

6.1 DISCUSIÓN

Como se ha señalado en el capítulo de *Objetivos*, esta Tesis Doctoral fue diseñada con el doble propósito de conocer los factores asociados a la utilización de servicios que realizan los pacientes esquizofrénicos y presentar distintos métodos de analizar la información sobre utilización de servicios de salud y, por consiguiente, de los datos de un registro acumulativo de casos psiquiátricos.

Debido a este doble objetivo el capítulo de discusión se divide en dos grandes apartados. En el primero se discuten los resultados más importantes del análisis descriptivo e inferencial, este último desagregado en tres enfoques (transversal, longitudinal y dinámico). En el segundo apartado hemos considerado conveniente incluir una valoración y reflexión global sobre los Registros de Casos Psiquiátricos y los distintos abordajes al análisis de los patrones de utilización de servicios que se han aplicado en la parte empírica del trabajo; además de su aplicabilidad práctica y las limitaciones encontradas en el desarrollo del estudio.

A continuación se enumeran las conclusiones alcanzadas a partir de los resultados obtenidos.

Por último, se presentan las perspectivas futuras que nos planteamos a raíz de este trabajo de investigación.

Este estudio se ha centrado en los pacientes esquizofrénicos por ser el principal grupo diana al que va dirigida la reforma psiquiátrica y por ser también el mayor grupo de pacientes

para los que los cuidados se han transferido desde el hospital a los servicios comunitarios (Häfner y an der Heiden, 1986). Además la esquizofrenia presenta un cuadro de larga duración con tendencia a la cronicidad y al desarrollo de incapacidad (Warner y Girolamo, 1995). De todos los colectivos de enfermos mentales, el constituido por los diagnosticados de esquizofrenia (aproximadamente el 1% de la población general presenta riesgo de padecer esta enfermedad a lo largo de la vida), representa probablemente el grupo más demandante de servicios sanitarios y sociales. La existencia de una insuficiente coordinación de estrategias de actuación específicas, la alta demanda de cuidados sanitarios, el elevado coste institucional y económico, además de la carga familiar y social difícilmente evaluable pero importante, constituyen motivos suficientes para justificar el estudio de la utilización de servicios que realiza este colectivo de pacientes.

Como afirman Häfner y an der Haiden (1996) existen dos métodos idóneos para recoger la información longitudinal sobre utilización de servicios: los estudios de seguimiento en los que se recaba la información de cada contacto con los servicios de salud mental durante un período de tiempo concreto y los registros acumulativos de casos psiquiátricos. Ambos procedimientos han sido utilizados en esta Tesis Doctoral.

Una parte de esta investigación se ha llevado a cabo con los datos incluidos en el estudio de seguimiento (n=83), el cual forma parte de un estudio multicéntrico europeo que nació con el objetivo de evaluar las necesidades asistenciales de los enfermos esquizofrénicos. Para esta Tesis Doctoral se ha utilizado como variable dependiente la información sobre utilización de servicios recogida a través del instrumento *Mannheim Service Recording Sheet*. Dentro de esta parte del estudio se recoge información sobre el estado clínico y las necesidades asistenciales de los pacientes, además de las características demográficas y socioeconómicas.

Con los datos obtenidos a partir de este estudio se han elaborado índices de utilización de servicios para estudiar la asociación de éstos con las variables independientes incluidas en el estudio y se han aplicado los modelos de las cadenas de Markov para calcular

las probabilidades de transición entre los distintos estados (tipos de contactos) por los que pueden pasar los pacientes en su demanda de atención en los dispositivos de salud mental.

A partir de los datos del Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur correspondiente al año 1996 (n=631) se presenta una breve descripción de los mismos y se les aplica un análisis de supervivencia para calcular el número de días que transcurre entre los contactos ambulatorios de cada paciente. El utilizar los datos de un registro de casos psiquiátricos nos ha permitido disponer de una muestra de mayor tamaño y conocer la fecha exacta en la que se realizaron los contactos con los dispositivos de salud mental, información necesaria para aplicar este análisis.

Ambas cohortes son muy similares respecto al área geográfica de referencia ya que en el estudio de seguimiento el área de cobertura se restringe a dos distritos sanitarios (La Alpujarra y Granada Sur) ambos incluidos en el Área Salud Mental Granada Sur que a su vez es el área de cobertura del Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia. Respecto al diagnóstico, en el estudio de seguimiento, se incluyen solamente los pacientes diagnosticados de esquizofrenia (código F20 de la CIE-10) mientras que en el Registro están incluidos todos los casos diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (códigos F20-F29 de la CIE-10). En ambos casos nos referimos a pacientes en contacto con la red pública de servicios de salud mental (tabla 90).

TABLA 90. CARACTERÍSTICAS DE LAS DOS COHORTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

	N	Área cubierta	Diagnóstico incluido (código CIE-10)	Variable de utilización de servicios	Tipo de análisis
Estudio de segui- miento	83	Distritos Sanitarios: La Alpujarra y Granada Sur	Esquizofrenia (F20)	.Nº contactos ambula- torios .Nº contactos ambula- torios+nº contactos con centros de día . Nº de ingresos hospi- tarios . Índice de Lavik	. Análisis de la va- rianza y multiva- riante . Análisis bivariante y multivariante . Análisis de la varianza Probabilidades de transición
Registro acumulativo de casos de esquizofrenia	631	Distritos Sanitarios: La Alpujarra, Granada Sur, Loja y Costa	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29)	Número de días entre contactos ambulatorios	Análisis de Super- vivencia Regresión de Cox

6.1.1 RESPECTO A LOS RESULTADOS

6.1.1.1 Análisis descriptivo

Nuestro primer objetivo fue describir la muestra objeto del estudio de seguimiento respecto a sus características demográficas, socioeconómicas, clínicas, de necesidades asistenciales y de utilización de servicios. Los resultados obtenidos en el análisis descriptivo nos ofrecen un perfil general de los pacientes estudiados respecto a dichas características el cual influirá de forma decisiva en el uso de los servicios que realiza dicha cohorte.

6.1.1.1.1 Características demográficas y socioeconómicas

Uno de los primeros resultados que llama la atención en la composición de la cohorte es la notable diferencia en el porcentaje de hombres (75%) y mujeres (25%) a favor de los hombres (tabla 12, figura 5), a pesar de que sabemos que la esquizofrenia se distribuye en tasas de prevalencia total de forma similar en hombres y mujeres (Kaplan, 1994). Este predominio de varones esquizofrénicos en los dispositivos de salud mental, por lo tanto de prevalencia asistida, que aparece en nuestro estudio es similar al encontrado en otros estudios españoles (Vázquez et al., 1995; Figuerido et al., 1997), así como en los datos correspondientes al Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur del año 1996 (70% de hombres) (tabla 74, figura 41). Por lo tanto estos datos son acordes con la distribución por sexos en toda la población atendida. En los estudios internacionales sobre prevalencia asistida de la esquizofrenia también suele aparecer una mayor tasa de hombres que de mujeres (7.02 hombres frente 6.6 mujeres por 1000 habitantes) (Freeman, 1986), aunque no con una diferencia tan acentuada y no siempre ya que algunos estudios extranjeros muestran la misma proporción de casos para ambos sexos (Häfner y an der Heiden, 1986; Shepherd et al., 1989; Jablensky et al., 1992; Sytema et al., 1996) (tabla 91).

TABLA 91. ESTUDIOS SOBRE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y SU DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR SEXO

Año publicación	Autores	Período de estudio	Área de estudio	Nº casos	% varones
1989	Shepherd et al.	5 años	Aylesbury	121	53
1992	Jablensky et al. (DOS)	2 años	10 países	1379	54
1995	Vázquez Morejón et al.	1 año	(Sevilla)	52	71
1996	Sytema et al.	2 años	Verona Sur	123	46
			Groningen	668	49
1996	Moreno Küstner et al.	1 año	Granada Sur	631	70
1997	Figuerido et al.	1 año y medio	Vitoria	60	72
1997	Távora	2 años	Granada	335	77
1998	Moreno Küstner	1 año	Granada Sur	83	75

Una posible explicación a esta diferencia, en cuanto a sexo entre los pacientes que demandan atención a los servicios de salud mental, puede estar en la edad media de inicio de la enfermedad, que en las mujeres es significativamente mayor que en los varones (Lewine, 1981) dato corroborado por la literatura científica. Esta circunstancia puede implicar una mayor adaptación de las mujeres a la vida social antes de que aparezca la enfermedad, lo que les proporciona una oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia social premórbida. También es un buen predictor de una mejor resolución en la esquizofrenia (Marder et al., 1979) con la consiguiente adaptación social que les podría servir de apoyo y contención, lo que implicaría una menor demanda de los servicios de salud mental (Eaton et al., 1992 b).

Según el estudio de la OMS sobre los “Factores Determinantes del Comienzo de Trastornos Mentales Severos” (Sartorius et al., 1987; Jablensky et al., 1992) en los países en vías de desarrollo se ha puesto de manifiesto que los hombres acuden o son llevados más frecuentemente en busca de ayuda a los servicios de salud mental en el primer episodio de esquizofrenia, mientras las mujeres acuden a solicitar ayuda a otro tipo de instituciones, quizás porque la capacidad de contención o tolerancia del medio es mayor con las alteraciones conductuales de la mujer con trastornos esquizofrénico.

Los pacientes de nuestra área de estudio presentan una edad media de 35 años, cifra similar a la encontrada en los estudios en los que los criterios de selección de la muestra son semejantes a los nuestros. En el estudio de Figuerido et al. (1997), la edad media era de 32 años, y en el de Vázquez et al. (1995) los pacientes presentan una edad media de 34 años. Sin embargo, esta cifra varía según los criterios de inclusión de los pacientes en el estudio, ya que cuando la cohorte se constituye a partir de los primeros ingresos, la edad media de los pacientes es menor que cuando la muestra se conforma con enfermos que han tenido varios ingresos psiquiátricos o que han sido externalizados después de largas estancias hospitalarias.

El estado civil es una de las características asiduamente analizada en pacientes esquizofrénicos. En nuestro estudio existe una mayor proporción de solteros (82%) que casados (13%) (tabla 14, figura 7). En una revisión realizada por Eaton (1985) sobre 8 estudios

relacionados con el tema encontró que en personas con trastorno esquizofrénico la tasa de riesgo de permanecer soltero comparado con el riesgo de haber contraído matrimonio osciló desde 2.6 hasta 7.2. Figuerido et al. (1997) también encontraron una mayor proporción de solteros (82 %) al igual que en el estudio de Vázquez et al. (1995) que fue del 75%. En la provincia de Granada, el estudio llevado a cabo por Távora (1997) también pone de manifiesto que el 73% de los pacientes esquizofrénicos estaban solteros.

Profundizando en este tema, en todos los estudios antes analizados y de acuerdo con la literatura científica los esquizofrénicos varones tienen una mayor probabilidad de permanecer solteros que las mujeres esquizofrénicas. Como figura en el estudio de Jablensky et al. (1992) el 68% de los hombres estaban solteros frente al 39% de las mujeres; en el estudio de Sheperd et al. (1989) las tres cuartas parte de las mujeres estaban casadas mientras que sólo un tercio de los hombres lo estaban. En el de Távora (1997) el 80% de los hombres estaban solteros frente al 50% de las mujeres. Este hecho puede estar relacionado, como se ha señalado anteriormente con un comienzo más tardío de la enfermedad en las mujeres, lo que les permite desarrollar una vida social normal durante más años que en el caso de los hombres. Además, los problemas sociales que preceden a las psicosis afectan con más intensidad a los hombres que a las mujeres en sus habilidades para establecer relaciones interpersonales (Häfner y an der Heiden, 1989).

Respecto al tipo de convivencia, entre los pacientes de nuestro estudio, un alto porcentaje de ellos viven con sus familias de origen (79%) (tabla 15, figura 8), cifra muy superior a la encontrada en Mannheim, en el estudio comparativo con Granada (Moreno Küstner et al., 1997 b) en el que en la cohorte de Mannheim sólo el 20% de los pacientes viven con su familia de origen. Siguiendo con la misma comparación, mientras que en nuestro caso el 10% de los pacientes viven solos (tabla 15, figura 8) en Mannheim esta cifra aumenta al 30%. Pero, la mayor diferencia se presenta en los pacientes que viven en alojamientos protegidos cuya cifra, en Mannheim asciende al 36% de sus pacientes, mientras que en Granada solamente es del 2% (tabla 15, figura 8). Este escaso número de pacientes viviendo en alojamientos protegidos en nuestro estudio es atribuible al momento en el que se llevó a cabo el trabajo de campo (1993-1994) que coincidió con el comienzo del desarrollo de recursos rehabilitadores y residenciales en Granada. Actualmente, los recursos de este tipo se han incrementado substancialmente. Estos

datos ponen de manifiesto que en Mannheim una parte muy importante del tratamiento a los pacientes esquizofrénicos la realiza el sistema de salud mental mientras que en Granada, el peso fundamental de la atención a este tipo de pacientes recae sobre la familia.

La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio de seguimiento (64%) no han alcanzado el nivel de estudios secundario (tabla 16, figura 9), cifra que no difiere en exceso si la comparamos con la población de la provincia de Granada en la que el porcentaje es del 60% (INE, 1991). En la literatura científica sobre este tema se ha estudiado frecuentemente la relación de la esquizofrenia con el nivel socioeconómico, asociándose una mayor frecuencia de este trastorno a los grupos socioeconómicos más bajos (Faris y Duham, 1939; Dohrenwend et al., 1992; Jones, 1992). En nuestro caso consideramos que no disponemos de suficiente información socioeconómica para hipotetizar sobre la asociación entre la esquizofrenia y la clase social.

Más de la mitad de los pacientes estudiados (66 %) tienen como fuente de ingresos una pensión de jubilación (tabla 17, figura 10), cifra bastante superior a la conocida para la población general de la provincia de Granada que arroja un porcentaje del 13% (INE; 1991). Además, si tenemos en cuenta que la edad media de los mismos es de 35 años la situación es aún más grave, ya que estamos tratando con un colectivo de pacientes muy joven y que dispone de una fuente de ingresos segura y para toda su vida, lo que implica que no tienen incentivo económico para buscar algún trabajo u ocupación por lo que quizás sea esta una, aunque no la única, de las razones por la que un 73% de ellos está sin empleo (tabla 18, figura 11). En cualquier caso, esta circunstancia es un factor que ofrece poco incentivo en las tareas de integración social basadas en la capacitación laboral y el empleo protegido.

Creemos conveniente recordar que estamos estudiando la prevalencia administrativa o tratada, por lo que las conclusiones a las que se llegan a partir de estos datos se refieren exclusivamente al colectivo de pacientes que están demandando atención de los servicios de salud mental.

6.1.1.1.2 Características clínicas

El tipo de diagnóstico que presentan más frecuentemente los pacientes incluidos en el estudio de seguimiento es el de esquizofrenia paranoide, con el 68% de los casos (tabla 19, figura 12), cifra similar a la encontrada en el estudio de Jablensky et al. (1992) en el que también es la categoría más frecuente con el 29 % de los casos. En el estudio de Vázquez et al. (1995) los pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide es de un 52%; en el de Figuerido et al. (1997) el porcentaje es del 48% y del 61 % en el estudio realizado por Távora (1997). Esta mayor frecuencia de esquizofrenia paranoide entre los pacientes que acuden a los servicios de salud mental es un dato frecuentemente encontrado en la literatura clásica sobre esquizofrenia.

Para ampliar la información de las características clínicas de los pacientes hemos incluido en el análisis los grupos de síntomas recogidos a través de la entrevista SCAN, con la intención de analizar su asociación con la utilización de servicios. Los Grupos de Items proporcionan un método de puntuar la información psicopatológica complementaria al diagnóstico y es aconsejable su uso en proyectos de investigación en los que se requiera utilizar la mayor información posible (OMS, 1993). Para ello hemos mantenido los mismos Grupos de Items relacionados con los síntomas psicóticos que se recogen en la entrevista SCAN. Utilizar estas agrupaciones presenta el inconveniente de usar una clasificación que incluye muchas categorías de síntomas y muy relacionados entre sí (anexo 1) y la ventaja de seguir una metodología estandarizada lo que permite que el estudio pueda ser replicado.

Los grupos de síntomas que se presentan más frecuentemente en la cohorte de nuestro estudio han sido los siguientes: pobreza del lenguaje y otras anomalías del lenguaje, actividad plana e incongruente, negligencia hacia sí mismo, alucinaciones no específicas, delirios misceláneos, de referencia, e interpretaciones extravagantes (tabla 20). Todos ellos característicos de la enfermedad esquizofrénica en “período de estado” (Vallejo Ruibola, 1998), es decir, establecida tras un cierto tiempo de evolución; unos corresponden a los llamados síntomas negativos y otros a los positivos (Andreasen,1984). No cabría esperar otra cosa de una muestra de enfermos que, aunque joven, presenta una evolución media del trastorno de 13 años,

lo que se considera una evolución relativamente larga que da lugar a la presencia de cuadros clínicos muy establecidos, con variaciones cada vez menos frecuentes y con predominio de los síntomas negativos.

La edad de comienzo de la enfermedad es una de las características individuales de la esquizofrenia más importantes y que podría proporcionar más información sobre el origen de la misma (DeLisi, 1992). Sin embargo, identificar la edad de comienzo de la enfermedad con carácter retrospectivo es complicado porque este proceso puede estar constituido por más de un componente y puede ocurrir en diferentes momentos de la vida del individuo. En muchas ocasiones, la edad de comienzo de la enfermedad se puede confundir con la edad de la primera hospitalización o la edad del primer contacto con los servicios, por lo que resulta una información poco fiable. En nuestro caso se recogió a partir de una pregunta directa al paciente, por lo que, como hemos dicho, en muchas ocasiones, el entrevistado pudo identificar el comienzo de su enfermedad con la fecha en la que tuvo el primer contacto con los equipos de salud mental o el primer ingreso hospitalario. Sin embargo, los pacientes incluidos en nuestro estudio presentan una edad media de comienzo de la enfermedad de 22 años, similar a la encontrada en el estudio de Vázquez et al. (1995); nuestros datos, en los que figura un mayor porcentaje de hombres (40%) que de mujeres (35%) en los grupos de edad más jóvenes (15-19) son consistentes con la literatura científica internacional (Eaton, 1985; Häfner et al., 1992; Kaplan et al., 1994).

El 21% de los pacientes incluidos en el estudio de seguimiento no han tenido ningún ingreso psiquiátrico previo (tabla 23, figura 15). Esta cifra es bastante alta al compararla con la de otros estudios sobre esquizofrénicos, debido a que, como se dijo, frecuentemente los estudios que incluyen estos pacientes utilizaban el ingreso o alta hospitalaria como criterio de inclusión al estudio, y ya se sabe que los pacientes con ingresos psiquiátricos previos tienen mayores probabilidades de reingresar que aquellos que no han padecido ningún ingreso (Ribeiro et al., 1992; Figuerido et al., 1997). Por ello, es importante cuando se pretende comparar hallazgos entre diversos estudios sobre pacientes esquizofrénicos, analizar los criterios de inclusión y exclusión de las muestras estudiadas.

A excepción de dos pacientes que permanecieron durante 10 y 41 años en un hospital psiquiátrico el 77% de los casos han estado un tiempo menor a 1 año de hospitalización total acumulada con carácter previo al comienzo del estudio (tabla 24, figura 16), cifra baja pero acorde con las características antes señaladas de estos pacientes.

En resumen, el perfil que presentan estos pacientes coincide con el de los denominados “nuevos crónicos” que son los pacientes fruto de la reforma psiquiátrica y que son atendidos principalmente en el medio comunitario, a diferencia de los pacientes que permanecieron durante un gran número de años en los hospitales psiquiátricos. Estos “nuevos crónicos” presentan una edad media menor, menor número de ingresos psiquiátricos previos, menos años de evolución de la enfermedad y, sin embargo, cuadros clínicos ya establecidos.

6.1.1.1.3 Necesidades asistenciales

Las necesidades asistenciales de los pacientes se han medido con el instrumento NCA (*Needs for Care Assessment*) (Brewin y Wing, 1989), el cual ha sido considerado por Shepherd (1988) como la aproximación más sistemática al proceso de evaluación de la calidad asistencial en el campo de la psiquiatría. Este método se ha aplicado en diversos estudios extranjeros (Lesage et al., 1991; Haaster et al., 1994; Wiersma et al., 1998) siendo en esta ocasión, hasta donde sabemos, la primera vez que se ha utilizado en España por lo que no disponemos de cifras nacionales para comparar nuestros resultados. Bien es cierto que hay otro instrumento de evaluación de necesidades de aparición posterior: el “Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell”, también traducido por nuestro grupo de investigación (Jiménez Estévez et al., 1997) el cual se ha aplicado a una muestra de pacientes esquizofrénicos pertenecientes a la misma área de nuestro estudio a partir de cuyos resultados se está desarrollando una Tesis Doctoral en la Universidad de Granada titulada “Estudio de necesidades de personas con trastornos esquizofrénicos”.

A pesar de algunas dificultades en la aplicación del NCA debido a diferencias transculturales, este instrumento ha demostrado su utilidad para conocer los problemas o

necesidades que presentan los pacientes y el grado en que están cubiertas por los servicios asistenciales.

Dentro del estudio multicéntrico europeo en el que estamos participando se ha realizado una comparación bilateral ya mencionada entre Granada y Mannheim (Moreno Küstner et al., 1997 b) cuyos resultados merecen los siguientes comentarios.

La evaluación tanto de las necesidades clínicas como sociales en Granada arrojó un porcentaje de problemas similar (31% y 33%, respectivamente) (tabla 26). Mientras que en Mannheim, el porcentaje de problemas encontrados fue del 39% en la sección clínica y del 24% en el área social (Moreno Küstner et al., 1997 b). Respecto al estado de las necesidades, en nuestros pacientes, al igual que en Mannheim, la mayoría de las necesidades clínicas estaban cubiertas (81%). Sin embargo, respecto a las necesidades sociales no ocurre lo mismo. Mientras en Mannheim están atendidos el 69% de los problemas (Moreno Küstner et al., 1997 b), en Granada lo están sólo el 40% (tabla 28, figuras 19 y 20).

La justificación de las diferencias encontradas al comparar las cohortes de Granada y Mannheim habría que buscarla en la dotación de recursos existentes en ambas áreas. Mientras que en Granada, como se ha apuntado, en el inicio del estudio, se disponía de escaso número de recursos asistenciales, en Mannheim se cuenta con una red extensa de recursos a la atención mental tanto comunitarios como hospitalarios (Salize et al., 1997). En este contexto llama la atención cómo las necesidades clínicas de ambas cohortes se encuentran cubiertas con similar efectividad por sendas redes de servicios de salud mental; es decir, el menor número de recursos asistenciales de Granada es suficiente para cubrir las necesidades clínicas de los pacientes, en tanto que las necesidades sociales son atendidas de forma más efectiva en Mannheim que en Granada debido a una mayor riqueza de recursos rehabilitadores y sociales (Moreno Küstner et al., 1997 b).

6.1.1.1.4 Utilización de servicios

Para medir la utilización de servicios en términos de índices de uso, en los pacientes incluidos en el estudio de seguimiento se han utilizado 4 variables de respuesta que hemos considerado que pueden representar de una forma adecuada y resumida la utilización de servicios en un corte transversal tras un año de seguimiento: a) número de contactos ambulatorios, b) número de contactos ambulatorios más contactos con centros de día, c) número de ingresos hospitalarios y d) índice de Lavik.

El número medio anual de contactos ambulatorios que realizan los pacientes de nuestra cohorte es inferior a los que muestran los pacientes estudiados por Faccincani et al. (1990) y por Wiersma et al. (1991) (tabla 92).

TABLA 92. ESTUDIOS EN LOS QUE SE ANALIZAN EL NÚMERO DE CONTACTOS AMBULATORIOS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Año	Autores	Período de estudio	Área de estudio	Nº casos	Media contactos paciente
1990	Faccincani et al.	7 años	Verona Sur	41	11.6
1991	Wiersma et al.	2 años	Groningen	34	14.2
1998	Moreno Küstner	1 año	Granada Sur*	83	8.9

* Solo cubre dos distritos sanitarios: Granada Sur y La Alpujarra

Las diferencias en el número de contactos ambulatorios que arrojan los estudios que estamos comparando puede tener su explicación en los distintos niveles en la dotación de servicios de salud mental en cada área analizada y en los diferentes grados de accesibilidad a los mismos. Mientras que en Granada Sur y Verona Sur disponen de una red de servicios de salud mental comunitarios, en Groningen aún no se ha llevado a cabo completamente la reforma

psiquiátrica por lo que cuentan además con el *Regional Institute for Ambulatory Mental Health Care* (RIAGG) y con un hospital psiquiátrico con 500 camas.

Por lo que respecta a los pacientes incluidos en nuestro estudio conviene puntualizar que solamente 7 pacientes de la cohorte estudiada han acudido durante el año de seguimiento a un centro de día (tabla 30). Esto nos ha obligado a crear una variable compuesta por la suma del número de contactos ambulatorios y el número de contactos con centros de día, ya que no es posible analizar de forma aislada los 7 pacientes que tienen contactos con centros de día por ser un número de casos demasiado pequeño. Es un artificio puramente metodológico elaborado con el único fin de poder incluir en el análisis a los pacientes que acuden al centro de día.

El 19% de los pacientes tuvieron al menos un ingreso hospitalario durante el período de estudio (tabla 31). Este porcentaje es más bajo que el encontrado en otros estudios de similares características en los que los ingresos durante el seguimiento corresponden al 53% de los pacientes en Verona Sur, 74% en Groningen (Sytema et al., 1996) y el 50% en Mannheim (Moreno Küstner et al., 1997 b). Nuestros resultados se asemejan más a los hallados en los estudios españoles (Figuerido et al., 1997; Távora, 1997) (tabla 93). Una posible explicación a nuestros resultados puede estar, como señalamos anteriormente, en que los pacientes con ingresos previos tienen mayor riesgo de reingreso que aquellos que no han padecido ningún ingreso (Ribeiro et al., 1992; Becker et al., 1997). Otra posible explicación puede estar en que la planificación de un sistema de servicios, como es el nuestro, centrado en la atención comunitaria, y basado tanto en la cobertura que proporcionan los propios profesionales, como en los cuidados que proporciona el sistema familiar de nuestro medio social; sistema que podría implicar un mayor grado de contención del paciente por parte de su entorno social lo que se traduciría en que los profesionales de salud mental no considerarían la conveniencia de un ingreso hospitalario en casos para los que si lo recomendarían de darse en otros contextos con redes familiares y sociales menos desarrolladas.

TABLA 93. ESTUDIOS SOBRE NÚMERO DE INGRESOS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Año publicación	Autores	Período de estudio	Área de estudio	Nº casos	Pacientes ingresados	
					N	%
1996	Sytema et al.	2 años	Groningen	689	509	74%
1996	Sytema et al.	2 años	Verona Sur	123	65	53%
1997	Távora	2 años	Granada Norte	335	80	24%
1997	Figuerido et al	1 año y medio	Vitoria	60	22	37%
1998	Salize et al.	1 año	Mannheim	66	33	50%
1998	Moreno Küstner	1 año	Granada Sur	83	16	19%

Ante la ventaja que supone disponer de una sola cifra que resuma toda la información sobre los tipos de contactos tanto ambulatorios, como con centros de día como ingresos hospitalarios en un período de tiempo determinado, hemos creído conveniente utilizar un índice que cumpla estos requisitos. Lo hemos denominado índice de Lavik pues fue el primer autor que desarrolló y aplicó lo que él denominó *Service Consumption Score (SCS)*. Hemos elegido este índice, entre otros, como por ejemplo el *True Score* utilizado por Bloom (1970) y Henisz et al. (1977) porque en estos se incluían mayor número de categorías las cuales no se adaptaban a los tipos de contactos que nosotros hemos considerado de interés analizar (contactos ambulatorios, contactos con centros de día e ingresos hospitalarios).

Tanto si un índice es simple o más detallado, se debe tener cuidado en la interpretación de los resultados. No obstante, teniendo en cuenta esta consideración, tales índices son solamente una posibilidad de medir el aspecto acumulativo de la utilización de servicios en el que están representados todos los tipos de servicios que se tienen en cuenta.

Este índice presenta un rango que oscila entre 1, que corresponde a un contacto ambulatorio, hasta 1095, que corresponde a los 365 días del año ingresado en un hospital psiquiátrico.

Los resultados del análisis descriptivo muestran que más de la mitad de los pacientes de nuestro estudio (63%) utilizan solamente el 17% de los recursos asistenciales medidos en términos de los pesos del índice de Lavik mientras que un pequeño porcentaje (6%) utiliza el 42% (tabla 32). No es posible comparar nuestros datos con los resultados obtenidos en los estudios en los que se aplica el índice de Lavik (Lavik, 1983; Tansella et al., 1986; Sytema et al., 1989 b) ya que ellos incluyen en sus muestras a todos los enfermos mentales que acuden a los servicios de salud mental y no solamente a pacientes esquizofrénicos como es nuestro caso. Sirva como ejemplo que en el estudio de Lavik (1983) el 10 % de los pacientes utilizan el 75% de los servicios en términos de “pesos” de dicho índice.

Hemos utilizado las mismas categorías para clasificar a los usuarios, según la puntuación obtenida en el índice de Lavik que las aplicadas en los trabajos anteriormente mencionados en los que se usa este índice (Lavik, 1983; Tansella et al., 1986; Sytema et al., 1989 b). Somos conscientes que estas categorías solamente se pueden utilizar para comparar pacientes dentro de su mismo grupo de estudio ya que un paciente que es un alto usuario en un estudio puede estar dentro de la categoría de bajo usuario en otro estudio.

Entre los pacientes de nuestro estudio, no hay ninguno incluido en la categoría de “muy altos usuarios”, y casi las tres cuartas partes de éstos (73%) lo están dentro de la categoría de “usuarios moderados”. El 16% de los pacientes se incluyen en la categoría de “altos usuarios” (tabla 33).

Si relacionamos las categorías en las que hemos dividido a los usuarios con los tipos de contactos que realizan los pacientes, debido al procedimiento seguido para elaborar este índice que asigna un menor peso (1 punto) a los contactos ambulatorios y un mayor peso a los ingresos hospitalarios (3 puntos); dentro de la categoría de “usuarios moderados”, el 52% de los casos son pacientes que han tenido contactos ambulatorios solamente, mientras que la categoría de “usuarios altos” está formada por los pacientes que han tenido ingresos hospitalarios (59%) y contactos con centros de día (41%) (tabla 34).

Teniendo en cuenta las limitaciones derivadas de la aplicación de un índice de estas características para cuantificar el uso de servicios, éste puede servir para describir la utilización de servicios que realizan los pacientes de un área concreta.

6.1.1.2 Análisis de índices de utilización de servicios

Una vez presentados los cuatro indicadores que hemos considerado pueden describir la utilización de servicios en un corte transversal, el segundo objetivo de esta Tesis Doctoral fue determinar las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y de necesidades asistenciales asociadas a la utilización de servicios medida mediante estos indicadores.

Los resultados mostraron que una vez aplicado el modelo de regresión múltiple para descontar el efecto de cada una de las variables con las demás, las únicas variables que mostraron diferencias significativas, con el número de contactos ambulatorios fueron la edad, el nivel de estudios, los delirios e interpretaciones extravagantes y la pobreza del lenguaje (tabla 43).

Las variables demográficas y socioeconómicas que están asociadas con el número de contactos ambulatorios son la edad y el nivel de estudios; siendo los pacientes entre 31-40 años y aquellos con un nivel de estudios superiores los que acuden más frecuentemente a los equipos de salud mental (tabla 36, figura 21). Una posible explicación a este hecho puede deberse a que, a partir de los 30 años es cuando los pacientes entran en el “período de estado” (Vallejo Ruibola, 1998) y tanto ellos como sus familiares empiezan a tener conciencia de que se enfrentan a un proceso para el que precisan ayuda continuada por parte del equipo comunitario. Como se esperaba, aquellos pacientes con un nivel de estudios superiores tienen un mayor número de contactos ambulatorios que los que tienen estudios inferiores (tabla 37, figura 22). El primer grupo de pacientes y sus familias son más demandantes de atención por parte de los servicios sanitarios en general y además tienen más tendencia a adherirse a los planes de tratamiento. Otra posible explicación podría estar en que estos pacientes son más reforzantes para los

profesionales lo que puede traducirse en una mayor demanda de visitas a los centros de salud mental.

Faccincani et al. (1990) no encuentran asociación entre la utilización de servicios entendida como contactos ambulatorios y la sintomatología de una muestra de pacientes esquizofrénicos recogida a través del PSE 9ª edición (Wing et al., 1974) en los que analizaron solamente los síntomas psicóticos. En nuestro estudio solamente hay asociación entre los contactos ambulatorios con los grupos de items de delirios e interpretaciones extravagantes y los síntomas referidos a la pobreza del lenguaje (tabla 43).

Otra de las variables dependientes incluida en los índices de uso es el número de contactos ambulatorios más el número de contactos en centros de día. Se aplicó el análisis de regresión lineal múltiple a las variables que mostraron diferencias significativas en el análisis de la varianza respecto a esta variable. La edad, los síntomas referidos a delirios y alucinaciones expansivas, lenguaje incoherente y negligencia hacia sí mismo están asociadas con el número de contactos ambulatorios más el número de contactos en centros de día.

La utilización de servicios entendida como el número total de contactos ambulatorios más el número total de contactos en centros de día muestra asociación con la edad de los pacientes (tabla 52). Entre nuestros pacientes los que tienen más de 40 años acuden a los centros de día en menor proporción que los que tienen menos edad (tabla 45, figura 25). Estos resultados concuerdan con los obtenidos a partir de los datos del Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur puesto que los pacientes que acuden a la Unidad de Rehabilitación de Área (único centro de día incluido en nuestro estudio) son significativamente más jóvenes que los que no acuden (Moreno Küstner et al., 1996). Una posible explicación a estos resultados puede estar en que los desajustes personales sean más tolerados por parte de los familiares y profesionales a medida que los pacientes son más mayores. Otra posible explicación puede subyacer en las mayores expectativas de rehabilitación y reinserción social de los profesionales hacia los pacientes más jóvenes por lo que se les deriva más frecuentemente a las unidades de rehabilitación que a los pacientes de más edad.

Los resultados mostraron que están asociados con este indicador los delirios y las alucinaciones expansivas, el lenguaje incoherente y los síntomas relacionados con negligencia hacia sí mismo (tabla 52). Como cabría esperar los pacientes que acuden a los centros de día presentan más síntomas de tipo negativo como aquellos relacionados con la negligencia hacia sí mismo entre otros, y, por otro lado, algunos síntomas positivos como los delirios y alucinaciones expansivas y el lenguaje incoherente.

Según nuestros resultados, el sexo está asociado a tener ingresos hospitalarios (tabla 61) de forma que las mujeres presentan menos probabilidades de ser ingresadas en el hospital que los hombres (tabla 54, figura 29). Estos datos coinciden con los del Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur correspondientes al año 1996 (Moreno Küstner et al., 1996), en el que del total de pacientes ingresados, el 78% son hombres frente al 22% que eran mujeres. Los motivos pueden residir en una aparición más tardía de la enfermedad en las mujeres con la consiguiente mejor adaptación social. En general, el curso de la esquizofrenia es más favorable entre las mujeres que entre los hombres, además de la mayor facilidad de las mujeres para contener los trastornos de la conducta (Kaplan et al., 1994). Más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos varones pero sólo un tercio de las mujeres son hospitalizados por primera vez antes de los 25 años. Siguiendo este razonamiento, Eaton et al. (1992 a, b) sugieren que cualquier diferencia en el riesgo de rehospitalización se explica por las diferencias en la edad de comienzo de la enfermedad. Según estos autores, cuando sólo se tuvo en cuenta la edad de aparición de la enfermedad, ni el sexo ni el estado civil tuvieron efectos significativos sobre el riesgo de rehospitalización.

En nuestro estudio hemos encontrado asociación entre las experiencias de distorsión de la forma del pensamiento y el ingreso hospitalario (tabla 61) coincidiendo con los hallazgos de Marengo y Harrow (1987) quienes en un estudio longitudinal estiman que la presencia de trastornos del pensamiento es predictiva de mal pronóstico identificando éste con reingreso. Por el contrario, Figuerido et al. (1997) no encuentran asociación entre la rehospitalización y los tipos de síntomas utilizando la PANSS. También en nuestros pacientes existe asociación entre la hiperactividad y los delirios e interpretaciones extravagantes y los ingresos hospitalarios (tabla 61) mientras que Soni et al. (1994) encuentran que una psicopatología

severa respecto a síntomas positivos y afectivos implica mayor número de ingresos. Es decir, cuadros clínicos con mayor actividad psicótica en la que los trastornos del pensamiento son nucleares son más proclives al ingreso hospitalario.

A partir del análisis de la varianzas para el índice de Lavik con las variables independientes recogidas en el estudio la única variable sociodemográfica que presentaba diferencias significativas fue el nivel de estudios (tabla 62) en el sentido de que los pacientes con nivel de estudios secundarios tienen en promedio un índice de Lavik mayor (tabla 63, figura 33) lo que significa que utilizan más los servicios que los pacientes con otro nivel de estudios. También, el número de ingresos previos y los años en hospital por ingresos psiquiátricos previos están asociados con el índice de Lavik (tablas 64, 65, 66, figuras 34 y 35) ya que los pacientes con mayor número de ingresos y más años de permanencia en el hospital por ingresos previos utilizan más los servicios. Respecto a los Grupos de Items, los que sí presentaron diferencias significativas respecto al índice de Lavik son la hiperactividad, el lenguaje incoherente y la negligencia hacia sí mismo y son los pacientes con puntuaciones más altas en estos síntomas los que obtienen mayor puntuación en el índice de Lavik..

6.1.1.3 Análisis de probabilidades de transición

El tercer objetivo de nuestro estudio fue calcular las probabilidades de transición entre los distintos tipos de contactos por los que pueden pasar los pacientes en el contexto de la atención comunitaria mediante la aplicación de cadenas de Markov.

Para caracterizar de forma más dinámica el uso de los servicios de salud mental se aplicaron los modelos matemáticos de cadenas de Markov para conseguir estimar las probabilidades de transición entre cuatro posibles *estados*: sin contacto, contacto ambulatorio, contacto con dispositivos intermedios e ingresos hospitalarios. En nuestro caso, para la aplicación de este modelo dividimos el tiempo en dos *instantes*: la semana y el mes.

Analizar las probabilidades de transición entre *estados* en el *instante* de una semana es una unidad de tiempo demasiado pequeña cuando nos referimos a la utilización de servicios

por parte de enfermos de larga evolución como son los pacientes esquizofrénicos. Ya hemos observado, a partir de nuestros resultados, que la periodicidad media con la que acuden los pacientes del estudio de seguimiento a los equipos comunitarios es cada 6 semanas y que la estancia media de un ingreso hospitalario es 20 días. A la vista de estos resultados, el *instante* de tiempo de la semana resulta demasiado pequeño ya que la mayoría de los *estados* son “absorbentes” en el sentido de que la mayor probabilidad se presenta cuando, hallándose en un *estado* la semana actual, se permanece en el mismo *estado* en la siguiente semana. El análisis en la unidad de tiempo semanal habla de una probabilidad “instantánea” de estando en un *estado* pasar a otro.

Como se puede comprobar, la unidad de tiempo del mes se adapta más a lo que ocurre con los pacientes esquizofrénicos en contacto con los servicios de salud mental del área objeto de estudio y caracteriza mejor su patrón de utilización de servicios.

A pesar de las consideraciones anteriores hemos realizado ambos análisis (para la semana y para el mes) lo que nos va a permitir comparar las matrices de probabilidad de transición para ambos instantes (tabla 94).

TABLA 94. MATRIZ DE PROBABILIDADES DE TRANSICIÓN ENTRE ESTADOS PARA EL INSTANTE DE TIEMPO DE UNA SEMANA A LA SIGUIENTE Y DE UN MES AL SIGUIENTE

SEMANA ACTUAL	SEMANA SIGUIENTE			
MES ACTUAL	MES SIGUIENTE			
	Sin contacto	Contacto ambulatorio	Contacto con centros de día	Ingreso hospitalario
Sin contacto				
semana	0.821	0.167	0.007	0.005
<i>mes</i>	<i>0.593</i>	<i>0.396</i>	<i>0.000</i>	<i>0.010</i>
Contacto ambulatorio				
semana	0.872	0.110	0.014	0.003
<i>mes</i>	<i>0.326</i>	<i>0.646</i>	<i>0.0046</i>	<i>0.023</i>
Contacto con centros de día				
semana	0.132	0.058	0.799	0.012
<i>mes</i>	<i>0.039</i>	<i>0.019</i>	<i>0.885</i>	<i>0.058</i>
Ingreso hospitalario				
semana	0.128	0.096	0.021	0.755
<i>mes</i>	<i>0.167</i>	<i>0.278</i>	<i>0.083</i>	<i>0.472</i>

Para el estado *sin contacto*, al comparar ambas matrices (instante la semana / instante el mes) se observa que en el análisis semanal existe una probabilidad más alta de seguir sin contacto en la siguiente semana que en el mes siguiente. Esto tiene su explicación en la periodicidad (cada 42 días) con la que acuden los pacientes a los equipos de salud mental comunitarios. Por lo tanto, también es lógico que exista una probabilidad más alta de tener un contacto ambulatorio en el mes siguiente a que esto ocurra en la semana siguiente (tabla 94). El pasar al estado ingreso hospitalario, tanto para el instante semanal como mensual se presenta con una probabilidad del 1%. Esta categoría hace referencia a los pacientes que no

han tenido ningún contacto con los dispositivos en la semana o el mes previos al ingreso hospitalario.

Es notable la diferencia existente entre las dos matrices que estamos comparando respecto al *estado contacto ambulatorio*. Mientras que para el instante de la semana la mayoría de los pacientes pasan a no tener contacto (87%), mientras que en el análisis para el mes siguiente el 65% presenta un contacto ambulatorio frente al 11% en el semanal y el 33% en el mensual no tiene ningún contacto con los dispositivos de salud mental. Esto nos indicaría que el 11% de los pacientes esquizofrénicos incluidos en nuestro estudio son seguidos por el equipo de salud mental con una periodicidad semanal, mientras que el 65% de los mismos son seguidos con una periodicidad inferior a los dos meses. Llama la atención la baja probabilidad de pasar de estar en contacto ambulatorio a ingresar en el hospital la semana siguiente (0%) y el mes siguiente (2%) cuando lo esperado es que antes de que un paciente sea ingresado tengan algún contacto ambulatorio bien para contenerlos clínicamente o bien para derivarlos a la unidad hospitalaria. Estos datos hablarían de la continuidad de los cuidados.

Respecto al *estado contacto con centros de día*, se puede destacar que en el análisis para el instante de la semana hay una mayor probabilidad de estar sin contacto en la siguiente semana (13%) que durante el mes siguiente (4%) (tabla 94). En este grupo se incluirían los casos que abandonan el tratamiento en los centros de día o son dados de alta de dichos centros y no son seguidos por ningún otro dispositivo de salud mental del área en la semana siguiente o durante el mes siguiente o el grupo de pacientes que acude al centro de día con una periodicidad quinquenal o mayor. Mucho más alta es la probabilidad de seguir acudiendo a dicho centro a la semana (80%) o al mes siguiente (86%) lo que pone de manifiesto que los pacientes tienden a seguir tratamientos más largos (tanto semanales como en mayor medida mensuales) en los centros de día y tienden a ser “fieles” a ellos, de una semana para la otra y de un mes para el otro.

Por último, para el *estado ingreso hospitalario* hay menos probabilidades que los pacientes tengan un contacto ambulatorio durante la semana siguiente (10%) que durante el mes siguiente (28%) lo cual resulta bastante comprensible ya que, por un lado, es probable

que sigan ingresados y, por otro, como ya se afirmó anteriormente las citas con los equipos de salud mental suelen ser a los 15 días del alta hospitalaria. También es lógico que sea mayor la probabilidad de seguir ingresado a la semana siguiente (76%) que durante el mes siguiente (42%) debido a que la duración de la estancia media de los ingresos hospitalarios en estos pacientes es de 20 días. Para esta categoría, el porcentaje de pacientes sin contacto en el mes siguiente (17%) es mayor al porcentaje de pacientes que está sin contacto en la semana siguiente (13%). Estas cifras nos informan sobre la continuidad del tratamiento una vez que el paciente sale del hospital cuya proporción de casos no es despreciable y se refiere al grupo de pacientes que no acude a ninguno de los dispositivos de salud mental, ni en la semana, ni en el mes siguiente. Éstos serían los pacientes que muestran una menor adherencia al tratamiento.

Es difícil comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio, a partir de la aplicación de los modelos de probabilidades de transición de las cadenas de Markov, cuando se dispone de pocos trabajos en los que se aplique este tipo de análisis a una cohorte de pacientes esquizofrénicos. Como hemos señalado en el *Marco teórico* existen otros estudios en los que se utiliza este modelo para predecir ingresos psiquiátricos (Sweillam y Tardiff, 1978) y para predecir de utilización de servicios en pacientes con trastornos de la personalidad límite, trastornos de la personalidad antisocial y trastorno afectivo bipolar tipo II (Perry y Lavori, 1987).

A continuación se comparan nuestros datos con los resultados publicados en dos artículos (Häfner y an der Heiden, 1983; Sytema, 1994). Ambos se refieren a cohortes de enfermos esquizofrénicos formadas tras su alta del hospital, ambos utilizan el instante de dos semanas y presentan la misma distinción de contactos: ingresos hospitalarios, contactos ambulatorios y sin contacto. En el estudio de Häfner y an der Heiden (1983) dentro del contacto ambulatorio también se incluyen los contactos con los centros de día. Los pacientes incluidos en este último estudio fueron seguidos durante 36 semanas y en el anterior (Sytema, 1994) durante 37 semanas.

Antes de comenzar la comparación entre estos estudios habría que señalar que las diferencias encontradas en las tres cohortes pueden explicarse a que los casos de Mannheim y

Groningen se han seleccionado a partir de pacientes que han sido dados de alta tras su ingreso hospitalario mientras que en la cohorte de Granada el requisito que tenían que cumplir para ser incluidos en el estudio era estar en contacto con los servicios de salud mental durante el año anterior al estudio, por lo que no todos los pacientes habían tenido un ingreso hospitalario. Otra diferencia radica en que en los primeros dos estudios (Mannheim y Groningen), la unidad de tiempo analizada era de dos semanas, mientras que en nuestro estudio el *instante* que hemos utilizado para esta comparación es la semana. Por último, como se puede observar, las clasificaciones sobre los contactos son similares y en ella se tiene en cuenta la atención comunitaria y no sólo los ingresos hospitalarios (tablas 95, 96, 97).

Para el *estado sin contacto* la probabilidad de permanecer en dicho estado en el instante de tiempo siguiente es bastante alta para el caso de Groningen (89%) y Granada (82%) y un poco menor para los pacientes de Mannheim (69%) presentando unas probabilidades de transición para el resto de los estados muy similares.

Las diferencias son más marcadas para el *estado contacto ambulatorio/comunitario* y la probabilidad de pasar a estar sin contacto. Mientras que en Granada esta probabilidad es muy alta (87%), en Groningen es bastante baja (38%), aunque considerable, y en Mannheim es muy baja (9%). Siendo en esta última área, muy alta la probabilidad de permanecer en *contacto comunitario* (87%) en el siguiente intervalo de tiempo lo que quiere decir que con intervalos de dos semanas hay una alta probabilidad de que los pacientes de Mannheim se mantengan en el *estado de contacto comunitario*, es decir, tratados por los equipos comunitarios, mientras que en el caso de Groningen la probabilidad es menor (58%) y mucho más baja en Granada (11%). Estas diferencias podrían deberse, para el caso de Mannheim, a que en la matriz de transición entre estados están incluidos tanto los contactos con los equipos de salud mental como con otros centros y recursos comunitarios del área dentro de la categoría de contactos comunitarios; por el contrario Granada y Groningen solo incluyen los contactos ambulatorios con equipos de salud mental; debido a ello, los pacientes de Mannheim tienen un tratamiento más continuado que los incluidos en las otras áreas. Estas diferencias pueden implicar la presencia de una red de servicios más completa y, sobre todo, integrada en

Mannheim que en Groningen o Granada o pueden deberse también a las diferencias metodológicas en la aplicación del análisis.

Por último, para el *estado ingreso hospitalario* en todos los centros existe una alta probabilidad de seguir en ese estado en el instante de tiempo siguiente (75%, 82% y 92% para Granada, Mannheim y Groningen, respectivamente). Granada tiene la probabilidad más baja de permanecer en ese estado durante la semana siguiente. También es en el centro de Granada donde existe una probabilidad mayor (12%) de pasar de este estado a estar sin contacto en el instante de tiempo siguiente, ya que en Mannheim esta probabilidad es sólo del 2% y en Groningen del 5%, lo que nos informa sobre la distinta intensidad con la que se hace el seguimiento de los pacientes en las distintas áreas debido a los diferentes niveles de recursos disponibles. En Granada, en el momento de realizar el estudio se disponía de escasa dotación de recursos rehabilitadores para la atención al enfermo mental crónico, mientras que en Groningen y Mannheim cuentan con una red de dispositivos más extensa (Salize et al., 1997; Sytema, 1994).

**TABLA 95. MATRIZ DE PROBABILIDADES DE TRANSICIÓN DE LA COHORTE DE GRANADA.
INSTANTE DE TIEMPO SEMANA A SEMANA (N=83)**

	SEMANA SIGUIENTE			
SEMANA ACTUAL	Sin contacto	Contacto ambulatorio	Contacto con centros de día	Ingresos hospitalario
Sin contacto	0.821	0.167	0.007	0.005
Contacto ambulatorio	0.872	0.110	0.014	0.003
Contacto con centros de día	0.132	0.058	0.799	0.012
Ingreso hospitalario	0.128	0.096	0.021	0.755

**TABLA 96. MATRIZ DE PROBABILIDADES DE TRANSICIÓN DE LA COHORTE DE MANNHEIM.
INSTANTE DE TIEMPO CADA 2 SEMANAS (N=148)**

	2 SEMANAS SIGUIENTES		
SEMANA ACTUAL	Sin contacto	Contacto comunitario	Ingreso hospitalario
Sin contacto	0.69	0.28	0.02
Contacto comunitario	0.09	0.87	0.04
Ingreso hospitalario	0.02	0.16	0.82

**TABLA 97. MATRIZ DE PROBABILIDADES DE TRANSICIÓN DE LA COHORTE DE GRONINGEN.
INSTANTE DE TIEMPO CADA 2 SEMANAS (N=52)**

	2 SEMANAS SIGUIENTES		
SEMANA ACTUAL	Sin contacto	Contacto ambulatorio	Ingreso hospitalario
Sin contacto	0.89	0.10	0.01
Contactos ambulatorio	0.38	0.58	0.03
Ingreso hospitalario	0.05	0.03	0.92

6.1.1.4 Análisis de Supervivencia

El cuarto objetivo planteado en este estudio fue el análisis del número de días que transcurren entre los contactos ambulatorios a partir de los datos de un registro de casos psiquiátricos mediante la aplicación del análisis de supervivencia y determinar los factores asociados al tiempo que transcurre entre dichos contactos.

Utilizar la información de un grupo de pacientes incluidos en un registro de casos psiquiátricos presenta varias ventajas debido a las características de la información que se recoge en el mismo. Los registros psiquiátricos presentan la inusual ventaja de que sus datos tienen una continuidad a lo largo del tiempo; cada episodio de tratamiento se registra cuando ocurre y no de forma retrospectiva o en un tiempo predefinido a priori. Su información corresponde a todos los casos del área de estudio y están diseñados para unir (*linked*) la información longitudinal de cada paciente.

Para analizar los fenómenos que acontecen a lo largo del tiempo como, por ejemplo, los contactos con los servicios que realizan los pacientes a lo largo del tiempo, una de las técnicas estadísticas más adecuadas es el “análisis de supervivencia” (Tansella et al., 1995).

Como se ha señalado a lo largo de este estudio, con el cambio hacia la atención comunitaria, los estudios de utilización de servicios deberían pasar de estar centrados exclusivamente en los episodios hospitalarios a estudiar el tratamiento de los pacientes en la comunidad y los contactos con los dispositivos comunitarios, ya que el seguimiento del enfermo mental crónico se realiza básicamente a través de las visitas ambulatorias, siendo el equipo de salud mental el eje central del tratamiento comunitario. Por ello, hemos decidido estudiar el número de días que transcurren entre los contactos ambulatorios y las variables que pueden estar asociadas a la distancia entre estos contactos.

La curva de supervivencia global (figura 48) en la que se representa el tiempo que transcurre entre los contactos ambulatorios caracteriza muy bien la frecuencia (28 días) con la que acuden el 50% de los pacientes esquizofrénicos a los equipos de salud mental; coincidiendo probablemente con la frecuencia de administración y supervisión de la

medicación “depot” a la que están sujetos un buen número de pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, habría que destacar que la media de días entre contactos es de 55, lo que significa que hay un grupo reducido de pacientes que presentan una distancia entre contactos bastante superior a 28 días, entre los que podrían encontrarse aquellos que están más estables y no necesitan revisiones tan periódicas o están sometidos a otro tipo de medicación antipsicótica.

Resulta interesante comparar cómo el número de días entre contactos ambulatorios en los distintos distritos sanitarios de residencia varía de forma significativa. En la Alpujarra, un área rural y montañosa con dificultades de transporte y acceso al equipo de salud mental, la distancia entre los contactos es significativamente superior (63 días) (tabla 81, figura 49) a la que aparece en el resto de las áreas estudiadas. Los distritos sanitarios de Loja y Costa corresponden a zonas rurales pero no tan aisladas geográficamente como la Alpujarra. La mediana de sus contactos es de 35 y 32 días respectivamente. El distrito sanitario Granada Sur que cubre la mitad de la ciudad de Granada y un grupo de pueblos limítrofes a la capital es el que presenta menor número de días entre sus contactos (21) (tabla 81, figura 49).

El sexo, la edad y el estado civil de los pacientes presentan diferencias significativas respecto a los días que transcurren entre los contactos ambulatorios (tablas 82, 83, 84, figuras 50, 51, 52). Las mujeres presentan mayor distancia entre los contactos ambulatorios (30 días) que los hombres (28 días), aunque esta diferencia no es demasiado acusada. En los pacientes casados y en las amas de casa transcurre mayor tiempo entre sus contactos ambulatorios (35 días para ambos) que en el resto de las categorías de estas dos variables. Estos resultados corresponden al perfil del paciente ambulatorio que está más integrado socialmente y más estabilizado por lo que demanda una atención ambulatoria más espaciada.

Son los jóvenes menores de 20 años los que presentan sus contactos ambulatorios con mayor periodicidad (cada 21 días) debido posiblemente a que se encuentran en el primer brote esquizofrénico y, por ello, demandan la atención de los equipos de salud mental con más asiduidad, lo que no implica que sea mayor su número de contactos (tabla 83, figura 51).

Por último, hemos observado asociación entre el tipo de diagnóstico que presentan los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia y la distancia entre

sus contactos ambulatorios en el sentido de que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos psicóticos agudos y transitorios presentan una distancia entre contactos ambulatorios de 28 días mientras que en los pacientes diagnosticados de trastorno de ideas delirantes y trastornos esquizoafectivos los días entre contactos es de 34 y 35 días y los pacientes con otros trastornos psicóticos no orgánicos y las psicosis no orgánica sin especificar los días entre sus contactos son de 84 y 64 días respectivamente (tabla 88, figura 56). En estas dos últimas categorías están incluidos los pacientes que no tienen un diagnóstico establecido o que no se han podido incluir en las anteriores categorías por lo que existe una gran variedad de casos de difícil clasificación. También debemos tener en cuenta que las distancias entre los contactos también pueden estar influenciadas por la presión asistencial que sufren los equipos o por la valoración del profesional del estado psicopatológico del paciente en el momento de la entrevista.

6.1.2 REFLEXIÓN SOBRE LOS REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS Y LOS DISTINTOS ENFOQUES AL ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Los registros de casos psiquiátricos no contienen la información apropiada para estudiar *por qué* los pacientes utilizan los servicios de salud mental o *por qué* los episodios de atención duran lo que duran; ellos solamente *describen* lo que le ocurre a los pacientes psiquiátricos (Oldehinkel, 1997). No tienen como finalidad estudiar si un determinado patrón de utilización de servicios es más efectivo que otro o si produce una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Los registros de casos psiquiátricos son un paso muy valioso hacia una mejor comprensión del proceso que determina la utilización de los servicios pero son sólo un paso y no todo el proceso. Por ello, su valor radica en la descripción de lo que ocurre en el área que cubren ya que los datos que ofrecen se refieren a toda la población de un área completa y relacionada con todos los dispositivos de dicha área. Esta información puede servir como base para generar hipótesis y para inspirar futuras investigaciones.

En este estudio hemos planteado diferentes abordajes al análisis de la utilización de servicios, los cuales se pueden aplicar a los datos que se recogen en un registro de casos psiquiátricos ya que éstos se pueden considerar como los instrumentos más adecuados para recoger información sobre la utilización de servicios (Giel y Sytema, 1993) y como afirma Sytema (1994) un registro es un requisito importante para el estudio de los patrones de utilización de servicios.

La aplicación de diferentes tipos de análisis a nuestros datos no habría sido posible llevarla a cabo si no se tuviera información individualizada y longitudinal sobre el uso de los servicios que realizan los pacientes de un área determinada.

No resulta fácil recapitular la historia de la asistencia en salud mental que recibe un paciente hoy día. Desde que los pacientes son tratados en áreas en las que está desarrollado un sistema de atención de base comunitaria, reciben cuidados desde una variedad de servicios e instituciones, que en algunos casos se solapan entre ellas dentro de los mismos episodios de enfermedad de los pacientes, lo que dificulta la monitorización y evaluación de sus patrones de utilización de servicios por lo que los registros de casos psiquiátricos son una herramienta muy útil para la recogida de este tipo de información (Tansella et al., 1995).

La comparación entre distintos patrones de asistencia exige disponer de una información básica como es por ejemplo tener a priori unas definiciones claras de todos los elementos que definen esos episodios, conocer los componentes del sistema y tener claros los objetivos que se quieren alcanzar con la información a analizar.

Cómo definir estos parámetros es una de las mayores dificultades con las que se encuentra el análisis de los patrones de utilización de servicios. Dependiendo de los pacientes a estudiar las definiciones variaran porque los patrones de utilización de servicios de los grupos de pacientes según su diagnóstico son muy diferentes. También variarán los patrones dependiendo de las áreas y de los servicios de salud mental que las constituyan.

Ante la conveniencia de disponer de una metodología estandarizada para medir y analizar la utilización de servicios de salud mental hemos aplicado diferentes métodos de

análisis de los patrones de utilización de servicios para comprobar cómo se comportan y qué información ofrecen, así como las ventajas y limitaciones que se presentan en su aplicación.

El desarrollo de los métodos de análisis y evaluación de la utilización de los servicios de salud mental ha progresado más lentamente que los métodos de evaluación clínica de los enfermos mentales (de los que actualmente se dispone de una amplia gama de instrumentos estandarizados (Johnson et al., 1997). Aplicar modelos estandarizados de clasificación de la utilización de servicios de salud mental supone un reto metodológico por el escaso desarrollo que han tenido (Sytema, 1994) y por la necesidad de disponer de este tipo de información para su aplicación a la evaluación de servicios, planificación e investigación (Hansson y Sandlund, 1992). Los motivos por los que no se han desarrollado los métodos de análisis de la información sobre utilización de servicios son diversos y, entre ellos, se pueden señalar las dificultades que conlleva el establecimiento y consolidación de registros de casos psiquiátricos de muchos años de evolución y, por otro lado, la falta de una metodología rigurosa para analizar esa información. En muchas ocasiones se recoge gran cantidad de datos sobre utilización de servicios pero una vez recogida no se sabe qué hacer con ella.

Considerar distintos tipos de contactos con los servicios de salud mental cuando se analiza la utilización de servicios implica que la atención al enfermo mental está integrada por una red diversificada de dispositivos comunitarios y, por tanto, que la atención a la salud mental no está centrada exclusivamente en el hospital psiquiátrico. No obstante, la clasificación utilizada en este estudio (contactos ambulatorios, con centros de día e ingresos hospitalarios) está empezando a quedar desfasada y pronto será demasiado rígida para ser aplicada en el análisis de utilización de servicios de salud mental debido al desarrollo de nuevas alternativas a los dispositivos de salud mental tradicionales (Oldehinkel, 1997). Una de las posibilidades sería relacionar los patrones de uso con los modelos de atención a la salud mental según son descritos en la “Clasificación Internacional de Servicios de Salud Mental” (de Jong, 1996; Torres González et al., 1997) que permite clasificar los servicios atendiendo a las intervenciones que facilitan y a los objetivos que persiguen (Gater et al., 1995). Pero, incluso, habría que ir más allá e incorporar otro tipo de servicios no sanitarios como los pertenecientes a programas de residencias alternativas o de promoción de empleo (*vocational*

training) e incluso la percepción de cuidados “no informales” ofertados por organizaciones de voluntariado.

La selección de los distintos métodos de análisis de la utilización de servicios que hemos aplicado en este estudio ha estado determinada por el tipo de información que hemos analizado y por los objetivos que se han querido alcanzar en cada momento.

Cuando lo que se ha estudiado han sido indicadores brutos sobre utilización de servicios y las variables asociadas a ellos se ha aplicado un análisis multivariante; este abordaje lo hemos denominado de tipo transversal ya que la información se ofrece a partir de un corte transversal en el tiempo.

Dentro de un abordaje más dinámico en el análisis de la utilización de servicios se han aplicado las cadenas de Markov para conocer las probabilidades de cambio entre los diferentes *estados* (distintos tipos de contacto) por los que puede pasar un paciente en su demanda de atención a la salud mental.

Si el objetivo ha sido conocer la distribución de los contactos a lo largo del tiempo, o sea, medir el tiempo que transcurre entre que se presenta un evento hasta que se presenta el siguiente, hemos aplicado métodos longitudinales de análisis de la información: a) para estudiar la temporalización de los cambios y cuestiones referidas a los predictores de esos cambios se han utilizado las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y b) los modelos de riesgos proporcionales (*hazard proportionals models*) (Cox, 1972) se han utilizado para estudiar la influencia de las covariables en esa distribución. Esta aproximación la hemos considerado de tipo longitudinal.

En el abordaje transversal hemos incluido distintos indicadores brutos de la utilización de servicios (número de contactos ambulatorios, con centros de día e ingresos hospitalarios). A estos indicadores también se les ha denominado escalas acumulativas porque *acumulan* en una sola cifra el número de contactos de un período determinado de tiempo (Hansson y Sandlund, 1992). Además de estos indicadores decidimos utilizar un índice que resumiera la

utilización de servicios que realiza cada paciente en un única puntuación al igual que habían hecho otros autores (Lavik, 1983; Tansella et al., 1986; Sytema et al., 1989 b).

La ventaja que presenta utilizar el índice de Lavik es que se resume toda la información de la utilización de servicios en una sola cifra y no necesitamos manejar tres cifras diferentes relativas a cada paciente (número de contactos ambulatorios, número de contactos con centros de día y número de ingresos hospitalarios). Sin embargo, se pierde la información desagregada por tipos de contactos y se asume que los diferentes tipos de contactos son comparables y sumables entre sí y solamente se diferencian por el peso que se les asigna de forma arbitraria. Otorgar una puntuación entre 1 y 3 no se ha realizado en base a ningún estudio previo en el que se haya comprobado que un ingreso hospitalario “vale” o tiene un “peso” tres veces mayor a un contacto ambulatorio. Por otro lado, como algunos autores han apuntado (Tansella et al., 1986 b; Sytema et al., 1989 a; Hasson y Sandlund, 1992) y el mismo Lavik afirmó (1983) que el *Service Consumption Score* es solamente una medida cruda, en la que se combina la frecuencia de los contactos con una valoración subjetiva de los tipos de contactos que se ofrecen. Al aplicarlo a nuestros datos hemos observado que existe una relación entre las puntuaciones más altas del índice de Lavik y los días ingresados en un hospital mientras que las puntuaciones más bajas de dicho índice corresponden a pacientes que solamente han tenido contactos ambulatorios.

Otra de las limitaciones de estas clasificaciones de tipo transversal es que no ofrecen información sobre la distribución de los contactos a lo largo del tiempo. Bajo el mismo patrón de utilización de servicios pueden subyacer distintas pautas de uso por lo que no quedan reflejados los períodos de crisis o los episodios de enfermedad en los que se realiza una frecuentación mayor de servicios. Éstos sólo reflejan de una manera estática lo que ha pasado en cuanto a volumen de uso por unidad de tiempo, ofrecen una visión estática del proceso de atención.

Es aconsejable incluir varios de estos indicadores simultáneamente en las investigaciones sobre utilización de servicios (Sytema et al., 1989 a). De esta forma se evita el error de basar las conclusiones sobre la utilización de servicios en la idiosincrasia de un sólo índice

exclusivamente. Además, pueden ofrecer información de cómo estas escalas y clasificaciones de patrones de cuidado se relacionan entre sí. Un desarrollo más sistemático de estos indicadores intentando superar las deficiencias de las ya existentes permitiría un mayor grado de estandarización lo que facilitaría la comparación de los patrones de cuidados.

Actualmente no existe un único índice que sea aceptado de forma generalizada y que se considere que representa bien el volumen de utilización para diferentes pacientes, siendo el índice elaborado por Lavik el que se ha utilizado más frecuentemente en los estudios publicados sobre este tema.

Cada vez existe una mayor tendencia a considerar la utilización de servicios como un proceso dinámico en el que las necesidades de cuidados de los pacientes cambian y, por tanto, el uso que hacen los pacientes de los servicios también varía para cubrir dichas necesidades.

Por ello, un avance importante en el análisis de los patrones de utilización de servicios es ofrecer una visión dinámica del proceso. Como ya hemos indicado anteriormente la atención comunitaria está integrada por una diversidad de dispositivos a los que un paciente puede acudir. La aproximación dinámica al uso de servicios tiene como objetivo estudiar los cambios de *estado* (tipos de contactos) por los que puede pasar un paciente. Lo que estudiamos son las probabilidades de transición entre distintos tipos de contactos. Dentro de este abordaje dinámico hemos aplicado los modelos matemáticos de Markov que nos han permitido caracterizar las transiciones entre estados. Suponiendo que las características de la cohorte estudiada no varía, el análisis de Markov permite utilizar los datos de utilización de servicios como predictores de una futura utilización de los mismos (Perry y Lavori, 1987). A partir de la información actual se calcula la probabilidad de cambiar de *estado* en la siguiente unidad de tiempo.

Como se ha señalado en el capítulo *Marco teórico*, existen pocos estudios publicados sobre utilización de servicios en el campo de la salud mental en los que se utilice el análisis de cadenas de Markov. Aunque en algunos artículos se ha planteado este método como novedoso para su aplicación a los datos de un registro de casos psiquiátricos (Sytema, 1994), no son

precisamente artículos de reciente publicación (Meredith, 1976; Sweillam y Tardiff, 1978; Häfner y an der Heiden, 1983).

Nos llama la atención que, a pesar de todas las ventajas que presenta este método y su potencial aplicabilidad a la planificación y gestión de servicios (Sweillam y Tardiff, 1978; Häfner y an der Heiden, 1983; Hargreaves, 1986; Perry y Lavori, 1987) no haya sido utilizado más frecuentemente ni más recientemente. Algunas de las razones de su escaso desarrollo pueden ser la complejidad de los modelos matemáticos que subyacen en el proceso y la dificultad de manejar covariables en la predicción de las probabilidades de transición. No existe *software* específico que analice el problema en profundidad y si no hay *software* no hay uso generalizado, ya que se requiere el desarrollo de un programa informático específico elaborado por expertos en el tema. Para nuestro estudio hemos utilizado un programa informático elaborado por Erwin Veermans (1992) de la Unidad de Psiquiatría Social de la Universidad de Groningen (Holanda). Hasta dónde tenemos conocimiento este es el primer estudio en España en el que se aplica este tipo de análisis a la utilización de servicios de salud mental. Tampoco hemos encontrado en la literatura científica extranjera, en la última década, publicaciones en las que se utilice este análisis en el campo de la salud mental a excepción del ejemplo con 54 pacientes que presenta Sytema en su tesis doctoral (1994).

Un avance importante se ha conseguido en la línea del estudio de la utilización de servicios con la aplicación del análisis de datos longitudinales (*event historic analysis*). Mientras que los métodos tradicionales anteriormente descritos (como los índices de uso) dependen de un intervalo de tiempo previamente fijado de forma arbitraria, en el análisis de supervivencia, la variación de los intervalos de tiempo durante el período de seguimiento es el objetivo del estudio (Oldehinkel, 1997). No se predetermina el tiempo sino que son los propios acontecimientos los que van dibujando la curva.

Este tipo de análisis se ha utilizado en otras áreas de estudio pero su aplicación al campo de la epidemiología psiquiátrica ha sido hasta el momento escaso (Tansella et al., 1995). Aunque, como hemos dicho anteriormente, los registros de casos psiquiátricos disponen de información longitudinal sobre la utilización de servicios la aplicación de este

tipo de metodología no se ha generalizado a los datos de los registros psiquiátricos. Una posible explicación puede radicar en que los métodos estadísticos necesarios para el análisis de los datos longitudinales solamente se han desarrollado e incorporado a los programas informáticos de forma rutinaria durante la última década y quizás sea este el motivo por el que los artículos publicados en los que se aplica este tipo de análisis son de la década de los 90 (Eaton et al., 1992 a b; Mortensen y Eaton, 1994; Tansella et al., 1995; Sytema et al., 1996).

Nosotros hemos querido centrar el análisis en las características que presenta la atención comunitaria por lo que hemos estudiado solamente los contactos ambulatorios y concretamente la distancia entre cada uno de ellos. El estudiar esta variable es una de las muchas posibilidades que presenta el análisis de supervivencia aplicado a la utilización de servicios de salud mental. Como hemos constatado en la literatura dentro de nuestro campo, también se ha utilizado para medir la duración de los episodios de tratamiento ambulatorio y el tiempo que transcurre hasta que ocurre una “recaída” entendida como otro episodio de cuidado ambulatorio (Tansella et al., 1995; Sytema et al., 1996) o el riesgo de rehospitalización medido en términos del tiempo que transcurre desde un alta hospitalaria hasta la siguiente rehospitalización (Eaton et al., 1992 a b; Mortensen y Eaton, 1994).

6.1.2.1 Aplicabilidad práctica del análisis de la utilización de servicios

El análisis de utilización de servicios permite describir y comparar el funcionamiento de redes de servicios de salud mental y si se aplica una metodología rigurosa a su análisis ofrece información muy valiosa a los clínicos, a los planificadores y a los gestores del ámbito de la salud mental.

Una de las premisas bajo las que se ha originado este trabajo ha sido la de considerar que el análisis de los patrones de utilización de servicios puede ofrecer información sobre los cambios acaecidos en los cuidados de la atención a la salud mental partir de la reforma psiquiátrica. La mayoría de los estudios sobre este tema tienen entre sus objetivos el poder evaluar la reforma psiquiátrica o poder comparar distintos sistemas de atención con diferente

grado de implantación de sus dispositivos comunitarios (Sytema et al., 1997). La integración de los diferentes tipos de cuidados supone una concepción comprensiva de la atención a la salud mental. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han desarrollado sin una metodología rigurosa y estandarizada que analice la información antes y después de poner en marcha la reforma y que tengan en cuenta todos los dispositivos implicados en la atención (O'Driscoll, 1997).

Para evaluar un servicio es necesario saber qué actividades se están desarrollando en él. Cuando se altera el servicio con la introducción de nuevos componentes, estudiar su efecto en el patrón de cuidados resulta de gran utilidad para la planificación de los recursos.

Algunos de los métodos de análisis aquí presentados se han aplicado en estudios en los que se comparan distintos sistemas de atención en dos o más países o áreas dentro de un mismo país. Ejemplo de ello es el estudio europeo de los servicios de salud mental en las áreas piloto (WHO, 1987) en el que se realizó un gran esfuerzo metodológico en la definición de la utilización de servicios que permitiera comparar la información de todos los centros participantes; sin embargo los hallazgos de este trabajo han quedado algo inconclusos (Hansson y Sandlund, 1992). Recientemente se han publicado una serie de artículos a partir de un estudio comparativo desarrollado en Noruega sobre la sectorización psiquiátrica *Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatric*, en el que se analiza la utilización de servicios de salud mental (Hansson et al., 1995; Saarento et al., 1995; Saarento, 1996; Saarento et al., 1996; Hansson et al., 1997; Oiesvold et al., 1998, Hansson et al., 1998). También en el área de Verona Sur, a partir de los datos del Registro de Casos Psiquiátricos se han realizado numerosos estudios sobre el sistema de atención a la salud mental de su área (Tansella et al., 1985; Tansella et al., 1987 b; Tansella et al., 1991; Tansella et al., 1995).

Un esfuerzo empírico y metodológico en este campo se está llevando a cabo por el grupo de investigación del Departamento de Psiquiatría Social de la Universidad de Groningen (Holanda) responsable del Registro de Casos Psiquiátricos de Groningen como se puede observar por las publicaciones y tesis doctorales desarrolladas en esta línea de trabajo (ten Horn, 1983; Sytema, 1994; Oldehinkel, 1997) y los estudios realizados con los datos del

registro de Groningen comparándolos con Mannheim (ten Horn et al., 1988); con Bohemia del Este y con Checoslovaquia (Sytema et al., 1992) y con Verona Sur (Sytema et al., 1996).

El calcular las probabilidades de transición entre los distintos tipos de contactos que puede realizar un paciente dentro de la red de servicios de salud mental es de sumo interés para la planificación de servicios. A partir de esta información se puede conocer el uso futuro que realizarán los pacientes de un área determinada lo que permitirá realizar una planificación más efectiva de sus recursos. Con el fin de distribuir el personal y ofertar servicios para cubrir las necesidades de los pacientes resulta muy útil para un gestor poder predecir el número de pacientes que entrarán, se mantendrán y saldrán del sistema de atención a la salud mental además de la dinámica de uso de esa cohorte de pacientes reflejada por la transición de una categoría a otra. También puede servir de información de base para predecir las tendencias futuras en el flujo de pacientes en la red de servicios de salud mental (Häfner y an der Heiden, 1983; Oldehinkel, 1997).

Aunque los datos sobre utilización de servicios no informan sobre la eficacia de un tratamiento, sí pueden ofrecer algunos indicadores para utilizar como predictores del éxito clínico. Un ejemplo de ello es el concepto de *continuidad de los cuidados* de acuerdo con Eaton (1996) y de *flexibilidad* de la atención. Estos dos conceptos son fundamentales en el marco de la atención comunitaria. Sin embargo, como afirma Johnson (1997), existe una gran diversidad de definiciones sobre lo que se considera continuidad de los cuidados. Recientemente, Sytema et al. (1997) han propuesto un indicador de la *continuidad de los cuidados* como el tiempo que transcurre entre el alta hospitalaria y el primer contacto ambulatorio/centro de día y de la *flexibilidad de los cuidados*, como el número de cambios de tipos de contacto (ambulatorios, con centros de día e ingresos hospitalarios) que realiza el paciente.

Bajo nuestro punto de vista, otra forma de analizar la *continuidad* y *flexibilidad* de los cuidados puede ser bajo el prisma del cálculo de las probabilidades de transición entre *estados*. Para la unidad de tiempo que consideremos más adecuada en cada caso en particular, la continuidad vendrá determinada por el porcentaje de pacientes que no se incluyen en la

categoría de estar sin contacto en la siguiente unidad de tiempo. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes que estando ingresado en el mes actual pasa a estar sin contacto en el mes siguiente es un grupo de pacientes que no mantiene contacto con los servicios tras su alta hospitalaria. La probabilidad de cambiar de un tipo de contacto a otro entre los diferentes dispositivos de salud mental nos ofrece información sobre la *flexibilidad* de la atención que recibe.

Otra de las aportaciones que puede ofrecer el análisis de la utilización de servicios, por ejemplo, de tipo longitudinal en el ámbito clínico es el describir los episodios de tratamiento que presentan los pacientes ya que en muchas ocasiones están relacionados con los episodios de enfermedad. Ejemplo de ello puede ser en los pacientes esquizofrénicos el determinar el curso de la enfermedad mediante el análisis de los episodios de hospitalización a lo largo del tiempo (Eaton et al., 1992 b) ya que los clínicos están interesados en conocer la “carrera” que presenta cada paciente en su relación con los servicios de salud mental.

Los indicadores de tipo transversal pueden ser útiles para conocer la actividad asistencial de un determinado servicio o para el análisis de costes ya que en estos casos no es necesario conocer la distribución temporal que presentan los contactos a lo largo del tiempo. En los estudios revisados sobre análisis de costos se han utilizado los siguientes indicadores de utilización de servicios: número de días en el hospital y número de contactos ambulatorios (Wiersma et al. 1991); tipos de contactos y tipos de intervenciones obtenidas a partir del instrumento *Mannheim Service Recording Sheet* (Salize et al., 1996) otorgando a cada intervención una unidad de coste. En el caso del estudio PSICOST (FIS, exp:97/1298) que es un estudio multicéntrico sobre análisis de costos en los pacientes esquizofrénicos en los que participa nuestro grupo de investigación se ha utilizado el instrumento *Client Service Receipt Interview* (Beechan, 1994) para medir la utilización de los servicios y otros tratamientos mediante unidades de coste (Haro et al., 1998).

6.1.2.2 Limitaciones

Somos conscientes de las limitaciones que presenta una parte de nuestro trabajo al ser realizado con una muestra de 83 pacientes, cifra relativamente pequeña para este tipo de estudios. Por ello, para subsanar este problema en el análisis de supervivencia, se han utilizado los datos del Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur (n=631).

Otra de las limitaciones que se le pueden plantear a este estudio es la duración del período de seguimiento. Un año, para los pacientes esquizofrénicos, es un período de observación demasiado breve para monitorizar los cambios que se producen en la demanda de atención a los dispositivos de salud mental. Hemos utilizado este período de tiempo porque fue el especificado en el protocolo del proyecto multicéntrico europeo en el que hemos participado. Respecto a los datos del Registro de Esquizofrenia al ser de reciente creación (1995) no se dispone de información de otros años. Sin embargo para nuestro propósito de presentar diferentes abordajes al tema de la utilización de servicios creemos que se ha conseguido dicho objetivo a pesar de seguir a los pacientes durante un año solamente.

Al tratarse de pacientes en contacto con la red pública de servicios de salud mental están excluidos de nuestro grupo de estudio aquellos pacientes que no acuden a demandar atención psiquiátrica que pueden ser los menos graves o aquellos que acuden solamente al médico general. Sin embargo, en el caso de pacientes esquizofrénicos, en un estudio en marcha en nuestro grupo, parece indicar que es irrelevante el número de enfermos diagnosticados de esquizofrenia por el médico de familia que no han sido derivados a los servicios especializados y por otro lado, en nuestro contexto, tampoco cabe suponer un número alto de personas con esquizofrenia en un sector privado poco desarrollado. Las investigaciones disponibles sobre esquizofrenia muestran que en las sociedades industrializadas, entre el 80 y 85 % de los individuos con diagnóstico de esquizofrenia finalmente reciben algún tipo de tratamiento psiquiátrico (Link y Dohrenwend, 1980; Von Korff et al., 1985).

Por último también se podría plantear a nuestro estudio como una limitación la falta de medidas de resultados asociadas a la utilización de servicios y la carencia de una valoración continuada de las necesidades asistenciales para ver si éstas cambian a medida que cambia la utilización de los servicios como se señala en diversos estudios (Tansella et al., 1986; Hansson y Sandlund, 1992; Valbak et al., 1992). Estamos de acuerdo en que una carencia importante en este tipo de estudios sobre utilización de servicios consiste en desconocer datos sobre los resultados obtenidos en los pacientes a partir de los tratamientos aplicados. Sin embargo, Eaton (1996) enfatiza que la información sobre utilización de servicios es uno de los resultados más importantes de la investigación en salud mental.

Si no podemos ofrecer información acerca de dónde está el paciente o qué cuidados está recibiendo, o no podemos trazar el recorrido implícito a su tratamiento, es difícil realizar una evaluación del sistema de servicios de salud mental.

6.2 CONCLUSIONES

De esta Tesis Doctoral se pueden derivar las siguientes conclusiones:

- 1.- Que la edad y el nivel de estudios están asociados al número de contactos ambulatorios, en el sentido que los pacientes esquizofrénicos con edades comprendidas entre 31 y 40 años y aquellos con un nivel de estudios superiores a secundarios presentan, en promedio, mayor número de contactos ambulatorios que los que no tienen esas características.
- 2.- Que la presencia de síntomas referidos a delirios e interpretaciones extravagantes y pobreza del lenguaje está asociada a mayor número de contactos ambulatorios.
- 3.- Considerando conjuntamente el número de contactos ambulatorios más el número de contactos con centros de día, los pacientes con más de 40 años presentan un menor número de estos tipos de contactos.

4.- La presencia de síntomas clínicos denominados negligencia hacia sí mismo, delirios y alucinaciones expansivas y lenguaje incoherente está asociada a un mayor número de contactos ambulatorios más contactos con centros de día.

5.- El sexo está asociado con los ingresos hospitalarios en el sentido de que los pacientes esquizofrénicos varones tienen mayor probabilidades de ingresar que las mujeres esquizofrénicas.

6.- Que los síntomas referidos a experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, hiperactividad y delirios e interpretaciones extravagantes están asociados con mayor número de ingresos hospitalarios.

7.- Calculando las probabilidades de cambio entre tipos de contacto mediante la aplicación de las cadenas de Markov, para el intervalo de tiempo de un mes, la mayor probabilidad se presenta estando en un tipo de contacto en el mes actual permanecer en el mismo tipo de contacto al mes siguiente (sin contacto, contacto ambulatorio, contacto con centros de día e ingresos hospitalarios).

8.- El tiempo que transcurre entre los contactos ambulatorios, en el 50% de los pacientes esquizofrénicos del área Salud Mental Granada Sur es de 28 días o menos.

9.- El distrito sanitario de residencia está asociado a la distancia entre los contactos ambulatorios de los pacientes esquizofrénicos. Las diferencias radican en que los enfermos que residen en el distrito sanitario Granada Sur tienen un tiempo medio entre visitas a su equipo de salud mental significativamente inferior a Loja y Costa y estos significativamente inferior a los que residen en la Alpujarra.

10.- Que hay diferencias estadísticamente significativas entre el sexo en los pacientes con esquizofrenia en relación a las distancias entre contactos ambulatorios. Las diferencias radican en que los varones tienen un período de tiempo entre contactos menor que las mujeres.

11.- Que el estado civil de los pacientes esquizofrénicos presenta diferencias estadísticamente significativas respecto a las distancias entre los contactos ambulatorios. Los casados tienden a tener distancias entre contactos más largas que los pacientes que no están casados.

12.- Que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos psicóticos agudos y transitorios presentan una distancia entre sus contactos ambulatorios significativamente inferior a la de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ideas delirantes y persistentes y de trastorno esquizoafectivo.

13.- Que los pacientes con 20 años o menos presentan un tiempo entre contactos ambulatorios significativamente inferior a los pacientes de más edad.

6.3 PERSPECTIVAS FUTURAS

A partir de este estudio en el que hemos realizado una revisión metodológica sobre el tema del análisis de la información sobre utilización de servicios y su aplicación empírica a un grupo de pacientes de nuestro ámbito consideramos que hemos comenzado una línea de trabajo muy útil para la evaluación de los servicios de salud mental.

Basados en los conceptos y modelos incluidos en este trabajo se ha puesto en marcha un proyecto de investigación financiado por el FIS (exp: 98/871) que tiene los siguientes objetivos:

- . Elaborar un índice que caracterice de forma fiable la utilización de servicios por parte de los pacientes esquizofrénicos de nuestra área de estudio.
- . Desarrollar y aplicar los modelos dinámicos midiendo la influencia de covariables básicas (diagnóstico, sexo, edad, etc.) sobre dichos patrones de uso.
- . Una vez aplicados y desarrollados los modelos de análisis de la información pretendemos que sean utilizados por una red de registros de casos psiquiátricos lo que nos permitirá realizar estudios comparativos entre distintas áreas con métodos estandarizados.

El contar con un Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia permite disponer de información sobre utilización de servicios con las siguientes características: a) cubre un área geográficamente delimitada, b) se dispone de todos los contactos con todos los dispositivos de salud mental por parte de todos los pacientes residentes en dicha área, c) la información está recogida de forma individualizada y longitudinal.

Los registros de casos psiquiátricos aumentan su valor para fines epidemiológicos y clínicos a medida que aumentan los años de funcionamiento, ya que nos permiten observar las tendencias y los patrones de uso de los servicios a lo largo del tiempo. Debido a la “juventud” de este Registro nos encontramos en el comienzo de un proyecto a más largo plazo y de gran potencialidad futura.

En nuestra área, y concretamente en el campo de la atención a la salud mental, actualmente, estamos en un momento de desarrollo de nuevos dispositivos comunitarios de atención a la salud mental especialmente para el pacientes esquizofrénicos. Evaluar este proceso mediante la información que ofrece un registro de casos psiquiátricos especializado en pacientes esquizofrénicos es otro de los objetivos que nos hemos planteado.

Aplicado a la práctica clínica, pretendemos desarrollar un sistema de explotación de la información en el que se introduzcan algunos de los análisis anteriormente descritos y que permita a los profesionales clínicos, de la manera más ágil y fiable posible, conocer la “carrera” que presentan sus pacientes a través de todos los dispositivos del área y los episodios de tratamiento que reciben a lo largo de su búsqueda de atención en la red de servicios de salud mental.

Consideramos que contamos con unas condiciones muy favorables de disponibilidad de recursos técnicos y humanos así como de apoyo institucional y de los servicios que nos pueden permitir desarrollar un sistema de información de gran potencia en investigación y aplicabilidad a la práctica clínica y a la planificación de servicios, adaptado a las nuevas características que presenta la atención al enfermo mental.