



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Francisco Beltrán, Pablo de; Goenaga Palancares, Enrique

Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXII, núm. 82, junio, 2002, pp. 105-113

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019671009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Pablo de Francisco Beltrán, Enrique Goenaga Palancares***

Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat

RESUMEN: Se analizan las diferencias de la demanda atendida en el Centro de Salud Mental “Antonio Machado” de Segovia según el hábitat de procedencia de los pacientes (rural o urbano).

PALABRAS CLAVE: Incidencia, prevalencia, hábitat.

SUMMARY: An analysis of the differences in patients' demands met at the “Antonio Machado” Mental Health Center in Segovia according their place of origin (rural or urban).

KEY WORDS: Incidence, prevalence, hábitat.

Introducción

En cualquier estrategia de planificación de recursos resulta esencial no sólo conocer las necesidades asistenciales de la población a la que se pretende atender sino también aquellos requerimientos de carácter preventivo que conduzcan a la mejora de la salud de la población (1).

Siendo cierto que en la provincia de Segovia y en lo referente a la atención psiquiátrica y de salud mental realizada dentro de la Red Pública existe un sistema de registros que permite conocer las demandas asistenciales, también es cierto que en las descripciones de series temporales no se considera, por la propia naturaleza del análisis, algunos rasgos de la demanda que en provincias de una población tan dispersa y tan radicalmente fragmentada como la de Segovia, parecen de especial interés.

Las características propias de los trastornos mentales hacen que su abordaje terapéutico sea diverso. Sin entrar en consideraciones acerca de sesgos epidemiológicos que acaso determinen las diferentes características de la demanda, sí que cabe preguntarse si, considerando los datos analizados, las necesidades en este campo de la Salud Mental están igualmente cubiertas en la población con independencia de que se resida en un hábitat urbano (Segovia) o rural (resto de la provincia).

También cabe interrogarse sobre la eficacia del modelo asistencial que se sigue y que, de modo más administrativo que de funcionamiento, se rige por el decreto 83/1989 por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León. Así aunque en el art. 3 de ese decreto se considera que el nivel especializado es el responsable de desarrollar funciones de promoción de la Salud Mental y de prevención de la patología nada se dice sobre el particular a la hora de determinar las funciones de los distintos recursos (2).

Método

Se trata en este trabajo de establecer la incidencia administrativa (es decir la registrada en el Centro de Salud Mental Antonio Machado, que integra a todos los recursos ambulatorios de Salud Mental de la provincia) para los hábitats rural y urbano. La disparidad de incidencia administrativa entre los hábitats considerados permitiría el planteamiento de dos cuestiones que pueden considerarse de relevancia. La primera tiene que ver con la mayor incidencia en las zonas urbanas comparadas con las zonas rurales y permitiría considerar si el desarrollo de tareas preventivas no afectaría a la disminución de esa incidencia. Por otra parte, también es lícito preguntarse si esa menor demanda planteada desde el medio rural guarda relación con cuestiones que tienen que ver con la lejanía al Centro de Salud Mental o con las prácticas ejercitadas desde la Atención Primaria de Salud.

Se ha construido una base de datos a partir del registro de casos del Centro de Salud Mental "Antonio Machado". Se han incluido a todos los pacientes que han acudido por primera vez al Centro, o que habiéndolo hecho con anterioridad hacía al menos un año que no habían recibido asistencia en él. El periodo considerado ha sido el de los años 2000 y 2001 procurando de este modo evitar sesgos temporales. Se ha dispuesto así de 2443 registros una vez depurados los pacientes no residentes en la provincia de Segovia.

Para el cálculo de la prevalencia administrativa en el nivel asistencia considerado se ha partido de los datos referidos a los 3432 pacientes atendidos a lo largo del año 2001 en el Centro de Salud Mental "Antonio Machado". De estos pacientes, 1197 comenzaron su tratamiento en 2001 y 2235 acudieron al Centro para continuar terapias iniciadas antes de 2001.

En este estudio descriptivo la incidencia administrativa hace referencia al número de pacientes nuevos que a lo largo de un año han acudido al Centro de Salud Mental "Antonio Machado". Es obvio que otros pacientes con trastornos mentales residentes en la provincia de Segovia habrán acudido a profesionales privados de ésta o de otras provincias. No obstante, y dadas las características del Centro y de acuerdo con la experiencia, ese número no es relevante a efectos de influir en los análisis que se han efectuado.

La clasificación diagnóstica se ha realizado siguiendo los criterios de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y considerando las 10 secciones diagnósticas, estableciendo como categoría separada la F99, que se corresponde con los trastornos mentales sin especificación incluyendo otros motivos para consultar, aparte de los estrictamente relacionados con la atención psiquiátrica.

Se ha considerado población rural a aquella que no reside en la ciudad de Segovia. Ninguno de los municipios de la provincia, con excepción de la capital tiene más de 10.000 habitantes. El cómputo de la población está basado en la Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a uno de enero de 2000, en el que se establecía que la

población de la provincia era de 146.281 habitantes de los que 54.034 pertenecían a la capital de Segovia y 92.247 a zonas rurales. La estructura de la población es semejante en los dos hábitats. El Área de Salud de Segovia cuenta con tres Zonas Básicas de Salud urbanas, correspondientes a la capital y doce rurales.

Para el análisis de datos se ha utilizado el SPSS para Windows Versión 10.0.6 y Epi Info, Versión 6.

Para los contrastes de hipótesis considerando el tipo de hábitat se ha establecido previamente un nivel de significación de 0,05. Las pruebas se han efectuado tras proceder a la correspondiente estandarización por tipo de hábitat que neutraliza la mayor proporción de población rural en el total de la provincia.

Resultados

En lo referente a Salud Mental, y por distintas razones, hay dificultades para conocer las tasas de incidencia de las enfermedades en la población. Como señala Eaton (3) las tasas de incidencia de la enfermedad mental son mucho más bajas que los valores para la prevalencia en la mayoría de estudios realizados en la comunidad al no considerar muestras lo suficientemente grandes. Es por eso que los datos referidos a la incidencia en la comunidad son escasos y que cualquier aproximación a su cálculo serán de utilidad.

Las particulares condiciones de los servicios de Salud Mental de la provincia de Segovia permiten de forma indirecta, por medio de la incidencia administrativa, conocer la incidencia de los trastornos mentales en la provincia en lo que Goldberg (4) denomina el *cuarto nivel*, es decir la morbilidad psiquiátrica tratada por los psiquiatras en régimen ambulatorio. Como señala ese autor (5) puede comprobarse que las tasas de derivación de hallan influidas por el número de psiquiatras existentes y la estructura de organización de servicios psiquiátricos.

Algunas de las razones que permiten utilizar como indicador no sesgado de la tasa la incidencia administrativa en los servicios ambulatorios del Centro de Salud Mental “Antonio Machado”, además de ser el único dispositivo donde se presta atención ambulatoria en la provincia de Segovia, tienen que ver con la facilidad del acceso a los servicios del Centro, la no existencia de lista de espera y el prestigio de la asistencia que se presta, justificado en su calidad que tanto los usuarios como los profesionales de otras especialidades reconocen de forma mayoritaria.

Distribución de la demanda por categorías diagnósticas.

Considerando este nivel asistencial es decir, el que se ocupa de tratar ambulatoriamente a los pacientes con trastornos mentales y observando la estructura de la demanda atendida durante 2000 y 2001 (Tabla 1) se advierten alguna particularidad que diferencia las zonas rurales de las urbanas.

Tabla 1: Distribución de Diagnósticos por habitat
 Contraste para diferencia de proporciones ($p < 5\%$)
 Casos Nuevo 2000-2001
 Centro de Salud Mental “Antonio Machado”, Segovia

Diagnóstico CIE 10	Hábitat				p
	Rural	Urbano	Total	%	
N	%	N	%		
Trastornos orgánicos (F00-09)	33	2,6	43	3,8	76 3,1
Consumo de sustancias psicotrópicas (F10)	41	3,3	30	2,6	73 3,0
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos (F20-29)	52	4,1	24	2,1	77 3,2 0,005
Trastornos del humor (afectivos) (F30-39)	289	23,0	236	20,7	533 22,0
Trastornos neuróticos (F40-49)	431	34,3	408	36,8	844 34,9
Tr. comportamiento asociados con disfunc. físiq. (F50-59)	64	5,1	61	5,4	128 5,3
Trastornos De la personalidad de los adultos (F60-69)	34	2,7	34	3,0	68 2,8
Retraso mental (F70-79)	13	1,0	14	1,2	27 1,1
Trastornos Del desarrollo psicológico (F80-89)	7	0,6	4	0,4	11 0,5
Tr. Comportamiento infancia y adolescencia (F90-98)	114	9,1	104	9,1	218 9,0
F99 Otros trastornos o motivos de consulta (F99)	179	14,2	181	15,9	364 15,0
Total	1293	100	1150	100	2443 100

Realizando un contraste para las diferencias de proporciones según hábitat, esas diferencias sólo son estadísticamente significativas para un trastorno, F20-F29 de la CIE 10: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, justamente aquél considerado como más grave dentro de la patología psiquiátrica. Es decir, esos trastornos significan una mayor proporción en la estructura de la demanda del medio rural que en el urbano.

Así, la comparación de las distribuciones sugiere un mayor peso porcentual de los trastornos más graves en la demanda procedente del medio rural. Naturalmente cabría considerar que la diferencia en los pesos relativos en la distribución de la demandada podría justificarse partiendo de una mayor incidencia relativa de esos trastornos en un hábitat o en otro.

La incidencia administrativa

El análisis de la incidencia administrativa anual –que sí depende del tamaño de la población– en el periodo considerado permitirá comprobar o refutar la mayor presencia de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes en el hábitat rural.

Veamos en la tabla 2 que es lo que sucede con las incidencias administrativas de las distintas categorías diagnósticas, es decir, lo que sucede con la demanda al estandarizarla de acuerdo con la población de ambos hábitats.

Tabla2: Incidencia administrativa anual por 10000 habitantes distribuida por hábitat
Centro de Salud Mental “Antonio Machado”, Segovia

		Rural	Urbano	Total	N	Inci.	N	Inci.	N	Inci.	χ^2	p	RR (IC 95%)
Diagnóstico CIE 10													
Trastornos orgánicos (F00-09)		33	1,6	43	4,0	76	2,6	12,59	0,000	0,29 (0,29 a 0,71)			
Consumo de sustancias psicotrópicas (F10)		41	2,2	30	2,8	71	2,4						
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos		52	2,8	24	2,2	76	2,6						
Trastornos del humor (afectivos) (F30-39)		289	15,7	236	21,8	525	17,9	14,53	0,000	0,72 (0,60 a 0,85)			
Trastornos neuróticos (F40-49)		431	23,4	408	37,8	839	28,7	49,51	0,000	0,54 (0,54 a 0,71)			
Tr. Comportamiento asociados con disfunc. fisió.	(F50-59)	64	3,5	61	5,6	125	4,3						
Trastornos De la personalidad de los adultos (F60-69)		34	1,8	34	3,1	68	2,3	4,98	0,025	0,59 (0,36 a 0,94)			
Retraso mental (F70-79)		13	0,7	14	1,3	27	0,9						
Trastornos Del desarrollo psicológico (F80-89)		7	0,4	4	0,4	11	0,4						
Trastornos Comportamiento infancia y adolescencia (F90-98)		114	6,2	104	9,6	218	7,5	10,87	0,000	0,64 (0,49 a 0,84)			
F99 Otros trastornos o motivos de consulta (F99)		179	9,7	181	16,7	360	12,3	27,57	0,000	0,58 (0,47 a 0,71)			
Total Casos Nuevos		1257	68,1	1139	105,4	2396	81,9	117,48	0,000	0,60 (0,60 a 0,70)			
Población		92247	54034	146281									

N: Número de casos. Inci: Incidencia administrativa. RR: Riesgo Relativo. IC: Intervalo de confianza

Con relación a la incidencia administrativa de los trastornos mentales en el nivel que se está considerando cabe subrayar, en primer lugar, la notable diferencia entre la tasa para el medio rural (68,1/10000) y el medio urbano (105,4/10000), es decir un 54,7 % mayor en el medio urbano que en el rural. Esa incidencia para el total de la población es de 81,9/10000. Después, ha de señalarse que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hábitats en la incidencia de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Tampoco en lo relativo al consumo de sustancias psicotrópicas y al retraso mental. En el resto de los trastornos, la incidencia es mayor entre los pacientes procedentes de la capital. Esa diferencia es notable en lo referente a los trastornos neuróticos (F40-49) y a los trastornos del humor (F30-39).

Prevalencia administrativa

Otro punto que también da cuenta de las diferencias entre hábitats en la cuestión que se trata es la prevalencia administrativa en 2001 construida considerando los pacientes que a lo largo de ese año han acudido al Centro de Salud Mental “Antonio Machado”, bien para iniciar un tratamiento o para continuarlo.

En coherencia con los datos ofrecidos anteriormente referidos a la incidencia, esta tasa en el nivel de atención ambulatoria es en un 42,3% superior en el medio urbano que el rural. (234,6 por 10000 para el toral de la población, y 209,2 y 297,6 para el medio rural y urbano respectivamente).

Como referencia, esta tasa puede compararse con la estimada por Giel (5) para este nivel y para el área de Groningen, en Holanda, que cuenta con una distribución de la población por hábitats semejante a la de la provincia de Segovia y con análogo sistema de salud. Para Groningen se señala una tasa de 340 por diez mil habitantes.

En la tabla 3 se distribuye el numero de consultas por hábitat y según edad, modalidad de consulta, sexo y origen de la derivación, cuando se trata de pacientes nuevos.

Tabla 3:Prevalencia administrativa año 2001 distribuida por hábitat
Centro de Salud Mental "Antonio Machado", Segovia
% calculados sobre el total de pacientes N=3432

	Consultas/paciente						Total						
	N	Rural	Hábitat	Urbana	%	Media	DE	Me	N	%	Media	DE	Me
Edad													
-16	163	4,7	4,4	3,1	4,0	146	4,3	4,9	4,3	4,0	309	9,0	4,7
17-24	155	4,5	5,8	5,6	4,9	140	4,1	6,0	6,2	4,0	295	8,6	3,8
25-34	258	7,5	5,7	5,9	4,0	224	6,5	7,2	12,4	4,0	482	14	5,9
35-44	328	9,6%	4,9	5,0	3,0	319	9,3	6,0	5,9	4,0	647	19	6,4
45-54	263	7,7	5,0	4,4	3,0	232	6,8	5,7	5,5	4,0	495	14	5,4
55-64	221	6,4	4,3	3,6	3,0	176	5,1	5,2	4,8	4,0	397	12	4,7
65-	436	13,0	3,4	2,5	3,0	371	11,0	4,0	3,7	3,0	807	24,0	4,2
Total	1824	53,0	4,6	4,4	3,0	1608	47,0	5,5	6,6	4,0	3432	100	5,0
Sexo													
Varón	722	21,0	4,7	4,6	3,0	605	18	5,4	6,3	3,0	1327	39,0	5,0
Mujer	1102	32,0	4,6	4,3	3,0	1003	29,0	5,5	6,9	4,0	2105	61,0	5,7
Total	1824	53,0	4,6	4,4	3,0	1608	47,0	5,5	6,6	4,0	3432	100	5,0
Modalidad													
Nuevo	619	18,0	4,2	3,4	3,0	578	17,0	4,5	3,7	3,0	1197	35,0	4,3
Revisión	1205	35,0	4,8	4,8	3,0	1030	30,0	6,0	7,8	4,0	2235	65,0	5,4
Total	1824	53,0	4,6	4,4	3,0	1608	47,0	5,5	6,6	4,0	3432	100	5,0
Origen de los pacientes nuevos en 2001													
Atención Primaria	403	34,0	4,3	3,3	3,0	360	30,0	4,4	3,5	4,0	763	64,0	4,4
Médico especialista	118	9,9	3,7	2,9	3,0	116	9,7	4,2	3,4	3,0	234	20,0	3,9
Unidad Hospitalización	10	0,8	4,9	3,9	5,0	7	0,6	9,1	9,3	5,0	17	1,4	3,2
Servicios Sociales	9	0,8	3,3	2,8	2,0	9	0,8	3,4	2,3	3,0	18	1,5	6,6
Otros	79	6,6	4,5	4,6	3,0	86	7,2	5,0	4,2	4,0	165	14,0	4,8
Total	619	52,0	4,2	3,4	3,0	578	48,0	4,5	3,7	3,0	1197	100	4,3

N: Número de casos. DE: Desviación standard. Me: Mediana.

Además de observar que, como es lógico y así está indicado, que los pacientes nuevos derivados desde la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, con independencia del medio de procedencia, son los que más consultas han recibido en el cumplimiento de su tratamiento, también se percibe que hay diferencias estadísticamente significativas entre el número medio de visitas cumplidas por los pacientes, estableciéndose una diferencia, según sean del medio rural o urbano ($F=19,59$ y $p=0,000$) a favor de los pacientes procedentes del medio urbano (5,5 *versus* 4,6 consultas por paciente). Esa diferencia no es significativa para pacientes nuevos, pero sí que lo es, a favor de los procedentes de la capital, para aquellos que iniciaron el tratamiento con anterioridad a 2001. ($F=19,09$ y $p=0,000$) (4,8 consultas de media en el seguimiento de los pacientes rurales y 6,0 para los pacientes urbanos).

Discusión

Considerando los datos anteriores se observa que, por una parte, la distribución de diagnósticos de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental “Antonio Machado” en 2000 ó 2001 difiere según estos pacientes procedan de zonas rurales y urbanas. Del total de los pacientes atendidos para cada uno de los hábitats los pacientes con patología más grave, representan un mayor porcentaje entre los procedentes del medio rural que entre los procedentes del medio urbano.

Por otra parte el cálculo de la incidencia administrativa, para el que se tiene en cuenta la población de los diferentes hábitats, señala una menor incidencia de los trastornos menos graves en el medio rural y una incidencia semejante para los trastornos más graves en ambos hábitats.

Lo anterior puede sugerir que:

a) La menor incidencia administrativa de trastornos menos graves en el medio rural puede deberse a que efectivamente la incidencia de esos trastornos es menor y que por eso se produce una menor incidencia administrativa de pacientes procedentes de esas zonas.

b) La menor incidencia administrativa en el nivel especializado ambulatorio de pacientes procedentes del medio rural también tal vez pueda explicarse porque aun siendo semejantes las incidencias de esos trastornos en ambas zonas, lo médicos de atención primaria del medio rural derivan a salud mental una menor proporción de las personas que padecen esos trastornos que sus colegas del medio urbano. Esta afirmación sería coherente con lo señalado por Goldberg (4) cuando afirma que los médicos de atención primaria son más partidarios de derivar a los pacientes con trastornos mentales más severos, a los pacientes jóvenes y a los varones y que los médicos de atención primaria de zonas rurales son menos partidarios de derivar que los de zonas urbanas.

c) No obstante, el número medio de consultas por paciente, que es inferior para los pacientes del medio rural que del urbano, hace suponer que la atención en general está condicionada por la accesibilidad de los servicios.

Las dudas acerca de la incidencia de los diferentes trastornos en las poblaciones señalada en a) sólo podrían resolverse con otros estudios poblacionales. No obstante,

cabe sugerir que una mejor comunicación entre los distintos equipos de salud mental y los equipos de atención primaria acaso permitiera disminuir las diferencias señaladas en la incidencia administrativa y que acaso señalen un déficit en tareas de prevención secundaria en el medio rural y de prevención primaria en el medio urbano (1), déficit que tal vez pudiera subsanarse con la complementariedad efectiva de funciones entre los dos niveles de atención como señala Kates (7) al describir su propuesta de colaboración entre esos niveles que conseguiría no sólo las disminuir las diferencias en el acceso a los servicios sino también mejorar el seguimiento de los pacientes tratados, con especial referencia a los enfermos mentales crónicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caplan, G., *Psicología orientada a la población: Teoría y práctica*, en Navarro J. y otros, Salamanca, Junta de Castilla y León y Universidad de Salamanca, 1993.
2. Consejería de Cultura y Bienestar Social, *Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991.
3. Eaton WW., Kramer M., Anthony JC., et al. "The incidence of specific DIS/DSM III mental disorders: Data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program", *Act. Psychiatr Scand* 1989, 79, 163-178.
4. Goldberg D., "Epidemiology of mental disorders in primary care settings", *Epidemiologic Reviews*, 1995, 17, pp. 182-190.
5. Goldberg D., Huxley, P., *Enfermedad mental en la comunidad*, Madrid, Ediciones Nieve, 1990.
6. Giel R., Koeter M., Ormel J., "Detection and referral of primary care patients with mental disorders: the 2nd and 3rd filter", en Goldberg D., Tantam D., editores. *The public health impact of mental disorders*. Berna, Hogrefe and Huber Publishers, 1990.
7. Kates, N., y otros, "The Psychiatrist in the Family Physician's Office", *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1997, 42, 9, pp 960-999.

*Politólogo
Centro de Salud Mental “Antonio Machado”, Segovia.

**Psiquiatra
Hospital “Virgen de la Montaña”, Cáceres.

Correspondencia:
Pablo de Francisco Beltrán
Centro de Salud Mental “Antonio Machado”
Altos de la Piedad, s/n
40002 Segovia
pfrancisco@segovia.uned.es

Fecha de recepción: 08-04-02