

El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria

Eliana Moreno,¹ Juan Antonio Moriana²

Artículo original

SUMMARY

Mental health concerns have significantly increased worldwide as they impact on individuals and families, society and public health costs, which are very common in the Primary Care sector.

The aim of this study is to determine the general practitioner's perceptions in the prevalence of such disorders in Primary Health Care Centres (PHCC), and to explore the features of the treatments administered. Finally, we aim to evaluate the quality of the interventions and the level of implementation of key strategies and national and international recommendations.

It is a single group *ex post facto* retrospective design. To carry out the research, we developed an ad-hoc self-administered survey including the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems and official health documents indicators.

This survey was applied to 77 general practitioners in PHCC in Córdoba, Spain.

The most relevant results highlighted minor mental health problems (anxiety/depression and psychosocial problems) with a higher prevalence (79.6%) than formal mental health disorders (22.7%). The 43% of the consultations related to demands are directly or indirectly connected with mental disorders. The 23.4% of prescriptions in a typical day at work are psychotropics (sedatives/antidepressants). According to the general practitioners surveyed, 39% of patients treated with psychotropic drugs could solve their problems without taking them. With regard to the interventions, 80% of general practitioners did not work in teams or implement psychoeducational techniques and they did not make any interconsultations from the second level to deal with these problems. The 97.4% of them pointed out that the integration of psychologists in primary care centres would increase the quality of services.

In this study, we find there is a contradiction between the treatments offered (based primarily on the administration of psychotropic drugs) and the recommendations made by national and international organizations. We consider that it is also necessary to revise the characteristics and quality of them and to reconsider professionals' profiles, competences and strategies.

Key words: Primary health care, mental disorders, general practitioner, mental health.

RESUMEN

Actualmente, la preocupación por los problemas de salud mental (PSM) ha aumentado considerablemente a escala mundial debido al impacto que representan a nivel individual, familiar y social y al coste que suponen para los sistemas de salud. Los objetivos de este estudio son conocer la percepción de los médicos de familia sobre la prevalencia de problemas psicológicos y de salud mental en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), explorar las características informadas sobre los tratamientos administrados y valorar el grado de implementación de estrategias y recomendaciones nacionales e internacionales.

El estudio sigue un diseño *ex post facto* retrospectivo de grupo único. Se elaboró un autoinforme incluyendo indicadores del instrumento de evaluación WHO-AIMS de la OMS y de documentos sanitarios oficiales. Se aplicó a 77 médicos de los CAPS de la ciudad de Córdoba, España.

Los resultados indican que los médicos perciben que los problemas "menores" de salud mental (principalmente síntomas de ansiedad/depresión y problemas psicosociales) tienen una prevalencia (79.6%) superior a los trastornos con diagnósticos formales (22.7%). El 43% de las consultas se relacionarían directa o indirectamente con PSM. Un 80% de los encuestados informa que no trabaja en equipo, no utiliza técnicas psicoeducativas y no realiza interconsulta con servicios especializados para el abordaje de estos casos. Refieren además, que 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos. Más de 50% considera no tener conocimientos suficientes para diagnosticar y/o tratar estos problemas. Y el 97.4% señala que incorporar psicólogos en los CAPS beneficiaría la prestación de servicios.

El estudio pone de manifiesto la existencia de una importante brecha entre las características y calidad de los tratamientos ofrecidos y las recomendaciones de organismos oficiales. Consideramos que es necesario replantear las competencias de médicos y psicólogos y revisar los procesos y estrategias más idóneas para el abordaje de este tipo de problemas en atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria de la salud, trastornos mentales, médico de familia, salud mental.

¹ Centro de Atención Infantil Temprana de la Universidad de Córdoba(UCO), Córdoba, España.

² Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba. Córdoba, España.

Correspondencia: Eliana Moreno. Avda. San Alberto Magno s/n, CAIT-UCO, 14071 Córdoba, España. Tel: +34 957 212-641 (institucional), +34 690 377887 (móvil-directo). E-mail: elumoreno@gmail.com

Recibido primera versión: 1 de febrero de 2011. Segunda versión: 19 de julio de 2011. Tercera versión: 7 de marzo de 2012. Aprobado: 13 de abril de 2012.

INTRODUCCIÓN

Los avances en las investigaciones epidemiológicas¹⁻⁵ han permitido conocer el importante impacto que los problemas de salud mental suponen a escala mundial, tanto para quienes los padecen como para sus familias y la sociedad en general. Según estudios europeos y latinoamericanos, estos problemas son muy frecuentes en atención primaria,^{1,6-8} siendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo los más prevalentes en este contexto.^{6,8,9}

La salud mental puede entenderse como un estado de bienestar (físico y psíquico) en el cual un individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad.¹⁰ En el presente estudio se utiliza el concepto "problemas de salud mental" (PSM), haciendo alusión a un amplio espectro de patologías y problemas psicológicos y comportamentales, dentro de los que se incluyen los trastornos que cumplen criterios diagnósticos formales y bien establecidos, según el *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR* o la *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10* (p. ej. episodio depresivo mayor, fobia, etc.), así como los llamados problemas "menores",¹¹ como la presencia de síntomas inespecíficos (p. ej. angustia, tristeza, etc.) y los problemas psicosociales (p. ej. problemas legales, en las relaciones familiares, etc.).

Los sistemas de salud de muchos países han sufrido importantes cambios estructurales y en sus políticas de salud mental a lo largo del tiempo.¹²⁻¹⁵ Estas transformaciones han logrado reducir el estigma asociado a ellos y aumentar su accesibilidad a los tratamientos.¹³ Sin embargo, actualmente, en muchos países sólo una pequeña minoría de quienes lo necesitan reciben el tratamiento adecuado.^{1,16,17} Por esta razón, una de las tendencias más importantes que se está planteando a nivel mundial es la descentralización¹⁸ e integración de los servicios de salud mental en Atención Primaria.^{1,3,19} Existen diversas iniciativas y experiencias en distintos países que aplican estrategias de integración y constituyen modelos de buenas prácticas.^{3,20} En este sentido, sistemas como los de Chile,²¹ Brasil,^{22,23} Inglaterra^{24,25} y Australia³ han demostrado que es posible la incorporación de servicios de salud mental en atención primaria. Diversos estudios señalan que las investigaciones orientadas a evaluar estas políticas y estrategias son escasas^{26,27} y presentan limitaciones para establecer evidencia sobre la eficacia e implementación de las mismas.²⁸

Los modelos de cooperación o colaboración entre niveles asistenciales son los más usados para el abordaje de los PSM en atención primaria.²⁹ Éstos consisten en asignar la responsabilidad de la atención de los PSM a los médicos de familia de los centros de atención primaria (CAP), contando con la interacción y apoyo por parte de profesionales especializados del segundo nivel. Sin embargo, en España,³⁰ éstos

han presentado dificultades en su implementación debido a diversas deficiencias estructurales y organizativas.^{31,32} Algunas investigaciones señalan las dificultades que presentan los médicos de familia para realizar el diagnóstico^{6,33-36} y tratamiento de los PSM,^{37,38} así como también advierten sobre el exceso en el uso de psicofármacos³⁹ y las deficiencias en su control y seguimiento.^{8,40}

En España, a partir de 2007, comienzan a plantearse distintas Estrategias Nacionales y regionales de Salud Mental,⁴¹ orientadas a mejorar las condiciones generales de salud mental de la población.^{2,41,42} En Andalucía (región a la que pertenece la ciudad de Córdoba), se desarrolla el II Plan Integral de Salud Mental,⁴³ que pretende impulsar la gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAI).⁴⁴ Uno de ellos es el PAI de "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones",⁴⁴ que orienta las acciones de los médicos de familia en el abordaje de los problemas de salud mental en los CAPS. Sin embargo, diversos estudios consideran que el Sistema Nacional de Salud carece de información oficial sobre indicadores básicos de salud mental y recursos, y que los estudios sobre coste-efectividad vinculados con las políticas y estrategias son claramente insuficientes.⁴⁵

El presente estudio se plantea como objetivo general conocer la realidad asistencial de los problemas de salud mental en atención primaria desde la visión de los médicos de familia. En esta línea pretende: 1. Conocer la percepción que tienen estos profesionales sobre el impacto y la demanda asistencial que suponen los PSM en los CAPS. 2. Analizar las principales características de los tratamientos administrados para estos problemas. 3. Indagar la opinión de los mismos sobre la posible inserción de profesionales de la psicología en este ámbito. 4. Evaluar el grado de implementación de las principales políticas y estrategias vigentes y el cumplimiento de criterios de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con diseño *ex post facto* retrospectivo de grupo único.⁴⁶

Participantes

La encuesta se envió al total (154 sujetos) de la población de médicos de familia que trabajan en los CAPS, pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz, de la ciudad de Córdoba, España. De la población total contestaron 77 (50% del universo, y muestra representativa de la población) (cuadro 1).

Instrumento

Se elaboró un autoinforme tipo encuesta *ad hoc* autoadministrada (anexo 1). Para la construcción de la encuesta se incluyeron reactivos e indicadores del instrumento de evaluación

Cuadro 1. Características demográficas de los encuestados

Características demográficas	Porcentaje	Frecuencia	Media	DT	Mínimo-Máximo
Total médicos					
• de familia	100.0	154			
• encuestados	50.0	77			
Edad			50.9	5.3	28-62
• Hombres	54.5	42			
• Mujeres	45.5	35			
Antigüedad			19.8	7.8	0.6-31

WHO-AIMS de la OMS (*World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* -WHO-AIMS- versión 2.2, 2005)⁴⁷ que consta de seis secciones orientadas a evaluar características de los sistemas y servicios de salud mental a nivel nacional y regional. De la sección 3 "Salud mental en atención primaria", se tomaron los siguientes indicadores que evalúan "Atención primaria de la salud brindada por los médicos": Formación para la atención primaria de la salud mental; vínculo con los servicios de salud mental; fármacos psicotrópicos brindados por el médico de familia; protocolos de evaluación y tratamiento en atención primaria; interacción entre los médicos de atención primaria y los servicios de salud mental y atención primaria de la salud mental ofrecida por personal no médico. De la sección 4 "Recursos humanos", se tomó el reactivo referente a "Formación y actualización para profesionales en temas de salud mental". Finalmente, de la sección 6 "Evaluación e investigación" se consideró el punto de "Investigaciones sobre salud mental".

Con el fin de obtener información más detallada se incluyeron, además, indicadores extraídos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007,⁴¹ del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012⁴⁹ y del Proceso asistencial "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones"⁴⁴ (p. ej. reactivos relativos al tiempo de consulta dedicado a cada paciente, número de pacientes atendidos por día, aplicación de técnicas psicoeducativas, de orientación o contención, conocimiento y/o implementación de protocolos/guías de intervención para problemas de salud mental en atención primaria, etc.) Además, se usaron como guía algunos contenidos de documentos oficiales nacionales e internacionales (p. ej. políticas de salud mental, planes y estrategias vigentes y financiación de los servicios), otros materiales obtenidos en bases de datos (principalmente ISI, Medline, TEMPUS-Instituto Nacional de Estadísticas) y páginas web oficiales de organismos tales como Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, España. Finalmente se seleccionaron aquellos más relevantes.

El cuestionario elaborado para este estudio (anexo 1), consta de 35 reactivos con opciones de respuesta dicotómica (Sí-No), escala de frecuencia tipo Likert y respuestas ipsativas que pueden ser contestadas en 15 minutos, aproxi-

madamente. Se divide en cinco ejes que recogen la percepción/opinión de los médicos de familia sobre los tipos de problemas de salud mental frecuentes en atención primaria; las características de las intervenciones médicas en relación con estos problemas; la formación en temas de salud mental; la percepción de autoeficacia y satisfacción con la tarea y, finalmente, la opinión de los médicos sobre la incorporación de otros profesionales de la salud mental en los CAPS.

Se realizó una revisión del cuestionario por distintos expertos ajenos a la investigación y se aplicó una prueba piloto con un enfermero (responsable de calidad de unidad hospitalaria) y un médico de familia externos al estudio para identificar preguntas ambiguas o de difícil comprensión y registrar críticas y/o sugerencias. Los cuestionarios se respondieron de forma individual, en un tiempo de entre 13 y 17 minutos y las observaciones se registraron por escrito. Las mismas se tomaron en consideración, quitando algunos reactivos de escasa relevancia y modificando términos ambiguos o poco específicos.

Cabe destacar que, según Salvador-Carulla,⁴⁸ actualmente existen dificultades para definir y elaborar listados únicos de indicadores para la evaluación de la salud mental debido a su complejidad, su carácter multidisciplinar y la tardía incorporación de la salud mental dentro del Sistema General de Salud (puntualmente en España ésta se incorporó en 1986, y más recientes aún son las iniciativas de integrar la salud mental en atención primaria); por todo esto, no existe un consenso internacional sobre indicadores para evaluar los sistemas de salud mental ni sobre las propiedades psicométricas de los mismos y por ello tomamos la decisión de adaptar el cuestionario de la OMS y añadirle algunas preguntas y contenidos que lo complementaran siguiendo los intereses de nuestro estudio.

Procedimiento

Se solicitó por escrito autorización para el desarrollo de la investigación al Director de Distrito Sanitario. Una vez obtenida, se tomó contacto con el Comité de Investigación de Distrito a fin de obtener información sobre la distribución y datos de contacto de los profesionales y Centros de Atención Primaria de la Ciudad.¹³ Desde este organismo se informó vía *mail* a los directores y médicos de familia de todos los CAPS de la ciudad de Córdoba sobre la investigación y se solicitó colaboración para la cumplimentación de las encuestas. Posteriormente, se contactó telefónicamente con los directores de cada CAPS y se acordó un día y horario para la recolección de información. Los cuestionarios se respondieron de manera anónima, voluntaria e individual. Debido a que algunos CAPS realizan reuniones formativas o de trabajo, semanales o quincenales con los médicos de familia de ambos turnos (mañana y tarde), se aprovechó esta situación para distribuir personalmente las encuestas al inicio de estas reuniones, siendo recogidas posteriormente. En el caso de

los cinco CAPS restantes, donde no era posible aplicar esta estrategia, se dejó una copia en papel del cuestionario en el casillero personal de cada médico de familia y al cabo de 15 días se recogieron. En total respondieron 77 médicos de familia, de un total de 154. Aunque no tenemos constancia de las causas por las que no se contestaron todas las encuestas, según el testimonio de los directores podemos considerar que las principales razones se relacionan con la falta de tiempo o desinterés. No obstante, la muestra de médicos es representativa de su población de referencia.

Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 15.0. Los resultados descriptivos se presentan mediante frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas y medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos en variables cuantitativas. Para conocer el grado de relación entre distintas variables, se realizaron tablas de contingencia y pruebas Chi-cuadrada para conocer la significatividad de esas relaciones.

RESULTADOS

Características sociodemográficas básicas

En el cuadro 1 se presentan los principales datos demográficos de los encuestados. El grupo quedó constituido por 77 médicos de familia de un total de 154. El grupo presenta una edad media de 50.9 años y una antigüedad media en el puesto de trabajo de 19.8 años. La distribución por sexo indica que el número de hombres es levemente superior (42) al número de mujeres (35). Del total de médicos de familia, sólo 10 de ellos (12.9%) han realizado otros estudios complementarios.

Características de los problemas de salud mental en atención primaria

En el cuadro 2 pueden apreciarse los principales resultados, de los cuales cabe destacar que 48.1% de los médicos

informan que los problemas de salud mental son "muy frecuentes" en los CAPS y que los problemas psicosociales (p. ej. problemas en las relaciones familiares, separación, etc.) y la presencia de síntomas inespecíficos (como tristeza, angustia, etc.) tienen una prevalencia media más elevada en los usuarios de atención primaria, que los trastornos bien establecidos y con diagnósticos formales (p. ej. trastornos depresivos, fobias, etc.).

Características de las consultas por problemas de salud mental

Los médicos de familia atienden una media de 48 pacientes al día. Dentro de estas consultas diarias, los motivos de consulta directamente asociados a problemas mentales (cuando el motivo de consulta principal expresado por el paciente es un problema de salud mental) representan una media del 16.1%. Los motivos asociados indirectamente a problemas mentales (cuando el motivo de consulta expresado es otro problema de salud, aunque el consultante presente síntomas o patología mental) arrojan una media de 27.6%. El 94.8% de los encuestados considera que las personas con problemas de salud mental generan una mayor demanda y acuden con más frecuencia al centro de salud.

Características de la intervención

En el cuadro 3 se presentan los datos más importantes sobre las características de la intervención de los médicos de familia para el abordaje de los problemas de salud mental en los CAPS. De manera general, cabe destacar que 66.2% utilizan "criterios unificados" (p. ej. CIE-10, DSM-IV-TR) para diagnosticar los problemas de salud mental y que, en un día normal de trabajo, 23.4% de las recetas extendidas son de psicofármacos, principalmente ansiolíticos y antidepresivos. Los médicos refieren que 39% de los pacientes tratados con medicación psicotrópica podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos. En relación con el uso del consentimiento informado en la prescripción de psicofármacos (brindar información clara y completa sobre las características, efectos y limitaciones del uso de psicofármacos, así como de las distintas alternativas de tratamiento; de manera escrita y/o

Cuadro 2. Características de los problemas de salud mental en atención primaria

Problemas de salud mental	Porcentaje	Frecuencia	Motivos de consulta	Media %	DT	Mínimo-Máximo
Prevalencia			Problemas psicosociales	39.4	17.9	5 - 80
Muy frecuentes	48.1	37	Síntomas inespecíficos	39.2	16.3	10 - 80
Frecuentes	41.6	32	Diagnósticos formales	22.7	13.7	5 - 80
			Diagnósticos más frecuentes			
			•Trastornos de ansiedad	39.4	14.4	15 - 70
			•Trastornos estado de ánimo	30.1	12.3	9 - 60
			•Trastornos somatizaciones	23.0	12	9 - 55
			•Esquizofrenias/otras psicosis	5.7	4.2	0 - 20

97.4% cree que incorporar estos profesionales beneficiaría la prestación de servicios de salud.

DISCUSIÓN

Los resultados señalan que desde la perspectiva de los médicos de familia, los problemas de salud mental son muy frecuentes en los CAPS y representan una importante carga para los servicios. Esto coincide con numerosos estudios que evidencian la importante prevalencia de estos problemas en la población usuaria de los sistemas sanitarios y, especialmente, en atención primaria.^{1,3-5,7,9,18} Los llamados problemas "menores" de salud mental (como los síntomas inespecíficos y los problemas psicosociales) son percibidos como significativamente más frecuentes que los trastornos formales en los CAPS. Encontramos que los trastornos mentales más habituales en este nivel son los de ansiedad, estado de ánimo y somatomorfos, respectivamente, al igual que en otros estudios.^{6,8} Pese a esta situación, los datos indican que en la mayoría de los CAPS no se implementan guías clínicas o protocolos de actuación para el abordaje de los mismos, a pesar de que actualmente existen numerosas guías y estudios sobre tratamientos basados en la evidencia.⁴⁹⁻⁵³

Del análisis de la realidad asistencial reflejada por los médicos destacan tres aspectos importantes: la excesiva cantidad de pacientes atendidos por cada médico en un día normal de trabajo, el elevado porcentaje de consultas relacionadas directa o indirectamente con problemas de salud mental, y el insuficiente tiempo de consulta destinado a la atención de problemas generales de salud o a problemas de salud mental. El proceso asistencial "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones"⁴⁴ señala como requisito básico para su implementación disponer de un tiempo mínimo de consulta de entre 20 y 30 minutos, que permita aplicar técnicas de terapia psicológica no reglada (como apoyo, contención, redefinición, etc.). Es lógico pensar que en las circunstancias antes descritas, aunque un profesional esté capacitado para realizar esta tarea, el nivel de sobrecarga y la falta de tiempo dificultarían realizarla adecuadamente. Cabría esperar, además, que estas situaciones fueran precipitantes del nivel de desgaste emocional referido por los médicos.

Diversas investigaciones mencionan las dificultades que presentan los médicos de familia para diagnosticar de manera precisa los problemas de salud mental, e indican una tendencia a considerar como trastornos algunos problemas "menores" o síntomas que no cumplen los criterios diagnósticos para esta etiqueta.^{6,11,33-35} Hemos encontrado que un importante porcentaje de médicos de familia refiere no utilizar criterios diagnósticos unificados (CIE-10 o DSM-IV-TR), situación que aumentaría las posibilidades de error en los diagnósticos, y como consecuencia, los tratamientos posteriores y el pronóstico podrían estar sesgados u orientados erróneamente. Esto podría tener relación con el tipo de abordaje asistencial que

emplean para estos problemas, centrado (a veces, exclusivamente) en la administración de psicofármacos, principalmente ansiolíticos y antidepresivos. En este sentido, un dato importante a considerar es el hecho de que la mayoría de los profesionales reconoce no utilizar el consentimiento informado (escrito u oral) en relación con ellos. Consideramos que esto puede influir sobre la capacidad de los pacientes para ejercer conductas de autocuidado respecto de su salud y limita la posibilidad de elección y/o demanda de tratamientos alternativos más acordes a sus creencias, valores, características o necesidades. A su vez, la falta de conocimiento y acceso a otros tratamientos puede relacionarse con la percepción de los médicos acerca de la existencia de una elevada adhesión y/o aceptación del uso de psicofármacos por parte de los pacientes. Un hecho que llama especialmente la atención es que los mismos médicos de familia consideran que un importante número de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver su problema sin hacer uso de ellos. Es razonable constatar que se estaría haciendo un uso excesivo de los psicofármacos, tal como lo indican datos de otros estudios,^{8,38-40} y se estarían medicalizando y "psiquiatizando" problemas menores de salud mental con el "consentimiento" de los pacientes.

A su vez, según los encuestados, habitualmente no se realiza psicoterapia, no se trabaja en equipo y no se desarrollan grupos psicoeducativos, se realizan muy escasas derivaciones de casos a los servicios especializados y no hay interacción en la coordinación de acciones (reuniones, supervisiones, interconsultas, investigación, etc.) con los equipos de salud mental. El grado de cooperación entre los niveles representa uno de los indicadores de calidad más importantes de la gestión por procesos asistenciales integrados,⁴³ ya que refuerza las acciones integrales y equilibra la carga asistencial entre dispositivos. En este estudio se refleja que estas acciones no están incorporadas a las prácticas cotidianas. Posiblemente, los médicos encuentren barreras para derivar a sus pacientes o para hacer el posterior seguimiento como se explica en otras investigaciones.^{29,31,32} Algunos estudios mencionan que existe una relación entre la formación de los médicos y su desempeño para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental.^{8,36,40} Si bien la mayoría de los profesionales de nuestro estudio han recibido formación en estos temas, más de la mitad de ellos no se siente capacitado para diagnosticar y/o tratar los problemas de salud mental de forma adecuada. Casi la totalidad de los médicos de familia considera que la incorporación de psicólogos en el sistema sanitario beneficiaría la prestación de servicios de salud. Este hecho podría tener importantes implicaciones prácticas para la implementación de nuevas formas de trabajo más integrales.

En conclusión, los resultados de este estudio reflejan que los médicos de familia perciben que existe un alto impacto de los problemas de salud mental en la atención primaria, y señalan que las características de las intervenciones ofrecidas no se ajustan a la evidencia científica sobre

tratamientos eficaces ni a las principales recomendaciones internacionales para el abordaje adecuado de estos problemas. Aunque se haya avanzado en el acceso al tratamiento, para estos problemas en atención primaria, se evidencia una deficiente implantación del modelo de cooperación y de los procesos asistenciales, situación que contribuye a que no se cumpla con los criterios de calidad mínimos esperados. La medicalización de los problemas menores de salud mental favorece que se atenúen los síntomas, con el riesgo de cronificar o aumentar los problemas de base. En este sentido, se hace necesario profundizar en el análisis de la formación y/o competencias profesionales de los médicos de familia para tratar los "problemas menores" de salud mental, que son los más frecuentes en atención primaria, así como valorar también, desde el punto de vista de los costes-beneficios, las políticas y estrategias actualmente implementadas.

Finalmente, otra propuesta a valorar sería la incorporación del psicólogo en los equipos de atención primaria. La participación de distintos perfiles profesionales (de la psicología, enfermería, medicina, trabajo social, psiquiatría), junto con el ofrecimiento de tratamientos combinados (psicoterapia y psicofármacos) o alternativos (psicoterapia, orientación, grupos psicoeducativos, intervenciones psicosociales) pueden resultar más eficaces para abordar los problemas de salud mental en atención primaria. Esto, a su vez, podría favorecer la descongestión de la carga asistencial de los médicos y contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud pública en general. Experiencias de otros países, como Inglaterra, Australia, Brasil y Chile, demuestran que las estrategias basadas en la integración y la incorporación de psicólogos en los CAPS comienzan a evidenciarse como una alternativa adecuada para mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud mental y disminuir la tasa de psicofármacos recetados y los costes sanitarios.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001. Consultado en febrero de 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- OMS. Declaración de Helsinki: Conferencia ministerial de la OMS para la salud mental, 2005. Organización Mundial de la Salud. Consultado en febrero de 2010. Disponible: <http://www.feafes.com/FEAFES/DocumentosElectronicos/capitulo11229/conferencia+ministerial+de+la+OMS.htm>.
- OMS and World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Ginebra, Suiza: 2008.
- Parlamento europeo. Informe sobre la salud mental, 2009. Consultado en noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>.
- DeVicente A, Magán I. El parlamento Europeo se compromete a priorizar la salud mental. Infocop 2009;42:41-42.
- Latorre J, López J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2005;2(36):85-92.
- Serrano A, Palao D, Luciano J, Pinto A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatr Epidemiol 2010;45:201-210.
- López C, Serrano R, Valverde A, Casabella B et al. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotrópicos en atención primaria? Aten Primaria 2006;37:446-451.
- Lara-Muñoz MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. Salud Mental 2007;30(5):4-11.
- OMS. Salud Mental: un estado de bienestar. 2009. Consultado en marzo de 2010. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Retolaza A. ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte Salud Mental 2004;19:49-57.
- Infante A, De la Mata I, López D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública 2000;1-2(8):13-20.
- Almeida J. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2005;8(4-5):314-326.
- SESPAS. Informe 2002. Invertir para la salud: Prioridades en Salud Pública. Consultado en noviembre de 2009. Disponible en: http://www.sespas.es/ind_lib06.html.
- Shorter E. Salud mental en Europa: Políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. Cap. II. Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa. Barcelona, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007; pp.17-39.
- Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. Lancet 2007;9590(370):807-808.
- Wang P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer M et al. Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the World Mental Health surveys. Lancet 2007;9590(370):841-850.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, 2008. Consultado en febrero de 2010. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
- OMS. Mental Health Policy, Planning and Services Development. Integrating mental health services into primary care, 2007. Consultado en noviembre de 2009. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean. Washington DC: Almeida & Cohe; 2008.
- Scharanger J, Molina M. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud de Chile. Rev Panam Salud Pública 2007;22(3):149-59.
- Berlinck M, Magtaz A, Teixeira M. A reforma psiquiátrica Brasileira: Perspectivas e problemas. Revista Latinoamericana Psicopatología Fundamental 2008;1(1):21-28.
- Luzio C, L'Abate S. A reforma psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnico-asistenciais das experiências de Sao Paulo, Santos e Campinas. Interface 2006;10(20):281-98.
- Gask L. Improving the quality of mental health care in primary care settings: a view from the United Kingdom. Eur Psychiatry 2007;21(1):17-24.
- Infocop. Atención psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido. Infocop 2009;(42):56.
- Guimón J et al. Grupo de trabajo de la OMS sobre "Evaluación en salud mental": Reflexiones tras una experiencia de tres años de trabajo. Eur Psychiatry (español) 2002;4(16):228-235.
- Hamid H, Abanilla K, Bauta K, Huang K. Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries. Bulletin World Health Organization 2008;86(6):467-473.

28. Cooper B. Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. *Br Psychiatry* 2003;183:105-113.
29. Luciano J, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A et al. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria* 2009;41:131-140.
30. Pastor J. El subdesarrollo de la atención psicológica en la salud mental en España. *Infocop* 2008;40:6-7.
31. Iglesias C, González I, Ardura J, Naves C et al. Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documentos de derivación (OMI-AP y tradicional). *Rev de Calid Asist* 2004;19:319-322.
32. Lester H. Shared care for people with mental illness: a GPs perspective. *Advances Psychiatric Treatment* 2005;11:133-139.
33. Aragonés E, Piñol J, Labad A. The over-diagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract* 2006;3:363-368.
34. Araña M. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal. España: Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC; 2008.
35. Collings S. Disability and detection of mental disorder in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;12(40):994-1002.
36. DeVicente A, Berdullas S. Expertos reclaman un nuevo modelo asistencial con presencia de psicólogos en atención primaria. *Infocop* 2009;42:39-40.
37. Fernández A, Haro J, Codony M, Vilagut G et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord* 2006;96:9-20.
38. Ortiz-Lobo A, González-González R, Rodríguez-Salvanés F. La derivación a salud mental en pacientes sin un trastorno psíquico diagnóstico. *Aten Primaria* 2006;38(10):563-569.
39. Secades-Villa R, Rodríguez-García E, Valderrey J, Fernández Hermida JR et al. El consumo de psicofármacos entre la población que acude a atención primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema* 2003;4(15):650-655.
40. Villalva E, Caballero L. Estudio sobre el uso del tratamiento con anti-depresivos realizado por los médicos de atención primaria. *SEMERGEN* 2006;32(9):427-432.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo. Madrid: FEAFES; 2007.
42. Commission of the European Communities. The state of mental health in the European Union. Luxemburgo: European Commission; 2004.
43. Valmisa E, Alén M, Amo M, Del Pino R et al. II Plan integral de salud mental de andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.
44. Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado. Ansiedad, depresión, somatizaciones. Sevilla: Consejería de salud, Mailing Andalucía; 2002.
45. Salvador-Carulla L. La economía de la salud mental en España ¿Una asignatura pendiente? *Gac Sanit* 2007;4(21):314-315.
46. León O, Montero I. Diseño de investigaciones. Madrid: McGraw Hill; 2000.
47. OMS. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) versión 2.2, 2005. Consultado en junio de 2009. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/.
48. Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martín M, Grané MS et al. Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2010.
49. Hollon S, Stewart M, Strunk D. Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu Rev Psychology* 2006;57:285-315.
50. Pérez-Álvarez M, Fernández-Hermida J, Amigo-Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Volumen I. Adultos. Madrid: Pirámide; 2003.
51. Pirraglia P, Rosen A, Hermann R, Olchanski N et al. Cost utility analysis studies of depression management: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2004;116(12):2155-2162.
52. Simon G, Katon W, Von Korff M. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1638-1644.
53. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Real T et al. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental* 2010;33(4):301-308.

Artículo sin conflicto de intereses

ANEXO 1

Cuestionario: Problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer las características y frecuencia de la demanda asistencial por problemas psicológicos y de salud mental en los Equipos de Atención Primaria del Distrito Sanitario; y explorar el tipo de tratamientos administrados y las estrategias Implementadas por los médicos de familia en relación a estos problemas.

A continuación se presentan distintas preguntas donde puede responder (marcando con una cruz o completando numéricamente) lo que considere más cercano a la realidad de su labor asistencial en su Centro de Salud. Esta encuesta es anónima y voluntaria, los resultados obtenidos serán informados a través de los responsables de su Centro. Muchas gracias por su tiempo y atención.

DATOS PERSONALES

Sexo: M F Edad: _____ Antigüedad como médico de familia: _____

Especialidad/es: _____ Otros estudios _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

1. *Teniendo en cuenta las consultas que realiza en el Centro, y en comparación con otros problemas de salud, considera que los Problemas de Salud Mental (PSM) (tanto los asociados a otras enfermedades como aquellos específicamente psicológicos o de salud mental) son (marque con una "X"):*

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Nada frecuentes | <input type="checkbox"/> |
| Poco frecuentes | <input type="checkbox"/> |
| Moderadamente frecuentes | <input type="checkbox"/> |
| Frecuentes | <input type="checkbox"/> |
| Muy frecuentes | <input type="checkbox"/> |

2. *¿Utiliza criterios diagnósticos unificados (p.e. CIE-10, DSM-IV TR)? (Marque con una "X")*

- | | |
|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

3. *En la práctica cotidiana en los centros de salud y en relación a los problemas de salud mental, es posible encontrar distintos tipos de problemas, por ejemplo:*

- a) *Aquellos que cumplen criterios diagnósticos formales y son trastornos bien definidos (p.e. episodio depresivo, fobia, etc.).*
- b) *Presencia de síntomas inespecíficos, sin diagnóstico firme según CIE-10 o DSM-IV-TR (p.e. angustia, tristeza, problemas de sueño, etc.).*
- c) *Problemas psicosociales, que pueden conllevar síntomas ligados a esos problemas (p.e. separación, problemas en las relaciones familiares o con los hijos, etc.).*

Considerando los problemas de salud mental que atiende en el centro de salud, señale el porcentaje aproximado con que se presentan cada uno de los siguientes motivos de consulta como problema principal:

- | | |
|--|---------|
| Trastornos con criterios diagnósticos formales | _____ % |
| Presencia de síntomas inespecíficos | _____ % |
| Problemas psicosociales | _____ % |
| | 100 % |

4. Con respecto a las personas que consultan por problemas de salud mental, señale la frecuencia aproximada con que se dan estas consultas en los distintos colectivos:

Hombres	_____ %
Mujeres	_____ %
	100 %
Adultos mayores (61 y más)	_____ %
Adultos (36 a 60)	_____ %
Jóvenes (19 a 35)	_____ %
Adolescentes (11 a 18)	_____ %
Niños (hasta 10)	_____ %
	100 %

5. Con respecto a los diagnósticos por PSM, señale la frecuencia aproximada con que se presentan los siguientes trastornos:

T. Ansiedad	_____ %
T. Estado de ánimo	_____ %
T. Somatización	_____ %
Esquizofrenia y otras psicosis	_____ %
Otras (especificar)	_____ %
	100 %

6. Considerando un día normal de trabajo, señale de manera aproximada:

- ¿Cuántos pacientes ha atendido? _____ al día
- ¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan directamente con problemas de salud mental (el motivo de consulta principal es un problema de salud mental)? _____ %
- ¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan con problemas de salud mental indirectamente (el motivo de consulta principal es otro problema de salud)? _____ %

7. ¿Considera que los pacientes que presentan problemas de salud mental, acuden al centro de salud con más frecuencia que otros pacientes en general?

- Sí
- No

En caso afirmativo, estime el porcentaje aproximado de esa diferencia (p.e. un 10% más que otros pacientes...) _____ % más que otros pacientes.

II. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de conocer las características de las intervenciones médicas en problemas de salud mental en Atención Primaria.

8. Estime el número de recetas médicas que extiende en un día normal de trabajo: _____ recetas.
- De ellas, cuántas son de psicofármacos? _____
 - Sería capaz de estimar el coste diario (en euros) que supone prescribir estas recetas de psicofármacos a la seguridad social: _____ euros.
9. Considerando las recetas de psicofármacos, ¿qué porcentaje aproximado se prescriben en la primera consulta? _____ %

10. Indique con qué frecuencia aproximada se recetan los siguientes psicofármacos:

Ansiolíticos	_____ %
Antidepresivos	_____ %
Antipsicóticos	_____ %
Estabilizadores del ánimo	_____ %
Fármacos antiepilépticos	_____ %
Otros(especificar)	_____ %
	100 %

11. ¿Se trabaja el "consentimiento informado" (oral o escrito) en relación a la prescripción de psicofármacos?

- Sí
- No

12. ¿En qué medida hay buena aceptación y/o adherencia al uso de psicofármacos por parte de los pacientes?

- Ninguna aceptación
- Poca aceptación
- Mediana aceptación
- Mucha aceptación
- Total aceptación

13. Algunos problemas de salud mental, por su gravedad o características, requieren la utilización de psicofármacos para su tratamiento. Sin embargo, otros casos diferentes o de menor gravedad podrían tratarse sin el uso de psicofármacos. De los pacientes que son tratados con psicofármacos en el centro de salud ¿qué porcentaje aproximado considera que podrían solucionar su problema con otro tipo de intervención (p.e. psicológica, social...) sin el uso de psicofármacos? _____ %.

14. ¿Cuál es el tiempo promedio aproximado que emplea habitualmente en una consulta? _____ minutos.
 ¿Y el tiempo aproximado que emplea en una consulta por problemas de salud mental? _____ minutos.

15. ¿Cree que cuenta con el tiempo necesario para atender de modo adecuado los problemas de salud en general?

- Sí
- No

¿Y para atender los problemas de salud mental?

- Sí
- No

16. ¿Existen protocolos y/o guías de tratamiento establecidas para el abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes en su Centros de Salud?

- Sí
- No

17. ¿Algún profesional del Centro de Salud realiza psicoterapia (enfermero, médico, otro)?

- Sí
- No

18. ¿Cree que los médicos deben realizar tratamientos de psicoterapia?

- Sí
- No

19. Teniendo en cuenta el último semestre ¿Ha funcionado algún grupo psicoeducativo en el Centro de Salud (p.e. grupo de relajación, grupo para personas con problemas de salud mental crónicos, etc.)?

- Sí
- No

20. Para el abordaje de los problemas de salud mental ¿Con qué frecuencia se trabaja en equipo en el Centro de Salud?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

21. ¿Qué porcentaje aproximado del total de sus pacientes, deriva a salud mental? _____ %.

22. Considerando el último semestre: ¿Aproximadamente, qué número de interacciones (reuniones, sesión de formación, coordinación de actividades, otras) ha realizado con los Equipos de Salud Mental? (escriba una respuesta numérica, p.e. 0, 1, 2, 3...) _____.

III. FORMACIÓN

23. A lo largo de su formación de grado, posgrado o MIR (Médico Interno Residente):

- ¿Ha recibido formación técnico/práctica para el diagnóstico de problemas de salud mental en AP?

- Sí
- No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: _____

- ¿Ha recibido formación técnico/práctica para el tratamiento de problemas de salud mental en AP?

- Sí
- No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: _____

24. En su puesto de trabajo, en los últimos 3 años ¿Ha recibido formación sobre temas de salud mental en AP?

- Sí
- No

En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de 0 a 10: _____

25. ¿Ha participado alguna vez en investigaciones sobre temas de salud mental?

- Sí
- No

26. ¿Ha participado alguna vez en supervisiones de casos, conjuntamente con Equipos de SM?

Sí

No

27. ¿Cree que necesita recibir mas información sobre temas de salud mental?

Sí

No

IV. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN CON LA TAREA

28. ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para diagnosticar eficazmente los problemas de salud mental?

Sí

No

29. ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para realizar una intervención adecuada de los problemas de salud mental?

Sí

No

30. ¿En qué medida cree que logra contener o dar apoyo a los pacientes con problemas de salud mental?

Nunca

Casi nunca

A veces

Muchas veces

Siempre

31. ¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza en los problemas de salud mental?

Sí

No

32. ¿Atender los problemas de salud mental le genera desgaste emocional?

Sí

No

En caso afirmativo, valore el grado de desgaste emocional en una escala de 0 a 10 _____

33. ¿Cree que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio que se presta en Atención Primaria para la atención de los problemas de salud mental?

Sí

No

V. VALORACIÓN DE CAMBIOS

34. Ordene (de 1 a 5) las siguientes opciones, considerando en primer lugar (1) aquella que para su juicio mejoraría más la calidad asistencial de los problemas de salud mental en Atención Primaria:

- () Formac Formación para médicos de familia en diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.
- () Implant Implantación de guías y/o protocolos de abordaje de problemas de SM para médicos de familia.
- () Incorpo Incorporación de psicólogos (clínicos) en Atención Primaria.
- () Incorpo Incorporación de médicos psiquiatras en AP.
- () Otras (especificar) _____

35. En otros sistemas de salud de otros países, los psicólogos se encuentran incorporados a los equipos de profesionales de los centros de salud. ¿Cree que la incorporación de psicólogos en los equipos básicos de atención primaria de nuestro sistema beneficiaría la prestación de servicios de salud?

Sí

No

Si lo desea, puede hacer comentarios, observaciones y/o aclaraciones

Muchas gracias por su colaboración.