

El registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia: instrumento válido para la investigación y el seguimiento de tipo longitudinal

J. L. Pedreira Massa

Avilés

AGRADECIMIENTO

Se expresa el agradecimiento a la socióloga de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, D.^a Margarita Eguigaray, sin cuya colaboración como responsable de la Unidad de Evaluación y Sistemas de Información de Salud Mental, no se hubiera podido realizar el presente trabajo. La Dra. G.H.M.M. Ten Horn corrigió y sugirió buen número de opiniones, su juicio crítico y supervisión favorecen el poder seguir avanzando. A las personas del equipo D.^a Eva Sardinero (psicóloga) y D.^a Alicia Fernandez Villar (trabajadora social) porque colaboraron activamente con su trabajo a lo largo del año 1989 a que este trabajo fuera una realidad. D.^a Celia Varela, auxiliar administrativo, que como tantas ocasiones mecanografió con diligencia el trabajo.

RESUMEN

El autor expone el uso del Registro Acumulativo de Casos en Salud Mental Infantil. El Registro Acumulativo de Casos es un instrumento útil para la nueva epidemiología y para la investigación. Facilita los estudios longitudinales y evolutivos, tanto de los desórdenes mentales en la infancia y adolescencia, como de las intervenciones realizadas desde el Servicio Asistencial.

Palabras clave: Registro acumulativo de casos. Epidemiología psiquiátrica. Investigación longitudinal. Salud mental infanto-juvenil.

SUMMARY

The autor expose thye importance of Accumulative Case Registers in Child and Adolescents Psychiatry. The accumulative Case Registers is a good instrument for the new psychiatric epidemiology and research. The facility for longitudinal studies is very important in clinical aspects of mental disorders in children and adolescents, and longitudinal evaluation of the interventions from Mental Health Services.

Key Words: Accumulative Case Registers. Psychiatric epidemiology. Longitudinal research. Mental Health in children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

Tal como ha descrito en 1957 Lilienfeld¹, la epidemiología se podría definir como el estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como la descripción y detección de los factores que influyen sobre esa distribución. Aplicado al campo de la epidemiología psiquiátrica, Muñoz la concibe como que la epidemiología psiquiátrica investiga acerca de quiénes, dónde, cuándo y, eventualmente, por qué llegan a ser enfermos mentales; constituye, así, un cuerpo de conocimientos fundamental dentro del campo de la psiquiatría social que va a servir no sólo para el desarrollo racional y planificado de los servicios asistenciales psiquiátricos y de programas de psiquiatría preventiva, sino también como aportación de información básica sobre la que se puedan construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental².

En la etapa infanto-juvenil interesa además la perspectiva evolutiva de los trastornos de salud mental que se presentan, así como la posible repercusión que tiene en la presentación y el pronóstico de esos trastornos, a corto, medio y largo plazo, según la intervención sea de uno u otro tipo.

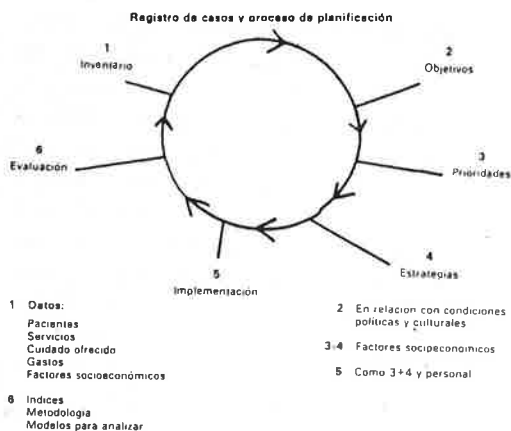
Por lo tanto se precisan instrumentos fiables, rigurosos para poder acumular la información más allá de la mera voluntad de recoger dicha información. En el curso de los últimos veinticinco o treinta años se ha venido desarrollando, por recomendaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, registros acumulativos de casos psiquiátricos³. En el campo de la infancia y adolescencia es mucho más reciente su aplicación, sin embargo ya está comenzando a dar los primeros frutos en orden a preguntas e hipótesis para futuros trabajos en el campo de la infancia y la adolescencia^{4,5,6}.

Es interés de este pequeño trabajo poder abordar algunas características específicas del registro de casos psiquiátricos aplicados a la etapa de la infancia y la adolescencia. Clarificar que es una primera aproximación, dado el pequeño periodo de tiempo que llevamos aplicando este instrumento en nuestra práctica y en nuestra experiencia, no obstante señalar que comparándolo con otros que tienen mayor experiencia se pueden encontrar datos similares, lo que nos hace pensar en una orientación y tendencia en cuanto a las intervenciones que se desarrollan en la comunidad.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

Siguiendo a Giel³ el registro acumulativo de casos psiquiátricos puede ser incluido en un proceso circular de planificación (Figura 1), dicho proceso circular parte desde una recogida de información básica acerca de pacientes, servicios, coste y factores socio-económicos de esa comunidad. Pasando por una formulación de las políticas y de los objetivos que están relacionados con las condiciones culturales y políticas del entorno; a partir de ellos deben seleccionarse las prioridades con el fin de establecer el desarrollo de programas que se adecúen a los factores socio-económicos de esa comunidad. En ese momento puede iniciarse la puesta en marcha del programa y a partir de ahí realizar una evaluación de ese programa en el que se incluyan los métodos, los indicadores y los modelos para el análisis.

En la Figura 2 se establece el nivel en el cual se sitúa el registro de casos, siguiendo el modelo de Golberg y Huxley⁷ modificado por Ten Horn⁸, en el que se puede ver que en un modelo de cinco niveles y cuatro filtros, que van desde la comunidad a los servicios de internamiento, el registro de casos se sitúa en la evaluación de los niveles cuatro y cinco y de los filtros tercero y cuarto, por lo tanto entraría dentro de la evaluación del funcionamiento de servicios alternativos de salud mental en la



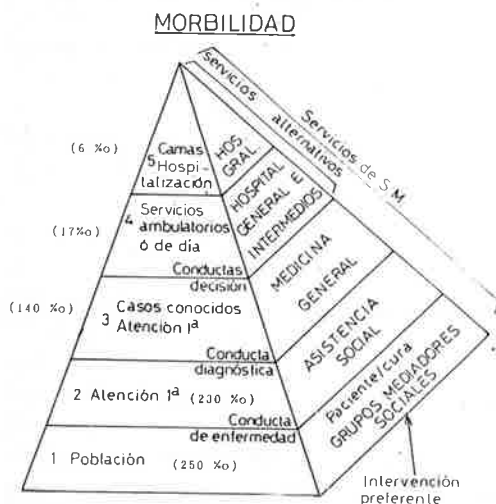
Fuente: R. GIEL (1987)

Fig. 1

comunidad. De esta manera, siguiendo también a Ten Horn⁸, el registro de casos debe responder a principios de una planificación de servicios tanto nacional y su relación con los servicios internacionales, debe abarcar tres tipos de fundamentaciones: el de evaluar el funcionamiento de los servicios, el servir para una planificación de esos servicios, y además sacar niveles útiles para los programas y la prevención en el campo de la salud mental; por lo tanto sería aplicable a niveles epidemiológicos, planificadores y de investigación (Tabla I).

PIRAMIDE DE GOLBERG Y HUXLEY

(Modificada por Ten Horn)



Fuente: G. H. M. TEN HORN (1985)

Fig. 2

Es importante establecer los objetivos y el alcance para la implementación y el desarrollo de los registros acumulativos de casos, puesto que su coste es elevado. Por lo tanto su utilidad y utilización debe ser lo más amplio posible y para diversas posibilidades, aunque deben estar muy claros los objetivos que establecen tanto la implementación como el desarrollo de este tipo de instrumento.

Entre las características que deben reunir, a nuestro entender, los registros de casos estarían las siguientes: 3, 5, 8 y 9.

1. El registro de casos debe estar centralizado y con una organización interna que permita guardar, clasificar, diferenciar, analizar y utilizar los datos (Tabla I).

2. El registro acumulativo de casos debe estar definido en términos de un área geográfica concreta, para obtener resultados con posibilidad de comparación con otras áreas similares, (Figura 3) donde se contempla que los habitantes de ese área son incluidos en el registro incluso aunque consulten fuera de ese área geográfica, mientras que puede haber habitantes de la periferia del área que consultan a los servicios de ese área y que no son incluidos en el registro de casos.

3. Debe estar definido en términos de población estable.

4. Los datos recogidos en el registro deben ser estandarizados y cumplimentados por profesionales con un adecuado entrenamiento en esa labor.

5. Debe tener la posibilidad de ser acumulativo, para poder aportar atención a los estudios longitudinales para cada usuario/paciente de los servicios de salud mental.

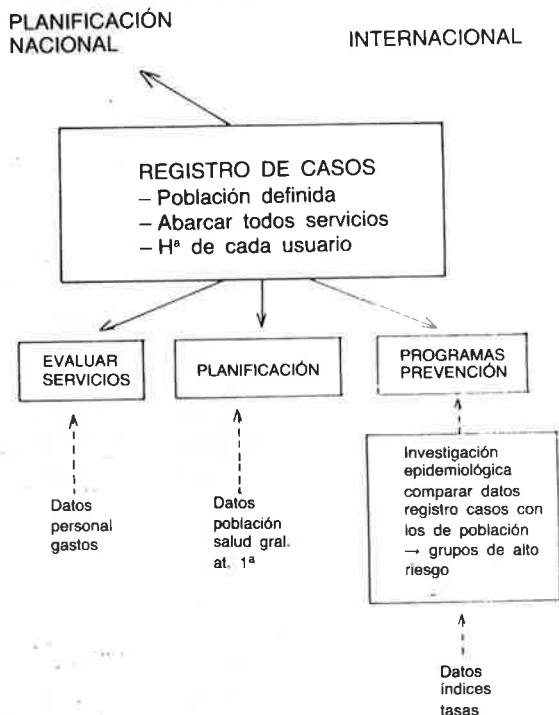
6. Debe tender a incluir la totalidad de los servicios de salud mental que operan en ese área, independientemente de su adscripción administrativa.

7. Debe guardar el secreto y la confidencialidad de los usuarios/pacientes que usan los servicios.

8. Debe servir para la evaluación de los tipos de intervención que se desarrollan por parte de los servicios psiquiátricos para cada grupo específico de demanda.

TABLA I

BASES PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN EL ANÁLISIS DE DEMANDA



G.H.M.M. TEN HORN (1985)

Un registro de estas características evita sesgos en la evaluación epidemiológica (Figura 4), es decir, mientras que un usuario que pudiera ser contabilizado individualmente por esos tres servicios, con la existencia del registro de casos acumulativo, al incluir esos tres servicios en el registro, no es contando tres veces sino que es un usuario que contacta tres veces con tres distintos servicios, por lo tanto se evita los sesgos de la atención individualizada de los dispositivos en un territorio determinado.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Para realizar la aproximación metodológica utilizaremos nuestra experiencia en el registro acumulativo de casos para la infancia y la adolescencia en nuestra Comunidad Autónoma. La Comunidad Autónoma Asturiana está dividida en nueve áreas sanitarias. Desde 1983 se

Recogida de datos para registro de usuarios en un territorio

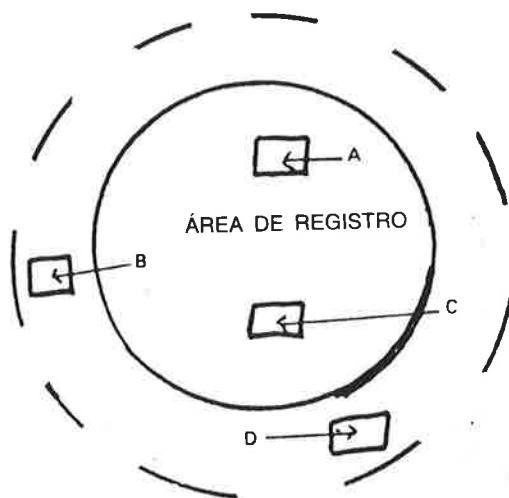
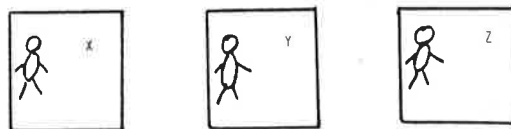


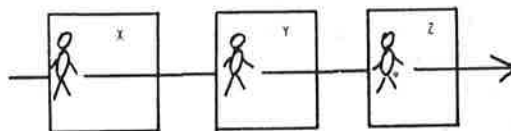
Fig. 3

está desarrollando un proceso de reforma de la asistencia en salud mental, que incluye la puesta en marcha de un registro acumulativo de casos psiquiátricos, en dicho registro se incluye **Evitar sesgos derivados de múltiples utilizaciones de los dispositivos por un mismo usuario**



Normalmente este paciente es contado tres veces.

Con el registro:



Este paciente es contado una sola vez.

Fuente: G.H.M.M. TEN HORN; J.L. PEDREIRA (1988)

también la etapa infanto-juvenil, ya que en la disposición organizativa existen cuatro unidades de salud mental infanto-juvenil. Nos basaremos en los datos obtenidos del área sanitaria III, cuya cabecera está situada en Avilés. Da cobertura a nueve concejos en un segundo nivel y al área I, cuya cabecera es Luarca, en un tercer nivel. Directamente la población general es de 168.000 habitantes entre los nueve concejos, de los cuales el 24,3% tienen menos de 14 años, por lo tanto están incluidos en la atención de la unidad de salud mental infantojuvenil. Las características generales del registro acumulativo de casos han sido descritas por García, Aparicio y Eguiagaray¹⁰ para el conjunto de la Comunidad Autónoma y, en concreto, para evaluar los perfiles de la utilización de los servicios.

Tres son los instrumentos bases que funcionan para la evaluación del registro en nuestra Comunidad Autónoma:^{10 y 11}

1. Entrada en el sistema: Se realiza por una hoja de datos básicos que incluye la identificación del usuario en contacto con los dispositivos asistenciales:

1.1 Datos básicos de identificación: deben ser unos datos coherentes que hagan referencia y puedan ser comparables a los datos socio-demográficos generales. En estos datos se incluye la identificación del usuario con un código secreto (Tabla II) y que lleva en esa identificación el número cifrado, constituido por una secuencia de números y letras para cada usuario, el número de la historia clínica, el código del Centro y la Unidad de Infantil, el nivel educativo, descripción del nivel cultural de los padres, migración y cambios en la familia que hayan sucedido en el último tiempo.

1.2 Datos relativos a la demanda: en ella se incluye quién es derivante de la demanda, la modalidad de esa demanda, los antecedentes asistenciales y clínicos que pudieran tener, sobre todo en lo relativo al primer contacto con una atención psicológica y/o psiquiátrica.

1.3. Datos clínicos-epidemiológicos: en ellos se hace referencial al inicio del cuadro clínico (con la perspectiva de los últimos 6 meses), la

intervención acordada por el centro de salud mental, el diagnóstico clínico, y si es o no una atención urgente. En este sentido se pone también tanto la localización de identificación de su médico de atención primaria de referencia.

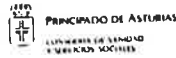
2. Datos de mantenimiento (N.R.): corresponde a la hoja de actividades diarias, en dicha hoja se constata diariamente el nivel de actividad asistencial que se realiza directamente por la unidad infantil con los usuarios y las familias. Por ello consta el código del centro y la fecha exacta en la cual se presenta el nivel asistencial. En cada una de las líneas corresponde al nivel de atención con cada usuario en el contacto, por ello incluye el código de identificación personal del usuario, un posible cambio de diagnóstico, las altas como criterio facultativo o decisión del usuario, la modalidad de la consulta (1.ª consulta, repetida, urgencia, retorno al centro), el lugar de la intervención (centro de salud mental, centro sanitario, domicilio, escuela, guardería, comunidad, etc.), el tipo de intervención (interconsulta, estimulación precoz, psicoterapia individual-familiar-grupal, intervención social individual-familiar-grupal, consulta de evaluación, derivación - en la que se incluyen varios ítems dependiendo de dónde se realice la derivación, sea la atención primaria, servicios de rehabilitación, psicopedagógicos, etc. -) y otros (se establece también con un dígito en el que va desde el seguimiento y control, psicofarmacología, normas, información, informes, etc.) y los profesionales que intervienen (médico, psicólogo, trabajador social, diplomado universitario en enfermería, auxiliar de psiquiatría, u otros).

3. Actividades del equipo: se plantean a tres posibles niveles: las actividades organizativas, actividades formativas y las actividades institucionales y comunitarias. Estas actividades se remiten a la unidad de evaluación estas con una periodicidad trimestral.

N.R. La Redacción informará sobre la Hoja de Registros de actividades diarias.

TABLA II

Servicios de Salud Mental



Servicio: _____ Sello

HISTORIA CLÍNICA
HOJA DE DATOS BÁSICOS (INFANTIL)

NOMBRE

1. APELLIDO
2. APELLIDO

N.º H.º CL.º

D. N. I.

N.º H.º CL.º

1. CENTRO
2. FECHA CONSULTA
3. FECHA NACIMIENTO

MUNICIPIO O PROV. NACIMIENTO

SEXO

4. ESCOLARIZACIÓN
5. CONVIVENCIA
6. PROFESIÓN
7. SIL. LAB. PADRES
8. ORIGEN PADRES

9. NIVEL INST. PADRES
10. RESIDENCIA
11. ORIGEN ABUEI O PATERNO
12. REMITENTE
13. AGENTE DE LA DEMANDA
14. MODALIDAD DE LA DEMANDA
15. PERSONAS PRESENTES DE LA CONSULTA
16. CAMBIO DE MEDIO
17. CAMBIO FAMILIAR

1. ☐ 2. ☐
3. ☐ 4. ☐ 5. ☐
6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐
10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐
14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐

MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA O CABECERA (0)

HOSPITALIZACIÓN 3 AMBULATORIO

18. ANTECEDENTES
ASISTENCIALES

CONTACTOS PREVIOS

- PÚBLICO A ☐ B ☐
PRIVADO C ☐ D ☐

19. FECHA 1: CONTACTO CON PSIQUIATRÍA

AÑO

22. OTROS SEGUROS O PENSIONES
NOMBRE SEGURO

- - - - -

20. EDAD E CONTACTO

N.º CARTILLA O PÓLIZA

23. INICIACIÓN SINTOMATOLÓGICA
ÚLTIMO SEMESTRE

SI NO

21. N.ºSS

24. INTERVENCIÓN ACORDADA
25. DIAGNÓSTICO CLÍNICO
26. MOTIVOS DE LA CONSULTA
27. URGENCIA
28. MUNICIPIO DE RESIDENCIA

18. ☐ 19. ☐ 20. ☐
21. ☐ 22. ☐
23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐
27. ☐ 28. ☐

DOMICILIO DEL USUARIO

TELF.:

MÉDICO HABITUAL DEL USUARIO: DR.

TELF.:

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN DE LA PERSONA O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DEL USUARIO

TELF.:

RESULTADOS

En nuestro territorio lleva funcionando un registro acumulativo de casos psiquiátricos desde el año 1985. El servicio como tal lleva funcionando desde el año 1981 y también ha ido

recogiendo un conjunto de datos que creemos de importancia para poder evaluar la evolución seguida por este servicio. De tal suerte que podemos agrupar los estudios posibles en base a: tasas administrativas, una posible utilidad diagnóstica y la canalización de la demanda y la

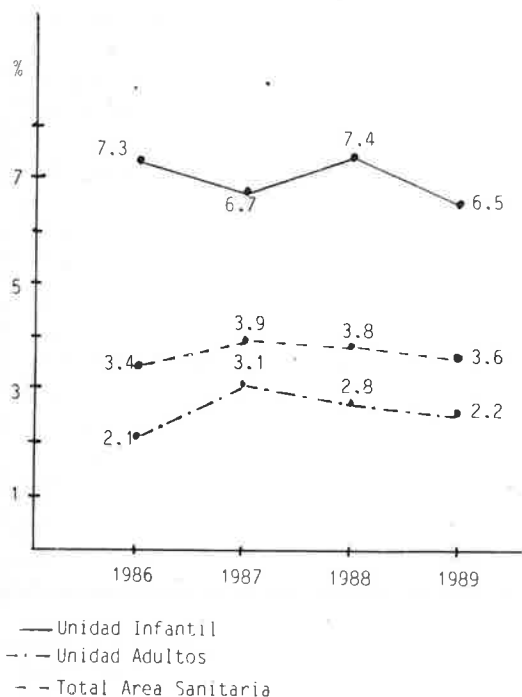
respuesta que daba el centro de salud mental infanto-juvenil.

1. Tasas de los trastornos: se plantean las tasas administrativas de incidencia, considerándola como los casos nuevos en el periodo de un año dividido por la totalidad de población del rango de edad de 0-14 años y por mil habitantes:

1.1. La tasa de incidencia oscila entre 6.7 y 7.4 manteniéndose bastante constante a lo largo de los 4 años analizados con muy pocas oscilaciones; sin embargo sí que destaca que la tasa de incidencia en la etapa infanto-juvenil es superior casi dos veces a la tasa expresada en la edad de adultos y por lo tanto supera a la media general del área (Figura 5).

TASAS DE INCIDENCIA
=====

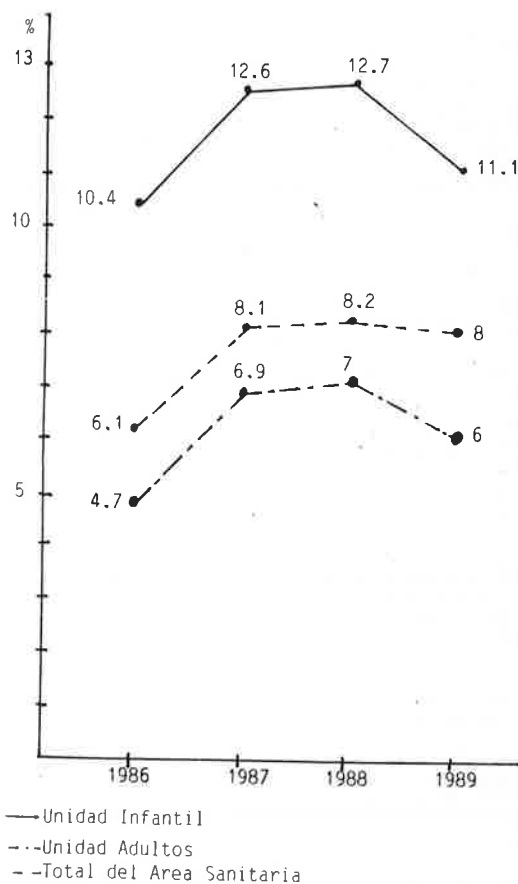
SALUD MENTAL AREA III
=====



la población de ese rango de edad en ese territorio y multiplicado por mil. En la Figura 6 se puede observar que ha ido en incremento, el año 86, paulatinamente estableciéndose una cierta estabilidad en los últimos 2-3 años, al igual que pasaba con la tasa de incidencia también hay una elevación muy evidente de dicha tasa en relación con la edad adulta o la media del área.

TASAS DE PREVALENCIA
=====

SALUD MENTAL AREA III
=====



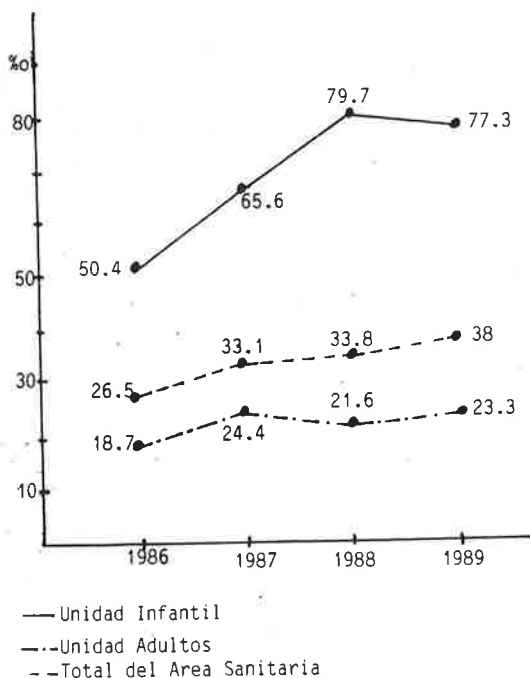
1.2. Tasa de prevalencia: se considera al total de usuarios que a lo largo de un año están en contacto con un servicio, sean nuevos o en contactos repetidos, dividido por la totalidad de

1.3. Tasa de frecuentación (Figura 7): se considera la frecuentación el número de contactos tenidos, tanto nuevos como antiguos, divididos por la totalidad de población del rango de edad que corresponde y multiplicado por mil a

lo largo de un año. Se puede contemplar como se ha ido incrementado la tasa de frecuentación pasando desde un 50,4 en 1986 casi hasta un 80 contactos por mil en 1989, como es una constante tan evidente en las tasas anteriores también hay una diferencia en las tasas de frecuentación de la etapa infantil con la de adultos y la global del área que están bastante por debajo de las tasas de la etapa infanto-juvenil.

TASAS DE FRECUENTACION
=====

SALUD MENTAL AREA III
=====

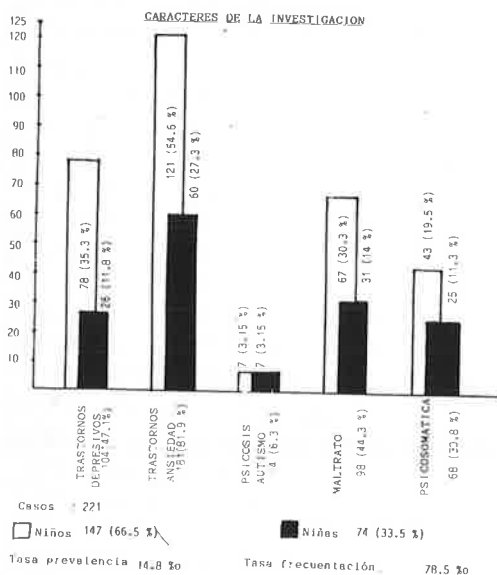


2. El problema del diagnóstico en salud mental infanto-juvenil: el registro acumulativo de casos del Principado de Asturias se utiliza como base diagnóstica el CIE-9, a lo que se añade unos motivos sindrómicos de consulta. En las Tablas IV y V se puede comprobar la incidencia anual comparada a lo largo de dos años, que es posible realizar por medio del registro acumulativo de casos. Sin embargo nos damos cuenta que puede haber aspectos que en la CIE-9 no están contemplados y que son insuficientes y que sin embargo son importantes

para poder evaluar el patrón de utilización de los servicios, mientras que los motivos sindrómicos de consulta no son más que el aspecto general descriptivo que tampoco pueden dar cuenta de una manera muy eficaz del conjunto de la demanda. Esto nos motivó a realizar un estudio sobre los diferentes sistemas de clasificación de trastornos mentales que se utilizan a nivel internacional en la infancia y en la adolescencia¹². Este análisis nos puso en evidencia la complejidad de poder hacer una clasificación uniaxial para los trastornos mentales en la infancia y adolescencia y pensamos que debe ser una clasificación multiaxial, tal y como han reiterado multitud de autores, y además que contemple una serie de parámetros que se expresan en la Tabla VI en base a nueve entradas: el aspecto social, psicológico y biológico por una parte y la segunda entrada establecida por los factores de riesgo, un factor tiempo y la situación de la crisis o las presentaciones agudas. Esta complejidad hace que nosotros pensemos lo siguiente: creemos que la clasificación de Rutter contempla los criterios evolutivos con mayor realidad, así como la posibilidad de utilizar la CIE-9, pero sin embargo tiene un eje tres en el cual está muy hipertrofiada la situación biológica y organizativa. La serie de la DSM-III y DSM-III-R están bastante inadecuadas al criterio evolutivo en la psiquiatría infantil, aunque tiene unos criterios más ajustados en los trastornos de personalidad, sobre todo para los casos límites. No obstante la CIE-10 es una clasificación que puede dar un juego muy importante si se la logra traspasar de manera adecuada a varios ejes, similar a como ha realizado Mezzich¹³ para los adultos, es una clasificación todavía en fase de discusión pero que puede aportar muy importantes modificaciones y ser de una indudable esperanza para realizar la recogida de datos. No obstante no se debe equivocar un sistema de clasificación con una base teórico-psicopatológica, ambos son dos planteamientos distintos y el sistema de clasificación remite a un criterio epidemiológico y para unificar el lenguaje de los técnicos a la hora de dar cuenta de aquello que ellos están realizando en el territorio y sobre lo que está

interviniendo; el modelo psicopatológico es algo más profundo, diferente y que responde a la formación y a la experiencia práctica de cada uno de los profesionales.

TABLA IV



3. El origen y evaluación de la demanda a lo largo de estos nueve años, tal como se expresa en la Figura 8, hemos podido observar algunas cuestiones dignas de tener una relevancia im-

TABLA V
INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA
CIE-9

	1986	1987
Trastornos neuróticos	26 (6.1%)	32 (7.3%)
Trastornos de la personalidad	20 (4.7%)	25 (5.7%)
Trastornos psicopatológicos	31 (7.3%)	37 (8.4%)
Trastornos esferinterianos	51 (11.9%)	61 (13.9%)
Problemas alimenticios	19 (4.4%)	24 (5.5%)
Trastornos del sueño	13 (3%)	19 (4.3%)
Desórdenes de adaptación	23 (5.4%)	35 (8%)
Trastornos de conducta	5 (1.2%)	13 (3%)
Trastornos depresivos	28 (6.5%)	46 (10.5%)
Trastornos relacionales	66 (15.4%)	77 (17.5%)
Psicosis infantiles	21 (4.9%)	15 (3.4%)
Síndrome hiperact. infantil	25 (5.8%)	16 (3.6%)
Problemas de aprendizaje	33 (7.7%)	34 (7.7%)
Trastornos del lenguaje	20 (4.7%)	23 (5.2%)
Trastornos de ansiedad	2 (0.5%)	3 (0.7%)
Retraso mental	11 (6.5%)	10 (2.3%)

TABLA VI
SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

	Factor básico / dotación básico constitucional	Desarrollo / historia factor tiempo	Factor de riesgo / situación aguda
Factores somáticos	• Variantes constitucionales (neuropatías, displasias, etc.) • Secuelas de factores pre o perinatales • Condiciones de la línea base	• Aceleración • Retraso • Disarmonía ortogénica	• Suceso agudo (enfermedad) • Cambio en las circunstancias de vida
Factores psíquicos	• Inteligencia • Extrovertido / introvertido • Estable / inestable • Integrar / desintegrar (variación, psicopatías)	• Aceleración / Retraso • Disarmonía desarrollo • Desviación desarrollo • Discontinuidad, defectos de la conducta o de la performance	• Suceso agudo (trauma) • Cambio en las circunstancias de vida (irritación)
Factores sociales	• Status social • Background educativo • Familia (completa / incompleta) • Persistencia de factores coadyuvantes	• Continuidad / discontinuidad (rupturas) • Adecuación al status • Deprivación • Estimulación	• Suceso agudo (accidente) (fatalidad)

portante cuando se ven en el propio contexto del territorio en el cual estamos desarrollando nuestra actividad asistencial. Esta es la importancia del registro acumulativo de casos: al tener una población delimitada y una delimitación territorial, se puede dar cuenta de manera contextualizada de los cambios que acontecen en ese territorio:

ORIGEN DE LA DEMANDA A SALUD MENTAL INFANTIL (ÁREA SANITARIA III ASTURIAS)

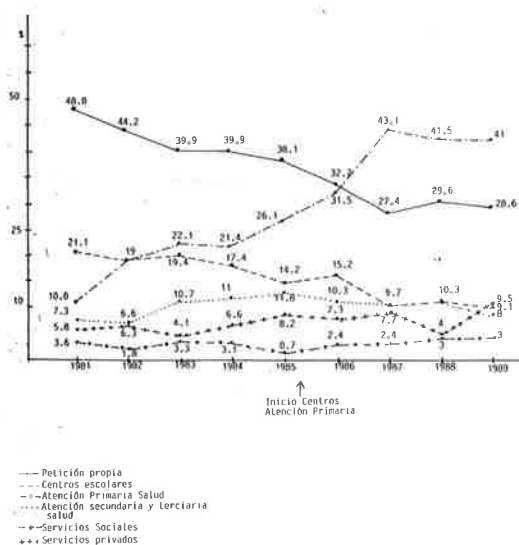


Fig. 8

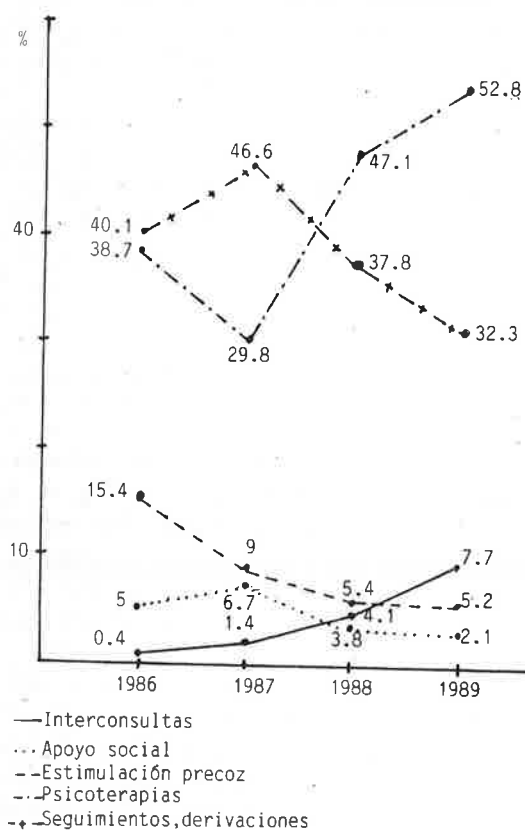
3.1. En el origen de la demanda se ve una disminución importante de los casos a petición propia, una disminución paulatina pero constante de los centros escolares. Un mantenimiento, incluso un ligero incremento desde los servicios privados. Una estabilidad de lo remitido desde los servicios sociales y un incremento muy importante de lo que llega desde la atención primaria de salud. Dicho así tendría simplemente el valor de lo descriptivo; pero el incremento de la atención primaria ocurre desde el año 1986, coincidiendo con la puesta en marcha de los nuevos centros de atención primaria que tenemos en nuestra comunidad, lo cual hace que desde ese mismo año comience a

disminuir de manera muy sensible las peticiones propias y de una manera más evidente comience a disminuir tanto lo que llega desde la atención secundaria y terciaria de salud como desde los centros escolares, es decir, se va canalizando la demanda a través de la propia atención primaria de salud que cubre el papel de ser ese primer contacto y ese primer punto de discriminación fundamental. El mantenimiento, incluso el incremento, habido en la derivación de los servicios privados creemos que puede relacionarse con un asentamiento de la unidad y una confianza del funcionamiento de nuestra unidad en el territorio en el cual estamos desarrollando nuestra actividad.

3.2. Tipo de intervención: lo que constatamos es un incremento global de las tomas a cargo directas por parte de unidad, sobre todo a partir de 1988, en que se establece el entrecruzamiento del incremento de las psicoterapias y la disminución de las derivaciones y seguimientos a distancia. De igual manera hay una disminución muy importante de todas las intervenciones sociales directas desde el servicio, quizá relacionado con los desarrollos habidos de los servicios sociales municipales y comarcales y con una definición clínica mucho mayor de nuestra unidad, tal como hemos visto en el tipo de derivaciones. Sí que es importante una modificación de nuestro trabajo que pasa por el incremento, tan manifiesto, que estamos teniendo en una intervención que, con anterioridad, se creía que era exclusivamente de los servicios hospitalarios, nos referimos a la interconsulta, en efecto se pasa de ser el 0,4% de las intervenciones en 1986 al 7,7% en 1989.

Esta modificación del trabajo, sobre todo al llevarlo al nivel de la atención primaria, hace que las tomas a cargo se incrementen, al mismo tiempo que se facilita el seguimiento directo desde los otros niveles asistenciales se incrementa también la capacidad de discriminación desde la atención primaria y, por lo tanto, los casos remitidos son más evidentes para hacer la toma a cargo directa por parte del servicio especializado (Figura 9).

TIPO DE INTERVENCIÓN

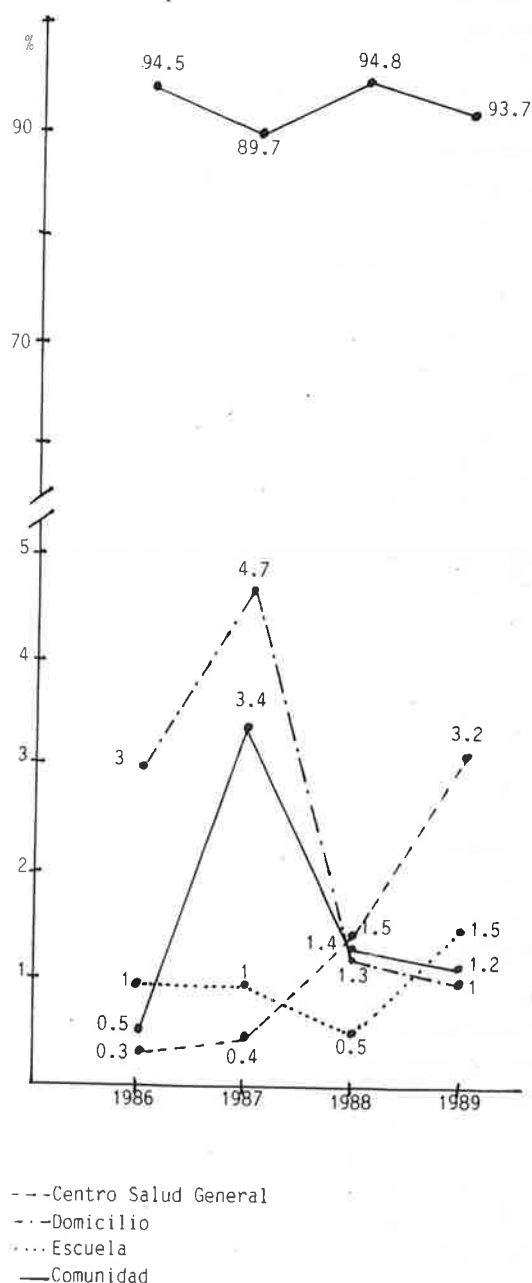


3.3. Es importante para un servicio comunitario establecer el lugar de la intervención. En nuestro caso prioritariamente ha sido en el propio centro de salud mental, pero vemos que está existiendo una disminución paulatina de la intervención en nuestro centro con un incremento paralelo de aquellos que se realizan en el centro de salud general, lo cual es coherente con el incremento de las interconsultas, que habíamos señalado en el apartado anterior. (Figura 10).

CARACTERES QUE DEBE REUNIR EL REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

Entre los caracteres generales que debe reunir una mejor utilidad y más correcta utilización de

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN



un instrumento tan importante, pero también tan sofisticado, como es el registro acumulativo de casos psiquiátricos, se piensa que puedan reunir los siguientes caracteres:

1. **Utilidad:** con el fin de facilitar la comunicación entre los servicios asistenciales y el departamento de evaluación y sistemas de información. Con lo cual se puede posibilitar comparar resultados entre diversos servicios del mismo área y/o servicios de distinta localización geográfica que pueden tener similares características. Esta utilidad tiene una repercusión directa en trabajos de investigación a medio y largo plazo.

2. **Simplicidad y manejabilidad:** las bases metodológicas serán simples para el equipo de salud mental del centro, como hemos expresado con anterioridad basta con poner un aspa en determinadas situaciones, o bien los dígitos correspondientes, de tal suerte que se remite la tira de dígitos al servicio de evaluación y queda la matriz original en el dossier de la historia clínica del centro.

3. **Posibilidad de definir y redefinir los problemas:** de tal suerte que pueda servir para la planificación, pero también para la prevención y la evaluación de las distintas posibilidades terapéuticas.

4. **Estricto control** sobre la utilización de los conceptos médicos y epidemiológicos. Esta utilización debe guardar un respeto para poder ser utilizada en diferentes contextos y por diferentes cuerpos teóricos y prácticas asistenciales.

5. **Posibilidad** de que los datos tengan un correspondiente tratamiento estadístico.

6. **Confidenciabilidad:** se utilizará para todos los usuarios un código, tal como ha sido expresado con anterioridad, de tal suerte que solamente el servicio asistencial es el que puede traducir un número de historia-número de código personal-nombre del usuario. Esto abre un gran debate sobre los sistemas informáticos y la confidenciabilidad de los sistemas de información, debate abierto con una importante repercusión en el campo de la salud mental, sobre todo en la infancia y la adolescencia por las posibles implicaciones que puedan tener a lo largo de la vida y el desarrollo del individuo, de lo cual no huyen determinados juicios sociales y culturales al uso.

7. **Posibilidad de establecer estudios y análisis longitudinales:** hablar de longitudinalidad es establecer uno de los principios fundamentales de la investigación, pero también de la evaluación a medio y largo plazo de los funcionamientos institucionales y de la evaluación clínica. Por lo tanto, para hablar de longitudinalidad y de posibilidades longitudinales a medio y largo plazo se precisa de un instrumento que posibilite esta evaluación longitudinal en cuanto, al menos, estos cuatro campos:

7.1. En cuanto a los pacientes: dado que la infancia se encuentra en una continua evolución, una vez que establece el contacto y se determina quién es este paciente podría ser seguido a lo largo de unos posibles y sucesivos contactos que pudiera realizar. Por lo tanto establece un seguimiento longitudinal de los contactos de ese usuario con los servicios asistenciales.

7.2. Seguimiento longitudinal de las intervenciones realizadas: por lo tanto este seguimiento longitudinal de intervenciones no solamente repercute sobre el usuario que la recibe, sino que también da cuenta de la historia evolutiva del propio servicio asistencial, que cambia a lo largo del tiempo las posibles intervenciones sobre un paciente o sobre un grupo de pacientes determinados en ese territorio concreto.

7.3. Seguimiento longitudinal de los diagnósticos: en la infancia tiene una importancia y una repercusión clave, dado que la perspectiva diagnóstica tiene también un criterio evolutivo y madurativo con una repercusión importante para delimitar tanto las intervenciones como los distintos aspectos evolutivos y madurativos del sujeto infantil. Pero, al mismo tiempo, también nos pone sobre el tapete la necesidad de poder ver qué tablas y qué criterios diagnósticos se utilizan, qué perfiles clínicos conductuales y madurativos puede tener este niño a lo largo de los múltiples contactos que pueda realizar con el servicio asistencial.

7.4. Un análisis longitudinal también para los profesionales, tanto de la intervención que

diseñan, como la congruencia y coherencia de esa intervención con el diagnóstico que expresa, como el tipo de profesionales que intervienen a lo largo del tiempo.

Por lo tanto estos cuatro factores que delimitan la longitudinalidad posible son la base para establecer los correspondientes trabajos de investigación. Articulando las posibles relaciones existentes entre cada uno de estos cuatro parámetros que analizan la longitudinalidad posible a través de un registro acumulativo de casos.

En algún trabajo precedente² se ha expresado que en España el registro acumulativo de casos en salud mental infantil tenía además un interés múltiple dado que: la mala coordinación existente entre los diferentes servicios que atienden a la infancia puede originar duplicidades y/o solapamiento en las prestaciones asistenciales, por lo que el registro de casos psiquiátricos puede detectar esta duplicidad. En segundo lugar, el registro de casos acumulativos en psiquiatría infantil es necesario para poder aportar el patrón específico de afecciones mentales en la infancia y la adolescencia para cada unidad y/o centro de salud mental infantil así como del abordaje terapéutico que realiza ese centro de salud mental. En tercer lugar, la necesidad de conocer las tasas de incidencia y prevalencia de los distintos trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Precisa además la distribución de estos procesos, así como establece unas necesidades para la evaluación en base a la edad, distribución sexual de los distintos trastornos mentales y la utilización de los recursos en base a ellos. Se puede, por lo tanto, aportar datos para evaluar la eficacia y eficiencia de los programas de salud mental para niños adolescentes. De esta suerte, se evalúa la adecuación entre los diferentes patrones de la consulta psiquiátrica con vistas a cada problema de salud mental en cada etapa evolutiva. Así como se puede ver el grado de dependencia que establece con el servicio asistencial tanto los niños como sus familias, posibilitando la creación de un indicador de cronicidad. Se abre, de esta manera, la evalua-

ción de la efectividad de las diferentes posibilidades terapéuticas e intervenciones que se desarrollan para cada problema mental de los niños y adolescentes. Y, por fin, facilita todo un criterio de control longitudinal y de investigación dado que podría enlazar de relación existente entre el trastorno mental, la intervención psiquiátrica y el desarrollo infanto-juvenil para cada contexto individualizadamente.

De esta suerte la longitudinalidad que se plantea posibilita dos tipos de historicidad a través del análisis de los datos facilitados por el registro acumulativo de casos psiquiátricos en la infancia y adolescencia: la historia evolutiva del sujeto infantil y de su familia, que solicita ayuda por la presentación de un problema y, en segundo lugar, la historia del propio servicio asistencial tanto por las intervenciones que desarrollan, como por los profesionales que intentan dar respuestas a los problemas que van surgiendo en ese territorio y estos aspectos se pueden evaluar en base a un criterio longitudinal al ser, el registro de casos, acumulativo.

CONCLUSIONES

El Registro Acumulativo de Casos en Psiquiatría Infanto-Juvenil se constituye en un instrumento adecuado para poder establecer estudios longitudinales en la etapa de la infancia y adolescencia. Al mismo tiempo es un instrumento clave para evaluar las intervenciones de los servicios en un territorio determinado.

Este uso longitudinal del Registro Acumulativo de Casos en Psiquiatría Infanto-Juvenil tiene, por lo tanto, dos dimensiones:

1) Longitudinalidad evolutiva de cada proceso y para cada usuario, con posibilidad de asociar esa posible evolución por cuadros diagnósticos y con las intervenciones terapéuticas diseñadas por el equipo asistencial.

2) Longitudinalidad para el análisis de las diferentes respuestas que desarrolla un equipo asistencial en un territorio para cada grupo diagnóstico o a lo largo de un periodo de tiempo. Así se establece el patrón de uso y respuesta de los servicios de Salud Mental en la etapa de la infancia y adolescencia.

Por todo lo anterior se debe tener en cuenta que, al ser un instrumento de alto coste y elevado mantenimiento, debe tener un adecuado feedback entre la unidad encargada del registro y los servicios asistenciales, lo cual hará que se utilice como un instrumento de trabajo y análisis de los propios equipos en el territorio. Por todo ello se debe favorecer el uso diversificado de dicho instrumento:

Planificación, investigación, docencia, evaluación de estilos de trabajo de los equipos en el territorio, etc., son posibles usos.

Bibliografía

1. LILIENFELD, A. AM: *Epidemiological methods and influences in studies of non-infection diseases* Public Health Rep 72, 1957, pag. 1.
2. MUÑOZ, P. E: *Psiquiatría Social* cap. 48 en J. L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (coords): *Manual de Psiquiatría*, Ed. Karpos, S. A. Madrid, 1979, págs. 1155-1175.
3. TEN HORN, G. H. M: GULBINAT, W. H; GIEL, R., HENDERSON, J. H: *Psychiatric case registers in public health* Ed. Elsevier, Amsterdam / Oxford / New York, 1987.
4. TEN HORN, G. H. M. M: WOUTERS, J. L; BRUG, A. *Geestelyke gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar: bevindingen u it het register geestelyke volksgezondheid.* Tydschrift voor Psychiatrie, 27, 1985, 128-138.
5. TEN HORN, G. H. M. M: PEDREIRA MASSA, J. L: *Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, VIII, 26, 1988, 373-390.
6. PEDREIRA MASSA, J. L: *El trabajo de Salud Mental Infanto-Juvenil en el Area Sanitaria de Avilés* En J. García González y V. Aparicio (compls): *nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación* Ed. Principado de Asturias, Oviedo, 1990, págs. 153-180.
7. GOLDBERG, D; Huxley, P: *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care* Ed. Tavistock Publications, London / New York, 1980.
8. TEN HORN, G. H. M. M: *Sistemas de evaluación en los procesos de transformación asistencial*, Curso sobre Transformación de la asistencia psiquiátrica, Perlor, 1985.
9. PEDREIRA MASSA, J. L: *Análisis de la demanda en Salud Mental Infanto-Juvenil en una asistencia territorializada en Asturias* Tesis Doctoral, Ed. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Ed. Microfichado n.º 10, Barcelona, 1990.
10. GARCÍA GONZÁLEZ, J.; APARICIO, V; EGUIAGARAY, M: *Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios. El registro de casos psiquiátricos en la evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica de Asturias* Rev. Sanidad e Higiene Pública, 62, 2 (mayo-agosto), 1988, 1469-1482.
11. GARCÍA GONZÁLEZ, J; APARICIO, V: op. cit. en 6.
12. PEDREIRA, J. L; RINCÓN, F: *La clasificación de los trastornos en Psiquiatría Infantil: Comparación de los sistemas más frecuentes* Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 17, 6, 1989, 407-416.
13. MEZZICH, J. E: *On developing a Psychiatric Multiaxial Schema for ICD-10* British J. Psychiatr. 152 (supp 11) 1988, 38-43.