

J. L. Pedreira Massa¹
M. Eguiagaray²

Evaluación de un servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP)

- 1 Unidad Salud Mental Infantil de Avilés
Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo
- 2 Unidad de Programación, Evaluación y Sistemas
de Información de los Servicios de Salud Mental,
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias

Correspondencia:

J.L. Pedreira Massa
Unidad Salud Mental Infantil. Polígono La Magdalena
Hermanos Espolita, s/n
33400 Avilés (Asturias)

The accumulative psychiatric case registers: longitudinal evaluation of the child psychiatric services

RESUMEN

La utilización de un RACP permite evaluar cuantitativamente a un Servicio de Psiquiatría Infantil, pero también aportar datos para una evaluación cualitativa: tasas de prevalencia, incidencia y frecuentación serían la base para iniciar la evolución longitudinal de los derivantes, de los motivos de demanda, de la evolución de las respuestas que diseña el servicio de Psiquiatría Infantil, tanto por procesos diagnósticos como su evolución longitudinal. Por ejemplo se detecta el manifiesto incremento de la interconsulta y enlace como forma de intervención, que la psicoterapia obtiene mejores resultados que el seguimiento y control periódico, que los motivos de derivación expresados por familias y pediatras son bastante coincidentes pero muy diferentes a los evaluados en la unidad específica.

PALABRAS CLAVE

Registro acumulativo de casos psiquiátricos;
Evaluación; Psiquiatría Infantil; Longitudinal.

ABSTRACT

The Accumulative Psychiatric Case Registers are good instruments in order to obtain both quantitative and qualitative information: prevalence rate, incidence rate, longitudinal evaluation of paediatric criteria to refer, evaluation of therapeutic intervention in Child Psychiatric Services in the diagnostic process and the longitudinal follow-up and evaluation. Increasing liaison consultation as a therapeutic intervention, the psychotherapy is better than periodical follow-up consultation, paediatrician and family demand is the same but very different from that of the clinical evaluation in Child Psychiatric Services, are some conclusions all of them.

KEY WORDS

Accumulative psychiatric case register; Evaluation; Child Psychiatry; Longitudinal follow-up.

264 INTRODUCCIÓN

La evaluación de servicios y programas es algo que aparece con gran fuerza en los últimos tiempos, entre otras razones por la repercusión de la situación económica, el debate sobre la cobertura de los servicios públicos, etc.

Pero hablar de evaluación en Unidades de Psiquiatría Infantil, nos parecería una exageración. Puesto que para evaluar algo, ese algo debe tener, cuanto menos, una existencia. Éste no es el caso de la Psiquiatría Infantil en España, al menos de forma general.

Un tercer aspecto consiste en los instrumentos a utilizar para la evaluación y el uso que de ellos vamos a hacer. Los RACP parece que se están demostrando como útiles y fiables en servicios dedicados a la atención psiquiátrica de la edad adulta, pero existen pocos estudios sobre su aplicación para edades inferiores a los 14 años.

Estos tres grupos de razones han fundamentado nuestra reflexión e intentado contestar algunas preguntas: ¿Qué se pretende evaluar y para qué la evaluación?; ¿Cómo realizar la evaluación?; ¿Qué tipo de indicadores introducir?

APROXIMACIÓN AL OBJETO DE LA EVALUACIÓN

La Epidemiología Psiquiátrica en la Infancia participa del concepto general de ser un método que tiende a la integración, que es una disciplina ecléctica y cuyos conceptos y métodos derivan de varias disciplinas (estadística, sociología y biología), tal y como expusieron Lilienfeld y Lilienfeld⁽¹⁾. Por lo tanto nos preguntaremos sobre: la evaluación de la frecuencia de presentación de los trastornos; de la distribución de esos trastornos profundizando sobre los factores que influyen y/o se asocian para variar su frecuencia y distribución en la población infantil y, por fin, hay que señalar que el método básico utilizado es la comparación de resultados.

La atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia no ha sido una constante en los diferentes proyectos de reforma asistencial que se han venido implantando en España en la última década. Incluso el propio documento Ministerial adolecía de inconcreciones y generalidades, posteriormente se re-

pitieron casi textualmente en la propia Ley General de Sanidad y en la práctica el equívoco ha sido generalizado, a tenor de las diferentes publicaciones sobre el tema tanto de la propia Administración Sanitaria como de diferentes grupos de profesionales.

El equívoco, mantenido por algunos administradores y planificadores secundados por algunos profesionales, consiste en confundir atender a la infancia con trastornos emocionales y "ver los niños/as que vienen". Con ello la posibilidad de comparar los resultados se dificulta mucho.

En nuestra propia comunidad autónoma tampoco la atención ha sido homogénea. Las bases generales de la asistencia ya han sido expresadas de forma reiterada, por ello solo señalaremos: existencia de cuatro Unidades específicas de Salud Mental Infanto-juvenil en la zona central de Asturias y apoyo en un tercer nivel al resto de las áreas sanitarias Serrano y Pedreira⁽²⁾.

Para tener una base real hemos preferido utilizar como datos empíricos los referidos a una sola Área Sanitaria, la que tiene como base Avilés. Se compone de nueve Consejos con una población de 169.154 habitantes de los que 41.283 tienen menos de 14 años, tope de edad incluido en las Unidades de Salud Mental Infantil (Censo de población de 1987). Existe una Unidad específica de salud Mental Infantil que ha tenido, hasta recientemente, una composición de 1-2 Paidopsiquiatras, 1-2 Psicólogos Clínicos Infantiles y 1 Trabajadora Social.

APROXIMACIÓN AL INSTRUMENTO DE LA EVALUACIÓN

Desde hace unos treinta años se está extendiendo el uso de los Registros de Casos para la evaluación e investigación en Programas y Servicios de Salud Mental. La recomendación realizada por la OMS de su utilización en la década de los cincuenta, tuvo que esperar a que grupos de investigadores y las administraciones decidieran a desarrollar este instrumento. Los teóricos del RACP agruparon sus experiencias en un texto de singular relevancia coordinado por Henderson, Gulbinat, Giel y Ten Horn⁽³⁾ que ha terminado por convertirse en un clásico de la materia a pesar del poco tiempo transcurrido desde su publicación. Para la etapa infantil su uso ha sido tan extendido y todavía existen escasos trabajos de investigación sobre la materia^(4,5).

Tabla 1 Adaptación a la etapa infanto-juvenil del modelo de Goldberg y Huxley

Niveles	Comunidad		Atención primaria		S. especializado	
	I	II	III	IV	V	
Prevalencia anual media	Morbilidad muestra aleatoria 250-290	Morbilidad total en A ₁ ^{1ª} 230	Morbilidad aparente Pediatria 115	Total pacientes en Psq. Inf. 30	Niños/as hospital e institución 3	
Filtros		1ª	2ª	3ª	4ª	
Características Individuo clave	Comportamiento de enfermedad Niño/a familia	Detectar trastor. infancia Pediatra, Profesor Ser, Soc.	Derivar Psiq. Inf. Pediatra Confiar en capacidad manejo		Ingreso: Hosp. o Inst. Infantil Psiquiatra Infantil Disponer de camas	Existencia Serv. adecuados en comunidad
Factores que operan sobre individuo clave	Tipo y gravedad síntomas, Estrés psicosocial Patrón enfermedad Etapa desarrollo	Técnica entrevista Fact. personalidad Entrenamiento y actitud a métodos de evaluar	Dispon. y calidad Serv. Psiq. Inf. Actitud Psiq. Inf. Síntomas niño/a			
Otros factores	Actitud familia Disp. serv. pediat. Medios econ. tratos	Tipo síntomas Soc-econ-demogr. Formación pediatra	Actitud hacia y de infancia y familia		Riesgo hacia el u otros Actitud niño/a y familia	
Instrumentos	Encuestas	Escalas Técs. evaluación +++	Téc. derivación Protocolos +++		Retraso en desarrollo Servicios Sociales Evaluación Formación	
Acción positiva de la interconsulta						

Fuente: Goldberg y Huxley (1980), modificada y adaptada a infancia: Pedreira (1992).

En España se han desarrollado pocos sistemas de información en la última década. Alguno de ellos ha utilizado el RACP, tal es el caso de nuestra Comunidad Autónoma; García, Aparicio y Eguiagaray⁽⁶⁾ que ha incluido también la etapa infantil en el registro.

Los RACP se usan para estudios epidemiológicos de varios tipos, pero hay que conocer la extensión del territorio que abarcan y los objetivos con los que se desarrollan dichos instrumentos. Sobre todo porque la fuente de información es el conjunto de la población, pero *su estudio es de la parte de población que toma contacto con los servicios especializados*, es decir sus datos se refieren a los niveles IV y V de la pirámide de Goldberg y Huxley⁽⁷⁾ y puede evaluar el funcionamiento de los filtros 3 y 4 de dicha pirámide (Tabla 1). Su ventaja es que los casos que constan en el RACP son representativos de la población derivada de forma individual a los servicios de Salud Mental del área que recoge información ese registro. Por lo tanto puede ser un gran instrumento para la evaluación y para los estudios de investigación con procedimientos de caso-control, tal y como señalan Verhulst y Koot⁽⁸⁾.

Un ejemplo de lo anterior puede venir representado por la evaluación del origen de la demanda y que aportan los RACP con gran fiabilidad (Fig. 1). En ella observamos el

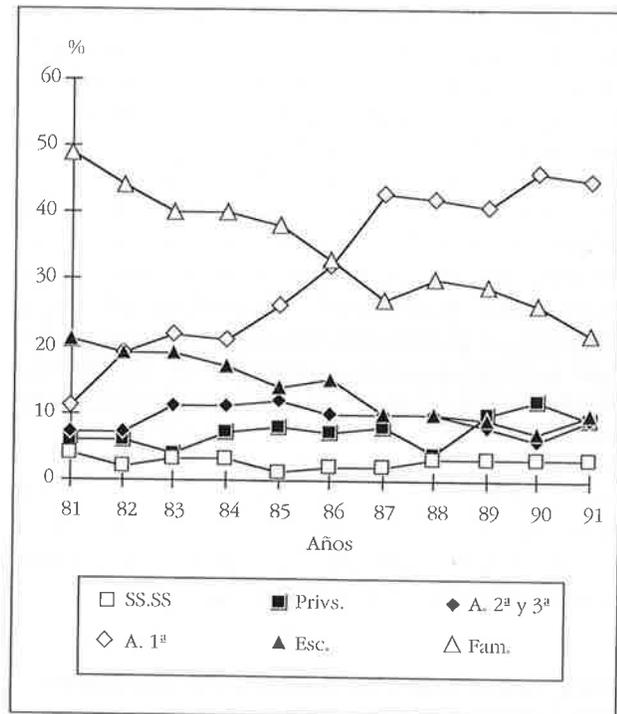


Figura 1. Derivantes a salud mental infanto-juvenil.

266

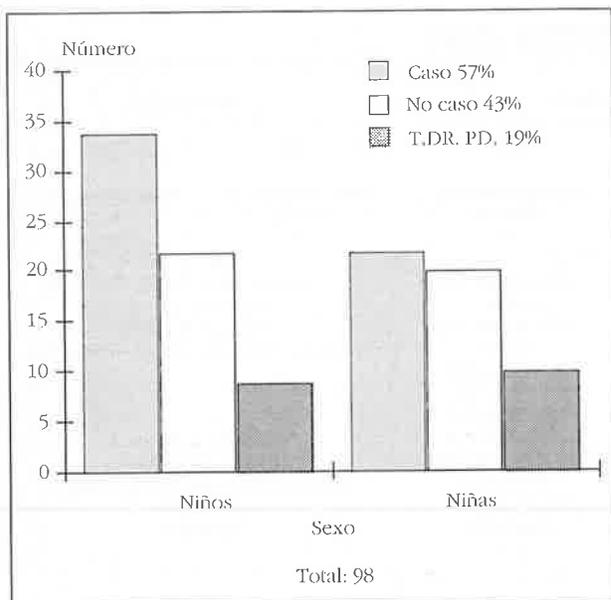


Figura 2. Características generales segunda fase investigación.

incremento evidente de derivaciones desde la A.1ª y que ello ocurre desde 1986, año en que se inició el desarrollo de estos dispositivos según la Ley General de Sanidad; pero también existen otros datos dignos de mención: estabilización de la demanda desde los servicios sociales (a pesar que desde 1989 se inició el desarrollo de los servicios psicopedagógicos en y desde la escuela por la Ley de Integración), incremento de las derivaciones de los servicios privados (la ponemos en relación con la aceptación de nuestra forma de intervención, dada la dificultad de este tipo de derivaciones en otros sectores). Un segundo ejemplo sería la comparación entre los casos de niños/as que acuden al Pediatra de A.1ª que presentan algún trastorno emocional y los que de ellos deriva el Pediatra a los dispositivos de Salud Mental Infantil, Sardinero y Pedreira⁽⁹⁾ han constatado que (Fig. 2 y tabla 2) que en el 30,2% existen este tipo de trastornos en edades comprendidas entre los 6-11 años de edad, de ellos solo uno de cada tres es derivado al dispositivo especializado.

APLICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS RACP EN LA INFANCIA

En la actualidad dos son los grandes grupos de

Tabla 2 Tasa de prevalencia de trastornos mentales en la atención primaria pediátrica entre los 6 y los 11 años

	Niños	Niñas	Total
Número casos estudiados con CBCL	123	112	235
Número casos con puntuación ≥ 70	37	34	71
Tasa prevalencia estimada (%)	30,1	30,4	30,2

estudios epidemiológicos que se emplean: los derivados de la epidemiología descriptiva y los de la epidemiología analítica. La *epidemiología descriptiva* aporta datos necesarios para poder responder algunas de las cuestiones que se plantean en torno a la planificación de la Salud Mental de la Infancia. Mientras que la *epidemiología analítica* se emplea más en investigaciones para comprender factores etiológicos de los trastornos emocionales en la infancia.

Información para ambos grupos de estudios epidemiológicos podrían ser obtenida desde los RACP, pero para ello deben cumplirse una serie de requisitos. Los de tipo general han sido ya expuestos por varios autores como Wing⁽³⁾, Giel⁽³⁾, Ten Horn⁽³⁾, Tansella⁽¹⁰⁾ y entre los de nuestro país por Eguiagaray⁽⁶⁾, Pons y cols.⁽¹¹⁾, García y Aparicio⁽⁶⁾ entre otros. Para la etapa infantil Ten Horn y Pedreira⁽¹²⁾ han ampliado y matizado algunos aspectos, sobre todo en orden a la utilización posterior de los datos, de forma resumida: *Deben ser recogidos sólo datos útiles; de forma simple y manejable para poder ser comparados con datos demográficos oficiales; posibilidad de definir y redefinir problemas para facilitar la planificación de servicios y unidades; control sobre la terminología utilizada; posibilidad de establecer un tratamiento estadístico; confidencialidad y posibilidad de establecer estudios de tipo longitudinal.*

De la conjunción de ambas posibilidades vemos que para fines de evaluación nos interesan los datos que se obtienen desde la *epidemiología descriptiva* y que se aportan como "datos administrativos". Estos datos administrativos pueden generar hipótesis sobre posibles factores etiológicos, pero también reconocer determinados trastornos obtenidos en otro tipo de investigaciones etiológicas con el fin de (re)orientar la planificación de los servicios. Por ello

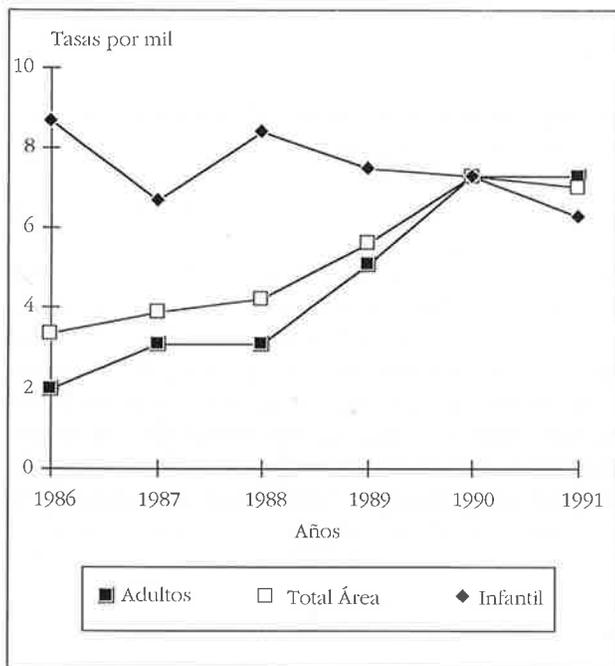


Figura 3. Tasa incidencia Área III Salud Mental.

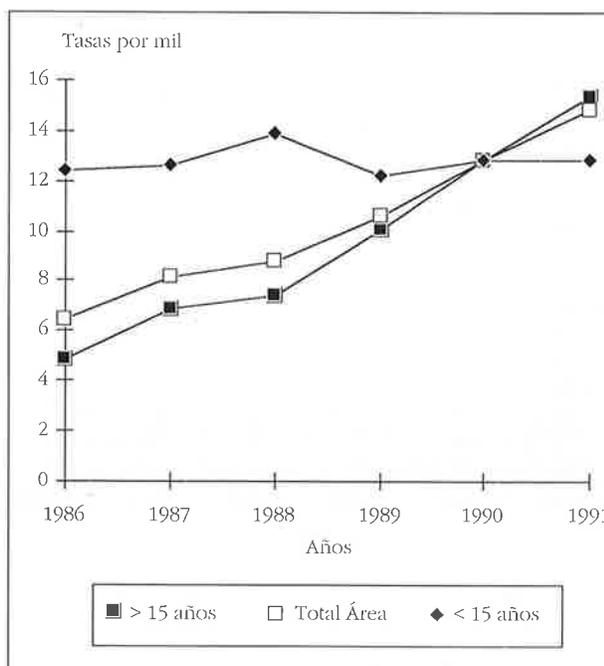


Figura 4. Tasas de prevalencia Área III Salud Mental.

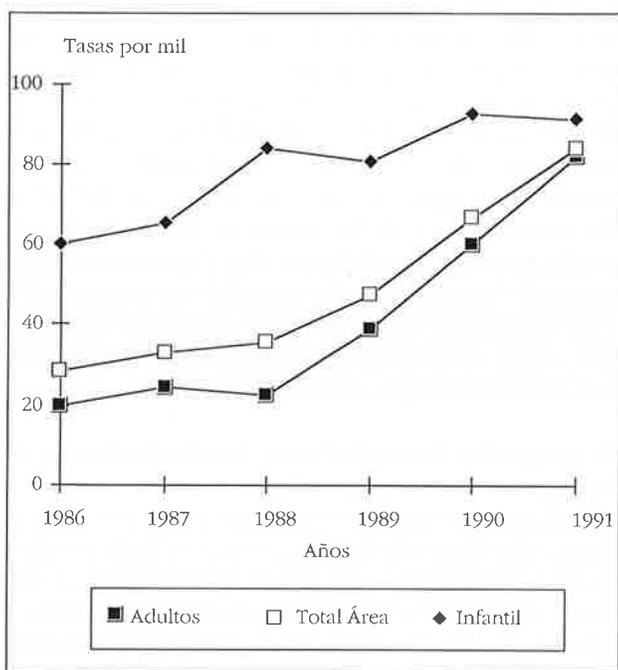


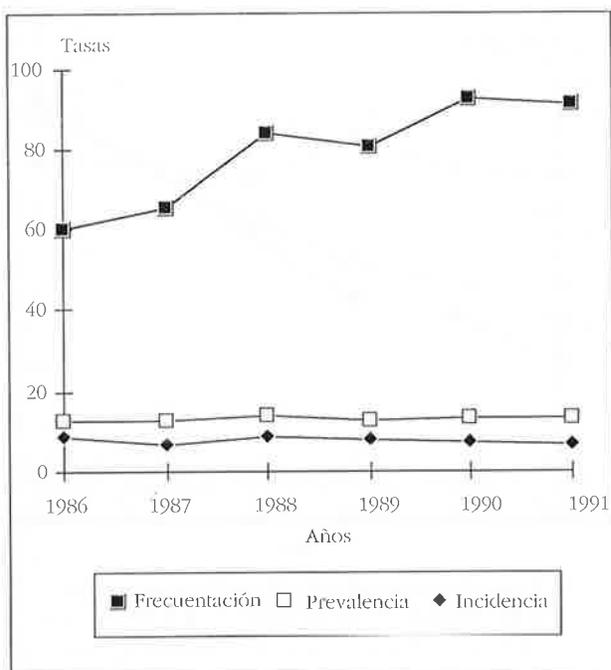
Figura 5. Tasas de frecuentación Área III Salud Mental.

los datos epidemiológicos aportan una información descriptiva necesaria para contestar cuestiones importantes tanto para la planificación como para la prevención. La información aportada podrá ser tomada como una información para evaluar las necesidades para dotar un servicio particular de salud mental (en este caso Salud Mental para la infancia y la adolescencia) o para la evaluación del funcionamiento de ese servicio y de sus medidas preventivas particulares.

Entre las posibles *Aplicaciones de Evaluación* de los servicios de Salud Mental Infantil para las que sirven los datos de la *Epidemiología descriptiva* obtenidos por los RACP incluimos, siguiendo a Verhulst y Koot⁽⁸⁾:

Determinación de la frecuencia y la duración de los trastornos mentales en la infancia en la población general

En nuestro caso se comprueba que las tasas de incidencia y prevalencia se mantienen bastante constantes mientras que la de frecuentación se incrementa de forma importante en los últimos años (Figs. 3, 4 y 5).



Figuras 3, 4 y 5. Incidencia, prevalencia y frecuentación Área III Unidad Infantil.

Investigación de los rasgos históricos y culturales en la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia y el aislamiento de factores que influyen para que el desarrollo de la psicopatología en la infancia tome una evolución favorable

Desarrollamos una investigación sobre la prevalencia de trastornos por Déficit Atencionales con Hiperactividad en una población escolar de un Área sanitaria de Asturias^(1,2), se demostró que la tasa de prevalencia de este tipo de trastornos en los dispositivos de SMI era tres veces inferior a la que aparecía en la población escolar (Tabla 3), pero sin embargo la mayoría buscaban otro tipo de respuestas sobre todo de tipo psicopedagógico.

Determinación de variables sociológicas (p.e. sexo, edad, raza, etc.) con las manifestaciones psicopatológicas

Recientemente hemos desarrollado un estudio de la prevalencia de trastornos mentales por edades y sexo, se constata una serie de resultados de singular relevancia (Tabla 4) por la diferente forma de prevención de los

trastornos y, por lo tanto, la diferente incidencia que tendrá la intervención en ambos sexos.

Cuantificación de las necesidades de Servicios de Salud Mental Infantil

La figura 6 representa una fiel expresión de una lectura diferente de unos mismos datos obtenidos de la información del RACP de nuestra comunidad autónoma: dos Áreas sanitarias la VII y la VIII que poseen similares variables sociológicas y sin embargo las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en la infancia son muy dispares, la única variable diferente es la existencia en el área VII de una Unidad de Salud Mental Infantil. La lectura epidemiológica-administrativa (en el mejor de los casos): no existe demanda suficiente para crear una Unidad específica en el Área VIII; por contra la lectura clínico-epidemiológica: en el Área VIII existe una demanda potencial, imposible de cuantificar, a la que no se da ningún tipo de respuesta.

Evaluación del funcionamiento de los Servicios de Salud Mental Infantil

En la Unidad de Salud Mental Infantil que nos ocupa en el año 1986 se asumía un porcentaje de la demanda que oscilaba entre el 45-55% para un total de nuevas demandas en torno a 400 casos nuevos al año. En 1991 se asumió el 83% (Fig. 7) de la demanda recibida de los 386 casos nuevos vistos, lo que en números absolutos supuso en torno a 120 casos más asumidos que en épocas precedentes aunque el número de primeras disminuyese. Además las respuestas ofertadas por la Unidad variaron sensiblemente (Fig. 8) incrementándose las intervenciones psicoterapéuticas y disminuyendo sensiblemente las de seguimiento y control, pero sobre todo existe un incremento de especial relevancia: el manifiesto incremento de las interconsultas.

Investigación de los factores involucrados en el proceso de solicitar ayuda

Creemos que algunos datos anteriores merecen la pena comentarlos: la modificación de la toma a cargo ¿es un incremento real de las tasas de prevalencia o, por el contrario, se debe a otro tipo de factores? Un análisis detenido nos lleva a asegurar que, a pesar que nuestros pediatras aún detectan sólo un tercio de los trastornos emocionales que se les presentan, la labor de interconsulta ha tenido un impacto real a la hora de la detección

Tabla 5 Formas de expresión de los trastornos mentales en los cinco primeros años

	0-2 años			3-5 años	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
Tasa de prevalencia	1,4%	0,5%	6,03/1000	9%	7,2%
Trastornos psicossomáticos:					
Alteraciones sueño	100%			50%	50%
Trastornos alimentación	67%			50%	44%
Espasmo sollozo	67%			50%	25%
Somatizaciones digestivas				5%	31%
Trastornos funcionales:					
Inquietud	100%			55%	44%
Trastornos lenguaje hablado	100%			45%	63%
Rabietas	67%			55%	44%
Trastornos esfinterianos	33%			30%	19%
Retraído/cobarde				25%	38%
Traumatofilia	33%			15%	
Trastornos motores		100%		10%	
Tics				10%	
Causas somáticas encontradas:			32,5%		
P.C.I.			7,5%		
Anemias sin etiología aclarada			5%		
Sorderas perceptivas			5%		
Ceguerras congénitas			5%		
Dermatitis atópica			5%		
Cardiopatía congénita			2,5%		
Asma			2,5%		
Componentes relacionales:	No se detecta			20%	
Celos entre hermanos				10%	2,5%
Malos tratos				7,5%	

Tamaño muestra prevalencia anual, de usuarios que consultaron menores de 5 años de edad: n=31.

(asistenciales, actividad por programas desarrollados, datos poblacionales, etc.) y *permite abrir preguntas y formular hipótesis sobre los estilos de trabajo* de cada servicio, que en definitiva es la base fundamental para el proceso de evaluación de un servicio asistencial. Ello introduce *la relatividad de los datos cuantitativos* y relaciona varios entre sí obteniendo *indicadores* diversos, que en la infancia *expresan tendencias*⁽²⁾ en los estilos de trabajo y/o en el proceso de atención a los sujetos infantiles y a sus familias, dado que introduce en uno y otro factor las variables específicas del propio *proceso de desarrollo*. La complejidad de este tipo de análisis es muy evidente y no se encuentra al alcance de

muchos evaluadores, dado que precisa de flexibilidad y conocimiento del sector más allá de la mera formulación y/o aplicación mimétrica de patrones obtenidos de otros ámbitos. Pero el mero cualitativismo en la evaluación sin el aporte adecuado de los datos cuantitativos podría quedar en una declaración de principios más o menos bienintencionada o en meras fundamentaciones ideológicas, ambos aspectos pueden ser interesantes pero poco aplicables para una evaluación real de servicios y unidades.

Los índices nos pueden señalar lecturas de tendencias clínico-epidemiológicas, así en las tablas 7 y 8 se puede observar alguna de las modificaciones de estos índices en

Tabla 6 Evaluación de la evaluación de dos tipos de prescripciones al año de su inicio

	Psicoterapia		Seguimiento	
Trastornos de adaptación y conducta	4 (2%) (*)	1 (25%) (**)	30 (14%) (*)	23 (77%) (**)
Retraso madurativo	-	-	18 (8%)	16 (89%)
Trastornos psicósomáticos	3(1%)	3 (100)	7 (3%)	4 (56%)
Trastornos esfinterianos	5(2%)	5 (100)	24 (11%)	20 (83%)
Trastornos de dinámica familiar	3(1%)	3 (100)	18 (8%)	16 (89%)
Malos tratos	-	-	1 (1%)	-
Trastornos relacionales	2(1%)	2 (100)	12 (6%)	6 (50%)
Trastornos escolares	-	-	17 (8%)	16 (94%)
Trastornos de personalidad	7(3%)	5 (71%)	8 (4%)	7 (88%)
Trastornos de autonomía	-	-	6 (3%)	5 (83%)
Trastornos de alimentación	-	-	6 (3%)	4 (67%)
Trastornos del sueño	3(1%)	3 (100)	9 (4%)	7 (78%)
Trastornos depresivos	4(2%)	1 (25%)	2 (1%)	-
Total casos: 217 (72%)		Total permanencia: 191 (88%)		

* Cifras absolutas y porcentajes sobre la demanda en tratamiento (para toda la columna).

** Cifras absolutas que continúan en tratamiento al cabo de un año y porcentajes sobre los casos asumidos de (*) (para toda la columna).

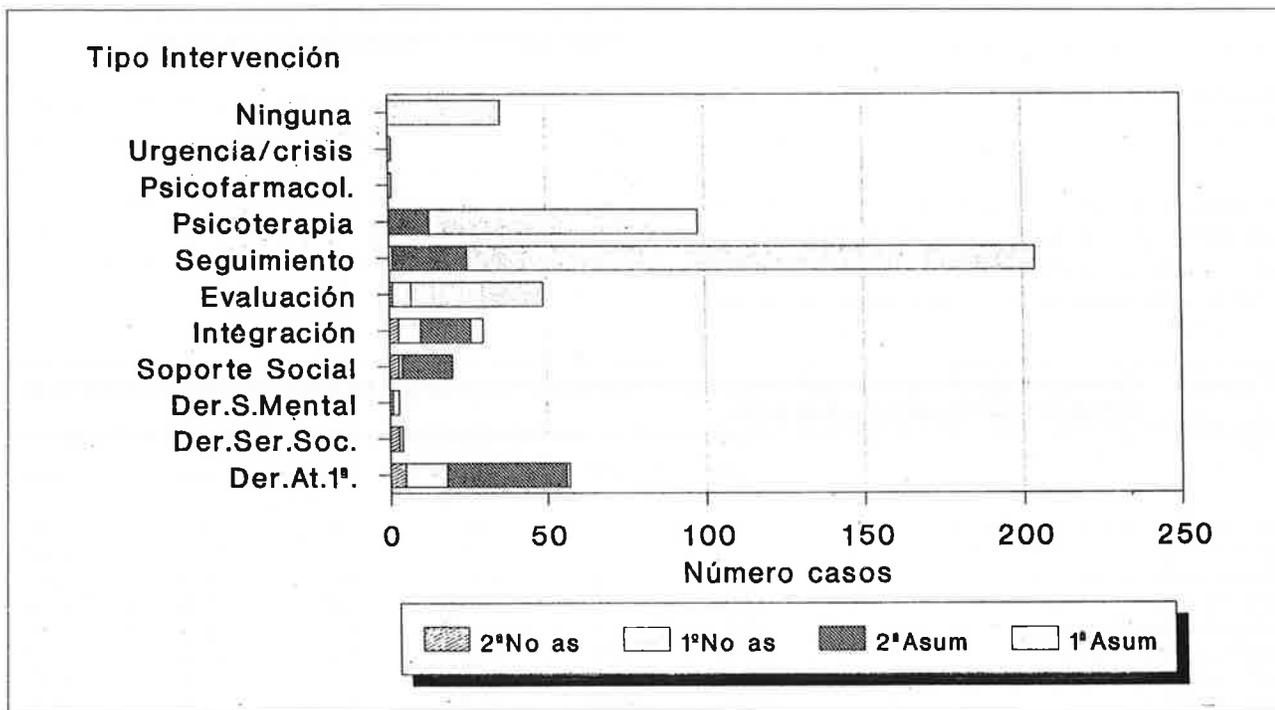


Figura 9. Intervención diseñada 1991, Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés.

274

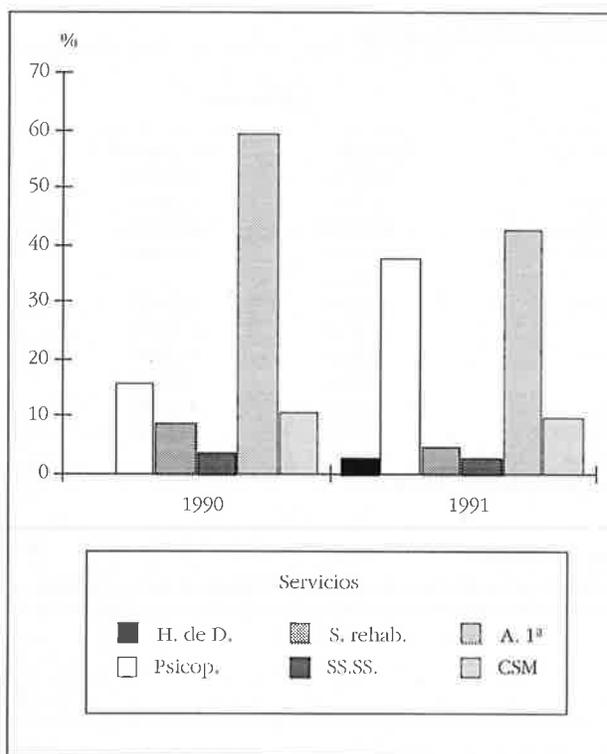


Figura 10. Tipo derivaciones: 1990 y 1991, Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

dos años consecutivos en un mismo servicio y cuya única variación ha sido la modificación de sus integrantes. Dos datos de singular relevancia se aportan en las figuras 11 y 12: la comparación de los motivos sindrómicos de

Tabla 7 Índices derivados del movimiento asistencial

	1986	1987
Actos evaluación/ n° usuarios 1ª	1,6	2,5
Actos repetidos/ n° usuarios 1ª	12,2	7,7
Nº total actos/nº total usuarios	4,9	5,2
Altas/ n° total actos	2,5	6,1
Altas crit. facultativo/nº actos	2,2	5,3
Altas pet. usuario (*)/ n° total actos	0,3	0,8
Altas crit. facultativo/nº usuarios	10,7	27,6
Altas pet. usuario/nº usuarios	1,4	4,3
Altas crit. facul./altas pet. usuario	0,13	0,15

* Altas a petición usuario = altas a petición usuario explícitamente expresado + no aceptación de tratamiento propuesto. Excluye los abandonos de tratamiento.

consulta entre los derivantes profesionales de A.1ª y las familias no son muy diferentes entre sí al compararlos con la opinión de los profesionales de SMI.

DIFICULTADES DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

No pretendemos ser exhaustivos en este apartado, por ello vamos a excluir las dificultades generales expuestas para los servicios asistenciales de salud en general o de Salud Mental en particular⁽¹⁵⁾, para exponer algunas de las dificultades específicas para la evaluación de servicios de Salud Mental en la Infancia y la adolescencia.

Tabla 8 Evolución longitudinal de los indicadores para la evaluación asistencial por los datos obtenidos del RACP en la unidad de Salud Mental Infantil de Avilés

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Promedio diario de primeras consultas	1,20	0,92	1,16	1,04	1,05	0,86
Promedio diario de consultas repetidas	7,11	8,16	10,5	10,21	11,84	11,85
Promedio diario de urgencias	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02
Promedio diario total de consultas	8,33	9,12	11,70	11,27	12,91	12,74
Promedio consultas/usuario	4,84	5,20	6,04	6,67	7,23	7,18
Razón repetidas/primeras	5,91	8,80	8,99	9,78	11,25	13,65
Índice de integración (%)	4,95	10,68	3,36	3,59	3,25	5,05
Índice de altas (%)	12,33	31,96	49,79	42,18	34,98	39,95
Índice de resolución (%)	10,93	27,63	41,94	35,55	27,13	28,44
Índice de Interrupción de la relación terapéutica (%)	1,40	4,33	7,85	6,63	7,85	11,51
Número de actos de retorno	31	69	81	54	91	64

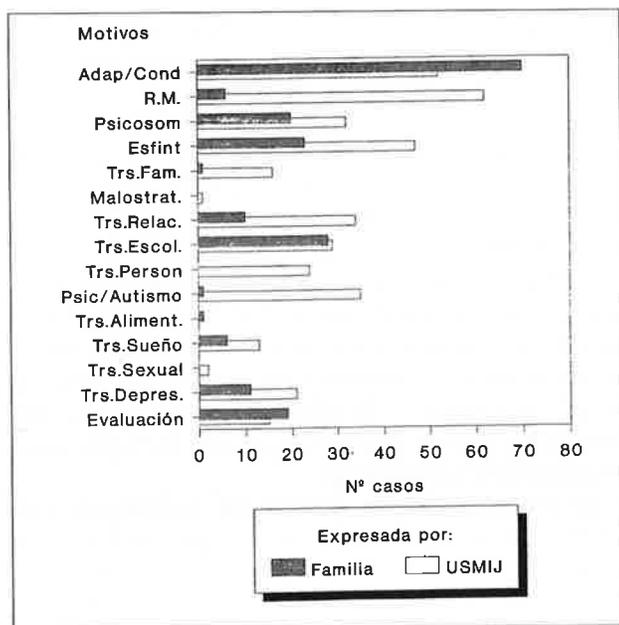


Figura 11. Motivo demanda, 1991: familia-USMIJ. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

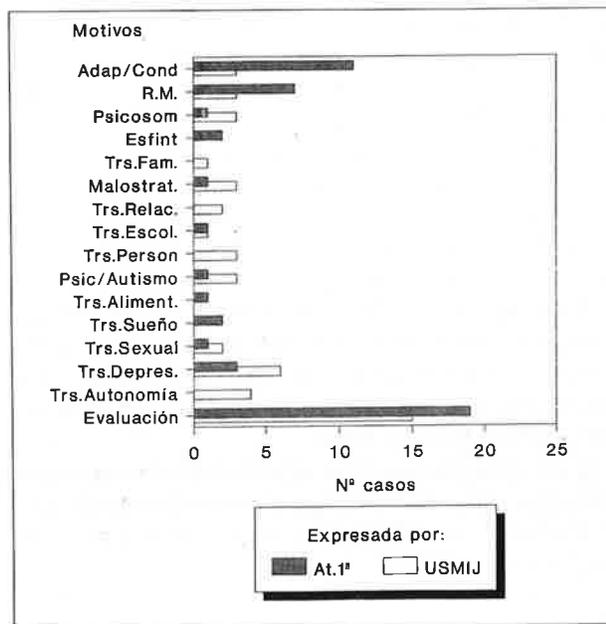


Figura 12. Motivo demanda, 1991: Atención Primaria-USMIJ. Unidad Salud Mental Infantil Avilés.

La primera generación de estudios de epidemiología psiquiátrica en la infancia se caracterizaba por la variedad de metodologías, definición de caso psiquiátrico y procedimientos de evaluación (tanto clínica, como epidemiológica, como de servicios) lo que dificultaba en grado extremo la comparación de los resultados obtenidos. Afortunadamente estudios posteriores, sobre todo los de los últimos diez años, se han caracterizado por una gran uniformidad tanto en la definición de los trastornos como en los procedimientos de evaluación y dicho grado de convergencia es mayor, si cabe, en la etapa infanto-juvenil que en la edad adulta.

Los datos de convergencia, de tipo clínico-epidemiológico, se pueden sintetizar entre otros en los siguientes: los progresos cada vez más rápidos y de mayor trascendencia en la psicopatología del desarrollo; la desconfianza en los sistemas clásicos de clasificación de trastornos mentales; la concepción multiaxial del trastorno mental en la infancia ha ido más allá de la mera formulación teórica o bienintencionada y el respeto a la especificidad tanto en la formulación como en el ejercicio profesional de los técnicos que trabajan en esta etapa de la vida.

Aunque la influencia de estos grupos de factores en la evaluación de servicios es discutida por algunos autores sobre todo de la gestión en España, la gran mayoría de los autores internacionales coinciden en señalarlos como de gran relevancia si se ven con una perspectiva longitudinal. De aquí la importancia de los progresos habidos en la psicopatología del desarrollo que ha puesto de manifiesto algunas cuestiones claves para entender la nueva dimensión de la evaluación de servicios: la longitudinalidad de esa evaluación. En efecto, destacamos entre los escasos estudios longitudinales los siguientes resultados a modo de reflexión y para evitar los simplismos a los que nos referíamos con anterioridad⁽¹⁶⁾:

1. Tras tres años el 50% de los trastornos emocionales y conductuales de la infancia permanecen si son dejados a su libre evolución (Graham y Rutter, 1973).

2. Cuanto más precoz se manifiesten una serie de comportamientos compatibles con un diagnóstico de trastorno de conducta, si se deja evolucionar sin el adecuado abordaje el pronóstico es peor a largo plazo (Robins, 1966; Casadebaig y Chevalier, 1976).

3. Se ha comprobado en estudios longitudinales retrospectivos que una cantidad estadísticamente signifi-

276 ficativa de *adultos con el diagnóstico de conducta antisocial*, presentaban *trastornos similares en su infancia* y no fueron abordados de forma adecuada (Robins, 1978).

4. Tras cinco años de seguimiento se ha comprobado que *2/3 de los diagnósticos de trastornos de conducta realizados con anterioridad a los tres años de edad, permanecen al cabo de cinco años* con pocas variaciones (Richman y cols., 1982).

5. Solamente el *10% de los niños/as diagnosticados como autismo infantil obtienen una aceptable autonomía* en la edad adulta (Manzano y Palacios, 1983; Amar, 1990; Mises y Quemada, 1990; Reboul y Turbe, 1991; Tedo y Faraggi, 1991).

6. Los *niños/as con TDA-hiperactividad* se sabe que presentan *dificultades en la vida adulta* tanto de tipo conductual como cognitivo y en la adaptación social (Taylor y cols., 1991).

7. Se ha detectado como *uno de los factores de riesgo de malos tratos en la infancia*: la gran frecuencia de *consultas a los servicios de urgencias* por causas que son consideradas como "menores" o bien como signos acompañantes de la causa que originó la urgencia (p.e. *signos de abandono*, etc.) (Martínez Roig, 1989; Martín-Álvarez, 1991).

8. *Los accidentes y las tentativas de suicidios* o suicidios consumados se constituyen en las dos causas de la *mayoría de las consultas de urgencias* en los hospitales para los *adolescentes* (Garfinkel y cols., 1990).

9. Una exhaustiva evaluación con seguimiento longitudinal posterior de diferentes programas de prevención de trastornos emocionales ha puesto en evidencia, a pesar de algunas imprecisiones metodológicas de alguno de ellos, que los *programas preventivos* tendientes a prevenir problemas conductuales sólo son *eficaces* cuando se inician *con anterioridad a la edad de escolaridad reglada* (McGuire y Earls, 1991; Brambring y Losel, 1989; Pedreira, 1992).

Como se ve esta visión intenta evaluar el funcionamiento de programas desde una perspectiva clínico-epidemiológica y no sólo con una aplicación descriptiva o cuantitativa de datos obtenidos con una perspectiva administrativo-epidemiológica. Esta visión clínico-epidemiológica incluye la evaluación de la evolución clínica y de las intervenciones (sean de tipo preventivo o terapéutico) con una perspectiva longitudinal, por lo tanto la relación coste/eficacia no sólo es para un corto lapso de tiempo, sino que también debe introducir lo

que podríamos denominar como "*los costes por omisión*". Es decir pretende incluir en la evaluación aquellos casos que existen en la comunidad, que son detectados por los estudios epidemiológicos en la población y que no son atendidos en los servicios asistenciales, bien sea por desconocimiento de los propios sistemas asistenciales o porque no se les considera como potenciales usuarios de los servicios o por la inexistencia de esos servicios. La conclusión de lo anteriormente expuesto se sintetiza en lo expresado por Van Engeland⁽¹⁷⁾: *no abordar los trastornos emocionales en la infancia tiene tres tipos de consecuencias: incremento del coste social; incremento de las tasas de morbilidad psiquiátrica y, por último, incremento de las conductas anti-sociales en la edad adulta.*

Lo expuesto con anterioridad fue cuantificado por Offord y cols.⁽¹⁸⁾ cuando encontraron que *cinco de cada 6 niños/as con trastornos psiquiátricos e una comunidad determinada no habían hecho uso de servicios específicos de SMI en los seis meses previos a su evaluación*. Similares datos hemos recogido nosotros Serrano y Pedreira⁽²⁾ con nuestro RACP en el que más del 80% de los casos atendidos en dos áreas sanitarias de Asturias (Oviedo y Avilés) tenían una evolución de su cuadro clínico superior a los seis meses antes de ser remitidos a SMI.

En el momento actual las discrepancias en torno al concepto de caso en la infancia están en una fase de resolución, dado que comienza a existir un consenso a la hora de aceptar las tablas de clasificación de los trastornos solamente como algo meramente descriptivo e intentar varios parámetros de referencia para la evaluación. Así se sabe que ha sido el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental de la infancia y la adolescencia uno de los que más ha defendido los sistemas multiaxiales. De esta suerte las críticas que desde la Psiquiatría infantil tenían los CIF-9 y la serie DSM-III se han visto sensiblemente disminuidas con el actual CIE-10, abriendo un campo de esperanza fundamentada. Sobre todo porque el propio Rutter está revisando su sistema multiaxial con los nuevos criterios y ya existe un primer *proyecto eje V para los factores psicosociales en la infancia y adolescencia* (desarrollo de los códigos Z de la CIE-10) de una gran relevancia. Esta flexibilidad de la *multiaxialidad pretende acercarse a lo que es una etapa evolutiva o es una desviación (problema, desorden o trastorno)* de tal o cuál conducta en la infancia. Si estos componentes multiaxiales se consiguen incorporar a sistemas de RACP (el de Groningen y el Curaçao lo están

intentando desde hace unos años) se podrá investigar sobre el peso y el impacto de los factores psicosociales en la definición y evolución de determinados cuadros psicopatológicos que se presentan en la infancia y la adolescencia.

Por último, otra dificultad se centra en la existencia de profesionales que aborden esta problemática de salud en la infancia y que su labor responda a una formación, cuanto menos, adecuada. No vamos a hacer referencia a los mínimos que los grupos de expertos de OMS-Europa plantean (1985) porque serían escasamente cumplidos en nuestro país y para no aumentar las suspicacias evitamos hacerlo. La importancia de este factor para la evaluación se encuentra, entre motivos, para un adecuado abordaje de los filtros de la Pirámide de Goldberg y Huxley⁽⁷⁾ y, por lo tanto, entra de lleno en lo que hemos venido denominando como evaluación de los estilos de trabajo. En este sentido Ten Horn y Pedreira⁽¹²⁾ han expresado unos indicadores de riesgo detectados en los RACP (en el de Groningen como factor y en el de Asturias como tendencia) que deben ser incluidos en la evaluación de las intervenciones que diseñan los equipos de Salud mental Infantil: *la tendencia a la cronicidad en trastornos mentales de la infancia es mayor cuando a lo largo del primer año de contacto con un dispositivo asistencial intervienen varios profesionales de forma aislada y sucesiva* (por cambio de profesional y/o intervenciones múltiples); *cuando las consultas se espacian más allá de seis semanas entre ellas; cuando el período de evaluación clínica es muy corto; cuando existe un ingreso precoz y prolongado.*

En la tabla 6 se aportan datos acerca de lo expresado con anterioridad, donde se comprueba que, con criterios diagnósticos CIE-9, obtienen pero resultado en un seguimiento longitudinal de un año los casos que estaban en "seguimiento y control" que aquellos otros casos que tenían un tratamiento psicoterapéutico (mismo profesional responsable y frecuencia semanal o quincenal) con diagnóstico similar.

La *respuesta de los profesionales* de los dispositivos tiene una gran repercusión: en la *prescripción de psicofármacos* se ha estudiado quien prescribe con más probabilidad este tipo de tratamiento ante un mismo problema emocional o conductual en la infancia, Van Engeland⁽¹⁷⁾ ha concluido que si acude a un Médico de Familia la probabilidad es un 34%, si es un pediatra se reduce a un 30% y un Psiquiatra lo haría en un 26%, pero

si acude a un Psiquiatra Infantil la probabilidad disminuye de forma altamente significativa pues solamente tendría la probabilidad de recibir psicofármacos en un 3,5-5%. Casi se podría parafrasear a Navarro y decir que de lo que antecede se podría deducir que la Psiquiatría Infantil es necesaria aunque sólo fuera para preservar a los niños/as de intervenciones bienintencionadas pero poco eficaces y, desde luego, caras.

Pero existe un dato de mayor relevancia, un somero análisis de las referencias históricas de la atención a la infancia nos pondría sobre la pista que los escasos e incompletos recursos existentes para desarrollarla han tenido que asumir lo que les llegaba; con estos precedentes cuando se pone en marcha un dispositivo "nuevo" se crean una expectativas de complementariedad y ayuda que, en muchas ocasiones, no se satisfacen o se burocratiza tanto la respuesta que los servicios previamente existentes desisten de remitir nuevos casos y continúan con su toma a cargo, aunque fuera incompleta. Esta reflexión cualitativa y longitudinal nos la aporta el análisis de las respuestas que se notifican el RACP y la evolución de las derivaciones desde los servicios de atención a la infancia. En otros términos: *los servicios de atención a la infancia, sobre todo los de A.1^o de salud que están muy asentados en la población, se constituyen en un indicador muy sensible y fiable de la satisfacción de los usuarios y de las otras agencias sociales de un territorio acerca de la toma a cargo que realizan las Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles de ese territorio.* Si esa toma a cargo no aporta nada nuevo a lo que venían realizando se observará que tras un inicial incremento, probablemente brusco, aparece una disminución lenta y constante más allá de la explicada por el descenso del censo en esa edad. Si por el contrario la toma a cargo resulta satisfactoria las tasas de prevalencia permanecerán con pocas variaciones y se modificarán al alza las tasas de frecuentación, incluyendo una modificación cualitativa de las derivaciones (aunque sean menos en número estarán mejor discriminados los casos y, por lo tanto, la cantidad de casos asumidos por SMI será mayor en tasa como en números absolutos). Ello implica aportar instrumentos operativos a los profesionales de Atención Primaria que articule un criterio clínico y asistencial para dar una respuesta unificada a los niños/as que posean alguna dificultad psicosocial⁽²¹⁾. Así se puede incidir de forma efectiva sobre los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mental desde varios niveles⁽²²⁾.

278 Otro dato para la evaluación es el *tiempo dedicado a la valoración clínica* por parte de los profesionales. Ya Knapp⁽¹⁹⁾ había demostrado que para realizar una simple radiografía de tórax AP a un niño/a se precisaba el doble de técnicos y se empleaba cinco veces más de tiempo que para una idéntica exploración en la edad adulta; Fritz⁽²⁰⁾ ha demostrado que el proceso de evaluación clínica en la etapa adulta dura como media entre 1,5-2 horas, similar proceso de evaluación en la edad infantil precisa una duración media que oscila entre 4,5-6 horas.

CONCLUSIONES

La evaluación de Servicios en Salud Mental Infantil es un proceso y como tal precisa incorporar la perspectiva longitudinal a dicho proceso.

La longitudinalidad incluye: tanto la perspectiva de la evolución (clínica y de los usuarios en edad infantil) como la de los servicios asistenciales (integrantes y estilos de trabajo).

La mera evaluación cuantitativa es claramente insuficiente, debiendo incluirse interpretaciones cualitativas de los datos cuantitativos. Eso precisa un intenso y

continuo feed-back entre los servicios de evaluación y los servicios asistenciales.

Los RACP son instrumentos útiles y fiables para una evaluación en Salud Mental Infantil porque facilitan los estudios longitudinales y aportan datos acerca de los que poder reflexionar cualitativamente, sobre todo de cara a evaluar los estilos de trabajo de los servicios asistenciales de cara a la demanda.

Hay que insistir en que los RACP en Psiquiatría Infantil no solucionan los problemas, sino que solamente los detectan. Por esta razón se precisa introducir criterios de análisis cualitativos e incluirlo en un proceso de mejora continua de la calidad de los servicios.

Existen dificultades de diversa índole para el proceso de evaluación de los servicios de Salud Mental Infantil, algunas son comunes con los dispositivos de salud en general (p.e. coste, valoración por la comunidad, etc), otras son comunes con dispositivos de Salud Mental en general (p.e. la dificultad de las clasificaciones de los trastornos mentales, la dificultad de la definición de las intervenciones, la interacción de factores, etc.), pero existen otras que son específicas de la etapa infantil (p.e. la influencia de la etapa evolutiva, la perspectiva del desarrollo, la influencia/dependencia del medio familiar, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lilienfeld M, Lilienfeld DE. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1980.
- 2 Pedreira JL, Serrano E. Líneas generales de Atención Infanto-juvenil en Asturias. En: Aparicio V, García J, coords. *Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación*. Oviedo: Principado de Asturias, 1990:125-180.
- 3 Ten Horn GHMM, Giel R, Gullinat WH, Henderson JH. *Psychiatric case Registers in Public Health*. Amsterdam: Elsevier, 1986.
- 4 Kastrop M. The Case Register in the Psychiatric Services. En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:343-349.
- 5 Pedreira JL. Psychiatry Case Registers in Child Psychiatry: Clinical management and Epidemiological approach. En: Seva A, ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991:387-396.
- 6 García J, Aparicio V, Eguigaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: evaluación de los cambios en el marco de la Reforma Psiquiátrica de Asturias. *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1988;5/6/7/8:1469-1482.
- 7 Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric Care*. London: Tavistock Publications, 1980.
- 8 Verhulst FC, Koot HM. *Child Psychiatric Epidemiology: Concepts methods and finding*. London: Sage, 1992.
- 9 Sardinero E, Pedreira JL. Los trastornos mentales en la infancia: prevalencia e instrumentos para su detección precoz desde Atención Primaria. *Premio Dr. Valverde-Escudero de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid, 1994.
- 10 Tansella M. *L'approccio Epidemiologico in Psichiatria*. Milano: Boringhieri, 1985.
- 11 Pons I Anton I y cols. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1992;12:115-124.
- 12 Ten Horn GHMM, Pedreira JL. Epidemiología y Registro de Casos en Salud Mental Infanto-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1988;7(26):373-390.
- 13 Gutiérrez Bengoechea M. *Estudio de prevalencia de los trastornos de déficit de atención con hiperactividad en el Área Sanitaria 7 de Asturias* [tesis doctoral]. Oviedo: Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo, 1992.

- 14 Pedreira JL. El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia; instrumento válido para la investigación y el seguimiento longitudinal. *Rev Psiq Infanto-juvenil* 1991;2:102-115.
- 15 Seva A. *La evaluación de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental*. Zaragoza: Prensas Universitarias, 1992.
- 16 Pedreira JL. Infancia, Salud Mental y Ley: Encuentros y desencuentros. En: Díez ME, coord. *Legislación, Derechos y Salud Mental*. Oviedo: Principado de Asturias, 1994:163-194.
- 17 Van Engeland H. *Preventive Policy en Child Mental Health*. Oviedo: Curso Internacional sobre Prevención en Salud Mental de la Infancia, 1989.
- 18 Offord DR y cols. Ontario Child Health Study: II Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-835.
- 19 Knapp K. *Evaluación del tiempo para las exploraciones radiológicas en la infancia*. Madrid: Curso de Actualizaciones en Pediatría, Clínica Infantil La Paz, 1977.
- 20 Fritz K. Consultation-liaison in Child Psychiatry and the evolution of Pediatric Psychiatry. *Psychosomatic* 1990;31(1):85-90.
- 21 Pedreira JL. *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria*. Madrid: Aran-ELA, 1995.
- 22 Pedreira JL. Abandoner el actual impase: El proceso de mejora continua de la calidad (PMCC) aplicado a la gestión de los Servicios de Salud Mental. *Actas Luso-españolas de Psiquiatría* (en prensa).