

¿ES POSIBLE EVALUAR UN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO?

Un equipo de psicólogas e ingenieros aplica el análisis coste-efectividad en este área sanitaria

Regina Bayo-Borrás Falcon* y Romà Puiggermanal Estival**

*Psicóloga-psicoanalista. **Ingeniero industrial

CÓMO Y POR QUÉ SE HIZO EL ESTUDIO

**¿Hasta qué punto es posible evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico?
¿Cómo se podría demostrar, de manera científica, la efectividad de una intervención de este tipo?**

Éstas fueron las preguntas con que se enfrentó el equipo de seis personas, formado por las psicólogas Regina Bayo-Borràs, Emília Cerdà y Joana Hernández y los ingenieros industriales Joan Martí, Romà Puiggermanal y Antoni Sort, al considerar el funcionamiento del Programa de Suport en Salut Mental a la Dona, de Cornellà de Llobregat, Barcelona, creado y dirigido por las tres primeras.

El PSSMD, en funcionamiento desde 1993, es un programa piloto que incluye acogida y tratamiento psicoterapéutico de mujeres pertenecientes a capas sociales desfavorecidas de la población de Cornellà, mujeres con diversas afecciones psíquicas y psicosomáticas, en muchos casos depresiones; se puso en marcha como alternativa y soporte al tratamiento médico convencional ambulatorio que éstas recibían. El Programa intenta hacer frente al exceso de morbilidad mental y psicosomática femenina en la edad adulta, una de las evidencias más consistentes de las ciencias sociales, que persiste por encima de influencias poderosas, como la edad y la clase social.

De acuerdo con los últimos estudios de la OMS, la salud mental de la mujer es más vulnerable que la del hombre ante problemas como el paro, la inseguridad en el trabajo, injusticias, etc., con un índice de depresión 3,5 veces mayor que en el hombre. Una vulnerabilidad debida al lugar especial y crucial de la mujer en la estructura familiar, que la obliga a desarrollar una tarea de sostén y de contención de todos sus miembros, los hijos la pareja, la familia de origen... y a ocuparse del buen funcionamiento de la dinámica relacional. Hay que destacar también que, respecto al consumo de medicamentos, las encuestas muestran que es superior en las mujeres que en los hombres, tanto por lo que respecta al consumo habitual como al eventual.

Características y funcionamiento del PSSMD

El PSSMD es un Programa de Atención en Salud Mental gratuito, dirigido a mujeres que han acudido a sus médicos de referencia o a los servicios sociales de base buscando ayuda para su sufrimiento vital. Se trabaja con un número limitado de entrevistas psicoterapéuticas, de modo individual o en grupo, para clarificar la conflictiva, disminuir el sufrimiento y utilizar recursos subjetivos que permitan a estas mujeres afrontar los problemas que viven.

El PSSMD está a cargo de un subequipo del Centro de Higiene Mental de Cornellà, compuesto por tres psicólogas clínicas que se dedican a la atención de las pacientes, con la ayuda de una terapeuta colaboradora con funciones específicas; una supervisora y una administrativa. Las actuaciones del Programase realizan en cuatro ámbitos: atención a las paciente, comunicación con los derivante, formación y supervisión de los profesionales y coordinación y administración.

La figura del derivante, como profesional que encamina a las pacientes hacia el PSSMD, tiene una importancia primordial, puesto que, además de enviar a las pacientes, permite a las terapeutas hacer un seguimiento individualizado de las mismas y, por tanto, una valoración y análisis de la tarea asistencial realizada.

El tiempo de duración de los abordajes terapéuticos oscila entre un mínimo de tres meses y un máximo de nueve, durante los cuales se realiza una entrevista de acogida, entrevistas diagnósticas y entrevistas terapéuticas, con una frecuencia semanal o quincenal, según el problema de las pacientes.

Objetivos del estudio

El objeto del estudio fue comparar los costes del tratamiento psicoterapéutico, basado en la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica, con los del tratamiento médico convencional, basado en visitas a médicos y administración de medicación. Los dos tratamientos comparados no son alternativos, sino que el tratamiento psicoterapéutico es, o puede ser, complementario y gradualmente substitutivo del tratamiento médico convencional y, según la hipótesis que se intentaba comprobar, puede conseguir una mejora substancial del estado de salud y de la calidad de vida de las pacientes.

El estudio se hizo sobre un conjunto de 147 mujeres atendidas dentro del Programa a lo largo de los años 1993-97, a partir de los datos de sus expedientes, con un enfoque pluridisciplinario que incluía también aportaciones sociológicas. Los principales puntos del estudio fueron:

- 1. Evaluación:** A través del análisis coste-efectividad del PSSMD, comparado con el tratamiento médico convencional.
- 2. Grupo de control:** A causa de la dificultad de establecer un grupo de control paralelo, sincrónico, se decidió comparar el grupo, de manera diacrónica, con él mismo durante el período anterior a la atención en el PSSMD y, además, se hizo una validación de los resultados observados a través de una encuesta a todos los derivantes que habían enviado las pacientes al Programa.
- 3. Análisis de variancia:** A partir de la encuesta sociológica y de los datos de las pacientes se hizo un estudio de la influencia de diversas variables sobre su Índice de Calidad de Vida (ICV) a través de métodos de regresión simple y múltiple.

La evaluación económica aplicada al campo de la medicina

Como el bienestar no se puede medir directamente, la evaluación de una actuación se centra en la identificación, medida y valoración de sus efectos, que se supone tienen una relación directa con el bienestar: Consiste en cuantificar los efectos de cada una de las opciones en una situación de elección para poder compararlas en términos de eficiencia social, es decir, de su contribución a la maximización del bienestar de la sociedad, de la relación entre los beneficios obtenidos en términos de salud y de los recursos utilizados. No se trata de mezclar salud y sanidad con el dinero, sino de administrar los escasos recursos de que se dispone. El dinero, en este contexto, no es más que una unidad de medida conveniente para hacer conmensurables efectos heterogéneos.

El bienestar puede conseguirse por diferentes vías (servicios sanitarios, tiempo libre, alimentos, vestidos, vivienda, etc.), todas con un coste de oportunidad, representado por el precio de haber tenido que renunciar a la mejor opción alternativa como consecuencia de haber elegido una opción dada. A pesar de que las posibilidades de mejora de salud sean ilimitadas, su coste de oportunidad permite diferenciarlas y establecer una prelación entre ellas: **la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias intenta medir los costes a los que uno se enfrenta al emplear una tecnología sanitaria con relación a otras opciones, y las repercusiones que esto tiene en el bienestar**, habitualmente mediante alguna de las cuatro técnicas siguientes: **análisis de minimización de costes (AMC)**, **análisis coste-efectividad (ACE)**, **análisis coste-utilidad (ACU)** y **análisis coste-beneficio (ACB)**.

El **análisis coste-efectividad**, utilizado en el estudio, compara los costes y los efectos de dos opciones de tratamiento o intervención sanitaria que tienen los mismos objetivos terapéuticos. Los costes se valoran en unidades monetarias y los beneficios en unidades de efectividad, según un índice específico que mide el grado de consecución de los objetivos.

Medida de la calidad de vida de las pacientes del PSSMD

En el estudio se utilizó el **Índice de Calidad de Vida (ICV)**, que valora el bienestar de las pacientes, teniendo en cuenta su situación tanto física como mental y social, mediante una técnica de tipo objetivo, realizada a través de un cuestionario, con normas preestablecidas de puntuación y evaluando indicadores objetivos. A pesar de la existencia de diversas técnicas objetivas, se creyó conveniente establecer una técnica específica, adaptada a las características y situaciones peculiares de las pacientes objeto del estudio.

Así, las psicólogas del Programa elaboraron un cuestionario de 10 ítems, que miden el aspecto personal, la salud, la situación de la vivienda, las relaciones sociales y afectivas de las pacientes, la realización de actividades sociales, culturales y de formación, así como sus perspectivas de futuro y su independencia económica respecto a la familia. Cada uno de los ítems tiene un peso específico, que depende de su importancia relativa, y diversas gradaciones: el Índice de Calidad de Vida global es la suma ponderada de los diez puntos, con valores entre 0 y 10. El cuestionario se tiene que rellenar, según las especificaciones establecidas, **al inicio y al final del tratamiento**, lo que permite determinar los respectivos índices de calidad de vida y valorar la posible mejora producida. (Como algunos de los expedientes sobre los que se hizo el estudio eran de casos ya cerrados y para minimizar el efecto de autosugestión sobre las respuestas, se rellenaron los cuestionarios del inicio del tratamiento al comenzar el estudio, y los del final, al acabarlo).

Cuestiones metodológicas

A lo largo del estudio se presentaron una serie de cuestiones metodológicas, descritas a continuación. La solución que se les dio, que también se justifica, venía condicionada tanto por las características del Programa como por las disponibilidades de tiempo y económicas.

a) Utilización de un grupo de control

El cariz científico del estudio requería la utilización de un grupo paralelo, sincrónico, de control, para comparar los resultados del grupo tratado con un grupo no tratado. Pero en este caso, debido a condiciones del estudio, no había manera de establecer el grupo paralelo y se tomó la decisión de utilizar el mismo grupo de estudio, antes del tratamiento psicoterapéutico, como **grupo diacrónico** de control, considerando que se había convertido en suficientemente estable, a causa de su cronificación, para poder cumplir la función de comparación.

b) Paso de las encuestas y de los cuestionarios de ICV

La realización del análisis coste-efectividad planteaba la necesidad de recoger y elaborar los datos referentes a costes de tratamientos y evaluación del índice de efectividad escogido. Una parte de esta información ya figuraba en los expedientes clínicos de las pacientes del Programa y a partir de ellos se confeccionó una ficha para cada una, que se completó con las estimaciones del índice de calidad de vida de las pacientes y sus datos sociológicos.

La objetividad de las observaciones habría precisado un personal externo para el paso de las encuestas sociológicas y, especialmente, de los cuestionarios de ICV, y así eliminar la subjetividad de las psicólogas del Programa. De todas maneras, se consideró que éstas eran las personas más adecuadas para pasar unas y otros, por los siguientes motivos:

- Eran quienes mejor conocían a las pacientes y su evolución
- No era factible introducir a una persona ajena en un tratamiento psicoterapéutico
- La paciente no se podía evaluar a sí misma

Quedó un problema irresoluble, al inicio del estudio, buena parte de los tratamientos ya habían empezado y algunos incluso estaban acabados, de manera que la evaluación inicial se debía pasar a posteriori. En estos casos se hizo la evaluación inicial al inicio del estudio y la final, al terminar la recogida de datos, diez meses después, para reducir al máximo la autosugestión de las psicólogas.

c) Utilización de evaluadores externos

Teniendo en cuenta la parte subjetiva que podía comportar el punto anterior, se intentó validar los resultados a través de la utilización **de evaluadores externos**; en concreto, se asignó esta función a los **derivantes de las pacientes**, a quienes se preguntó el estado de las mismas. Esto sirvió también para la determinación del horizonte temporal asignado al tratamiento psicoterapéutico.

d) Determinación del horizonte temporal

Los efectos de una opción constituyen variables de flujo temporal, es decir, se trata de fenómenos que se producen a lo largo del tiempo, por lo cual su magnitud debe definirse en un período comprendido entre dos instantes. Pero, así como el instante inicial no plantea problemas especiales, no está tan claro cuál debe ser el instante final, a partir del cual ya no se tendrán en cuenta los efectos del tratamiento. Se tomó la decisión de considerar los costes de ambos tratamientos en el período durante el cual las pacientes atendidas por el Programa no experimentaron una recaída que las devolviese a la situación anterior.

Evaluación de costes

Toda la información sobre costes se extrajo, caso por caso, de la historia clínica y de la ficha de seguimiento de cada una de las pacientes del PSSMD: la diferencia de costes entre tratamientos se obtuvo de la diferencia entre los costes **del tratamiento médico que estaban recibiendo (tratamiento A) y los del tratamiento psicoterapéutico del Programa (tratamiento B)**, combinado o no, según los casos, con un tratamiento médico final.

Los costes se han calculado de manera unitaria, por meses, y se han aplicado a lo largo del horizonte temporal, tanto por lo que hace referencia a la Administración Pública como a las pacientes. Las categorías de costes consideradas en este análisis son las siguientes:

- **Costes del servicio médico-asistencial**
 - . Consumo de medicamentos
 - . Costes hospitalarios y ambulatorios (consultas, ingresos, pruebas médicas, etc.)
 - . Costes por consultas al asistente social

- **Costes del servicio del Programa**
 - . Costes de personal
 - . Local e instalaciones
 - . Costes generales

En este cálculo hay dos puntos conflictivos que introducen elementos de distorsión:

- 1) Referente a los gastos generales, el Ayuntamiento de Cornellà paga el alquiler y el mantenimiento del local, pero el personal auxiliar va a cargo del CHMC, que es una entidad privada.
- 2) Y lo más importante, la retribución de las psicoterapeutas está muy por debajo de las retribuciones de los profesionales del sector, ya que la subvención es insuficiente para cubrir la atención que se da en el Programa. Uno y otro punto, especialmente el segundo, hacen que el coste de este apartado sea realmente muy superior al contabilizado.

Costes indirectos relacionados con la situación laboral

La mayoría de las 147 pacientes del Programa proceden de barrios marginales de Cornellà, son **amas de casa y no están incluidas en ninguna nómina** (si trabajan, en la mayoría de los casos es un trabajo sumergido). Por tanto, aunque algunas pacientes hayan superado un estado de invalidez, su alta laboral no se ha registrado en ningún sitio. No hace falta decir que éste es

un importante elemento distorsionador y que se deberían tener en cuenta, al menos, las retribuciones que hayan podido obtener estas pacientes en la economía sumergida.

Seguimiento de las pacientes

Se controló el estado de las pacientes a través de las respuestas de los derivantes que las habían enviado, con los resultados siguientes:

	Mejora	Continúa igual	Recaída	No ha vuelto	No respuesta
Alta	35,85%	11,32%	1,89%	43,40%	7,55%
Interrupción	14,58%	16,67%	2,08%	56,25%	10,42%
Derivación	33,33%	8,33%	0%	50%	8,33%
Abandono	28,57%	14,29%	14,29%	42,86%	0%
Sólo acogida	5,26%	42,11%	0%	26,32%	26,32%
Global	23,97%	17,12%	2,74%	45,89%	10,27%

Considerando positivas las respuestas de **mejora** y **no ha vuelto** a solicitar sus servicios (médicos o sociales), y negativas las de **continúa igual** o **recaída**, las primeras representan un 69,86% y las segundas un 19,86%. En todos los casos, excepto en el grupo de **sólo acogida**, los derivantes han observado una evolución positiva de las pacientes.

Teniendo en cuenta estos datos y el bajísimo porcentaje de **recaídas**, el seguimiento mencionado permitía, por una parte, validar los resultados positivos de mejora del ICV, y por otra, evaluar el horizonte temporal teórico, tiempo medio durante el cual el tratamiento ha sido efectivo para las pacientes, entre los cuatro años transcurridos (1994-97) desde el inicio del Programa y los momentos actuales. Se ha adoptado la hipótesis conservadora de tomar como **horizonte temporal un período de dos años**, que afecta a los costes de servicios sanitarios y sociales y a los de incapacidad, pero no a los de tratamiento dentro del Programa.

Costes de los tratamientos para la Administración Pública y para las pacientes

La suma de los costes que se han definido y explicado, extendidos a todo el horizonte temporal, da los siguientes valores:

Costes de los tratamientos para la Administración Pública

Concepto	Tratamiento A	Tratamiento B
----------	---------------	---------------

Coste del Programa		4.627.623
Consumo medicamentos	5.479.565	3.159.965
Ingresos hospitalarios	265.200	46.410
Consultas ambulatorias	3.565.150	1.219.250
Urgencias	119.340	19.890
Pruebas médicas	672.565	171.455
Consultas asistente social	1.381.890	404.313
Total	11.483.710	9.648.906

La estructura de costes del tratamiento A indica que el consumo de medicamentos representa casi la mitad (48%), seguido en importancia por las consultas ambulatorias (31%) y las consultas al asistente social (12%). Por lo que respecta al tratamiento B, los costes del Programa representan también casi la mitad de los costes totales (48%), pero hay una fuerte reducción en los costes de los medicamentos, que sólo representan un 33%, y en los costes de las consultas ambulatorias y de asistente social (un 13 y 4%, respectivamente). Los costes para las pacientes, a escala reducida y sin ningún coste del tratamiento B, tienen una estructura parecida.

Medida de la efectividad

La efectividad del tratamiento se mide con el índice de calidad de vida. En la tabla siguiente, la primera casilla recoge la suma de los ICV de todas las pacientes del Programa antes de someterse al tratamiento B, en tanto que en la segunda figura la suma del ICV de estas pacientes después de recibir el tratamiento. La diferencia entre estos valores está en la tercera casilla, que da el incremento o la disminución de efectividad entre los tratamientos A y B.

	Tratamiento A	Tratamiento B	###Efectividad
Efectividad	559,41 uqv	695,75 uqv	-136,35 uqv

Por tanto, el índice de coste-efectividad se puede calcular con la fórmula siguiente:

$$\text{Coste} - \text{efectividad} = \text{CosteA} - \text{CosteB} / \Delta \text{Efectividad}$$

que da unos valores de -13.457 pts/uqv para la Administración Pública y de -1.800 pts/uqv para las pacientes. El signo negativo, en los dos casos indica que **el tratamiento A es más caro que el B, y que además éste presenta una efectividad mayor**, de manera que la mejor opción es siempre el tratamiento B, o sea, el tratamiento psicoterapéutico.

Análisis de los datos sociológicos

El estudio de correlaciones entre la edad, el estado civil, el nivel de estudios alcanzado, el parentesco con el cabeza de familia y la edad del primer trabajo remunerado no mostró ninguna relación significativa con el ICV. **En cambio, la situación laboral sí tiene influencia sobre el ICV:** en concreto, señala diferencias entre las pacientes que se encuentran en paro sin cobrar y las que tienen un trabajo oficial. **La mayor significación resultó para el nivel de depresión** (52 pacientes con nivel leve, 41 moderado y 41 severo), con una influencia estadísticamente significativa sobre la puntuación del ICV, tanto en la correlación bivariante como en la multivariante.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio se pueden formular a diversos niveles: el primer objetivo, al emprender el análisis coste-efectividad del tratamiento psicoterapéutico del PSSMD, era establecer **la viabilidad de una evaluación científica de este tipo de tratamiento.** Como segundo objetivo, no menos importante, la constatación de que **el tratamiento psicoterapéutico estudiado obtiene mejores resultados que el tratamiento médico convencional.**

Pero, una vez alcanzados estos objetivos, la evaluación de la mejora de la calidad de vida de las pacientes a través del ICV y la comparación de los costes de los tratamientos, como objetivos intermedios, permiten exponer unas **consideraciones complementarias:**

- 1) Por lo que respecta a la calidad de vida de las pacientes se puede decir que, en promedio, **el índice que la valora aumenta 0,93 puntos por paciente,** en una escala de evaluación de diez puntos. Respecto al índice de calidad de vida inicial medio, que era de 3,80 puntos, **este aumento representa un 24,5%.**

Estos datos se pueden desagregar un poco más. Por ejemplo:

- a) Si sólo se tuviesen en cuenta las pacientes que han acabado el tratamiento, este porcentaje llegaría a un 35,66%, correspondiente a un aumento medio de ICV de 1,51 puntos.
 - b) Las pacientes que han sido derivadas a otro centro experimentan un aumento de ICV de 1,15 puntos, lo que representa un porcentaje de aumento del 29,27%.
 - c) Las pacientes que interrumpieron el tratamiento después de unas cuantas sesiones aumentaron 0,82 puntos, un 22,14%.
 - d) Por último, se detecta una serie de pacientes que, según las psicólogas del Programa, habían sido mal derivadas al Programa y que, lógicamente, presentan unas mejoras muy inferiores: una parte abandonó el tratamiento sin ninguna explicación, con un incremento de ICV de 0,19 puntos, un 5,49%, y otras sólo realizaron la entrevista de acogida, con una mejora de 0,04 puntos, un 1,16%.
 - e) **Si se descuentan estas pacientes mal derivadas,** el aumento medio del índice de calidad de vida del conjunto restante llegaría a **1,12 puntos, lo que supondría un incremento del 27,58%** respecto al ICV inicial medio.
- 2) Por otra parte, si se considera el coste del PSSMD para la Administración Pública y sus resultados, se llega a la conclusión de que el coste de cada punto de calidad de vida ganado es de 33.940 pts. Ésta es la cifra que la Administración Pública se tendría que

plantear, como baremo del **coste de la mejora de salud mental** de la población. Al mismo tiempo, dos observaciones:

- a) Primero: **el ahorro de consumo de medicamentos y servicios sanitarios, a consecuencia del tratamiento psicoterapéutico**, supera el coste de éste, con un saldo positivo de 1.800.000 pts. (13.400 pts por punto de ICV ganado). También hay un ahorro, más modesto, por parte de las pacientes (1.800 pts por punto de ICV ganado).
- b) Segundo: en sentido contrario, la retribución correcta de las terapeutas supondría un aumento importante del coste del tratamiento en una proporción pendiente de evaluación.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES

Estudio sociológico

Los resultados del estudio sociológico han sido muy diferentes de lo que se podía esperar. En un principio se creía que tanto las variables sociodemográficas como el nivel de depresión y el de ansiedad tendrían una influencia notable sobre la calidad de vida de las pacientes del PSSMD, pero **sólo se ha podido constatar esta relación en el nivel de depresión y, en menor grado, en la situación laboral.**

Incorporación al trabajo y altas médicas

Ha habido casos en que pacientes que no trabajaban en el momento de iniciar el tratamiento del PSSMD han comenzado a trabajar a su finalización, en un 47,36% de los casos en trabajo sumergido, pero en el estudio no se han tenido en cuenta, para no introducir un elemento de controversia. De todas maneras, tanto la cuestión de las altas médicas como de la la cuestión de la incorporación al trabajo (tanto si es sumergido como oficial) se deberían estudiar más a fondo, porque pueden llegar a tener una gran importancia económica, a causa de la generación de recursos para las personas implicadas y, además por el ahorro de subsidios de paro y las eventuales nuevas afiliaciones a la seguridad social.

Problemas de derivación

Hay un número importante de pacientes (un 28%) que se pueden considerar mal derivadas, es decir, no idóneas para el tratamiento de Psicoterapia Breve. Esto hace que el Programa pierda efectividad y que se malogren unos recursos que podían haber sido destinados a otras pacientes. Una solución, al menos en parte, pueden ser las **acogidas en grupo**, en sesiones que reúnen a las pacientes en la primera visita; esto permite reducir el número de visitas de acogida, que normalmente se realizan individualmente, y mejorar la efectividad del Programa.

Dificultades metodológicas

La población estudiada, 147 pacientes, es relativamente reducida para poder obtener datos fiables, especialmente para las variables sociodemográficas, y sería deseable hacer el estudio sobre una población mayor y más diferenciada (no sólo amas de casa), ya que la procedencia

de las pacientes, los barrios marginales de Cornellà, ha influido notablemente en el estudio económico.

Por otra parte, el equipo investigador ha considerado que, dadas las características del Programa y de la población atendida, las medidas correctoras introducidas en el transcurso del estudio, en especial el grupo de control diacrónico y el seguimiento y validación a través de los derivantes, solventan las principales dificultades de subjetividad detectadas.

Una mejor resolución de estos problemas deberá quedar para la realización de otro estudio con más medios y más tiempo.

Nota final: : Este estudio obtuvo la calificación más alta (Matrícula de honor) como Proyecto de final de carrera en la Universidad Politécnica de Catalunya, en junio de 1998. Después, en abril de 1999, ha sido galardonado con el Premio Ferran Salsas i Roig, del Ayuntamiento de Rubí, en su undécima convocatoria, y ha sido publicado íntegramente por la Diputación de Barcelona en abril del 2000 en su colección Salut Comunitària.

BIBLIOGRAFIA

- *Baca Baldomero, E. Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XI, núm. 37, 1991.
- *Badía Llach, X.; Rovira Forns, J. Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria. Luzán 5, S.A. de Ediciones. Madrid 1994.
- *Bayo-Borràs, R.; Cerdà, E.; Hernández, J.; Martí, J.; Puiggermanal, R., i Sort, A. Procediment per a l'avaluació d'un tractament psicoterapèutic. Estudi del Programa de suport en salut mental a la dona del Centre d'Higiene Mental de Cornellà. Diputació de Barcelona. Barcelona 2000.
- *Bobes, J.; Cervera, S.; Seva, A. Calidad de vida y trastornos depresivos. Congreso Nacional de Psiquiatría Sevilla 95. Editorial Gofer. Oviedo 1995.
- *Braier, EA. Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. 2a ed. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires 1984.
- *Braña, FJ. Análisis económico de los estilos de vida: externalidades y coste social. Editorial Civitas. Madrid 1997.
- *García, A.; Rovira, J. "Análisis coste/efectividad de dos formas alternativas de tratamiento del tabaquismo2". A: Evaluación económica de tecnologías sanitarias. X jornadas de economía de la salud. Asociación de economía. Barcelona 1990. p. 357-364.
- *Herrera, R. Autonell, J. Spagnolo, E. Domènech, J. Martín, S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). Informaciones Psiquiátricas Nº 107. 1er trimestre 1987.
- *Knobel, M. Psicoterapia breve. Editorial Paidós. Buenos Aires 1987.
- *Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya. Debats de l'aula Provença. Barcelona 1997.
- *Memòria del Centre d'higiene Mental de Cornellà. Cornellà 1994.
- *Memòria del Centre d'higiene Mental de Cornellà. Cornellà 1995.
- *Memòria del Centre d'higiene Mental de Cornellà. Cornellà 1996.

- *Memòria del Centre d'higiene Mental de Cornellà. Cornellà 1997.
- *Onís, M. Villar, J. La mujer y la salud en España. Informe básico. Vol. 3. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1992.
- *Què és el Pla de Salut? Editorial Edicions i Creacions Gràfiques S.A. Barcelona 1992.
- *Regió sanitària Costa de Ponent. Memòria d'activitat 1996. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat 1997.
- *Registro Nacional de Psicoterapeutas 1997. Federación española de asociaciones de psicoterapeutas (FEAP). Editorial Gramar, Artes Gráficas. Madrid 1997.
- *Sacristán del Castillo, J. Badía Llach, X.. Rovira Forns, J. Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Editores Médicos. Madrid 1995.

ANEXO 1

Obtención del Índice de Calidad de Vida de las pacientes

El cuestionario elaborado por las psicólogas del Programa consta de 10 ítems que miden el aspecto personal, la salud, la situación de la vivienda, las relaciones sociales y afectivas de las pacientes, la realización de actividades sociales, culturales y de formación, así como sus perspectivas de futuro y su independencia económica con relación a la familia. Cada uno de los ítems tiene un peso específico, que depende de su importancia con relación a los otros.

Hay que valorar cada ítem entre cero y diez para cada paciente, al inicio del tratamiento, y otra vez al final, lo que debe permitir determinar sus respectivos índices de calidad de vida y valorar la posible mejora producida. (Como el estudio se hizo sobre los expedientes de casos ya cerrados, y para minimizar el efecto de autosugestión sobre las respuestas, se rellenaron los cuestionarios del inicio del tratamiento al comenzar el estudio; y los del final, al terminarlo).

1.- Aspecto personal

- Muy arreglada	de 7,5 a 10	<input type="text"/>
- Bastante arreglada	de 5 a 7,5	
- Arreglada	de 2,5 a 5	
- Desarreglada	de 0 a 2,5	

2.- Cuidado de la salud

- Toma medidas de prevención	de 7,5 a 10	<input type="text"/>
- Se cuida (visita al médico cuando hace falta y además hace ejercicio)	de 5 a 7,5	
- Va al médico si hace falta	de 2,5 a 5	
- No se cuida en absoluto	de 0 a 2,5	

3.- Situación de la vivienda

		<input type="text"/>
- Casa confortable y 2ª residencia	de 7,5 a 10	
- Vivienda familiar en propiedad	de 5 a 7,5	
- Vivienda familiar de alquiler	de 2,5 a 5	
- Vivienda propiedad de otros	de 0 a 2,5	

4.- Mantiene buenas relaciones familiares

		<input type="text"/>
- Buena relación con el núcleo familiar y con la familia política	de 7,5 a 10	
- Buena relación con el núcleo familiar y con la familia antecedente	de 5 a 7,5	
- Relaciones correctas con el núcleo familiar	de 2,5 a 5	
- Relaciones malas y/o malos tratos	de 0 a 2,5	

5.- Mantiene buenas relaciones afectivas

- Relaciones excelentes de 7,5 a 10
- Buenas relaciones, sin síntomas que indiquen lo contrario de 5 a 7,5
- Buenas relaciones, pero manifiesta síntomas que indican lo contrario de 2,5 a 5
- Malas relaciones con el marido y los hijos de 0 a 2,5

6.- Mantiene buenas relaciones sociales

- Tiene amigos antiguos y nuevos y se mueve en ambientes sociales de 7,5 a 10
- Tiene amigos nuevos y antiguos de 5 a 7,5
- Tiene amigos que son familiares y vecinos de 2,5 a 5
- No tiene amigos, sólo la familia de 0 a 2,5

7.- Tiene ingresos económicos propios

- Puede mantenerse y ahorrar de 7,5 a 10
- Puede mantenerse de 5 a 7,5
- Tiene ingresos, pero no le permiten independizarse de 2,5 a 5
- No tiene ningún ingreso ni posibilidades de tenerlos de 0 a 2,5

8.- Realiza actividades sociales y culturales

- Actividades culturales lúdicas (música, teatro, cine, baile...) o pertenece a asociaciones no relacionadas con la familia (ONGs, Voluntariado social) de 7,5 a 10
- Sale periódicamente con amigos y pertenece a asociaciones relacionadas con el barrio o la familia (APA, Asociaciones de vecinos...) de 5 a 7,5
- Sale con amigos esporádicamente de 2,5 a 5
- No sale nunca de 0 a 2,5

9.- Realiza actualmente actividades de formación

- Estudios oficiales (BUP...) de 7,5 a 10
- Estudios oficiales mínimos (Escuela de Adultos, catalán...) de 5 a 7,5
- Estudios no reglados (idiomas, cocina, manualidades, bailes de salón...) de 2,5 a 5

- No hace realiza ninguna

de 0 a 2,5

10.- Tiene proyectos de futuro

- Tiene importantes proyectos de futuro
(montar un negocio, cambiar de casa...)

de 7,5 a 10

- Mejoras a nivel personal (cursillos,
viajes, separación matrimonial...)

de 5 a 7,5

- Mejoras a nivel estructural (arreglar el
piso, intentar tener más tiempo libre...)

de 2,5 a 5

- No piensa en ningún proyecto

de 0 a 2,5

Se hizo una ponderación de los ítems, a los que se asignaron los pesos siguientes: a los ítems primero, segundo y cuarto, un 0'15; al quinto, sexto, octavo y décimo, un 0'10, y al resto un 0'5, con lo que la fórmula para calcular el índice de calidad de vida es la siguiente:

$$ICV = 0,15 \cdot (1) + 0,15 \cdot (2) + 0,05 \cdot (3) + 0,15 \cdot (4) + 0,1 \cdot (5) + 0,1 \cdot (6) + 0,05 \cdot (7) + 0,1 \cdot (8) + 0,05 \cdot (9) + 0,1 \cdot (10)$$

TABLA RESUMIDA PARA DETERMINAR LA VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES

	INICIO	FINAL
1.- Presenta un buen aspecto personal	o	o
2.- Cuida su salud	o	o
3.- Situación adecuada de la vivienda	o	o
4.- Mantiene buenas relaciones familiares	o	o
5.- Mantiene buenas relaciones afectivas	o	o
6.- Mantiene buenas relaciones sociales	o	o
7.- Tiene ingresos económicos propios	o	o
8.- Realiza actividades sociales y culturales	o	o
9.- Realiza actividades de formación	o	o
10.- Tiene proyectos de futuro	o	o

ANEXO 2

Datos generales de las pacientes

Las preguntas que figuran en esta parte son los datos personales de la paciente, las fechas de inicio y final de tratamiento, el número de sesiones, el grupo de abordaje y el centro y la persona derivantes. Todos estos datos, excepto la duración del tratamiento y del número de sesiones, son de escasa importancia para los posteriores estudios económico y sociológico. Ahora bien, son de gran utilidad para el Centro, ya que una vez llega la nueva paciente, permiten conocer sus datos personales y clasificarla en el grupo de abordaje adecuado.

Para mantener la confidencialidad de las pacientes se usa un número de expediente para identificarlas, en vez de su nombre y apellidos.

El formato de esta primera parte de la ficha es el siguiente:

DATOS GENERALES

1.- Número de expediente

2.- Fecha de nacimiento

3.- Fecha de inicio del tratamiento

4.- Fecha final del tratamiento

5.- Número de sesiones

6.- Grupo de abordaje

- Mujeres con disfunciones sexuales
- Mujeres con interrupción del embarazo
- Mujeres con cáncer ginecológico
- Mujeres en el momento de la menopausia
- Mujeres que padecen malos tratos
- Mujeres que padecen depresión postparto
- Otros

7.- Fuente de derivación:

7.1.- Institución

- C.A.P. Cornellà (Centro de Atención Primaria)
- A.B.S. (Área Básica de Salud)
- S.A.D. (Servicio de Atención a la Mujer)
- C.S.M.I.J. (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil)
- C.S.M. (Centro de Salud Mental)
- U.B.A.P.S. (Unidad Básica de Atención Primaria)
- Otros

7.2.- Profesional

- Asistente social
- Médico
- Psiquiatra
- Otros. ¿Qué cargo?

Datos económicos y sociales

Las preguntas de tipo económico que se han incluido hacen referencia a los gastos de tipo médico, de utilización de servicios sociales y de variaciones en la situación laboral de las pacientes del Programa objeto del estudio. Los datos se recogen al inicio y al final del tratamiento psicoterapéutico para poder evaluar la variación de costes que supone el tratamiento: los costes del tratamiento convencional serán los iniciales y los que resulten del tratamiento psicoterapéutico serán los finales.

También es importante destacar que al final de esta parte hay una serie de cuestiones que hacen referencia a la idoneidad o no del tratamiento y al seguimiento que de él hace la paciente. Estas cuestiones sirven para detectar y considerar, por otro lado, a las pacientes que han sido mal derivadas al Programa.

Destacar por otra parte que las preguntas de tipo social son de utilidad para que las psicólogas tengan una visión más completa de la situación de la paciente.

El aspecto que presenta esta parte de la ficha sería el siguiente:

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

	Consumo de medicamentos (dosis/mes)	
	INICIO	FINAL
8.-Medicación psiquiátrica		
8.1.-Ansiolíticos		
8.2.-Antidepresivos		
8.3.-Antipsicóticos		
8.4.-Hipnóticos		

	Consumo de servicios hospitalarios (Durante el horizonte temporal)	
	INICIO	FINAL
9. Núm. ingresos hospitalarios		
10. Núm. consultas ambulatorias		
11. Núm. urgencias		
12. Núm. pruebas médicas		
13. Núm. consultas asistente social		

14. Tipo de enfermedad psicosomática de la paciente

15.- Tipo de prueba médica más frecuente

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

	Inicio	Final
16.- P.I.R.M.I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- Trabajadora familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

	INICIO	FINAL	Motivos de los cambios				
			01	02	03	04	05
18.- Núm de hijos sanos a su cargo							
19.- Núm. de ancianos sanos a su cargo							
20.- Otros familiares sanos a su cargo							
21.- Núm. de abuelos enfermos a su cargo							
22.- Otros enfermos crónicos a su cargo							

01Muerte **02**Salida de casa **03**Ingreso en centro **04**Trab. familiar **05**Otros.....

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL

	INICIO	FINAL
23.-Situación laboral		
23.1. Ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2. Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3. Paro cobrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4. Paro sin cobrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5. Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6. Pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- Tipo de trabajo		
24.1.Trabajo oficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2.Trabajo sumergido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3. Estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.4. Temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.5. Jornada total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.6. Jornada parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.- Situación sanitario-laboral		
25.1. Baja por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2. Invalidez transitoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3. Invalidez permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4. Absentismo laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVOLUCIÓN ANTE EL TRATAMIENTO

26.-¿La paciente requiere un tratamiento de Psicoterapia Breve?

- Sí
 No

27.-¿La paciente requiere un tratamiento psicoterapéutico extenso?

- Sí
- No

28.-Actitud de la paciente ante el tratamiento:

- Asiste a todas las visitas
- Se salta algunas visitas
- No puede/no quiere seguir el tratamiento

29.- Evolución de la paciente:

- Abandona el tratamiento
- Interrumpe el tratamiento
- Es derivada a otro servicio o a otro tipo de abordaje
- Es dada de alta
- Sólo acogida

30. - En caso de abandonar o de interrumpir el tratamiento. ¿cuál es el motivo?

- Motivos familiares
- Motivos de salud
- Motivos de trabajo
- No hay demanda, la paciente no está motivada
- Incompatibilidad de horarios
- Cambio de población de la paciente
- Otros motivos

31.- Observaciones

.....
.....
.....
.....

ANEXO 3

Encuesta sociológica

Ésta es la última parte de la ficha de las pacientes. Para confeccionar la encuesta sociológica se habló con la señora María Jesús Izquierdo, jefe del Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, que sugirió una serie de preguntas interesantes para determinar las variables sociológicas susceptibles de tener relación con la calidad de vida de las pacientes. De estas preguntas se escogieron las más adecuadas para el estudio, previa consulta con las psicólogas del Centro. Las preguntas que han de responder las pacientes del Programa figuran a continuación:

ENCUESTA SOCIOLÓGICA

A.- Características de la persona entrevistada

1.Estado civil

- casada/pareja de hecho 01
soltera 02
separada/divorciada 03
viuda 04

2.¿Qué edad tiene Vd.?

- Edad
Prefiero no contestar/Falta información 99

3. ¿Cuál es su parentesco con el cabeza de familia de su casa?

- Yo soy el cabeza de familia 01
Soy su mujer/pareja 02
Hija 03
Hijastra 04
Madre 05
Hermana/cuñada 06
Nieta 07
Otro parentesco 08
No somos parientes 09
Prefiero no contestar/Falta información 99

B.- Estudios y formación profesional

4. ¿A qué nivel máximo de estudios acabados ha podido llegar Vd.?

- Sin estudios 01
Primaria e incompleta 02
EGB o similar 03
BUP, FP o similar 04
Titulación media 05
Titulación superior 06
Prefiero no contestar/Falta información 99

C.- Características del trabajo remunerado

5. ¿A qué edad tuvo su primer trabajo remunerado?

- Menos de 10 años 01
De 10 a 14 años 02
De 15 a 16 años 03
De 17 a 20 años 04
De 21 a 25 años 05
Más de 25 años 06
No he trabajado nunca 98
Prefiero no contestar/Falta información 99

6. ¿Cuál es su situación laboral?

- Sólo soy ama de casa 01
Parada sin cobrar 02

Parada cobrando	<input type="checkbox"/> 03
Jubilada/pensionista	<input type="checkbox"/> 04
Trabajo sumergido	<input type="checkbox"/> 05
Trabajo oficial	<input type="checkbox"/> 06
Invalidez	<input type="checkbox"/> 07
Baja laboral	<input type="checkbox"/> 08
No trabajo	<input type="checkbox"/> 98
Prefiero no contestar/Falta información	<input type="checkbox"/> 99

ANEXO 4

Carta a los derivantes del Programa

Apreciado compañero/a:

En el programa de Atenció a la Dona en Salut Mental, conjuntamente con la Universitat Politècnica de Catalunya, estamos haciendo una evaluación de los resultados obtenidos por el Programa desde sus inicios.

Para la correcta realización del estudio queremos hacer el seguimiento de las mujeres que nos mandaste en su momento para ser atendidas. Para ello necesitamos tu colaboración y te pedimos que nos des tu valoración sobre el resultado del tratamiento en las pacientes en cuestión, relacionadas en la hoja que te mandamos adjunta.

Para cada una hemos establecido cuatro posibilidades, que son:

(M) Mejora: si has observado alguna mejora respecto al motivo de la derivación.

(C) Continúa igual: si consideras que la paciente sigue asistiendo a tu servicio como antes de derivarla.

(R) Reaída: si consideras que la paciente, después de una mejora momentánea, ha vuelto a precisar tu atención, con las mismas características que antes de la derivación.

(N) No recuerdas o no tienes ninguna información.

Para cada paciente nos deberías indicar la opción correspondiente, según tu parecer.

Para la realización del estudio, que ya está en su fase final, te pedimos que nos respondas a este pequeño cuestionario tan pronto como puedas. Para ello, si no te es demasiada molestia, en los próximos días nos pondremos en contacto contigo para recoger la información solicitada. Si hubiese algún problema de interpretación, por favor, ponte en contacto con nosotras, en el Centre d’Higiene Mental de Cornellà, teléfono 93 377 6860, de lunes a viernes, de 9 a 13, y también de lunes a jueves, de 17 a 21.

Agradecemos tu colaboración por adelantado, como la hemos tenido hasta ahora. Te recordamos que el próximo 26 de marzo hablaremos de este estudio en la Sesión clínica que tendrá lugar en el Centre, como ya te hemos comunicado, y nos complacería que pudieses asistir. Por supuesto, en cuanto esté acabado el estudio te enviaremos sus resultados.

NOTA: Hay que destacar que la mayoría de derivantes, además de las cuatro opciones que se les presentaban, añadieron una quinta posibilidad: **No han vuelto al servicio**, para indicar que las pacientes, en su caso, habían dejado la costumbre que tenían, de acudir regularmente al servicio del derivante, lo que había sido uno de los motivos de la derivación.