

A. García

Jefe de Servicio. Instituto Pere Mata

Correspondencia:

A. García Siso
Instituto Pere Mata
Ctra. del Instituto Pere Mata
43206 Reus (Tarragona)

Factores extraclínicos que influyen
en la elección de los tratamientos
realizados en salud mental
Infanto-Juvenil

*Non clinical factors and their
influence in the selection of
treatments of childhood-adolescent
mental health*

RESUMEN

Objetivo, Material y Método

Estudiamos la influencia de factores extraclínicos en el Plan Terapéutico de los pacientes tratados por Salud mental infanto-juvenil.

La calidad asistencial se analiza a través de 1.741 casos tratados en 1.996 en los Centros de salud mental infanto-juvenil de las comarcas de Tarragona, comprobando que el tipo de tratamiento elegido se ve influido decisivamente por parámetros no clínicos: a) parámetros de gestión, como la población de residencia del paciente, la dotación profesional, la distribución territorial de las antenas.

Resultados

La población: Con pacientes de medio urbano o en las poblaciones que disponen de Centro de salud mental, la calidad del tratamiento es mejor (más específica y más frecuente).

Dotación profesional: El disponer proporcionalmente de más horas de profesional mejora la calidad del tratamiento.

La descentralización comarcal, permite que la demanda de tratamiento sea homogénea.

PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial. Salud mental infanto-juvenil.
Epidemiología clínica.

SUMMARY

We study the influence on non-clinical factors in the Therapy Planning of the patients cared for childhood-Adolescent Mental Health Service (CAMHS). The quality-care is analyzed with 1.741 cases treated in 1.996 by the CAMHS of Tarragona province. It is proved that the selected therapy is influenced decisively by the non-clinical factors:

Population: The urban-patients or any other residents who have CAMHS, receive a better Therapy Planning. Professional resources, receive a better Therapy Planning.

KEY WORDS

Quality care. Childhood-Adolescent Mental Health. Clinic epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La revisión de las publicaciones sobre Calidad Asistencial en psiquiatría, nos indica que éste es un tema de interés creciente en los últimos cinco años y que las referencias a Calidad Asistencial en psiquiatría infanto-juvenil, son escasas. Vale la pena repasar dichas publicaciones, para observar cómo se orienta el problema de la Calidad Asistencial en la psiquiatría en general.

La Calidad Asistencial será la consecuencia de las acciones de aquellos dispositivos que conllevan que una persona enferma, en nuestro caso debido a un trastorno mental infanto-juvenil, logre los mayores beneficios posibles de salud, para lo que es imprescindible la referencia al contexto socio-antropológico, político y económico en el que se desarrollan dichas prácticas. Para ello, se han de tener en cuenta los factores que detallamos objetivados mediante parámetros científicos que califiquen y cuantifiquen todos los agentes intervinientes, incluyendo entre ellos la experiencia y vivencia de los usuarios.

Los factores de Calidad Asistencial o Calidad de Cuidados, han de poder ordenarse respecto de tres grandes ejes, aquéllos que se consideran básicos, por influyentes, en dicha Calidad Asistencial:

1.- Las *Características de la Población*: Los datos Sociodemográficos reveladores del individuo y del contexto en el que vive el usuario, junto a los Factores de riesgo y protección que dicho entorno aporta al ciudadano, componen uno de los elementos que influyen en la calidad de cuidados.

2.- Las *Técnicas Terapéuticas*: La calidad de la asistencia, en última instancia, dependerá de la adecuación entre la correcta identificación del trastorno mental y las técnicas terapéuticas empleadas. Podemos distinguir entre Técnicas terapéuticas directas o Clínicas, y Técnicas indirectas sobre Factores de riesgo, que implican la coordinación con otros profesionales, por ejemplo, de Educación, Servicios Sociales, Justicia... que han de intervenir para procurar una mejoría en los factores de riesgo.

3.- Los *Factores de Gestión*: La Organización del Equipo, influye decisivamente en el desarrollo de sus funciones y por tanto en la calidad asistencial. El conocimiento y gestión de los costos es determinante en los otros factores. El análisis de resultados o auditorías sobre la calidad asistencial es una herramienta imprescindible.

Estos tres grandes ejes definen lo que es calidad asistencial de manera independiente, pero no podemos olvidar que los factores de cada eje interactúan entre sí y, los distintos ejes entre ellos.

Podemos reagrupar los factores que influyen en la calidad asistencial, en Factores Clínicos y Factores Extraclínicos; serán éstos últimos de los que nos ocuparemos en esta investigación.

El medidor más simple de calidad asistencial en salud general es la Mortalidad²⁴, aunque tan sólo sea válido para comparar organizaciones asistenciales que se ocupen de algunas enfermedades cuyo curso natural sea la muerte.

Características de la Población

LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La pertenencia de un paciente a una determinada población, etnia, inmigración, nivel económico..., es decir, formar parte de un perfil social ó rasgo antropológico peculiar, puede ser determinante en el tipo y calidad de cuidados. Así se observó²⁵ en USA que, a los pacientes psiquiátricos afroamericanos se les administraba, para iguales condiciones de trastorno, más proporción de tratamientos farmacológicos. Los tratamientos psiquiátricos en medio rural, fueron distintos de los realizados en medio urbano, para las mismas enfermedades, aunque los autores²⁶ de esta investigación consideran en su análisis, que la calidad asistencial era semejante aunque con estilo diferente.

LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL ENTORNO

Es de importancia el capítulo referido a la identificación de factores de riesgo, que en buena medida son consecuencia del contexto sociodemográfico que define al paciente, puesto que los factores de riesgo del entorno influyen decisivamente en la salud mental, y muy especialmente en la del niño. Así, la Escala de Bethlem²⁷ sirve para analizar la calidad de cuidados entre madre e hijo. Cuando el niño está criado fuera del hogar por personas que no son sus padres, su salud mental depende²⁸ de la calidad de los cuidados y de las características personales del niño (edad, temperamento...).

Las Técnicas Terapéuticas

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DIRECTAS O CLÍNICAS

Una de las formas de mejorar la calidad asistencial es mejorando las técnicas terapéutico-clínicas, mediante la

106

Especificación o Especialización del tratamiento, previa una clara definición del problema clínico (que implica su diagnóstico); esto se manifiesta en los casos de doble patología: Salud mental/Toxicomanía³ o Trastorno psiquiátrico/Retraso mental¹, en que se demuestra la mejoría lograda, con la formación profesional y organización específica, en calidad y costos.

Mejorar la precisión *diagnóstica*, repercute en una mejora del tratamiento clínico y por tanto en la calidad asistencial. Así, un mejor diagnóstico, como por ejemplo, el detectar la presencia (4-40%) de delirium en los enfermos oncológicos³⁷ condiciona el tratamiento, los protocolos mejoran el tratamiento³³, para ello se ha de cuidar el no excederse en el número de contraproducentes⁴⁸, aunque han de realizarse las necesarias para asegurar la especificidad del tratamiento respecto del diagnóstico³². Se ve necesario el análisis de eficacia de las diferentes técnicas terapéuticas para incorporarlas como criterios de calidad. Además del acoplamiento diagnóstico-tratamiento, se recomienda la monitorización de dichos tratamientos, en el uso de psicoterapia²⁷ o de psicofármacos, por ejemplo midiendo los niveles plasmáticos⁴⁹, controlando los efectos adversos⁹ o recomendando²² p.ej. la utilización del ordenador con voz interactiva, para realizar la pasación de encuestas clínicas evaluativas de los efectos de los psicofármacos en ensayo clínico, viéndose su eficacia al evitar la influencia observada en la pasación que realiza el clínico, lo que indirectamente nos habla de la interacción entre tratamientos.

Un capítulo importante en los estudios de calidad asistencial, se refieren a la necesidad de realizar *tratamientos integrados*, debido a los conocimientos crecientes sobre los trastornos mentales y su interdisciplinariedad. La definición²³ de un proyecto institucional integrador de los distintos tratamientos pediátricos y psiquiátricos en psiquiatría de enlace, es el fundamento de los mejores cuidados. Tratamientos integrados complejos exigen diagnósticos integrados^{30, 33, 35, 37}, demostrándose¹⁴ que la realización del diagnóstico en 5 dimensiones, mejora la eficacia y eficiencia del tratamiento también polidimensional. Ejemplos de recomendación de tratamiento interdisciplinario en psiquiatría, se refieren a la depresión en la mujer^{4, 16}, donde la detección precoz y el tratamiento adecuado mejora la eficiencia, o en el campo de las demencias⁴⁶. La integración de tratamientos a veces implica la coordinación con Asistencia primaria⁴⁰ o con Equipos psicopedagógicos⁴⁵, especialmente en salud mental infanto-juvenil.

TÉCNICAS INDIRECTAS SOBRE FACTORES DE RIESGO

El tratamiento o la mejoría de la salud mental, además de atender a las terapéuticas clínicas y a su integración, han de lograr, en caso necesario, la coordinación con técnicas no-clínicas, y muy especialmente tendrán en cuenta la identificación de factores de riesgo y protección del entorno, para poder actuar sobre ellos, directa o indirectamente, es decir, mediante la coordinación con otros dispositivos.

Algunos autores² se refieren a la calidad de cuidados, analizando la relación madre-hijo, a tener en cuenta por los terapeutas de salud mental, en tanto que la primera dispensadora de cuidados es la madre; este ejemplo abre el campo de la importancia de los factores de riesgo del entorno en salud mental infanto-juvenil.

La calidad asistencial tiene que ver con las personas que la realizan, interesando tanto la formación científica profesional^{37, 38}, como la formación actitudinal^{34, 47}; este aspecto actitudinal de los profesionales a veces se refleja en las encuestas realizadas a usuarios^{47, 26}.

Factores de Gestión

LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO

Una manera principal de mejorar la calidad asistencial en salud mental, consiste en que el propio equipo se organice con el conocimiento de los costos. Así, resulta adecuado incentivar la calidad-coste^{31, 5} de manera que el proceso de reducción de costos vaya emparejado a un análisis de control de alternativas clínicas claras, puesto que, de no ser así, se ha demostrado^{31, 35} que se produce un descenso de la calidad. Diferentes formas de organización de los recursos producen distintos efectos en la calidad asistencial, así, la Psiquiatría de enlace mejora¹⁵ la calidad asistencial de los pacientes hospitalizados. También se ha encontrado¹³ que al implementar los instrumentos asistenciales de screening de las urgencias en salud mental Infanto-juvenil, es decir, al mejorar la calidad de esta asistencia, crecieron el número de urgencias respecto a etapas anteriores, pero también disminuyeron las hospitalizaciones. En Alemania se ha comprobado¹² que la calidad asistencial en salud mental mejora con la diversidad organizativa, tanto respecto de los profesionales como en las tipologías de los servicios y módulos. La organización del equipo, su profesionalidad⁸ influye mucho en la calidad. Un análisis⁶ de la organización funcional del equipo, consistió en comprobar que la calidad asistencial mejoraba,

en función de las horas que el staff dedicaba a discutir estrategias y programas en un área determinada.

GESTIÓN DE LOS COSTOS

La monitorización de los efectos en eficacia y eficiencia, que producen determinadas modificaciones organizativas, se hace imprescindible. Así, los cambios en las leyes fiscales⁴⁴ de California no produjeron los ahorros esperados. La mejora en calidad asistencial mediante una mayor continuidad de cuidados, no se acompañó⁴⁶ de mayor eficiencia, pues se encareció proporcionalmente más que los logros en eficacia clínica.

AUDITORÍAS SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y COSTOS, EFICIENCIA

El control de la calidad asistencial, ha de realizarse, principalmente, desde la perspectiva técnica de las intervenciones, su eficacia, y desde la opinión del paciente, su satisfacción; el costo se tendrá en cuenta respecto de los análisis de proveedores y de usuarios. Una auditoría completa incluirá⁷ los módulos referidos a pacientes, proveedores y contratadores, o como mínimo, ha de tener en cuenta los análisis realizados³⁷ por el staff y por el cliente. Algunos⁴³ añaden a estos módulos de auditoría, la necesidad de conocer el grado de satisfacción de los profesionales, cuyos trabajos han llevado a la descripción del síndrome del "quemado (burn out)", mientras otros²⁶ insisten en la satisfacción del usuario.

En los procesos de desinstitucionalización de pacientes de hospitales psiquiátricos, se recomienda¹⁰ el análisis de satisfacción del paciente respecto de su ubicación hospitalaria o comunitaria. Otra medida propuesta para medir la calidad asistencial¹¹ desde el punto de vista del usuario, es la proporcionada por los cuestionarios de Calidad de vida. En este sentido se destaca^{37, 38, 42}, como manera de respetar al paciente, la necesidad de examinar en los procesos de externamiento hospitalario, la calidad de vida. La calidad de vida no tiene por qué estar correlacionada positivamente con la calidad de cuidados, así³⁰, unas mejoras importantes en calidad de cuidados psicogeriatricos, se vió que estaban dirigidos a aquellos pacientes con menor calidad de vida y mayor dependencia.

Justificación

Para que un paciente pueda recibir el tratamiento de mejor calidad, ¿acaso no influye tanto el que el profesional esté capacitado para desarrollar una técnica terapéuti-

ca específica (su eficacia), como el que dicha técnica sea efectivamente aplicada (su efectividad)? Aplicar una determinada técnica de tratamiento, depende además de variables no estrictamente clínicas, tal como las poblaciones o de gestión.

En un trabajo previo a éste, se concluía que la formación del profesional se hacía efectiva en la relación terapéutica, porque pacientes de diferentes grupos diagnósticos, recibían tratamientos específicos significativamente distintos. Sin embargo, nada sospechábamos sobre que, un mismo profesional, según que desarrollara su actividad profesional ubicado en uno u otro centro asistencial, la especificidad, lo que sólo podía depender de factores extraclínicos.

Objetivos

El propósito es demostrar la influencia de los factores poblacionales y de gestión en el Plan Terapéutico Individual (P. T. I.) o Tratamiento que recibe un paciente del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ). Veré cómo se modifican los parámetros terapéuticos en función de los factores poblacionales y de gestión en la provincia de Tarragona.

PARÁMETROS TERAPÉUTICOS

- 1.- Especificidad de las técnicas terapéuticas.
- 2.- Intensidad o frecuencia en sesiones de tratamiento.

FACTORES DE GESTIÓN Y POBLACIÓN

Se vera si la *especificidad* y la *intensidad* del tratamiento dependen de factores no clínicos, tales como:

- 1.- **Tamaño poblacional** de residencia del usuario.
- 2.- **Distancia** desde la residencia del usuario al CSMIJ.
- 3.- **Dotación asistencial** del CSMIJ.

La efectividad terapéutica, es decir, la aplicación práctica de los planes terapéuticos en un territorio, depende tanto de la capacitación o saber profesional, como de factores extraclínicos. Las hipótesis para demostrar la influencia de los factores extraclínicos, serán:

HIPÓTESIS

H1.- El tamaño población influye en la detección de caso clínico, si modifica la Incidencia clínica anual.

H2.- El tamaño poblacional influye en el PTI, si modifica la especificidad y/o intensidad del tratamiento.

H3.- El tener o no CSMIJ en la población de residencia del paciente influye en el PTI (especificidad y/o intensidad).

H4.- La disponibilidad del terapeuta o dotación de horas asistenciales influye en el PTI, si hace variar la especificidad y/o la intensidad de los tratamientos.

MÉTODO

Sujetos

Estudiaremos toda la población clínica atendida por los CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil) durante el año 1.996, que son 1.742 niños y adolescentes de todas las comarcas de la provincia de Tarragona, cuyas Antenas de CSMIJ se distribuyen en las cabezas de comarca de cuya población son referentes: CSMIJ-Tarragona (Tarragonés y Baix Penedés), CSMIJ-Valls (Alt Camp y Conca de Barberá), CSMIJ-Reus (Baix Camp y Priorat), CSMIJ-Mora (Ribera d'Ebre), CSMIJ-Tortosa (Baix Ebre) y CSMIJ-Ampostá (Montsiá y Terra Alta).

Método

Para contrastar cada una de las hipótesis utilizaremos el paquete informático spss/pc, mediante las pruebas estadísticas adecuadas a las variables cualitativas y cuantitativas que estudiamos. Nos serviremos en las cualitativas de Ji-cuadrado y el Coeficiente de contingencia. En las cuantitativas, usaremos la técnica estadística "ONE-WAY" para el análisis de la varianza, y el método Scheffé de comparación entre grupos, en tanto que los tamaños de los mismos son diferentes.

Adelanto que ya se han realizado las pruebas (Cochrans C. y Bartlett-Box F.) que nos permiten aceptar las distintas muestras que utilizamos para los cálculos de oneway, demostrándose que cumplen los supuestos de homocedasticidad, condición necesaria para el uso de dicha prueba.

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Estudio de la influencia de la población

Reagrupamos todas poblaciones de la provincia de Tarragona, de la siguiente manera:

- 1- Poblaciones menores de 4.000h. (150.000 hab.)
- 2- Poblaciones entre 4.000-9.000h. (75.000 hab.)
- 3- Poblaciones entre 10.000-30.000h. (125.000 hab.)
- 4- Poblaciones entre 80.000-110.000h (200.000 hab.)

Factores extraclínicos que influyen en la elección de los tratamientos realizados en salud mental Infanto-juvenil

a) INCIDENCIA CLÍNICA Y POBLACIÓN

Los resultados nos indican que: No hay diferencias significativas entre las distintas poblaciones en cuanto al diagnóstico de los pacientes que acuden al Centro por primera vez como caso nuevo (Diagnóstico principal, complementario o de comorbilidad, y de Factores de riesgo). Tampoco en cuanto a edad y sexo. Este resultado nos indica que, el tipo de Incidencia clínica que tenemos, es semejante en todas las poblaciones, sean éstas rurales, semirurales, semiurbanas o urbanas. La población no está influyendo en el acceso inicial al CSMIJ, aunque como veremos el tipo de tratamiento empleado será diferente según la población. Las características de la demanda clínica en los diferentes territorios de la provincia, son semejantes (se cumple H1).

b) PROCEDENCIA Y POBLACIÓN

Existen algunas diferencias en cuanto a quién nos deriva los casos, esto es, a su Procedencia en relación con la Población:

Interpretación:

Globalmente los derivantes principales por orden son:

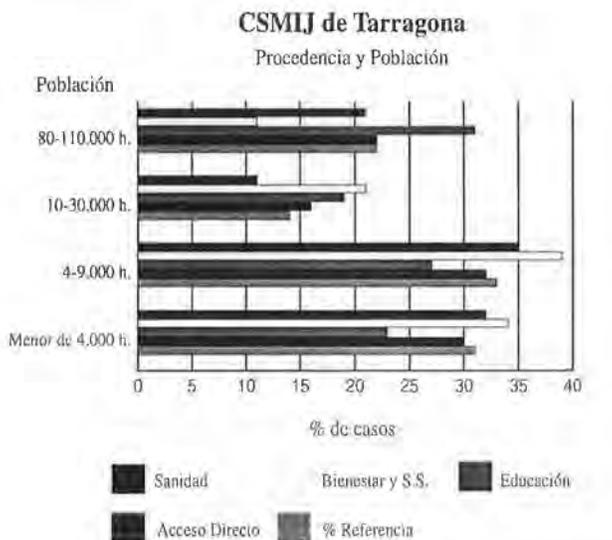


Figura 1. Procedencia y tamaño poblacional

Sanitaria > Directa > Educativa > Servicios Sociales.

Cuanto menores son las poblaciones, el derivante principal es la Asistencia Primaria Sanitaria, y en las concentraciones urbanas de población, destaca en cifras relativas Educación, siendo las poblaciones intermedias en las que educación y Servicios sociales destacan relativamente como altos derivantes.

Estos resultados juzgarían adecuada la aceptación de derivantes diversos y no sólo sanitarios, para poder recoger la demanda real, puesto que así la incidencia clínica de las diferentes poblaciones es semejante.

¿Influye el tamaño de la población en el tratamiento?

a) ESPECIFICIDAD DEL TRATAMIENTO Y POBLACIÓN

Hay diferencias significativas, pero poco asociadas.

Se puede destacar la comparación entre la población más Rural (P1) y la más Urbana (P4).

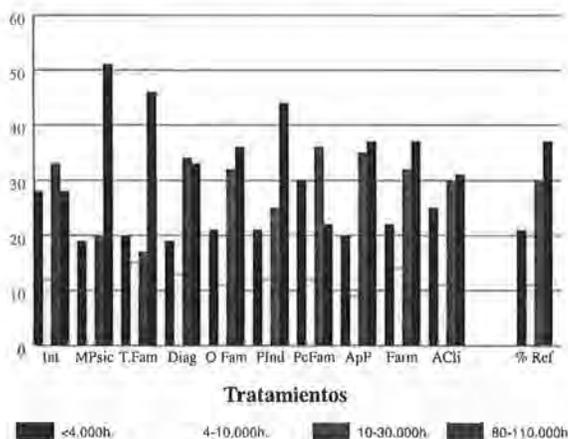
En Urbano se da: Bajo: Interconsulta, Diagnóstico y altas. Alto: Métodos psicológicos, Psicoterapia Familiar, Psicoterapia Individual.

Interpretación:

Vemos que los tratamientos de mayor calidad (Met. Psicol, T. Familiar, Psic. Ind.) se dan en mayor proporción a pacientes urbanos. Como vemos a continuación, estos tratamientos se acompañan de mayor número de intervenciones.

b) INTENSIDAD O FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO Y POBLACIÓN

**CSMIJ de Tarragona
 Población y Tratamiento**



1ºs. casos de 1996 (toda la provincia) Chi2 p=0.0000 CC=0.1520

Figura 2. Tratamiento y tamaño poblacional

En Rural se da: Bajo: Método psicológico, Psicoterapia Familiar, Psicoterapia Individual, Psicoterapia de apoyo, Diagnóstico. Alto: Interconsulta y altas.

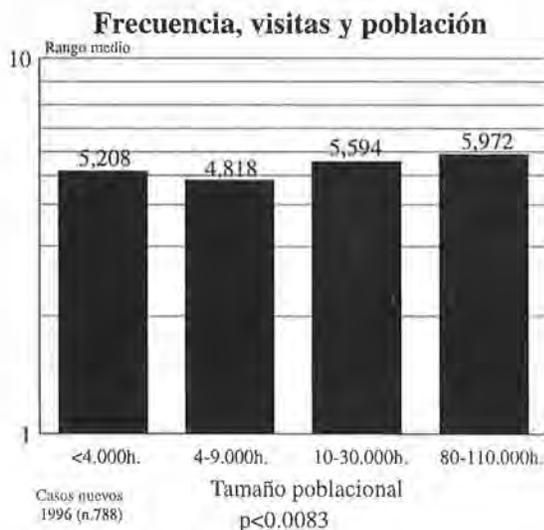


Figura 3. Nº de Visitas y Población

Interpretación:

El **Tamaño Poblacional** influye significativamente en el **Número de Visitas** recibidas al cabo del año, diferenciando a las poblaciones urbanas (Grp 3-4) de las rurales (1-2). Estas diferencias se marcan especialmente en el mayor nº de visitas que se dan en la población urbana (80-110.000h.: Reus y Tarragona) respecto de la población semi-rural (4-9.000h) Así se demuestra H2.

Accesibilidad asistencial y tratamiento

PROXIMIDAD DEL CSMIJ Y TIPO DE TRATAMIENTO

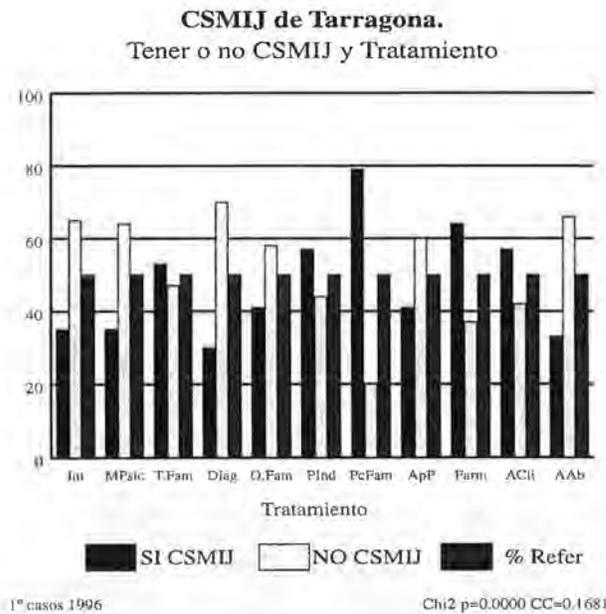


Figura 4. Tener/No tener CSMIJ en la población y Tipo de tratamiento

Se comparan poblaciones similares en habitantes, que se distinguen por disponer o no de CSMIJ. Las poblaciones que no tienen Antena, su CSMIJ se encuentra entre 10 y 30 Km. (Vilaseca-Salou/Vendrell).

Si existen CSMIJ en la Población, Bajan: Interconsulta, Met. Psic, Diag., O/E. Fam., Psic. Apoyo, abandonos.

Si no existen CSMIJ en la Población, Bajan: T. Familiar, Psic. Ind., T. Farmac., alta clínica.

Interpretación:

El disponer de CSMIJ en la población de residencia, trae como consecuencia una mejor calidad asistencial, entendida por tal un mayor uso de técnicas de psicoterapia individual y familiar, mientras que si no se dispone de CSMIJ, predomina el trabajo diagnóstico, la interconsulta y el apoyo terapéutico al paciente y a la familia. Así se demuestra H3.

Dotación de personal y tipo de tratamiento.

a) DOTACIÓN MAYOR (CSMIJ REUS) VERSUS DOTACIÓN MENOR (CSMIJ TARRAGONA) Y TIPO DE TRATAMIENTO

Comparamos dos poblaciones, Reus y Tarragona, semejantes por su tamaño urbano, por tener CSMIJ, por tener un desarrollo similar de la asistencia primaria de salud, educativa y de servicios sociales, así como los mismos niveles de incidencia clínica, diferenciándose únicamente por la proporción de recursos de que dispone el CSMIJ de una y otra ciudad.

La dotación relativa de profesionales es mayor en Reus, si comparamos el cociente resultante de dividir, el número de horas de profesional por el número de primeras visitas.

Efectivamente, los tipos de tratamiento se diferencian significativamente.

En Tarragona (menor dotación) se realizan más Interconsultas, Orientación Familiar, Psicoterapia de apoyo, T. Farmacológico, produciéndose también más altas clínicas y abandonos que en Reus.

En Reus (mayor dotación) se configuran tratamientos más especializados (destacan el T. Familiar y la Psicoterapia Individual) y menos orientados al apoyo.

A mayor dotación asistencial, mayor calidad de los tratamientos.

Volvamos a confirmar este hallazgo empírico, comparando Tarragona y Valls.

CSMIJ de Tarragona. Dotación. Reus-Tarragona y Tratamiento

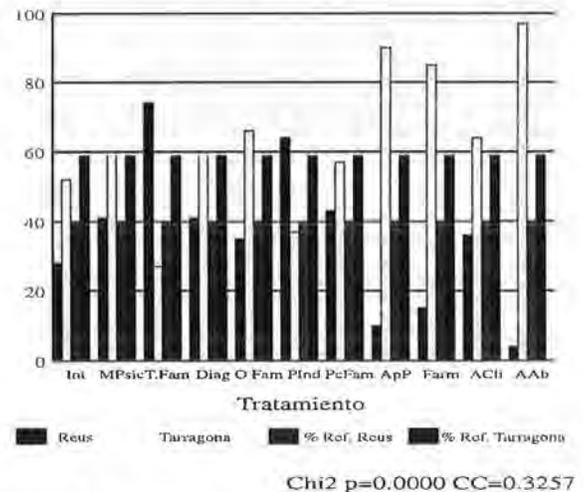


Figura 5. Tarragona - Reus y Tipo de tratamiento

Entre Tarragona y Valls diremos que en cuanto a dotación profesional hay un 35-40% más en Tarragona que en Valls (calculando el cociente entre nº de horas de profesional y primeras visitas). En cuanto a la Especificidad del tratamiento en Valls encontramos: Menos proporción de: Métodos psicológicos, T. Familiares, Diagnóstico, O/E. Familiar y Psic. Individual. Y más, Psic. Apoyo, T. Farmacológico y altas clínicas. En Valls parecen propiciarse tratamientos dirigidos a procesos muy restringidos. Los profesionales de ambos CSMIJ son los mismos, lo que elimina la influencia de esta variable.

Veamos de confirmar de nuevo este hallazgo, al comparar Reus y Tortosa.

b) DOTACIÓN MAYOR (CSMIJ REUS) VERSUS DOTACIÓN MENOR (CSMIJ TORTOSA) Y TIPO DE TRATAMIENTO

La misma comparación efectuada entre Reus y Tarragona, la realizamos y por las mismas razones, entre Reus y Tortosa, siendo que la diferencia de dotación es de las más marcadas de entre todas las antenas, a favor de Reus, resultando muy significativas las diferencias de tratamientos efectuados en cada uno de los CSMIJ. $p=0.0000$ $CC=0.3818$. Obsérvese la alta asociación existente entre cada CSMIJ y el tipo de tratamiento empleado.

En Tortosa destacan significativamente aquellas visitas de tratamientos contenedores o de soporte, propios de CSMIJ con dotaciones inferiores de personal. Predominando: Interconsultas, Diagnóstico, Orientación Familiar, Psicoterapia de apoyo y T. Farmacológico.

Y todavía una vez más miraremos de confirmar esta hipótesis, al comparar Reus y Mora, valorando que la dotación profesional de Mora, es de un 50% mayor que en Reus (horas de profesional / Primeras visitas), y la Especificidad del tratamiento resulta según lo esperado: En Mora aumenta el Tratamiento Familiar y la Psic. Individual, y disminuyen, O/E. Familiar, Psic. Apoyo, T. Farmacológico. $p=0.0000$ $CC=0.2389$.

Podemos concluir que, los tratamientos contenedores predominan, tanto cuando el terapeuta dispone de menos tiempo, como cuando la accesibilidad del paciente es menor (razones de tipo de población y proximidad del CSMIJ; las poblaciones pequeñas suelen estar más alejadas de los CSMIJ).

Así se demuestra H4.

CONCLUSIONES

Inicialmente diremos que los resultados estadísticos que encontramos, responden al sentido común de los clínicos.

La población

1.- El tamaño poblacional no influye en el abanico diagnóstico que constituye la incidencia clínica anual en nuestro sistema asistencial, seguramente por ser descentralizado, aunque el detector y derivante de los casos tiene un peso diferente según la población. La recepción de casos desde derivantes diversos (Sanitarios, Educativos, Sociales) parece favorecer la detección de la demanda real, que resulta homogénea en los diferentes territorios.

2.- El tamaño poblacional influye en el tipo de tratamiento, de modo que con pacientes del medio urbano se realizan tratamientos de mayor calidad (tipo de tratamiento y frecuencia) que con los del medio rural. Esto parece deberse a que la accesibilidad del paciente del medio rural es inferior a la del urbano.

3.- En poblaciones de tamaño semejante, el tener CSMIJ en la población determina la realización de tratamientos de mayor calidad.

Consecuencia:

Tener en cuenta las características de la población a atender es un factor determinante en la accesibilidad

CSMIJ de Tarragona. Dotación.
 Reus-Tortosa y Tratamiento

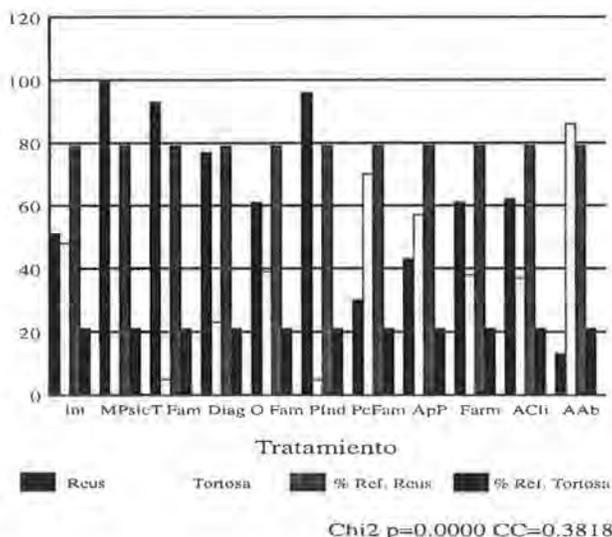


Figura 6. Reus/Tortosa y Tipo de tratamiento

112

de los pacientes y, por ello, en la configuración del PTI (es decir en la especificidad y frecuencia del tratamiento).

Dotación

4.- Al comparar dos poblaciones urbanas semejantes, ambas con CSMIJ y diferenciadas porque disponen de dotaciones distintas de profesionales, se demuestra que aquellos CSMIJ infradotados realizan tratamientos de menor calidad.

Consideración final:

La calidad terapéutica es mejor cuanto más cerca esté el dispositivo asistencial del lugar de residencia del paciente, así como del número de horas disponibles para la atención de parte del profesional. Siendo de la mayor importancia el mantener encuentros con los derivantes. Si en este momento se incrementase la dotación profesional, quedaría asegurada la calidad asistencial, pues seguiría desarrollándose en la línea demostrada al analizar los factores poblacionales y de gestión, y su influencia en las decisiones y efectividad terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouras-N; Szymanski-L. "Services for people with mental retardation and psychiatric disorders: US-UK comparative overview". *INT-J-SOC-PSYCHIATRY*. 43/1 (64-71) 1997
2. Leach-P. "Anna Freud Centenary Lecture. Attachment: Facing the professional demands of today's research findings". *J-CHILD-PSYCHOT-HER*. 23/1 (5-23) 1997
3. Beinecke-RH; Shepard-DS; Goodman-M; Rivera-M "Assesment of the Massachusetts medicaid managed behavioral health program: Year three" *ADM-POLICY-MENT-HEALTH*. 24/3 (205-220) 1997
4. Szewczyk-M; Chennault-SA. "Depression and related disorders". *PRIM-CARE-CLIN-OFF-PRACT*. 24/1 (83-101) 1997
5. Burke-MJ. "Clinicoeconomics in geropsychiatry". *PSYCHIATR-CLIN-NORTH-AM*. 20/1 (219-240) 1997
6. Cardona-P; Tappen-RM; Terrill-M; Acosta-M; Eusebe-MI. "Nursing staff time allocation in long-term care: a work sampling study". *J-NURS-ADM*. 27/2 (28-36) 1997
7. Smith-GR Jr; Rost-KM; Fischer-EP; Burnam-MA; Burns-BJ. "Assesing the effectiveness of mental health care in routine clinical practice: Characteristics, development, and uses of patient outcomes modules". *EVAL-HEALTH-PROF*. 20/1 (65-80) 1997
8. Enskar-K; Carlsson-M; Golsater-M; Hamrén-E. "Symptom distress and life situation in adolescents with cancer". *CANCER-NURS*. 20/1 (23-33) 1997
9. Cosentino-M; Leoni-O; Rispoli-L; Pellegrini-C; Finavera-L; Lechini-S; Frigo-G. "A 1-year study of drug prescriptions and adverse drug reactions in psychiatric hospital practice". *PHARMACOEPIDEMIOL-DRUG-SAF*. 5/6 (377-384) 1996
10. Coker-M; Sharp-J; Powell-H; Cinelli-P; French-M; Colley-Ogden-T Sr. "Implementation of total quality management after reconfiguration of services on a general hospital unit". *PSYCHIATR-SERV*. 48/2 (231-236) 1997
11. Fullerton-S; Gitnik-G. "Health-related quality of life, patient outcome, and managed care: The road ahead". *SCAND-J-GASTROENTEROL-SUPPL*. 31/221 (39-41) 1996

12. Kuhnert-S, Schnabel-E. "Present personnel situation and qualification demands in care". *Z-GERONTOL-GERIATR*. 29/6 (411-417) 1996
13. Nicholson-J; Younrg-SD; Simon-L, Bateman-A; Fisher-WH. "Impact of Medicaid managed care on child and adolescent emergency mental health screening in Massachusetts". *PSYCHIATR-SERV*. 47/12 (1344-1350) 1996
14. Nieder-J. "Pre- and post in-patient treatment services". *PSYCHIATR-PRAX*. 23/6 (275-278) 1996
15. Creed-F. "Developments in liaison psychiatry". *CURR-OPIN-PSYCHIATRY*. 9/6 (433-438) 1996
16. Martin-P. "Economic burden of depressive disorders: A review". *ENCEPHALE*. 22/5 (321-330) 1996
17. Van-Schrojenstein-Lantman-de-Valk-HMJ; Haveman-MJ; Crebolder-HFJM. "Comorbidity in people with Down's syndrome: A criteria-based analysis". *J-INTELLECT-DISABIL-RES*. 40/5 (385-399) 1996
18. Conwell-Y. "Outcomes of depression". *AM-J-GERTR-PSYCHIATRY*. 4/4 SUPPL. (S34-S44) 1996
19. Geroldi-C; Frisoni-GB, Zanetti-O, Bianchetti-A; Trabucchi-M. "A day hospital for cognitive disorders: Experience of the first year of activity". *INT-J-GERTR-PSYCHIATRY*. 11/10 (895-899) 1996
20. Challiner-Y; Julious-S; Watson-R; Philp-I. "Quality of care, quality of life and the relationship between them. In long-term care institutions for the elderly". *INT-J-GERIATR-PSYCHIATRY*. 11/10 (883-888) 1996
21. Katon-W; Robinson-P; Von-Korff-M; Lin-E; Bush-T; Ludman-E; Simon-G; Walker-E. "A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care". *ARCH-GEN-PSYCHIATRY*. 53/10 (924-932) 1996
22. Kobak-KA; Greist-JH; Jefferson-JW; Katzelnick-DJ. "Computer-administered clinical rating scales". *PSYCHOPHARMACOLOGY*. 127/4 (291-301) 1996
23. Matot-J-P; De-Buck-C. "Liaison child psychiatry and efficient enough institution". *NEUROPSYCHIATR-ENFANCE-ADOLESC*. 44/8 (331-336) 1996
24. Strauss-D; Eymann-RK; Grossman-HJ. "Predictors of mortality in children with severe mental retardation: The effect of placement". *AM-J-PUBLIC-HEALTH*. 86/10 (1422-1429) 1996
25. Bachrach-LL. "The state of the state mental hospital in 1996". *PSYCHIATR-SERV*. 47/10 (1071-1078) 1996
26. Leimkhuler-AM; Muller-U. "Patient satisfaction - Artefact or social fact?". *NERVENARZT*. 67/9 (765-773) 1996
27. Borenstein-DB. "Does managed care permit appropriate use of psychotherapy?". *PSYCHIATR-SERV*. 47/9 (971-974) 1996
28. Lamb-ME. "Effects of nonparental child care on child development: An update". *CAN-J-PSYCHIATRY*. 41/6 (330-342) 1996
29. Stocky-AJ; Tonge-BJ; Nunn-RJ. "The reliability and validity of the Bethlem mother-infant interaction scale". *BR-J-PSYCHIATRY*. 169/JULY SUPP. 1 (27-29) 1996
30. Sciaccia-K; Thompson-CM. "Program development and integrated treatment across systems for dual diagnosis: Mental illness, drug addiction, and alcoholism (MIDAA)". *J-MENT-HEALTH-ADM*. 23/3 (288-297) 1996
31. Beinecke-RH; Callahan-JJ Jr.; Shepard-DS; Cavanaugh-DA; Larson-MJ. "The Massachusetts Mental Health/Substance Abuse managed care program: The providers' view". *ADM-POLICY-MENT-HEALTH*. 23/5 (379-391) 1996
32. Perkins-RE; Fisher-NR. "Beyond mere existencia: The auditing of care plans". *J-MENT-HEALTH*. 5/3 (275-286) 1996
33. Lamdan-RM; Ramchandani-D; Schindler-B. "Constant observation in a medical-surgical setting: The role of consultation-liaison psychiatry". *PSYCHOSOMATICS*. 37/4 (368-373) 1996.
34. Vernooij-Dassen-MJFJ; Persoon-JMG; Felling-AJA. "Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons". *SOC-SCI-MED*. 43/1 (41-49) 1996
35. Segal-SP; Watson-MA; Akutsu-PD. "Quality of care and use of less restrictive alternatives in the psychiatric emergency service". *PSYCHIATR-SERV*. 47/6 (623-627) 1996
36. Lawrie-A; Serfaty-M; Smith-C. "Should the on-call psychiatrist be residential?". *PSYCHIATR-BULL*. 20/1 (12-14) 1996
37. Shepherd-G; Muijen-M; Dean-R; Cooney-M. "Residential care in hospital and in the community - Quality of care and quality of life". *BR-J-PSYCHIATR*. 168/APR. (448-456) 1996
38. Dilks-SLE; Shattock-L. "Does community residence mean more community contact for people with severe, long-term psychiatric disabilities?". *BR-J-CLIN-PSYCHOL*. 35/2 (183-192) 1996
39. Frank-RG; Huskamp-HA. "Shaping national policy: Delegation and decentralization of mental health care". *CURR-OPIN-PSYCHIATRY*. 9/2 (171-174) 1996.
40. Swartz-KL; Clark-MR. "Psychiatry and general medicine". *CURR-OPIN-PSYCHIATRY*. 9/2 (162-166) 1996
41. Barker-DA; Shergill-SS; Higginson-I; Orrell-MW. "Patients' views towards care received from psychiatrists". *BR-J-PSYCHIATRY*. 168/MAY (641-646) 1996
42. Saraceno-B; Barbui-C; Bedoni-A; Civeniti-G; Frattura-L. "Evaluation of dehospitalization policies of the former psychiatric hospitals of Regione Lombardia. QUALYOP study results. I: Structural resources, organizational procedures and activities". *EPIDEMIOLOG-PSYCHIATR-SOC*. 5/1 (59-71) 1996
43. Brown-GF; Chamberlin-GD. "Attitudes toward quality, costs, and physician centrality in healthcare teams". *J-INTERPROF-CARE*. 10/1 (63-72) 1996
44. Masland-MC. "The political development of 'Program Realignment': California's 1991 mental health care reform". *J-MENT-HEALTH-ADM*. 23/2 (170-179) 1996
45. Nickels-MW; McIntyre-JS. "A model for psychiatric services in primary care settings". *PSYCHIATR-SERV*. 47/5 (522-526) 1996
46. Hoft-B, Paulus-HJ. "Guidelines for integrative care of demented redi-

- dents of geriatric care centers". *Z-GERONTOL-GERIATR.* 29/2 (150-158) 1996
47. Visser- AP; Kerkhof-AJFM; Van-Maldegem-W; Seinen-A. "Satisfaction of suicide attempters with the treatment on psychiatric wards of general hospitals: A comparison with other patients". *TJDSCHR-PSYCHIATR.* 38/4 (279-290) 1996
48. Jeevaratnam-DR; Menon-DK. "Survey of intensive care of severely head injured patients in the United Kingdom". *BR-MED-J.* 312/7036 (944-947) 1996
49. Dorevitch-A; Perl-E. "The impact of clinical pharmacy intervention in a psychiatric hospital". *J-CLIN-PHARM-THER.* 21/1 (45-48) 1996
50. McCullough-JP; Kornstein-SG; McCullough-JP; Belyea-Caldwell-S; Kaye-AL; Roberts-WC; Plybon-JK; Kraus-LD. "Differential diagnosis of chronic depressive disorders". *PSYCHIATR-CLIN-NORTH-AM.* 19/1 (55-70) 1996
51. Segal-SP; Bola-JR; Watson-MA. "Race, quality of care, and antipsychotic prescribing practices in psychiatric emergency services". *PSYCHIATR-SERV.* 47/3 (282-286) 1996
52. Pelonero-AL; Elliott-RL; Barber-JW; Best-A. "Physician caseloads at public mental hospitals". *AM-J-PSYCHIATRY.* 153/3 (429-431) 1996
53. Wickizer-TM; Lessler-D; Travis-KM. "Controlling inpatient psychiatric utilization through managed care". *AM-J-PSYCHIATRY.* 153/3 (339-345) 1996
54. Middleton-HC; Regueria-MF; Bramley-M. "Formal needs assessment in practice: An application of the MRC Needs for Psychiatric care Assessment Schedule". *J-MENT-HEALTH.* 5/1 (65-75) 1996
55. Wattis-JP; Fairbairn-A. "Towards a consensus on continuing care for older adults with psychiatric disorder: Report of a meeting on 27 March 1995 at the Royal College of Psychiatrists". *INT-J-GERATR-PSYCHIATRY.* 11/2 (163-174) 1996
56. Bickman-L. "Implications of a children's mental health managed care demonstration evaluation". *J-MENT-HEALTH-ADM.* 23/1 (107-117) 1996
57. Reich-MG; Razavi-D. "Delirium in oncology". *BULL-CANCER.* 83/2 (115-128) 1996
58. Kahana-C; Suckey-JC; Ishler-KJ. "Predictors of attitudes toward three target groups of elderly persons: The well, the physically ill, and patients with Alzheimer's disease". *J-AGING-HEALTH.* 8/1 (27-53) 1996