

---

**CALIDAD EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA:  
ESCUCHANDO AL PACIENTE**

---

**José Antonio de la Rica**  
*Hospital de Bermeo*

---

En la evolución de la asistencia psiquiátrica a la que hemos asistido en estas últimas décadas. los cambios estructurales que nos han llevado desde las viejas instituciones manicomiales hasta las estructuras modernas, multidisciplinares, centradas en la comunidad y con unas sólidas bases científicas y técnicas, han tenido dos ejes vertebradores uno de los cuales, cada vez más emergente, es el de la calidad de la asistencia. Conceptualizada como un proceso evaluable en el que está presentes una serie de factores que implican al sanitario, paciente y sociedad/comunidad y de cuya mutua interacción se deriva una asistencia en la que tiene que estar presente una atención que suponga un máximo de beneficio con un mínimo de riesgo y a unos costes razonables.

Para llegar a este equilibrio se parte de un análisis del acto médico o sanitario (DONABEDIAN) como compuesto por factores objetivos y mensurables en el que se distinguirían:

**1.- Aspectos científico-técnicos:** aplicación de los conocimientos científicos pertinentes para la resolución del proceso patológico.

**2.- Aspectos interpersonales:** Contenidos en la relación médico/paciente o sanitario/usuario y que son inseparables del conjunto del acto. Los elementos subjetivos como la satisfacción del paciente premian como componentes de la calidad de la atención y como criterio cualitativo esencial del acto médico (IRAGÜEN 1995).

**3.- Amenidades o aspectos ambientales:** factores hoteleros y ambientales que definen el contexto en el que se desarrolla el acto médico.

Esta conceptualización, aun siendo la misma para todas las eventualidades en las que se realiza el acto sanitario, no es ponderada de la misma forma entre sus componentes, en función de la especificidad del mismo. Atención primaria, consultas externas extrahospitalarias, cirugía cardíaca, unidades de larga estancia...todas contienen básicamente los elementos referidos pero con distinto peso.

A la hora de evaluar (BACA 1991) la calidad en la asistencia psiquiátrica es necesaria la existencia de indicadores que expresen el rendimiento de la misma en cuanto a efectividad (medios puestos en marcha para alcanzar objetivos propuestos) y eficiencia (relación entre los medios empleados y resultados obtenidos). La efectividad la medirían indicadores cuantitativos y objetivos (recursos, nivel de actividad, nivel de funcionamiento) y la eficiencia, indicadores cualitativos y de más difícil medida (grados de cumplimiento de objetivos, satisfacción del usuario, calidad de vida).

En el ámbito que nos ocupa, las instituciones de larga estancia, el universo asistencial está definido por la herencia de prácticas y conceptos teóricamente superados pero formalmente existentes que coexisten con los elementos modernizadores de la asistencia (derechos del usuario, calidad de vida, consentimiento informado...), el compromiso entre las dos tendencias se podría resumir grosso modo en la preponderancia en la medida de indicadores cuantitativos y medidores de la efectividad y un menor papel de los indicadores cualitativos. Esta situación viene abonada por una serie de características diferenciadores de la asistencia en instituciones.

**Lo común a lo institucional.** El énfasis, dentro de la institución como sistema, en los aspectos estéticos y formales antes que en los éticos y de contenido. Así como una gestión cuyo concepto de eficacia está sobre todo dirigida a la consecución de unos objetivos institucionales propios de su funcionamiento.

**La segregación de la población normal de los pacientes ingresados.** El status de los pacientes está sesgado por las cualidades de su patología y esto produce una disminución general en la estima de sus opiniones al ser considerada de forma excesivamente automática como enfermedad.

**El efecto de lo crónico en la implementación de elementos técnicos.** Que hace difícil la planificación y consecución de objetivos.

El resultante de la suma de estos hechos es una priorización de factores de la asistencia en el marco institucional de la siguiente forma:

1.- Elementos ambientales y hoteleros. Actúan como paradigma de la calidad y no requieren cambios sino medidas presupuestarias.

2.- Saberes médicos.

3.- Relaciones interpersonales. Como elemento accesorio y mantenido en una perspectiva pasiva del paciente como receptor de atenciones y raramente como portador de quejas o sugerencias.

La literatura refleja esta disociación entre elementos cuantitativos y cualitativos y hay un importante vacío en los estudios de satisfacción con inexistencia de instrumentos y su poca fiabilidad. En cualquier caso las revisiones realizadas (LEHMAN, ZASTOWNY 1983) reflejan que el índice de insatisfacción más elevado (37%) se da en pacientes de larga estancia y es mayor que en corta estancia (22%) o en CSM (28%). Hay varios aspectos a considerar que inciden en la habilidad comenzando por la situación en la que se realiza la medición dentro del marco institucional con una serie de elementos parasitarios (complacencia, venganza, miedo...) que inevitablemente sesgan las respuestas. Otro elemento a considerar es la importante reducción de la autonomía y los recursos de las personas ingresadas por diversos aspectos: psicopatológicos, institucionales o legales que influyen en la medida y conceptualización de la satisfacción.

En términos generales se puede definir la satisfacción como el grado de conformidad y aceptación en los aspectos interpersonales, con el acto sanitario al que se somete una persona cuando está enferma, (confianza, intimidad, información...) y por contra la insatisfacción estaría medida por la disconformidad con la misma o la consideración de haber recibido un trato no adecuado a las expectativas del usuario. La satisfacción en una situación normalizada es un elemento que se expresa positivamente pero dentro de la institución existe una formulación negativa como forma de expresión; paciente satisfecho sería aquel al que se le escucha la queja. El hecho de quejarse constituye la expresión de libertad en la institución y motivo de orgullo y descanso una vez realizado. La función de la queja es la información a la institución, nunca implica la permitida de actuación, al ser negada, en líneas generales, la capacidad de discriminación bueno/malo al sujeto emisor de la misma. *"Ya te he escuchado, ¿estarás contento, no?"*

El Hospital de Bermeo es un hospital psiquiátrico de 200 plazas con unidades de larga estancia, psicogeriatría y media estancia. La unidad de larga estancia denominada "REHABILITACION" acoge a pacientes crónicos que por sus características psicopatológicas son susceptibles de una integración mayor en un medio social normalizado o aquellos que provienen de media estancia u otras estructuras y en los que diversas causas, generalmente su conflictividad conductual, no permiten una vida autónoma e integrada. En esta unidad en el año 1990 el nivel de quejas y sugerencias tomado como índice de satisfacción/insatisfacción era prácticamente nulo pero se constataba de forma "tradicional" la existencia a e maniobras subterráneas y "mafiosas" tendentes a lograr ciertos beneficios relacionados con aspectos como el dinero o la ausencia de las actividades programadas. Estos beneficios eran admitidos o denegados de forma discrecional pero no existían razones de peso legal o psicopatológico que impidieran su disfrute, siendo aparentemente la única razón aducida de orden institucional en cuanto al "previsible desorden que esto provocaría", en relación a las normas imperantes en su momento siendo éstas también de estirpe institucional y custodiadoras del orden y la eficacia en una situación de internamiento.

Se decidió cambiar las normas en los siguientes aspectos:

**Dinero.** De un régimen en el que se administraba el dinero de los pacientes en función del criterio del personal administrándolo de forma diaria y en cantidades preestablecidas. Se dio la posibilidad de manejar su patrimonio en la forma en que se considerara pertinente para sus intereses así como no manejar la disponibilidad de dinero como elemento coadyuvante del tratamiento, excepto cuando la situación psicopatológica lo requiriera (manía, cuadros delirantes...). Se exigieron como únicas condiciones la existencia de un fondo de 200-300.000 ptas. para imprevistos y una negociación previa para ser asesorados sobre las formas más idóneas para cobrar o disponer de su dinero (tarjetas electrónicas, cuentas de ahorro...) así como para que el cambio no fuera excesivamente brusco.

**Salidas al exterior.** Se propuso un modelo en el que las salidas fueran decididas por los pacientes interesados en todos sus aspectos (medios de transporte, destino, dinero a disponer, actividades). Estando el personal en posición de asesoría y no de decisión.

**Siesta.** Admitiendo la existencia de "dormideros incontrolados", dar carta de naturaleza a la siesta dentro de unas limitaciones naturales (insomnio nocturno, duración...) como elemento de confortabilidad y no de privilegio.

El proceso de cambio de normas ha alterado a otras áreas que sería prolijo referir aquí y ha supuesto un aumento de la autonomía formal de los pacientes en todos los aspectos. Este proceso no ha sido repentino sino que ha durado años para la mutua adaptación tanto de pacientes y personal a la nueva situación, se ha dado en distintas etapas y a través de diversos instrumentos sobre todo de tipo grupal mixto (pacientes y personal). Este proceso de cambio viene dado más por una voluntad de cambio y adaptación a las nuevas situaciones (sociales, nuevos pacientes...) que por interés estrictamente terapéutico y no ha conllevado, por tanto, proceso evaluador concreto.

El hecho de resaltar estas tres medidas tiene que ver con la percepción de los elementos reivindicados y por lo tanto con la satisfacción a nivel desiderativo. Otros aspectos relacionados con la satisfacción como son la confianza, experiencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad, tiempo dedicado, intimidad, información, equidad y otros son de difícil evaluación dentro de ambientes psiquiátricos por las dificultades antes mencionadas.

La valoración es por tanto subjetiva y se expresa a través de elementos indirectos recogidos en los registros de información diaria en los que la aparición de otro tipo de sucesos indica un cambio en el perfil del paciente:

- Más conflictivo en los aspectos formales de su relación interpersonal. Sobre todo referido a la situación anterior en la que aparecía más adaptable y sumiso. La aparición de exigencias o elementos que escapan a la habitual dinámica institucional; pasiva por parte del paciente y activa por parte del personal, es vivido como disrupción.

- Más autónomo en sus gustos. En aspectos que unas veces reflejan un aumento real de la autonomía (comidas fuera, salidas fuera de horas para hechos concretos...) y otras abundan en los aspectos defectuales de su patología (reivindicación del abandono físico, vagabundeo...).

- Utiliza menos los servicios hospitalarios y de una forma más discrecional

Es remarcable que el registro sólo recoge elementos catalogados como perturbadores o disruptivos de la habitual normalidad aséptica y no recoge otros elementos personales o ambientales que indiquen mejoría, actividades de rango terapéutico o aumento de la satisfacción. Según el registro el nuevo perfil del paciente no se acomoda en su conducta a criterios de satisfacción sino que evidencia una mayor disconformidad, pero se intuye que este nuevo perfil se aproxima más a un retrato objetivo del nivel de calidad en la asistencia e indicativo de cuáles son las asignaturas pendientes en una atención integral y de calidad.

Esta apreciación se recoge de forma directa en las peticiones de los pacientes tanto a nivel individual como grupal, que aumentan para expresar su disconformidad en aspectos antes no cuestionados. Así la comida, el dinero y la medicación se convierten en elementos de continua reivindicación aunque con pocas expectativas de cambio ante la presencia de razones de orden hospitalario, régimen de pensiones o elementos psicopatológicos difícilmente negociables. Sin embargo otro tipo de peticiones como las peticiones de salida o el cambio de normas institucionales tiene un auge notable.

El cambio ha supuesto el paso de una situación de relativa "placidez institucional" propiciada por lo residual de la psicopatología, lo estricto y arraigado de las normas institucionales y el talante paternalista en el trato a otra situación de cuestionamiento donde el cambio de normas y su adaptación a la psicopatología del paciente, además de un trabajo activo sobre la normalización en el trato hasta unos niveles compatibles con su dignidad como personas además de como pacientes. La incidencia de este cambio en el personal asistencial ha sido distinta según el colectivo afectado y ha generado más problemas en el personal de trato más directo como el de enfermería, tradicionalmente gestor y conductor de las apetencias y conductas de los pacientes en relación a la institución para cambiar su rol en otro en el que lo importante es la labor de modelaje antes que la imposición de criterios unívocos e incontestados. En otros colectivos más alejados de la cotidianidad del paciente en sus funciones más elementales (asistentes sociales, psicólogos.) y por lo tanto no enfrentados a la vulneración de las normas del "viejo régimen", el grado de disconformidad es menor y el caos generado es mejor tolerado.

Esta resistencia al cambio desde el personal es un elemento fundamental para comprender la importancia de los aspectos interpersonales en un aumento de calidad ya, que no está relacionado con la tradicional petición de más medios materiales depositando en ellos el peso de una mejor asistencia, ni con los elementos científico técnicos que no pueden ser implementados al no existir una necesidad sentida de contrastar la experiencia con nuevos modelos. El cambio en una concepción de la asistencia hacia una relación entre dadores y receptores de servicios antes que entre altruistas y alineados en una noción caritativa y arbitraria de la asistencia (el paciente como pícaro, vago, escaqueador, manipulador o por contra el desvalido, infantil...), es fundamental para elevar la calidad de forma equilibrada entre todos sus componentes.

Este cambio normativo y la escucha de las necesidades sentidas como "propias" por parte de los pacientes ha tenido unos efectos beneficiosos pero que seguramente no han sido ni tan netos ni tan ambiciosos como en un principio se pretendía. El liberar la gestión de los elementos referidos ha producido un aumento considerable de la confortabilidad y ha generado a su vez altas en estancias de franca cronicidad (estancias de más de 20 años). El aumentar el campo vital, aumento que, hay que decir, está centrado fundamentalmente en el área de lo más inmediato y desiderativo (comida, tabaco...) tiene otra serie de efectos secundarios como el aumento en la asertividad en la relación terapéutica e institucional y la aparición de peticiones más estructuradas como deseos propios y no como agravios comparativos. Esta cultura de los derechos, bastante ajena a la institución, tiene como siempre desviaciones patológicas, pero es una adquisición fundamental a la hora de establecer proyectos propios y no pautados por el orden institucional. La aparición de intereses y proyectos, si no vitales, sí a corto o medio plazo, redundan en una expresión del bienestar psíquico en relación a aspectos no pasivos sino activos (lo que se ha HECHO en una salida, lo que se ha COMIDO por voluntad propia, lo que se ha CONSEGUIDO AHORRAR.). Así mismo hay un aumento geométrico de iniciativas casi siempre atendiendo a las actividades referidas pero que contrastan con la apatía y el defecto que impone la patología dominante.

Hay que mencionar como efecto paradójico y no deseable el aumento del hospitalismo en proporción directa al de confortabilidad. Al adaptarse la institución a las necesidades del paciente se hace menos necesaria su salida de la misma. Este punto destaca un aspecto sangrante de las unidades de larga estancia, la existencia de pacientes a los que la inexistencia de recursos en la comunidad hace necesaria su estancia en el hospital, con una utilización en ocasiones exclusivamente hotelera de los recursos del mismo. Dentro de un paradigma estrictamente conductual la inhumanidad de la institución sería uno de los elementos “terapéuticos” en una filosofía del fin justifica los medios ya que obligaría al sujeto a buscar otros recursos y por contra la adaptación al sujeto sería contraterapéutica al perpetuar su estancia en la misma.

De esta experiencia se desprenden, más que conclusiones, una nómina de necesidades de cara a adaptar la asistencia a los retos futuros. Hay una necesidad de instrumentos fiables y futuros estudios para medir los elementos más subjetivos de la asistencia como son la satisfacción del paciente y su ponderación equilibrada dentro del cómputo total de calidad. Estos instrumentos, a pesar de lo heterogéneo y distintivo entre los distintos ámbitos de la asistencia psiquiátrica, tienen que adecuarse entre sí y aunque desde distintas estructuras tienen que partir de un mismo concepto competencial en lo que al usuario se refiere. Esta condición parece *sine qua non* para no volver a caer en distinciones que parten de un modelo asistencial y ético que posee importantes defectos de forma y fondo al recoger una tradición sobre el enfermo y el enfermar ya superada tanto por el ritmo social como por el científico.

Por otro lado hay una necesidad acuciante que obliga no sólo a las instituciones abstractas sino a los componentes de las mismas a la adaptación, en sus relaciones profesionales como sanitarios, a los conceptos de integridad y calidad dentro de las cuales los elementos técnicos e interpersonales son parte indisoluble del mismo acto.

## BIBLIOGRAFÍA

- BACA E. "Indicadores de efectividad en la evaluación de Servicios Psiquiátricos". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. XI, 37,1991
  
- BOBES GARCÍA 1~ y cols. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. JR. Prous Editores. Barcelona. 1995
  
- DQNAREDL\N *La calidad de la atención médica*. Editorial La prensa médica mexicana. México ID F,1984
  
- IRAGUEN p. y cols. *Satisfacción de usuarios de equipos de Atención Primaria: Relación con la formación del médico en el área de relación médico paciente*. Atención Primaria. Vol 16 8, 1995
  
- LEHMAN A.F. y ZASTOWNY Th. R. "Patient Satisfaction with Mental Health Services: A Meta-Analysis to Establish Norms" - Eval. And Prog Pann. 6,1983.
  
- SEVA DLGZ A. *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. INRESA. Zaragoza.1993.