

Asistencia psiquiátrica ambulatoria en Seguridad Social

Out patient psychiatric assistance in the Spanish national health service

F. D. ALMENAR ROIG (*); M. GOMEZ BENEYTO (**);
L. SANJUAN NEBOT (***); A. ROMAGUERA LLISO (****);
C. MORILLO SERRANO (*****), y J. MONTON CAMPOS (*****)

RESUMEN

Se ha realizado un estudio descriptivo referente a la atención médica especializada, por procesos psiquiátricos, en las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social.

Se analiza la morbilidad psiquiátrica diagnosticada en estas consultas en las provincias de Valencia y Alicante.

Los resultados de las distintas entidades (C.I.E. Novena Revisión) se expresan para diferentes grupos de edad y sexo. Predominan los trastornos neuróticos y la depresión.

La relación entre primera y segunda visita para las enfermedades psiquiátricas en atención especializada es de 0,58. Este índice se calcula para cada enfermedad específica.

Este estudio también revela la proporción de diagnósticos por enfermedad psiquiátrica hallado por otros especialistas ambulatorios.

Asimismo, se indica la proporción de pacientes remitidos desde asistencia primaria a la asistencia especializada.

SUMMARY

A week-long cross sectional study was carried out in order to analyse the frequency with which different psychiatric illnesses are diagnosed by neuro-psychiatric specialists from the Seguridad Social among out-patients in the provinces of Valencia and Alicante (Spain).

The relationship between diagnosed psychiatric illness and sex and age was also studied.

A predominance of neurotic cases and depression was observed.

The relationship between first and second consultation for psychiatric illnesses in specialised care is 0,58. This index was calculated for each specific illness.

This study also shows the proportion of psychiatric illnesses diagnosed by other specialists among their own out-patients.

The proportion of patients referred from primary medical care (GP) to the neuro-psychiatric specialist is also indicated.

INTRODUCCION

En 1971 (1) y 1972 (2) la OMS al hacer recomendaciones sobre las investigaciones necesarias para realizar una adecuada planificación sanitaria, considera los estudios de morbilidad basados en la demanda de asistencia, un método válido para establecer normas de planificación, así como para resolver problemas de organización, relacionados con la asistencia. También plantea que no todos los atributos pueden medirse con igual precisión, lo que no justi-

(*) Especialista en Salud Pública. Médico-Inspector del INSALUD.

(**) Profesor titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

(***) Licenciado en Ciencias Exactas.

(****) Licenciada en Medicina y Cirugía.

(*****) Enfermera.

Dirección Provincial del INSALUD. Valencia.

fica el que los administradores sanitarios no los calculen y evalúen, ya que una estimación aproximada de la necesidad percibida y de su gravedad es factible y de gran interés como indicador y trazador de la información requerida para la planificación.

En 1983 (3), el mismo organismo informa de la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios, y vuelve a reincidir en lo propuesto como un método idóneo.

Igualmente, estos estudios tienen como misión equilibrar necesidades, recursos y utilización de servicios, ya que no hay procedimientos ideales para prestar asistencia sanitaria pero, en cambio, hay opciones que se ofrecen al planificador en el momento de asignar recursos para atender las necesidades.

Dentro de esta línea de investigación, el Instituto Nacional de la Salud de Valencia, se plantea conocer qué causas de enfermar son las más frecuentemente demandantes de nuestros servicios especializados ambulatorios, con el fin de ver qué medidas correctoras serían apropiadas para una mejor asistencia y satisfacción de profesionales y usuarios.

El objetivo del presente trabajo estriba en el conocimiento de los pa-

PALABRAS CLAVE

Asistencia especializada. Frecuencia de diagnósticos. Asistencia ambulatoria. Psiquiatría.

KEY WORDS

Specialist assistance. Frequency of diagnostics. Out-patient assistance. Psychiatry.

trones de morbilidad psiquiátrica que demandan asistencia especializada en los ambulatorios de la Seguridad Social.

MATERIAL Y METODO

Material

a) Estudio de campo:

Dada la dificultad de introducir estudios en el medio ambulatorio de Seguridad Social, a causa de la estructura ambulatoria de la Seguridad Social y del horario de los profesionales, nos vemos obligados a diseñar un material sencillo en sus contenidos y de fácil y relativamente rápida cumplimentación que recoja aquellos datos imprescindibles para dar respuesta a las principales preocupaciones que nos ocupan.

El estadillo elaborado al efecto ha sido:

Núm. orden	Edad	Sexo		Motivo consulta	Diagnóstico	C.I.E.	1. ^a	2. ^a
		V	H					

NUM. ORDEN: Del paciente que se registra.

EDAD: En años.

SEXO: Diferenciando varones y hembras con una señal significativa.

MOTIVO DE CONSULTA: Razón o queja que expone el paciente. Pretendía conocer la relación entre percepción de necesidad de atención médica y objetividad del diagnóstico. El

nivel y tipo de respuesta obtenidos en este apartado no han permitido una codificación tratable.

DIAGNOSTICO: Sospecha o confirmación diagnóstica determinada por el médico. Se admite la expresión de diagnóstico que el médico considere idónea.

C.I.E.: Clasificación Internacional de Enfermedades (4).

PRIMERAS/SEGUNDAS VISITAS: Las visitas se solicitaban fueran clasificadas en primeras o segundas por medio de una señal significativa, entendiéndose por:

Primeras visitas: Procesos nuevos. Si el mismo paciente acude al día siguiente por un proceso diferente al atendido hoy, vuelve a considerarse primera.

Segundas visitas: Revisión del mismo proceso en el mismo paciente.

b) Población:

Las pirámides de población de las provincias en estudio son extraídas del libro "*Pirámides de Población y otros aspectos de Demografía Sanitaria de la Comunidad Valenciana*" (ALMENAR, F. D., 1985) (5).

Método

a) Estudio de campo:

El estadiillo diseñado al efecto es remitido, junto con hoja de orientación y ejemplos, a todos los facultativos con plaza de Neuropsiquiatría que perciben honorarios de la Seguridad Social.

b) Tratamiento de la información:

Codificación: La clasificación adoptada para codificar los diagnósticos ha sido la 9.^a Revisión de la C.I.E. (OMS) de la que se selecciona el grupo 5 (Trastornos mentales) (4).

Para el tratamiento de la información se evalúa el nivel exacto de respuesta con el fin de extrapolar al conjunto de la población.

c) Parámetros

Los indicadores obtenidos a partir de los datos proporcionados por los especialistas en Neuropsiquiatría son (6, 7, 8):

1. Tasas de morbilidad asistida por el especialista de Neuropsiquiatría para el grupo de enfermedades mentales, subgrupos y causas específicas, calculadas por edad y sexo y para cada ámbito geográfico. Los intervalos de confianza de las tasas han sido calculados al 95 por 100.

2. Cociente de masculinidad: es el resultado de dividir la tasa de varones por la tasa de hembras, indicando el sexo en que predomina la afección en estudio.

3. Morbilidad proporcional, considerando 100 la tasa total de la morbilidad de trastornos mentales (Grupo 5), asistida por el neuropsiquiatra, se obtiene el porcentaje que significa cada una de las enfermedades mentales respecto a su conjunto.

4. Relación de primeras/segundas visitas para diferentes diagnósticos.

5. Proporción de entidades nosológicas consideradas dentro de esta especialidad que son atendidas por otros especialistas ambulatorios de la Seguridad Social.

RESULTADOS

El nivel de respuesta obtenido a los cuestionarios de morbilidad asistida fueron:

— Alicante tan sólo remitía respuesta en un 30,76 por 100 del total, procedentes además de tres ambu-

litorios de dos ciudades: Orihuela y Alicante capital, dejando al margen la ciudad de Alcoy, Benidorm y Elche.

— En Valencia se obtiene un nivel de respuesta óptimo, 86,95 por 100 con representatividad de las zonas geográficas.

Los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la Seguridad Social en Va-

lencia y Alicante atienden una tasa de morbilidad de 0,94 por 1.000 habitantes y semana en Valencia, y de 1,16 en Alicante.

La distribución de las patologías por ellos asistidas en los grandes grupos de la clasificación C.I.E. se aprecian en la Tabla 1.

TABLA 1
**CONSULTA AMBULATORIA DE NEUROPSIQUIATRIA
SEGURIDAD SOCIAL**

	PROVINCIA DE ALICANTE			PROVINCIA DE VALENCIA		
	N.º abs. muestra	Tasa 10 ³ /sem.	Morb. prop.	N.º abs. muestra	Tasa 10 ³ /sem.	Morb. prop.
Morbilidad total asistida por Neuropsiquiatra	419	1,16	100,0 %	1.711	0,94	100,0 %
Grupo 5						
Enfermedad mental	184	0,50	43,1 %	831	0,45	47,9 %
Grupo 6						
Sist. Nervioso y Org. Sentidos.....	127	0,35	30,2 %	383	0,21	22,3 %
Grupo 7						
Sistema Circulatorio.....	29	0,07	6,9 %	162	0,08	9,5 %
Grupo 13						
Enf. Sist. Músculo-esquelético	20	0,05	4,3 %	94	0,04	4,2 %
Grupo 16						
Signos y Sint. mal definidos	43	0,11	9,5 %	168	0,07	8,5 %
Otros grupos	—	—	6,0 %	—	—	7,6 %

Las principales entidades que demandan asistencia, dentro de las Enfermedades Mentales, son los trastornos neuróticos y las psicosis.

La epilepsia, jaqueca, trastornos del sistema nervioso periférico y la enfermedad de Parkinson, son las patologías con significación en el Grupo de enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos.

La enfermedad del Sistema Circulatorio que reclama la atención del neuropsiquiatra es la enfermedad cerebrovascular.

Dentro de las enfermedades del Sistema Músculo-esquelético, son los enfermos con dorsopatías los que acu-

den a la consulta del neuropsiquiatra.

Entre los Síntomas y Signos mal definidos, destacan los síntomas relacionados con cabeza y cuello y otros síntomas generales.

Los otros grupos carecen de significación, ya que corresponden a enfermedades muy diversas y con un número de casos muy bajo.

Antes de describir el patrón asistencial de morbilidad mental que atiende el neuropsiquiatra, es de interés valorar si hay diferencias estadísticamente significativas entre las dos provincias en estudio, respecto a la morbilidad que atienden en sus

consultas. Para ello, hemos realizado pruebas de significación estadística.

Obteniendo que para el conjunto de la consulta neuropsiquiátrica hay diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=15,04$; $P < 0,05$), fundamentalmente a causa de las enfermedades neurológicas, en las que la probabilidad de demanda de atención especializada es superior en la provincia de Alicante ($\chi^2=25,26$; $P < 0,05$).

Respecto a la probabilidad de atender en Asistencia Especializada trastornos mentales, no existen diferencias estadísticamente significativas en las diversas patologías analizadas, excepto en retraso mental ($\chi^2=10,75$; $P < 0,01$), siendo para este epígrafe la provincia de Alicante la que más demanda asistencia.

Para este análisis hemos valorado conjuntamente trastornos neuróticos (C.I.E. 300) y trastornos depresivos (C.I.E. 311), ya que no existen claros criterios diagnósticos entre estos epígrafes, en las dos provincias, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Enumeradas las enfermedades que atiende el especialista de Neuropsiquiatría, vamos a centrar nuestra atención en los trastornos mentales, ya que es el tema que nos ocupa.

La distribución por edad y sexo de la morbilidad mental que atienden los especialistas, manifiesta que son procesos demandados por la población desde la infancia hasta la vejez, aunque es entre los 45-64 años donde la tasa de morbilidad es más elevada, alcanzando niveles semejantes de afectación en los adultos jóvenes (15-44 años) y en los ancianos (más de 65 años), siendo la tasa en la infancia menor.

Existe una mayor afectación del sexo femenino, con un cociente de masculinidad de 0,60 en Alicante y 0,69 en Valencia. Esta relación de sexos se mantiene en todos los grupos de edad, excepto en la infancia, en la

que hay similitud de casos en Alicante y una preponderancia masculina en Valencia.

La tasa de ENFERMEDADES MENTALES atendidas en los ambulatorios de la Seguridad Social es de 0,50 y de 0,45 por 1.000 habitantes en una semana, en las provincias de Alicante y Valencia, respectivamente, que significa el 43 y 48 por 100 en Alicante y Valencia, de la morbilidad asistida por el neuropsiquiatra. Los límites del intervalo hallados para las tasas de enfermedades mentales atendidas por los especialistas de la Seguridad Social son de 0,44 y 0,59 para la provincia de Alicante y de 0,43 y 0,49 para la provincia de Valencia.

La tasa de morbilidad de PSICOSIS ORGANICA (Subgrupo 1) asistida por el neuropsiquiatra es de 0,04 por 1.000 habitantes en una semana para la provincia de Alicante y de 0,02 para la provincia de Valencia, habiendo obtenido unos intervalos de 0,03-0,06 y de 0,02-0,03, respectivamente.

OTRAS PSICOSIS (C.I.E. 295-299) (Subgrupo 2) obtienen una tasa de morbilidad asistida por los especialistas de la Seguridad Social de 0,04 por 1.000 habitantes/semana en las dos provincias en estudio, presentando unos intervalos de 0,03-0,08 y 0,03-0,05 para las provincias de Alicante y Valencia, respectivamente.

RETRASO MENTAL (C.I.E. 317-319) (Subgrupo 4), a nivel de población general, hallamos unas tasas de morbilidad atendida por el especialista de 0,04 por 1.000 habitantes en una semana en la provincia de Alicante, con un intervalo cuyos límites son 0,02 y 0,06; y con una tasa de morbilidad de 0,01 en la provincia de Valencia, cuyo intervalo varía dentro de los límites 0,01 y 0,02.

Hay bastantes pacientes afectos de este trastorno en que no consta la edad.

No se especifica el grado de retraso mental en los casos detectados.

TABLA 2
PATRON ASISTENCIAL DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA

	PROVINCIA DE VALENCIA				PROVINCIA DE ALICANTE			
	Tasas 10 ³ hab./semanas		Morb. prop. enf. ment.	Tasas 10 ³ hab./semanas		Morb. prop. enf. ment.		
	Hombres	Mujeres		Total	Hombres		Mujeres	Total
Total enfermedades Grupo 5	0,37	0,53	0,45	100,0 %	0,38	0,63	0,50	100,0 %
Trastornos depresivos NCOP (C.I.E. 311)	0,10	0,22	0,15	35,6 %	0,04	0,14	0,09	18,0 %
Trastornos neuróticos (C.I.E. 300)	0,09	0,19	0,14	31,1 %	0,11	0,28	0,20	40,0 %
Psicosis afectivas (C.I.E. 296)	0,01	0,02	0,02	4,4 %	—	0,02	0,01	2,0 %
Sint. y síndromes especiales NCOP (C.I.E. 307) ...	0,04	0,01	0,02	4,4 %	0,02	0,01	0,01	2,0 %
Psicosis orgánica senil y presenil (C.I.E. 290)	0,01	—	0,01	2,2 %	0,03	0,04	0,04	8,0 %
Psicosis esquizofrénica (C.I.E. 295)	0,01	0,01	0,01	2,2 %	0,02	0,02	0,02	4,0 %
Retraso mental (C.I.E. 317-319)	0,01	0,01	0,01	2,2 %	0,03	0,03	0,03	6,0 %
Síndrome dependencia alcohol (C.I.E. 303)	0,01	—	—	—	0,04	—	0,02	4,0 %
Perturbaciones de la conducta NCOP (C.I.E. 312) ..	0,01	—	—	—	0,01	0,01	0,01	2,0 %

TABLA 3

PATRON ASISTENCIAL DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA POR GRUPOS DE EDAD. TASAS 10³ HABITANTES/SEMANA

	PROVINCIA DE VALENCIA						PROVINCIA DE ALICANTE									
	00-14 años		15-44 años		45-64 años		Más 65 años		00-14 años		15-44 años		45-64 años		Más 65 años	
	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)
Total enfermedades Grupo 5	0,08	100,0%	0,50	100,0%	0,67	100,0%	0,44	100,0%	0,15	100,0%	0,49	100,0%	0,68	100,0%	0,53	100,0%
Trastornos neuróticos (C.I.E. 300)	0,01	12,5	0,19	38,0	0,21	31,3	0,11	23,0	0,04	26,7	0,25	51,0	0,30	44,1	0,07	13,2
Trastornos depresivos NCOP (C.I.E. 311)	-	-	0,17	31,0	0,32	47,8	0,15	34,1	-	-	0,07	14,3	0,26	38,2	0,02	3,8
Psicosis esquizofrénica (C.I.E. 295)	-	-	0,02	4,0	0,02	3,0	-	-	-	-	0,05	10,2	-	-	-	-
Psicosis afectivas (C.I.E. 296)	-	-	0,02	4,0	0,03	4,5	0,02	4,6	-	-	0,02	4,1	0,03	4,4	-	-
Síndrome dependencia alcohol (C.I.E. 303)	-	-	0,01	2,0	-	-	-	-	-	-	0,02	4,1	0,05	7,4	0,02	3,8
Sint. y síndromes especiales NCOP (C.I.E. 307) ..	0,04	50,0	0,01	2,0	-	-	0,01	2,3	0,01	6,7	-	-	-	-	0,02	3,8
Retraso mental (C.I.E. 317-319)	-	-	0,01	2,0	-	-	-	-	0,02	13,3	0,01	2,0	-	-	-	-
Perturbaciones de la conducta NCOP (C.I.E. 312) .	0,01	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	2,0	0,01	1,5	-	-
Psicosis orgánica senil y presenil (C.I.E. 290)	-	-	-	-	0,01	1,5	0,06	13,7	-	-	-	-	-	-	0,37	69,8
Psicosis alcohólicas (C.I.E. 291)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	1,5	-	-
Otras psicosis orgánicas (C.I.E. 294)	-	-	-	-	-	-	0,04	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 4

PATRON ASISTENCIAL DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA. DETALLE DE TRASTORNOS NEUROTICOS. TASAS 10³ HABITANTES/SEMANA

	PROVINCIA DE VALENCIA						PROVINCIA DE ALICANTE					
	Estados de ansiedad (C.I.E. 300.0)		Neurosis depresivas (C.I.E. 300.4)		Neurosis histéricas (C.I.E. 300.1)		Estados de ansiedad (C.I.E. 300.0)		Neurosis depresivas (C.I.E. 300.4)		Neurosis histéricas (C.I.E. 300.1)	
	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)	Tasa (%)
15-44 años	0,07	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,05	0,05	0,03	0,03
45-64 años	0,08	0,05	0,05	0,05	0,02	0,02	0,02	0,06	0,06	0,02	0,02	0,02
65 y más años	0,05	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres	0,04	0,01	-	-	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,06	0,04	0,04
Mujeres	0,06	0,05	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,06	0,06	0,04	0,04	0,04
Total	0,05	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,04	0,04	0,02	0,02	0,02

Entre 0,01 y 0,02 por 1.000 habitantes en una semana son diagnosticados por SINTOMAS Y SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (C.I.E. 307), dándose, sobre todo, en la infancia y vejez y mayormente en los varones. Son síntomas tales como tics (C.I.E. 307.2), trastornos característicos del sueño (C.I.E. 307.4), enuresis (C.I.E. 307.6) y psialgia (C.I.E. 307.8).

Presentado el patrón global de morbilidad psiquiátrica atendida por el especialista, es de interés exponer qué diferencias fundamentales se aprecian entre los diagnósticos que afectan a subgrupos específicos de población.

Y así, por sexos (Tabla 2) hallamos diferencias estadísticamente significativas, tanto en la provincia de Alicante ($\chi^2=10,64$; $z=3,28$; $p<0,01$,

como en la provincia de Valencia ($\chi^2=26,20$; $z=5,14$); $p<0,01$, con una mayor probabilidad de atención especializada por trastorno mental para el sexo femenino.

Por grupos de edad observamos que dicho factor "edad" influye en la probabilidad de demanda asistencial especializada con diferencias estadísticamente significativas (Alicante $\chi^2=8,01$; $p<0,05$ y Valencia $\chi^2=187,58$; gl. 3; $p<0,01$).

El patrón asistencial de la atención especializada varía notablemente con la edad (Tabla 3).

Relación de primeras y segundas visitas

Los resultados quedan reflejados en la Tabla 5.

TABLA 5

RELACION DE PRIMERAS Y SEGUNDAS VISITAS

	(%) Primeras	(%) Segundas	Primeras/ Segundas
Total Neuropsiquiatría	37,24	62,76	0,59
Total enfermedades neurológicas (Grupo 6).....	32,49	67,51	0,48
Trastornos mentales (Grupo 5)	36,63	63,37	0,58
Psicosis orgánicas (Subgrupo 1)	34,55	65,45	0,53
Otras psicosis (Subgrupo 2)	25,25	74,75	0,34
Trastornos neurológicos personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (Subgrupo 3)	37,86	62,14	0,61
Detalle trast. neuróticos (C.I.E. 300)	39,94	60,06	0,67
Retraso mental (Subgrupo 4)	42,86	57,14	0,75

Morbilidad psiquiátrica atendida por el neuropsiquiatra y por el resto de especialistas de los ambulatorios de la Seguridad Social

Los trastornos mentales, Grupo 5 de la clasificación C.I.E., son asistidos en la atención especializada am-

bulatoria por el médico neuropsiquiatra mayoritariamente, ya que el 92,4 por 100 en la provincia de Alicante y el 80,8 por 100 en la provincia de Valencia, de los diagnósticos comprendidos en esta agrupación han sido atendidos por estos especialistas.

La proporción restante se distribuye entre diferentes especialidades ambulatorias:

	ALICANTE	VALENCIA
Dermatología.....	0,8	0,8
Digestivo.....	2,0	7,4
Endocrino.....	0,3	0,3
Ginecología.....	0,8	—
O.R.L.....	—	1,2
Pulmón y corazón.....	0,8	5,4
Traumatología.....	0,4	1,1
Urología.....	2,5	3,0

El epígrafe psiquiátrico que reclama mayor demanda asistencial de los especialistas ambulatorios de Seguridad Social es "Trastornos neuróticos" (C.I.E. 300).

DISCUSION

Antes de iniciar la discusión, hemos de tener en cuenta que la muestra obtenida para cada una de las provincias de las que tenemos datos es muy diferente:

— Alicante remitía respuesta en un 30,76 por 100 del total, procedente, además, de dos ciudades: Orihuela y Alicante capital, dejando al margen la ciudad de Alcoy, Benidorm y Elx.

Aún así, existía fundamento matemático para extrapolar resultados, puesto que este porcentaje, con un valor absoluto de diagnósticos neuropsiquiátricos superior a 282, es suficiente para considerar que obtenemos resultados con un margen de error inferior al 5 por 100 y una probabilidad de 0,95 (BERNARDO, J. M. y BASULTO, J., 1978) (9).

Ahora bien, habrá que ser prudente en la interpretación de los resultados por el sesgo que puede conllevar la no inclusión de todas las comarcas de la provincia.

También hemos de observar con precaución las tasas obtenidas en enfer-

medades de muy baja incidencia, ya que casos únicos, al ser extrapolados al conjunto, pueden deformar la realidad.

Otra limitación a tener en cuenta es el hecho de que el trabajo se ha realizado en base a las contestaciones de los facultativos de los casos atendidos por ellos en una semana, por lo que habrá que considerar esta limitación en el tiempo y las variaciones estacionales que pueden darse en otras épocas del año.

— Valencia, por el contrario, presenta una muestra del 86,95 por 100 con representatividad de todas las zonas geográficas.

Al mismo tiempo, dado un mayor tamaño de la población, el número absoluto de la muestra asciende a 1.711 casos, siendo 831 de los diagnósticos del Grupo 5, "Trastornos mentales", lo que favorece un mayor acercamiento a la realidad.

De estas consideraciones podemos concluir que la fiabilidad de los resultados obtenidos para la provincia de Valencia es superior que la obtenida para la provincia de Alicante.

Hemos de valorar estos resultados pasando a comparar la atención especializada en nuestro medio con la frecuencia de esta atención en otros países de los que disponemos información:

La neurosis es la principal causa de demanda asistencial especializada. A efectos comparativos con la literatura, hemos calculado tasas anuales por 1.000 habitantes y hemos agrupado los epígrafes: Neurosis (C.I.E. 300), Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales (C.I.E. 306), Síntomas o síndromes especiales NCOP (C.I.E. 307) y Reacciones ante gran tensión (C.I.E. 308), obteniendo:

	ALICANTE	VALENCIA	R.F.A.
Neurosis (C.I.E. 300)	10,4	7,28	3,98
(306, 307 y 308)	0,52	1,04	

Estos resultados manifiestan una frecuentación de atención especializada en nuestro medio algo superior a la vista en tres condados de la República Federal de Alemania (WEYERER, 1982) (10).

La proporción de psicosis puede ser

comparada con los Estados Unidos (KRAMER, M., 1976) y tres condados de la República Federal de Alemania (WEYERER, S. et al., 1982) (10, 11). Para homogeneizar cifras, expresamos los datos en tasas anuales por 1.000 habitantes:

	ALICANTE	VALENCIA	EE.UU.	R.F.A.
Psicosis orgánica	2,6	1,04	0,37	0,52
Psicosis esquizofrénica	1,04	0,52	1,77	1,14
Psicosis afectiva	0,52	1,04	0,61	2,98
Otras psicosis	0,52	0,52	0,16	

En conjunto, la frecuencia de atención especializada de psicosis, es superior en nuestro medio, aunque observamos que se debe, fundamentalmente, al diagnóstico psicosis orgánica, ya que se invierte el fenómeno respecto a la psicosis esquizofrénica. De todos modos, hemos de considerar que este diagnóstico (esquizofrenia) puede ser subsidiario, mayormente, de otros servicios públicos psiquiátricos, como son las Diputaciones Provinciales, por medio de sus Consultas Externas.

El número de casos asociados al alcoholismo es muy bajo, proporcionando una tasa de frecuentación muy inferior a la obtenida en otros estudios (CASADEBAIG, F. et al., 1980) (12). Hemos de considerar que son las Diputaciones Provinciales (sobre todo en la provincia de Valencia) quienes desarrollan una gran labor de asistencia en este campo.

El retraso mental ocupa un lugar secundario en la demanda asistencial especializada, aunque la tasa de frecuencia anual por 1.000 habitantes

es superior a la hallada en otros países, ya que obtenemos una tasa de 1,56 por 1.000 habitantes/año en la provincia de Alicante, 0,52 en la provincia de Valencia, obteniendo una tasa de 0,37 en EE.UU. (KRAMER, M., 1976) (11) y 0,66 en una investigación realizada sobre tres condados de la República Federal de Alemania (WEYERER, 1982) (10).

Los resultados obtenidos por nosotros no han podido ser contrastados con otros estudios del Estado español a causa de una metodología de presentación de la información muy diferente, lo que hace imposible su comparación. Además, son estudios de una sola consulta o un solo ambulatorio, con muy pocos casos controlados, por lo que no son representativos de áreas geográficas con suficiente entidad.

Relación primeras visitas/segundas

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que casi los dos tercios de las consultas psiquiátricas atendidas

por estos especialistas son visitas de repetición, lo que indica la cronicidad de los procesos que demandan atención especializada. Destacar el mayor porcentaje de segundas visitas, 75 por 100, en las psicosis esquizofrénicas y psicosis afectivas (Subgrupo 2), superior al porcentaje de segundas hallado en los trastornos neuróticos y depresivos. Esta situación, pensamos, viene ligada al hecho de que el médico general, una vez confirmado el diagnóstico de "caso psiquiátrico", asume más fácilmente estos segundos epígrafes que las psicosis.

Morbilidad psiquiátrica atendida por el neuropsiquiatra y por el resto de especialistas en los ambulatorios de la Seguridad Social

A nivel de atención especializada, hemos observado que la mayor proporción de trastornos mentales son tratados por el neuropsiquiatra, pero es de interés observar que una proporción de éstos son diagnosticados por otros especialistas.

No conocemos con exactitud las razones de que este fenómeno acontezca, pero debemos valorar algunas premisas:

a) Una orientación del paciente inadecuada, ya que un proceso que no responde a tratamiento habitual puede ser remitido al especialista del cual presenta sintomatología, cuando en realidad son factores mentales los condicionantes de su manifestación.

b) Pueden ser remitidos a un especialista para descartar patología orgánica ante una sospecha de alteración psíquica.

c) También puede suceder a causa de presión del paciente hacia el médico de Atención Primaria, tanto por su sensación subjetiva de alteración de un sistema, como por su resistencia a ser etiquetado de enfermo mental, exigiendo un diagnóstico de enfermedad física.

Estas sugerencias vienen condiciona-

das por las valoraciones realizadas por GOLDBERG y HUXLEY, en 1980 (13), al plantear los diferentes filtros que influyen en que los pacientes con trastornos mentales accedan directamente a una atención psiquiátrica, ya que como ellos planteaban, la enfermedad mental se manifiesta, en muchas ocasiones, con sintomatología inespecífica de diversos sistemas del organismo. Al mismo tiempo, es considerado que los pacientes con trastornos mentales tienden a ser super-vigilantes con su cuerpo, hallando sintomatología en pequeñas alteraciones del funcionamiento normal del organismo (GOLDBERG y HUXLEY, 1980) (13).

Corroboran estas hipótesis varios hechos:

Los diagnósticos de trastornos mentales realizados en mayor proporción por los especialistas ambulatorios de la Seguridad Social (no neuropsiquiatras) son trastornos neuróticos (C.I.E. 300) y alteraciones funcionales corporales originadas por factores mentales (C.I.E. 306). Igualmente, estos diagnósticos, son realizados por especialistas de diversas materias.

En conjunto, podemos apreciar que los especialistas en Aparato Digestivo, Pulmón y Corazón y Urología, son los que mayormente atienden pacientes mentales.

Estos resultados obligan a plantearse la necesidad de incluir formación psiquiátrica en los programas de formación de estos especialistas.

Otro aspecto que creemos de interés señalar en esta discusión es la remisión de casos psiquiátricos desde Atención Primaria a la Atención Especializada.

Por medio de un estudio de un año de duración, de utilización psiquiátrica del Servicio de Neuropsiquiatría (14, 15) en relación al estudio de patología psiquiátrica asistido en Atención Primaria (16, 17), obtenemos que la re-

misión de casos al especialista variaba considerablemente para cada grupo de edad (33 por 100 en la infancia, 14 por 100 en adultos y 10 por 100 en la vejez) y sexo (17 por 100 varones, 13 por 100 mujeres), al igual que por diagnóstico, observando que las enfermedades que más se remiten son las psicosis, siguiéndole, a mucha distancia, la neurosis. El retraso mental se sitúa en una posición intermedia. Situación muy semejante a la hallada por GOLDBERG y HUXLEY (1980) (13).

CONCLUSIONES

a) Los trastornos neuróticos y los trastornos depresivos suponen más de dos tercios de la asistencia especializada, tanto en la provincia de Alicante como en la provincia de Valencia.

b) Aunque existe una mayor demanda especializada de la mujer es, sin embargo, de interés observar que no se manifiestan notables diferencias en las causas específicas diagnosticadas, excepto en el epígrafe síndrome de dependencia del alcohol que aparece como característico del sexo masculino.

c) Por edad, podríamos resumir que las causas de morbilidad psiquiátrica que suponen más de las tres cuartas partes de la demanda asistencial son:

Edad 0-14 años:

- Síntomas y síndromes especiales NCOP (C.I.E. 307).
- Trastornos neuróticos (C.I.E. 300).
- Perturbación de la conducta (C.I.E. 312).
- Retraso mental (C.I.E. 317-319).

Edad 15-44 años:

- Trastornos neuróticos (C.I.E. 300).
- Trastornos depresivos NCOP (C.I.E. 311).
- Psicosis esquizofrénica (C.I.E. 295).
- Psicosis afectiva (C.I.E. 296).
- Síndrome dependencia (C.I.E. 303).
- Retraso mental (C.I.E. 317-319).

Edad 45-64 años:

- Trastornos depresivos NCOP (C.I.E. 311).
- Trastornos neuróticos (C.I.E. 300).
- Psicosis afectiva (C.I.E. 296).
- Psicosis esquizofrénica (C.I.E. 295).

Edad más de 65 años:

- Trastornos depresivos NCOP (C.I.E. 311).
- Trastornos neuróticos (C.I.E. 300).
- Psicosis senil y presenil (C.I.E. 290).

d) La relación entre primeras/segundas visitas de trastornos mentales en la consulta de Neuropsiquiatría es de 0,58.

e) Son los neuropsiquiatras quienes atienden la mayor parte de los trastornos mentales, pero estos diagnósticos son subsidiarios de otros recursos especializados, fundamentalmente de los especialistas del Aparato Digestivo, Pulmón y Corazón y Urología.

f) Obtenemos un bajo número de casos asociados a alcoholismo por ser las Diputaciones Provinciales quienes desarrollan una labor asistencial en este campo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) O.M.S. (1973): *Métodos de Planificación Sanitaria Nacional*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. "Cuadernos de Salud Pública", núm. 46.
- (2) WHITE, K. L.; ANDERSON, D. O.; KALIMO, E.; KLEZKOWSKI, B. M.; PUROLA, T.; VUKMANOVIC, L. (1977): *Fundamentación y práctica de la planificación y la gestión nacionales de servicios de salud*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. "Cuadernos de Salud Pública", número 67.
- (3) O.M.S. (1983): *Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud: Informe de un Grupo de Estudio de la O.M.S.* Ginebra. "Serie de Informes Técnicos", número 694.
- (4) O.M.S. (1975): *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Vol. I, 836 páginas; Vol. II, 670 páginas.
- (5) ALMENAR ROIG, F. D. y cols. (1985): *Pirámides de población y otros aspectos de demografía sanitaria de la Comunidad Autónoma Valenciana*. Valencia. Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud. 362 páginas.
- (6) ARMIJO ROJAS, R. (1978): *Epidemiología*. Buenos Aires. Inter-médica, 2.ª Ed., Vol. I. 190 páginas.
- (7) FAYAD CAMEL, V. (1974): *Estadística médica y de Salud Pública*. Zaragoza. Ed. Librería Pórtico. 528 páginas.
- (8) PASCUA, M. (1965): *Metodología Bioestadística*. Madrid. Ed. Paz Montalbo. 622 páginas.
- (9) BASULTO, J.; BERNARDO, J. M. (1978): *Análisis Bayesiano de un Proceso Binomial*. "Trabajos de Estadística y de Investigación Operativa". Madrid. Cuaderno 2. Vol. 29.
- (10) WEYERER, S. et al. (1982): *Social Class and Mental Disorders*. "Social Psychiatry", 17, páginas 133-141.
- (11) KRAMER, M. (1976): *Issues in the Development of Statistical and Epidemiological Data for Mental Health Services Research*. "Psychological Medicine", 6, págs. 185-215.
- (12) CASADEBAIG, F.; QUEMADA, N. (1980): *Morbidity Psychiatrique de Secteur Public*. "Social Psychiatry", 15, págs. 193-201.
- (13) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. (1980): *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. 1.ª Ed. New York. Tavistock Publications. 191 páginas.
- (14) ALMENAR ROIG, F. D. y cols. (1987): *Utilización de Servicios en la Especialidad de Psiquiatría, Seguridad Social*. En Prensa.
- (15) ALMENAR ROIG, F. D. y cols. (1987): *Utilización de Servicios de Especialidades Ambulatorias de la Seguridad Social en la Comunidad Valenciana*. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. "Serie Estudios", núm. 15.
- (16) ALMENAR ROIG, F. D. y cols. (1986): *La Morbilidad Psiquiátrica atendida en Asistencia Primaria*. Inédito.
- (17) ALMENAR ROIG, F. D. y cols. (1986): *Utilización de Servicios de Asistencia Primaria en la Seguridad Social en la Comunidad Autónoma Valenciana*. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. 222 páginas.