

*José F. Montilla**, *Carlos González***, *Ander Retolaza****,
*Carlos Dueñas*****, *José Alameda******

Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos¹

RESUMEN: Objetivo: se compara el consumo de servicios ambulatorios en pacientes atendidos por primera vez en tres zonas geográficas, sociales y sanitarias del país bastante diversas entre sí, buscando similitudes y diferencias para conocer su actividad y obtener información que permita organizar mejor los servicios.

Material y método: se han incluido los 3.696 pacientes atendidos por primera vez en el año 1.996 en los servicios ambulatorios de salud mental de Fuenlabrada y Getafe (Madrid), Basauri y Galdako (Vizcaya) y Camas y Carmona (Sevilla), recogiendo datos de su primera consulta ambulatoria y del consumo de recursos ambulatorios en el año posterior, medido a través del número de consultas y de una estimación del tiempo empleado en cada una de las diferentes intervenciones que se realizan.

Resultados y conclusiones: el consumo de recursos de atención ambulatoria se asocia con el sexo (mayor en mujeres), la edad (mayor en jóvenes), el tener titulación académica, el distrito (mayor en distritos vascos y menor en los sevillanos), la procedencia de la demanda y el ser diagnosticado de esquizofrenia, psicosis afectiva o trastorno de alimentación. Las diferencias asistenciales entre los centros participantes se explicarían en su mayor parte por la diferente dotación de recursos.

ABSTRACT: Objectives: In this paper we explore the ambulatory MHS use in three different Spanish areas (Basque Country, Madrid and Sevilla) looking for similarities and divergences between them. This analysis will give us a better understanding of our activity, allowing us to propose changes in the MHS organization to improve the attendance provided.

Material and Method: This study includes 3.696 ambulatory patients attended in the MHS of Fuenlabrada and Getafe (Madrid), Basauri and Galdakao (Vizcaya, Basque Country) and Camas and Carmona (Sevilla, Andalusia) during 1.996. Data of their first MHS visit and of the use of ambulatory resources during the subsequent year were collected. The resource consumption was measure through the number of ambulatory visits and the total time spent in the assistance.

Results and conclusions: The ambulatory mental health resources use is associated with sex (higher in women), age (higher in younger patients), educational level (higher in patients having primary certificate), MHS (higher in the Basque MHS and lower in the Andalusian MHS), referring service (higher when patients are referred from non-health system services) and the diagnosis (higher in patients diagnosed as having schizophrenia, mood psychosis or eating disorders. Differences

PALABRAS CLAVE: Centros de Salud Mental Comunitaria, Atención ambulatoria, Estudios de seguimiento, Psiquiatría comunitaria, Provisión de cuidados.

between participating MHS are probably explained by unequal staff resources.

KEYWORDS: Community Mental Health Services, Ambulatory care, Follow-up studies, Community Psychiatry, Health care surveys.

Introducción.-

En este trabajo estudiaremos los factores asociados al consumo de recursos ambulatorios de salud mental. Estudios recientes (1) han ayudado a especificar diversas variables de índole cultural, social y de organización de servicios que influyen en la demanda y recepción de cuidados psiquiátricos en la comunidad.

Se sabe que una gran parte de la provisión de cuidados se hace desde servicios médicos generales (2,3). En un importante estudio (4) sobre consultas ambulatorias, realizado en USA, se encontró que los psiquiatras proporcionaban un significativo mayor número de consultas que los psicólogos, para trastornos esquizofrénicos, pacientes bipolares, abuso de sustancias y depresión; pero significativamente menor para trastornos de ansiedad y síntomas misceláneos de nerviosismo. Los médicos generales proveyeron el mayor número de consultas para trastornos adaptativos, mientras que otros profesionales diversos atendieron los trastornos infanto-juveniles y el retraso mental.

Otro estudio sobre la provisión de psicoterapia en medio ambulatorio (5,6) encontró que la mayor parte de ellas, un 81%, fueron administradas por especialistas de salud mental. Los psicólogos realizaron un 32% de las mismas y los psiquiatras un 24%.

El acceso y la adherencia al tratamiento dependen de medidas objetivas del trastorno, como el diagnóstico y la severidad del mismo (7,8), pero también de medidas subjetivas, como la necesidad percibida por el propio interesado (9,10). Esta última es importante hasta el punto de que, en algunos países, la proporción de usuarios de servicios especializados sin un diagnóstico definido (2,11) o con un trastorno menor (12) resulta especialmente alta. Diversos estudios muestran que el trastorno por somatización (13) y la depresión (14,15) se asocian con un mayor consumo de recursos médicos generales. En el caso del trastorno por somatización se ha calculado que, aunque poco frecuente en población general, el costo por consumo de recursos se multiplica por nueve con respecto al promedio (1,13). Los pacientes por consumo de sustancias constituyen un grupo que no mantiene períodos largos de contacto con servicios (16). La comorbilidad de trastorno psiquiátrico y consumo de alcohol predice un mayor uso de servicios que cualquiera de las dos condiciones aislada (17).

Los usuarios intensivos o de largo recorrido suelen encontrarse más fácilmente, aunque no sólo, entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos psicóticos (8,18). En un estudio realizado en España (19), el número medio de visitas ambulatorias de un paciente esquizofrénico fue de 10,7 al año.

Existen diversas variables sociodemográficas relacionadas con el consumo de recursos psiquiátricos. Parece que las mujeres (20), los jóvenes (21) y las personas de nivel educativo alto tienen mayores probabilidades de iniciar tratamiento (7,22) o de recibir psicoterapia (5,6). Las personas de bajos ingresos o escaso nivel educativo tienen más probabilidad de recibir y mantener cuidados psiquiátricos generales, especialmente en el sistema público de salud, pero no psicoterapia (5,6,23). Los ancianos son el grupo de edad con menor probabilidad de entrar en tratamiento psiquiátrico en cualquier circunstancia (24), especialmente en ámbito hospitalario (25). La privación social, medida a través de variables como la clase social o el desempleo entre otras, se ha asociado a una mayor utilización de servicios (26,27). También influye el lugar de residencia. En general los habitantes de áreas urbanas, frente a los de áreas rurales, presentan una mayor frecuentación de servicios (18,28, 29).

Aunque en este trabajo no tendremos oportunidad de estudiarlos, hay dos factores que tienen especial interés en cuanto la barrera que suponen al acceso a los servicios de salud mental. Varios estudios (30,31,32) muestran cómo las minorías raciales de diversos países desarrollados presentan un significativo menor uso de servicios. Por otro lado se ha visto cómo algunas características de los propios servicios y programas de atención y de los diversos sistemas de aseguramiento influyen en la cantidad y calidad del uso de los servicios de salud mental (33,34,35).

En resumen, podemos concluir que la provisión y recepción de cuidados en salud mental está influenciada por factores sociales y culturales y clínicos que condicionan el uso de servicios. Los datos en la actualidad disponibles indican que, en algunos lugares y países, una alta proporción de usuarios de servicios presenta escasa necesidad de cuidados, mientras que personas con probables grandes necesidades no llegan a acceder a los mismos (1).

En el presente estudio vamos a utilizar el registro de casos psiquiátricos de tres Comunidades Autónomas de España como fuente de información. Hasta la fecha, en nuestro país, se ha hecho un uso muy escaso de la importante fuente de datos disponible en estos archivos. La actividad registrada, si es fiable, constituye un excelente punto de partida para conocer qué cuidados se proveen, por parte de qué profesionales y durante cuánto tiempo. También proporciona información sobre el diagnóstico y, si es posible cruzar estos datos con las variables sociodemográficas de los usuarios, como es el caso en este estudio, podremos someter a prueba y verificar en nuestro medio bastantes de los hallazgos arriba reseñados.

En este trabajo podremos comparar el consumo de servicios ambulatorios en tres zonas geográficas, sociales y sanitarias del país bastante diversas entre sí, buscando similitudes y diferencias. A través del análisis de lo anterior se podrán generar hipótesis más avanzadas y ensayar explicaciones que nos permitan conocer mejor nuestra actividad y organizar mejor nuestros servicios para responder más adecuadamente a las necesidades y demandas de los usuarios, especialmente en el ámbito comunitario.

Material y Método

Este estudio se ha llevado a cabo con datos de pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental de Fuenlabrada y Getafe (Madrid), Basauri y Galdakao (Vizcaya) y Camas y Carmona (Sevilla), y, con el objetivo de estimar la asociación entre algunas características de los pacientes recogidas en su primera consulta ambulatoria en los servicios de salud mental y el consumo de recursos ambulatorios en el año posterior a esa consulta, medido a través del número de consultas y de una estimación del tiempo empleado en cada una de las diferentes intervenciones que se realizan.

Descripción de los Servicios

Se trata de servicios de atención ambulatoria, constituidos por equipos multidisciplinarios, creados en la década de los 80, fruto del desarrollo de las políticas de la reforma psiquiátrica centrada en el modelo de atención comunitaria (territorialización, universalidad de la asistencia, continuidad de cuidados, equipos interdisciplinarios...). Los seis servicios tienen las características que muestra la Tabla 1.

Para cubrir el objetivo del estudio se extrajo un grupo de casos de cada uno de los servicios, constituido por todos aquellos pacientes atendidos por primera vez a lo largo de 1996. Se incluyeron todos los sujetos nacidos antes del 1.1.1978, es decir, que tenían 18 o más años en el momento de la primera consulta, considerando ésta como la primera realizada por un titulado superior.

Se recogió información de todos los contactos asistenciales realizados con los respectivos servicios de salud mental en los 365 días posteriores a la primera entrevista. Cada una de las consultas se incluyó en una de las siguientes categorías de modalidad asistencial, según la definición hecha por el profesional que la llevaba a cabo: evaluación, urgencia (consulta en atención ambulatoria sin cita programada), consulta sucesiva estándar (la que no suponía una intervención específica clasificable en otra de las categorías), psicoterapia individual, psicoterapia de familia o pareja, psicoterapia de grupo e intervención domiciliaria.

Para hacer una estimación del tiempo de asistencia recibido por cada paciente se realizó una encuesta entre profesionales de los distintos servicios para asignar una duración media a cada una de las intervenciones, con los siguientes resultados: evaluación (45 min.), urgencia (45 min. si no había evaluación previa y 20 si era una consulta posterior), consulta sucesiva estándar (20 min.), psicoterapia individual (50 min.), psicoterapia de familia o pareja (60 min.), psicoterapia de grupo (90 min.) e intervención domiciliaria (90 min.).

También se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos y de diagnóstico psiquiátrico para cada uno de los pacientes: sexo (hombre, mujer), edad (tratada como variable continua, y también agrupada en 18-30 años, 31-45 años, 46-65 años, más de 65 años), estado civil (soltero, casado, viudo, separado/divorciado), tipo de convivencia (solo, familia propia, familia origen, otros), nivel educativo (analfabeto, sabe leer y escribir, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores, otros), situación laboral (activo, parado, pensionista (por edad o enfermedad), ama de casa, estudiante,

ORIGINALES Y REVISIONES

otros), diagnóstico principal según CIE-9 (esquizofrenia, otras psicosis, psicosis afectivas, otros trastornos afectivos, trastornos neuróticos (excepto depresivos), alcoholismo, otros trastornos por tóxicos, trastornos de personalidad, trastornos orgánicos, trastornos de alimentación, otros y sin trastorno mental), procedencia de la derivación (acceso directo, médico general (no incluido en equipo de atención primaria), equipo atención primaria, especialista, servicio hospitalarios/urgencias, otros).

La información se obtuvo de los diferentes sistemas de registro de actividad implantados en cada servicio, siendo necesario en ocasiones el procesamiento o la depuración manual de algunos datos.

Para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS 9.0. Se consideran variables dependientes el número de consultas realizadas por cada paciente en el periodo y la duración en minutos estimada para las mismas. Se calculan las medias con su intervalo de confianza al 95% para cada una de las categorías de las variables independientes. Se ha realizado un análisis multivariado de la varianza, ya que las dos variables dependientes, número de consultas y tiempo, están fuertemente correlacionadas, y, por otro lado, había que considerar las posibles interacciones y efectos de confusión entre las variables independientes. Se ha incluido en el modelo definitivo la edad como covariable cuantitativa, y como factores fijos, una vez descartados los factores de confusión, el sexo, el distrito y la procedencia de la demanda, mientras que el nivel educativo se ha transformado en una variable dicotómica (tener o no titulación académica). Para facilitar la comprensión de los resultados, el diagnóstico se ha convertido en 5 variables dicotómicas, correspondientes a los 5 grupos diagnósticos que se asociaban con un mayor consumo de recursos (esquizofrenia, otras psicosis, psicosis afectivas, trastorno por uso de sustancias distintas del alcohol y trastorno de la alimentación).

Resultados

Descripción de la muestra

El número total de sujetos atendidos en los seis distritos incluidos en el estudio fue 3.696. Sus características aparecen reflejadas en la Tabla 2.

Los pacientes tienen edades comprendidas entre los 18 y 95 años, con una edad media 41,6 y una mediana de 38 años. El 65,3% de los sujetos son mujeres, porcentaje habitual en la atención psiquiátrica ambulatoria. El 26,5% de los sujetos están solteros (32,9% de los hombres y 23,1% de las mujeres), el 62,4% son casados, el 5% separados y el 6,2% viudos (2,1% en hombres y 8,3% en mujeres).

En relación con la convivencia destaca que el 23,1% de los pacientes vive con su familia de origen, siendo este porcentaje mayor en hombres (29,3%) que en mujeres (19,8%).

Ha habido dificultades en la recogida de información sobre el nivel educativo en el distrito de Fuenlabrada, de modo que los datos de esta variable se refieren a los pacientes de los otros distritos. Destaca la presencia de un 7,7% de analfabetos (un 4,7% de los hombres y un 9,3% de las mujeres). La categoría de los que saben leer y escribir,

que incluye a los sujetos que no han concluido los estudios primarios, supone un 38,9% de los casos (35,9% de los hombres y 40,3% de las mujeres).

El 38,7% de los sujetos se encontraban ocupados, mientras que el 10,7% eran parados, y el resto, el 50,6%, no activos, de los que el 13,7% son pensionistas.

La procedencia de los pacientes indica el modo en que acceden a la atención psiquiátrica ambulatoria. El 86,4% son derivados desde la atención primaria, un 5,5% de otros especialistas ambulatorios y el 5% provienen de los hospitales, sobre todo de los servicios de urgencia. Poco más de un 3% acceden desde fuera del sistema sanitario: un 1,2% mediante iniciativa propia y el 1,9% derivados desde otros dispositivos, especialmente servicios sociales.

El diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio se ha realizado usando las categorías de la CIE-9, y respetando el consignado por el profesional responsable de la evaluación de cada caso. Los grupos diagnósticos más frecuentes son los trastornos afectivos no psicóticos (40,5%) y el resto de trastornos neuróticos (26,1%).

La Tabla 3 muestra de modo pormenorizado el número de casos atendidos de cada grupo diagnóstico en cada uno de los distritos incluidos en el estudio. Se ha calculado la incidencia administrativa, referida al número de casos nuevos atendidos en los servicios en el año de duración del estudio por cada 1000 habitantes de 18 o más años. La incidencia varía entre los 9,47 casos por 1000 h. de Fuenlabrada a los 5,89 de Camas. La incidencia de esquizofrenia en Basauri supera en más del doble la del resto de los distritos, excepto Galdakao, cuyas cifras también son muy elevadas.

Consumo asistencial bruto

Los 3.696 pacientes del estudio recibieron en su primer año de asistencia ambulatoria en los servicios de salud mental un total de 18.410 actos asistenciales, lo que supone una media de 4,98 consultas por paciente. Destaca el hecho de que el 27,5% de los sujetos sólo realizaran una consulta, mientras que la mediana del número de consultas se encuentra en 3 (Tabla 4).

Una vez calculado el tiempo de asistencia consumido por cada paciente según el procedimiento referido previamente, se obtiene una media por paciente cercana a las 3 horas (175,99 minutos). La mediana es de 105 min.

Las Tablas 5, 6 y 7 muestran los tipos de consultas realizadas y el promedio recibido por paciente de cada uno de ellos. La evaluación supone el 27,2% del total de las consultas realizadas, mientras que las psicoterapias suponen el 22,4% del total. Las 5.005 consultas de evaluación suponen una media de 1,35 por paciente, mientras que la media de consultas estándar de seguimiento es de 2,30. Las 3.215 consultas de psicoterapia individual suponen algo menos de 1 por caso. Las psicoterapias de familia y grupo son menos frecuentes (hay que reseñar que esta última modalidad de atención no se encuentra recogida en los distritos de Camas y Carmona). Las consultas urgentes, es decir, las realizadas por el paciente sin cita programada, han sido 785, el 4,26% del total. Las consultas domiciliarias son prácticamente inexistentes en todos los distritos estudiados. Las diferencias entre los distritos en el número y tipo de consultas se analizará más adelante.

Consumo asistencial y otras variables. Análisis univariado

Para comprobar las asociaciones entre el consumo asistencial y otras variables se ha realizado un análisis de la varianza para las variables categóricas, calculando la media con sus intervalos de confianza al 95% para cada una de las categorías (Tabla 8), usando como variables dependientes tanto el número de consultas como el tiempo de duración de las mismas. Para la edad tratada como variable continua también se ha calculado el coeficiente de regresión.

Se encuentra una asociación entre la edad y el consumo asistencial, de modo que mayores edades se corresponden con menor número de consultas y duración de la asistencia, pasando de las 5,4 consultas en 187 minutos empleados en el grupo de pacientes de 18 – 30 años a las 3,5 asistencias en 107 minutos en los mayores de 65 (un 43% menos). No se aprecian diferencias relevantes en el consumo asistencial entre hombres y mujeres.

Respecto al estado civil, es mayor el número de consultas y la duración de la asistencia en los solteros, y menor en la categoría de los separados y divorciados. El tipo de convivencia da una información similar, pues el uso de servicios es mayor en aquellos pacientes que viven con su familia de origen y menor entre los que viven solos. Parece, pues, identificarse un grupo de pacientes con mayor consumo asistencial, que corresponde a jóvenes, solteros, y que viven con su familia de origen.

De acuerdo con lo anterior, y en relación con la situación laboral, se dedica más tiempo y número de consultas a los estudiantes, y también a los parados.

El análisis del nivel educativo muestra una relación directamente proporcional entre la formación recibida y el consumo asistencial, pasándose de las 3,07 consultas en 99 minutos de los analfabetos a las 6,24 asistencias en 250 minutos de los pacientes con estudios superiores (supone un aumento del 103% para el número de consultas y del 153% para el tiempo empleado).

En relación con la procedencia de los pacientes cuando acceden por primera vez a la atención psiquiátrica ambulatoria, se aprecia un mayor consumo asistencial en aquellos pacientes derivados desde los servicios hospitalarios/urgencia y los procedentes de otros dispositivos (servicios sociales), frente a los que siguen la vía más normalizada de la atención primaria u otros especialistas ambulatorios.

El consumo asistencial por grupos diagnósticos muestra que el mayor número de consultas se realiza con los pacientes esquizofrénicos (13,24 consultas por paciente y año), seguidos por los trastornos de alimentación (8,51), los trastornos por uso de sustancias (7,62) y el resto de las psicosis, tanto las paranoides (7,65) como las afectivas (7,00). Son similares los resultados si se valora el tiempo de duración de la asistencia, excepto en el grupo de los trastornos de alimentación, que muestra un consumo de 420 minutos, claramente superior al resto. Esto es debido en gran parte al caso de un solo paciente al que se realizó una psicoterapia con dos sesiones semanales, y que desvía la media de su grupo; sin ese caso la media sería de 365 minutos.

Los distritos sevillanos, Camas y Carmona, dedican unas 3 consultas y entre 80 y 115 minutos por pacientes, los vizcaínos, Galdakao y Basauri prestan entre 7 y 11

consultas y entre 270 y 390 minutos. En una situación intermedia respecto a la cantidad de cuidados prestados a los pacientes nuevos se encuentran los dos servicios madrileños, Getafe y Fuenlabrada, con 5 consultas y entre 160 y 195 minutos.

Análisis multivariado

Se ha incluido en el modelo la edad, el sexo, el distrito, la procedencia de la demanda, el nivel educativo transformado en una variable dicotómica (tener o no titulación académica) y el diagnóstico convertido en 5 variables dicotómicas, correspondientes a los 5 grupos diagnósticos que se asociaban con un mayor consumo de recursos (esquizofrenia, psicosis paranoide, psicosis afectiva, trastorno por uso de sustancias distintas del alcohol y trastorno de la alimentación). Previamente se había comprobado que la asociación encontrada en el análisis univariado con el estado civil, el tipo de convivencia y la situación laboral desaparece en el multivariado, pues se debía a un efecto de confusión; es decir, y tomando como ejemplo el estado civil, el aparente mayor consumo de recursos de los solteros no se debe a su estado civil, sino a la mayor proporción de jóvenes, o de psicóticos entre los mismos en la muestra.

Con este modelo, una vez ajustada cada variable por el resto, resulta asociarse el consumo de recursos de atención ambulatoria con el sexo (mayor en mujeres; $p = 0,024$), la edad (mayor en jóvenes; $p < 0,001$), el tener titulación académica ($p = 0,032$), el distrito (mayor en distritos vascos; $p < 0,001$), la procedencia de la demanda (mayor en otras procedencias; $p = 0,002$), y el ser diagnosticado de esquizofrenia ($p < 0,001$), psicosis afectiva ($p < 0,001$) o trastorno de alimentación ($p < 0,001$).

Diferencias entre los distritos

Uno de los objetivos del estudio es el conocer las diferencias en el empleo de los recursos entre los seis distritos participantes.

En primer lugar hay que considerar las diferentes dotaciones de personal de cada uno de los servicios, que modifican su capacidad para realizar más o menos consultas. Entendemos que no hay que interpretar estos resultados desde el punto de vista del profesional (¿quién trabaja más o mejor?), sino desde la perspectiva del usuario (¿qué posibilidades tengo de recibir la asistencia de mejor calidad según donde resida?).

La Tabla 8 muestra grandes diferencias entre distritos tanto en número de consultas como en tiempo, como ya se ha reseñado previamente. Estas variaciones se mantienen también si se evalúa el tipo de consultas realizadas (ver Tabla 7). Por otra parte, el análisis multivariado confirma que las diferencias entre los distritos se mantienen aún realizando un ajuste por las variables sociodemográficas y de diagnóstico, es decir, que aunque los pacientes fueran similares en los seis distritos, las diferencias se mantendrían.

La Tabla 9 muestra el número de consultas y tiempo empleado por distrito y grupo diagnóstico. Su análisis permite comprobar que en los servicios con capacidad

para realizar más asistencias se producen más diferencias en función de la gravedad de los pacientes atendidos (por ejemplo, en Fuenlabrada se hacen 22 consultas a una esquizofrenia y 5,4 a un trastorno neurótico), mientras que los servicios peor dotados esta posibilidad de discriminación disminuye (por ejemplo, en Camas, 5,3 consultas por esquizofrénico y 3,2 por trastorno neurótico). Estas diferencias no son tan claras en Basauri, donde parece haber mayor homogeneidad entre diagnósticos.

Dotación de recursos/prestaciones asistenciales

Al analizar el número de habitantes por facultativo (ver Tabla 10) (psiquiatras y psicólogos clínicos dedicados a la atención de adultos), encontramos que es muy similar en los distritos de Madrid y Vizcaya (entre 13.418 h./facultativo en Galdakao y 12.506 en Fuenlabrada); los 8.513 h./facultativo de Basauri se explican por la dotación adicional existente para el programa de toxicomanías. En los servicios de Sevilla la población correspondiente a cada facultativo se multiplica casi por dos.

La Tabla 11 muestra el número de consultas por facultativo referidas a los pacientes nuevos. Vuelven a ser semejantes los distritos de Madrid y Basauri (alrededor de 600). La cifra mucho más elevada de Galdakao (1.047) se debe al mayor peso relativo de las consultas de enfermería. De nuevo los distritos sevillanos quedan a una cierta distancia (390 y 499 consultas por facultativo).

El tiempo asistencial por facultativo da cifras semejantes, aunque en el caso del distrito de Carmona se incrementan aún más las diferencias con el resto.

La duración media de la consulta es de unos 35 minutos y no aparecen grandes diferencias entre los distritos, siendo los extremos 37,9 min. en Getafe y 31,2 min. en Carmona.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo parecen sustancialmente válidos. Sin embargo, tratándose de información derivada de registros de casos, la aportación fundamental de datos procede, para algunas de las variables como el diagnóstico, de criterios profesionales, aplicados en situación directa de práctica clínica. No se produce, pues, una validez incuestionable para los diagnósticos, ya que estos criterios no han sido previamente consensuados, más allá de las comunes asunciones profesionales, ni sometidos a criterios de fiabilidad interjueces. Sin embargo a los efectos de esta investigación, cuyo carácter es, ante todo, descriptivo esto no representa un problema serio. Nos interesaba encontrar descripciones generales asociadas a consumo de recursos y, a estos efectos, los datos diagnósticos encontrados resultan suficientemente válidos y no se encuentran en ellos anomalías, en cuanto a su distribución cualitativa y cuantitativa, fuera de lo esperable ni de lo encontrado en otros trabajos. Por otra parte esta limitación es inevitable y compartida por todos aquellos estudios que utilizan los registros de casos como fuente de datos (36, 37).

Revisando algunas de las características de la muestra encontramos una edad media relativamente joven (41,6 años), con un 63,8% de personas con 45 años o menos

frente a un 10% de mayores de 65. Como en otros estudios (7,38) encontramos mayoría de mujeres entre los usuarios de los servicios (65,3%). El colectivo de personas sin estudios o con un nivel muy bajo de los mismos resulta particularmente alto (46,6% del total de la muestra) aunque con evidentes diferencias entre las diversas comunidades autónomas estudiadas. Hemos encontrado resultados similares en otros trabajos (7,23,39). La explicación podría estar en que este grupo de población manifiesta un cierto déficit social que le hace más vulnerable al malestar psíquico y más demandante de ayuda. El hecho de que en el distrito de Fuenlabrada no haya sido posible recoger esta variable, reduce la muestra en un 30,5% a estos efectos, lo que pudiera introducir algún sesgo y sugiere una interpretación prudente, por la pérdida muestral, de este dato.

Un elevado porcentaje de quienes acudieron por primera vez a los servicios vive con su familia de origen, lo que unido a la edad joven y la relativa frecuencia de solteros (26,5%) da un perfil inicial del usuario medio. Como corresponde al contexto ambulatorio de tratamiento (40) una mayoría de pacientes (66,6%) presenta trastornos afectivos no psicóticos o trastornos neuróticos, mientras que el 86,4% son derivados desde servicios de Atención Primaria.

Aparecen pocos demandantes por problemas de drogas. Probablemente el hecho de que en la mayoría de los distritos estudiados existan redes específicas de tratamiento para esta población explica este resultado. También llama la atención el hecho de que sólo hubiera un total de 50 nuevos pacientes diagnosticados de esquizofrenia en el conjunto de los centros en el transcurso de un año, lo que supone un 1,4% del total de la muestra. Cabría esperar una mayor presencia de nuevos casos con diagnóstico de trastorno mental severo en este tipo de servicios. Para el conjunto de los trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis afectivas y otras psicosis) hubo un total de 221 casos, lo que representa un 6,4% del total de la muestra, cifra quizá algo menor a la esperable en Centros especializados de Salud Mental. Frente a ello hubo un 3% de personas sin un diagnóstico establecido (105 casos).

Si observamos la incidencia administrativa (número de casos nuevos atendidos por mil habitantes) vemos confirmada esta tendencia respecto a los grandes grupos diagnósticos, aunque con significativas diferencias entre los servicios estudiados. Predominan los trastornos de menor severidad (promedio de 3 por mil para los trastornos afectivos no psicóticos y de 2 por mil para los neuróticos) frente al 0,11 de los trastornos esquizofrénicos y el 0,22 de las psicosis afectivas, similar, este último, al 0,23 por mil de los casos incidentes sin trastorno mental.

Las diferencias entre los servicios (por ejemplo la alta incidencia administrativa de esquizofrenia y psicosis afectivas en el CSM de Basauri respecto al resto) podría explicarse por la oferta o no de programas específicos que atraerían pacientes de fuera de su ámbito territorial, y por los hábitos de la población referentes a la necesidad de consultar por enfermedad mental asociados a factores socio-culturales. Alternativa o complementariamente, algunas de las diferencias (por ejemplo trastornos esquizofrénicos

frente a psicosis paranoides y psicosis afectivas) podrían explicarse también por los diferentes hábitos diagnósticos de los profesionales de cada centro. No parece que la estructura urbano versus rural de los distritos haya influenciado en estas diferencias, salvo quizá en el caso del distrito de Camas que registra una muy baja incidencia administrativa para el conjunto de los trastornos psicóticos (0,28 por mil, la mitad del promedio de los seis centros estudiados).

La media de 5 consultas/usuario/año parece razonable, así como el total de tiempo destinado a las mismas, cercano a las tres horas, por cada paciente al año. El tiempo medio por consulta resultante supera por poco la media hora, lo que parece satisfactorio dadas las circunstancias de trabajo y la presión asistencial de los servicios estudiados. Hay que considerar, como era de esperar, un amplio rango de variabilidad en los tiempos destinados a consulta que van desde los 20 minutos/año hasta más de 60 horas/año en algún caso. También existen, en este apartado, diferencias importantes entre los distritos estudiados. En los distritos vascos se realiza un sensible mayor número de consultas por paciente que en el resto (aún considerando el artefacto que puede producir el mayor peso de las consultas de enfermería en Galdakao), en todas las variedades de las mismas. Los distritos andaluces están en la situación contraria y los madrileños ocupan una posición intermedia. Factores relacionados con la dotación de recursos (menos facultativos por habitante en Andalucía), y la organización de los servicios (p. ej. peso relativo de la enfermería) podrían explicar, en parte, estas diferencias.

Destaca la coincidencia general en el número, prácticamente nulo de consultas a domicilio. Más allá de las diferencias en cuanto a dotación y estructura de los recursos de enfermería comunitaria especializada en salud mental, hay que considerar que el primer año de tratamiento no es el momento del proceso terapéutico en el que suelen realizarse este tipo de intervenciones.

Hay que explicar el hecho de que un 27,5% de las personas demandantes sólo realizara una consulta. Pudiera corresponder a un grupo con patología menos severa, que se resolvió mediante consultas de orientación diagnóstica y de manejo dirigida al derivante (habitualmente médico de familia). Una explicación que complementa la anterior es que correspondan a abandonos de tratamiento, que pudieran relacionarse con la oferta terapéutica, los tiempos de espera, etc. Una manera de comprobarlo en futuros estudios sería la de estudiar los reinicios de tratamiento, es decir aquellos pacientes que vuelven, en cuanto a su diagnóstico y otras variables.

Estudiando cada modalidad de consulta observamos que las de mayor frecuencia en todos los centros son, como era de esperar, las de evaluación y seguimiento. Sorprende que en Fuenlabrada no llegue a alcanzarse la cifra de una consulta de evaluación por paciente. No sabríamos cómo interpretar este dato, aunque es posible que esta incongruencia se deba a alguna peculiaridad del registro de casos en este centro.

En todos los servicios se ofrece algún tipo de psicoterapia, La mayor parte de las mismas son de tipo individual (17,5% del total de consultas) junto a los formatos familiar

(1,4%) y grupal (3,5%). Las psicoterapias se realizan a 989 pacientes (el 26,8% del total de la muestra) con un promedio de 4,2 sesiones por paciente.

También existen sensibles diferencias entre los centros en este apartado. Nuevamente son los centros del País Vasco los que, según su registro, ofertan mayor cantidad de consultas de psicoterapia por paciente (aproximadamente el doble que en los distritos madrileños y el centro de Camas). En el de Carmona apenas se ofrece algún tipo de psicoterapia (una sesión por cada 12,5 pacientes y casi siempre en formato familiar). Las diferencias de recursos entre los servicios, las modalidades de trabajo profesional y posibles factores de aceptación cultural, tanto entre los profesionales como entre los usuarios podrían explicar, al menos en parte, estas diferencias.

Convendría, de todas formas interpretar con prudencia estos resultados y analizar más en profundidad la fiabilidad de los datos aportados por el registro de casos en este apartado. Ignoramos la naturaleza y calidad de esta oferta, que no está, en absoluto, estandarizada por dificultades obvias a este respecto. Por ello puede existir una gran variabilidad no sólo entre centros, sino entre profesionales de un mismo centro, a la hora de decidir qué es o no psicoterapia y, consecuentemente, de registrar esta actividad. Con todo puede ser tomada, si no como un medida definitiva, al menos como un indicador de calidad asistencial. Es un problema a resolver en los registros de casos la estandarización de esta variable, que junto con la del diagnóstico son las únicas que dependen directamente del criterio profesional.

En la Tabla 8 encontramos una interesante descripción de las variables más asociadas al consumo de recursos. Como en otros trabajos que nos preceden (5,6,21,24), el grupo de mayor edad tiene un promedio de consultas y de tiempo total de dedicación más bajo que el resto. Esto se corrobora cuando observamos que en la variable situación laboral ocurre lo mismo respecto a los pensionistas, que probablemente describen, en líneas generales, al mismo grupo de personas. El complemento de esto lo encontramos si se repara en que estudiantes y personas con nivel educativo superior presentan una más alta tasa de consumo de servicios que quienes están en un nivel bajo de escolarización.

No se observan diferencias significativas estudiando el género, sin embargo la procedencia del paciente, que probablemente es una variable asociada con la severidad diagnóstica, influye en el número y tiempo total de contactos. En líneas generales son las personas procedentes de servicios hospitalarios/urgencias y otros (probablemente servicios sociales) los que tienen un mayor consumo de recursos.

En cuanto a los diagnósticos se aprecia una sensible diferencia entre la esquizofrenia, que tiene un promedio de consultas por caso muy alto, y el resto. Esto supone un indicador de buena práctica asistencial ya que, los pacientes con diagnóstico severo, incluidos en este estudio, tienen un alta tasa de frecuentación de servicios y de dedicación de tiempo en los mismos. En otro estudio que nos precede (19) y también realizado en España (referido en concreto a las provincias de Barcelona, Cantabria y Navarra), se encontró un promedio de 10,7 consultas al año para los pacientes

ORIGINALES Y REVISIONES

diagnosticados de esquizofrenia, frente a las 13,24 encontradas en este estudio, si bien con una amplia variabilidad entre los centros como se observa en la Tabla 9.

Abundando en esta línea, encontramos, como anteriormente, importantes diferencias entre los diversos centros y distritos en cuanto a las consultas y el tiempo dedicado a los diversos diagnósticos. Parece que los centros dotados de mejores dispositivos y recursos están en situación de dedicar un mayor número de consultas a todos los pacientes y de distribuir mejor el tiempo de trabajo entre los diversos diagnósticos. Las altas cifras que presenta el CSM de Galdakao en casi todos los apartados referidos a frecuentación, quizá se deban a la profusión de consultas de enfermería que se realizan en este servicio.

El análisis multivariado produce un modelo en el que el género, la edad, el diagnóstico, la procedencia de los pacientes y el distrito resultan los factores de mayor relevancia en cuanto al consumo de recursos. A tenor de lo arriba expuesto, en este estudio el perfil de usuario con mayor frecuentación de servicios sería un varón joven diagnosticado de esquizofrenia u otro trastorno severo, derivado desde ámbito hospitalario/urgencia y residente en zonas urbanas del centro o del norte del país. Merece la pena destacar este hecho porque los pacientes más abundantes en todos los centros estudiados son de un perfil muy distinto en cuanto a su severidad. No olvidemos que un 66.6% del total de los casos atendidos se agrupan sólo con los diagnósticos de depresión y neurosis (ver Tabla 2).

El perfil asistencial de nuestros centros se acerca más al modelo europeo de asistencia pública, preocupado por atender adecuadamente y no marginar a los pacientes clásicos de la psiquiatría, a pesar de la muy importante presión y demanda generada por los trastornos de severidad menor. Sin embargo se percibe que la estructura y dotación de recursos de los centros incide de una manera muy significativa en la atención prestada, explicando algunas de las diferencias más importantes encontradas entre los diferentes servicios.

Tabla 1.- Características de los servicios de salud mental.

	Getafe	Fuenlabrada	Camas	Carmona	Basauri ¹	Galdakao ¹
Pob. total ²	143.153	174.160	122.155	88.367	48.490	29.646
Pob. >= 18años ²	113.900	118.809	90.661	66.661	40.693	23.813
Características urb.	Metrop.	Metrop.	Mixta	Rural	Metrop.	Metrop.
Nº psiquiatras ³	6	7,5	3	2	3	1
Nº psicólogos ³	3	2	1	1	4	1,5
Total titulados sup. ³	9	9,5	4	3	7	2,5

1.- Sólo se incluyó en el estudio parte del territorio de referencia del servicio (los municipios cabecera).

2.- Población según censo 1996.

3.- Profesionales dedicados a atención a adultos.

Tabla 2.- Características de la muestra

	Media	D.S.
EDAD (N=3649)	41,6	16,0
	N	%
18 – 30 años	1.061	29,1
31 – 45 años	1.266	34,7
46 – 65 años	950	26,0
Más de 65 años	372	10,2
SEXO (N=3696)		
Hombre	1.284	34,7
Mujer	2.412	65,3
ESTADO CIVIL (N=3639)		
Soltero	963	26,5
Casado	2.269	62,4
Separado	183	5,0
Viudo	224	6,2
CONVIVENCIA (N=3628)		
Solo	168	4,6
Familia propia	2.525	69,6
Familia de origen	838	23,1
Otros	97	2,7
NIVEL EDUCATIVO (N=2566)		
Analfabeto	199	7,7
Sabe leer y escribir	998	38,9
Estudios primarios	631	24,6
Estudios secundarios	594	23,1
Estudios superiores	144	5,6
SITUACIÓN LABORAL (N=3574)		
Ocupado	1.384	38,7
Parado	382	10,7
Pensionista	488	13,7
Ama de casa	1.067	29,9
Estudiante	217	6,1
Otros	36	1,0
PROCEDENCIA (N=3649)		
Acceso directo	45	1,2
Atención primaria	3.153	86,4
Atención especializada	201	5,5
Servicios hospitalarios - Urgencias	182	5,0
Otros	68	1,9

ORIGINALES Y REVISIONES

DIAGNÓSTICO (N=3453)		
Esquizofrenia	50	1,4
Otras psicosis	72	2,1
Psicosis afectivas	99	2,9
Otros T afectivos	1.399	40,5
T neuróticos	901	26,1
Alcoholismo	123	3,6
Otros T uso sustancias	50	1,4
T personalidad	128	3,7
T orgánicos	69	2,0
T alimentación	61	1,8
Otros	396	11,5
Sin T mental	105	3,0
DISTRITO (N=3696)		
Getafe	1.004	27,2
Fuenlabrada	1.126	30,5
Galdakao	171	4,6
Basauri	395	10,7
Carmona	438	11,9
Camas	562	15,2

Tabla 3.- Número de casos e incidencia administrativa por mil habitantes mayores de 18 años por grupos diagnósticos y distrito.

Población de 18 ó más años		Basauri	Galdakao	Fuenlabrada	Getafe	Camas	Carmona	Total
		40.693	23.813	118.809	113.900	90.661	66.661	454.537
Esquizofrenia	Nºcasos	10	4	10	10	9	7	50
	Incidencia	0,246	0,168	0,084	0,088	0,099	0,105	0,110
P paranoides	Nºcasos	6	6	26	17	8	9	72
	Incidencia	0,147	0,252	0,219	0,149	0,088	0,135	0,157
P afectivas	Nºcasos	19	5	27	25	8	15	99
	Incidencia	0,467	0,210	0,227	0,219	0,088	0,225	0,218
Otro t afectivo	Nºcasos	98	45	380	338	298	240	1399
	Incidencia	2,408	1,890	3,198	2,968	3,287	3,600	3,078
T neuróticos	Nºcasos	100	25	298	264	135	79	901
	Incidencia	2,457	1,050	2,508	2,318	1,489	1,185	1,982
Alcoholismo	Nºcasos	24	5	46	29	15	4	123
	Incidencia	0,590	0,210	0,387	0,255	0,165	0,060	0,271
Otro t tóxicos	Nºcasos	22	1	11	5	7	4	50
	Incidencia	0,541	0,042	0,093	0,044	0,077	0,060	0,110
T personalidad	Nºcasos	5	2	67	33	7	14	128
	Incidencia	0,123	0,084	0,564	0,290	0,077	0,210	0,282

T orgánicos	Nºcasos	3	3	9	11	18	25	69
	Incidencia	0,074	0,126	0,076	0,097	0,199	0,375	0,152
T alimentación	Nºcasos	4	3	27	16	8	3	61
	Incidencia	0,098	0,126	0,227	0,140	0,088	0,045	0,134
Otros	Nºcasos	40	35	171	110	21	19	396
	Incidencia	0,983	1,470	1,439	0,966	0,232	0,285	0,871
Sin t mental	Nºcasos	7	25	53	20	0	0	105
	Incidencia	0,172	1,050	0,446	0,176	0,000	0,000	0,231
Total	Nºcasos	338	159	1125	878	534	419	3453
	Incidencia	8,306	6,677	9,469	7,709	5,890	6,286	7,597

Tabla 4.- Consumo de servicios en el periodo de seguimiento

	Total	Media	D. S.	Mediana	Rango
Nº de consultas	18.410	4,98	5,87	3	1 – 102
Tiempo (minutos)	650.455	175,99	228,39	105	20 – 3.915

Tabla 5.- Tipos de consultas realizadas por distrito y tipo asistencial

	Eval.	Seguim.	Psico.	Familia	Grupo	Urg.	Dom.	TOTAL
Getafe	1.714	2.182	823	51	314	64	1	5.149
Fuenlabrada	1.052	2.815	945	29	185	381	0	5.407
Galdakao	419	947	309	41	108	60	0	1.884
Basauri	817	1.192	633	123	41	198	0	3.004
Carmona	438	625	35	20	0	49	4	1.171
Camas	565	725	470	1	0	33	1	1.795
TOTAL	5.005	8.486	3.215	265	648	785	6	18.410

Tabla 6.- Tipos de consultas realizadas por distrito y tipo asistencial (en %)

	Evaluación	Seguimiento	Psicoterapia	Familia	Grupo	Urgencia	Domicilio
Getafe	33.3%	42.4%	16.0%	1.0%	6.1%	1.2%	0.0%
Fuenlabrada	19.5%	52.1%	17.5%	0.5%	3.4%	7.0%	0.0%
Galdakao	22.2%	50.3%	16.4%	2.2%	5.7%	3.2%	0.0%
Basauri	27.2%	39.7%	21.1%	4.1%	1.4%	6.6%	0.0%
Carmona	37.4%	53.4%	3.0%	1.7%	0.0%	4.2%	0.3%
Camas	31.5%	40.4%	26.2%	0.1%	0.0%	1.8%	0.1%
TOTAL	27.2%	46.1%	17.5%	1.4%	3.5%	4.3%	0.0%

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 7.- Número de consultas por paciente, distrito y tipo asistencial

	Eval.	Seguimiento	Psicot.	Familia	Grupo	Urgencia	Domicilio	TOTAL
Getafe	1,71	2,17	0,82	0,05	0,31	0,06	0,00	5,13
Fuenlabrada	0,93	2,50	0,84	0,03	0,16	0,34	0,00	4,80
Galdakao	2,45	5,54	1,81	0,24	0,63	0,35	0,00	11,02
Basauri	2,07	3,02	1,60	0,31	0,10	0,50	0,00	7,61
Carmona	1,00	1,43	0,08	0,05	0,00	0,11	0,01	2,67
Camas	1,01	1,29	0,84	0,00	0,00	0,06	0,00	3,19
TOTAL	1,35	2,30	0,87	0,07	0,18	0,21	0,00	4,98

Tabla 8.- Consumo asistencial y otras variables

	Nº CONSULTAS		TIEMPO (minutos)	
	Coeficiente de regresión			
EDAD (N=3649)	-0,085 (p< 0,001)		-0,142 (p< 0,001)	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
18 – 30 años	5,40	5,02 - 5,79	187	175 - 200
31 – 45 años	5,10	4,78 - 5,43	164	154 - 173
46 – 65 años	5,09	4,70 - 5,48	155	146 - 164
Más de 65 años	3,50	3,19 - 3,80	107	98 - 115
SEXO (N=3696)	p = 0,858		p = 0,062	
Hombre	5,00	4,67 - 5,34	166	155 - 177
Mujer	4,97	4,74 - 5,20	181	172 - 191
ESTADO CIVIL (N=3639)	p < 0,001		p < 0,001	
Soltero	5,83	5,34 - 6,32	218	199 - 238
Casado	4,84	4,62 - 5,05	167	159 - 176
Separado	3,82	3,38 - 4,26	118	105 - 131
Viudo	4,68	3,93 - 5,43	163	135 - 191
CONVIVENCIA (N=3628)	p < 0,001		p < 0,001	
Solo	4,53	3,82 - 5,24	144	122 - 166
Familia propia	4,78	4,58 - 4,98	165	157 - 172
Familia de origen	5,85	5,33 - 6,36	224	203 - 245
Otros	4,77	3,57 - 5,97	153	119 - 187
NIVEL EDUCATIVO (N=2566)	p < 0,001		p < 0,001	
Analfabeto	3,07	2,69 - 3,45	99	88 - 110
Sabe leer y escribir	4,90	4,56 - 5,24	162	151 - 173
Estudios primarios	4,97	4,52 - 5,41	177	161 - 192
Estudios secundarios	6,18	5,63 - 6,74	249	223 - 275
Estudios superiores	6,24	5,17 - 7,31	250	201 - 297

SITUACIÓN LABORAL (N=3574)		p < 0,001	p < 0,001	
Ocupado	5,27	4,96 - 5,58	186	173 - 199
Parado	5,89	5,01 - 6,77	211	180 - 241
Pensionista	3,92	3,60 - 4,24	119	110 - 127
Ama de casa	4,65	4,35 - 4,95	165	154 - 177
Estudiante	6,12	5,27 - 6,96	260	217 - 302
Otros	4,47	2,90 - 6,04	141	101 - 182
PROCEDENCIA (N=3649)		p < 0,001	p < 0,001	
Acceso directo	4,91	3,65 - 6,17	217	125 - 309
Atención primaria	4,85	4,65 - 5,05	172	164 - 180
Atención especializada	4,44	3,84 - 5,04	156	134 - 178
Servicios hospitalarios - Urgencias	7,32	6,30 - 8,34	248	208 - 287
Otros	8,66	6,58 - 10,74	295	215 - 375
DIAGNÓSTICO (N=3453)		p < 0,001	p < 0,001	
Esquizofrenia	13,24	9,19 - 17,29	332	230 - 434
Otras psicosis	7,65	6,32 - 8,98	219	173 - 266
Psicosis afectivas	7,00	4,79 - 9,21	185	134 - 236
Otros T afectivos	4,65	4,40 - 4,90	161	150 - 171
T neuróticos	5,27	4,90 - 5,63	191	176 - 207
Alcoholismo	5,26	4,29 - 6,23	168	134 - 202
Otros T uso sustancias	7,62	4,98 - 10,26	228	152 - 304
T personalidad	5,98	4,90 - 7,06	229	183 - 276
T orgánicos	3,75	2,67 - 4,84	120	81 - 160
T alimentación	8,51	5,78 - 11,24	420	260 - 581
Otros	4,22	3,77 - 4,68	166	148 - 185
Sin T mental	2,75	2,05 - 3,45	110	83 - 137
DISTRITO (N=3696)		p < 0,001	p < 0,001	
Getafe	5,13	4,80 - 5,45	194	179 - 209
Fuenlabrada	4,80	4,45 - 5,16	160	147 - 174
Galdakao	11,02	9,29 - 12,74	390	334 - 446
Basauri	7,61	6,95 - 8,26	273	247 - 298
Carmona	2,67	2,48 - 2,87	83	79 - 88
Camas	3,19	2,97 - 3,42	114	106 - 123

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 9.- Número de consultas y tiempo empleado por grupos diagnósticos y distrito.

		Basauri	Galdakao	Fuenlabrada	Getafe	Camas	Carmona
Esquizofrenia	Nºcasos	10	4	10	10	9	7
	Nºcons	10,80	31,25	22,10	12,70	5,33	4,71
	Tiempo	339	719	501	298	168	119
P paranoides	Nºcasos	6	6	26	17	8	9
	Nºcons	8,67	7,17	8,96	8,82	4,50	4,11
	Tiempo	207	228	209	296	138	116
P afectivas	Nºcasos	19	5	27	25	8	15
	Nºcons	8,11	27,40	6,33	5,92	3,31	2,64
	Tiempo	240	613	154	169	103	98
Otro t afec.	Nºcasos	98	45	380	338	298	240
	Nºcons	6,98	12,20	5,54	5,70	3,31	2,64
	Tiempo	280	445	142	201	118	83
T neuróticos	Nºcasos	100	25	298	264	135	79
	Nºcons	7,98	12,00	5,40	5,40	3,18	2,29
	Tiempo	270	527	182	215	114	73
Alcoholismo	Nºcasos	24	5	46	29	15	4
	Nºcons	10,88	12,20	3,65	4,24	1,67	2,25
	Tiempo	334	454	116	129	66	70
Otro t tóx.	Nºcasos	22	1	11	5	7	4
	Nºcons	12,86	7,00	4,27	2,60	3,29	2,00
	Tiempo	376	215	132	82	112	65
T person.	Nºcasos	5	2	67	33	7	14
	Nºcons	6,00	4,50	5,39	8,79	3,14	3,79
	Tiempo	232	198	202	360	101	121
T orgánicos	Nºcasos	3	3	9	11	18	25
	Nºcons	15,33	7,33	4,44	3,82	2,67	2,44
	Tiempo	575	213	111	125	83	82
T aliment.	Nºcasos	4	3	27	16	8	3
	Nºcons	6,75	7,33	10,74	8,25	5,13	2,33
	Tiempo	269	215	596	368	218	90
Otros	Nºcasos	40	35	171	110	21	19
	Nºcons	5,53	9,14	2,68	4,99	3,10	3,05
	Tiempo	226	315	101	221	120	72
Sin t mental	Nºcasos	7	25	53	20	0	0
	Nºcons	2,86	6,72	1,47	1,15	-	-
	Tiempo	124	270	54	52	-	-

Tabla 10. Número de profesionales por distrito y población atendida.

	Basauri*	Galdakao	Fuenlabrada	Getafe	Camas	Carmona	Total
Pob. 18 o más años**	59594	33546	118809	113900	90661	66661	483171
Nº psiquiatras	3	1	7,5	6	3	2	22,5
Hab. por psiquiatra	19865	33546	15841	18983	30220	33330	21474
Nº psicólogos	4	1,5	2	3	1	1	12,5
Hab. por psicólogo	14898	22344	59404	37966	90661	66661	38653
Nº facultativos	7	2,5	9,5	9	4	3	35
Hab. por facultativo	8513	13418	12506	12655	22665	22220	13805

*Es el único servicio que atiende toxicomanías.

**Censo 1996. La población de Basauri y Galdakao es la de todo el distrito sanitario, que es la atendida por los profesionales reseñados.

Tabla 11. Número de consultas y tiempo asistencial por profesional y distrito.

	Basauri	Galdakao	Fuenlabrada	Getafe	Camas	Carmona	Total
Nº consultas	3004	1884	5407	5149	1795	1171	18410
Tiempo asistencial	107685	66675	180425	194935	64235	36500	650455
Nº facultativos	4,8	1,8	9,5	9	4	3	32,1
Cons. por facultativo	626	1047	569	572	449	390	573
T. por facultativo	22434	37042	18992	21659	16059	12167	20237
Dur. med. consulta	35,9	35,4	33,4	37,9	35,8	31,2	35,3

¹ Este proyecto de investigación asistencial ha sido diseñado, realizado y elaborado desde uno de los grupos de trabajo de la A.E.N., el de Investigación Asistencial. Junto al objetivo de desarrollar proyectos de investigación asistencial multicéntricos, que nos aportarán datos y, por tanto, perspectiva del sistema público de atención a la salud mental en nuestro país, nos marcamos otro objetivo, compatible y también muy querido y necesario: aportar a la formación de nuestros Residentes, de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, un contacto riguroso con el campo de la investigación asistencial.

Creemos y esperamos que, en línea con la inequívoca trayectoria de la A.E.N. de compromiso con lo asistencial y público, lo multiprofesional y la formación, el resultado de este trabajo merezca el apoyo e impulso recibido desde la Asociación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horwitz AV.: "Seeking and receiving mental health care". *Current Opinion in Psychiatry*, 1996. 9: 158-161.
2. Darrel A, Regier MD, Narrow WE; Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK: "The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services". *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50:85-94.
3. Parikh SV, Lin E, Lesage AD : "Mental health treatment in Ontario: Selected comparisons between the primary care and specialty sectors". *Canadian Journal of psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1997, 42(9):929-34.
4. Olfson M, Pincus HA. "Outpatient mental health care in nonhospital settings: distribution of patients across provider groups". *American Journal of Psychiatry*, 1996. 153(10):1353-6.
5. Olfson M, Pincus H: "Outpatient psychotherapy in the United States, I:volum, costs and user characteristics". *Am J Psychiatry*, 1994. 151:1281-1288.
6. Olfson M, Pincus H: "Outpatient psychotherapy in the United States, II:patterns of utilization". *Am J Psychiatry*, 1994. 151:1289-1294.
7. Parslow RA, Jorm AF. "Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000. 34(6):997-1008.
8. Wiersma D, Sytema S, van Busschbach J, Schreurs M, Kroon H, Driessen G: "Prevalence of long-term mental health care utilization in The Netherlands". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997. 96(4):247-53.
9. Meadows G, Burgess P, Fossey E, Harvey C: "Perceived need for mental health care. Findings from the Australian National Survey of mental Health and Well-being". 2000. *Psychological Medicine*, 30(3):645-56.
10. Lefebvre J, Lesage A, Cyr M, Toupin J, Fournier L: "Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 1998. 33(6):291-8.
11. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH: "The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings". *Canadian Journal of psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1996. 41(9):572-7.
12. Kessler,R. Frank,R. Edlund,M. Katz,S. Lin, E. Leaf,P.: "Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario". *The New England Journal of Medicine*, 1997. 336(8):551-7.
13. Smith GR: "The course of somatization and its effects on utilization of health care resources". 1994. *Psychosomatics*,35(3):263-7.
14. Luber MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, Charlson ME: "Diagnosis treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patients in a general medical practice". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2000. 30(1):1-13.
15. Simon GE, Katzelnick DJ: "Depression , use of medical services and cost-offset effects". *Journal of Psychosomatic Research*, 1997. 42(4):333-44.
16. Brennan PI, Kagay CR; Geppert JJ, Moos RH: "Predictors and outcomes of outpatient mental health care: a 4-year prospective study of elderly Medicare patients with substance use disorders". *Medical Care*, 2001. 39(1): 39-49.

17. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ: "Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey". *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156(8):1230-6. 1999.
18. Hansson, L. Muus, S. Vinding, H. Göstas, G. Saarento, O. Sandlund, M. Lönnerberg, O. Öiesvold, T.: "The Nordic Comparative Study on Sectorized psychiatric: contact rates and uses of services for patients with a functional psychosis". *Acta Psychiatr Scand*, 1998. 97 :315-320.
19. Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL: "Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain". *British Journal of Psychiatry*, 1998. 173: 334-40.
20. Rickwood D, Braithwaite V: "Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional factors". *Soc Sci Med*, 1994.-39:563-572.
21. Horwitz AV, Uttaro T: "Age and mental health services". *Community Mental Health Journal*, 1998. 34(3):275-87.
22. Wang PS, Gilman SE, Guardino M, Christiana JM, Morselli PL, Mickelso K, Kessler RC: "Initiation of and adherence to treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries". *Medical Care*, 2000. 38(9):926-36.
23. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Burns BJ, George LK, Padgett DK. "Administrative update: utilization of services. I. Comparing use of public and private mental health services: the enduring barriers of race and age". *Community Mental Health Journal*, 1998. 34(2): 133-44.
24. Feinson M, Popper M: "Does affordability affect mental health utilization? A United States-Israel comparison of older adults." *Soc Sci Med*, 1995. 40: 669-678. 1995.
25. Demmler J: "Utilization of specialty mental health organizations by older adults: US national profile". *Psychiatric Services*, 1998. 49(8):1079-81.
26. Thornicroft G, Margoulis O, Jones D: "New long-stay psychiatric patients and social deprivation". *British Journal of Psychiatry*, 1992. 161: 621-624.
27. Lavik NJ: "Utilization of mental health services over a given period". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. 67: 404-413.
28. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Smith GR Jr: "Rural-urban differences in depression treatment and suicidality". *Medical Care*, 1998. 36(7):1098-107.
29. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D, Tansella M: "Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy". *Psychol Med*, 1993. 23: 487-496.
30. Pumariega AJ, Glover S, Holzer CE, Nguyen H. "Administrative update: utilization of services. II Utilization of mental health services in a tri-ethnic sample of adolescents". *Community Mental Health Journal*, 1998. 34(2):145-56.
31. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. "Access to mental health care in an inner-city health district. II: association with demographic factors". *British Journal of Psychiatry*, 1997. 170:317-20.
32. Ying Y, Hu L: "Public outpatient mental health services: use and outcome among Asian-Americans". *Am J Orthopsychiatry*, 1994. 64:448-455.
33. Landerman L, Burns B, Swartz M, Wagner H, George L: "The relationship between insurance coverage and psychiatric disorder in predicting use of mental health services". *Am J Psychiatry*, 1994. 151:1785-1790.
34. McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S: "Utilization and costs of community mental health services". *British Journal of Psychiatry*, 1998. 173: 391-398.

ORIGINALES Y REVISIONES

35. Sturm R, Jackson C, Meredith L, Yip W, Manning W, Rogers W, Wells K: "Mental health care utilization in prepaid and fee-for-service plans among depressed patients in the Medical Outcomes Study". *Health Serv Res*, 1995. 30: 319-340.
36. Eguiagaray García, M: "La creación y utilización de Registro de Casos Psiquiátricos en Asturias". En García González, Aparicio Basauri V, (editores) *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Principado de Asturias. Oviedo. 1990.
37. Ten Horn GHMM : "Uso del registro de casos psiquiátricos: Estudios de evaluación; un ejemplo del registro en Groningen". En García González, Aparicio Basauri V, (editores) *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Principado de Asturias. Oviedo. 1990.
38. Bland RC, Newman SC, Orn H : "Help-seeking for psychiatric disorders. Canadian Journal of Psychiatry"-*Revue Canadienne de Psychiatrie* 1997. 42(9): 935-42.
39. Vera M, Alegría M, Freeman DH Jr, Robles R, Prescolido B, Pena M: "Help seeking for mental health care among poor Puerto Ricans: Problem recognition, service use and type of provider". *Medical Care* 1998. 36(7): 1047-56.
40. Balestrieri M, Bon MG, Rodríguez-Sacristán A, Tansella M: "Pathways to psychiatric care in South-Verona", Italy. *Psychological Medicine*, 1994. 24, 641-649.

*Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área 10 de Madrid. Getafe. Coordinador del grupo de trabajo sobre Investigación Asistencial Multicéntrica de la AEN.

**Psiquiatra. Jefe de Servicio. Instituto Psiquiátrico José Germain / Servicios de Salud Mental del Área 9 de Madrid. Leganés.

***Jefe del Centro de Salud Mental de Basauri. Galdakao. Bizkaia.

****Coordinador de los Servicios de Salud Mental Área "Virgen Macarena". Sevilla.

*****Servicios de Salud Mental Área "Virgen Macarena". Sevilla.

• Investigadores adjuntos:

- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área 10 de Madrid. Getafe:
Esther Guerrero (PIR), Mar Jiménez (MIR), Guillermo Larraz (PIR), Raquel Lucena (MIR), Alicia Picazo (MIR).
- Instituto Psiquiátrico José Germain / Servicios de Salud Mental del Área 9 de Madrid. Leganés:
- Eva De Castro (PIR), José Diéguez (MIR), Oscar Jiménez (MIR).
- Centro de Salud Mental de Basauri-Galdakao. Bizkaia:
Manuel Conde (MIR), Yosu Zuazo (MIR), Dolores Goiriena (Psicóloga, Servicios Centrales de Salud Mental de Bizkaia).
- Servicios de Salud Mental Área "Virgen Macarena". Sevilla:
Eduardo Benjumea (Psicólogo), Daniel Mas (Psiquiatra), Javier Fernández (MIR), Laura Gotor (MIR), Pablo Villanueva (MIR).

Correspondencia:

Dr. José Fco. Montilla García

Servicios de Salud Mental de Getafe - Centro de Especialidades Los Ángeles

Avda. de los Ángeles, 53, 2ª pta. - 28903 Getafe (Madrid)

Recibido: 03-05-02