

Prevención a largo plazo de la salud mental en la infancia. Un estudio de registro de casos en Holanda

G.H.M.M. Ten Horn.

Eemeroord. Holanda

RESUMEN

Descubrir si un tipo de cuidados o tratamientos obtiene más resultados que otros a largo plazo, puede servir de ayuda a la hora de idear formas conjuntas de actuaciones preventivas (a largo plazo) en los Servicios de Salud Mental Infantil.

Los datos obtenidos del registro psiquiátrico de casos en el área de Groningen, sobre 90 niños de edades comprendidas entre 0 y 12 años que acudieron a la primera visita durante los años 1976-77, se estudiaron durante un período de 4 años a partir de su contacto inicial con el Centro.

La frecuencia de contactos durante el primer año parece predecir la cantidad de «care»* realizados en años posteriores: el contacto frecuente durante el primero y siguientes años evi-

* («Care: traducción amplia de actuaciones, cuidado y en general tratamientos»).

ta un tratamiento mucho más prolongado posteriormente.

Es necesaria una adecuada Clasificación Diagnóstica Multiaxial para estudiar la relación entre los trastornos psicopatológicos infantiles y el modelo de actuación terapéutica a seguir.

Palabras clave: Registro psiquiátrico de casos. Servicios psiquiátricos infantiles. Prevención.

INTRODUCCIÓN

Un Registro Psiquiátrico de Casos tiene un limitado valor para fines o propósitos epidemiológicos así como para el desarrollo de programas preventivos, debido a que es poco probable que incluya a todos los residentes de una población definida con un trastorno psicopatológico identificable. No todos los niños con trastornos psiquiátricos están atendidos y no todos los Centros que ofrecen cuidados a este tipo de niños están incluidos en el registro. A pesar de esto, los datos del registro psiquiátrico de casos pueden ser de considerable importancia al evaluar la efectividad del limitado número de servicios registrados.

Un registro es un proceso evolutivo del paciente y no un hecho aislado, y por tanto es longitudinal y acumulativo; esto hace posible

Dra. G.H.M.M. Ten Horn, Medical Sociologist Eemeroord.

Zandheувelweg, 4. 3744 MN BAARN. HOLANDA.

Trabajo presentado en las III Jornades Monogràfiques d'EPIDEMIOLOGIA EN PSIQUIATRIA INFANTIL. Societat Catalana de Psiquiatria Infantil. 2 de Junio de 1990.

Traducción: J.E. de la Fuente Molina.

seguir a los pacientes a través del tiempo y estudiar su tasa de acumulación dentro del sistema de servicios. Descubrir si un cierto tipo de tratamiento obtiene mejores resultados a largo plazo que otro, puede ser de ayuda a la hora de idear formas para la conjunción de cuidados preventivos en la salud mental a largo plazo. Este trabajo describe los modelos o tipos de tratamientos en Salud Mental, utilizados en niños hasta los doce años, durante el período de cuatro años a partir de su primer contacto con un Servicio Psiquiátrico.

El Area de registro y los Servicios de Salud Mental

El registro Groningen, modelado tras el registro Camberwell (1), cubre una ciudad de la región norte de Holanda con una población aproximada de 43.000 habitantes. Este registro se inició el 31 de diciembre de 1973 comenzando con un punto de prevalencia basal.

Desde entonces ha funcionado bien y fue ampliado a la totalidad de la provincia de Drenthe, con una población de 430.000 habitantes el 1 de enero de 1986. Las principales características del Registro Groningen han sido expuestas en varias publicaciones (2).

El registro incluye centros de Salud Mental —públicos y privados— ubicados en la ciudad y su área con servicios de internado, atención de día y asistencia ambulatoria. Ninguno de estos centros actúa exclusivamente en el área del registro. Los servicios disponibles para niños son:

- Servicios externos en la ciudad, para niños y jóvenes. En 1977 el «equipo psiquiátrico joven» del servicio social psiquiátrico y el «centro de guía para el niño» se integraron pasando a formar parte del Instituto Regional para el cuidado Ambulatorio de la Salud Mental (RIAGG) que existe desde 1982.

- Una clínica y unidad psiquiátrica externa para niños dentro de un hospital (universidad) general, a unos 30 km. de la ciudad objeto del registro.

- Una clínica externa y hospital para retrasados mentales, en la misma población.

- Dos pequeños hospitales psiquiátricos para niños no residentes en la ciudad, desde finales de los setenta.

La plantilla de los servicios externos está compuesta por psiquiatras infantiles cualificados, psicólogos, enfermeras sociales psiquiátricas y asistentes sociales. Además los servicios internos también incluyen terapeutas especializados que trabajan con un grupo de niños muy selectos.

Muestra

Hemos estudiado los niños de 0 a 12 años que acudieron a consulta desde el 1 de enero de 1976 hasta el 31 de diciembre de 1977. Estos niños no habían mantenido contacto con ningún servicio de salud mental durante los años 1974-75. Si habían tenido algún contacto previo fue antes de que el registro fuera operativo.

El muestreo incluye 90 niños, 56 chicos y 34 chicas, lo que significa 4,8 menos casos anuales por 1.000 en la población concretada. Los grupos por edades muestran porcentajes progresivos de incidencia con un máximo en los 9 años: 0-4 años: 2,8; 5-6 años: 4,5; 7-8 años: 8,4; 9-10 años: 8,3; 11-12 años: 3,8.

Para estudiar los modelos de tratamiento la muestra fue seguida durante un período de cuatro años, acabando el último paciente registrado hacia finales de 1981. La mayoría de todos los niños empezaron como pacientes externos: 81 tuvieron su primer contacto con el servicio infanto-juvenil en la misma ciudad; 1 con la clínica externa infanto-juvenil de la universidad; y 4 con la clínica externa para retrasados mentales. Además, 4 niños fueron admitidos en el hospital para retrasados mentales.

Modelos de tratamiento durante el primer año a partir de la entrada al registro

La Tabla I muestra que la pauta más común consiste en las infrecuentes consultas con los pacientes externos por un período de más de tres meses (modelo 3:45%). Un tercio de los

TABLA I

Modelos de tratamiento durante el primer año, a partir del momento de entrar en el registro, en relación a la asistencia recibida en los siguientes años.

Modelos de tratamiento durante el 1er. año a partir de la entrada en el registro	Total	Todavía de nuevo en tratamiento durante el 2.º, 3.º, 4.º año	
	N %	N	Aún en tratamiento al fin del 4.º año
1. Sólo un contacto ext.	13 (14)	1	—
2. Contacto ext. por un período de menos de 3 meses	18 (20)	3	—
3. Contacto ext. de una vez cada 2 semanas, por 3 meses más o menos	41 (45)	17	8
4. Uno o más contactos ext. cada 2 semanas, por 3 meses o más	14 (15)	7	1
5. Admisión en hospital	4 (4)	4	3
Total	90 (100)	32	12

pacientes recibieron tratamiento en un período de menos de tres meses: con una única visita externa (modelo 1:14%) o con una media de 4,1 contactos (modelo 2:20%).

Muy pocos niños fueron internados en el hospital (modelo 5:4%), pero esto todavía refleja, hasta cierto punto, la escasez de facilidades para el internamiento de niños durante aquella época. Los frecuentes contactos con pacientes externos —1 o más consultas quincenales durante 3 o más meses (modelo 4:15%), aunque parezca raro dan un rango de contacto más alto que para pacientes de 18 o más años durante el mismo período (7%: ver Giel y Ten Horn (2)).

Los niños con infrecuentes contactos externos (modelo 3) que continuaron recibiendo tratamiento en años siguientes (N = 17) tuvieron 12,4 contactos de media durante el primer año, mientras que los otros 24 niños de dicho modelo, cuyo tratamiento fue discontinuo tuvieron 7,5 contactos. Una diferencia similar en la media de contactos durante el primer año también puede observarse entre los niños con frecuentes contactos externos (modelo 4): 30,7 contactos para aquéllos que continuaron frente a 17,6 de aquéllos cuyos con-

tactos no fueron continuos durante algún tiempo. Está claro que en ambos grupos —aquéllos con infrecuentes y aquéllos con frecuentes contactos externos durante el primer año— la duración del período de tratamiento influye en la media anual del número de contactos. Los niños con «tratamiento intensivo» recibieron entre 2 o 3 sesiones de tratamiento por mes, mientras que los otros sólo tuvieron alrededor de una.

Modelos de tratamiento durante el seguimiento de tres años

La «intensidad» (frecuencia) del tratamiento durante el primer año resultó ser indicativo de la cantidad de sesiones recibidas en años siguientes: los 17 niños con contactos infrecuentes al principio (modelo 3) recibieron de media por año posterior otros 6,8 contactos, comparados con los 11,6 contactos por año de los 7 niños con sesiones frecuentes durante el primer año (modelo 4). En total estos 24 niños que continuaron tratamiento externo durante el segundo, tercero y cuarto año, junto con otros 4 que iniciaron tratamiento (ver Tabla I: modelo 1 y 2), mantuvieron 609 con-

tactos externos durante estos 3 años siguientes, comparados con 815 contactos del total de la muestra durante el primer año.

Con todo y con esto no todos los 24 niños estuvieron en tratamiento continuado por un período de 4 años, es más: 7 mostraron una interrupción de 6 o más meses en el tratamiento y 8 tuvieron varias interrupciones de 3 o más meses, sólo 9 niños estuvieron en asistencia externa continuada, lo que significa que durante el período total de cuatro años ellos nunca estuvieron tres meses sin ver a un profesional de la salud mental.

La asistencia frecuente durante el primer y siguientes años evita o protege de un tratamiento más prolongado en el tiempo: al final del 4.º año sólo uno de los 7 niños con asistencia intensiva (modelo 4) seguía con la asistencia terapéutica, mientras 8 de los 17 con infrecuentes contactos (modelo 3) la seguían necesitando.

Tipificar la clase de contacto es un asunto difícil pero se puede observar que el asesoramiento o tratamiento de uno o ambos padres y la terapia familiar fue dada más a menudo a los niños y sus familiares que continuaron en contacto tras el primer año (88 y 42%) que a aquéllos que estuvieron como mínimo tres meses en tratamiento pero luego lo dejaron (68% de los padres aconsejados y el 13% en terapia familiar).

Equipo de trabajo multidisciplinario

El tratamiento externo que un niño (y su familia) recibe es raramente llevado a cabo por un solo miembro del equipo. Excluyendo a los niños con solo un contacto externo (N = 13; 14%), el 59% de los restantes fueron atendidos por dos o más miembros del equipo durante los primeros cinco, o menos contactos y el 73% fueron atendidos de igual forma durante el primer año de tratamiento. De los 24 niños con contacto prolongado durante los siguientes años (N = 17, modelo 3 y N = 7 modelo 4), todos menos uno fueron visitados por más de un miembro de la plantilla. En la mayoría de los casos (53 de 56) ver a varios miem-

bros de la plantilla significó contactar con diversos tipos de profesionales (psiquiatra, enfermera o psicólogo). Sin embargo, contactar con miembros de la plantilla de la misma profesión fue también común pero menos de lo esperado (24 de 56), en algunos casos debido a renovación del personal.

DISCUSIÓN

Aunque el número de casos nuevos, por 1.000 de población, que llegan a los servicios de salud mental es mucho menor para niños que en adultos debido en parte al uso que se hace de los servicios alternativos, como se menciona en la introducción, tenemos que concluir que el uso continuado que estos niños hicieron del sistema de cuidados para la salud mental no es menos intenso que el que hicieron los adultos.

Contacto continuado en años siguientes con niños que estuvieron en el primer momento en tratamiento por menos de tres meses (N = 1 del modelo 1 y N = 3 del modelo 2) es inusual, —cuatro de ellos, 13% de 31, volvieron— comparado con el 9% de aquéllos de la muestra de todas las edades con modelos de tratamiento 1 o 2 que nosotros estudiamos (2). Además, cuatro años después del primer contacto, 12 niños (13%) seguían todavía en tratamiento, comparado con el 15% de la muestra del estudio total de todas las edades mencionadas previamente (2).

De estos niños que se encontraron exclusivamente en tratamiento externo (N = 12), sin considerar a los tres admitidos como retardados mentales, ocho recibieron contactos infrecuentes (modelo 3) durante un período de cuatro años, con un porcentaje de una visita o menos al mes.

En la introducción la cuestión planteada era si sería posible descubrir una conexión entre un tipo determinado de tratamiento (frecuencia de contactos) y la necesidad de posterior uso de los servicios de salud mental durante más tiempo, que no si se trataba de otro tipo de tratamiento. Aunque nos basamos en pe-

queñas cifras parece que estamos capacitados para responder positivamente a esta pregunta: para niños, los contactos infrecuentes conllevan a menudo un uso prolongado de los servicios de salud mental. Este no fue el caso para los adultos (2).

El problema con el que nos encontramos ahora es si podemos predecir qué niños tienen mayor probabilidad de recibir este infrecuente tipo de tratamiento. No hemos podido encontrar una relación particular entre las características sociodemográficas (edad, sexo, tipo de familia, clase social, etc.) y el tipo de tratamiento que el niño recibió.

Podría habernos ayudado el hecho de conocer más sobre el motivo del contacto (motivo de consulta) y el diagnóstico, debido a que parece probable que exista una relación entre estas características y el tratamiento (prolongado) recomendado. Pero la información que teníamos sobre ellas era incompleta.

La existencia de tan pobre información sobre el motivo de consulta y el diagnóstico no satisfizo al equipo de registro de casos, ni tampoco al servicio de asesoramiento infantojuvenil, pero era de esperar por parte de los profesionales que anotaron las características ya que ningún sistema de clasificación parece adecuado para las necesidades de todos los diferentes profesionales. Otros investigadores en Holanda (3) también han notado este problema. Los psiquiatras infantiles están en general muy familiarizados con los sistemas de clasificación bien conocidos como ICD-9 y DSM-III, pero parece que los usan principalmente para propósitos externos, en publicaciones y contactos con colegas fuera del servicio. Los pedagogos especializados ven poco valor en estos sistemas como para usarlos en su trabajo, y los psicólogos raramente «creen» en ellos y se mantienen escépticos sobre la validez de estos sistemas de clasificación (4). Se conoce poco sobre cómo es el trabajo de las enfermeras usando estas clasificaciones y cómo juzgan ellas su relevancia en el trabajo que desempeñan.

Sin embargo, y como ya ha señalado anteriormente, la mayoría de los niños tratados,

en los servicios externos, han contactado con un mínimo de dos tipos diferentes de profesionales, y ciertamente no todos han sido visitados por el psiquiatra.

Por lo tanto, y no únicamente debido a necesidades del equipo de registro, se vió que merecía la pena, o era incluso necesario, hacer un esfuerzo para encontrar una manera de desarrollar un buen sistema de clasificación multiaxial, que pudiera ser aceptable e incluso relevante a los diferentes profesionales relacionados con el caso. De hecho, el desarrollo de esta clasificación ha aumentado la comunicación entre los diferentes miembros de los equipos multiprofesionales y puestas al descubierto algunas desavenencias además de haber creado mayor claridad sobre las diferencias existentes en las propuestas de los distintos profesionales. Tal proceso, desafortunadamente, lleva mucho tiempo. Sólo es fruto de nuestra primera impresión el pensar que el desarrollo de esta clasificación puede ser de gran valor a la hora de estimular a los profesionales a encontrar ideas para tratamientos preventivos a largo plazo, debido a que en aquellos niños con tratamiento por más de tres meses, el número de ellos con frecuentes contactos parecían incrementarse (5).

Si la frecuencia de contactos es realmente un factor importante en la prevención del tratamiento a largo plazo de la salud mental infantil, deberíamos encontrarnos con muy pocos niños todavía en tratamiento de varios años. Si no fuera así, estaremos al menos capacitados para decir qué niños son los que con probabilidad deberán recibir tratamientos infrecuentes y prolongados.

Bibliografía

1. WING, J.K. and HAILEY, A.M., eds. *Evaluating a Community Psychiatric Service: the Camberwell Register 1964-1971*. London, Oxford, University Press, 1972.
2. GIEL, R. and TEN HORN, G.H.M.M. *Patterns of Mental Health Care in a Dutch Register Area, Social Psychiatry*, 17: 117-123, 1982.

3. SCHNABEL, P., VAN DIEST, C., GOEDHART, A.W. En Treffers Ph.D.A. *Kind van drie meesters: ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar*. NcGv-reeks 102, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1987.
4. VERHULST, F.C. *DSM-III in de kinderpsychiatrie*, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25: 127-141, 1983.
5. TEN HORN, G.H.M.M., WOUTERS, J.L. and BRUG, A. *De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar*, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27: 128-138, 1985.