

ARTICULOS

Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de salud mental a través de la percepción y evolución de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo

Evaluation of the quality of a mental health service through the perception and evolution of patients suffering from obsessive-compulsive disorder

SANTIAGO BARAJAS MARTÍNEZ ¹

RESUMEN

El presente estudio analiza la aplicación de un breve cuestionario, diseñado al efecto por el autor, con el objetivo de conocer la percepción de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sobre los siguientes aspectos: información sobre su trastorno, tipos de tratamiento recibidos, eficacia de los mismos, satisfacción con la atención recibida y evolución de los síntomas. Se analiza profundamente la eficacia diferencial de distintos tratamientos psicológicos en función de su orientación teórica. Finalmente, a la luz de los resultados obtenidos, se sugieren cambios para mejorar el tratamiento que reciben estos pacientes en los servicios públicos de salud mental.

ABSTRACT

This study deals with the administration of a short questionnaire, designed by the author, to measure the perception of obsessive-compulsive patients concerning the following aspects: knowledge about the disorder, types of treatments they have undergone, treatment effectiveness, satisfaction with the assistance received, and evolution of symptoms. The differential effectiveness

¹ Unidad de Salud Mental. Centro Regional de Salud Pública. Ctra. Extremadura, Km 114. 45600 Talavera. Toledo.

of a number of psychological treatments is examined in depth in the light of their theoretical approach. Finally, according to results, some changes are suggested to improve the treatment of these patients assisted in public mental health systems.

PALABRAS CLAVE

Evaluación. Calidad asistencial. Salud mental. Trastorno obsesivo-compulsivo.

KEY WORDS

Evaluation, Assistance Quality, Mental Health, Obsessive-compulsive Disorder.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace un par de décadas la valoración de la satisfacción del usuario de servicios de salud mental no era una cuestión de interés ni para profesionales ni para los gestores de dichos servicios. En muchos casos esta situación se debía a la creencia (errónea) de que este tipo de pacientes no tenían una capacidad «adecuada» para valorar la atención recibida como consecuencia de las propias limitaciones de su trastorno mental. Dicha situación está cambiando debido a varios factores como son: los avances en evaluación, la implantación de un modelo de atención comunitaria y la demanda de los propios usuarios de estos servicios quienes legalmente reclaman tratamientos para sus problemas con resultados positivos (no olvidemos que en último término son ellos la base sustentadora de los servicios de salud mental). En los países anglosajones esta cuestión es ya una práctica habitual (Vuori, 1988; Heather Palmer, 1990; Horowitz, 1993), especialmente en lo que se refiere al concepto de satisfacción (Lebow, 1982; McDonald et al, 1990) el cual se emplea como medida de la calidad de los servicios sanitarios. Dichas «costumbres» de evaluación también son frecuentes en la práctica privada, supuestamente más comprometida con ofrecer servicios de calidad. No obstante, en nuestro país en los últimos años y dentro del

ámbito público de atención, están aumentando este tipo de estudios (López y Muñoz, 1992; Medina, 1996; Cuevas et al, 1999).

Respecto al concepto de calidad que nos interesa, haciendo una adaptación de la famosa definición de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, ésta se entiende como «lograr el mayor beneficio posible en bienestar social con el mínimo riesgo y una adecuada utilización de recursos, de forma satisfactoria para el usuario». En un sentido amplio, calidad debería incluir al menos tres componentes:

- a) conformidad de la forma de trabajo a unos estándares óptimos, siendo éstos establecidos por la comunidad científica; la forma de trabajo implicaría los diagnósticos, tratamientos y otras actividades asistenciales
- b) percepción por parte del usuario de que recibe asistencia de calidad
- c) mejora continua de la asistencia hasta alcanzar la excelencia en los servicios prestados

De forma más operativa, siguiendo a Medina (1996) podríamos decir que la calidad debe incluir al menos:

- a) un uso eficiente de los recursos (materiales, técnicos y humanos)
- b) un riesgo mínimo para los pacientes en cuanto a posibles efectos secundarios de los tratamientos

- c) y la satisfacción del usuario o paciente con las informaciones, atenciones y/o cuidados recibidos

Pueden establecerse dos tipos de indicadores de calidad: objetivos, fijados por la organización, y subjetivos que se refieren a la calidad percibida por el usuario, influida ésta por expectativas, necesidades, creencias, etc. Ambos indicadores deberían coincidir y para ello la Administración debe hacer un esfuerzo en ponerse en el lugar del usuario. De lo contrario no se estará buscando la calidad del servicio. Una forma de valorar esos indicadores subjetivos de calidad es estudiar las opiniones de los usuarios sobre el servicio que reciben y la repercusión que en ellos está teniendo. Este tipo de medida de control de la calidad es importante para la gestión y actuación correcta de los profesionales, con objeto de adaptarse a las necesidades de los usuarios/pacientes. Hay que ser conscientes de que los instrumentos utilizados para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios asistenciales no han sido estandarizados, entre otras razones porque las concepciones que se tienen acerca de la calidad son muy variadas. Otra cuestión importante es que los usuarios cada vez tienen criterios subjetivos más detallados sobre la asistencia que reciben. Dichos criterios pueden no

coincidir siempre con aquellos en los que ponen el énfasis los profesionales o incluso estar relacionados con criterios irrelevantes a juicio de éstos. Es decir, no debe llamar la atención si pensamos que profesionales y usuarios tienen objetivos implícitos y explícitos distintos que no son necesariamente recíprocos.

Como ya ha señalado Marks (1991) los trastornos de ansiedad suponen una fuerte demanda de servicios de asistencia sanitaria, que incluso podrían verse colapsados si todos los pacientes buscasen tratamiento. En este sentido, en nuestro país, Echeburúa (1993) ha indicado que una de cada siete personas aproximadamente va a experimentar en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad. Más concretamente, según distintos estudios la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (de ahora en adelante TOC) oscilaría entre el 1 y el 2,5% (Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1983; Jenike, 1983; Marks, 1991; Rasmussen y Eisen, 1992; Echeburúa, 1993; American Psychiatric Association, 1994; Weissman et al., 1994; Salgado, Turón y Olivares, 1995; Barajas 2001). Es decir, el TOC puede considerarse un trastorno frecuente en la clínica. Además, un porcentaje importante de estas personas (15% según la A.P.A.) sufren una evolución crónica de sus síntomas lo cual implica deterioro social y laboral (Lensi, 1996). Por otra parte, desde

hace más de una década se dispone de técnicas de tratamiento psicológico altamente eficaces, Emmelkamp y Rabbie (1983) ya informaron una mejoría de un 80% que se mantenía tras 3-4 años de seguimiento, aplicando exposición y prevención de respuesta. Datos similares los encontró Marks (1991) con las mismas técnicas de tratamiento psicológico, tras dos años de seguimiento. Más recientemente, dichas técnicas se han visto complementadas con otras más puramente cognitivas, dirigidas a modificar las creencias sobre los pensamientos obsesivos (estimación de probabilidades, responsabilidad excesiva, perfeccionismo, etc.). Éstas últimas han sido de especial relevancia en el tratamiento de las personas «obsesivas puras», es decir, aquellas en las que los rituales compulsivos ocurren a nivel encubierto (Freeston y Ladouceur, 1997a; Salkovskis et al., 1998). Los pacientes con un TOC de estas características inicialmente no se beneficiaban de la eficacia de las técnicas puramente conductuales. Además, este grupo representa un porcentaje nada desdeñable de todos los casos de TOC, entre un 20 y un 25%, según los estudios (Emmelkamp, 1982; Rachman, 1985; Marks, 1991; Ball, Baer y Otto, 1996). Aunque las técnicas cognitivas para el tratamiento de los obsesivos puros se han mostrado eficaces, todavía son pocos los estudios que sistemáticamente han

evaluado su eficacia. Freeston y Ladouceur (1997b) han informado mejorías significativas en funcionamiento global, ansiedad y depresión, junto con una reducción del 57% en síntomas obsesivos, medidos a través de autoinforme. Dicha mejoría se mantenía a los seis y veinticuatro meses.

Aún falta por resolver interrogantes sobre datos de recaídas, orden óptimo de aplicación del tratamiento y utilidad de los psicofármacos en combinación con la terapia cognitivo-conductual. Pero, es evidente que el tratamiento psicológico del TOC es efectivo y que hoy día sabemos cuáles son las técnicas más adecuadas para ello. Sin embargo, después de los anteriores datos, la situación en los servicios públicos de Salud Mental a primera vista no resulta muy cercana a lo comentado sino más bien lo contrario: media de años de evolución muy elevada, uso excesivo de fármacos ansiolíticos y antidepresivos de forma prioritaria a tratamientos cognitivo-conductuales, quejas de los pacientes por la falta de éxito en su tratamiento, falta de información sobre su problema y sus posibles vías de solución, ausencia de percepción de autocontrol sobre los síntomas, incluso creencia de algunos profesionales de que el TOC es un trastorno crónico que experimentará altibajos en la sintomatología pero nunca remitirá.

A continuación se presentan resultados de una investigación cuyo objetivo ha sido evaluar la calidad de la asistencia que reciben los pacientes con TOC en la Unidad de Salud Mental de Talavera (Toledo, dependiente del Instituto Nacional de la Salud -INSALUD- y de la Consejería de Sanidad), a través de la percepción que éstos tenían de: la información recibida sobre su problema, el tipo de tratamiento recibido, la eficacia subjetiva de éste, la evolución de los síntomas y el grado de satisfacción con la atención recibida.

METODOLOGÍA

Muestra

Se seleccionó a todas las personas atendidas en la Unidad de Salud Mental de Talavera con un diagnóstico inicial de TOC o de Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (en adelante TOCP), que fueran mayores de dieciocho años y hubieran tenido al menos una consulta en el último año. Este diagnóstico no fue realizado por el investigador, sino que se obtuvo del archivo de dicha Unidad, el cual estaba basado en los criterios de la CIE-9 (OMS). La tasa de participación y respuesta se consideró satisfactoria ya que fue del 80%.

La muestra comprendía un total de 105 personas, de las cuales 66

tenían diagnóstico de TOC y 39 de TOCP. La distribución por sexos fue la siguiente: en el primer grupo (TOC) 23 varones y 43 mujeres y en el segundo (TOCP) 12 varones y 27 mujeres. La edad media de la muestra es de 42,27 años, con una desviación típica de 16,7. Todos los participantes eran mayores de edad y un 13,7% de ellos tenía más de sesenta y cinco años. El estado civil más frecuente es el de casado (58,7%), seguido del de soltería (37,3%), los separados/divorciados representan el 1,5%. Respecto a la convivencia, sólo aparecen tres tipos: con cónyuge o pareja que es la predominante (60,8%), con padres (27,5%) y solo (11,8%). En general el nivel educativo es muy bajo: 7,8% no saben leer ni escribir; 74,5% tienen estudios primarios; 7,8% secundarios y 9,8% universitarios. El análisis de la situación laboral de estos pacientes hay que ponerlo en relación con la predominancia de mujeres en la muestra, ya que aparece sobrerrepresentada la situación laboral ama de casa (41,2%). Son menos de un tercio los que trabajan (27,5%) y el porcentaje de incapacidad laboral se sitúa en el 11,8%. El resto o están en paro o son estudiantes.

La edad media de aparición del trastorno es de treinta y cinco años. El tiempo medio de evolución del trastorno es de 7,27 años (desviación típica 7,59).

Procedimiento

La forma de contacto fue vía telefónica, a través de la cual se solicitaba la colaboración en la investigación. En caso afirmativo se daba una cita al paciente y ya en ésta se le explicaba que el objetivo era tratar de obtener información para intentar mejorar la calidad asistencial. Se informó de la voluntariedad de la misma y de la independencia respecto al profesional que le estuviera atendiendo así como del tratamiento recibido. El cuestionario suponía unos diez minutos y se aplicaba de forma individual en una sola sesión. La aplicación de este cuestionario se hizo a continuación de otras pruebas clínicas de evaluación psicológica que constituían una investigación sobre subtipos de TOC y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones.

Instrumentos

Para evaluar la calidad asistencial a través de la percepción de los pacientes se diseñó al efecto un breve y sencillo cuestionario, que permitiera una comprensión adecuada por parte de todos los pacientes, el cual constaba de trece preguntas (ver anexo I). Nueve de ellas de doble alternativa de respuesta (sí/no) y cuatro de múltiple (tres de tres alternativas y una de cinco).

Los contenidos del cuestionario se agruparon en los siguientes grupos:

- Información sobre el trastorno (3 ítems).
- Opinión sobre el tratamiento recibido y eficacia del mismo (4 ítems).
- Eficacia percibida del tratamiento (3 ítems).
- Satisfacción con la atención recibida (1 ítem).
- Evolución subjetiva de los síntomas (2 ítems).

El resto de datos indicados en la investigación (tipo de fármaco recibido, tipo de tratamiento psicológico recibido, datos sociodemográficos) fueron obtenidos mediante entrevista y revisión de la historia clínica.

Análisis de datos

Se creó una base de datos en sistema Access, para recopilar toda la información clínica y sociodemográfica. La distribución de frecuencias y obtención de porcentajes se llevó a cabo a través del SPSS versión 8. Por último, para detectar diferencias significativas entre dichos porcentajes se empleó el EPI-INFO (Módulo Epitable) versión 6.02. El análisis estadístico se realizó mediante χ^2 (Chi cuadrado, siempre con $p > 0,05$), en caso de que en alguna de las condiciones el número de sujetos fuera inferior a cinco ($n < 5$) se aplicó

la corrección de Yates. Todas las variables que se exponen a continuación son dicotómicas o nominales con más de dos categorías. Los resultados que aparecen a continuación son de tipo descriptivo, se ofrecen en porcentajes y únicamente indican tendencias.

RESULTADOS

Las diferencias encontradas son relevantes pero no resultaron significativas, si bien puede explicarse por el reducido número de sujetos que aparecían en cada condición. La muestra inicial de 105 sujetos se fue reduciendo progresivamente al ser analizada. En primer lugar había que confirmar el «diagnóstico de TOC con criterios del DSM-IV», lo cual sólo cumplieron 51 sujetos. Después, por ejemplo, para ver si un sujeto tenía «suficiente información sobre su trastorno», en función del «tratamiento psicológico recibido», había que seleccionar solamente los «casos derivados a psicología» (27 sujetos) y posteriormente dividirlos en cuatro condiciones de tratamiento: «solo evaluación», «psicodinámico individual», «psicodinámico grupal», «cognitivo-conductual». Es decir, al final el número de sujetos en cada condición experimental era reducido, al ser muchas las variables estudiadas. Por tanto, los resultados obtenidos llevan a pensar que si se ampliara la muestra las diferen-

cias de porcentajes resultarían significativas.

1. Derivación a psicología y orientaciones teóricas de los tratamientos:

Puede decirse que todavía no es muy frecuente la derivación por parte de los psiquiatras a tratamiento psicológico a pacientes con TOC, ya que derivan al 46,5% de los que inicialmente diagnostican con este trastorno pero no al restante 53,5%. Por otra parte, si atendemos a un diagnóstico basado en los criterios del DSM-IV vemos que existe un elevado número de casos de TOC leves que no son derivados, siendo tratados sólo con psicofármacos (62,5%). Con dicho tratamiento mejora casi la mitad de estos casos leves (46,5%) pero un 18,6% empeora. Cuando se trata de obsesivos puros (casos en los que tanto obsesiones como rituales ocurren de forma encubierta) se deriva a psicología a la mitad (50%). Los tres niveles de gravedad del TOC (leve, moderado y grave) se establecieron en función de la sintomatología obsesiva, depresiva, ansiosa y del nivel de interferencia conductual. Dichos síntomas se evaluaron mediante: Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, 1990), Beck Depression Inventory (BDI-21; Beck, 1979), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, 1988) y Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977).

los resultados pueden consultarse en Barajas (2002). La distribución de los pacientes en esos tres niveles de gravedad fue la siguiente: un 60,8% fue clasificado como casos leves, un 21,6% moderados y el restante 17,6 graves.

Al analizar las variables: derivación a psicología (si/no) y gravedad del TOC (leve, moderado, grave) se observa que son mucho más derivados al psicólogo los casos leves que los graves (59,3% de los leves frente a un 25,9% de los graves), pero no resultó significativa la diferencia ($\chi^2=3,25$; 2 g.l.; $p=0,19$). No obstante, al analizar este mismo dato en función del tipo concreto de tratamiento psicológico vemos que a tratamiento cognitivo-conductual son derivados por igual tanto los casos leves como los graves (ver tabla 1). Por otra parte, se observa que se derivan más al psicólogo los casos de TOC que los diagnosticados inicialmente de TOCP. Así pues, parece que la derivación a psicología por parte de los psiquiatras está condi-

cionada por el tipo de orientación teórica que tenga el psicólogo/a al cual va a ser derivado el paciente y en menor medida por la orientación teórica del psiquiatra.

El tipo de tratamiento psicológico más frecuente en el grupo de TOC estudiado es el de orientación psicodinámica (51,8%), un 33,3% de forma individual, más un 18,5% grupal. Los que acceden a tratamiento de orientación cognitivo-conductual suponen tan solo un 22,2%. El restante 26% de los sujetos solamente se evalúan sin la aplicación posterior de tratamiento psicológico. Hay que destacar que de los pocos pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización breve, normalmente casos graves, la mayoría han recibido tratamientos cognitivo-conductuales (62,5%).

2. Eficacia de los tratamientos psicológicos:

Analizando la variable: curso del trastorno (mejoría, empeoramiento, igual) en función del tratamiento psi-

TABLA 1

Porcentajes de sujetos derivados por psiquiatría a psicología, en función del nivel de gravedad del TOC.

	LEVE	MODERADO	GRAVE
EVALUACIÓN PSICO.	57,1% (n=4)	28,5% (n=2)	14,3% (n=1)
PSICODINÁMICO INDIVIDUAL	55,6% (n=5)	11,1% (n=1)	35,3% (n=3)
PSICODINÁMICO GRUPAL	80% (n=4)	20% (n=1)	0
COGNITIVO-CONDUCTUAL	50% (n=3)	0	50% (n=3)
TOTAL	59,3% (n=16)	14,8% (n=4)	25,9% (n=7)

cológico recibido, encontramos los siguientes resultados (ver tabla 2). De los que han recibido tratamiento de orientación cognitivo-conductual mejora un 66,6%, sin que aparezca ningún caso que empeore con estas intervenciones. De los que reciben un tratamiento de orientación psicodinámica, mejora el 20% mientras que el 40% empeora. No resultó significativa la diferencia entre el porcentaje de mejoría de los dos tipos de intervenciones debido al reducido número de sujetos que pudieron compararse ($\chi^2=0,75$; 1 g.l.; $p=0,38$). Lo mismo se encontró al analizar los porcentajes de empeoramiento ($\chi^2=0,00$; 1g.l.; $p=1,00$). Debe tenerse en cuenta como ya se ha comentado en el apartado anterior, que los sujetos leves son los predominantes en los tratamientos psicodinámicos. El criterio clínico de mejoría o empeoramiento se estableció en función del aumento/disminución de la sintomatología obsesiva, depresiva y ansiosa, así como

de la interferencia conductual. Si para medir la eficacia subjetiva de los tratamientos psicológicos atendemos a la opinión subjetiva de los pacientes, cuando se les pregunta cómo están ahora de sus síntomas obsesivos respecto a cuando empezaron a acudir a consulta, aparece lo siguiente. La totalidad de los que recibieron tratamiento de tipo cognitivo-conductual opina que está mejor, el porcentaje se reduce al 80% en caso de tratamiento grupal de orientación psicodinámica y al 62,5% con psicodinámico individual (la diferencia no resultó significativa $\chi^2=0,13$; 2 g.l.; $p=0,93$). En estos dos últimos casos, el restante 20 y 37,5% opina que está peor e igual respectivamente. Otro dato sobre el que hay que reparar es que los porcentajes de mejoría del grupo cognitivo-conductual, tanto en función del criterio clínico como a juicio del paciente (66,6% y 100% respectivamente), están bastante por encima del porcentaje de mejoría que obtu-

TABLA 2

Evolución de pacientes con TOC en función de la orientación del tratamiento psicológico recibido.

	MEJORÍA	EMPEORAMIENTO	IGUAL
Evolución de los pacientes derivados a psicología	54% (n=13)	21,6% (n=5)	24,3% (n=6)
Evolución según criterio clínico: cognit.-conduct./psicodinámico	66,6% / 20% (n=4) (n=2)	0% / 40% (n=4)	33,3% / 40% (n=2) (n=4)
Opinión del paciente: cog-cond/psd grupo/psd indiv	100% / 80% / 62,5% (n=6) (n=4) (n=5)	0% / 20% / 0% (n=1)	0% / 0% / 37,5 (n=3)

vo la totalidad de pacientes derivados a psicología (54%, en este grupo están tanto los que recibieron tratamiento psicológico como los que solamente fueron evaluados).

Para intentar hacer una separación entre el efecto del tratamiento farmacológico y el del psicológico, se preguntó a los sujetos acerca de cuál era el tratamiento que a su juicio había reducido sus obsesiones y rituales (preguntas 7 y 8 del cuestionario de calidad asistencial, ver anexo I), los resultados pueden verse en la tabla 3. Es decir, atendiendo a los datos, puede decirse que la mitad de los sujetos que recibieron tratamiento individual de orientación psicodinámica no percibían que éste fuera eficaz para reducir sus síntomas, atribuyendo la eficacia exclusivamente a la medicación. Por otra parte, según la opinión de los pacientes que

recibieron tratamiento de orientación psicodinámica aplicado en grupo, éste por sí solo no ayudó a ninguno de ellos a reducir sus obsesiones y rituales, mientras que un tercio atribuía dicha reducción exclusivamente a la medicación recibida. Por último, dentro de los que recibieron tratamiento cognitivo-conductual, un 40% opinó que el tratamiento por sí solo redujo sus obsesiones y rituales, mientras que el 60% restante indicó que la reducción se debió a la combinación con los psicofármacos. Ningún sujeto del grupo cognitivo-conductual atribuyó la eficacia exclusivamente a la medicación. Las diferencias entre los tres grupos de tratamiento psicológico no resultaron estadísticamente significativas en cuanto a la atribución de su eficacia, debido al reducido número de sujetos analizados (ver tabla 3).

TABLA 3
Atribuciones sobre la eficacia de los tratamientos.

	PSICOLÓGICO	FARMACOLÓGICO + PSICOLÓGICO	FARMACOLÓGICO	2
cognitivo-conductual	40% (n=2)	60% (n=3)	0%	2=0,00 2 g.l. p=1,00
psicodinámico individual	33,3% (n=2)	16,7% (n=1)	50% (n=3)	2=0,00 2 g.l. p=1,00
psicodinámico grupal	0%	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	2=0,00 2 g.l. p=1,00

TABLA 4

Opinión de los pacientes sobre la eficacia de los distintos tipos de tratamiento psicológico en la reducción de sus síntomas obsesivos.

	MUY EFICAZ	BASTANTE EFICAZ	ALGO EFICAZ	POCO EFICAZ	NADA EFICAZ
cognitivo-conductual	33,3% (n=2)	16,7% (n=1)	50% (n=3)	0%	0%
psicodinámico individual	12,5% (n=1)	0%	50% (n=4)	25% (n=2)	12,5% (n=1)
psicodinámico grupal	0%	60% (n=3)	0%	20% (n=1)	20% (n=1)
Total TOC (incluidos los que solo recibieron tratam. farmacológico)	16,7% (n=7)	33,3% (n=14)	35,7% (n=15)	9,5% (n=4)	4,8% (n=2)

Respecto a la opinión de los pacientes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos que han recibido puede consultarse la tabla 4. En ella se puede observar cómo la percepción de mayor eficacia va asociada a la aplicación de tratamientos de orientación cognitivo-conductual, los cuales en ningún caso fueron calificados de poco o nada eficaces. Por contra los tratamientos de orientación psicodinámica rondaron el 40% de calificaciones de poco o nada eficaces. Resulta llamativo que un 60% de los pacientes que habían recibido un tratamiento de orientación psicodinámica en formato grupal contesten que el tratamiento ha sido bastante eficaz, mientras que en la tabla 3 aparecía que ninguna persona de este mismo grupo atribuía una reducción en los síntomas obsesi-

vos a dicho tratamiento grupal. En opinión del investigador, la hipótesis explicativa de esta discrepancia es que el tratamiento de orientación psicodinámica aplicado en grupo, ayuda a los pacientes con síntomas obsesivos a encontrarse mejor en general, probablemente por comprobar que no son los únicos que sufren este problema y poder compartir experiencias con otras personas en circunstancias similares, pero no tiene efectos relevantes en la reducción de dichos síntomas, que en definitiva son los que le llevaron a consulta. Sí existe congruencia entre los datos de las tablas 3 y 4 para el caso de los tratamientos de orientación cognitivo-conductual, los cuales son considerados eficaces por los pacientes que los recibieron (tabla 4) y atribuyen a este factor la reducción de sus síntomas obsesi-

vos (tabla 3). Por último, destacar que sólo los tratamientos de orientación cognitivo-conductual consiguen estar por encima (el doble) en cuanto a calificación de «muy eficaz» respecto a la valoración global del grupo total (incluidos aquellos que sólo recibieron medicación) y por debajo en cuanto a calificación de «poco o nada eficaz». Las diferencias en cuanto al grado o magnitud de eficacia atribuido por los pacientes a los tres tratamientos psicológicos no resultaron estadísticamente significativas ($F=0,00$; 2g.l.; $p=1,00$). La tendencia descrita anteriormente alcanzaría la significación estadística si se pudiera contar con un número mayor de sujetos en cada condición.

3. Información de los pacientes sobre su problema.

Como podemos ver en la tabla 5, son mayoría los pacientes que saben como se llama su trastorno (59,1%). Si bien éste es un dato relacionado con la calidad del ser-

vicio prestado, no es lo más relevante de cara al tratamiento psicológico, al menos desde un enfoque cognitivo-conductual basado en el modelo de continuidad normal-anormal. También aquí es especialmente relevante la línea apuntada por Persons (1986) y Costello (1992) quienes argumentan la utilidad y beneficios de centrarse en síntomas y procesos psicológicos más que en categorías diagnósticas, las cuales resultan poco operativas tanto para el paciente como para la implementación del tratamiento psicológico. Sin embargo, si son mucho más relevantes los otros resultados que muestra la tabla 5: a) la mitad de los sujetos consideran que no tienen suficiente información sobre su problema y, b) al 65,9% no se le han explicado las causas o razones por las que le ocurre ese trastorno. Ambos son indicadores llamativos de una baja calidad asistencial a nivel de la información que se dispensa a los pacientes.

TABLA 5

Información de los pacientes con TOC acerca de su problema.

	SI	NO
Sé como se llama mi trastorno	59,1% (n=26)	40,9% (n=18)
Creo que tengo suficiente información sobre mi trastorno	50% (n=22)	50% (n=22)
Se me ha explicado la causa o posibles razones por las que me ocurre este trastorno	34,1% (n=15)	65,9% (n=29)

Los resultados anteriores se invierten en el caso de pacientes que recibieron tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, apareciendo porcentajes bastante elevados que indican una mejor información sobre las características del problema a aquel que lo sufre (ver tabla 6). El componente «educativo» de devolución de información, siempre se ha considerado crucial en la terapia de conducta para conseguir una participación activa de la persona en su proceso de tratamiento y para que éste sea algo consensuado entre ambos y no impuesto, consiguiendo así mejorar sus resultados. Los porcentajes relativos al nivel de información para los que recibieron tratamiento psicológico de orientación psicodinámica (individual o en grupo) se asemejan más a los ya apuntados en la tabla 5, excepto en el caso de la información sobre el diagnóstico.

4. Opinión de los pacientes sobre el tratamiento de su trastorno.

La mayor parte de los pacientes con TOC (59%) creen que necesitan tratamiento psicológico, este porcentaje es independiente de que en el pasado ya hayan recibido alguno (ver tabla 7). Por tanto, esta cifra tan alta se explica porque, como ya se comentó, casi la mitad de los pacientes no son derivados a psicología (no han recibido tratamiento psicológico). Además, como se ha apuntado en el apartado de eficacia, la mayoría de los sujetos recibe tratamientos psicodinámicos que consiguen poca eficacia (opinando por tanto los pacientes que necesitan más tratamiento psicológico). El 68,2% cree que no debe ser tratado sólo con psicofármacos, este último dato refleja la cada vez mayor demanda de los usuarios de tratamientos psicológicos.

TABLA 6
Información acerca de su problema en los pacientes que recibieron tratamiento psicológico

	SI			χ^2
	CC	Pi	Pg	
Sé como se llama mi trastorno	66,7% (n=5)	62,5% (n=4)	80% (n=4)	2 =0,33; p=0,85 2 g.l.
Creo que tengo suficiente información sobre mi trastorno	83,3% (n=5)	50% (n=4)	40% (n=2)	2 =1,75; p=0,41 2 g.l.
Se me ha explicado la causa o posibles razones por las que me ocurre este trastorno	83,3% (n=5)	37,5% (n=3)	40% (n=2)	2 =0,12; p=0,93 2 g.l.

(CC = cognitivo-conductual; Pi = psicodinámico individual; Pg = psicodinámico grupal).

TABLA 7
Opinión de los pacientes con TOC sobre el tratamiento a recibir.

	SI	NO
Creo que mi tratamiento debe ser sólo farmacológico	31,8% (n=14)	68,2% (n=30)
Creo que necesitaría tratamiento psicológico	59% (n=26)	41% (n=18)

Gracias al tratamiento que se les haya dispensado en la Unidad, se ha conseguido una reducción de obsesiones y rituales en un 75% de los sujetos (n=33), aunque no se dispone de información objetiva sobre la intensidad de dicha disminución (puesto que este estudio no incluye una evaluación pre y post sino que se limita a evaluar la situación en un momento puntual) no parece que ésta sea elevada en la mayor parte de los casos, según las respuestas dadas a otros ítems. El 25% (n=11) restante opina que el tratamiento que ha recibido no ha reducido sus síntomas obsesivos. Los mismos porcentajes aparecen al preguntar si el tratamiento dispensado en la Unidad de Salud Mental ha mejorado otros problemas (estado de ánimo, sueño, etc): sí para un 75% y no para el restante 25%.

5. Satisfacción con la atención.

A pesar de los datos anteriores, especialmente el bajo nivel de información recibido sobre el problema, la satisfacción de los usuarios con la atención general recibida en la Unidad de Salud Mental es

elevada, ya que el 88,6% (n=39) de ellos se considera satisfecho frente al 11,4% (n=5) que declara no estar satisfecho con la atención que se le ha ofrecido. Este alto grado de satisfacción con la atención, probablemente esté más relacionado con el trato humano que con la eficacia real en conseguir reducir el trastorno obsesivo si nos atenemos a los otros resultados. Por otra parte, el cuestionario sobre calidad, aunque es confidencial, no es anónimo ya que el sujeto lo contestaba delante del investigador aprovechando una de sus citas en el Centro, si bien esto es un importante sesgo, fue una forma útil de aplicación debido al bajo nivel cultural de la mayoría de los sujetos, lo cual requería de instrucciones y aclaraciones adicionales.

6. Evolución del trastorno.

En general un 74,4% (n=32) de todos los pacientes (independientemente del tratamiento farmacológico o psicológico recibido) opina que está mejor que cuando empezaron a acudir a la Unidad de Salud Mental, un 23,3% (n=10) está igual

y el restante 2,3% (n=1) está peor. Como ya se ha apuntado no se dispone de datos sobre la cuantificación de dicha mejoría o empeoramiento. La mitad (50% n=16) de los que mejoran lo hacen a partir de los tres meses, lo cual estaría asociado probablemente con los rápidos efectos beneficiosos de los psicofármacos. Un 12,5% (n=4) mejora a partir de los seis meses y un 25% (n=8) a partir del año, éstos casos probablemente se expliquen mejor por los tratamientos psicológicos, debido a que tardan más tiempo en implantarse (el paciente siempre es visto en un primer momento por un psiquiatra quien decide posteriormente la relevancia del tratamiento psicológico) y a que la frecuencia de las citas no es la más óptima para obtener cambios rápidos, debido a la alta presión asistencial.

DISCUSIÓN

Si bien la muestra utilizada para este estudio hace referencia solamente a un grupo concreto de todas las personas atendidas en una Unidad de Salud Mental, y por tanto cualquier generalización a otros grupos diagnósticos debería hacerse con cautela, sí parece que los resultados obtenidos con los pacientes obsesivos pueden ser un buen ejemplo del tipo de atención que se dispensa en la Unidad, sobre todo en lo que respecta a:

nivel de información que se ofrece, satisfacción con la atención, eficacia de tratamientos, cronicidad y orientación teórica de los tratamientos psicológicos. Respecto a una posible generalización de resultados a otros dispositivos ambulatorios de salud mental, a priori, ésta no sería posible, ya que la organización y composición (en recursos humanos) de cada servicio suele variar de unos a otros, entre Comunidades Autónomas y de una Administración a otra (Instituto Nacional de Salud -INSALUD-, Consejerías, Diputaciones). Pero sin embargo, por lo experimentado en otros servicios de Salud Mental equiparables y al mantener conversaciones con otros profesionales de distintos dispositivos ambulatorios a este respecto, parece que lo aquí encontrado es un reflejo de la tónica general. No obstante, serían necesarios estudios similares en otros dispositivos para contrastar dicha hipótesis.

Los pacientes que han tomado parte en esta investigación están en condiciones de aportar información fiable sobre la calidad de los servicios sanitarios que les atienden, ya que su trastorno no les impide realizar dicha valoración aún en los casos graves y además las preguntas formuladas son sencillas y de respuesta cerrada. El utilizar personas que hayan acudido al menos una vez en el último año y

que lleven al menos un año en tratamiento, permite que puedan valorar adecuadamente la calidad de la atención recibida y la evolución de su problema en función de ella.

Los análisis de los porcentajes descritos en el apartado de resultados (2 con $p > 0,005$) hacen pensar que con una muestra más amplia las diferencias resultarían significativas, sin embargo hay que resaltar la dificultad que supondría encontrar una muestra mayor, ya que en este caso se tomó a todos los pacientes de una Unidad de Salud Mental que inicialmente tenían un trastorno de tipo obsesivo. Aunque las diferencias encontradas no alcancen significación estadística, no se invalidan los resultados, sino que se refieren a las tendencias encontradas. Otra alternativa por la que podría haberse optado para solventar dicho problema, habría sido reducir el número de condiciones de las variables estudiadas (por ejemplo: nivel de gravedad, tipo de tratamiento psicológico), consiguiendo así más sujetos en cada una de ellas. Pero esto último habría supuesto una pérdida de información relevante, haciendo menos rica la investigación.

Podemos concluir que el porcentaje de derivación a tratamiento psicológico por parte de psiquiatras es bajo, teniendo en cuenta que existen tratamientos de este tipo que han demostrado sobrada-

mente su eficacia, ausencia de efectos secundarios (de los cuales cada vez se quejan más los pacientes) y efectividad en relación con los costes. Hay que aclarar que en la Unidad estudiada los pacientes suelen llegar al psicólogo tras ser derivados por el psiquiatra, siendo siempre éste la puerta de entrada a salud mental, salvo raros casos en los que el paciente deje claro al médico de atención primaria que desea únicamente tratamiento psicológico. Este hecho supone una notable diferencia de organización respecto a servicios en los que indistintamente se recibe a los pacientes por uno u otro profesional. Podemos encontrar una explicación a este dato: se deriva poco para no saturar la capacidad de atención de psicología (los psicólogos atienden menos pacientes por día que los psiquiatras, al mantener consultas de mayor duración). Una alternativa aún no habitual y que rentabilizaría el tratamiento psicológico de las personas con obsesiones y rituales, sería el tratamiento cognitivo-conductual aplicado en grupo. Existe una baja confianza por parte de psiquiatría en que el tratamiento psicológico pueda beneficiar a los pacientes obsesivos graves a no ser que dicho tratamiento sea de orientación cognitivo-conductual, por tanto, en estos casos la derivación está condicionada por la orientación teórica del psicólogo y no del psiquiatra.

Los tratamientos psicológicos de orientación dinámica suponen más del doble de los de orientación cognitivo-conductual, esto se explica por el mayor número de profesionales de la primera orientación frente a la segunda. Pero como ya se ha apuntado, los que han demostrado su eficacia son los que emplean exposición más prevención de respuesta y técnicas cognitivas dirigidas a modificar las creencias sobre las obsesiones (Emmelkamp y Rabbie, 1983; Marks, 1991; Freeston y Ladouceur, 1997b; Salkovskis et al, 1998). Es decir, como se apuntaba en el apartado de resultados, sólo un 22,2% de los pacientes con TOC que acuden a consulta de psicología se benefician de técnicas que han mostrado su eficacia. Los resultados encontrados en la presente investigación y comentados en el apartado de resultados son consistentes con los de los autores anteriormente mencionados; el porcentaje de pacientes que mejoran con un tratamiento cognitivo-conductual es bastante superior al de los que mejoran con tratamiento psicodinámico. Y lo que es más relevante, ningún paciente empeora con tratamiento cognitivo-conductual, mientras que sí lo hacen algunos de los que reciben psicodinámico. Los mismos pacientes atribuyen eficacia a los tratamientos cognitivo-conductuales aunque estén recibiendo psico-

fármacos, ninguno de ellos atribuyó eficacia en reducir sus síntomas sólo a la medicación, dato que sí ocurre con el grupo de tratamiento psicodinámico, invalidando por tanto en gran medida la eficacia de éste último. Además, ningún paciente calificó los tratamientos cognitivo-conductuales como poco o nada eficaces, aspecto que ocurrió en cerca del 40% de los casos de tratamientos psicodinámicos. Las calificaciones de muy eficaz para los primeros fueron más del doble de frecuentes que para los segundos. A la luz de todos estos datos deberíamos plantearnos si el paciente tiene derecho a disponer de este tipo de información y poder decidir en consecuencia. Igualmente deberíamos plantearnos si éticamente como profesionales de la salud debemos informar al paciente sobre los distintos tipos de intervención existentes. Por último, estas conclusiones deberían ser conocidas por los gestores de los servicios de salud mental para que tomaran las decisiones que estimaran oportunas, respecto a la cartera de servicios y al catálogo de prestaciones disponibles en sus centros.

Como ya se ha comentado, la información a un paciente sobre su problema no es sólo una medida de la calidad con la que se le está asistiendo en un determinado servicio, sino que ante todo es un

derecho que tiene. En este sentido, podemos decir que al menos los pacientes con trastornos obsesivos que han participado en esta investigación en un dispositivo público de Salud Mental, no disponen de una información adecuada acerca de su trastorno: un porcentaje importante no sabe cómo se llama su problema, la mitad considera que no tiene suficiente información sobre él y a la mayoría no se le ha explicado una posible causa del mismo. Si pensamos que el solo hecho de disponer de información adecuada sobre un problema de salud que uno está sufriendo, es un factor reductor de ansiedad (a nivel cognitivo), aunque por sí solo no mejore los síntomas, los profesionales deberíamos esforzarnos en mejorar dicho aspecto, especialmente en el caso de los trastornos de ansiedad como es el TOC. Una vez más, las intervenciones cognitivo-conductuales se muestran superiores a las psicodinámicas, en este caso en lo que se refiere a información que se dispensa al paciente sobre su problema.

Parece claro que la mayoría de los pacientes con TOC considera que su problema no debe abordarse solamente con medicación. Esto refleja una demanda implícita de tratamientos psicológicos y por tanto de psicólogos suficientes en los dispositivos ambulatorios de

salud mental que puedan llevarlos a cabo. Muchos pacientes tienen esta opinión porque están siendo tratados exclusivamente con psicofármacos sin que se resuelva su problema.

La satisfacción con la atención general recibida es elevada, pero puede que esto refleje la calidad del trato humano dispensado (trato educado, esperas no largas, etc.) más que la eficacia en la reducción del problema de los pacientes. No se puede establecer el peso específico de cada tratamiento en su mejoría desde que empezaron a acudir a la USM. Sin embargo, teniendo en cuenta las conclusiones anteriores, parece probable que dicha mejoría se deba al efecto del tratamiento cognitivo-conductual (cuyos porcentajes de mejoría figuraban en la tabla 2), al tratamiento farmacológico o bien a una combinación de ambos.

Puesto que los datos obtenidos muestran que en general la atención es bastante mejorable, se plantea la necesidad de evaluar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en los servicios de salud mental, así como la evolución de sus síntomas y la eficacia de los tratamientos recibidos. Esta información serviría como feedback para establecer cambios en la asistencia que llevaran a resultados más exitosos. Serviría para flexibilizar la atención frente a

los modelos rígidos imperantes, adaptándose a las necesidades de los usuarios, en la línea del modelo de atención postulado por Costa y López (1982), dejando así atrás un modelo médico de atención. Y por último serviría también para acercarnos al tan «famoso» modelo de atención comunitaria que muchas veces se queda como algo que sólo figura en Planes de salud mental, carteras de servicios y

publicaciones sobre organización de los mismos.

De acuerdo con lo apuntado por la Asociación Madrileña de Salud Mental (1999) respecto a los profesionales, sería conveniente una definición de sus perfiles en función de la tarea a desempeñar por cada uno, así como garantizar la calidad de las prestaciones a través de la capacitación específica de dichos profesionales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Asociación Madrileña de Salud Mental (1999). La atención a la salud mental en Madrid, hoy. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (70), 337-349.
- Ball S. G., Baer L. y Otto M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behavior Research and Therapy*, 34 (1), 47-51.
- Barajas S. (2002). Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo, características diferenciales de los obsesivos puros y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones. *Clínica y Salud* (en proceso de revisión).
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. y Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck A. T., Epstein N., Brown G. y Steer R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-7.
- Costa M. y López E. (1982). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costello C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 160, 304-308.
- Cuevas C., Dorado R., Hervás A., Laviana M., Navarrón E., Perona S., y Ramos J.M. (1999). Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Clínica y Salud*, 10 (2), 169-192.
- Echeburúa E. (1993). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Emmelkamp P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp P. M. G. y Rabbie D. M. (1983). 4-year followup of OCD after psychological treatment. *Artículo para WPA Annual Meeting*. Viena.

- Emmelkamp P. M. G., Kraaijkamp H. J. y Van Den Hout M. A. (1999). Assessment of OCD. *Behavior Modification*, 23(2), 269-79.
- Freeston M. H. y Ladouceur R. (1997a). What do patients do with their obsessive thoughts?. *Behavior Research and Therapy*, 35(4), 335-48.
- Freeston M. H. y Ladouceur R. (1997b). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En: V. Caballo. *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, (pp: 137-169). Vol. I. Madrid: Siglo XXI.
- Heather Palmer R. (1990). *Evaluación de la asistencia ambulatoria*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hodgson R. J. y Rachman S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15. 389-395.
- Horowitz J. (1993). *La calidad del servicio*. Madrid. McGraw-Hill.
- Jenike M. A. (1983). Obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*, 24(2).
- Lebow J. L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91. 224-259.
- Lensi P. y cols. (1996). OCD: Familial-development history, symptomatology, comorbidity, and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- López A. E. y Muñoz M. (1992). Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de tres centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid. *Jano*, XLII, 993, 24-30.
- Marks I. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Vol. II. Barcelona: Martínez Roca.(Orig.1987).
- Medina M. E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales. *Intervención Psicosocial*, 5 (2), 179-193.
- Meyer T. J., Miller M. L., Metzger R. L. y Borkovec T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-95.
- Persons J. E. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Rachman (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En: Mavissakalian, S., Rurner y Michelson L. (Eds.) *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment* (pp 1-47) New York: Plenum.
- Rasmussen S. A. y Eisen J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of OCD. *Psychiatry Clinics North America*, 15 (4), 743-758.
- Salgado P., Turón V. y Olivares J. (1995). Epidemiología de los trastornos obsesivo-compulsivos. En: J. Vallejo y G. E. Berrios: *Estados obsesivos*. Madrid: Masson
- Salkovskis P. M., Forrester E., Richards C. (1998). Cognitive-Behavioral approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*. 173 (35), 53-63.
- Vuori H. V. (1988). *El control de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Masson.
- Weissman M., Bland R, Canino G. J., Greenwald S, Hwu H. G., Lee C. K., Newman S. C., Oakley M. A., Rubio-Stipec M., Wickramaratne P. J., Wittchen H., Yeh E. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Yaryura-Tobías J. A. y Neziroglu F. A. (1983). Obsessive-compulsive disorder, (cap.3. pp: 19-25). New York. Dekker.

ANEXO I

Cuestionario de calidad asistencial. Todos los ítems se responden con *si/no* excepto los de respuesta múltiple (8, 11, 12 y 13).

1. Sé como se llama mi trastorno
2. Creo que tengo suficiente información sobre mi trastorno
3. Se me ha explicado la causa o posibles razones por las que me ocurre este trastorno
4. Creo que mi tratamiento debe ser sólo farmacológico (medicación)
5. He recibido tratamiento psicológico
6. Creo que ahora necesitaría tratamiento psicológico
7. El tratamiento recibido ha reducido mis obsesiones y rituales
8. ¿Cuál de ellos? FARMACOLÓGICO-PSICOLÓGICO-AMBOS-OTRO
9. El tratamiento recibido ha mejorado otros problemas (ansiedad, depresión,...)
10. En general estoy satisfecho con la atención recibida
11. En general estoy MEJOR IGUAL PEOR que cuando empecé a venir a consulta
12. Respecto a mi trastorno obsesivo-compulsivo creo que mejoré a partir de:
3 meses-6 meses-1 año-1 año y medio-2 años-3 o más años/de tratamiento
13. Creo que el/los tratamientos recibidos para mi trastorno obsesivo-compulsivo han sido:
Muy eficaz-Bastante eficaz-Algo eficaz-Poco eficaz-Nada eficaz