

AM<sup>a</sup>. Monrió-Arteaga  
C. de la Rosa-Fox  
L. Casais-Martínez

Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de Cádiz.  
Universidad de Cádiz. Cádiz

Correspondencia:  
Amalia Ma Monrió Arteaga  
C/ Gaitán 15, 1<sup>o</sup>C  
13640 Herencia (Ciudad Real)

Los usuarios de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz durante cuatro años de estudio (1996-1999).

*Users of the Cadiz child and adolescent mental health unit during 4 years of study (from 1996 to 1999).*

## RESUMEN

**Objetivos:** Cuantificar el uso de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz desde 1996 a 1999. Describir las características sociodemográficas de los pacientes, los motivos de consulta y las procedencias. **Método:** Datos obtenidos de las Memorias del Centro de Salud Mental de Cádiz. **Resultados:** Los pacientes fueron distribuidos según sexo, edad, localidad de procedencia, existencia o no de documentos de derivación, número de visitas al centro (nuevas o sucesivas), total de peticiones de consulta (acuden o no acuden), causa que la ha motivado, demandantes y derivantes de la primera consulta. **Conclusiones:** El total de pacientes nuevos cada año se mantiene estable a lo largo del periodo; las consultas sucesivas aumentan; más del 90% del total de peticiones de consulta acuden cada año; la relación niños/niñas es 2/1; el grupo de 4-5 años es el de mayor frecuencia, hasta 1999 donde destaca el de 2-3 años; la mayoría de los pacientes proceden de Cádiz, siendo superados en el último año por los de la Bahía. El principal motivo de consulta son los trastornos de conducta; la familia es el demandante más frecuente; de todos los derivantes destaca Atención Primaria; la mayoría de los pacientes acuden con documento de derivación.

## PALABRAS CLAVE:

Utilización de Centros de Salud – Adolescente; Utilización de Centros de Salud – Niños; Unidad de Salud Mental.

## ABSTRACT

**Objetives:** *Quantifying the use of the Cádiz Child-Adolescent Mental Health Unit from 1996 to 1999. Describing the sociodemographic characteristics of the patients, the causes of their consultations and their origins. Methods:* All dates have been got by means of the files of the Cádiz Mental Health Service. **Results:** *All the patients were distributed according to sex, age, town, existence or not of previous documents, number of visits to this service (new or successive visits), the whole of requests of consultation (if they assist or not to the consulting), cause of their consultation, claimants and causes which demand the first consultation. Conclusions:* *each year the total of new patients is considered stable during all the period; the successive consultations increase, more than 90% of the total of patients which demand a consultation, assist to the center each year. The relationship between male/female children is 2/1; the most frequent group is 4-5 years old one until 1999, since 1999 the main group is formed by 2-3 years*

*old children; the majority of patients are from Cádiz, but during the last year the majority of patients were from the Bay; behaviour disorders are the main causes of consulting, the most frequent claimant is the family; Primary Care points up among the rest of demanded services; the majority of patients assist to the Service with the derivation document.*

**KEY WORDS:**

*Adolescent – Health – Services – Utilization – UT;  
Child – Health – Services – Utilization – UT; Mental –  
Health – Services – Utilization – UT.*

## INTRODUCCIÓN

La Epidemiología nos ayuda a mejorar los Servicios de Salud Mental para niños y adolescentes al aumentar, desde su óptica, el conocimiento de las causas, desarrollo y curso de los trastornos psiquiátricos (Costello et al., 1994<sup>1</sup>) cumpliendo con dos propósitos: uno estrictamente científico y, otro, de planificación.

En efecto, a partir de un mejor conocimiento del desarrollo de los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia, así como de las consecuencias de tales trastornos sobre el curso de un desarrollo normal y, a la inversa, del efecto del desarrollo infantil sobre el trastorno psiquiátrico, por una parte y, por otra, a partir de una correcta información sobre la prevalencia e incidencia, se pueden extraer unas bases adecuadas para los planes de prevención primaria, secundaria y terciaria así como para los servicios de tratamiento. Tal información también es científicamente útil para responder a preguntas acerca de las causas, el curso o los resultados; así como para un segundo, pero no menos importante, propósito de creación de servicios, dado que puede proveer información sobre las necesidades de los mismos, su disponibilidad y efectividad.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La comprensión moderna de los Servicios de Salud Mental multidisciplinarios tiene cuatro orígenes (Wardle, 1991<sup>2</sup>): psicológico, desde 1890; psicoanalítico, desde 1906; movimiento de guía infantil, desde 1920, y creación de Departamentos de Psiquiatría Infantil, en los hospitales de enseñanza, desde 1930. En las tres últimas décadas, los niños y sus servicios han sido motivo de cau-

7  
sas célebres, modas y preocupaciones exageradas, así como el punto débil de políticos.

Collier y colaboradores (1991)<sup>3</sup>, describieron la historia de la interfase Salud Pública-Salud Mental en Baltimore, Maryland. En el año 1977, la Salud Mental y los servicios añadidos se integraron gradualmente en el Departamento de Salud. Más recientemente, en 1998, los Servicios de Salud Mental para adultos se convirtieron en una "corporación" casi pública. La Salud Mental Infantil, fue retenida como un servicio distinto, sin el Departamento de Salud, a fin de intensificar su coordinación con otros servicios de salud para niños. Mayes (1999)<sup>4</sup> recogió las particularidades de esta área de la psiquiatría, a saber:

1º Se requieren áreas especiales de expertos y clínicos para trabajar en este campo y, a menudo, áreas clínicas tradicionales (evaluación mental y competencia en el desarrollo, colaboración con otros profesionales, sintetizar la información de los padres).

2º Los Servicios de Salud Mental para jóvenes requieren una aproximación multidisciplinaria, implicando simultáneamente las disciplinas de psiquiatría infantil, pediatría, psicología, trabajo social, neurología, educación infantil temprana y enfermería.

La agenda de trabajo de esta última década ha tratado de reunir estas múltiples áreas, incluyendo improvisados diagnósticos nosológicos, mayor conocimiento del número de niños que necesitan estos servicios, vías para acceder a estos servicios, y descripciones más explícitas de las importantes características de una intervención de salud mental para muchos niños y sus familiares.

### *Antecedentes de la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) de Cádiz*

La USMI es un dispositivo sanitario que atiende a la población infanto-juvenil de 0 a 16 años. Situada por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma Andaluza en un tercer nivel de la atención sanitaria, presta asistencia comunitaria con funciones asistenciales, docentes e investigadoras.

La Unidad se pone en funcionamiento en Noviembre de 1989, empleándose los primeros meses en conocer las funciones e intentar la coordinación con los distintos dispositivos sanitarios, sociales y educacionales. La unidad atiende a la población infantil de 0 a 5 años, como dispositivo de segundo nivel, como característica diferencial y con el objetivo de establecer diagnósticos y actuaciones terapéuticas precoces.

## 8 Objetivos del estudio

Cuantificar el uso de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz y describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos. Describir los motivos de consulta y las procedencias.

### Características de la unidad:

#### Personal:

Toda la actividad asistencial es llevada a cabo por un equipo constituido por una psiquiatra infantil, con funciones de coordinadora de la Unidad, una psicóloga, una enfermera especialista, un trabajador social y un auxiliar de enfermería que realiza las funciones administrativas. Han rotado por la unidad personal PIR, MIR y alumnos de pregrado de enfermería y medicina.

Las actividades administrativas hacen imprescindible la dotación de un auxiliar administrativo para poder realizar una mejor atención en todos los aspectos de ese apartado. Esta faceta en ocasiones se encuentra bloqueada y la dotación del personal adecuado sería del todo imprescindible para el correcto funcionamiento de la Unidad.

Durante los periodos vacacionales no se ha sustituido a ningún personal, siendo llevada la Unidad en situación precaria y no a pleno rendimiento.

#### Recursos materiales:

La Unidad está ubicada en un piso de una comunidad de vecinos, con acceso a través de escalera no adaptada para personas con minusvalías. Dispone de cinco consultorios, una sala de reuniones, una sala de grupos, exploración y relajación, dos espacios de sala de espera y un espacio para recepción y administración. La situación de los locales es adecuada y se encuentra bien en cuanto a confort y espacio, así como la pintura y demás condiciones de habitabilidad.

El material clínico del que se dispone en estos momentos es suficiente, pero son necesarios recursos audiovisuales para conseguir mejorar la atención y las labores docentes que la unidad tiene que realizar.

A pesar de las dificultades expuestas, el libro de reclamaciones está en blanco. La situación actual es considerada correcta y no se precisan modificaciones, a excepción de la referida existencia de barreras arquitectónicas para minusválidos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los datos necesarios para la realización del estu-

Los usuarios de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz durante cuatro años de estudio (1996-1999).

dio estadístico han sido obtenidos a partir de las Memorias de la USMI de Cádiz correspondientes a los años que van desde 1996 a 1999.

Para el manejo de los datos, se clasificó en una base de datos realizada con MS Access vinculada posteriormente a MS Excel para el análisis y la creación de los gráficos.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de los sistemas informáticos de la Universidad de Cádiz, a partir de los cuales se ha accedido a las bases de datos Medline y Eric.

## RESULTADOS

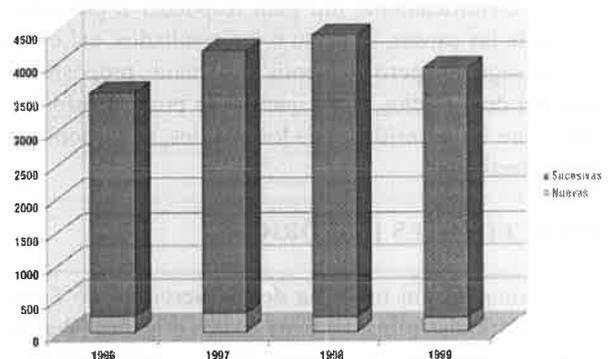
El número total de pacientes de la USMI de Cádiz en los últimos 4 años ha sido distribuido según características: sexo, edad, localidad de procedencia, la existencia o no de documentos, número de sus visitas al centro, incluyéndose entre éstas el número total de consultas atendidas cada año (nuevas o sucesivas). Se describe asimismo el total de peticiones de consulta (acuden o no acuden), la causa que la ha motivado, el "demandante" y el "derivante" de la primera consulta.

Todos los datos anteriores se describen secuencialmente a lo largo de los años objeto de estudio.

### Total de consultas (nuevas y sucesivas)

El número total de consultas se ha mantenido estable, con pequeñas fluctuaciones, alcanzándose los valores más elevados en el año 1998 (Fig.1).

Figura 1: Total de consultas

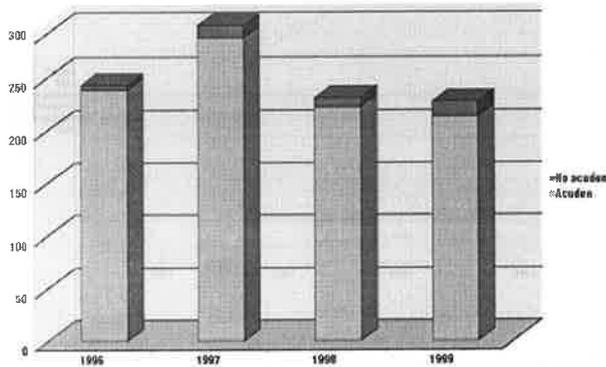


En cuanto al número de primeras consultas o de consultas de seguimiento, vemos que las proporciones también se mantienen.

**Petición de consulta (acuden o no acuden)**

El total de peticiones de consulta recibidas es muy similar en cada uno de los años de estudio, obteniéndose el valor más elevado en el año 1997. Del total de dichas peticiones, hay una muy pequeña proporción de pacientes que posteriormente no acuden a la USMI, y que, aún manteniéndose en valores aproximados durante los cuatro años del estudio, destacan en los años 1997 y 1999 (Fig. 2).

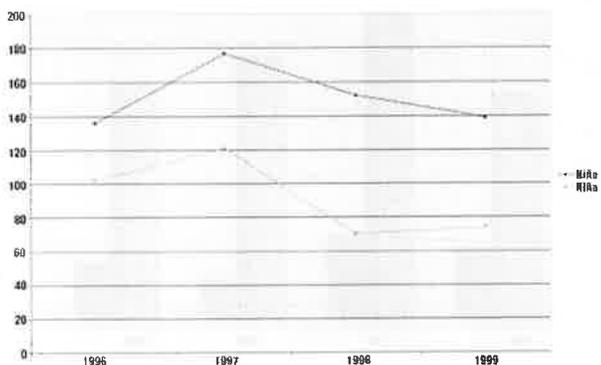
**Figura 2: Petición de consulta**



**Sexo**

En nuestra población de estudio, la diferencia en la frecuentación de consultas entre niñas y niños es bastante clara a favor de los segundos, según se recoge en la gráfica (Fig. 3).

**Figura 3: Sexo**

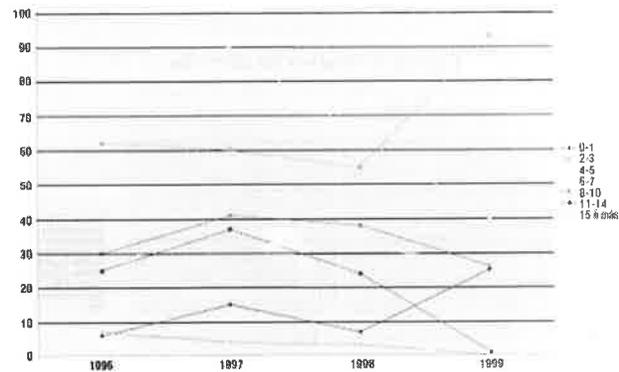


**Edad**

El intervalo de edad que presentaban con mayor frecuen-

cia los niños atendidos en la USMI de Cádiz, ha sido el de 2 a 5 años, y más concretamente destacan las visitas de pacientes entre 4 y 5 años, exceptuando 1999, en el que ha habido una clara afluencia de pequeños de 2 a 3 años de edad (Fig.4).

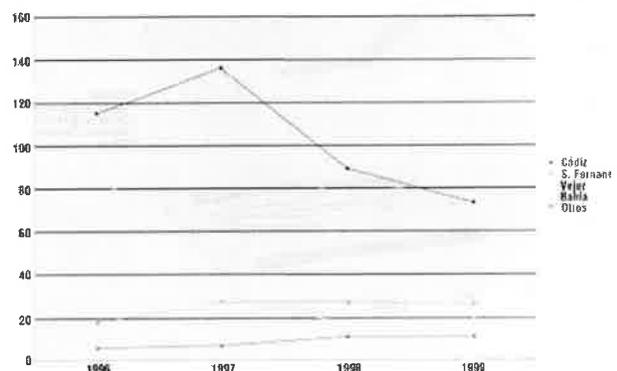
**Figura 4: Edad**



**Localidad de procedencia**

Hemos clasificado en cinco grupos a los pacientes que han acudido a consulta en el periodo 1996 a 1999, según su localidad de procedencia: Cádiz, San Fernando, Vejer, Bahía y otros, ya que esta es el área que queda cubierta por la USMI de Cádiz. La mayoría de los pacientes durante la mayor parte del periodo proceden de Cádiz, o, en segundo lugar, de la Bahía, que predominan en el último año, pero debemos tener en cuenta que éstas son las zonas donde el número total de habitantes de la población es mayor (Fig. 5).

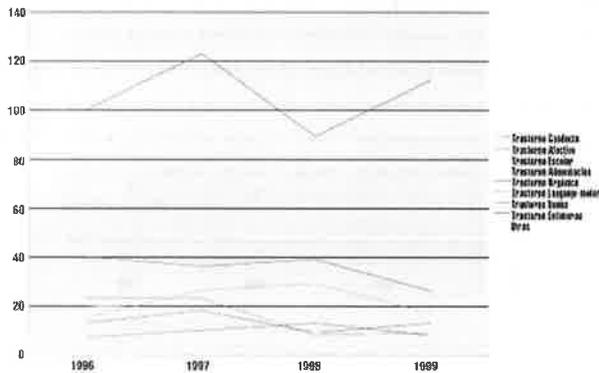
**Figura 5: Localidad de procedencia**



## 10 Motivo de consulta

Como se puede comprobar en el gráfico (Fig. 6), el principal motivo de consulta en los 4 años de estudio son los trastornos de conducta, sobrepasando ampliamente a los trastornos del lenguaje y motores, que quedan en segundo lugar.

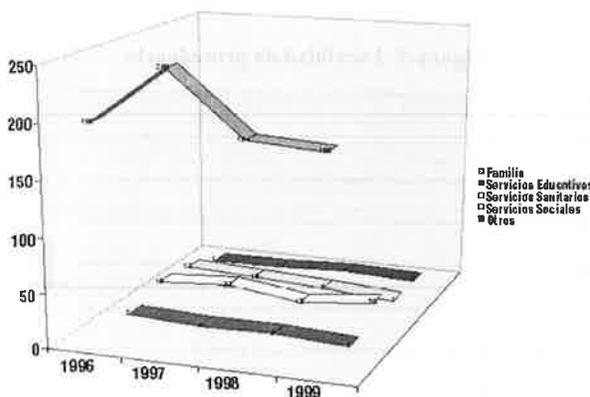
Figura 6: Motivo de consulta



### Demandantes

A partir de nuestros datos se comprueba que el demandante protagonista es la familia, quedando a una distancia abismal de los demás grupos, fundamentalmente en el año 1997. Son los Servicios Sanitarios los que se sitúan en segundo lugar, pero, a mucha distancia de la demanda familiar (Fig. 7).

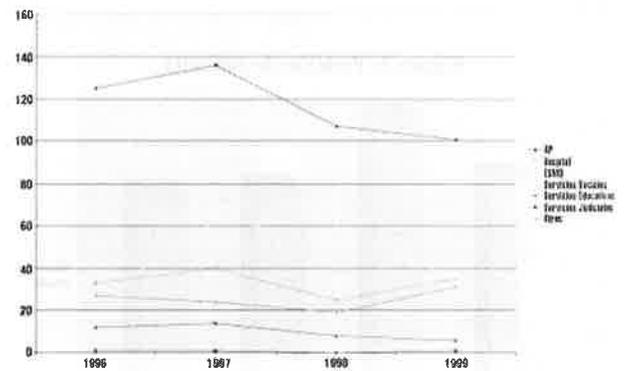
Figura 7: Demandantes



### Derivantes de la primera consulta

A lo largo de los años estudiados, se comprueba una tendencia similar en lo que a la identidad de los derivantes de la primera consulta se refiere. Vemos como, durante todo el periodo, la inmensa mayoría de los pacientes han sido dirigidos desde Atención Primaria (Fig. 8).

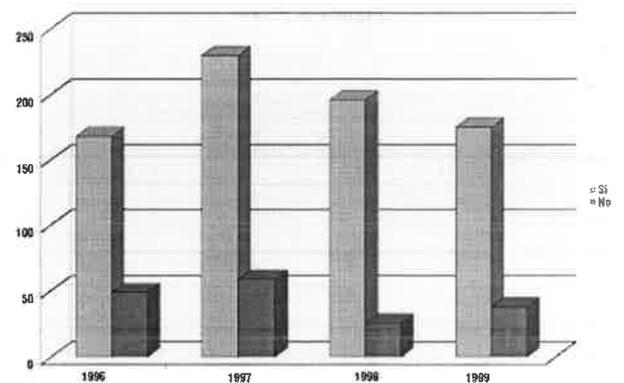
Figura 8: Derivantes 1ª consulta



### Documento de derivación

En este apartado se recoge el número de pacientes que acuden a la USMI de Cádiz con o sin documento de derivación, habiéndose hallado una clara diferencia a favor de los primeros (Fig. 9).

Figura 9: Documentos



### DISCUSION

El problema que debemos plantearnos a la vista de estos resultados y para futuros estudios es si el número

total de niños que acuden a la consulta de Salud Mental es equivalente al número total de niños de la población atendida por el centro, que realmente necesitan ayuda (Steinhausen 1997)<sup>5</sup> (Padgett et al. 1993)<sup>6</sup>, (Farmer et al. 1999)<sup>7</sup>, (Verhulst y Van der Ende 1997)<sup>8</sup>. Revisando la literatura hemos podido comprobar que los resultados no son siempre los deseados, pues en estudios como el de Pedreira Massa y Sardinero García (1996)<sup>9</sup> de una población pediátrica con una prevalencia de trastornos emocionales del 30.2%, sólo la mitad acudían a un Centro de Salud Mental Infantil. Datos similares quedan reflejados en estudios como los de Sawyer y Kosky (1995)<sup>10</sup> y Fergusson et al. (1994)<sup>11</sup>.

Hemos encontrado también estudios donde se demuestra que la asistencia, o no, a un Servicio de Salud Mental se ve influenciada por factores como el tipo y número de trastornos, los problemas familiares, la separación o no de los padres, los contactos múltiples con otros doctores o la confianza en profesores o asesores. Según Gasquet et al. (1999)<sup>12</sup>, la consulta al profesional no se relaciona con el tipo de problema (internalizado-externalizado), la confianza en los padres, los factores educacionales o el nivel sociodemográfico, difiriendo en esta última observación con Cunningham y Freiman (1997)<sup>13</sup>.

Respecto a la distribución de las demandas según sexo coincidimos con otros estudios anteriores como los de Jorm y Henderson (1989)<sup>14</sup>. E incluso en los dos últimos años, nos atrevemos a afirmar, como también lo hizo Steinhausen (1997)<sup>15</sup>, que los niños excedían en número a las niñas en una relación de 2 a 1.

En cambio, en la bibliografía encontramos otros trabajos donde los hallazgos han resultado totalmente opuestos: Fergusson y col (1994)<sup>11</sup> afirman que la tasa de enfermedades en niñas era mayor, quizás debido a una mayor presencia de trastornos de ansiedad y del humor. Canals et al. (1997)<sup>15</sup> han comprobado posteriormente que las niñas tenían una mayor probabilidad de sufrir algún trastorno psiquiátrico, con lo cual, su morbilidad era mayor. Finalmente, en este mismo año, Verhulst y Van der Ende (1997)<sup>8</sup> no encontraron asociación alguna.

Hemos encontrado diversos trabajos donde los hallazgos respecto a la edad de mayor frecuencia de visitas se inclinan hacia niños más mayores. Así, Rahim et al. (1997)<sup>16</sup> encontraron picos de edad en torno a los 7-10 años, o incluso la adolescencia, como demostró Steinhausen (1997)<sup>5</sup>. Lavigne et al. (1998)<sup>17</sup> refieren una mayor probabilidad de acudir a los Servicios de Salud Mental para los niños mayores. Sin embargo, según Ver-

hulst y Van der Ende (1997)<sup>8</sup> no existe asociación significativa alguna entre edad y demanda de asistencia especializada.

A partir de las distintas referencias bibliográficas algunas ya comentadas en cuanto a otros aspectos, hemos podido comprobar que, a la hora de acudir a la consulta de Salud Mental, juegan un importante papel los factores sociales, demográficos, ambientales y económicos, entre otros. Cunningham y Freiman (1996)<sup>13</sup>, demostraron una fuerte evidencia de que el estado socioeconómico de los niños es un importante factor a la hora de pedir ayuda a un Centro de Salud Mental. Los niños con una pobre salud mental en familias de alto nivel socioeconómico tienen tres veces más probabilidad de hacer visitas relacionadas con la salud mental que los niños con estos mismos problemas que pertenecen a familias de más bajo nivel. Pero el ambiente en el que se desenvuelve el niño, no afecta únicamente a su solicitud de ayuda, sino también al número de visitas relacionadas y la probabilidad de ver a un especialista, situaciones que se ven favorecidas por un mayor nivel familiar. Como dato de interés del trabajo de Cunningham también podemos añadir la relación que éste establece entre el uso de los Servicios de Salud Mental por los niños y por otros miembros de su familia.

Existen diversos trabajos donde el estudio del lugar de procedencia del paciente ha quedado reflejado a partir de la diferenciación de etnias en la comunidad, tales como los de Padgett et al. (1994)<sup>18</sup>, Pumariega et al. (1998)<sup>19</sup>, Freiman y Cunningham (1997)<sup>20</sup>, Roberts y Cawthorpe (1995)<sup>21</sup> y Newth y Corbett (1993)<sup>22</sup>. Rahim et al. (1997)<sup>16</sup> afirman que el 53.61% de los casos procedían de zonas rurales.

En cuanto a tipo de patología, queda para posteriores investigaciones conocer si estas proporciones son equiparables a las de los niños de la población total con algún tipo de desorden mental. Nos planteamos esta duda al considerar estudios de prevalencia de los trastornos DSM-III-R en diferentes poblaciones infantiles, como por ejemplo, los distintos trabajos realizados por Costello et al. (1996)<sup>23-24</sup>. En ellos se establece que la prevalencia de los trastornos de conducta en la población infantil ocupa el cuarto puesto, quedando detrás de los trastornos de ansiedad, enuresis y tics.

Lavigne et al. (1998)<sup>17</sup> afirman que existe una mayor probabilidad de recibir ayuda de los Servicios de Salud Mental si hay más problemas comportamentales totales. Verhulst y Van der Ende (1997)<sup>8</sup> nos hablan de que entre los factores más potentes asociados a la asistencia a los

12 Centros de Salud Mental están los problemas académicos, el estrés familiar y, lo que a nosotros nos interesa en este momento: el tipo de problema comportamental.

La importancia del núcleo familiar en los cuidados y asistencia del niño a las Unidades de Salud Mental ha sido amplia y reiteradamente estudiada, tal y como queda reflejado en el trabajo de Andres et al. (1999)<sup>25</sup>: La importancia de la cultura y el ambiente familiar adverso han sido repetidamente mostrados como factores de riesgo para los desórdenes comportamentales. En países con un fuerte y estable vínculo familiar, se esperarían tasas menores. De cualquier modo, los hallazgos no soportaron la hipótesis de menores tasas, distintos factores de riesgo y patrones de morbilidad en la muestra española estudiada. En cambio, según Canals et al. (1997)<sup>15</sup>, la buena comunicación con los padres se encontró como factor protector de todos los desórdenes, y apoyando esta teoría, surge un año después el trabajo de Lavigne et al. (1998)<sup>17</sup>. Según estos autores, la probabilidad de recibir cuidados procedentes de los Servicios de Salud Mental es proporcional a los conflictos familiares.

En los últimos años, han sido muchos los factores familiares que se han relacionado con el estado de salud mental infantil, muchos de los cuales influyen, de uno u otro modo, en la capacidad de la familia para reconocer la necesidad de ayuda y además, en la predisposición de reclamarla. El primer deseo de todas las familias es cuidar de sus hijos en casa según Llewellyn et al. (1999)<sup>26</sup>. Cuando la situación se consideraba una posibilidad, a menudo remota, las razones aportadas más frecuentemente fueron la "supervivencia" familiar y diversas circunstancias mitigantes.

Holroyd y Sheppard (1997)<sup>27</sup> demuestran que lo asumido comúnmente de que los hijos de padres separados o divorciados tienen desventajas financieramente y en términos de desenvolvimiento social es cierto. Aunque todos los padres recibieron medicación para su depresión, pocos niños habían recibido ayuda para superar sus dificultades. Discuten la urgente necesidad de servicios de ayuda para cada niño. Verhulst y Van der Ende (1997)<sup>8</sup> afirman que la psicopatología en los padres, los eventos de la vida o la psicopatología familiar, no aumentan el riesgo, pero son vividos problemáticamente por los padres. Otras referencias a estos temas las encontramos en los trabajos de White et al. (1995)<sup>28</sup> referido a las madres con enfermedad psíquica, o los de Zima et al. (1996)<sup>29</sup> sobre las madres solteras. Según Lipman et al. (1997)<sup>30</sup>, las madres solteras son a menudo más pobres, con mayor frecuencia padecen trastornos afectivos, y utilizan los

Servicios de Salud Mental más que las madres de familias en las que se encuentran integrados los dos padres. El riesgo de padecer problemas mentales es especialmente acusado en aquellas. Se necesitan más estudios para conocer qué aspectos, aparte del estado económico, afectan a su salud mental.

Ser un niño adoptado es factor de riesgo por varios motivos: pobreza, poca salud, traumas por abuso o negligencia, o desequilibrios emocionales (Rosenfeld et al. 1997)<sup>31</sup>, (Garland et al. 1997)<sup>32</sup>, (Blumberg et al. 1996)<sup>33</sup>, (Halfon et al. 1992)<sup>34-35</sup>. En nuestra casuística no hemos desglosado este factor.

Otro factor de riesgo de psicopatología en la infancia relacionado con el ámbito familiar, y por añadidura, con los servicios sociales, es el del niño situado fuera del hogar (Schneiderman et al. 1998)<sup>36</sup> (Buckner y Bassuk 1997)<sup>37</sup>. Estos autores demostraron que el uso de los Servicios de Salud Mental por los niños que lo necesitaban fue bajo, particularmente para los jóvenes con pobre funcionamiento global. Así mismo, Thompson (1994)<sup>38</sup> estudió ampliamente la importancia del bienestar social en la infancia, y en un reanálisis posterior encontró un incremento de hasta el 39% de los niños que disfrutaban de este necesario bienestar. Los niños de familias con bajos ingresos tienden a hacer un mayor uso de los servicios disponibles, según refiere John et al. (1995)<sup>39</sup>, lo que sugiere que los programas deberían estar más orientados específicamente a sus necesidades.

En lo referente a los Servicios Educativos, podemos añadir lo estudiado por Verhulst et al. (1997)<sup>40</sup>: aunque se ha percibido a menudo que los profesores son menos capaces de evaluar la internalización de los problemas que las madres o los propios niños. Este estudio muestra que su evaluación es altamente relevante, si tomamos como criterio su capacidad de predecir la propia percepción del sujeto de tener problemas.

Una cuestión de gran interés desde el punto de vista organizativo es lo referente a la procedencia de la demanda. En nuestro Centro, con gran diferencia respecto a otros orígenes, es la Asistencia Primaria la procedencia más destacada. Esto es algo en lo que coincidimos con numerosos autores, tales como Vázquez-Barquero et al. (1994)<sup>41</sup>. En sus estudios, realizados en Cantabria, desvelaron que la proporción de pacientes derivados por Atención Primaria era del 54.3%, datos muy similares a los obtenidos en Granada. En otros países como Cuba sucede otro tanto mientras que las diferencias eran mucho mayores con México. En otros países del entorno europeo, Manchester, (Gater y Goldberg 1991)<sup>42</sup> se ha

demostrado que las derivaciones a primera consulta realizadas por Atención Primaria constitúan los dos tercios del total. Muchos otros autores se han centrado en este tema para sus trabajos: Takayama et al. (1994)<sup>43</sup> o Pedreira Massa y Sardinero García (1996)<sup>9</sup>. Olsson y Pincus (1996)<sup>44</sup> demostraron en su estudio que Atención Primaria provee la mayoría de las visitas a partir de desórdenes adaptativos y abuso de sustancias, mientras que el resto de profesionales proveen la mayoría de las visitas relacionadas con los trastornos mentales escolares y el retraso mental. Garralda et al. (1999)<sup>45</sup> estudiaron las asociaciones somáticas y psicológicas con los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños atendidos en Atención Primaria. El desorden psiquiátrico no se asoció con el tipo de queja presentada, pero de todos modos, los niños con trastornos eran más probablemente descritos por sus madres como instauradores de trabas respecto a la existencia de problemas físicos, pobre salud, baja energía y predisposición a síntomas físicos bajo estrés. En la literatura, también hemos encontrado trabajos como el de Kilic et al. (1994)<sup>46</sup> en Ankara, donde domina la referencia directa (53%) a diferencia de Europa, siendo en este caso el índice de derivación de Atención Primaria tan sólo del 4%, y quedando por tanto superada por la derivación hospitalaria, que, exceptuando la referencia directa, cobra en este país el papel protagonista con una incidencia del 42%.

La referencia del Pediatra es un importante factor predictivo del uso de los Servicios de Salud Mental (Lavigne et al. 1998)<sup>47</sup>. Escobar et al. (1987)<sup>47</sup> ya se habían centrado en este tema años antes.

Hospitales y Equipos de Salud Mental de Distrito son los derivantes de la primera consulta que aparecen con mayor frecuencia después de Atención Primaria, y ya en el último año el número de pacientes derivados por ambos servicios es prácticamente el mismo. No debemos olvidar los resultados expuestos en trabajos como el de Kilic et al. (1994)<sup>46</sup>, ya citado anteriormente, donde las referencias procedentes del hospital eran un 42% frente a las de Atención Primaria que constituían el 4%. También los estudios de Gater y Goldberg (1991)<sup>42</sup> y de Vazquez-Barquero et al. (1994)<sup>41</sup>, donde, tras la derivación de Atención Primaria, aparecía en un tercio de los casos y en un 26,4% respectivamente, la derivación hospitalaria.

Además de los derivantes expuestos en el gráfico,

cabe destacar la existencia del dentista como un derivante más hacia una primera consulta en los Servicios de Salud Mental Infanto-juvenil. Waldman (1997)<sup>48</sup> nos habla de que probablemente se asume que los problemas comportamentales están directamente relacionados con la naturaleza del servicio dental, sumado a las características de personalidad propias de la edad escolar y preescolar.

## CONCLUSIONES

1. El total de pacientes nuevos cada año se mantiene estable a lo largo del periodo de estudio, con tendencia decreciente en los dos últimos años. Ello podría deberse a una satisfacción de la cobertura que fue mayor en los años iniciales. El total de historias nuevas que se han abierto de 1996 a 1999 es de 960.

2. Las consultas sucesivas han evolucionado en aumento progresivo hasta el año 1999.

3. Del total de peticiones de consulta recibidas en la USMI, más del 90% acuden cada año, pero observamos que el total de pacientes que acuden está en ligero descenso.

4. La proporción de niños y niñas ha ido evolucionando en el tiempo hasta convertirse prácticamente en una relación de 2 a 1 a favor de los primeros.

5. Existen oscilaciones entre los distintos grupos de edad, siendo el de 4 a 5 años el de mayor frecuencia hasta el año 1999, donde cobra un claro protagonismo el grupo de 2 a 3 años.

6. La mayoría de los pacientes proceden de Cádiz, mientras que cada vez hay un mayor equilibrio respecto a los procedentes de la bahía, hasta el punto de que en el último año éstos han superado a los primeros.

7. El principal motivo de consulta son los trastornos de conducta.

8. La familia es el demandante más frecuente. De todos los derivantes de la primera consulta, destaca Atención Primaria mientras que las derivaciones de los Equipos de Salud Mental no mantienen una pauta estable a lo largo del tiempo. Estos datos revelan inadecuada la directriz de enmarcar la USMI como dispositivo de tercer nivel.

9. La mayoría de los pacientes acuden a consulta con documento de derivación aunque sin mantenerse una pauta estable en el tiempo.