Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general», *Anales de Psiquiatría*, 1991, 7, pp. 93-96.
- (8) RUIZ, M. A.; BACA, E., «Cuestionario de calidad de vida», en BOBES, J.; GONZÁLEZ, M. P.; BOUSOÑO, M. (eds.), *Calidad de vida en las esquizofrenias*, Madrid, J. R. Prous, 1995.
- (9) GUY, E. (ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*, Rev. Ed., Rockville, Maryland, Department of Health, Education and Welfare, 1976.
- (10) ENDICOTT, J., «The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33, pp. 766-771.
- (11) BRUGHA, T., y otros, «The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat», *Psychological Medicine*, 1985, 15, pp. 189-194.
- (12) WEISSMAN, M. M.; BOTHWELL, S., «Assessment of social adjustment by patient self-report», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33, pp. 1.111-1.115.
- (13) CUEVAS, C. DE LAS, y otros, «Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios», *Psiquis*, 1991, 12, pp. 326-336.
- (14) MARTÍNEZ AZUMENDI, O., «Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial», *Psiquis*, 1995, 16, pp. 266-287.
- (15) HIDALGO, M. S.; YLLA, L., «Psicólogos y psiquiatras: discriminación que la población de Vizcaya hace de ambos», *XVI Reunión Soc. Esp. Psiq. Biológica*, Madrid, Arán, 1992, pp. 607-615.
- (16) BRUGHA, T.; CONROY, R., «Categories of depression: reported life events in a controlled design», *Br. J. Psychiatry*, 1985, 147, pp. 641-646.
- (17) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., «Factores implicados en las 'rutas asistenciales' en salud mental», *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1993, 21, 5, pp. 189-203.
- (18) GOIN, M.; YAMAMOTO, J.; SILVERMAN, J., «Therapy congruent with class-linked expectations», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1965, 13, pp. 133-137.
- (19) UHLENHUTH, E. H.; DUNCAN, D. B., «Subjective change with medical student therapists. II. Some determinants of change in psychoneurotic outpatients», *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1968, 18, pp. 532-540.
- (20) WILKINS, W., «Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique», *J. Consul. Clin. Psychology*, 1973, 40, 1, pp. 69-77.

(21) JONES, E.; MATSUMOTO, D. R.. «Psychotherapy with the underserved», en SNOWDEN, L. R. (ed.), *Reaching the underserved: Mental health needs of neglected population*, Beberly Hills, Sage, 1982, pp. 207-228.

Trabajo realizado en el Centro de Salud Mental de Uribe Costa, con la ayuda de DGICT n.º SM 91-0029 y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (B.O.P.V.: 13 de mayo de 1991).

* Oscar Martínez, Karmelo Araluce, José M.^a Ayerra, Carlos Cela, Jorge Grijalvo, José Ignacio Mendezona, Dolores Azkunaga, Psiquiatras; Miriam Beitia, Patricia Insúa, Psicólogas.

Correspondencia: Óscar Martínez Azumendi, Centro de Salud Mental Uribe Costa. c/ San Nicolás, 2. 48990 Gexto - Vizcaya.

** Fecha de recepción: 8-10-1996.