

# Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica

## Documento del grupo de trabajo sobre registros de casos psiquiátricos

I. PONS I ANTON (1), V. PEDREIRA CRESPO (2), L. LALUCAT I JO (2), M. I. ESPINOSA ESCUDERO (3), J. L. PEDREIRA MASSA (4), M. EGUIAGARAY GARCIA (4), J. M. MARTINEZ RODRIGUEZ (5), I. GAMINDE INDA (6), M. D. APARICIO TELLERIA (7), J. M. ALONSO RAMOS (8), J. R. GOMEZ FERNANDEZ (8), L. F. MARQUEZ GALLEGO (8)

### A. INTRODUCCION

La instauración de procesos de reforma de la atención a la salud mental en diversas comunidades del Estado español, ha sido acompañado del interés por evaluar los efectos de las nuevas estructuras, procedimientos de organización y formas de trabajo. Para ello, se han establecido sistemas de información para obtener los datos que permitan la evaluación dinámica de los objetivos de la reforma, tratando de superar los sistemas de información de carácter puramente administrativo de escaso valor para el análisis asistencial.

La valoración evaluativa reside fundamentalmente en dos ejes, por un lado la comparación temporal interna de los resultados y procesos propios y, por otro lado, la utilización como referente valorativo de los datos obtenidos en experiencias semejantes de otras comunicaciones del Estado y/o de otros países.

Se realizó un primer encuentro en Granada (1985) y el segundo en Santiago de Compostela (1988), en los que se elaboraron las líneas generales de los bloques de datos que debía contener el sistema de información y se valoraron los diversos instrumentos utilizables de acuerdo a los objetivos del sistema. En el segundo encuentro se creó la comisión que ha realizado el presente informe, con el fin de elaborar una propuesta de homologación mínima y de definición de los ítems fundamentales.

El objetivo de estos encuentros ha sido el de contrastar las experiencias existentes y buscar una base común de sistema de información homologable para las distintas Comunidades Autónomas, que dote de operatividad comparativa a los distintos registros.

Nos hallábamos ante el hecho de que con relativa frecuencia, un mismo término más o menos instaurado en la literatura científica y en la práctica evaluativa, respondía a diversos significados, o bien por simple falta de acuerdo o por pertenecer a diferentes ámbitos de objetivos y/o necesidades informativas. Para superar dicha dificultad, que afecta a la comparabilidad, se ha realizado un trabajo de identificación de los objetivos de cada ítem y de aclaración de los términos de su definición a la luz de dichos objetivos.

Se trataba también de intentar cubrir las necesidades informativas, tanto desde el punto de vista de la administración como de los servicios. Para ello era preciso determinar cuales eran los instrumentos adecuados a cada nivel y los segmentos de utilidad compartida de cada instrumento.

Finalmente, si bien reconociendo sus peculiaridades, es un hecho que el modelo que se deriva de la Ley General de Sanidad se basa en la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general, y en consecuencia los sistemas de información deben ser integrables.

En el encuentro de Santiago de diciembre de 1988 se señalaron como requisitos que debía reunir un sistema de información los siguientes:

- Unificación de criterios y definiciones.
- Elaboración de criterios operativos.
- Homologación de instrumentos.
- Una unidad de información estable dotada de un equipo técnico capacitado para el manejo de sistemas de información.
- Estabilidad en cuanto a los instrumentos y continuidad en cuanto a la organización.
- Flexibilidad para adaptarse a los ajustes y modificaciones que surgen de la propia dinámica del proceso.
- Dotado del conocimiento de las características socio-demográficas de la población general atendida.
- Conteniendo el tipo de respuesta del dispositivo a la demanda.
- Que garantice una evaluación continuada de los resultados.

---

(1) Coordinador de la Comisión de Investigación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2) Miembros de la Comisión de Investigación de la AEN. (3) Andalucía. (4) Asturias. (5) Castilla-León. (6) Navarra. (7) País Vasco. (8) Galicia.

Analizados los diversos instrumentos existentes, se consideró que para la planificación y gestión del Registro Acumulativo de Casos es el que mejor responde al conjunto de características que requiere un sistema de información más amplio y dinámico. En este sentido, se recomienda que, en aquellos lugares en los que no se puede llevar a cabo el desarrollo de un registro acumulativo de casos, el sistema de información elegido reúna las características adecuadas para que, en un periodo de tiempo más o menos amplio, y si ello fuera necesario, pueda transformarse en un sistema acumulativo de casos.

Sobre estas bases se ha elaborado el presente documento que no pretende más que ser un punto de partida, un conjunto de recomendaciones para ser adaptadas a las características de cada lugar y de su momento de desarrollo de la reforma. Una vez puesto a prueba, precisa una posterior revisión en común con el fin de ir afinando los niveles de acuerdo debidamente contrastados con la práctica.

La Comisión de Investigación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría agradece la participación en los trabajos de las Administraciones asistentes a los diversos Encuentros (Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Castilla León, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco, Valencia y Diputación de Barcelona) y especialmente al Instituto Andaluz de Salud Mental y la Escuela Andaluza de Salud Pública que acogió el primer Encuentro en Granada y a la Xunta de Galicia que ha patrocinado y cobijado el segundo y tercer Encuentro y las dos reuniones del grupo de trabajo en Santiago de Compostela, así como a la Asociación Galega de Saúde Mental que gracias a su colaboración se celebró la última reunión en la que se llegó a la redacción final de este documento.

## B. SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD MENTAL

### 1. FUENTES Y/O INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACION

Entre los instrumentos más comúnmente utilizados, en función de los distintos objetivos que se desean alcanzar por medio de un sistema de información tanto para la administración y gestión de los servicios como para las necesidades de investigación y evaluación de la actividad clínica de los distintos profesionales, se encuentran los siguientes:

#### 1. Censos

Enumeración de la población que registra normalmente las identidades de todas las personas en cada lugar de residencia, con edad, sexo, ocupación, nivel educativo, información sobre salud como incapacidades.

En el caso de sistemas de información en salud mental hace referencia a la enumeración de los pacientes y sus características en un momento concreto y en uno o varios servicios determinados, como por ejemplo la elaboración de un censo de los pacientes internados en el-los hospital-es psiquiatrico-s.

#### 2. Indicadores asistenciales y administrativos.

Hace referencia a la recogida tradicional de indicadores

de actividad en los servicios de salud, y posteriormente remitidos a la autoridad encargada de valorarlos. Esta unidad central no puede más que valorar los indicadores como tal, sin tener posibilidad de cruzar variables; un ejemplo típico es el de los indicadores de actividad del INSALUD: el centro remite datos sobre un número de pacientes nuevos, número de consultas, tablas de diagnóstico, edad y sexo, pero es prácticamente imposible cruzar esta información, o realizar seguimientos de pacientes.

### 3. Investigación muestral.

Tienen como objetivo el conocimiento de un fenómeno o situación y/o su evolución, mediante el estudio en un momento dado, o en periodos sucesivos de tiempo, de una muestra representativa y, por tanto, extrapolable a una población más amplia.

El diseño del estudio debe satisfacer que el resultado en la muestra sea lo más riguroso posible, el margen de tolerancia en la población lo más estrecho posible y la probabilidad de error, la menor posible.

### 4. Registros

En la epidemiología se aplica este término al fichero de datos de todos los casos y/o sucesos que cumplen unos determinados requisitos en una población definida, de tal manera que los casos y/o sucesos pueden relacionarse con la población de referencia.

En salud mental hay diferentes tipos de registros:

4.1. *Registros de episodios (Sucesos)*: Se registra información sobre episodios definidos previamente, y sobre las personas que los producen. Su principal característica es que se centra en episodios independientemente del número de personas que las producen. (Ejemplos: Registro de Tentativas de Suicidio, Urgencias...).

4.2. *Registro de Casos*. Se caracterizan por estar centrados en los casos (personas) que cumplan los requisitos previamente establecidos. Estos se subdividen a su vez en dos tipos:

4.2.A. *Registros de incidencia*. Se registra información sobre pacientes exclusivamente en contacto, o que inician contacto con uno o unos servicios determinados. En este caso podríamos recoger información sobre la incidencia de la esquizofrenia u otra enfermedad que nos permita ver la evolución temporal de la aparición de nuevos casos en contacto con los servicios determinados. Este es el caso en epidemiología de los registros de cáncer.

4.2.B. *Registros acumulativos de casos (RACs)*. En este caso en particular se registra información tanto de los pacientes en contacto con los servicios como de la actividad que realizan. Es acumulativo, por que va acumulando la infor-

mación de cada paciente en sus diversos contactos con los servicios. Dentro de los RACs podemos encontrar registros específicos que en vez de recoger información sobre toda la población que acude a los servicios se centran en determinados colectivos, que pueden ser etarios (RAC de menores de 16 años), o por diagnósticos (drogodependencias, psicóticos, etc.). Este tipo de registros permiten no sólo analizar datos de la población atendida y su relación con la población de referencia sino que permiten seguir a los pacientes en el tiempo a través de los servicios y elaborar sus tendencias temporales así como observar el efecto de creación de nuevos servicios en el área.

(planificación y coordinación de recursos) como de los equipos asistenciales (investigación y evaluación de la actividad asistencial) se puede agrupar en torno a dos áreas: *estructuras* y *procesos*. En cuanto a la primera tenemos la información concerniente a los elementos que constituyen el marco general y que definen las condiciones del funcionamiento del sistema. Este tipo de información la podemos resumir en el siguiente cuadro:

<b>ESTRUCTURAS</b>
Características Sociodemográficas de la población Recursos humanos, físicos y financieros Políticas sanitarias

2. Informaciones que debe aportar un sistema de información

La información se considera necesaria obtener para satisfacer las necesidades tanto de la administración y gestión

Con respecto a los procesos, es decir a los aspectos dinámicos del funcionamiento, la información la subdividiremos a su vez en tres niveles:

<b>PROCESOS</b>			
<b>PACIENTES</b>	Características Sociodemográficas Incidencia: (*) —Asistencial —Administrativa Prevalencia Morbilidad		
<b>SERVICIOS</b>	<b>AMBULATORIOS</b>	Actividades asistenciales	Frecuencia según: —tipo de consulta —profesional —lugar de consulta —otras variables Primeras consultas Índice de frecuentación <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Consultas/Pacientes Altas Tasa de retención Derivaciones Remitente Seguimiento Retorno Lista de espera
		Act. no directamente asistenciales	Se evalúa según objetivos y realizaciones
	<b>HOSPITALARIOS</b>	Actividades asistenciales	Presión de urgencias Ocupación Rotación Media: altas ingresos estancias Ingresos/reingresos Ingresos/altas
		Act. no directamente asistenciales	Se evalúa según objetivos y realizaciones
<b>DINAMICA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA</b>	Flujos Patrón de utilización de servicios Integración Continuidad de cuidados		

(\*) Por incidencia administrativa entendemos aquellos casos que entran en contacto por primera vez con la red de atención a la salud mental sin considerar si posteriormente son asumidos o no, es decir, que son tomados a cargo por el equipo asistencial, mientras que la incidencia asistencial recogerá solamente los casos asumidos por trastornos psiquiátricos.

### 3. OBTENCION DE DATOS EN SALUD MENTAL

Una vez establecida de un modo orientativo qué información es necesaria recoger, necesitamos conocer el cómo la vamos a obtener. Siguiendo el mismo esquema anterior tenemos la siguiente relación entre áreas de información e instrumentos:

a) **ESTRUCTURAS**, información sociodemográfica, recursos humanos y materiales y estructura organizativa. Esta información se puede obtener mediante los siguientes instrumentos:

1. Censos de población.
2. Registro de personal y servicios.
3. Inventario patrimonial.
4. Estudios puntuales.
5. Otros.

b) **PACIENTES**. Estos datos pueden recogerse por:

1. Archivos de historias clínicas.
2. Estudios muestrales periódicos.
3. Registro de incidencias.
4. Registro acumulativo.
5. Otros.

c) **ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS**. Se puede conocer por:

1. Indicadores asistenciales y administrativos.
2. Estudios puntuales.
3. Registro no acumulativo.
4. Registro acumulativo de casos.
5. Otros.

d) **DINAMICA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA**.

Estos datos se obtienen por medio de:

#### 1. Registro acumulativo de casos

De lo expuesto se puede observar como el registro acumulativo de casos abarca diferentes niveles organizativos de la información, y por tanto, se configura como uno de los instrumentos con más posibilidades para la planificación, investigación y evaluación en salud mental, según las condiciones, los medios y necesidades de cada lugar.

## C. REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIATRICOS: JUSTIFICACION, CARACTERISTICAS Y UTILIDADES

### 1. Definición y características

Un registro acumulativo de casos psiquiátricos es un fichero longitudinal de pacientes y de los contactos que establecen con un conjunto definido de servicios de salud mental en un área geográficamente delimitada.

Sus características son:

- Se centra en los pacientes y no en los sucesos.
- Se basa en una población bien definida y puede compararse con la población del área de referencia.
- La información es longitudinal y acumulable, ya que

contempla el recorrido del paciente a través de los contactos con los servicios y permite el agrupamiento en el tiempo de estos contactos.

—Está orientado a los servicios.

Teniendo en cuenta las anteriores características la puesta en marcha de un RACP requiere las siguientes condiciones:

—Territorialización del área de referencia con una población definida.

—Un conjunto de servicios con responsabilidades en ese área que aporten información al sistema.

—Una estructura técnica-administrativa para la puesta en marcha y mantenimiento.

—Estadísticas de base de la población del área de referencia.

En el ámbito de la planificación, evaluación y atención al paciente sus principales utilidades son:

—Cálculo de tasas, realizar comparaciones y examinar hipótesis.

—Al recoger información de todos los dispositivos relevantes se evitan los sesgos de doble cómputo y centro único, lo que permite la extracción de muestras representativas.

—Al ser acumulativos puede seguirse el recorrido de un individuo a través de los contactos con diferentes servicios, pudiéndose comparar el patrón de los primeros contactos con el de los sucesivos, observar cambios en los patrones a través del tiempo y seguir el efecto de la introducción de nuevos dispositivos.

En cuanto a las limitaciones:

—Al recoger información únicamente de las personas en contacto con los servicios especializados en salud mental no incluye información sobre aquellas personas tratadas en los servicios sanitarios no especializados o que carecen de cualquier tipo de atención sanitaria.

—Otra limitación aparece cuando la población del área presenta una alta movilidad geográfica.

—Por último señalar el coste del mantenimiento de un instrumento de este tipo.

## 2. Materiales y métodos

Un RACP implica la recogida de información que se realiza en los servicios periféricos, una unidad central que recoge, almacena y elabora la explotación en función de las necesidades preestablecidas y finalmente la devolución de esa información ya elaborada a las diferentes instancias, tanto asistenciales como administrativas.

Todo ello exige una uniformidad de criterios que obviamente se ha de reflejar en unos instrumentos estandarizados y consensuados, que deben ir acompañados de un manual que recoja una normativa de cumplimentación.

Los instrumentos de recogida y notificación de la información (protocolos) son de dos tipos:

a) *Sobre pacientes*. Los datos se recogerán una sola vez cuando se produce el primer contacto con los servicios especializados de salud mental. Estos datos comprenderán:

—*Código de Identificación del Usuario*. Será único, personal e intransferible.

- Datos sociodemográficos*: fecha de nacimiento, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, lugar de residencia, siguiendo las indicaciones de censos y padrones que se ajusten a las necesidades de explotación.
- Datos clínicos*: remitente, diagnóstico.

b) *Sobre actividad*. En este apartado se recogerá información de todos los contactos con los dispositivos tanto ambulatorios como hospitalarios. Dadas las distintas características de los niveles asistenciales la información se deberán recoger en modelos de hojas diferenciados.

#### b.1) Nivel ambulatorio

Las principales variables que constituyen la hoja de notificación de actividades son:

\* **ENTRADA AL SISTEMA**. Tipo de consulta

##### 1. Primera consulta

Se define como la primera vez que una persona es atendida en un servicio por un profesional de salud mental, que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de historia y asignación de código. En este momento el caso es notificado.

Como aclaraciones a esta definición el grupo considera lo siguiente:

\* La historia clínica debe considerarse como el archivo de toda la documentación (administrativa, social, médica...) de la que disponga cualquier profesional del dispositivo sobre el paciente.

\* El grupo considera que todo dossier informativo debe ser abierto a nombre del demandante. En caso de la persona/s que demanda/n para un tercero, el dossier se abrirá a nombre del demandante y en el momento que la persona para la que se demanda asistencia sea atendida en el centro se abrirá dossier a su nombre.

Esto último se considera importante por la problemática jurídica que puede derivarse de hacer constar en un documento sanitario un nombre y unos apellidos de una persona que no ha estado en contacto con el centro, haciendo referencia a una determinada patología que no se puede constatar.

##### 2. Consulta sucesiva

Engloba todos los demás contactos del paciente con el centro.

##### 3. Retorno

Se considera como tal:

- Todo contacto de un paciente con un dispositivo cuando hayan transcurrido un mínimo de 6 meses desde un contacto programado al que no acude (abandono).
- Todo contacto de un paciente con un dispositivo cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo retorno es el inicio de un nuevo episodio, lleva parejo la existencia de una salida al sistema. Este constará de un mínimo de contactos para definirse como episodio.

\* **SALIDA DEL SISTEMA**. Siempre se produce por alta, que puede ser:

##### 1. Alta facultativa

Agruparía todas las altas realizadas a instancias o asumidas por el terapeuta, por mejoría, curación u otras causas.

##### 2. Abandono

Cuando la salida del centro es a iniciativa del paciente.

\* No parece oportuno hacer la diferenciación entre alta voluntaria (el paciente notifica al centro su intención de abandonarlo) y abandono (el paciente no lo notifica) puesto que en ambos casos el paciente deja de acudir al centro.

\* Para la explotación de la información sí parece oportuno distinguir entre dos tipos de abandonos:

- En las tres primeras entrevistas en adultos y en las cinco en infanto-juvenil.
- Después de la tercera o de la quinta entrevista, según el caso.

##### 3. Suicidio

##### 4. Fallecimiento

##### 5. Derivación

Parece oportuno diferenciar dos tipos de derivación que nos permiten identificar situaciones distintas:

##### a) Derivación sin seguimiento (es otro tipo de alta)

Se entienden aquellos casos en que la atención al usuario pase a realizarse en otro dispositivo —sea este de salud mental o de cualquier otro tipo dentro del sistema sanitario, o bien sea un dispositivo de un sistema no sanitario estrictamente—, incluye la salida del centro y se acompaña del traslado de responsabilidad a ese otro dispositivo.

Por supuesto, un contacto posterior del paciente con el dispositivo de salud mental que lo derivó debe ser notificado como retorno.

##### b) Derivación con seguimiento (no se considera alta)

En este apartado se contemplan aquellos pacientes en los que, aunque derivados a otro dispositivo, el contacto con el equipo que lo deriva se mantiene, de forma que dicho equipo participa en los cuidados al paciente durante el periodo en que es atendido en el dispositivo al que se deriva.

La vuelta del paciente al centro deberá notificarse como un contacto más.

El grupo considera que en el bloque de salidas del sistema debe completarse únicamente la derivación sin seguimiento, mientras que la derivación con seguimiento debería considerarse como otra actividad más del equipo y no deberá incluirse en el bloque de salidas.

## \* PERMANECIA EN EL SISTEMA

En este bloque se contempla la actividad que desarrolla el equipo. Se considera necesario recoger información sobre el profesional que realiza la actividad, el tipo de cita, el lugar de la consulta, el tipo de consulta y por último el tipo de actividad realizada.

Parece oportuno definir el contacto independientemente de el/los profesionales que intervienen y de la/s actividades que se desarrollen, mientras que el contacto depende de la unidad temporal (día) y de la unidad asistencial (dispositivo). Por tanto, el contacto es la atención que, en un día y en un dispositivo concreto, se le presta a un paciente por uno o varios profesionales que desarrollan una o varias actividades.

a) En relación a los PROFESIONALES deben distinguirse

1. Psiquiatra/médico.
2. Psicólogo.
3. Trabajador social.
4. ATS/DUE.
5. Auxiliar de enfermería.
6. Personal en formación.
7. Otros.

b) En cuanto al TIPO DE CITA

- Programada, si fuese establecida previamente.
- Espontánea, se asimila a demanda urgente.

c) Como LUGAR DE CONSULTA deberán recogerse

- Interna, si se realiza en el propio dispositivo.
- Externa, que englobaría:
  - Domicilio.
  - Institución residencial.
  - Centro de salud (se individualiza por la importancia de conocer la relación de equipos de salud mental con equipos de atención primaria).
  - Otros centros sanitarios.
  - Centros sociales.
  - Centro escolar.
  - Servicios de justicia.
- Telefónica.

d) En lo referente al TIPO DE ACTIVIDAD parece oportuno diferenciar cuatro grandes bloques:

- Acogida de la demanda y recogida de información.
- Actividades de evaluación diagnóstica integral.
- Intervenciones terapéuticas.
- Actividades asistenciales indirectas.

1. *Acogida de la demanda y recogida de información*

2. *Evaluación diagnóstica integral*

Contemplaría o englobaría el conjunto de actividades de exploración, evaluación y diagnóstico dirigidas a la obtención de la información necesaria para el diseño de la intervención asistencial.

Incluirá datos sobre psicodiagnóstico y en general toda información médica, social y familiar sobre el paciente. Pudiendo incluir la consulta terapéutica.

3. *Intervenciones terapéuticas*

En este apartado se englobarían todos los contactos posteriores al proceso de evaluación diagnóstica, ordenados a la consecución de los objetivos del programa terapéutico con técnicas terapéuticas apropiadas e independientemente de la intensidad y duración del proceso y del profesional que lo realiza.

Parece necesario reseñar que un único contacto puede contener una o varias intervenciones, en cuanto a que puede llevarse a cabo varias actividades por distintos profesionales; en este sentido el grupo considera que el conjunto de cuidados que un paciente recibe en un solo día deberían modificarse como un único contacto con la posibilidad de poder codificar varias actividades conjuntamente. Se definen las siguientes intervenciones terapéuticas:

3.1. *Entrevistas. Se distinguen los siguientes tipos:*

- individual
- familiar
- de pareja
- de agentes comunitarios:
  - maestros
  - compañeros de trabajo
  - tutor...

Se define como entrevista las intervenciones puntuales para contactar con pacientes, familiares o agentes sociales relacionados con el paciente, tendentes a la información, asesoramiento y consecución de acuerdos terapéuticos.

3.2. *Psicoterapias. Se distinguen las siguientes:*

- individuales
- familiar
- diádica
- de pareja
- grupal
- de red comunitaria

Se define psicoterapia como aquellos contactos acordados que, en tiempo, lugar y espacio, se realizan periódicamente con utilización de técnicas de carácter psicológico y aceptación expresa del usuario.

3.3 *Otras intervenciones. Pueden consignarse:*

- Intervenciones farmacológicas.
- Cuidados de enfermería.
- Revisiones. Se consideran como tales aquellos contactos que tienen por objeto la valoración y control de la situación general del paciente.
- Intervenciones en crisis. Es toda actuación en cualquier situación que, por la sobrecarga emocional que conlleva, implica o supone un peligro para el equilibrio psíquico del individuo o del grupo.

4. *Actividades asistenciales indirectas:*

Se refiere a aquellas actividades que se desarrollan sin la presencia del paciente pero que siempre se refieren a un paciente concreto asumido por el equipo, (no se contabilizarían para los cálculos de tasa de frecuentación...), en este apartado se contemplarían actividades que se agruparían en tres bloques:

4.1 *Interconsultas y/o intervenciones de enlace.*

Son los contactos con profesionales de otros servicios orientados a la información y coordinación e intervención de ambos en el proceso terapéutico.

- Petición familiar
- Fuga
- Fallecimiento
- Suicidio
- Por orden judicial
- Por traslado

4.2. *Gestiones sociales:*

Se refiere a todas aquellas actividades tendentes a solucionar situaciones problemáticas del entorno social. En este punto parece oportuno aclarar que no toda la actividad del trabajador social se incluirá en este apartado ya que hay actividades que se recogen en bloques anteriores.

- Derivación: Se limitará a los recursos existentes en el área.

4.3. *Elaboración de documentos solicitados*

Se reservaría este apartado para las actividades relacionadas con la elaboración de informes, certificados... que se soliciten al equipo o alguno de los profesionales tanto por parte del propio paciente, de familiares, jueces...

4.4. *Orientación a instituciones y agentes sociales y comunitarios.*

Existe también otro concepto de interés en el registro acumulativo de casos, que se recoge a continuación:

\* *Paciente asumido:*

Se considera que un paciente es asumido por un equipo cuando después de uno o varios contactos se llega a una evaluación diagnóstica y se diseña un plan terapéutico consensuado entre el equipo y el paciente y en su caso su familia.

Si tenemos en cuenta que en algunos casos no existe diagnóstico (p.e. diagnóstico aplazado), operativamente se considera toma a cargo si se superan un mínimo de tres consultas en adultos y cinco en infante-juvenil.

b.2. *NIVEL HOSPITALARIO:* Se incluye en este nivel tanto los hospitales de día como las unidades de hospitalización psiquiátrica.

A. *Admisiones*

- Tipo:
  - Ingreso
  - Reingreso
- Carácter:
  - Programada
  - No programada
- Modalidad:
  - Voluntario
  - Autorizado
  - Por orden
  - Sin autorización/orden
- Remitente

B. *Altas*

- Diagnóstico de alta
- Tipo de alta:
  - Facultativa
  - Petición propia

**D. CONCLUSIONES**

1. El Sistema de Información en salud mental es el instrumento que nos permite conocer el funcionamiento de los distintos dispositivos de forma que nos sirve de base para la toma de decisiones.
2. Es necesario establecer un adecuado sistema de información homologado e informatizado que responda a las necesidades clínico-asistenciales, de planificación y gestión, que permita la comparabilidad, teniendo en cuenta los objetivos y prioridades y que permita el seguimiento longitudinal.
3. Dicho sistema de información debe reunir las siguientes características:
  - Unificación de criterios y definiciones.
  - Elaboración de criterios operativos.
  - Homologación de los instrumentos.
  - Una unidad de información estable dotada de un equipo técnico capacitado para el manejo de sistemas de información en salud mental.
  - Requiere de una estabilidad en cuanto a los instrumentos y de continuidad en cuanto a la organización para que cumpla su función.
  - El sistema de información no es un sistema rígido, en cuanto que parte de una situación dada, sino que tiene que estar dotado de la suficiente flexibilidad para adaptarse a los ajustes y modificaciones que surgen por la propia dinámica del proceso.
  - Conocer las características de la población atendida.
  - Tipo de respuesta del dispositivo a la demanda.
  - Evaluación continuada de los resultados.
4. Dicho sistema de información pudiera ser el registro acumulativo de casos, pues en su concepto y funcionamiento responde al conjunto de las características que se requiere a un sistema de información lo más amplio posible.
5. Aun sabiendo de la complejidad del establecimiento de un registro de casos, se le requiere flexibilidad y un mecanismo ágil de información bidireccional e interactivo.
6. En aquellos lugares en los que no se pueda llevar a cabo el desarrollo de un registro acumulativo de casos, parece recomendable que el sistema de información elegido reúna las características adecuadas para que, en un periodo de tiempo más o menos amplio, y si ello fuera necesario, pueda transformarse en un sistema de registro acumulativo de casos.
7. En el proceso de evaluación el registro debe ofrecernos una información completa, por lo que parece oportu-

- no conocer también el conjunto de las actividades asistenciales indirectas que desarrolla cada dispositivo.
8. Es necesario articular todo este proceso con las adecuaciones técnicas y tecnológicas que el actual sistema de informatización posibilita con sus avances en tiempo y en facilidad de manejo, lo que permite sin duda una ágil articulación entre los dispositivos asistenciales y el órgano donde se centraliza la información.
  9. Se debe garantizar un procedimiento que asegure la confiabilidad a todos sus niveles, conforme a la legislación vigente y en base a los métodos utilizados internacionalmente. Utilizando un código adecuado para el uso y explotación de los datos.
  10. El sistema de información sólo puede llevarse a cabo, para su propio funcionamiento y continuidad, con la plena participación y motivación de los profesionales.
  11. Parece obvio que se continuarán utilizando indicadores sanitarios generales en el campo de la salud mental, pero se constata la necesidad imperiosa de elaborar nuevos indicadores que se adapten más a la realidad de la salud mental.

## E. RECOMENDACIONES

El sistema de información en salud mental debe responder a las necesidades clínico-asistenciales, de planificación y gestión, y debe permitir la comparabilidad y el seguimiento longitudinal teniendo en cuenta los objetivos y prioridades.

Las Comunidades Autónomas que implementen un sistema de información en salud mental deberán desarrollar un registro acumulativo de casos, o al menos, el sistema de información elegido deberá reunir las características adecuadas para que, en un periodo de tiempo más o menos amplio, y si ello fuera necesario, pueda transformarse en un sistema de registro acumulativo de casos.

Deberá aplicarse a los profesionales desde las primeras fases de diseño del sistema de informativo ya que para su propio funcionamiento y continuidad es imprescindible la plena participación y motivación de los profesionales.

Los profesionales de la salud mental, deberán trabajar en el diseño y elaboración de nuevos indicadores en este campo, que se adapten más a la realidad de la salud mental.

## ANEXO I

### Criterios diagnósticos

En este punto el grupo considera que la existencia del DSM-III y del CIE 9 (parece oportuno citar en este apartado el trabajo que la O.M.S. está a punto de finalizar y que supondrá la aparición de la C.I.E. 10) hace que cada Comunidad Autónoma deba consensuar con los profesionales cual de los dos se utiliza en el registro.

Por las indudables dificultades de codificación y de explotación de los diagnósticos cuando se siguen las clasificaciones más utilizadas, el grupo considera oportuno realizar una

propuesta de reagrupación diagnóstica con el objeto de facilitar la explotación de los datos que pudiesen servir tanto a los profesionales que utilizan la DSM III como a los que utilizan CIE 9. Dicha propuesta, aunque muy preliminar y sin más ambición que su utilización para la discusión, se expone a continuación:

1. Trastornos psicóticos, que recogería:
  - 1.1. Psicosis orgánicas.
  - 1.2. Esquizofrenias y estados paranoides.
  - 1.3. Psicosis afectivas.
  - 1.4. Otros
2. Trastornos neuróticos, que recogería:
  - 2.1. Trastornos distímicos.
  - 2.2. Ansiedad.
  - 2.3. Trastornos somatiformes.
  - 2.4. Trastornos de adaptación.
  - 2.5. Otros.
3. Trastornos de personalidad.
4. Alcoholismo y otras drogodependencias, donde aparecerían tres grupos:
  - 4.1. Alcohol.
  - 4.2. Derivados opiáceos.
  - 4.3. Otros
5. Retraso mental.
6. Otros.

Otra propuesta de agrupación diagnóstica podría ser:

1. Esquizofrenia y psicosis paranoides.
2. Psicosis afectivas.
3. Otros trastornos depresivos.
4. Consumo de alcohol y otros tóxicos.
5. Otras neurosis.
6. Demencia.
7. Otros trastornos orgánicos.
8. Trastornos de la personalidad.
9. Retraso mental.
10. Otros.

En este mismo apartado de diagnósticos el grupo considera que en el caso de patología infanto-juvenil, debería seguirse una clasificación multiaxial que permita una correcta identificación de la patología.

## ANEXO II

Existe un grupo de actividades del equipo que no pueden ni deben ser recogidas por el registro, estas actividades serían:  
*Actividades colectivas del equipo asistencial:* son las actividades de todo el equipo que no se centran en un paciente concreto.

El grupo considera que su notificación debería realizarse mediante una memoria anual en la que de forma breve se



relatarán las actividades desarrolladas en cada uno de los siguientes apartados:

1. Organización del equipo.
2. Coordinación con otros equipos.
3. Elaboración y realización de programas.
4. Actividades de formación y docencia.

5. Actividades de investigación

6. Actividades realizadas a demanda de la comunidad.

7. Otras.

Con esta memoria se intentaría describir las actividades realizadas, más que aportar una serie de datos numéricos sobre las mismas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Achembach Th.: Assesment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Ed Sage. Beverly Hill, Londres/Nueva Delhi, 1985.
2. Amado G. Le devenir de 55 cas severesde psychiatrie infantile. *Psychiatrie Infant*, 1967; X,2: 465-537.
3. Nadres Martínez, J. Sistema de información sanitaria un problema de actualidad. *Jano* n.º extra, 1984.
4. A.P.A.: D.S.M. III. Ed Masson. Barcelona/Mexico, 1983.
5. A.P.A.: D.S.M. III. Ed Masson. Barcelona/Mexico, 1988.
6. Brooke EM. Planing for Mental Health statistics basic document. W.H.O. *Statistics Report* vol 28. n.º 2, 1975.
7. Cohen J: Statistical power for the behavioral sciences. Ed Academic Press. Nueva York, 1977
8. Comité Expertos Salud Mental Infanto-juvenil. Informe y recomendaciones. Coordinador Técnico: JL Pedreira Ed Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla-León. Valladolid, 1986.
9. Cox A, Rutter M, Yule B, Quinton A. Bias resulting from missing information: some epidemiological finding. *Br J Prev Soc Med* 1977; 31: 131-136.
10. Dupont A, Videbech Th, Weeke A. Acumulative National Psychiatric Register: its structure and application. *Acta Psychat. Scand.* 1974; 50: 166-173.
11. Earls F. Epidemiology and Child Psyquiatry: Future prospects. *Comprehens Psychiat* 1982; 23: 75-84.
12. Fagin L, Purser H. Desarrollo del Registro psiquiátrico del distrito de Waltham Forest (London) *Revista de la A.E.N.* 1986; VI, 16: 153-158.
13. Feliz M. (Edt). Recent developments in Mental Health and Case Registers. Curaçao (En prensa).
14. García J, Aparicio V. (Edts). Enfermedad mental y comunidad. Ed Principado de Asturias (En prensa).
15. García González J, Aparicio V, Eguigaray M. Modelos asistenciales y patrones de utilización de servicios: el registro de casos psiquiátricos en la evaluación de los cambios en el marco de la reforma psiquiátrica de Asturias. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1988; 62, 2 (mayo-agosto): 1469-1482.
16. Giel R, et al. Childhood Mental Disorders in Primary Health Care: Results of observations in four develloping countries. *Pediatrics*, 1981; 68, 5: 677-683.
17. Giel R, Ten Horn, G.H.H.M. Patterns of mental care en dutch register area. *Soc Psychiatry* 1982; 17: 117-123.
18. Giel R, Ten Horn, G.H.H.M. The use of Psychiaty Case Registers in Public Health. Ed Departamento de Psiquiatría Social. Universidad de Groningen. 1985.
19. Essen Muller E. Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders. *Psychological Medicine* 1971; 1: 308-311
20. Goldberg ID, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. Ed Tavistock. Londres 1980
21. Goldberg ID, Allen G, Rosen BM, Taube CA. Unduplicates counts of persons receeing psychiatric care in Monroe County, N.Y. in 1975. *American Journal of Psychiatry*, 1982; 139, 5: 637-639
22. Gómez Beneyto M, Salzar Fraile J, Peris Bonet, R, Cebrián Luján A, Belenguer Marques MJ. Registro de casos psiquiátricos de Valencia. Diputación Provincial de Valencia. Diputación Provincial de Valencia. Valencia, 1989.
23. Grham Ph. Child Psychiatry in relation to primary health care. *Social Psychiatry* 1982; 17: 109-116.
24. Hayley A, Wing JK. Camberwell Psychiatric Case Register: basic data required for planning. *Social Psychiatry*. 1970; 5, 4: 195-202.
25. Jenicek M. Epidemiology. Ed. Université de Montreal. Montreal, 1985.
26. Jorda Moscardó, E. Epidemiología psiquiátrica en Dinamarca (Instituto de Demografía Psiquiátrica de Arhus). *Revista de la A.E.N.* 1985. V,15: 527-531.
27. Kastrup M. A nation-Wide census of psychiatric outpatient in Denmark. *Acta Psychiatric Scandinavic.* 1980; 61: 245-255.
28. Koves V. Epidemiologie des maladies mentales. *Encycl. Med Chir (París, Francia)*, *Psychiatrie* 1986;17878-A, 9 - 1986: 1-2.
29. Kramer M Applications of Mental Health Statistics. Uses in Mental Health Programmes of Statistic Derived from Psychiatric Services and Selected Vital and Morbidity Records. Ed OMS Ginebra. 1964.
30. Lebovici S, Soule M, Diatikine R. *Traite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tomo III. Ed PUF París 1985; pp 475-602.
31. Lopez-Ibor, Alinño. JJ. et al. El sistema AMDP: Manual para la documentación de hallazgos psiquiátricos de la A.M.D.P. Ed Garci SA. Madrid 1980.
32. Malt VF, Torgersen S, Dahl AA. Clinical experiences with the DSM-III system of classification. *Acta Psyquiat Scand* 1986; 73, 328: 57-83.
33. Marinoni A, et al. Lomest psiquiatric case register: the statistical context required for planning *Act Psychiat Scand* 1983; 67: 109-171.
34. May AR. Mental health services in Europe: A review of data collected in response to a OMS quuestionnaire. *Offset n.º 23* Ed OMS Ginebra 1976.
35. Mc Lachlan G. Information system for health services. *Public Health services in Europe*, n.º 13. Ed OMS. Copenague 1980.
36. Mises R, Jeammet Ph. Classification française des troubles mental de l'enfant et del'adolescent. *Psychiat Infant*, 1988; XXXI. 1. 67-134.
37. Muñoz PE. Epidemiología y asistencia psiquiátrica: la identificación de necesidades. *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 1981; 9, 4: 283-302.
38. Nicol AR. Longitudinal studies in child psychology and psichiaty. Ed John Wiley and Sons Lts Chichester, 1985.
39. OMS. Chronic diseases. *Public Health lin Europe* n.º 2 Ed OMS, Copenague 1973.
40. OMS. Health statistics. *Europe rapports and studies* n.º2 Ed OMS Copenague
41. OMS. Trastornos mentales: Glasrio y guía para su clasificación según la 9.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Ed OMS Washington, 1980.
42. OMS. First-contact Mental Health Care. *Europe Reports and Studies* 92. Ed OMS Copenague 1984.
43. OMS. Proyecto CIE-10 (Borrador del Grupo de Discusión)
44. OMS. Mental healt services in pilot study areas. Ed OMS Copenague. 1987.
45. Ozamiz JA. Corrientes de investigación en Psiquiatría Social y Teorías Sociológicas. *Psiquis*, 1982; 3: 186-189.
46. Pedreira Massa JL. Análisis de la demanda de salud mental infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, 1988.
47. Pichot P, Berner P, Wolf R, Thav K (Edts). *Epidemiology and Community Psichiatriy*. vol 7 de *Psychatry: the state of the art*. Ed Plenun Press, Nueva York/Londres 1985.
48. Reid W.H., Wise M.G. DSM-III-R training guide. Ed Brunner/Mazel Publishers Nueva York, 1989.
49. Reunión Investigadores para Extender el Cuidado de la Salud Mental. Uso de registro de caso en países en vía de desarrollo. VI Reunión de Investigadores. OMS Ginebra 1981.
50. Roghman KJ, Zastowny Th. The increasing number of chidren using psychiatric services: Analysis of acumulative psychiatric case registers. *Pediatrics* 1982; 70: 5.
51. Rutter M, Shaffer D, Shppher M. Classification multiaxiale del trotroubles psichiatriques de l'enfant. Ed OMS Ginebra 1975.

52. Salvia D da: Orígenes, características y evolución de la reforma psiquiátrica italiana. *Revista de la A.E.N.* 1986; VI, 16: 69-85.
53. Sand EA, Baro F. *Facterures Psychosocianx et santé.* Ed Universidad de Bruselas, Bruselas 1985.
54. San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. *Epidemiología: Teoría, investigación, práctica.* Ed Díaz de Santos. Madrid 1986.
55. Seculi E, et al. Situación actual y perspectivas de la información sanitaria en el ambiente sistencial. II Jornadas de Economía de la Salud. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1982.
56. Sheperd M, Buche EM, Cooper JE, Lin T. An experimental approach to psychiatric diagnostic. *Act Psychiat Scand Suppl* 201, 1968; 44, I. 89.
57. Spiel M. Some critica comments on the problems of classification adolescent neuropsychiatry. En Pichot et al. (Eds): *Psychiatry: The state of art* Vol 5 Ed Plenum Press. Nueva York/Londres. 1985; pp 1-7.
58. Taller Nacional sobre Planificación y Organización de Servicios Integrados en Salud Mental. Conclusiones. *Revista de la A.E.N.* 1985; V, 15: 532-533.
59. Tansella M (Comp). *L'approccio epidemiologico in psichiatria.* Ed Baringieri Torino 1985.
60. Ten Horn, G.H.M.M., Wouters JL, Brug A. *De geestelijke gerondheidsror voor kinderen tot en met 12 jaar.* *Fijdschrift voor Psychiatrie*, 1985; 27,2: 128-138.
61. Ten Horn, G.H.M.M., Giel R, Gulbinat WH, Henderson JH. *Psychiatric Case Registers and Public Health: A Worlwide inventory 1960-1985.* Ed. Elsevier, Amsterdam/Nueva York, 1986.
62. Ten Horn, G.H.M.M., Pedreira JL. *Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juveniles.* *Revista de la A.E.N.* 1988; VII, 26: 373-390.
63. Wing JK, Bebbington P, Rubin LN. What is a case? The problems of definition in psychiatric community surveys. Ed. Grant McIntyre. Londres 1981
64. Wing JK, et al. *Evaluation a community psychiatric service: Camberwell Register 1964-1971.* University Oxford Press Oxford, 1972.
65. Torre E, Marinoni A. Register Studies: data from four areas in northern Italy. *Act Psychiat Scand Suppl* 71, 1985; 316: 87-95.
66. Tsung-Yi Lin; Standley CC. *La place de l'epidemiologie en psychiatrie.* *Cahiers Sante Publisque.* Ed OMS Ginebra 1963.
67. Vazquez-Barquero JL, Manrique JF, Peña Martín C. *La evaluación en salud mental.* *Revista de la A.E.N.* 1986; VI, 14: 521-534.
68. Verhulst FC. *Mental Health in Dutch Children.* Ed Department of Child Psychiatry, Academic Hospital Sophia Children's Hospital. Rotterdam. 1984.
69. Williams J, Spitzer RL, Skodol AE. DSM-III in residency training: results of a national survey. *Am J Psychiatry* 1985; 142, 6: 755-758.
70. Wing JK (Ed) *Health Services Planning and Research. Contributions from Psychiatric Case Registers.* Gaskell, London 1989.
71. Wing L, Bramley CH, Hailey A, Wing JK. *Camberwell acumulative classification of psychiatric symptoms.* Ed Cambridge University Press. Cambridge 1968.
72. Zimmermann-Tansella Ch, Burti L, Faccincani C, Garzotto N, Siciliani O, Tansella M. *Bringing into action the psychiatric reform in South-Verona: A fine year experience.* *Act Psychiat Scand Suppl* 1985; 316: 71-87.
73. Seva A (Ed). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health.* Ed Anthropos Zaragoza (en prensa)