

Demanda asistencial infantil en un Consultorio de Neuropsiquiatría

F.M. Espín Jaime

Algeciras

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar unos datos referidos a la demanda de asistencia para niños en un Consultorio de Neuropsiquiatría del ISM de Algeciras. Considerando el contingente total de consultas efectuadas durante un periodo de 3 meses, se separa el grupo formado por niños de 6 a 11 años, lo que representa el 25,86% del total de personas asistidas.

Se desglosan aquellos niños que han sido llevados a la consulta a estas edades, separando los varones de las hembras, las edades más frecuentes para cada uno, y por otro lado aquellos para los que se solicitó asistencia en edades inferiores y han continuado en tratamiento.

La muestra se corresponde con niños procedentes de un nivel socioeconómico y cultural medio-bajo, siendo el grado de escolarización el que va de asistente a guardería a alumno/a de EGB.

Se comenta la existencia de patología psiquiátrica en el ámbito familiar, especificándose los motivos de consulta alegados, relativos a los síntomas que presentan, para llegar a unas conclusiones diagnósticas tras las exploraciones correspondientes.

Tras criticar el enfoque descriptivo de los estudios epidemiológicos se señala la necesidad de realizar investigaciones en esta materia en el ámbito analítico y experimental (siguiendo lo señalado por el Profesor Ruiz Ogarra), a fin de que nos ayuden a identificar causas, factores de riesgo, evolución, etc.

Palabras clave: Epidemiología psiquiátrica. Demanda asistencial. Optimización.

INTRODUCCIÓN

La meta última de la epidemiología psiquiátrica en la infancia es la prevención, debido a la importancia de este periodo en la adquisición de aprendizajes y en el desarrollo afectivo y relacional del sujeto; en la esperanza de que al detectar los posibles factores de riesgo, la intervención sobre ellos podría reducir la incidencia de trastornos y contribuir a la salud mental de los futuros adultos.

De ahí la importancia de realizar estudios epidemiológicos no sólo descriptivos sino también analíticos y experimentales.

Sin embargo, y aun a pesar de la necesidad de realizar estos estudios epidemiológicos so-

bre todo en la población infantil, nos encontramos con que éstos son insuficientes y además presentan aumentados y multiplicados los habituales problemas de tipo teórico y metodológico propios de la epidemiología psiquiátrica en general (ausencia de un lenguaje común en la definición de «caso», de criterios diagnósticos y de clasificación de los trastornos, la falta de instrumentos de diagnóstico estandarizados, aceptados, válidos y específicos, etc.).

En este trabajo se realiza la recopilación, conteo y análisis de unos datos referidos a la demanda de asistencia psiquiátrica para niños en una consulta del Instituto Social de la Marina.

Consideramos que, siendo la población infantil un sector subsidiario de nuestra atención como trabajadores de la salud mental, resulta de interés una detención por nuestra parte en el estudio de las solicitudes remitidas, con la finalidad de que, desde un conocimiento más exhaustivo del carácter y cualidad de la demanda, poder incidir sobre ella, optimizándola.

En este sentido se determina la cuantía de dicha demanda, su relación con la totalidad de las demandas de asistencia en Salud Mental y su distribución según diversos aspectos que consideramos de interés (sexo, edad, síntoma de la demanda, diagnósticos, etc.).

METODOLOGÍA

De la demanda recibida en el Consultorio de Neuropsiquiatría del Instituto Social de la Marina se seleccionaron desde enero a marzo, ambos inclusive, todas aquellas pertenecientes a menores de once años inclusive, en los que se ha llegado a un diagnóstico psiquiátrico.

Es, pues, toda la población infantil que demanda asistencia psiquiátrica en nuestro Consultorio durante un periodo de tres meses, la que se especifica como objeto de nuestro análisis.

Una vez determinada la muestra se obtienen una serie de datos que se elaboran en tablas de frecuencia y porcentajes.

Los diagnósticos se realizaron sobre los criterios del DSM-III-R.

RESULTADOS

Proporción de la demanda

De un total de 232 peticiones de asistencia realizadas en el Consultorio de Neuropsiquiatría, 41 correspondieron a pacientes de 11 años que requirieron asistencia psiquiátrica, lo que supone un 17,67% del total de la demanda asistencial.

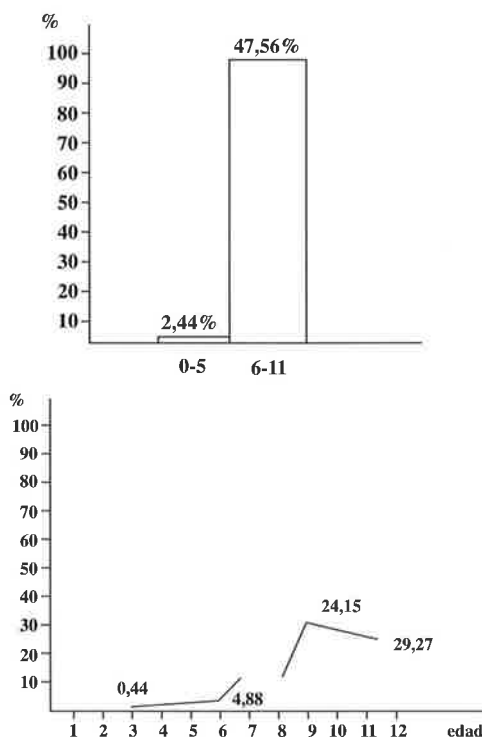
Distribución por sexos

Los casos pertenecientes al grupo de niños y niñas son 31 y 10 respectivamente, lo que supone una mayor demanda de varones (75,61%) que de hembras (24,39%).

Distribución por edades

La mayoría de la demanda asistencial se realiza en el periodo de 6 a 11 años y sólo en un caso ésta se efectúa antes (a los 3 años, caso que se corresponde con un trastorno profundo del desarrollo). La edad media es de 8,85, presentándose la mayoría de las veces con 9 y 11 años.

Gráficos 1 y 2. Distribución por edades



Procedencia de la demanda

Este Servicio proporciona asistencia sanitaria a toda la población que vive del mar, asegurados y sus familias, en sus diferentes variantes (marinos mercantes, pescadores, portuarios, navieros, vigilantes, camareros, etc.) y comprende a las poblaciones de Algeciras, Tarifa y Los Barrios, así como a sus pedanías.

El 65,85% de la demanda corresponde a Algeciras, el 24,39% a Tarifa y el 7,52% a Palmones. Estas cifras de demanda corresponden a las proporciones de población que suponen cada uno de los núcleos. Hay un pequeño porcentaje que requiere asistencia pero no está englobado en el distrito y que procede de otros pueblos, fundamentalmente La Línea.

Situación socioeconómica familiar

La situación socioeconómica de estas familias, de las que los niños forman parte, es de nivel medio-bajo con importantes deficiencias de formación, lo que se traduce en un bajo nivel cultural.

Extensión de las familias

Los pacientes que consultan proceden de familias con 4 hijos de media. El mayor porcentaje pertenece a familias de 3 a 6 hermanos.

Fuentes de remisión

Son los médicos de cabecera y pediatras los que hacen una primera detección de los problemas psiquiátricos y los remiten en un 65,85% de los casos; representando la iniciativa familiar la segunda fuente de remisión (17,07%). El resto de los pacientes son enviados bien por el profesor o por el hospital en un 9,76, 7,32% respectivamente.

Estos resultados, no obstante, pueden sufrir una importante distorsión ya que el mecanismo administrativo del servicio, aunque siempre hay excepciones, prácticamente obliga a pasar previamente por los médicos de cabecera, haciéndose difícilmente diferenciable los que vienen de otras fuentes pero se presentan remitidos por su médico de cabecera.

Carácter de la asistencia

La mayoría de los niños remitidos, 87,81%, asisten por primera vez a la consulta y sólo en

5 casos, 12,19%, han recibido atención psiquiátrica con anterioridad. En ningún caso ésta tuvo carácter de urgencia.

Escolarización

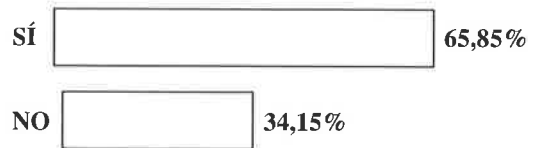
Todos los niños están escolarizados, a excepción del más pequeño de la muestra que asiste a guardería. El grado de escolarización oscila entre primero y sexto de EGB, encontrándose el mayor porcentaje en cuarto y quinto curso.

Antecedentes familiares psiquiátricos

En 20 de los casos, 48,78%, consta patología psiquiátrica en tratamiento en alguno de los progenitores; en otros 5 de los casos, 12,19%, se señala a algún familiar directo (hermanos, tíos o abuelos) como enfermo mental; y en 2 de ellos, 4,88%, se hace alusión a la existencia de algún tipo de trastorno nervioso sin especificar en los padres. No reportan datos familiares valorables de patología psiquiátrica en el resto de los niños estudiados, 14 casos = 34,15%.

El diagnóstico encontrado más frecuentemente en los padres es el alcoholismo (38%) y en las madres el trastorno distímico y los somatoformes.

Gráfico 3. Antecedentes familiares psiquiátricos



Motivos de consulta

Los motivos de consulta por los que son remitidos estos niños los desglosamos atendiendo al síntoma que en la derivación mostraba un carácter prioritario. Así el mayor número de consultas fue motivado por las molestias somáticas —13 casos que suponen un 31,71%— y ya en menor proporción aparecen el fracaso escolar y la enuresis nocturna —con un 17,07% v—; 14,63 respectivamente—; en proporciones inferiores los movimien-

Gráfico 4

Motivo de consulta	Nº de casos			%
	♂	♀	total	
Enuresis nocturna	6	0	6	14,63
Fracaso escolar	6	1	7	17,07
Movimientos estereotipados	3	1	4	9,76
Tristeza, inhibición	1	1	2	4,88
Terrores nocturnos	1	0	1	2,44
Sonambulismo	1	0	1	2,44
Problemas en las relaciones familiares	2	0	2	4,88
Retraso psicomotor	1	0	1	2,44
Inquietud, ansiedad	3	1	4	9,76
Molestias somáticas	7	6	13	31,71

tos estereotipados, la inquietud —ambos con 9,76%—, la tristeza e inhibición, los problemas en las relaciones familiares —ambos con 4,88—, y con 2,44% los terrores nocturnos, sonambulismo y retraso psicomotor.

Diagnósticos

La mayor proporción corresponde a los trastornos de ansiedad (31,71%) seguido de lejos por la enuresis nocturna (14,63%) y los trastornos psicósomáticos o factores psicológicos que afectan al estado físico (12,19%).

Los trastornos específicos del desarrollo —dentro de los cuales incluimos los trastornos del lenguaje y trastornos de habilidades académicas— y los trastornos por conducta perturbadora (ambos con un 9,76%); los trastornos distímicos y el código V ambos en un 7,32% y ya el resto en porcentajes menores, completan los diagnósticos encontrados.

Por sexo predominaron en los varones los trastornos de ansiedad, enuresis nocturna y de conducta; y los primeros y en menor medida los trastornos psicósomáticos en las hembras. Por edades el diagnóstico encontrado en el niño más pequeño de la muestra fue un trastorno generalizado del desarrollo (autismo).

COMENTARIOS

1. Las solicitudes de asistencia en pacientes menores de once años, inclusive, en nuestro

Gráfico 5

Diagnósticos	Nº de casos			%
	♂	♀	total	
T. ansiedad	7	5	12	31,71
Enuresis nocturna	6	0	6	14,63
T. específicos del desarrollo	3	1	4	9,76
T. por conductas perturbadoras	4	0	4	9,76
Factores psicológicos que afectan al estado físico	3	2	5	12,19
T. Distímicos	2	1	3	7,32
Código V	2	1	3	7,32
T. por tics	1	0	1	2,44
T. generalizados del desarrollo	1	0	1	2,44
Retraso mental	1	0	1	2,44
Sonambulismo	1	0	1	2,44

Consultorio supone un bajo requerimiento dentro de la globalidad de la demanda asistencial.

En este sentido es interesante señalar que la demanda de cuidados y la utilización de los servicios psiquiátricos por los niños depende del grado e intensidad del trastorno y su detección por los familiares, profesores o los profesionales sanitarios; de la existencia de unos recursos sanitarios accesibles, junto a diferentes factores culturales que mediatizan la interpretación de los síntomas y la aceptación de los recursos sanitarios disponibles.

En este sentido y según algunos estudios¹, los niños con trastornos psíquicos, en relación con los sanos psíquicamente, tienden a acudir más a su médico general o pediatra a consultar por sus problemas físicos menores y sus trastornos psíquicos¹. Así se ha indicado, en diferentes estudios dirigidos a la detección de patología psiquiátrica entre los sujetos que consultaban a sus médicos de cabecera o pediatras, altos niveles de patología psiquiátrica⁵, sin embargo hay análisis⁸ de un bajo nivel de detección de dichos trastornos a ese nivel y en consecuencia un previsible déficit de tratamiento y de derivación especializada.

2. Encontramos una importante diferencia en el número de consultas por sexos. Los niños

consultan en un 51% más que las niñas. Este dato, aunque no en un porcentaje tan alto, coincide con lo referido por distintos autores en el sentido de que «las niñas son vistas con menos frecuencia que los niños, para evaluación y tratamiento» (Herseni y Bellack, 1981, pág. 488)⁴. Por otra parte es indudable la influencia de factores socioculturales y estereotipo sexual, siendo por ej. percibidos los niños como más problemáticos que las niñas.

Otros trabajos⁴ han señalado al sexo masculino como factor de riesgo en la patología psiquiátrica por su mayor vulnerabilidad a los estresantes físicos y psicosociales.

3. El mayor número de consultas se origina a los 9 y 11 años; siendo las mayores exigencias escolares, la mayor colaboración del niño con la verbalización de sus quejas y los factores socioculturales los que favorecen y precipitan un incremento de la demanda.

4. Las familias que solicitan nuestros servicios pertenecen prioritariamente a las clases media-baja y baja, y tienen una media de 4,3 hijos. Es posible que otras clases sociales consulten con dispositivos asistenciales privados pero pensamos que se debe esta correlación a que el colectivo al que va destinada la asistencia es predominantemente esta. Por otra parte, estos datos (familias numerosas, clase social baja, etc.) han sido señalados como factores de riesgo para la aparición de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.

5. Respecto a la iniciativa de consultas, nos parece importante destacar que en un 10,7% de casos es la familia quien hace la demanda. Se sabe que la concepción paterna del problema así como su estado psicológico influyen sobre su tolerancia y habilidad para tratar la conducta del niño y tienen un peso específico en la decisión final de solicitar ayuda (Ollendick, 1988)⁷.

Es interesante también el porcentaje (9,76%) remitido por los profesores y que viene a incidir en la necesidad de una más estrecha cooperación entre los profesionales sanitarios y pedagógicos.

6. Existe una considerable demanda motivada por molestias somáticas y en menor medida

síntomas específicos (enuresis, temas nocturnos, etc.) y fracaso escolar; nosotros la ponemos en relación con factores socioculturales y otros con la limitada accesibilidad y las escasas posibilidades de atención en el medio escolar.

7. Hay un notable porcentaje de antecedentes psiquiátricos en la muestra. Fundamentalmente se trata de padres alcohólicos y trastornos distímicos y somáticos en las madres.

Creemos que actuarán como factores de riesgo, incrementando la probabilidad de padecer un trastorno emocional o conductual. De ahí la necesidad, en el campo del alcoholismo concretamente, de realizar planes de educación sanitaria y detección precoz para así prevenir algunos trastornos infantiles aún cuando somos conscientes de las dificultades socioculturales especialmente evidentes en el grupo social en el que está dirigida la asistencia sanitaria.

No disponemos de datos para poder establecer una correlación entre el tipo de patología parental y el tipo de trastorno psiquiátrico en el niño.

8. La patología más frecuentemente presentada, de una forma global, son los trastornos de ansiedad. En porcentajes importantes aparecen también la enuresis nocturna, los trastornos de conducta, los trastornos específicos del desarrollo, especialmente en niños, y los trastornos psicossomáticos en niñas.

Son también estos principales diagnósticos los que destacan como prevalencia más importante en la infancia en el «informe 613 de la OMS»⁹ y en parte son coincidentes con los obtenidos por otros autores.

La frecuencia de consulta por trastornos psicóticos infantiles supone un pequeño porcentaje de la población atendida y que viene a corresponder con lo que señalan diferentes autores (CSM de Avilés, Unidad infantil: «Análisis de demanda». No publicado, 1984).

Los anteriores comentarios se exponen manteniendo las reservas que exigen la limitación en el número de casos y en el periodo de tiempo estudiado.

Bibliografía

1. COSTELLO, E.J., COSTELLO, A.J., ELELBROCK, C. et al.: «Psychiatric disorders in pediatric primary case». *Arch. Gen Psychiatry*, 1.107-1.116, 1988.
2. DORADO, R., CARAVACA, A.; GARCÍA, O.: *Análisis de la demanda asistencial infantil en un E.C.S.M.* XV Reunión de la Soc. Esp. de Psiquiatría Biológica, nov. 1990.
3. GOÑI, A.; CORTAIRE, R.: *Evaluación de la asistencia de la salud mental infanto-juvenil en Navarra.* *Psiquis*, 12: 45-54, 1991.
4. HERSEN M.; BELLACK A.S.: *Behavioral Assessment: a practical hand book.* Pergamon Press, 1981.
5. JARA, A.; ARNÁEZ, P.: *Estudio de la prevalencia de trastornos psíquicos en las consultas de medicina general.* Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1986.
6. LESLIE, S.A.: «Psychiatric disorder in the young adolescents of an industrial town». *Br J Psychiat*, 125: 113-124, 1974.
7. OLLENDICK, T.; HERSEN, M.: *Psicopatología infantil.* Ed. Martínez-Roca, 1988.
8. PADIERNA, J.A., GASTIAIN, F., DÍAZ, P. y cols.: «La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia». *Rev. Asoc. Esp. Neuro Psiquiatría* 8: 21-29, 1988.
9. PADIERNA, J.A., JARA, A.B.; MANJÓN, C.: «Epidemiología psiquiátrica y demanda asistencial en la adolescencia. Revisión». *Psiquis*, 12: 34-40, 1991.
10. Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño. O.M.S. Serie de informes Técnicos nº 613 Ginebra, 1977.
11. VÁZQUEZ, A.J. y cols.: «Demanda infantil en un Servicio de salud mental integrado como dispositivo de apoyo a la atención primaria». 12: 49-58, 1991.