

L. Varela Reboiras, R. Mondragón Vicente, I. Ramos Viúdez, I. Ramos García, MD. Domínguez Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Rúa Choupana s/n 15706 Santiago de Compostela

Correspondencia:
lu-manselle@hotmail.com

Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo

Characteristics of the demand in the mental health unit of children and the adolescence of the Santiago sanitary area (public health system): evolutionary analysis

RESUMEN

Introducción: El análisis y la evaluación de la demanda que se realiza en este servicio resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención profesional y la eficacia de los tratamientos. En este trabajo presentamos los datos de una evaluación realizada durante quince años en esta Unidad.

Objetivos: Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los niños y adolescentes que consultaron en la USM de la Infancia y la Adolescencia del Área de Santiago durante el periodo 2000-2015.

Analizar las diferencias, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, entre los primeros años de este periodo 2000-2012, con los resultados observados en los últimos años (2013-2015) y su relación con el incremento de la demanda.

Material y Método: La muestra utilizada es de 6026 sujetos consultados. Las variables estudiadas: sociodemográficas y clínicas. Analizamos estas variables en dos tramos temporales para evaluar si existe una demanda diferente con el paso de los años.

Resultados Encontramos un notable incremento de la

demanda asistencial en los últimos 3 años, no existen diferencias en cuanto al perfil sociodemográfico. Respecto de las características clínicas sí obtenemos diferencias en cuanto a la prevalencia de los diagnósticos y en el seguimiento de los pacientes.

Conclusiones: La diferencia fundamental entre los dos periodos se concreta en el incremento de la demanda que determina una mayor prevalencia de Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico y mayor número de altas que sugieren un uso poco adecuado de la demanda asistencial.

Palabras Clave: Análisis de la demanda. Salud Mental. Infancia y Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: The analysis and evaluation of the demand that is carried out in a Mental Health Unit of Childhood and Adolescence (MHUCA) is fundamental to improve the quality of the professional attention and the effectiveness of the treatments. In this paper we present the data of an evaluation performed during fifteen years in a MHUCA.

Objectives: To determine the sociodemographic and

clinical characteristics of the children and adolescents who consulted in the MHUCA of the Santiago Area during the period 2000-2015.

Analyze the differences between sociodemographic and clinical variables between the first years of this period (2000-2012), with the results observed in the last years (2013-2015) and their relationship with the increase in demand.

Material and Methods: The sample used is 6026 subjects consulted. The studied variables: sociodemographic and clinical. We analyze these variables in two time sections to evaluate if there is a different demand over the years.

Results. We found a notable increase in the demand for care in the last 3 years, there are no differences in the sociodemographic profile. Regarding the clinical characteristics, we obtained differences in the prevalence of the diagnoses and in the follow-up of the patients.

Conclusions: The fundamental difference between the two periods is determined by the increase in demand that determines a higher prevalence of Absence of Psychiatric Diagnosis and a higher number of discharges that suggest an inadequate use of the demand for care.

Key words: Analysis of demand. Mental health. Childhood and adolescence.

INTRODUCCIÓN

En nuestra Unidad, hemos venido recopilando datos y realizado este tipo de estudios desde la creación de la misma en el año 1980.

En Julio de 1990 se pone en marcha el Sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia y desde entonces el análisis de la evolución de la demanda en nuestra Unidad ha sido una constante (1).

A lo largo de todo este proceso, hemos realizado estudios que se han centrado en estudiar la demanda, las características de las personas que acuden a la consulta, los datos sobre la evolución de nuestros pacientes y el consumo que realizan de nuestro servicio. Consideramos que la reflexión sobre los datos obtenidos resulta fundamental para poner en práctica medidas encaminadas a corregir defectos y mejorar la atención a la Salud Mental de los pacientes de nuestra área sanitaria (2).

En los últimos años, la demanda de atención en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago se ha incrementado notablemente, es por eso que dividiremos los últimos quince años en dos periodos; el primero (2000-2012) en el cual la solicitud de demanda se mantuvo estable, y el último periodo (2013-2015) en el que la demanda ha experimentado un rápido incremento, hecho por el cual llevamos a cabo la presente investigación.

En el presente trabajo estudiamos la evolución de la demanda de consulta de la población con una edad comprendida entre 0 y 16 años en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia que atiende al área de Santiago de Compostela (467.738 habitantes) durante el periodo 2000-2015.

Debido al notable cambio en la solicitud de demanda en los últimos tres años, vamos a comparar dos periodos: un primer periodo, 2000- 2012, con el último ciclo, 2013-2015, en el cual notamos que el incremento de la demanda ha sido muy evidente. Partimos de las siguientes observaciones:

1. Incremento considerable del número de consultas en nuestra Unidad. Hemos pasado de recibir una media de 327 pacientes por año (2000-2012) a recibir una demanda de 703 pacientes por año en el último periodo (2013-2015).
2. Variaciones en la prevalencia, y evolución de los diferentes trastornos de los que son diagnosticados nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los niños y adolescentes que consultaron en la USM de la Infancia y la Adolescencia del Área de Santiago durante el periodo 2000-2015.

Analizar las diferencias, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, entre los primeros años de este periodo 2000-2012, con los resultados observados en los últimos años (2013-2015) y su relación con el incremento de la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar comentar que todas las variables empleadas para llevar a cabo este estudio, proceden de pacientes que con anterioridad a la realización del presente análisis, han sido debidamente anonimizados a fin de garantizar la confidencialidad de los mismos.

Para realizar este trabajo de investigación, no se ha tenido acceso a datos personales ni de historias clínicas de pacientes, ni a nada que pudiera identificarlos de alguna manera, sólo se ha accedido a la base de datos de esta Unidad, donde únicamente figuran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han consultado en esta Unidad de la Infancia y la Adolescencia de Santiago de Compostela.

Para realizar la comparación de las variables, hemos dividido la investigación en dos periodos:

- Periodo 1: Años 2000-2012
- Periodo 2: Años 2013-2015

El material utilizado ha sido por tanto, el registro de casos disponible en la base de datos de esta Unidad durante los últimos 15 años. En dicho periodo, desde el 2000 hasta el 2015, se dispone de un total de 6026 sujetos registrados; cada usuario tiene una hoja de datos básicos (edad, sexo, hábitat, etc.) que se cubre la primera vez que acude a la consulta y luego es registrada en la hoja de actividades cada vez que es citado.

Realizamos, en primer lugar, una lectura descriptiva de cómo ha evolucionado la demanda de consulta en los últimos quince años, centrándonos en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

En segundo lugar, realizamos la comparación de los dos periodos objetos de investigación, analizando las diferencias y el nivel de significatividad estadística de las mismas si es que existieran.

Por último, analizamos la relación de los resultados de la comparación por periodos, con el incremento de la demanda.

Respecto a la metodología, ha consistido en analizar una serie de variables: etapa, edad, género, hábitat, diagnóstico según la CIE-10 (3), evolución y retención en los dos tramos temporales. Además, procedemos a evaluar los resultados para comprobar si existe una demanda diferente con el paso de los años.

Las variables, han sido organizadas de la siguiente forma:

Etapas: Periodo 1 (2000-2012, Total: 3916 pacientes), Periodo 2 (2013-2015, Total: 2110 pacientes).

Género: Hombre/Mujer.

Edad: 1-5 años, 6-11 años, >11 años. En este estudio además, haremos la distinción cuando hablamos de niños (menos de 12 años) y adolescentes (más de 11 años).

Hábitat: Rural (hasta 2000 habitantes), Semiurbano

(entre 2000 y 10000 habitantes) y Urbano (mayor de 10000).

*Esto es una definición convencional tomada de la Sociología que es utilizada en España, pero que en otros países puede variar.

Diagnóstico: Agrupamos los diferentes diagnósticos en los grupos, que detallamos a continuación partiendo de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) (3) con algunos matices que realizamos para el desarrollo de nuestro trabajo:

- Trastornos Orgánicos correspondientes a los epígrafes F00-F09 (T. Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos) en nuestro caso son escasos los pacientes con este diagnóstico y están comprendidos en los epígrafes F06, F07 y F09.
- Códigos X correspondientes a los epígrafes X60-X80 del capítulo XX de la CIE-10 (Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas, incluyendo intento de suicidio. X60-X84). Nuestros pacientes se encuentran en la categoría Intento de Suicidio y lesiones autoinflingidas relativas al intento de suicidio.
- Códigos Z correspondientes al capítulo XXI de la CIE-10 Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud que en nuestra casuística se corresponden, en su mayoría, con los epígrafes: Z55, Z60, Z61 y Z62.
- Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico correspondiente a pacientes que acuden a nuestra consulta y que tras la evaluación de los mismos, no presentan ningún tipo de trastorno ni alteración de índole Psiquiátrica que requiera tratamiento en la Unidad y son identificados únicamente mediante el epígrafe Z03 (que forma parte del capítulo XXI de la clasificación).
- Trastornos Afectivos correspondientes a los epígrafes F30-F39 (T. del humor).
- Trastornos Neuróticos correspondientes a los epígrafes F40-F49 de los que excluimos los T. secundarios a estrés grave y trastornos de adaptación (F43) para analizarlos por separado.
- Trastornos de Adaptación correspondientes al epígrafe F43 que incluiría no solo los T. de Adaptación sino también los referentes a las reacciones al estrés.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): correspondiente al epígrafe F50.

Con respecto al Procesamiento estadístico de los datos, en el presente estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS Statistics en su versión 22. El nivel de significatividad de los resultados obtenidos se ha analizado mediante el Chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

Periodo 2000-2015

1.- Características sociodemográficas

A continuación, exponemos la evolución de la demanda de asistencia en nuestra Unidad utilizando un gráfico de líneas de los últimos 15 años de demanda (gráfico 1).

Como se puede observar a simple vista, la demanda de asistencia en la Unidad, se mantuvo estable hasta el año 2012, presentando una media de 327 pacientes por



Gráfico 1. Evolución de la demanda de asistencia en nuestra Unidad de los últimos 15 años de demanda.



Gráfico 2. Género de los 6026 pacientes que pasaron por nuestra consulta en los últimos 15 años, de los cuales el 60,2% eran hombres y un 39,8% eran mujeres.

año, sin embargo a partir del 2012, se empieza a producir un cambio de la tendencia con 415 pacientes, y en los siguientes 3 años, ha continuado la tendencia al alza con 670, 767 y 673 pacientes en el 2013, 2014 y 2015 respectivamente.

Género

En los últimos quince años, han pasado por nuestra consulta un total de 6026 pacientes, de los cuales el 60,2% eran hombres y un 39,8% eran mujeres (gráfico 2).

Edad

A lo largo de esta etapa de 15 años, el 49,8% de los pacientes tiene una edad comprendida entre 6 y 11 años.

En segundo lugar en frecuencia, se encuentran los adolescentes (más de 11 años de edad), que constituyen el 38,5% del total de la demanda.

En último lugar, el grupo de 0 a 5 años, que representan el 11,7% del total.

Hábitat

- Procedencia Rural: 45%
- Procedencia Semiurbana: 28,2%
- Procedencia Urbana: 26,8%

2.- Características Clínicas

Diagnóstico (gráfico 3)

Los diagnósticos cuya prevalencia es igual o superior al 5% son T. Neuróticos, TDAH, Retraso Mental y Trastornos del desarrollo, Síntomas, Trastornos Disociales y T. Adaptación. Cabe destacar que la Ausencia de diagnóstico Psiquiátrico y los denominados Códigos Z son las categorías que registran mayor prevalencia en nuestra muestra.

Los diagnósticos cuya prevalencia es inferior al 5% son T. de la conducta Alimentaria, T. Afectivos, T. Psicossomáticos, Metabolopatías, Códigos X, T. Psicóticos, T. Orgánicos, T. de Personalidad y T. por consumo de sustancias psicotropas. En el momento de realizar el estudio carecían de diagnóstico el 0,3% de los casos.

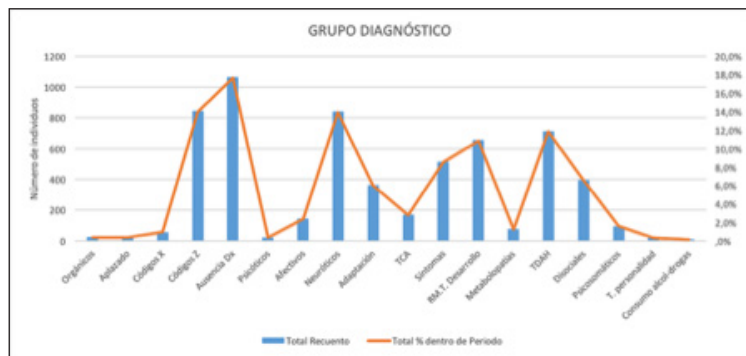


Gráfico 3. Grupo diagnóstico.

Evolución

En el momento actual, prácticamente la mitad de los pacientes han sido dados de alta, un pequeño porcentaje ha sido derivado, en su mayoría a Servicios de adultos al cumplir los 16 años de edad, un tercio de los pacientes ha abandonado la consulta sin haber sido dados de alta y un 13% continuaban en tratamiento en el momento en que se hizo el estudio (gráfico 4).

Retención

La mayoría de los pacientes, el 52,1%, ha consumido

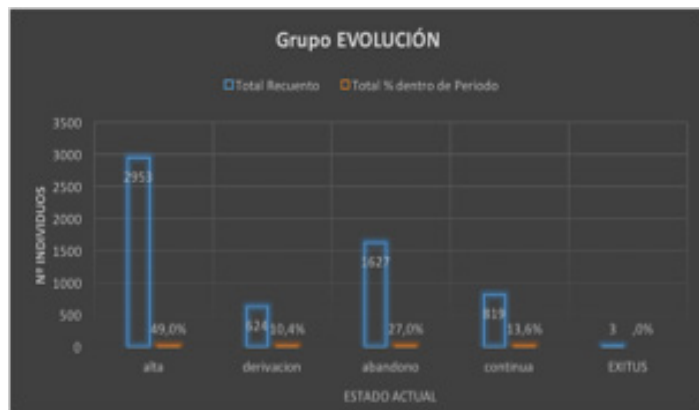


Gráfico 4. Evolución de los pacientes en la actualidad

entre 1 y 4 sesiones. Después, un 21,3% consumieron entre 5 y 12 sesiones. El 13,3% aún continúan en tratamiento. Luego, el 8,3% recibieron entre 13 y 24 sesiones; el 3% entre 25 y 36 sesiones; y con menor frecuencia: el 1% recibieron 36-52 sesiones; el 0,9%

entre 53-98 sesiones y sólo el 0,1% recibió más de 100 sesiones (gráfico 5).

Con todo esto que acabamos de exponer, hemos obtenido el perfil de paciente más habitual en nuestra consulta a lo largo de estos 15 años de investigación (gráfico 6).

3.- Características sociodemográficas y clínicas: Comparativa por periodos.

Durante el periodo estudiado, hemos atendido en nuestro Servicio a un total de 6026 niños y adolescentes (0-16 años).

A continuación vamos a exponer el gráfico del Primer Periodo (2000-2012), luego el del Segundo Periodo (2013-2015) y después la comparativa de ambos.

En el siguiente esquema podemos observar las estadísticas de la demanda del primer periodo, del segundo y la total de los pacientes que acudieron a nuestra Unidad desde el año 2000 hasta el 2015 (gráfico 7).

Uno de nuestros objetivos en este estudio es comparar si ha habido cambios en las características de esta última etapa con respecto de la tendencia anterior, por esta razón hemos seleccionado los últimos tres años para compararlos con los anteriores.

Como ya hemos expuesto, vamos a comparar dos etapas. A fin de simplificar y facilitar su comprensión visual y conceptual, hablaremos de Periodo 1 (años 2000-2012) y Periodo 2 (años 2013-2015). De esta forma, tenemos la siguiente visión general (gráfico 8).

Hemos seleccionado una serie de variables para ver cómo se ha comportado la evolución a lo largo del tiempo y detectar si ha habido cambios, y en caso que los haya habido, si son o no son significativos.

Así, las siguientes son las variables que vamos a analizar en el presente estudio (gráfico 9).

Consideramos que estas variables nos puede dar una aproximación bastante certera de los posibles cambios que se han dado en el último periodo que vamos a estudiar.

Nos hemos preguntado cuál es el perfil sociodemográfico del “paciente tipo” que acude a nuestra consulta. Con la siguiente representación podemos observar las características generales (gráfico 10).

El número total de niños (0-11 años) es de 3703 (61,45%) y de adolescentes (>11 años) es 2323 (38,55%).

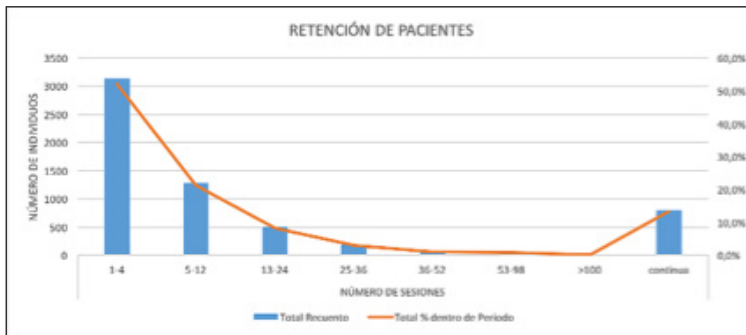


Gráfico 5. Retención de los pacientes. Numero de sesiones consumidas por paciente

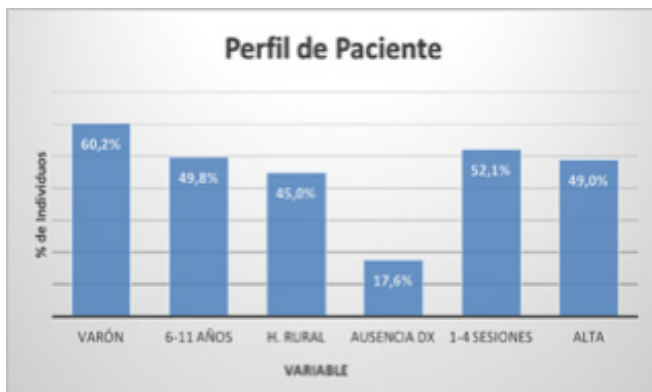


Gráfico 6. Perfil de paciente más habitual en nuestra consulta a lo largo de estos 15 años de investigación

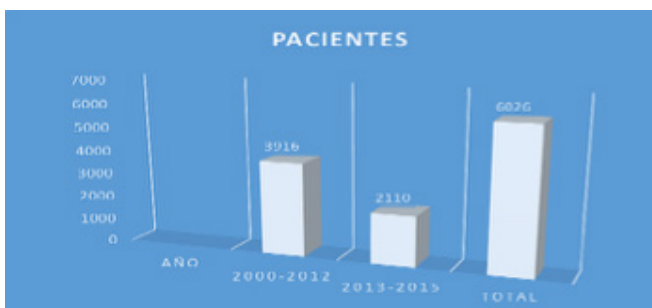


Gráfico 7. Estadísticas de la demanda del primer periodo, del segundo y la total de los pacientes que acudieron a nuestra Unidad desde el año 2000 hasta el 2015.

Es decir, en términos generales, a nuestra Unidad han acudido más niños que adolescentes en los últimos 15

años.

Y como se puede comprobar, el perfil del paciente tipo que acude a nuestra consulta no ha variado en los últimos años, sino que se trata de un perfil sociodemográfico similar.

Género

Los varones siguen requiriendo una demanda notablemente mayor que el sexo opuesto.

Dentro de los varones, podemos observar que apenas existen diferencias. Han aumentado un 0,6% los hombres en detrimento de las mujeres, que ha disminuido su demanda, pasando de un 40% a un 39,4%, un 0,4% menos (gráfico 11).

*Pruebas Chi cuadrado de Pearson:

Tras la realización de las pruebas de chi-cuadrado se obtiene: p-valor = >0,05, por lo que el cambio que se ha producido en esta variable no es estadísticamente significativo.

Resumen: los varones siguen siendo mayoría en la demanda de asistencia, y la diferencia entre ambos periodos no es estadísticamente significativa.

Edad

A continuación establecemos la comparativa del análisis del Grupo edad en los dos periodos del estudio (gráfico 12).

Hay una tendencia alcista que tiene su pico en el grupo intermedio de edad, de 6 a 11 años.

En el caso del periodo uno, la disminución de la demanda hacia el último grupo de edad, es menos marcada que en el segundo periodo de nuestro análisis, de la misma manera el pico alcanzado en el segundo periodo del grupo de edad de entre 6-11 años, es mayor que en el primer periodo.

Existe una tendencia a aumentar las demandas entre los 6-11 años para luego disminuir ligeramente.

Se ha producido un incremento del segundo grupo de edad (6-11 años) en el segundo periodo (2013-2015) en detrimento de una disminución del grupo de mayores de 11 años.

Porcentualmente, el grupo de 0 a 5 años, ha aumentado, pasando de un 11,4% a un 12,1%, un 0,7% más.

El grupo de 6-11 años, experimenta cambios significativos, pasando de un 47,6% a un 53,8%, un 6,2%



Gráfico 8. Comparación de dos etapas. Periodo 1 (años 2000-2012) y Periodo 2 (años 2013-2015)

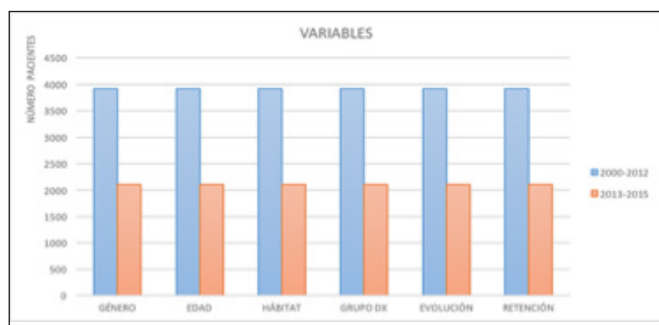


Gráfico 9. Evolución a lo largo del tiempo y detección de cambios significativos a través de las siguientes variables: género, edad, hábitat grupo diagnóstico, evolución y retención

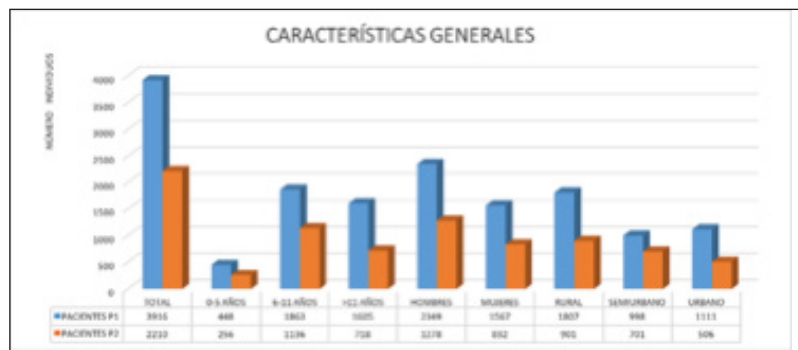


Gráfico 10. Perfil sociodemográfico del "paciente tipo" que acude a nuestra consulta.

más alta.

El grupo de los adolescentes, ha pasado de presentar una demanda del 41% a un 34%, un 7% menos.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 28,59; p = 0.000.

Resumen; hay más demanda del grupo de niños (0-11 años) y menos demanda de los adolescentes (>12 años), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Las diferencias son significativas porque aumentan los que se encuentran entre 6 y 11 años y disminuyen los mayores de 11 años.

Hábitat

La procedencia de nuestros pacientes es fundamentalmente rural, en este sentido, se han producido los siguientes cambios; De un 46,1% en el periodo 1, pasamos a un 42,7% en el segundo periodo, así existe una disminución del 3,4%.

Estos cambios, son más marcados dentro del área semiurbana y urbana, donde se ha producido un cambio mayor:

Se ha experimentado un incremento de la población semiurbana en el segundo periodo, pasando de un 25,5% a un 33,2%, dándose un incremento del 7,8% en detrimento de una disminución de la urbana y rural.

La población urbana, pasa del 28,4% al 24%, decreciendo así un 4,4% (gráfico 13).

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 44,33; p= 0,000.

Resumen; ha disminuido la demanda de la población rural y urbana, y se ha incrementado la demanda de la población semiurbana, siendo esta variación estadísticamente significativa.

Diagnóstico

Respecto al grupo diagnóstico que consulta en nuestro Servicio, podemos destacar las siguientes observaciones:

- Primer Periodo:

La distribución por Grupos Diagnósticos, destaca como primer diagnóstico en frecuencia los Trastornos Neuróticos con un 15,5% (gráfico 14).

- Segundo Periodo:

La distribución por grupos diagnósticos, muestra una mayor demanda con Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico, obteniendo un 23,6% de frecuencia en la consulta.

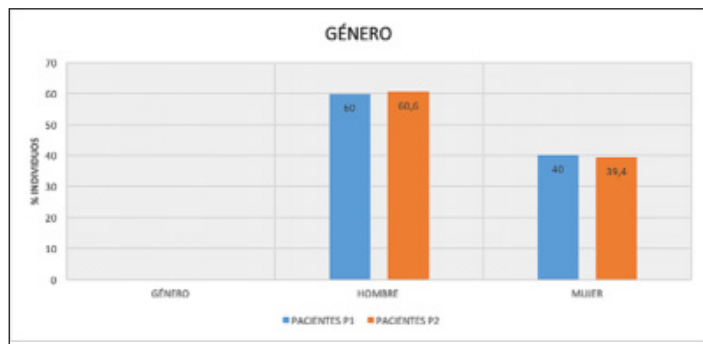


Gráfico 11. Evolución en cuanto al género de los pacientes que demandan la asistencia. Los varones siguen siendo mayoría en la demanda de asistencia

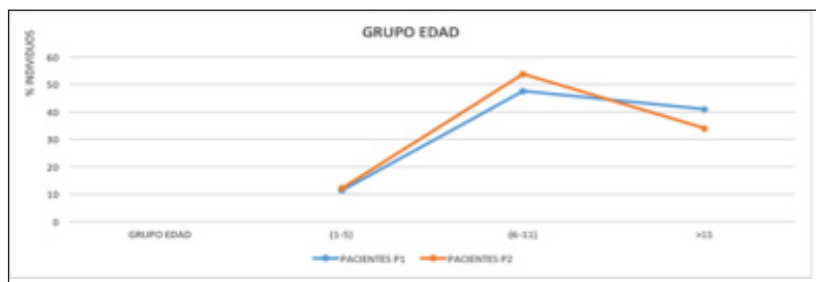


Gráfico 12. Comparativa del análisis del Grupo edad en los dos periodos del estudio.

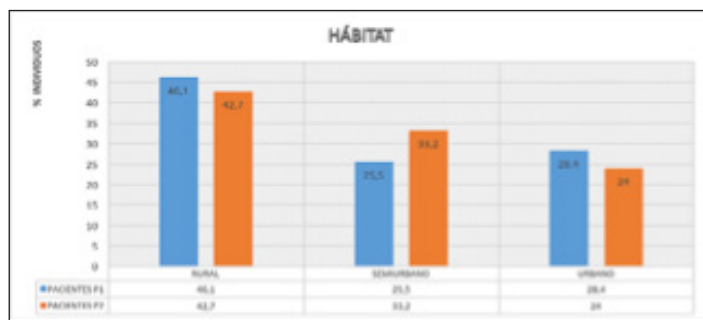


Gráfico 13. Cambios en la procedencia de nuestros pacientes. Ha disminuido la demanda de la población rural y urbana, y se ha incrementado la demanda de la población semiurbana.

Destacar la elevada frecuencia de sujetos que carecen de diagnóstico psiquiátrico después de su demanda de consulta y la baja frecuencia de diagnósticos aplazados (gráfico 15).

El gráfico de la comparativa de ambas etapas muestra

lo siguiente (gráfico 16):

En el grupo Orgánicos hay menos, de un 0,5 se pasa a un 0,2%; un 0,3% de cambio.

El grupo Aplazados, ha pasado de 0 (en la primera parte están diagnosticados todos) a 0,9% (cómo ya hemos comentado anteriormente, hay 21 pacientes que por diversas razones no se ha podido completar la ficha de diagnóstico en el momento de la recogida de los datos en la Unidad). Esto es posiblemente debido a la proximidad de la recogida de las muestras del último periodo en comparación con el primero.

Los Códigos X, hay menos, de un 1,1, a un 0,6%; 0,5% de variación.

Los Códigos Z han experimentado un decrecimiento del 2,6%, actualizándose así de un 14,9 a un 12,3%.

El grupo de Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico, ha sufrido un fuerte incremento, pasando de un 14,4 en el primer periodo del estudio a un 23,6% en el último periodo, es decir, un 9,2% más.

Los Trastornos Psicóticos, hay un 0,2% menos, pasando de un 0,4 a un 0,2% en el periodo actual.

Los Trastornos Afectivos también hay menos, pasando de un 2,7 a un 1,9%, es decir, decrecen un 0,8%.

El grupo de Trastornos Neuróticos, ha pasado de tener un 15,5 a un 11,1%, un

4,4% menos.

Los Trastornos de Adaptación han descendido un 1,9%, de un 6,7 a un 4,8%.

Los TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) pasan de un 3 a un 2,5%, 0,5% menos.

El grupo Síntomas pasa de presentar un 10,1 a un 5,7%, decrece un 4,4%.

Los Trastornos del Desarrollo y Retraso Mental, hay más, de un 10 a un 12,4%, un 2,4% de incremento.

Las Metabolopatías han pasado de un 0 a un 3,6%, esto se debe a que este grupo diagnóstico se inició en 2014 con el comienzo de un trabajo específico sobre esta patología, por lo que no existen datos anteriores.

Los TDAH han pasado de un 12,4 a un 10,9%, un 1,5% menos.

El Trastorno de Conducta Disocial, hay un 0,7% más, pasando de un 6,4 a 7,1% de frecuencia.

Los Trastornos Psicossomáticos pasan de un 1,8 a un 1,3%; 0,5% menos.

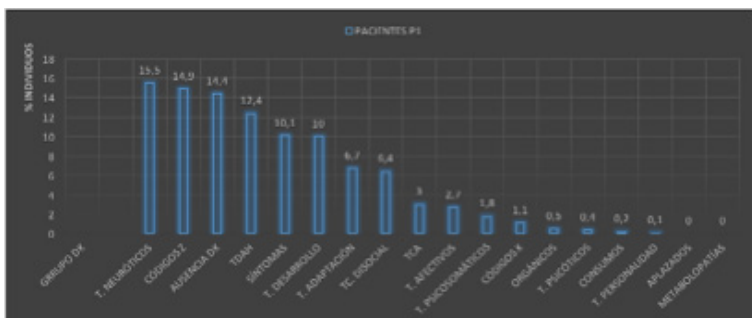


Gráfico 14. Primer Periodo: La distribución por Grupos Diagnósticos, destaca como primer diagnóstico en frecuencia los Trastornos Neuróticos con un 15,5%.

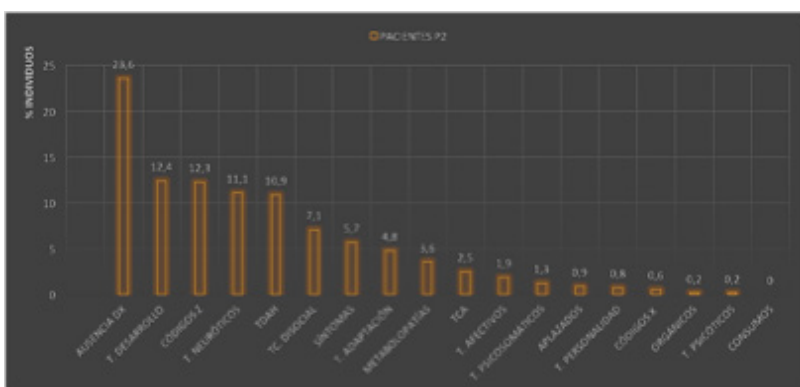


Gráfico 15. Segundo Periodo: La distribución por grupos diagnósticos, muestra una mayor demanda con Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico, obteniendo un 23,6% de frecuencia en la consulta. La elevada frecuencia de sujetos carecen de diagnóstico psiquiátrico.

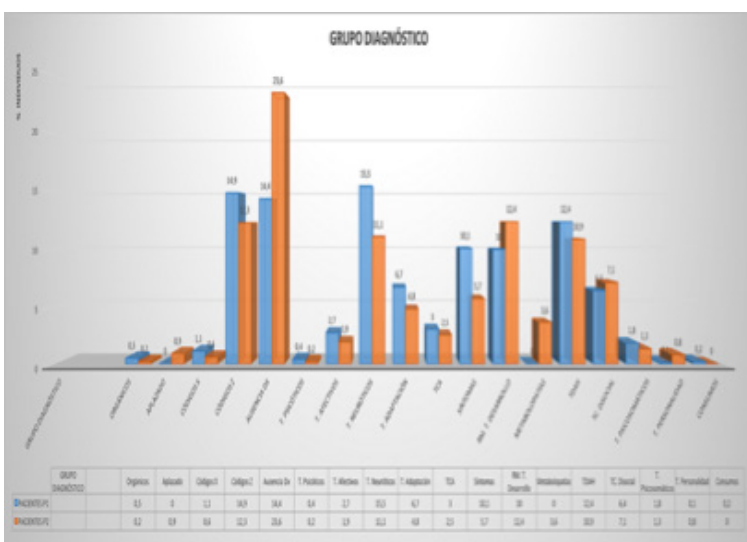


Gráfico 16 El gráfico de la comparativa de ambas etapas muestra lo siguiente.

Trastorno de Personalidad (Inestabilidad Emocional) hay un 0,7% más, pasando de 0,1 a 0,8%.

El grupo Consumo, hay menos, pasando de 0,2 a 0% en este periodo.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 363,74; p=0,000.

Resumen: En esta última etapa (2013-2015) observamos que porcentualmente, han disminuido todos los grupos diagnósticos en comparación con la anterior etapa (2000-2012) con la excepción de; Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico (la subida más destacable), el Retraso Mental y los Trastornos del Desarrollo, el Trastorno de la Conducta Disocial y el Trastorno de Personalidad, que hay más en este último periodo. Los cambios que se han producido entre ambos periodos, según las pruebas de Chi cuadrado de Pearson, muestran que la variación es estadísticamente significativa.

Evolución

Los hechos destacables de esta demostración son: (gráfico 17).

Grupo de Altas; hay un 9,1% menos, pasando de 52,2 a 43,1%.

El grupo de derivación ha decrecido un 11%, pasando de un 14,2 a 3,2%.

El grupo abandono pasa de 28,8 a 23,7%, un 5,1% menos.

Los pacientes que Continúan pasan de ser un 4,7 a un 30%, experimentando un notable ascenso del 25,3%.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 842,48; p = 0,000.

Resumen: En el periodo 2013-2015, ha habido menos altas, menos derivaciones, menos abandono y más continuación en comparación con el periodo anterior (2000-2012), siendo esta diferencia estadísticamente significativa según los resultados obtenidos al realizar la prueba Chi cuadrado de Pearson.

Retención

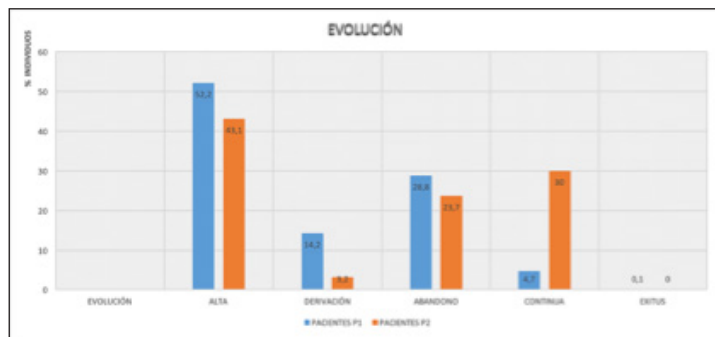


Gráfico 17. Evolución de los hechos destacables.



Gráfico 18. Al tratarse de un periodo más corto de tiempo, este último en comparación con el primero (3 años en comparación con 12), no haya grupos de más de 12 sesiones, ya que los pacientes aun se encuentran en tratamiento.

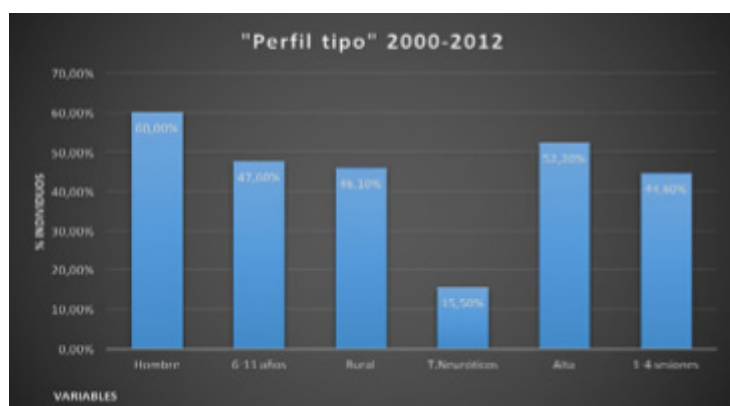


Gráfico 19. Perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago. Primer Periodo.

En este apartado debemos comentar que al tratarse de un periodo más corto de tiempo este último en comparación con el primero (3 años en comparación con 12), resulta entendible el hecho de que no haya grupos de mas de 12 sesiones, ya que los pacientes aun se encuentran en tratamiento (gráfico 18).

En el grupo de 1-4 sesiones, destaca que hay un 22% más, pasando de 44,6 a 66% En el grupo de 5-12 sesiones hay menos, de un 30,7 a un 3,8%.

En el grupo que continua, destaca que se asciende de un 4,3 a un 30%, un 25,7% más.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 1691,64; p = 0,000.

Resumen: Hay más retención en el grupo de 1-4 sesiones y en el grupo de Continua. Según las pruebas Chi cuadrado de Pearson realizadas en este estudio, las diferencias que se muestran son estadísticamente significativas.

En vista de los resultados, obtenemos el siguiente perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago a:

*Primer Periodo (gráfico 19).

*Segundo Periodo (gráfico 20).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran diferencias evidentes en la demanda de consulta de la población estudiada en los dos periodos considerados. Tenemos que decir que este estudio se ha encontrado con una serie de limitaciones; la primera ha sido que el incremento mas importante de la demanda se produce en el año 2013, y eso es lo que nos ha llevado a comparar los dos periodos, a pesar de que la primera muestra es mucho mayor en tiempo y en número de pacientes que la segunda etapa de la investigación. La segunda limitación que debe de ser señalada es la dificultad para el establecimiento de diagnósticos clínicos en la infancia y adolescencia dada la diversidad de fuentes de información. Y la tercera, que viene como consecuencia de la segunda, y que tiene

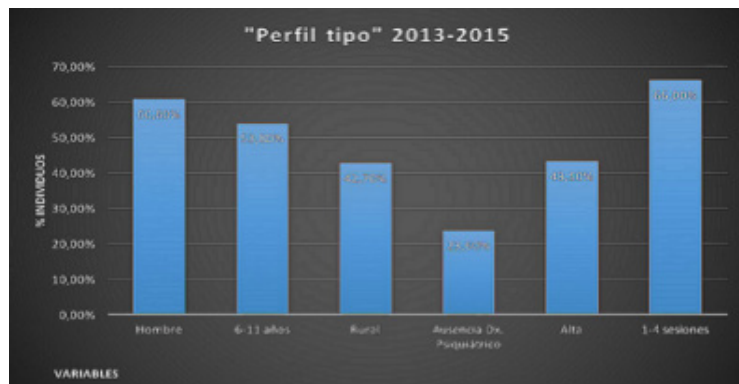


Gráfico 20. Perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago. Segundo Periodo

que ver con la insuficiente fiabilidad del diagnóstico categorial, y el uso de sistemas dispares (DSM de la APA, o CIE de la OMS en sus diferentes versiones) (3,4), para la asignación de los códigos diagnósticos y su acumulación en categorías más generales. En nuestro caso, la clasificación CIE-10 (3) es con la que trabajamos en esta USM.

Dentro de la práctica clínica nos encontramos con variaciones, los factores causantes que están relacionados con la población pueden incluir aspectos como: las diferencias de morbilidad, características sociodemográficas y la posibilidad de acceso a consumir servicios de Salud Mental Infantil en nuestra Unidad, independientemente de la existencia de un motivo justificado o no.

Asimismo, hay que considerar las expectativas y demandas del paciente o sus familiares, que pueden ser diferentes en función no tanto de la gravedad como sí de la presentación clínica, ya que los pacientes con síntomas que interfieren en su entorno requieren un mayor empleo de recursos (5,6).

Ambas muestras del presente trabajo están extraídas de una misma población que se encuentra dividida en dos periodos (lo hicimos así porque observamos que a partir de 2012, había más demanda de asistencia en la USM). Al ser la misma población, se comparte sustrato socioeconómico y cultural. Además, a la vista de los resultados, pueden considerarse homogéneas y equiparables, ya que entre otras razones, en general no

se observan diferencias entre poblaciones para el perfil de “paciente tipo” que acude a nuestra consulta con más frecuencia.

Las dos muestras también son semejantes respecto al género, edad de la demanda y hábitat. No ocurre lo mismo con la evolución, retención y el diagnóstico de los pacientes que consultan en la Unidad.

Por otro lado, la oferta de servicios y su organización son equiparables (se ha incrementado el personal con la incorporación de un psicólogo), al tratarse de dos periodos, cuya población ha sido y es atendida en la misma USM.

A pesar de ello, y debido a la indefinición de las patologías o situaciones en que debe prestarse la asistencia en atención primaria o especializada, queda a la discreción del facultativo iniciar el tratamiento o devolver al nivel de atención primaria los casos que se encuentren en el límite (aunque en este Servicio el índice de derivación es bajo). En el primer periodo del estudio, podemos observar cómo se derivan más pacientes que en esta segunda etapa (14,2 frente a 3,2%). Sin embargo hay que relativizar esta variable, ya que se encuentra directamente relacionada con la edad de derivación de los pacientes (16 años).

Por lo que resulta comprensible que en el primer periodo, que es más largo, haya más sujetos con la edad para ser derivados a Psiquiatría de adultos.

En el segundo periodo hay más demanda y la retención de los pacientes es menor, con la excepción de los que continúan. En este periodo la mayoría son dados de alta tras recibir menos de 5 sesiones, es decir, la duración del tratamiento es menor.

Este hecho puede verse influenciado por factores externos tales como la lista de espera o por la presión asistencial en forma de número de pacientes valorados por vez primera (superior en el segundo periodo de nuestra investigación).

Estas diferencias, vista la homogeneidad de las dos muestras, no parecen deberse a un distinto perfil sociodemográfico de los pacientes, así como tampoco podrían atribuirse a una oferta de servicios distinta, y por el contrario, sí que podría deberse a un perfil clínico diferente (predomina la ausencia de diagnóstico

psiquiátrico), lo que hace pensar en una utilización poco óptima de la USM que provoca el incremento de la demanda.

Otro factor que cabe considerar sería el modo distinto de entender el encuadre terapéutico. Los facultativos que han trabajado en esta Unidad no ha sido siempre los mismos, por lo que los profesionales sanitarios de uno de los periodos podrían haber tendido a ser más estrictos a la hora de definir cuándo un tratamiento llega a su fin, mientras que los del otro mantendrían un encuadre más laxo en el que no se tomaría un papel tan activo a la hora de decidir el momento del alta, sino que se haría dependiendo de un conjunto de circunstancias externas a la situación clínica del paciente (7).

Por un lado, la indicación de tratamiento (relacionada con las variables retención y evolución) se relacionaría con la delimitación de objetivos terapéuticos o la focalización del problema, que llevaría a tratamientos más cortos y con la posibilidad de que hubiera un menor número de abandonos. Por otra parte el aumento de demandas que no son susceptibles de diagnóstico psiquiátrico también provoca una mayor rapidez a la hora de dar el alta.

Sobre la decisión de terminar el tratamiento, no es posible afirmar cuál es la manera más apropiada de emplear los recursos. Las investigaciones realizadas hasta la fecha aportan resultados contradictorios sobre las ventajas de los tratamientos más prolongados (8,9,10,11,12,13,14) aunque parece ser mayor la evidencia en contra de que «más es mejor».

Lo importante es que el proceso terapéutico esté diseñado para transcurrir en más o en menos sesiones pero dependiendo exclusivamente de las necesidades del paciente en cuestión.

Por otro parte, los pacientes que abandonan (el 28,8% en el periodo 1 frente al 23,7% en el periodo 2) también consumen más consultas y más tiempo de asistencia en el caso del primer periodo. Esto se debe relativizar puesto que el primer periodo ocupa un mayor periodo de tiempo y pacientes que el segundo.

Con todo esto, si comparamos nuestros resultados con los de otros estudios podemos comprobar que:

En la variable género observamos que como venía pasando desde periodos anteriores, los varones son mayoría en nuestra Unidad. Tras revisar otros estudios

(15,16) y algunos realizados por nosotros mismos con anterioridad (1,2,17), se constata que la variable género masculino, sigue presentando un mayor número de casos en la Unidad que la femenina.

En los niños, la expresión de los trastornos es de un tipo más “activo” y entra en colisión con los valores aceptados. Este dato unido a que son llevados con más frecuencia a los Servicios de Atención Primaria, hacen que la detección sea más precoz y, por lo tanto, con mayores componentes reactivos.

En las niñas la expresión es mucho más silente, aunque un mismo trastorno se presenta con una media de 1,5 años de anterioridad que en los niños, se detecta 1 año después que en estos, lo que hace que el cuadro esté más evolucionado.

De lo expresado con anterioridad se puede comprender que: existan más tomas a cargo de tipo terapéutico en las niñas y, por el contrario, una mayor intervención preventiva en los niños.

En el grupo de edad, nos encontramos con que; según nuestro estudio, el grupo que más consulta es aquel que se encuentra entre los 6 y 11 años de edad. Y si hacemos la diferencia entre niños (menos de 11 años) y adolescentes (más de 11 años), podemos concluir que los niños consultan más que los adolescentes. Otros estudios (18), parecen ir en la misma línea:

Respecto al grupo de edad, de 9 a 12 años, es para el que más se consideró la necesidad de atención, en Hong Kong la media de edad de los menores atendidos en una clínica especializada fue de 9.7 años, y en Ankara, de 8.7 años (19,20).

Este dato referente a la edad está relacionado, a nuestro juicio, con la etapa de escolarización, siendo probablemente la escuela uno de los elementos detectores de patología.

Por otra parte, de acuerdo con los resultados de un estudio epidemiológico realizado en cuatro comunidades de los Estados Unidos de América, Leaf y colaboradores (21) señalaron que parece existir un importante impedimento para recibir servicios especializados en salud mental, así como la posibilidad de una falta de reconocimiento temprano de las manifestaciones en niños y adolescentes por parte de los padres y de los primeros prestadores de servicios explicaría que las consultas en

los primeros años sean menores, tanto en uno como en otro periodo.

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con estos resultados y observaciones, y aportan información acerca de la percepción de la necesidad de ayuda en relación con los síntomas y conductas específicas de la comunidad, aspecto que apenas se ha abordado en otras investigaciones en la literatura (22).

Para terminar, podemos decir que ha habido un cambio en este apartado (edad) dentro de esta Unidad, ya que un estudio (17) que realizamos en 1997, señalaba que el 50% de las consultas eran demandadas por adolescentes (mayores de 11 años), siendo el porcentaje actual de adolescentes que consulta en la USM de un 34%.

El hábitat ha experimentado ciertos cambios, en el último periodo hay más demanda en el hábitat semiurbano y disminuye está en el rural y urbano, sin embargo, el hábitat rural sigue siendo el más prevalente entre los usuarios de la USM. Este hecho podría tener que ver con el hecho de que algunas zonas rurales hayan pasado a ser semiurbanas por incremento de su número de habitantes. Si revisamos otros estudios realizados en esta misma Unidad (1,2) comprobamos que no ha habido cambios en este sentido, y que esto viene sucediendo desde hace muchos años, ya que algunos de ellos (2) se llevaron a cabo estudiando la población que recibíamos desde incluso antes de la propia creación de esta Unidad (1977).

Dentro del Grupo Diagnóstico, en nuestra Unidad destacan como diagnósticos más frecuentes (de mayor a menor frecuencia de presentación); Ausencia de diagnóstico psiquiátrico, Códigos Z, Trastornos Neuróticos y TDAH.

En otros estudios sin embargo, destacan como diagnósticos más frecuentes (de mayor a menor frecuencia): los trastornos de conducta los que mayor porcentaje obtienen, seguidos de los trastornos de ansiedad (neuróticos según la CIE-10), los TDAH y los de la eliminación (nuestra categoría de: Síntomas).

Los datos obtenidos en nuestra investigación son coherentes con los de otras investigaciones, con la excepción de la categoría: Ausencia de diagnóstico psiquiátrico. Siguiendo esta línea, algunos trabajos (23,24) indican que los trastornos más diagnosticados son

los conductuales (34,7%), seguidos de los de ansiedad (26,7%) y de la eliminación (11,6%).

En otros estudios (25) la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con una muestra de entre 0 y 17 años, mantiene una distribución similar a la obtenida en este trabajo, con 25,4% de trastornos de ansiedad, 23,7% de conducta, 13,6% trastornos afectivos, 13,4% trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje, y 10,2% de eliminación.

Un mismo estudio llevado a cabo en nuestra Unidad (1) muestra que se han producido cambios desde entonces, ya que en aquel estudio, las categorías diagnósticas más frecuentes eran (de mayor a menor frecuencia): Códigos V (actualizados a códigos Z), trastornos de la eliminación (actual categoría de Síntomas), trastornos adaptativos y trastornos de ansiedad (neuróticos). De esta manera, destaca la actual categoría de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico como categoría más prevalente en la USM de Santiago.

La variable Evolución destaca por presentar en la mayoría de los casos, pacientes que han sido dados de alta en el momento actual. Debemos destacar que a pesar de que esperábamos encontrar un mayor número de abandonos en el segundo periodo del estudio, esta hipótesis no ha sido confirmada. En otros estudios (26) es interesante comprobar como casi la mitad de los pacientes que consultan por primera vez no regresan a las citas de control, hecho que merece la pena ser estudiado.

Además, un estudio (1) realizado en 1994 en nuestra propia Unidad obtuvo una serie de resultados entre los que destacan; 34,3% de altas, 7,2% de abandonos y 2,1% de derivaciones. A día de hoy, se han incrementado todos estos porcentajes; hay más altas (49%), pero también más derivaciones y abandonos (10,4 y 27% respectivamente) que hace 20 años.

Por último la variable Retención, se caracteriza por presentar un consumo de entre 1 y 4 sesiones, sin embargo en un anterior estudio (1) se objetivó que había altos índices de retención y bajos de salida de pacientes, justo lo contrario de lo que ha sucedido en nuestra actual investigación, ya que la mayoría con un consumo de entre 1 a 4 sesiones, ya ha sido dado de alta. Además debemos señalar, que el incremento de la demanda provoca un aumento del tiempo transcurrido entre una

consulta y la siguiente para el mismo paciente, por lo que a pesar de haber un aumento de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico, este no se traduce en más altas, ya que hay un mayor número de pacientes que continúan en consulta a la espera de confirmar la ausencia de patología psiquiátrica.

CONCLUSIONES

1. El perfil general de paciente en la USM es un hombre de entre 6 y 11 años de edad que tiene el lugar de residencia en el medio rural, en el cual destaca la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, haber recibido de entre 1 a 4 sesiones y en el momento actual, ya ha sido dado de alta.
2. En el periodo 2000-2012, el perfil de paciente fue un hombre de entre 6 y 11 años, procedente del hábitat rural, con diagnóstico de trastorno neurótico, que ya ha sido dado de alta en el momento actual y con un consumo de 1 a 4 sesiones.
3. El perfil del periodo 2013-2015 es un hombre que ha incrementado su demanda, que tiene una edad comprendida entre los 6 y 11 años, que vive en el medio rural, en el que destaca la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, que en la mayoría de los casos ha sido dado de alta en el momento actual y que presenta una retención breve de 1-4 sesiones.
4. La diferencia fundamental entre los dos periodos del estudio, es el incremento objetivo de la demanda de atención en nuestra Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, que determina una mayor prevalencia de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico en los "pacientes" que nos consultan.
5. El incremento de consultas que no reciben un diagnóstico psiquiátrico no se traducen en un mayor número de altas como cabría esperar.
6. El incremento de la demanda parece estar en relación con el uso poco óptimo y difícilmente justificable de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia por parte de los profesionales (médicos y profesores) y de los padres que deciden las solicitudes de consulta.
7. La existencia de sistemas de registro de casos

y de bases de datos epidemiológicos resulta fundamental para hacer estudios de seguimiento y tener constancia de qué aspectos están cambiando en la demanda, en qué podemos centrarnos para mejorar el tratamiento y cuáles son las necesidades de servicios de atención en salud mental de la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Santos MD, Gómez Gracia A, Mazaira Castro JA. Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1994; 3: 177-186.
2. Domínguez Santos MD, López P, Gómez A. Demanda de Salud Mental de los Adolescentes en una Unidad especializada durante un periodo de veinte años. *Siso/Salde* 1997; 29: 24-37.
3. OMS. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra, 1992.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, Washington, DC. 2002.
5. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria* 2006; 38 (10): 563-569.
6. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health services utilization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1081-1090.
7. Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González- Juárez C, Pérez Pérez E, Poza A. Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid. España. *Gac Sanit* 2005; 19 (6): 448-455.
8. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health* 2003; 32S: 108-118.
9. Weller W, Minkovitz C, Anderson G. Utilization

- of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics* 2003; 102: 593-603.
10. Armbruster P, Lichtman J. Are school based mental health services effective? Evidence from 36 inner city schools. *Community Ment Health J* 1999; 35: 493-504.
 11. Angold A, Costello EJ, Burns BJ, Erkanli A, Farmer E. Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the «real world». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 154-160.
 12. Andrade AR, Lambert EW, Bickman L. Dose effect in child psychotherapy: Outcomes associated with negligible treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 161-168.
 13. Hoagwood K. Commentary: The dose effect in children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 172-175.
 14. Petti T. Commentary: More outcomes studies are needed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 169-171.
 15. Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J, Zaplana J. Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; 12 (43): 275- 282.
 16. Espín Jaime JC, Belloso Roperro JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009; 29 (104): 329-354.
 17. Domínguez MD, López P, Vázquez M. Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1997; 2: 82-91.
 18. Caraveo-Anduaga JJ, MC, MSP, Colmenares-Bermúdez E, MC, Martínez-Vélez NA, Lic Psic. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2002; 44 (6): 492-498.
 19. Ho TP, Chung SY. Help-seeking behaviors among child psychiatry clinic attenders in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 292-298.
 20. Kilic C, Rezaki M, Ustun TB, Gater RA. Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 131-136.
 21. Leaf P, Alegría M, Cohen P, Goodman S, Horwitz S, Hoven C et al. Mental Health service use in the community and schools: Results from four-community MECA study. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (7): 889-897.
 22. McKelvey RS, Baldassar LV, Sang DL, Roberts L. Vietnamese parental perceptions of child and adolescent mental illness. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (10): 1302-1309.
 23. Bragado C, Carrasco I, Sánchez-Bernardos M, Bersabe R, Loriga A, Monsalve T. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud* 1995; 6 (1): 67-82.
 24. Alaez Fernández M, Martínez-Arias R, Rodríguez Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000; 12 (4): 525-532.
 25. Castro M, Lago S. Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza- Ferrol. *Cadernos de Psicología* 1996; 20:35-45.
 26. Acero González A, Vázquez R. Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 26: 460-470.