

2.1 EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA

"No querer saber, o creer que sabemos, es una muestra de contumacia intelectual que no se debe permitir en el ámbito de la salud mental" (Berrios, 1991)

2.1.1 JUSTIFICACIÓN

Como ocurre en todos los cambios que se introducen en las ciencias médicas, también en la psiquiatría, es necesario evaluar si este nuevo modelo de atención comunitaria ha supuesto realmente una mejora en las condiciones de vida de los pacientes y en la remisión de los síntomas o si las familias tienen una vida socialmente mejor.

Esta nueva concepción de la salud mental ha implicado un cambio en todo el sistema de servicios de salud mental, sin embargo, el desarrollo hacia la psiquiatría comunitaria se ha basado en muchas ocasiones en conceptos ideológicos y ha carecido de datos y estudios fiables sobre la verdadera efectividad de este modelo. En la mayoría de los países europeos en los que se ha llevado a cabo la reforma, el desarrollo de los nuevos servicios psiquiátricos ha sido implementado sin el suficiente conocimiento sobre las necesidades asistenciales de los pacientes. Este desarrollo se debería haber basado en el conocimiento de las cifras de morbilidad de la población, sus necesidades asistenciales, la eficiencia de los diferentes tratamientos y los factores asociados a estos parámetros (Lehtinen, 1990). Bennet y Freeman (1991) han señalado

que, hasta esa fecha, no existían estudios ingleses que observaran de forma crítica la efectividad del tratamiento comunitario como alternativa al hospitalario. Muchos de los estudios se basaban en datos sobre la reducción de las admisiones hospitalarias o el cierre de los hospitales, pero no aportaban información útil sobre la morbilidad o incluso sobre la experiencia de los cuidadores; no se puede evaluar la efectividad de un programa de salud mental exclusivamente por el descenso en las tasas de hospitalización.

Este cambio se ha producido, sobre todo, como respuesta a un cambio social y no ha estado, en la mayoría de los casos, respaldado por datos -anteriores o posteriores- que permitan una evaluación comparada de los logros alcanzados (O'Driscoll, 1993). Por todos estos motivos, la evaluación de la atención comunitaria en salud mental a los pacientes mentales crónicos es una de las áreas de mayor interés desde que comenzó la reforma psiquiátrica (Freeman y Henderson, 1991; Knudsen y Thomicroft, 1996). Al mismo tiempo que se ha venido aceptando este modelo de atención, ha crecido el interés por evaluar los nuevos tipos de actividades asistenciales (Torres González et al., 1997). Las cuestiones que se plantean tienen como objetivo el comparar los dos modelos de cuidados entre sí y contestar a preguntas tales como si el nuevo modelo responde de manera satisfactoria a las necesidades de los pacientes, o si lo hace de forma eficiente, o si cubre las nuevas necesidades que se plantean. Este tipo de interrogantes solamente se pueden responder si se lleva a cabo una evaluación sistemática de los servicios de salud mental.

Con anterioridad, en la evaluación de servicios solamente se tenían en cuenta las características psicopatológicas medidas en términos de severidad o la utilización de servicios en términos de número de ingresos o duración del ingreso; sin embargo, con el enfoque de la atención comunitaria este tipo de indicadores resultan insuficientes. Hoy día, para realizar la evaluación global de los servicios de salud mental es necesario tener en cuenta una gran variedad de factores de tipo biológico, psicológico, clínico, social y económico. Dicho planteamiento es uno de los mayores beneficios de este largo proceso de cambio (Thomicroft y Tansella, 1996) y recientemente se ha avanzado enormemente en estos aspectos de la evaluación.

La información necesaria que nos va a permitir evaluar y planificar se debe basar en conocer qué tipo de servicios están implicados en la atención a cada enfermo mental, cuántos son los pacientes que acuden a ellos, qué tipo de tratamiento se les ofrece y cuáles son los cambios que se han producido en estos pacientes a partir de esta oferta. Es necesario utilizar instrumentos informativos que aseguren la monitorización constante de los niveles de eficacia y eficiencia, bien sea en lo que se refiere al tipo de asistencia, a su demanda o a los resultados de la oferta terapéutica. Este sistema permitiría un control sobre el funcionamiento de los servicios, realizado a partir de un conocimiento sólido y de unos indicadores uniformes, pasando de una epidemiología de la enfermedad a una *epidemiología de los servicios*.

Este enfoque de la atención psiquiátrica basado en la relación servicios/demanda a partir del cual se activan distintos flujos de información está produciendo un nuevo modo de investigar en el campo psiquiátrico (Frisanco, 1990). El estudio de las intervenciones, de las actividades realizadas en el marco de los servicios sanitarios supone un avance dentro de la epidemiología psiquiátrica que permite evaluar nuevas formas de trabajar en el campo de la salud mental.

2.1.2 ANTECEDENTES

La evaluación de los servicios de salud mental está ligada inequívocamente a la evaluación de los sistemas sanitarios en general. Aunque la preocupación por estos temas data del siglo XIX cuando se realizaron las primeras estadísticas sobre movimientos hospitalarios (Holland, 1983) es durante las dos últimas décadas, en la mayoría de los países desarrollados, cuando se ha producido un incremento del interés por la evaluación de servicios. Este interés ha estado motivado por la coincidencia de varias circunstancias tanto sanitarias como sociales. Entre ellas se pueden señalar la aparición y extensión de los servicios sanitarios públicos unido al incremento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Todo ello, junto con los avances tecnológicos, supusieron un aumento del gasto sanitario que coincidió con el comienzo de los recortes presupuestarios en materia sanitaria. Aunque también habría que señalar un mayor interés por la calidad de la asistencia no sólo por parte de los profesionales sino también de la opinión pública, el impulso evaluador ha sido promovido principalmente por las áreas de

gestión para conseguir criterios que permitan mejorar la eficiencia y rentabilizar y racionalizar el gasto.

En la evaluación de servicios el foco de atención se centra no sólo en el paciente, sino en la organización, en la estructura y en el funcionamiento y cómo estos influyen en los cambios que se producen en el enfermo mental. El tratamiento que se le ofrece a un paciente en un servicio determinado no es el objetivo, el objetivo es evaluar el sistema de atención en su conjunto ya que al estar fragmentado en diferentes servicios, el cambio de atención en uno de ellos puede dar lugar a cambios en los otros.

2.1.3 NIVELES EN LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS

Existen diferentes teorías y formulaciones sobre cómo abordar la evaluación de los servicios sanitarios y en qué niveles se puede llevar a cabo dicho proceso. Una de ellas se basa en la ya clásica división que hace Donabedian (1984) y que incluye tres niveles del sistema sanitario como los componentes del proceso de evaluación: estructura - procesos - resultados. Aunque algunos autores han realizado algunas modificaciones, bien reduciendo los niveles a dos -procesos y resultados-, incluyendo la estructura en el proceso (Holland, 1983); otros, en el campo de los programas psiquiátricos introducen un cuarto nivel que sería el del 'impacto del programa en la comunidad'. Por otro lado, en el esquema de Pineault y Daveluy (1987) se incluye, primero, una evaluación estratégica y, en segundo lugar, una evaluación táctica que correspondería al esquema de Donabedian. Según el objetivo que se busque con la evaluación, se puede incluir también el costo de las intervenciones o la accesibilidad a los servicios si se está más interesado en la planificación y gestión de los servicios (Morosini y Veltro, 1991).

En la aplicación de esta clasificación a los sistemas de salud mental comunitarios se pueden incluir los siguientes niveles (Tugwell, 1979):

- El nivel de estructura, también denominado recursos, se refiere al marco general que definen las condiciones del funcionamiento del sistema. Incluye, por un lado, las características

sociodemográficas de la población y, por otro, los recursos humanos, físicos y financieros de un sistema sanitario determinado, así como las políticas sanitarias.

- El nivel de procesos se refiere a todas las actividades diagnósticas, terapéuticas y preventivas que se llevan a cabo en el ámbito de la atención a la salud mental. También se incluyen la dinámica del funcionamiento del sistema: los flujos de pacientes, los patrones de utilización de servicios, la continuidad de los cuidados y la integración y coordinación de todos los dispositivos de atención.
- Al nivel de resultados pertenecen los cambios psicopatológicos y sociales que acontecen al paciente, el grado de satisfacción que presenta respecto a los mismos y la calidad de vida del paciente. También interesa saber si los cambios son percibidos como tales, qué grado de satisfacción producen, de qué modo repercuten en la calidad de vida del usuario y por último, si los cambios experimentados representan realmente una respuesta a necesidades previamente objetivables (Torres González et al., 1997).

Parece pertinente señalar la importancia de los tres niveles en el funcionamiento de los sistemas sanitarios y cómo están relacionados los niveles de la estructura y el proceso en la consecución de los resultados. Por ejemplo, es importante conocer el número de camas disponibles en un servicio, el tipo de formación que tiene el personal sanitario (nivel estructura), y disponer del número de contactos ambulatorios que realizan los pacientes de un área determinada y del tipo de tratamiento que están recibiendo (nivel de procesos). Esta información, aún siendo de gran utilidad, debe ir acompañada por una evaluación de los resultados, de los cambios objetivables inducidos por el proceso (Thornicroft y Tansella, 1996).

2.1.4 INDICADORES EN LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS

Una vez definido el contenido de los tres niveles, habría que definir los indicadores que se consideran apropiados y los instrumentos necesarios para ser empleados en el proceso de evaluación en cada uno de esos niveles. En la evaluación de servicios de salud mental es necesario explorar diversas áreas y la recogida de la información requiere la utilización de

instrumentos que puedan ser empleados en este proceso de evaluación. Hay que definir unos indicadores fiables que muestren la efectividad de un servicio en la medida en que dicha acción alcanza sus objetivos en términos médicos, psicológicos y sociales.

Según Sartorius (1990) existe gran desacuerdo entre los epidemiólogos, gestores, psiquiatras y otro personal implicado en la implantación de servicios de salud mental en definir cuales son los indicadores que mejor describen la actividad de un servicio de salud mental. La OMS ha venido insistiendo en la necesidad de utilizar las estadísticas sanitarias en el campo de salud mental y en la necesidad de desarrollar indicadores en salud mental para evaluar los cambios tanto a nivel del desarrollo psicosocial de los individuos como de su psicopatología. También para evaluar los programas y servicios sanitarios y, en general, la calidad de la asistencia psiquiátrica.

Para hablar de estándar de calidad es necesario comparar los servicios, los procedimientos o las intervenciones terapéuticas y para ello es necesario definirlos de forma objetiva. Los servicios deben ser descritos de forma comparable, y es necesario que las intervenciones sean registradas y evaluadas de manera detallada cuantitativa y cualitativamente. Los pacientes deben describirse según distintas dimensiones: sociodemográficas, síntomas psicopatológicos, funcionamiento social global, calidad de vida y opiniones subjetivas sobre el trastorno y sobre las intervenciones de los servicios (Thomicroft, 1996).

Los indicadores deben de cumplir algunos requisitos tales como ser válidos, objetivos, sensibles y específicos, por tanto deben ser objetivables y estar definidos de forma operativa. Sin embargo hay que reconocer que existen muy pocos indicadores y menos en salud mental que cumplan todos estos requisitos (WHO, 1987). Los indicadores pueden ser de tipo cuantitativo o cualitativo. Los primeros son una expresión numérica de las características de los servicios. Los indicadores de tipo cualitativo, aún ofreciendo una información sobre el grado de consecución de los objetivos alcanzados, están influenciados por el juicio clínico y la subjetividad. Miden sobre todo resultados de un proceso, por lo que su interés estriba más en medir los efectos terapéuticos de un determinado tratamiento que en medir el funcionamiento de un sistema en su globalidad.

Los instrumentos de evaluación psiquiátrica intentan objetivar aquellos aspectos más intangibles del sujeto y de su enfermedad. En los últimos años ha ido creciendo el número y variedad de estos instrumentos. En la mayoría de los casos, se valoran aspectos que no son totalmente objetivos. Estos instrumentos deben tener unas características psicométricas mínimas que permitan su utilización tanto en la cultura en la que han sido desarrollados como en otras. Los tres parámetros básicos para medir la calidad de un instrumento de evaluación son su consistencia, su fiabilidad y su validez y en escalas que se utilizan en estudios de seguimiento se podría añadir la sensibilidad al cambio (Salvador Carulla, 1996).

2.1.4.1 Indicadores/instrumentos a nivel de recursos

Como indicadores de recursos se puede señalar la información referente a los medios técnicos, recursos humanos y recursos económicos. Estos datos pueden presentar por ratio por habitantes, por países, regiones, áreas, zonas o distritos; si se estandarizan permiten la comparación entre distintas áreas sanitarias. Dentro de los procesos de reforma psiquiátrica estos indicadores pueden ayudar a hacer una previsión de los recursos necesarios para poner en marcha la atención comunitaria (IASAM, 1988) y permiten comparar los recursos existentes antes y después de los procesos de reforma.

La sección de Psiquiatría Social del *Royal College of Psychiatrists* propone un cálculo estandarizado con fórmulas ponderadas para cada tipo de recurso. Sirven de orientación en los procesos de reforma y son imprescindibles para la descripción de los recursos sanitarios existentes en un área concreta.

La OMS (Janca y Chandrashekar, 1993) ha publicado 6 instrumentos utilizados para evaluar estándares de calidad (*Quality Assurance in Mental Health*) que tienen como objetivo servir de guía para la elaboración de normas de los servicios de salud mental y evaluar la calidad de sus dispositivos. Ellos incluyen los siguientes módulos: a) Políticas de Salud Mental; b) Servicios de Atención Ambulatoria en Salud Mental; c) Programas/Planes Nacionales/Provinciales/Distritales de Salud Mental; d) Atención Primaria de la Salud; e)

Servicios de Internamiento Psiquiátrico; y f) Servicios Residenciales para el Paciente Psicogeriátrico. La Oficina Panamericana de la Salud ha realizado una versión española para su aplicación en América Latina.

Existen también algunos instrumentos que describen de forma más o menos estandarizada la población del territorio donde los servicios operan; o incluso los mismos servicios. El *European Service Mapping Schedule* (EPCAT, 1994) es un cuestionario diseñado para la descripción estandarizada de servicios de salud mental en el ámbito europeo. Describe la estructura, organización y volumen de los servicios de salud mental, incluye los tipos de servicios y las unidades que los componen, así como el organigrama de los mismos (Salvador Carulla, 1997). Dentro de esta línea, pero centrándose en el tipo de intervenciones que se prestan en las unidades y el nivel de especialización que se tiene en cada una de ellas, está la *International Classification of Mental Health Care* (de Jong, 1996) (tabla 1).

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A NIVEL DE RECURSOS

Área de evaluación	Nombre del instrumento	Autor	Año
Descripción de la población objeto de estudio	Sociodemographic Scale	OMS	1978
	Sociodemographic Schedule	Beechan y Johnson	1995
Descripción de servicios de salud mental	“Cálculo estandarizado con fórmulas ponderadas”	Royal College of Psychiatric	1981
	International Classification of Mental Health Care	De Jong	1996
	European Service Mapping Schedule	Johnsons y Kuhlman	1996
Estándares de calidad de servicios de salud mental	Quality Assurance in Mental Health	OMS	1993

2.1.4.2 Indicadores/instrumentos a nivel de procesos

Éstos incluyen todas las actividades que se llevan a cabo desde que el paciente acude a un servicio. Engloba el tipo de atención que reciben los pacientes según sea: ambulatoria, hospitalaria o en centros de día; los tipos de intervenciones que se les suministra: intervenciones en crisis, tratamiento farmacológico, psicoterapia, etc. y personal implicado en los cuidados. Respecto a los pacientes se puede obtener información sobre el número de enfermos que llegan a un equipo, sus características sociodemográficas y de morbilidad. Responden a preguntas como las planteadas por Wing (1972): ¿cuántas personas acuden al servicio concreto que pretendemos evaluar?, ¿en qué forma y durante cuánto tiempo?.

Shepherd (1988) afirma que la aproximación más sistemática para medir la calidad del proceso en el campo de la psiquiatría es el instrumento *Needs for Care Assessment* (Evaluación de Necesidades Asistenciales) elaborado por Brewin y Wing (1987). Está basado en la evaluación de problemas a nivel clínico y social junto con un listado en el que figuran las intervenciones que se consideran apropiadas para cada problema determinado (más información en la página 119).

La escala *Camberwell Assessment of Needs* (CAN; Phelan et al., 1995) es otro de los instrumentos que valora las necesidades de los enfermos en cuanto a cuidados, registrando separadamente las opiniones del usuario y del personal y el grado de satisfacción del usuario con las prestaciones que recibe.

Otro instrumento que se puede utilizar en la evaluación del proceso es el *Mannheim Service Recording Sheet* (MSRS; Salize et al., 1989), que recoge el uso de los servicios que realizan los pacientes por la red de servicios de salud mental comunitarios; cuantifica tanto los contactos con los servicios como las intervenciones que se le facilitan (Moreno Küstner et al., 1997) (más información en la página 124).

Sobre la utilización de servicios y el cálculo de costes basado en unidades de coste se ha elaborado *Client Service Receipt Interview* (Beechan, 1994) que se utiliza para obtener información retrospectiva sobre la utilización de servicios asistenciales, alojamiento, servicios

comunitarios, ingresos hospitalarios y cuidados informales mediante entrevistas con los pacientes o con las personas encargadas de su cuidado (Vázquez Barquero et al., 1997) (tabla 2).

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A NIVEL DE PROCESO

Área de evaluación	Nombre del instrumento	Autor	Año
Evaluación de necesidades asistenciales	Needs for Care Assessment	Brewin et al.	1989
	Camberwell Assessment of Needs	Phelan et al.	1995
Descripción del uso	Mannheim Service Recording Sheet	Salize et al.	1989
	Client Service Receipt Interview	Beechan	1994

2.1.4.3 Indicadores/instrumentos a nivel de resultados

Son los indicadores que presentan mayor dificultad para su objetivación pues están influenciados por variables clínicas, personales, familiares o sociales. Índices como ingresos hospitalarios, o reingresos se han utilizado como indicadores en la evaluación de los resultados de los tratamientos, aunque no son del todo válidos ya que muchas veces estas decisiones están condicionadas por la política de ingresos de los hospitales o la disponibilidad de recursos y no por el estado del paciente (Häfner y an der Heiden, 1991).

La evaluación de los resultados, sobre todo en salud mental, está muy influenciada por sesgos de observación, por falta de fiabilidad de los diagnósticos, dificultad en determinar el grado de severidad y definición de factores pronósticos, lo que produce falta de fiabilidad en los resultados de la evaluación o en la comparación entre grupos diferentes.

Para el desarrollo de indicadores de resultados se debe elegir entre variables o instrumentos concretos, que pueden ser bien las escalas clínicas, de funcionamiento o bien de calidad de vida.

Jenkins (1990) describe lo que podría ser un sistema de indicadores de resultados en salud mental, de acuerdo con los conocimientos disponibles en la esquizofrenia, psicosis afectivas,

neurosis, demencias, alcoholismo, toxicomanías, subnormalidad, psiquiatría infantil y psiquiatría forense.

Dentro de las medidas de resultados a nivel del paciente existen una gran variedad de escalas centradas en diversas áreas como son a nivel de estado de salud general; a nivel psicopatológico; aquellas orientadas al diagnóstico; al nivel de funcionamiento del paciente y para medir la calidad de vida en enfermos mentales. También existen algunas orientadas a evaluar la satisfacción del usuario con los servicios (tabla 3).

En este campo específico ha habido un progreso técnico considerable con el desarrollo y la estandarización de instrumentos de medida a través de un ancho rango de facetas que se pueden considerar como “resultados”. En términos del funcionamiento individual del paciente medidas para los síntomas, discapacidad, calidad de vida, necesidades, satisfacción, funcionamiento global, carga de cuidados, etc. han sido desarrolladas y traducidas a un gran número de idiomas. También han ganado en validez, fiabilidad y sensibilidad características mínimas necesarias para poder utilizar estos instrumentos de forma correcta y que nos permitan la comparación entre distintas poblaciones (Salvador Carulla, 1996).

TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A NIVEL DE RESULTADOS

Área de evaluación	Nombre del instrumento	Autor	Año
Estado de Salud General	General Health Questionnaire	Goldberg	1972
Psicopatología	Global Assessment Scale	Katz y Lyerly	1963
	Katz Adjustment Scales	Katz y Lyerly	1963
	Compositive International Diagnostic Interview	Robinson et al.	1985
	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Radloff y Locke	1986
	Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	OMS	1989
	Diagnostic Interview Schedule	Robinson et al.	1995
	Health of the Nation Outcome Scales	Wing et al.	1998
Calidad de Vida	Lancashire Quality of Life Profile	Oliver	1991
Satisfacción con los servicios	Verona Service Satisfaction Scale	Ruggeri et al.	1995

2.1.5 VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS

Concluyendo, la evaluación de los servicios comunitarios es más complicada que la evaluación de la atención hospitalaria por la dificultad que implica el seguimiento del paciente a través de los servicios psiquiátricos y por los distintos factores que pueden influir en la evolución del paciente. La evaluación de los servicios de salud mental comunitaria no se puede realizar de forma aislada; cada elemento tiene conexión con otros servicios. La evaluación global necesita tener en cuenta los cambios en la demanda de todos los servicios. En Mannheim, Häfner y Klug (1982) estudiaron los cambios en la utilización de servicios de salud mental, pasando de una atención centrada en el hospital a una estructura de base comunitaria y encontraron que la cantidad de trabajo desarrolla en todos los servicios se había incrementado, especialmente las intervenciones en crisis y los servicios ambulatorios atendiendo principalmente pacientes con depresión y trastornos debidos al alcohol.

En el ámbito de la atención a la salud mental, todos los cambios producidos en los últimos 20 años, tanto en las formas de organización como en el uso de los servicios de salud mental, han influido en el desarrollo y aplicación de los métodos de evaluación de los sistemas de salud mental (Tansella, 1989).

A partir de todo lo expuesto anteriormente se plantea la necesidad de llevar a cabo una investigación compleja en evaluación.

Häfner y an der Heiden (1996) señalan las dificultades que implica la investigación evaluativa en psiquiatría comunitaria debido a las múltiples situaciones asistenciales, a lo complejo de las intervenciones, a las dificultades para encontrar criterios e indicadores de resultado apropiados, dificultades en la medición y en el control de las variables más importantes y los diferentes métodos utilizados en la recogida de información.

Como se ha comentado anteriormente, volviendo a parafrasear a Donabedian (1966), la investigación de servicios se puede dividir en tres tipos, de acuerdo con sus cometidos:

- 1) Investigación estructural que hace referencia a la investigación basada en estadísticas de los recursos y la organización de los servicios de salud. El objetivo de esta investigación puede

ser el estudio de la población de un área determinada, el personal y los centros sanitarios existentes.

- 2) Investigación sobre el proceso significa la evaluación del funcionamiento de los servicios de salud. Un objetivo típico de la evaluación del proceso es estudiar la utilización de servicios.
- 3) La investigación sobre resultados se basa en evaluar la calidad de los servicios en términos de eficiencia, adecuación, eficacia, etc. en la medida que existe una mejoría en el paciente en todas las áreas tanto clínicas como social y de calidad de vida.

Sin embargo, aunque los tres niveles son importantes para una evaluación global, no todos los investigadores han centrado su interés en los tres tipos por igual. La OMS se ha centrado especialmente en la evaluación de estructuras y procedimientos. Thornicroft y Tansella (1996) han publicado una recopilación de estudios sobre los distintos abordajes de la evaluación de resultados.

Otra de las líneas de investigación que se están desarrollando actualmente es el análisis de los nuevos patrones de utilización de servicios de salud mental, entendido como el nuevo camino que recorre el paciente en la red de servicios de salud mental para tratar de cubrir sus necesidades asistenciales. Ahora la oferta es más amplia y variada que cuando la atención estaba centrada en el hospital, por lo que la utilización de servicios que realizan los pacientes es más extensa y está integrada por una gran variedad de ofertas terapéuticas.

En esta Tesis Doctoral nos queremos centrar en esta última línea de trabajo: analizar la utilización de servicios de salud mental que realizan los pacientes a través de los distintos dispositivos de salud mental, lo cual refleja tanto el funcionamiento de los mismos, como el comportamiento que sigue el paciente en la búsqueda de los cuidados. La interacción de ambas se puede definir como un *patrón de cuidado* (Sytema et al., 1989 a).

Cuando la atención a la salud mental estaba centrada exclusivamente en el hospital los patrones de utilización de servicios se reducían a los ingresos hospitalarios que tenían los pacientes a lo largo de su vida. Con el cambio a la atención comunitaria el modelo se complica,

porque la atención se define como global, lo que supone que es facilitada por diferentes servicios y además debe haber una continuidad en el tratamiento, de manera que esté coordinado y que se conozca en todo momento dónde están los pacientes y qué atención están recibiendo; eso implica una flexibilidad en el tratamiento de forma que un paciente puede cambiar de un tipo de servicio a otro, sin 'perdersé' en la red de servicios o 'caerse por las grietas del sistema'. Es importante conocer el uso de servicios que realiza el paciente a lo largo de su vida y no solamente en momentos aislados. Resulta muy interesante disponer no solo de una foto fija de la utilización de servicios por parte de los pacientes en un momento determinado, sino de una 'película', un continuo de lo que ha sido su historia de uso de servicios. Disponer de esta información de un grupo de pacientes con unas características concretas, permitirá predecir cómo pueden utilizar los servicios pacientes con las mismas características, ofrecerá información sobre la dinámica de funcionamiento del sistema en su globalidad y describirá el flujo de los pacientes en los distintos servicios; en definitiva su patrón de utilización de servicios.

2.2 ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El estudio de la utilización de servicios de salud mental es interesante por dos aspectos: la epidemiología de los trastornos mentales y la evaluación de los servicios de salud mental. Varios son los motivos que han potenciado el desarrollo de esta línea de trabajo. Como se ha señalado anteriormente, el cambio hacia la atención comunitaria de los servicios de salud mental lleva consigo un modelo de utilización de servicios diferente. El paciente puede acudir a una amplia gama de servicios de forma consecutiva e incluso simultánea.

El conocer qué tipo y cantidad de asistencia ofrecen los servicios de salud mental comunitarios o lo efectiva que es, en muchas ocasiones es difícil debido a la falta de información sobre cantidad y calidad de esa oferta asistencial. Esta carencia de información, en parte, se debe a las dificultades metodológicas de llevar a cabo estudios que resultan tediosos y que presentan complicaciones en la recogida de los datos; otras veces se tiene cierto temor a que los resultados pongan al descubierto anomalías en el funcionamiento de la atención que pueda repercutir en la reestructuración de las plantillas o los presupuestos (Knudsen y Thomicroft, 1996).

Para llevar a cabo un análisis de la utilización de servicios hay que definir las estrategias para medir o evaluar que incluye tres niveles separados (Eaton, 1996):

- Necesidad de delimitar cuál es el contenido de lo que se va a medir.
- Decidir cómo recoger la información: registros de casos/estudios de seguimiento cuyo objetivo sea la utilización de servicios.
- Elegir una metodología de análisis de la información recogida.

A partir de la información anterior podremos dar respuesta a las preguntas planteadas una vez que los pacientes entran en contacto con los servicios: ¿cuántas personas utilizan los servicios de salud mental? y la segunda pregunta se refiere a que una vez que los pacientes han entrado en la red de servicios ¿cómo los utilizan?, ¿cuál es su patrón de cuidados?. El contestar a estas preguntas ofrecerá información acerca de cómo funcionan los servicios y permitirá la planificación a partir de una información que incluye a todo el sistema de salud mental de un área determinada y no solamente a un subgrupo de servicios ya que los cambios en alguno de ellos pueden influir en la utilización de los otros.

La información que se analiza debe ser longitudinal de tal forma que se pueda apreciar la evolución a lo largo del tiempo. Estos cambios son lentos, especialmente cuando se trabaja con psicóticos crónicos y sus resultados solamente se aprecian a largo plazo y, además, es importante recoger la información de todos los pacientes que contactan con la red de servicios. Para ello, los mejores métodos para recoger este tipo de datos son los sistemas de información en salud mental entre los que se encuentran los censos, los indicadores asistenciales y administrativos, la investigación muestral y los registros de casos. La información recogida a través de estos indicadores permitirá llevar a cabo una planificación adaptada a las necesidades de la población que debe ser atendida (May , 1976; WHO, 1980; Freeman et al., 1985). Otro de los métodos adecuados para recoger la información sobre utilización de servicios durante un período de tiempo concreto son los estudios de seguimiento (Häfner y an der Heiden, 1996).

2.2.1 LOS REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

Antes de comenzar con la presentación de los diferentes modelos de análisis de la utilización de servicios, hemos creído de interés introducir un breve capítulo sobre los registros de casos psiquiátricos, como uno de los métodos más adecuados y sistemáticos para recoger información sobre utilización de servicios de salud mental.

A partir de los cambios acaecidos en los sistemas sanitarios se ha puesto de manifiesto la necesidad de evaluar dichos cambios y de desarrollar mecanismos que nos sirvan para ello. Los sistemas de información en el ámbito sanitario han ido desarrollándose y mejorándose paralelamente con los avances de los sistemas de salud. En la mayoría de los países existen mecanismos de notificación de nacimientos, de defunciones y de admisiones hospitalarias.

Sin embargo, un 'registro' es algo más que una simple notificación. Según Brooke (1974) un registro es una colección documental que contiene información uniforme relativa a personas individualizadas recogida de forma sistemática y exhaustiva para servir a un objetivo predeterminado.

En el ámbito de la salud mental, la definición más consensuada sobre un registro de casos psiquiátricos (RCP) es la que lo define como un sistema de información longitudinal -centrado en los pacientes- que recoge los contactos de los pacientes con un conjunto de servicios de un área geográfica determinada (ten Horn, 1986 a). Esta información se almacena en un fichero acumulativo y relacionado (*linked*) de tal forma que los cuidados recibidos por cada individuo se acumulan a lo largo del tiempo, independientemente de la variedad o cantidad de contactos que realice cada persona.

La monitorización de la información referente a la actividad de los servicios de salud mental descansa en la recogida de manera continuada de la misma. De este modo, los registros *acumulativos* de casos psiquiátricos proporcionan una herramienta útil tanto para conocer la actividad de un dispositivo concreto como para comparar la actividad de distintos servicios de salud mental.

Aunque han existido algunos registros con anterioridad es, a partir de los años 60-70, coincidiendo con el cambio de modelo de atención a la salud mental, cuando surgen numerosos RCP. Los principales propósitos para los que los registros fueron creados han variando a lo largo de los años, cambiando su objetivo principal desde la investigación clínica y epidemiológica a la investigación sobre aspectos de gestión, evaluación y planificación de servicios (Wing, 1989).

Para la investigación epidemiológica en psiquiatría ha supuesto un gran cambio y un importante avance, además de una creciente complejidad, pasar de los datos obtenidos a partir de las instituciones psiquiátricas (especialmente los hospitales psiquiátricos) a disponer de información sobre todos los dispositivos que configuran la red de atención a la salud mental mediante el método de registro de casos. La epidemiología de los trastornos relacionados con la salud mental es una de las prioridades sanitarias de los países desarrollados, por su implicación no sólo en la psiquiatría sino en otros ámbitos sanitarios y sociales. A partir de los datos de un RCP se puede obtener información sobre la *incidencia asistida* de los trastornos psiquiátricos en un área determinada y sobre la *prevalencia asistida* de dichos trastornos (Wing, 1967).

A partir de los años 60, es cuando surgen los registros como una herramienta de gran utilidad en la evaluación y planificación de servicios y programas de salud mental (Giel, 1986; ten Hom, 1986 b). Como ejemplo de ello tenemos los registros italianos de finales de los 70. Torre et al. (1983) llevaron a cabo un estudio, con los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Lomest en el que compararon la situación de la asistencia psiquiátrica en Italia, antes y después de la Ley 180 sobre la reforma psiquiátrica. En Alemania, con los datos del Registro de Mannheim se evaluaron los servicios de salud mental comunitarios implantados en esta ciudad (Häfner y Klug, 1982). En Inglaterra, Woof et al. (1983) evaluaron el desarrollo de los servicios psiquiátricos del área cubierta por el Registro de Salford. En EE.UU., Babigian (1977) utilizó el Registro de Casos Psiquiátricos de Monroe County (New York) para evaluar el impacto de la creación de centros de salud mental comunitarios en la utilización de otros servicios. También permiten llevar a cabo comparaciones a nivel internacional de los sistemas de atención a la salud mental, como ejemplo de ello podemos citar al Registro de Casos Psiquiátricos de Groningen el cual ha realizado frecuentemente estudios de estas características (ten Hom et al., 1988; Balestrieri et al., 1989; Sytema et al., 1989 b; Sytema et al., 1996 a).

En España, en la década de los 80 surge una corriente de creación de registros psiquiátricos, como instrumentos para la investigación y evaluación de la asistencia psiquiátrica. Así nació el RCP del País Vasco en 1983, el de Asturias en 1985 (García González y Aparicio Basuri, 1990; Eguiagaray, 1990; Pedreira Massa y Eguiagaray, 1996) y el de Navarra, en 1987. Con una vida más efímera funcionó el de Valencia (6 meses) (Gómez Beneyto et al., 1989) y los de más reciente creación son el de La Rioja (1990) y uno monográfico sobre esquizofrenia en Granada (1995).

Sin embargo, hay que ser conscientes de las limitaciones que supone el establecimiento y mantenimiento de los RCP por los motivos que a continuación se detallan:

- Solamente recogen información de las personas que son atendidas en los servicios - incidencia y/o prevalencia administrativa- por lo que no permiten conocer la morbilidad real de la población. Sin embargo, respecto a los pacientes esquizofrénicos parece ser que hay datos en contra de esta afirmación ya que las cifras sobre incidencia tratada se acercan bastante a la incidencia de la enfermedad en la población general .
- La información recogida está muy influenciada por la movilidad geográfica de la población cubierta o por la distribución no uniforme de los servicios de salud mental. Ambas circunstancias podrían inflar las tasas de prevalencia asistida.
- El alto coste económico que supone el crear y mantener en funcionamiento un sistema de información de estas características.
- El desarrollo, en los últimos tiempos, de medidas para garantizar la confidencialidad de los datos para proteger la intimidad de la información referente a los pacientes.

2.2.2 MODELOS DE ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Para realizar un análisis de la utilización de servicios hay que empezar por desagregar y definir qué conceptos están incluidos en esta definición. Dentro del concepto “utilización de

servicios” se pueden incluir una gran variedad de actividades desarrolladas en el campo de los servicios de salud mental. Sin embargo, en esta Tesis Doctoral solamente se analiza el uso de servicios desde un punto de vista cuantitativo y atendiendo exclusivamente al tipo de contacto que realizan los pacientes con la red de servicios de salud mental y a su frecuencia. No se han tenido en cuenta, por ejemplo, las intervenciones que se ofrecen en cada uno de dichos contactos, ni los profesionales que las facilitan. Tampoco se va a analizar, si estos tratamientos son efectivos o adecuados al tipo de patología que presentan los enfermos o si ha habido algún tipo de mejoría a partir de los mismos.

No es este un tema sin importancia, ya que el motivo de acudir a los servicios tiene como único objetivo el conseguir la mejoría clínica y social de los pacientes. Hansson y Sandlund (1992) afirman que en los estudios sobre utilización de servicios deberían incluirse medidas de resultados desde el punto de vista clínico y relacionarlas con la utilización de servicios. Sin embargo, profundizar en un tema en particular obliga, por diversos motivos, a tratar de forma más superficial otros, y como estos mismos autores concluyen en su artículo de revisión, se plantea la necesidad de que los estudios futuros utilicen modelos estandarizados de clasificación de utilización de servicios que permitan las comparaciones entre áreas diferentes.

En este capítulo se va a definir lo que se entiende por utilización de servicios de salud mental en término de contactos con los dispositivos de salud mental. Se revisan las escalas más utilizadas en la bibliografía científica sobre este tema diferenciándose una aproximación transversal en el que se incluyen los índices de utilización de servicios; una aproximación longitudinal en la que se tienen en cuenta los episodios de cuidados y el análisis de supervivencia y, por último, se presenta un abordaje más dinámico al análisis de la utilización de servicios mediante los modelos explicativos de probabilidades de transición - las cadenas de Markov.

Tipos de contactos:

La base del patrón de utilización de servicios es el contacto individual de un paciente entendido como “cada ocasión en la que el paciente acude a un servicio de salud mental” - incluye las visitas a domicilio- (Tricot, 1986). Aunque en diferentes estudios sobre utilización de

servicios comunitarios se han incluido una mayor diversidad de tratamientos como por ejemplo Bloom (1970) que incluye desde servicios médicos hasta la atención ofrecida a la familia o Henisz et al. (1977) que distinguen entre una sesión individual o una sesión en grupo. En la mayoría de los estudios sobre utilización de servicios (Lavik, 1983; Tricot, 1986; Tansella et al., 1986; Giel et al., 1987; ten Horn et al., 1988; Sytema et al. 1989 b; Sytema et al., 1996) los contactos se clasifican en tres tipos y a partir de ellos se pueden aplicar distintos métodos y aproximaciones para su análisis. Los tres tipos de contactos son:

- **Contacto ambulatorio** definido como un contacto con un servicio ambulatorio ya sea 'cara a cara', por teléfono o visita a domicilio
- **Contacto hospitalario** como una estancia de 24 horas en un hospital psiquiátrico
- **Contacto con centros de día**, como una estancia de un día en un dispositivo intermedio

2.2.2.1 Aproximación transversal: índices de utilización de servicios

A partir de la división anterior y teniendo en cuenta exclusivamente el número de contactos y sus tipos, durante un período de tiempo concreto, se puede resumir la información sobre el uso de servicios en un indicador que ofrece la información desagregada para los distintos tipos de contactos:

- **Número total contactos ambulatorios:** incluye en una sola cifra el número total de contactos ambulatorios durante un período de tiempo delimitado.
- **Número total contactos con centros de día:** en una cifra se resume el número de veces -días- que el paciente ha acudido a un dispositivo intermedio.
- **Número total de ingresos hospitalarios:** número de ingresos realizados en una unidad de agudos de un hospital general o en una unidad de larga estancia.

- **Número total de días en un hospital: número de días ingresado en una unidad de agudos de un hospital general o en una unidad de larga estancia.**

A partir de los indicadores anteriores conoceremos los contactos con los servicios de salud mental de cada paciente de forma desagregada, es decir, de cada paciente tenemos 4 puntuaciones diferentes.

Para disponer de toda la información sobre el uso de servicios pero unificada en una sola cifra y que incluya los distintos contactos con los diferentes dispositivos, algunos autores, otorgan un peso determinado a cada tipo de contacto partiendo de la premisa de que un día en el hospital "pesa" más que un contacto ambulatorio. Bloom (1970) definió el TRUE (*Total Resource Utilization Estimates*) mediante el cual otorgaba pesos diferentes a las distintas modalidades de cuidados que cubrían una amplia gama desde servicios médicos, ingresos hospitalarios, cuidados a familiares, etc.

Basado en la clasificación anterior y con el mismo acrónimo Henisz et al. (1977) elaboran otra escala incluyendo ingresos, servicios intermedios, terapia individual y grupal. Los pesos tienen un rango de 6 para un día en un hospital hasta 1 para una sesión grupal de un contacto ambulatorio (tabla 4). A un día asistiendo a un programa de día se le asigna 4 puntos y una sesión individual tiene un peso de 2 puntos. La adopción de este sistema de puntuación en el que un día ingresado en un hospital pesa 6 veces más que una hora de terapia de grupo no se ha basado en un análisis de costes de los servicios implicados, sino que se eligió una forma bastante arbitraria con objeto de reflejar el rango de posible uso de todos los servicios del centro.

TABLA 4. ESCALA UTILIZADA POR HENISZ ET AL. (1977)

TRUE SCORE	
Un día en un hospital	= 6
puntos	
Un día en un programa de centro de día	= 4 puntos

Una sesión individual	=	2 puntos
Una sesión grupal	=	1 punto

Una clasificación menos detallada pero más utilizada ha sido la elaborada por Lavik (1983) que otorga 1 punto para un contacto ambulatorio, 2 puntos para un día en un centro de día y 3 puntos para un día en un hospital psiquiátrico (tabla 5). La suma de todos los “pesos” dará una puntuación única para cada paciente (índice total de utilización de servicios). Este índice se basa en una puntuación cruda y en él están incluidos el tipo de dispositivos y el número de contactos con los mismos (Tansella et al., 1986; Lavik, 1987; Sytema et al., 1989 b; Faccincani et al., 1990).

TABLA 5. ESCALA UTILIZADA POR LAVIK (1983)

TOTAL CONSUMITION INDEX		
Un contacto ambulatorio	=	1 punto
Un día en un centro de día	=	2 puntos
Un día en un hospital psiquiátrico	=	3 puntos

A partir de estas escalas se pueden clasificar a los pacientes por grupos, con lo que se elaboraría una escala relativa. Lavik (1983,1987) divide a los pacientes en niveles de utilización de servicios diferentes (tabla 6). La máxima puntuación alcanzada se corresponde a pacientes ingresados durante todo el período de estudio. Aunque estas categorías sean arbitrarias y solamente estén referidas a la cohorte que se estudia (Sytema et al., 1989 a) ya que el individuo que es un alto usuario en un grupo, puede no serlo al compararlo con otra cohorte, son útiles comparar a pacientes dentro del mismo grupo y relacionarlo con sus características sociodemográficas o psicopatológicas (Lavik, 1987).

TABLA 6. ESCALA RELATIVA UTILIZADA POR LAVIK (1983,1987)

CATEGORÍAS DE USUARIOS	
Monoconsultantes	= 1 punto
Pequeña escala	= 2 - 5 puntos
Moderados	= 6 - 50 puntos
Gran escala	= 51 - 200 puntos
Duros	= + 200 puntos

Tansella (1986) introduce un punto de corte mediante métodos estadísticos para poder relativizar la puntuación global y poder comparar a los pacientes dentro de la misma cohorte estudiada. Así, divide la cohorte en altos y bajos usuarios según estén por encima o debajo de dicho punto de corte.

Ten Horn (1980) realiza un análisis descriptivo de una pequeña cohorte de 31 pacientes incluidos en el Registro de Casos Psiquiátricos de Groningen y que estaban en contacto con más de 4 servicios durante un período de dos años de seguimiento. Los clasifica en: a) un ingreso, b) de dos a tres ingresos y menos de doce contactos ambulatorios, c) de dos a tres ingresos y doce o más contactos ambulatorios y d) cuatro o más ingresos hospitalarios y doce o más contactos ambulatorios.

La principal característica de estos índices es que se basan en un resumen de lo ocurrido durante el período de observación, en ellos todos los tipos de contacto se resumen en una puntuación global. No se tienen en cuenta, los intervalos de tiempo que transcurren entre los contactos, el único tiempo que se considera es el período de observación. A este enfoque del análisis de la utilización de servicios lo denominamos de tipo transversal porque ofrece un resumen de esta información en un momento determinado, cuando se realiza un corte transversal en el tiempo y ofrece una información de tipo estático.

2.2.2.2 Aproximación longitudinal

En este tipo de análisis, los contactos que realiza el paciente se estudian como un fenómeno que depende del tiempo y constituye un proceso. Anotando cada día que ha habido un contacto con los servicios, se obtiene una serie cronológica de sucesos por cada paciente individualmente. Por tanto, un paso más en el análisis de los patrones de utilización de servicios es tener en cuenta, además del tipo de contacto, el tiempo que transcurre entre cada uno. En esta sección vamos a considerar la dimensión temporal en el seguimiento de los contactos de los pacientes con los servicios durante un período de tiempo prefijado.

2.2.2.2.1 Episodios de cuidados

Un episodio de cuidado se puede definir como un espacio de tiempo durante el cual un paciente utiliza un cierto tipo de servicio. A partir de este concepto se han realizado diversas definiciones de lo que se consideran episodios de cuidado; la representación de varios episodios de cuidados ofrecería un patrón de utilización de servicios (Sytema y Oldehinkel, 1996).

A continuación se presentan diversas representaciones a los episodios de cuidados en los que se tienen en cuenta el tipo de contacto, la intensidad y la duración de los períodos de estudio (Giel y ten Hom, 1982; Tricot, 1986; Balestrieri et al., 1989; WHO, 1987). Dependiendo de los objetivos del estudio se incluirán unas dimensiones u otras en las clasificaciones (Sytema et al., 1989 a).

En esta aproximación el tiempo de seguimiento se divide en intervalos y el número de contactos se resume en cada uno de esos intervalos. Así, en diversos estudios sobre el tema se han elaborado escalas nominales en las que se prefija un tiempo determinado. Estas escalas no ordenan sino que clasifican teniendo en cuenta exclusivamente el número de contactos, su tipo y su distribución en los períodos previamente prefijados (Sytema et al., 1989 a).

A partir de este concepto Giel y ten Hom (1982) han elaborado una clasificación que posteriormente ha sido utilizada en varios estudios (WHO, 1987; ten Hom et al., 1988). En ella

introducen la dimensión intensidad (frecuencia en el número de contactos) y duración de los períodos en los que ocurren estos contactos (tabla 7). Para ello definen siete patrones en los que se combinan la intensidad y la duración de los períodos y a partir de ellos clasifican a los pacientes incluidos en el Registro de Casos Psiquiátricos de Groningen según el patrón en el que se encuentre cada uno. Un paciente puede tener una intensidad de sus contactos más alta durante dos meses y el resto del año puede tener sólo contactos ocasionales, o sea, la intensidad o no intensidad de los episodios se suceden dentro del mismo patrón de cuidados. Esta clasificación presenta diferentes inconvenientes, entre ellos que bajo el mismo patrón de cuidados subyacen distintos modos de utilizar los servicios (Sytema et al., 1989 a).

TABLA 7. CLASIFICACIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS (GIEL Y TEN HORN, 1982)

Patrón - Definición
1. Un contacto ambulatorio
2. Contactos ambulatorios menos de una vez cada dos semanas durante un período inferior a tres meses
3. Contactos ambulatorios más de una vez cada dos semanas durante un período inferior a tres meses
4. Como dos pero un período superior a tres meses
5. Como tres pero un período superior a tres meses
6. Una o más admisiones hospitalarias, precedidas como máximo de un contacto ambulatorio
7. Una o más admisiones en combinación con más de un contacto ambulatorio

Una clasificación parecida a ésta aunque con matices la utilizan ten Horn y Brook (1990) y en su estudio definen al usuario crónico de un Centro de Salud Mental como aquel que durante 6 años o más ha tenido contactos con dichos dispositivos sin una interrupción de tres meses o superior y sin tener en cuenta la frecuencia de los contactos. Hay que destacar que esta clasificación es arbitraria y puede no coincidir con las de otros estudios como el de Balestrieri et al. (1989).

Balestrieri et al. (1989) introducen el término “duración del cuidado” además de la intensidad (frecuencia) de los contactos. En este estudio se utiliza la clasificación que figura en el tabla 8.

TABLA 8. CLASIFICACIÓN UTILIZADA POR BALESTRIERI, SYTEMA, GAVIOLI, MICCIOLO (1989)

-
- Duración gruesa del cuidado: el número de días entre el primero y el último contacto con los servicios psiquiátricos en los 36 meses de observación
 - Duración neta del contacto: la duración gruesa del contacto menos la suma de todos los períodos sin contacto, de más de 90 días
 - Períodos sin cuidados: un mínimo de 90 días sin contacto (paso)
 - Intensidad bruta del cuidado: relación entre el cuidado neto y bruto
 - Tasa de admisión: número total de admisiones dividida por la duración neta del cuidado
-

Tricot (1986) introduce un concepto nuevo para realizar una descripción longitudinal de los contactos con los servicios de salud mental y recoger la historia del uso de servicios; para ello, divide el curso de los eventos en diferentes fases que las denomina “episodios de asistencia”. En 1983, Häfner y an der Heiden utilizaron el término 'episodio'. El fin de un episodio lo definían cuando un paciente es dado de alta de un hospital psiquiátrico o de un centro de día o termina el tratamiento o si el paciente no aparece dentro de las 6 semanas siguientes al último contacto.

Tricot (1986) define los episodios de asistencia como: “la unión temporal entre los contactos es lo que hace posible la existencia de un episodio”. Además establece dos condiciones:

- 1ª debe haber un número mínimo de contactos dentro de un episodio, lo que daría lugar al “tamaño”
- 2ª debe existir un número máximo de días entre dos contactos sucesivos dentro de un episodio que denominaría “paso” (una vez que se sobrepasa ese número máximo ya se consideraría otro episodio).

Los valores dados a cada uno de estos parámetros son arbitrarios y están relacionados con la clase de contacto que se vaya a delimitar (ambulatorio, hospitalario o con centro de día) y además deben de estar en consonancia con la tendencia de la frecuencia de los contactos que se considere como normal en cada contexto de atención a la salud mental o con los diagnósticos de los pacientes a estudiar. El objeto de esta contribución ha sido un primer intento de mostrar cómo se pueden representar los "episodios de asistencia" (figura 1).

Esta autora propone un ejemplo para estandarizar los episodios y les otorga la siguiente puntuación según sean:

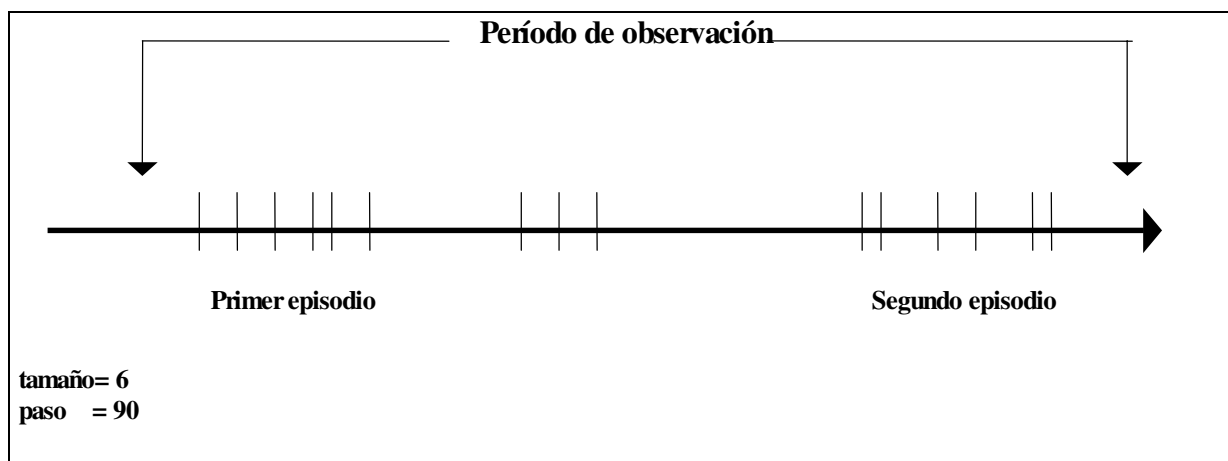
- Episodios ambulatorios (paso=90 días; tamaño=6)
- Episodio hospitalario (paso=1 día; tamaño=2)
- Episodio en hospital de día (paso=3; tamaño=5)

Esto quiere decir que para considerar un “episodio ambulatorio” no pueden pasar más de 90 días entre un contacto y otro y en esos 90 días deben de ocurrir un número mínimo de 6 contactos, si ocurren menos no se consideraría un episodio ambulatorio, sino contactos aislados. En los “episodios hospitalarios” deben transcurrir al menos un día entre un ingreso y un alta y permanecer un día en el hospital. En un “episodio en hospital de día” deben pasar tres días sin acudir al centro para considerarlo otro episodio y acudir por lo menos durante 5 días.

Estos valores han sido modificados al ser utilizados por Oldehinkel (1997); ella otorga al episodio en hospital de día un paso de 14 días argumentando que un paciente puede estar enfermo o marcharse fuera de la ciudad durante algunos días y al volver al servicio se consideraría un nuevo episodio.

Una vez que se han asumido y definido los tipos de contacto que constituyen un episodio y el paso y el tamaño, es importante reseñar que el período de observación debe ser el mismo para todos los pacientes observados y los contactos que ocurran antes o después de ese período se excluirán. Es necesario conocer los siguientes datos para construir un episodio: la fecha del primer y último día del contacto, el tipo de contacto y delimitar el período de observación.

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN DE UN EPISODIO AMBULATORIO (TRICOT, 1986)



Extraído de *An example of standardization of terminology: defining episodes of care.* (Tricot, 1986)

Aunque en esta clasificación ya se tiene en cuenta el tiempo que transcurre entre los contactos a lo largo del período de observación, todavía es demasiado gruesa ya que solamente tiene en consideración el número mínimo de contactos y la distancia (temporal) entre cada uno de los contactos.

Tansella et al. (1986) utilizan el parámetro de duración basándose en el criterio de paso de Tricot. Definen a los pacientes de una cohorte como usuarios de largo curso cuando están en contacto continuo con los servicios durante el período de observación y los períodos sin contacto son menores a 90 días; los contactos pueden ser ambulatorio u hospitalarios. Los usuarios de corto curso son aquellos que mantienen períodos entre contactos mayores a 90 días. En su estudio de 1986 combinan tanto la duración de los episodios de cuidados como la frecuencia de los contactos psiquiátricos, produciendo la clasificación que figura en el tabla 9.

TABLA 9. CLASIFICACIÓN UTILIZADA POR TANSELLA (1986)

Usuario duro y de largo curso
Usuario duro pero de corto curso
Usuario no duro pero de largo curso
Usuario no duro y de corto curso

La descripción más exhaustiva y pormenorizada sobre los “episodios de asistencia” es la desarrollada durante el estudio de la OMS publicado en 1987 denominado “Los Servicios de Salud Mental en las Áreas Piloto en Estudio”, cuya cohorte estaba formada por aquellos pacientes que habían entrado en contacto con los servicios de salud mental del área en estudio y fueron seguidos durante un período de dos años registrándose los contactos que tenían con los dispositivos del área. Por un lado, se clasificaron los contactos según la clasificación ya citada elaborada por Giel y ten Horn en 1982 y, por otro, se utilizaron una serie de parámetros para definir y representar los episodios de cuidados. A continuación se presenta un resumen de la clasificación utilizada por Giel et al. (1987) en el estudio de las áreas piloto de la OMS.

En primer lugar se definen los “elementos del cuidado” y, posteriormente, se describen según su distribución a lo largo del período de estudio.

Los elementos que se tienen en cuenta en el siguiente análisis de los patrones de utilización de servicios son los tipos de contacto, las estancias, las secuencias ambulatorios y los episodios ambulatorios (tabla 10).

TABLA 10. TIPOS DE CONTACTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE LA OMS (1987)

E = ingreso hospitalario / S = alta hospitalaria
e = admisión a un centro de día / s = alta de un centro de día
j = contacto diurno con un centro de día
n = contacto nocturno con un centro de día
A = contacto ambulatorio
B = visita a domicilio
C = contacto telefónico

Tipos de estancias: _____

- **Estancia en el hospital: Período ininterrumpido de cuidado, delimitado por una admisión y un alta.**
- **Estancia en un centro de día: se puede definir de dos formas:**
 - a) **un período de cuidado continuo delimitado por un ingreso y un alta en un dispositivo intermedio. Se supone que ocurren contactos con el dispositivo durante ese período.**
 - b) **como una secuencia de contactos 'j' que ocurren en intervalos muy cortos o, precisando aún más, se delimita un período mínimo (que puede ser de 3 días) entre 2 contactos sucesivos (sería el parámetro paso de Tricot) dentro de esa estancia en el centro; además, un número mínimo de contactos deben haber ocurrido dentro de esa secuencia.**
- **Estancia en un centro de noche: lo mismo que el anterior pero en período nocturno.**

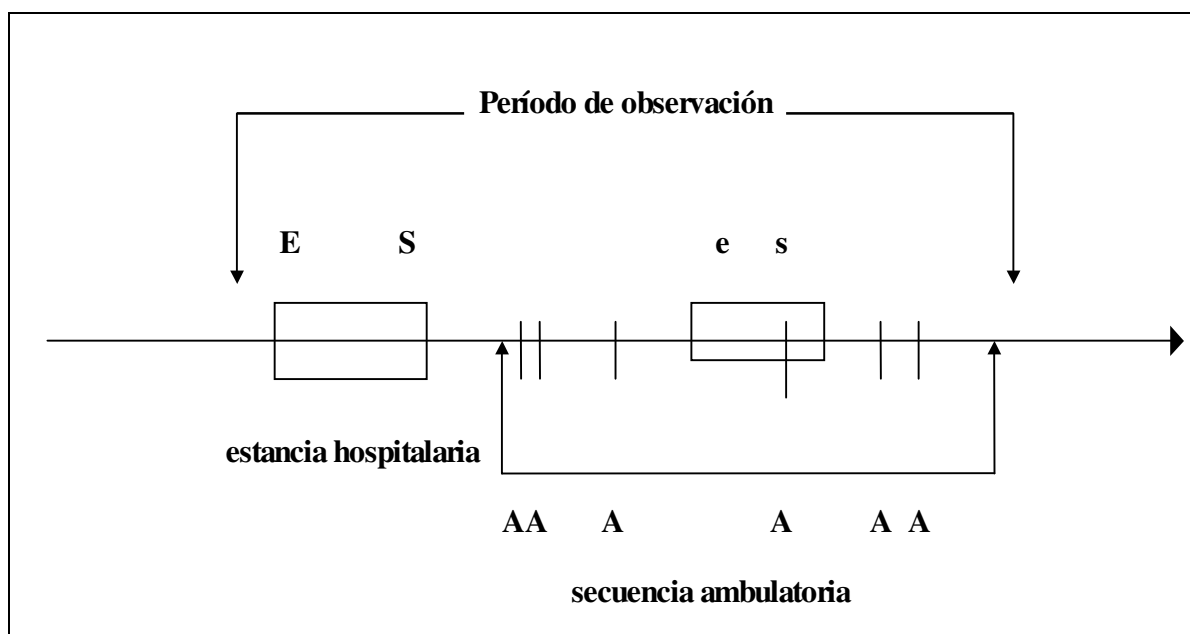
Secuencias ambulatorias:

Se definen como una serie de contactos A, B o C a los cuales pueden estar asociados contactos “j” o “n” cuando estos no forman parte de una estancia en un centro de día o de noche. Esta secuencia no incluye una estancia en el hospital. Cada secuencia ambulatoria está separada por un ingreso y un alta hospitalaria o por el comienzo o el final del período de observación.

De este modo, considerando un paciente y un período de observación se puede distinguir entre:

- la parte "continua" del proceso: estancias en un hospital o en un centro de día
- la parte "discreta" del proceso, como los contactos ambulatorios o los contactos aislados en estructuras intermedias (figura 2).

FIGURA 2. REPRESENTACIÓN DE UNA SECUENCIA AMBULATORIA

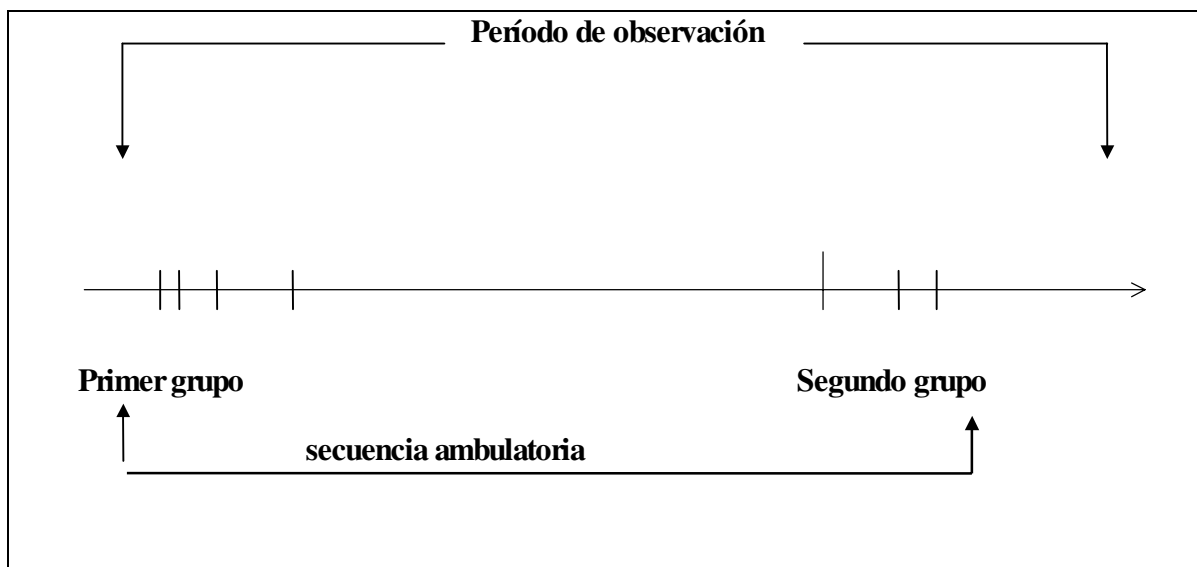


Extraído de *Mental health services in pilot study areas. WHO (1987)*

Otra forma de representar una secuencia ambulatoria, en la que no hay ingresos hospitalarios, es la que se representa en el figura 3. Como se especifica en la definición, una secuencia ambulatoria está separada por un ingreso o un alta hospitalaria. En esta figura

solamente se representa una secuencia ambulatoria aunque en dos grupos diferentes lo que daría lugar a dos episodios distintos.

FIGURA 3. REPRESENTACIÓN DE UNA SECUENCIA AMBULATORIA

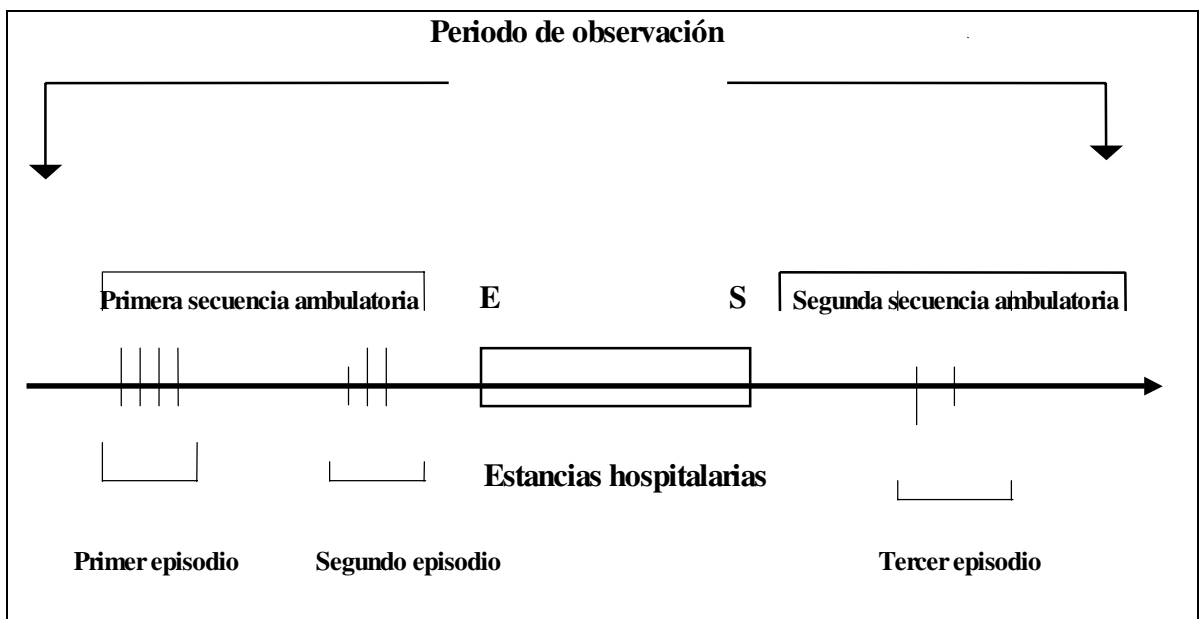


Extraído de *Mental health services in pilot study areas. WHO (1987)*

Episodios ambulatorios:

Se definen como parte de una secuencia ambulatoria que consiste en un grupo de contactos lo suficientemente juntos unos de otros; el parámetro utilizado para la definición dentro de una secuencia ambulatoria es el intervalo más largo separando dos contactos consecutivos dentro del mismo episodio (figura 4).

FIGURA 4. REPRESENTACIÓN DE SECUENCIAS Y EPISODIOS AMBULATORIOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS



Extraído de *Mental health services in pilot study areas. WHO (1987)*

Hasta aquí ya se han presentado, por un lado los tipos de contactos (ambulatorios, hospitalarios y en centros de día) y los conceptos de “estancia” y “episodio” en los que se incluyen la parte cronológica con los conceptos de paso y tamaño.

El siguiente paso del análisis se basa en dividir el proceso en “estancias” y “episodios” y definir la duración de estos conceptos.

La duración de las estancias se miden en:

- a) estancias en centros de día/noche: número de días (o noches) en ese dispositivo (se pueden contar los días entre la fecha de ingreso y de alta).

La duración de los episodios se miden en:

- b) para episodios cortos: se cuentan los números de contactos

- c) para episodios largos se miden:

- . número de contactos
- . la media aritmética de los días entre dos contactos
- . número de días total entre el primer y último contacto que conforman el episodio.

Sin embargo, para caracterizar la estructura de un episodio no es suficiente esta información ya que dos episodios pueden tener el mismo número de contactos, la misma media entre contactos y la misma duración y, sin embargo, su estructura ser diferente. Por ello, hay que considerar otras variables para caracterizar un episodio como pueden ser:

- . intervalo máximo separando dos contactos consecutivos
- . la concentración de los contactos calculada a través de un índice T (elaborado por Tricot) que da una idea de la regularidad de los contactos en el tiempo
- . la desviación típica entre dos contactos consecutivos, lo que proporciona una escala de dispersión de los contactos en el tiempo

En esta clasificación se incluye el término de estancias hospitalarias y en centros de día que se asemeja a la definición de episodios hospitalarios y con hospital de día de Tricot (1986). Como novedad se ha incluido el concepto de secuencia ambulatoria el cual es más amplio que el episodio ambulatorio de Tricot pues la secuencia está separada solamente por un ingreso o un alta en un centro de día o en un hospital y no tiene criterios predefinidos de número de contactos o días entre ellos, incluso puede incluir contactos esporádicos con las estructuras intermedias. En

el episodio, aparte de intervenir en su interrupción los tipos de contactos, también intervienen los días transcurridos, a partir de los cuales ya se considera otro episodio.

La "duración del episodio de cuidados" definida por Tansella (1986) puede ser mucho más amplia ya que incluye tanto contactos ambulatorios como ingresos hospitalarios siempre que cumplan criterios de número de días máximo entre dos contactos consecutivos.

El presente modelo es puramente descriptivo y no trata de analizar la relación existente entre estos patrones de utilización de servicios y otras variables. A partir de él solamente se puede afirmar si dos pacientes presentan una distribución similar respecto a sus contactos con los servicios y, por tanto, a la utilización de los mismos.

No hemos encontrado en la bibliografía ningún otro estudio, además del estudio de la OMS sobre los servicios de salud mental en áreas piloto europeas (WHO, 1987) que aborde de una forma tan detallada el tema de los episodios de cuidados. Esta forma de representación de los episodios de cuidados describe de una manera muy precisa la pauta de utilización de servicios que realiza una cohorte de pacientes. Se incluyen en esta descripción los tipos de contactos, la frecuencia de los mismos y el intervalo de tiempo entre ellos. Uno de los inconvenientes que presenta es que está basada en definiciones arbitrarias por lo que es difícil su aplicación para la comparación entre áreas diferentes.

2.2.2.2.2 Análisis de supervivencia

El análisis de supervivencia tiene como objetivo estudiar el tiempo que transcurre desde la ocurrencia de un determinado suceso (comienzo de un tratamiento, diagnóstico de cáncer, ingreso hospitalario) hasta la ocurrencia de otro (curación, muerte, alta hospitalaria respectivamente). Se denomina así porque ha sido empleado principalmente para el estudio del tiempo desde que se realiza un diagnóstico de cáncer hasta la muerte del paciente. Debido a que resulta imposible el observar una cohorte de pacientes de forma indefinida se debe determinar una fecha de comienzo y otra de final del período de observación (Harris, 1991).

Según Tuma y Hannan (1984) los datos longitudinales (*event history data*) hacen referencia a la secuencia de diferentes tipos de cambios de estado así como su ritmo o duración exacta durante un período de observación determinado. Coleman (1981) hace una definición más específica caracterizando los datos longitudinales como: a) existen “unidades” (individuos, organizaciones...) que cambian de un “estado” a otro; b) estos “cambios” -*events*- pueden ocurrir en cualquier momento del tiempo; c) existen factores de tiempo y/o dependientes (covariables) que influyen en los cambios.

Solamente con datos longitudinales se puede conocer el ritmo exacto en el que ocurren los cambios, lo que permite la utilización de análisis de supervivencia. Para realizar cualquier estudio de supervivencia se debe de disponer al menos de la variable tiempo transcurrido entre un estado y otro o supervivencia de cada paciente.

Los registros de casos psiquiátricos disponen de la información suficiente para ser analizada por este método. En el caso de salud mental, las unidades son los pacientes, o sea los usuarios de los servicios de salud mental. Un estado es el tipo de contacto que una persona está manteniendo en un momento determinado del período de seguimiento, y un suceso es el cambio de un estado (episodio o contacto) a otro. Como ejemplo de covariables pueden ser el diagnóstico, la edad, el sexo, etc. Además, el grupo de riesgo es el número de personas en riesgo de que le ocurra un suceso en cada punto del período de seguimiento.

El análisis de la historia de los sucesos tiene en cuenta la duración de los intervalos entre el comienzo y el final de un estado (p.ej. el día de ingreso y alta hospitalaria). Durante un período de tiempo concreto, el estado se mantiene constante (por ej. ingreso hospitalario) pero en un momento determinado “saltará” a otro estado (por ej. contacto ambulatorio). El tiempo es una variable continua mientras que el estado posee un número determinado de valores (discreta). El objetivo del análisis es siempre determinar el tiempo que ocurre entre dos cambios y el tipo de estado al que se pasa una vez el cambio ha ocurrido.

Una de las aplicaciones más interesantes del análisis de supervivencia consiste en comparar las curvas de supervivencia de dos o más grupos de pacientes para contrastar si existen

diferencias significativas entre ellas, lo que puede hacerse a través de uno de los tests de hipótesis más usados en investigaciones clínicas: el test de Mantel-Haenszel o Log-Rank.

El análisis de supervivencia ha sido utilizado en varios estudios aplicado a una cohorte de pacientes esquizofrénicos para estudiar variables relacionadas con la utilización de servicios. Un ejemplo de ello es el estudio de Häfner y an der Heiden (1989) en el que estudian la influencia del tratamiento ambulatorio en el número de días que transcurren entre los reingresos hospitalarios y en la duración de la estancia hospitalaria.

Eaton et al. (1992 a b) han publicado dos estudios aplicando este tipo de análisis al riesgo de reingresos hospitalarios en una cohorte de pacientes esquizofrénicos. A partir de datos de 4 registros de casos psiquiátricos (Victoria, Australia; Maryland, USA; Dinamarca; y Salford, Inglaterra) estudian el riesgo de rehospitalización en los pacientes esquizofrénicos. En el primero (Eaton et al., 1992 a) presentan curvas de supervivencia de la probabilidad de reingreso de los pacientes tras el alta correspondiente a su primer ingreso hospitalario. La proporción final de pacientes rehospitalizados después de 20 años de seguimiento oscila entre el 50% en Maryland (Australia) y el 80% de Dinamarca. La regresión de Cox revela que la edad de comienzo de la enfermedad era la única variable que presentaba un efecto significativo y consistente con el tiempo transcurrido hasta la siguiente rehospitalización en el sentido de que un comienzo temprano de la enfermedad predice un mayor riesgo de rehospitalización en cada una de las cohortes. En su segundo estudio (Eaton et al., 1992 b) encontraron que cada ingreso hospitalario disminuye el riesgo de una admisión posterior en un 10%.

Posteriormente este tipo de estudio se ha llevado a cabo con una muestra de pacientes esquizofrénicos de Dinamarca (Mortensen y Eaton, 1994). Estudiaron los predictores en el riesgo de readmisión hospitalaria en pacientes esquizofrénicos después de su primer y último ingresos (5º, 10º y 15º). Las variables predictoras de riesgo de reingreso se identificaron utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Después del alta por el 15º reingreso, el único predictor significativo era la duración del último período ingresado.

Tansella et al. (1995) presentan una aproximación al análisis de los patrones de cuidados a lo largo del tiempo en la que estudian la duración de un episodio ambulatorio y el tiempo que

transcurre hasta que sucede una recaída entendida como otro episodio de cuidado ambulatorio aplicando el test de log-rank, los modelos de regresión de Cox y la regresión de Poisson.

En el estudio que realizan Sytema et al. (1996) se incluyen tanto episodios hospitalarios como ambulatorios y en centros de día. El objetivo de este trabajo es comparar dos cohortes (Gronigen y Verona Sur) respecto a la duración de sus episodios de cuidados. Para ello definen tres tipos de episodios:

- episodios hospitalarios que comienzan con un ingreso y un alta
- episodios en centros de día que comienzan con la admisión al centro de día y terminan cuando transcurren un máximo de 7 días sin acudir al centro y por último
- episodios ambulatorios que comienzan con un contacto ambulatorio y finalizan cuando transcurren un máximo de 90 días sin que ocurra otro contacto ambulatorio

Como variables confundentes potenciales se consideraron la edad, el sexo, estado civil y variables relativas a la historia previa. Aplicaron el análisis de supervivencia con las curvas de Kaplan-Meier, la regresión de Cox y la tasa de riesgo. Los resultados mostraron que la duración de los episodios era más corta en Verona Sur que en Groningen y que las hospitalizaciones para los pacientes esquizofrénicos también son necesarias en un sistema de base comunitaria aunque en Verona Sur parece que los servicios de salud mental comunitarios son capaces de reducir la duración de las hospitalizaciones considerablemente.

Con los índices de uso de servicios, la información sobre la utilización de los servicios de los pacientes de un área determinada se realizaba en términos de una descripción estática de lo que ocurría o mediante la descripción de los episodios de cuidados. Las probabilidades de cambio entre los diferentes estados pueden ser analizados mediante modelos de riesgos. Los modelos de riesgos proporcionales están siendo utilizados ampliamente en el campo de la clínica y de la epidemiología y las técnicas de regresión están disponibles para evaluar el valor pronóstico de las covariables en los riesgos de cambio (Sytema et al., 1996). Cuando los registros individuales incluyen información acerca del tiempo que transcurre hasta que ocurre un

cambio, entonces las técnicas de supervivencia propuestas originalmente por Cox (1972) pueden ser aplicadas.

Estas publicaciones son un ejemplo de cómo se puede aplicar el análisis de supervivencia a la información de la utilización de servicios. Los primeros estudios se centraban en los ingresos hospitalarios pero en los estudios posteriores, cada vez es más frecuente encontrar entre sus objetivos el estudiar la atención comunitaria y los contactos con dichos dispositivos.

2.2.2.3 Aproximación dinámica: modelos explicativos de probabilidades de transición (las cadenas de Markov)

Con el cambio hacia la atención comunitaria, a los servicios de salud mental se les exige el cumplir características de globalidad, flexibilidad y continuidad. Asumiendo que las necesidades de cuidados de la mayoría de los pacientes varían, los tipos de cuidados por los que pasan también varían consistiendo en estar sin contacto con los dispositivos de salud mental hasta estar ingresado en un hospital, pasando por acudir a un ambulatorio o un centro de día.

La continuidad de la atención se define como la facilitación de cuidados de acuerdo con el cambio de las necesidades de los pacientes a lo largo del tiempo. En este sentido, la flexibilidad de los cuidados expresada en el número de cambios entre los tipos de cuidados debería ser el indicador de la continuidad de la atención. Mientras que la globalidad implica que la atención debe ser comprehensiva e incluir a todos los tipos de servicios que constituyen la red de atención a la salud mental.

Si se asume que la probabilidad de usar un tipo particular de servicios de salud mental, durante un período de tiempo, puede estar determinada por la utilización de los servicios en los períodos anteriores, se puede analizar la utilización de servicios desde un abordaje que explícitamente tenga en cuenta esta influencia como es el método de las cadenas de Markov (Perry y Lavori, 1987).

Debido a que la distribución actual de los niveles de utilización de servicios depende solamente del pasado más inmediato, se puede representar la evolución de este proceso calculando la probabilidad de cambio de un estado a otro en cada uno de los instantes del período de seguimiento. El resultado de cada seguimiento es una matriz de probabilidades de transición $P(b/a)$, donde P es la probabilidad de utilizar un servicio en el nivel b durante el siguiente instante del seguimiento, cuando la utilización del estado actual está en el nivel a .

El concepto de lo que se conoce hoy día como cadenas de Markov fue desarrollado por un matemático ruso (A.A.Markov) a principios del siglo XX cuando estudiaba la alternancia de vocales y consonantes en un poema de Poeshkin titulado *Onegin*. Markov desarrolló un modelo de probabilidad en el que observó que los resultados de diferentes pruebas estaban relacionados unos con otros de tal forma que cada prueba dependía exclusivamente del resultado de la inmediatamente anterior. Este modelo ofreció una excelente descripción de la alternancia de vocales y consonantes en el poema que se estudiaba y permitió a Markov calcular una estimación muy exacta de la frecuencia en la cual las consonantes ocurrían en el mencionado poema de Poeshkin (Tijms, 1994).

Una cadena de Markov es una secuencia aleatoria en la que la dependencia de los eventos sucesivos retrocede sólo una unidad de tiempo. En otras palabras, la probabilidad del comportamiento futuro del proceso depende solamente del estado actual del proceso y no está influenciado por la historia pasada. Esto es lo que se denomina *propiedad markoviana* (White, 1992).

Cuando las probabilidades de transición no dependen de un intervalo de tiempo elegido y las matrices de probabilidades de transición permanecen constantes entre pares de seguimiento, entonces el proceso se denomina estacionario, lo que significa que no existen tendencias, ni existen cambios sistemáticos en la varianza, ni tampoco existen variaciones periódicas o sea que la serie conserva las mismas propiedades estadísticas a lo largo del tiempo. Por lo tanto, en la práctica es importante examinar si las probabilidades son estacionarias y eliminar las desviaciones desde la estacionariedad de las probabilidades antes de continuar con el resto del análisis.

Un proceso estacionario en el que la distribución de probabilidades actual depende solamente del estado inmediatamente anterior se denomina “proceso de Markov estacionario, de primer orden” (*first-order Markov model*). Si depende de las dos situaciones inmediatamente anteriores, se denomina “proceso de Markov estacionario, de segundo orden” (*second-order Markov model*).

Una cadena de Markov a intervalos de tiempo discreto (*a discrete-time Markov chain*) es un proceso estocástico¹ en que se presenta la más simple generalización de una secuencia de variables aleatorias independientes. El modelo de Markov, a intervalos de tiempo discreto, describe la oportunidad de cambio de un 'estado' a otro en un intervalo de tiempo prefijado. Se asume que estos cambios, o las 'probabilidades de transición' son constantes en el tiempo. Cuando una cadena de Markov se utiliza para un gran número de intervalos se alcanzará un estado constante, en el que el porcentaje de personas en cada una de las situaciones no cambiará de un período al siguiente. El número de personas puede cambiar de un estado a otro, pero la proporción total permanece constante.

El proceso de Markov nos permite modelar la incertidumbre que implica el abordaje del tiempo de forma dinámica. Los conceptos básicos que subyacen en el proceso de Markov son el estado y el cambio de estado. Para analizar las probabilidades de transición es necesario determinar el tiempo que transcurre entre dos cambios (que se denomina “instante” o “unidad de tiempo”) y los tipos de estado que se van a considerar. Además las situaciones no deben solaparse y deben ser excluyentes. La elección del intervalo de tiempo elegido debe estar determinado por el objetivo del estudio y los tipos de pacientes a estudiar.

La regla del modelo determina hasta qué punto las probabilidades de transición dependen del pasado. En un principio, como se ha afirmado anteriormente, las cadenas de Markov dependen solamente del momento actual y no de la información adicional que tenemos de las situaciones anteriores. La teoría de este proceso es muy útil para su aplicación en una gran variedad de situaciones y áreas de conocimiento como la biología, la economía y la física, entre otros.

¹ Proceso estocástico: Proceso que incorpora algún elemento aleatorio, según Diccionario de Epidemiología, J.M.Last (1989).

En el campo de la psiquiatría, los modelos de Markov han sido utilizados para explorar la epidemiología de las enfermedades mentales (Marshall y Goldhamer, 1955), episodios de ansiedad y depresión (Dunn, 1983). También, se han publicado estudios en los que se han utilizado para analizar los cambios en los niveles de psicoterapia (Tracey, 1985) o aplicado a los cambios en las pautas de uso de sustancias en una cohorte de esquizofrénicos (Shumway et al., 1994) o a los cambios en la medición de los sueños REM en pacientes normales, depresivos o esquizofrénicos (Douglass et al., 1992).

Ya en el año 1975, Meredith describió el modelo de cadenas de Markov como una herramienta para la evaluación de los programas y lo destacó por su utilidad en la predicción de utilización de servicios (Meredith, 1976). En esta línea, Sweillam y Tardiff (1978) utilizaron este modelo para predecir el uso de camas psiquiátricas a partir de una cohorte de pacientes ingresados en los servicios psiquiátricos de New York. En una cohorte de 1968-1973 como línea de base, probaron la exactitud del modelo usándola para hacer predicciones en el período de 1974-75. El modelo se mostró muy preciso para la predicción de utilización de camas psiquiátricas.

Häfner y an der Heiden (1983) utilizaron un modelo de Markov de primer orden para describir las probabilidades de transición entre varios estados de tratamiento en una cohorte de pacientes esquizofrénicos. Ellos distinguen entre tres estados: ingresados, en tratamiento ambulatorios y sin tratamiento. Al comienzo del estudio todos los pacientes estaban en el hospital. En cada uno de los 36 intervalos consecutivos de dos semanas observaron la distribución de la cohorte a lo largo del tiempo. Encontraron que después de un año se había alcanzado una distribución estable de las tasas de readmisión (17% ingresados, 20% sin tratamiento, 63% con contactos ambulatorios). Con este modelo se describió de forma adecuada el proceso de transición entre los distintos estados de cuidados.

En el estudio de Perry y Lavori (1987) se utilizó el modelo de Markov para predecir los niveles de utilización de un servicio psiquiátrico, por parte de pacientes con trastorno de personalidad límite, comparándolos con pacientes con trastorno antisocial de la personalidad y trastorno afectivo bipolar de tipo II. En las primeras series seguidas, el análisis de Markov indicó

que la transición entre niveles de utilización de servicios psiquiátricos, siguió un proceso estacionario de segundo orden (en el que la utilización de servicios en el momento actual y en el momento inmediatamente anterior, predecía la utilización del siguiente momento) y que, a partir de este modelo, las probabilidades de transición generadas, no dependían del diagnóstico. En una segunda serie de seguimientos de los sujetos, 20 meses después, se examinó las predicciones a partir del análisis de Markov sobre la probabilidad acumulada de que los sujetos pudieran utilizar un mayor nivel de los servicios psiquiátricos.

Sytema (1994) utiliza una muestra de 52 pacientes esquizofrénicos para presentar un ejemplo de representación de una matriz de transición a partir de la aplicación de las cadenas de Markov. El período de seguimiento fue dividido en 37 intervalos consecutivos de 2 semanas. En cada intervalo de dos semanas, a cada paciente se le dio una puntuación de acuerdo con el tipo de contacto presentado en cada intervalo (sin contacto, ingresado, contacto ambulatorio). Los contactos se ordenaban de forma jerárquica, siempre que ocurrían dos tipos de contactos distintos dentro de cada intervalo. La distribución de los estados cambiaba rápidamente en el comienzo del proceso pero se mantiene más estable al final (esto es típico de los procesos de Markov). A partir de los datos, el modelo estima una matriz de probabilidades de transición, que es una descripción concisa de cómo las cohortes de pacientes se mueven a través de los distintos estados.

Resumiendo lo expuesto sobre los modelos de análisis de la utilización de servicios, la mayoría de los estudios anteriores dividen los contactos en tres tipos: - ambulatorios, -con centros de día e -ingresos hospitalarios.

Partiendo de estos conceptos el análisis sobre la utilización de servicios se puede abordar desde tres enfoques diferentes:

1. Describir la utilización de servicios de una cohorte mediante el número de contactos ambulatorios, en centros de día, número de ingresos hospitalarios y número de días ingresados (índices de uso). Si se otorgan pesos diferentes a cada tipo de contacto y se suman esas puntuaciones se obtienen índices de utilización total (Bloom, 1970; Henisz et al., 1977; Lavik, 1983) que acumulan toda la información del período de seguimiento en una cifra que

resume la utilización de servicios de una forma estática. Este es un abordaje de tipo transversal en el que no se tiene en cuenta la distribución de los contactos a lo largo del tiempo de seguimiento.

2. Un nuevo concepto se introduce en las clasificaciones de utilización de servicios al tener en cuenta la unión temporal entre los distintos contactos, lo que denominaríamos un enfoque de tipo longitudinal. Este enfoque se ha dividido en dos subapartados; en el primero se consideran los episodios de cuidados en los que se incluyen los parámetros de tamaño y paso (Tricot, 1986) o de estancia o secuencia (Giel et al., 1987) en los que se describen tanto los tipos de contacto como los días transcurridos entre ellos, ofreciendo un patrón detallado de la utilización de servicios y se divide el tiempo según la duración de los períodos y la intensidad de los contactos (Giel y ten Horn, 1982; Balestrieri et al., 1989). Otro enfoque dentro del análisis longitudinal de los datos (*event history analysis*) se puede considerar el análisis de supervivencia que tiene como objetivo estudiar el tiempo que transcurre entre la ocurrencia de un suceso hasta la ocurrencia de otro que en esta caso serían episodios de cuidados.
3. Por último un abordaje más dinámico en el análisis de la utilización de servicios consiste en calcular las probabilidades de cambio entre los diferentes tipos de contacto que se pueden tener, mediante la aplicación de cadenas de Markov. Con este método no sólo se describe la utilización de servicios sino que se caracteriza el patrón de cambio de un estado a otro en intervalos de tiempo fijos y se puede predecir la utilización de servicios.