

La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa

Blanca Estela Vargas Terrez,¹ Valerio Villamil Salcedo²

Artículo original

ABSTRACT

Introduction

In Mexico, there is scarce experience on the development of mental health primary care models.

Objective

The goal of this work was to structure and apply a collaborative care model in mental health based on scientific evidence proven in other countries.

Method

A model complying with the characteristics of Mexico City's health system was designed. The model was composed of: training sessions for the health team to detect possible cases, application of a screening instrument (K-10), diagnostics of depression and anxiety, and collaborative care meetings, among general practitioners and the specialist (psychiatrist) to oversee cases. An opinion interview about the model was applied to general practitioners.

Results

One hundred and four professionals were trained. During the three years, 830 (50.5%) possible cases were detected; 38% of them were evaluated in collaborative care sessions between the general practitioners and the psychiatrist. Half the sessions were cancelled, mainly for administrative reasons. The assistance of medical practitioners and pregraduate medical education was regular.

Discussion and conclusion

A collaborative care model between the general practitioner and the specialist is feasible in this context. However, some administrative barriers –such as the organization of services and the number of programs developed at the primary care– should be solved, because there are other programs demanding from them the exclusiveness of time. In the light of this limitation, and given the collaboration in the project, it is proposed that pregraduate medical education students involve themselves in this type of models with the support of general practitioners.

Key words: Collaborative care, mental health, depression, primary care.

RESUMEN

Introducción

En México, existe poca experiencia en el desarrollo de modelos en atención primaria en salud mental.

Objetivo

Estructurar y aplicar un modelo de atención colaborativa en salud mental, basado en evidencias científicas probadas en otros países.

Método

Se diseñó un modelo acorde a las características del sistema de salud de la Ciudad de México. El modelo consistió en: la capacitación del equipo de salud para detectar posibles casos, la aplicación del instrumento de tamizaje (K-10), para el diagnóstico de depresión y ansiedad, así como realizar reuniones de atención colaborativa entre los médicos generales y el especialista en psiquiatría para la supervisión de casos. Se aplicó una entrevista de opinión a los médicos generales.

Resultados

Se capacitaron 104 profesionistas. Durante tres años se detectaron 830 (50.5%) posibles casos, se valoraron el 38% de éstos en sesiones de atención colaborativa entre el médico general y el psiquiatra. El 50% de las sesiones fueron suspendidas por motivos administrativos principalmente; la asistencia de los médicos generales y de los pasantes de medicina fue regular.

Discusión y conclusión

El modelo de atención colaborativa entre el médico general y el especialista en este contexto puede funcionar. Sin embargo, se deben resolver algunas barreras administrativas, como la organización de los servicios y el número de programas que se desarrollan en el primer nivel de atención. Ante esta limitación, y dada la experiencia, se propone que los estudiantes de servicio social de medicina se involucren en este tipo de modelos, con el apoyo de los médicos generales.

Palabras clave: Atención colaborativa, salud mental, depresión, primer nivel.

¹ Servicio de Psiquiatría Comunitaria. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Subdirección de Investigaciones Clínicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dra. Blanca Estela Vargas Terrez. Servicio de Psiquiatría Comunitaria. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, DF. E-mail: vargast@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 5 de agosto de 2014. Segunda versión: 12 de octubre de 2015. Aceptado: 8 de diciembre de 2015.

INTRODUCCIÓN

Se ha propuesto que los servicios de atención primaria constituyen una estrategia para contender con los problemas de salud mental,¹ debido al incremento en la frecuencia de los trastornos mentales en todo el mundo. En diferentes países se realizan esfuerzos para enfrentar este problema y para atender las necesidades derivadas de éstos, que son cada vez mayores. Entre las acciones propuestas se encuentran la formación de recursos humanos, la definición de políticas públicas, la capacitación del personal de salud, entre otros. Sin embargo, a pesar de las múltiples recomendaciones, actualmente los países en vías de desarrollo tienen dificultades en la atención de la población con algún trastorno mental.²

En la mayoría de los sistemas de salud, los médicos del primer nivel de atención constituyen la principal puerta de entrada al nivel especializado. Este factor convierte en esencial la relación entre la atención primaria y otras formas de asistencia para determinar la accesibilidad real y la efectividad de las intervenciones.³⁻⁷

Existe una amplia evidencia científica que orienta el desarrollo de modelos para llevar a cabo intervenciones en atención primaria, por parte de médicos generales y otros profesionistas.⁸ Uno de los trastornos mentales más frecuentemente tratado por médicos generales en atención primaria es la depresión. Sin embargo, sabemos que esto no siempre ocurre debido a un reconocimiento inapropiado de este trastorno, a la poca prioridad que se da en general a los trastornos mentales y por la falta de recursos adecuados y disponibles para atender los problemas mentales más comunes, entre otras razones.⁹

Se han descrito diferentes modelos de organización de la interrelación entre los servicios de psiquiatría y salud mental y la asistencia primaria;⁴⁻⁸ en una revisión sistemática de estos modelos señalan que los más efectivos en la atención primaria, son los que tienen una mayor participación de los médicos generales, en especial aquéllos en los que se entrena al médico en la detección de posibles casos y se les proporcionan las herramientas para el manejo psicoterapéutico de los pacientes. Existen otros modelos en donde la participación del médico general es más reservada, con una mayor participación del especialista. Aún no existe suficiente evidencia para dar una respuesta definitiva sobre la efectividad clínica y el costo-efectividad de estos modelos, ya que se reportan problemas con la calidad de los estudios, y la evidencia disponible de algunos modelos es pobre; se señala también que es esencial continuar evaluando los modelos y sus nuevas formas de aplicarlos.⁷

En México, como en otros países, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5% (en el último año), padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad; mientras que en los hombres es el consumo de alcohol (4.8%). La depresión y

los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, con un aumento desproporcionado entre la población general, mientras que en la atención primaria se atienden diez veces más a pacientes depresivos. La prevalencia del trastorno depresivo es del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9% al 16% entre los pacientes ambulatorios.¹⁰

Se ha observado un aumento importante en la demanda de atención por trastornos mentales en las unidades de atención primaria de la Ciudad de México, sin que la capacidad de los servicios de salud se haya incrementado. Lo anterior, favorece que la atención de estos padecimientos permanezca relegada, por considerarse indebidamente como no prioritaria ni urgente su atención; es hasta cuando se expresan de forma crítica y aguda que son motivo de consulta en los centros de salud mental, o bien en la consulta de medicina general de donde son referidos, por la severidad de los síntomas, al área correspondiente; o bien, los pacientes acuden directamente a un segundo o tercer nivel de atención. Así, la oportunidad de recibir una atención especializada es pobre y tardía, lo que hace que el usuario acuda a solicitar ayuda a un tercer nivel de atención, manifestando síntomas crónicos y de mayor severidad, o comorbilidades con otros padecimientos.^{11,12} Esta atención inoportuna en el área de la salud mental va acumulando efectos de impacto negativo cada vez mayor en el desarrollo no sólo del individuo, sino en la familia y la sociedad.

Por otro lado, la respuesta para la atención de los problemas de salud mental en México es escasa, ya que en el país se tiene una mediana de uno a cinco psiquiatras por cada 100 000 habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9/100 000 habitantes) o Canadá y los Estados Unidos (10/100 000 habitantes).¹³ En México, Heinze et al.¹⁴ reportaron para 2012 un número de psiquiatras de 3823 con una tasa de 3.47 por cada 100 000 habitantes.

En virtud de esta problemática el equipo de trabajo se dió a la tarea de diseñar, adecuar y aplicar un modelo para la atención colaborativa en salud mental en el primer nivel de atención, adaptado a las necesidades y a la disponibilidad de los recursos humanos y materiales en áreas urbanas de la Ciudad de México. En este trabajo se reporta la experiencia en su aplicación, así como algunas recomendaciones para el futuro.

MÉTODO

Escenarios

En la primera etapa (julio 2009 a junio 2011) se seleccionaron tres centros de Atención Primaria para la Salud (APS) que atienden entre 2000 y 10000 familias (sólo uno de ellos cuenta con servicio de Salud Mental), los cuales están ubicados al sur de la Ciudad de México. En la segunda etapa (julio 2011

a octubre 2012), se integraron cuatro centros más; en esta etapa la población blanco fueron las personas que presentaban alguna enfermedad crónica como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad (pertenecientes a la clínica de enfermedades crónicas). La nomenclatura de los centros de Salud "II", "III" y "IV", corresponde a la infraestructura con que cuenta cada unidad; los centros participantes fueron: centro de salud T-I Ejidos de Santa Úrsula; T-II Santa Úrsula Coapa Nayaritas y Ajusco; y tres centros de salud T-III, Gustavo A. Rovirosa Pérez, Margarita Chorné y Salazar y Culhuacán.

Diseño

Se revisaron las propuestas de los diferentes modelos de atención colaborativa que se desarrollaron en otros países;^{4,7-9,15} se diseñó un modelo de atención colaborativa con las características administrativas propias de los recursos humanos y de la infraestructura de los centros de salud. El proyecto se presentó ante las autoridades de la jurisdicción Coyoacán (juicio de expertos), se recibieron sus opiniones y se hicieron los ajustes necesarios al modelo para proceder a su aplicación (cuadro 1).

Participantes

Trece médicos generales, 12 residentes del tercer año de la especialidad en Psiquiatría y un psiquiatra; el grupo fue coordinado por un psiquiatra y una trabajadora social. Durante el proceso se agregaron ocho alumnos del servicio social de medicina.

Intervención. La intervención se basó en el enfoque de atención colaborativa, con intervenciones simples como la detección y la atención a las personas que presentaron un diagnóstico de depresión leve o moderada. Los casos con

depresión grave u otro trastorno psiquiátrico, se refirieron al centro de salud de la misma jurisdicción sanitaria que contaba con servicio de salud mental. Los casos que presentaron ideación, intento suicida o sintomatología psicótica, se refirieron de forma inmediata al tercer nivel de atención para su hospitalización. El modelo de atención colaborativa incluyó tres profesionistas clave: la trabajadora social o enfermera, el médico general y un especialista en psiquiatría; se invitaron a los médicos del servicio social de los centros de salud donde la participación de los médicos generales fue mínima. Todo el personal que participó en el proyecto recibió un curso de capacitación de cinco sesiones. Fue asignado un psiquiatra para acudir a los centros de salud cada quince días y realizar la supervisión de casos. Además, siempre estuvo disponible telefónicamente para consultar dudas en el diagnóstico y en el tratamiento. La trabajadora social o la enfermera del equipo, aplicó la escala de malestar psicológico (K-10) a todos los pacientes que acudían a la consulta externa y en caso de que la puntuación fuera de 21 o más, se le entregaba la escala resuelta al médico general para su valoración. El médico general valoraba al paciente y de acuerdo con su criterio iniciaba tratamiento psicofarmacológico, o presentaba el caso en las sesiones colaborativas con el especialista. La enfermera o trabajadora social daba la orientación a los pacientes acerca del trastorno y el manejo a seguir (psicoeducación) (figura 1).

Componentes del modelo de atención colaborativa

1. *Curso de Capacitación* de cinco sesiones de 2 hrs. semanales cada una, donde se abordaron los siguientes temas: 1) Epidemiología de los trastornos mentales, 2) Estrategias para el diagnóstico del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad, 3) Manejo psicosocial y farmacológico, 4) Estigma de la enfermedad mental y 5) El modelo de atención.
2. *Tamizaje.* Previo consentimiento informado, la enfermera y la trabajadora social aplicaron y calificaron el instrumento de tamizaje (Kessler-10). Los posibles casos (≥ 21 puntos) se enviaron con el médico tratante para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento farmacológico.
3. *Criterios de atención.* Los pacientes con depresión leve y moderada se atendieron en el primer nivel, los pacientes con depresión grave, depresión severa o con otro trastorno psiquiátrico, se refirieron al servicio de salud mental del centro de salud Rovirosa; los pacientes con ideación, intento suicida o con síntomas psicóticos, se refirieron al tercer nivel de atención (hospitalización).
4. *Psicoeducación.* A todos los pacientes con puntuaciones ≥ 21 en la escala de malestar psicológico K-10, se les ofreció psicoeducación, que consistió en la orientación sobre la naturaleza de los síntomas, la asociación de éstos con sus problemas personales, así como la importancia de comentar a su médico general los síntomas emocio-

Cuadro 1. Características básicas y objetivos del modelo de atención colaborativa

Estructura y proceso	Objetivo
1. Designación de un psiquiatra para la atención conjunta de casos.	Corresponsabilidad en la atención de todos los pacientes.
2. Reuniones de supervisión para revisión de casos y su seguimiento (mensuales) con el médico general.	Apoyo técnico en la orientación diagnóstica específica y en el plan terapéutico. Formación continua basada en comentario de casos.
3. Referencia y seguimiento de casos graves (con el apoyo del psiquiatra).	Corresponsabilidad (entre el médico general y el especialista) en el seguimiento de pacientes graves.
4. Referencia de casos por urgencias psiquiátricas detectadas (intentos suicidas y síntomas psicóticos).	Asegurar la accesibilidad a la atención psiquiátrica hospitalaria (antes de siete días).

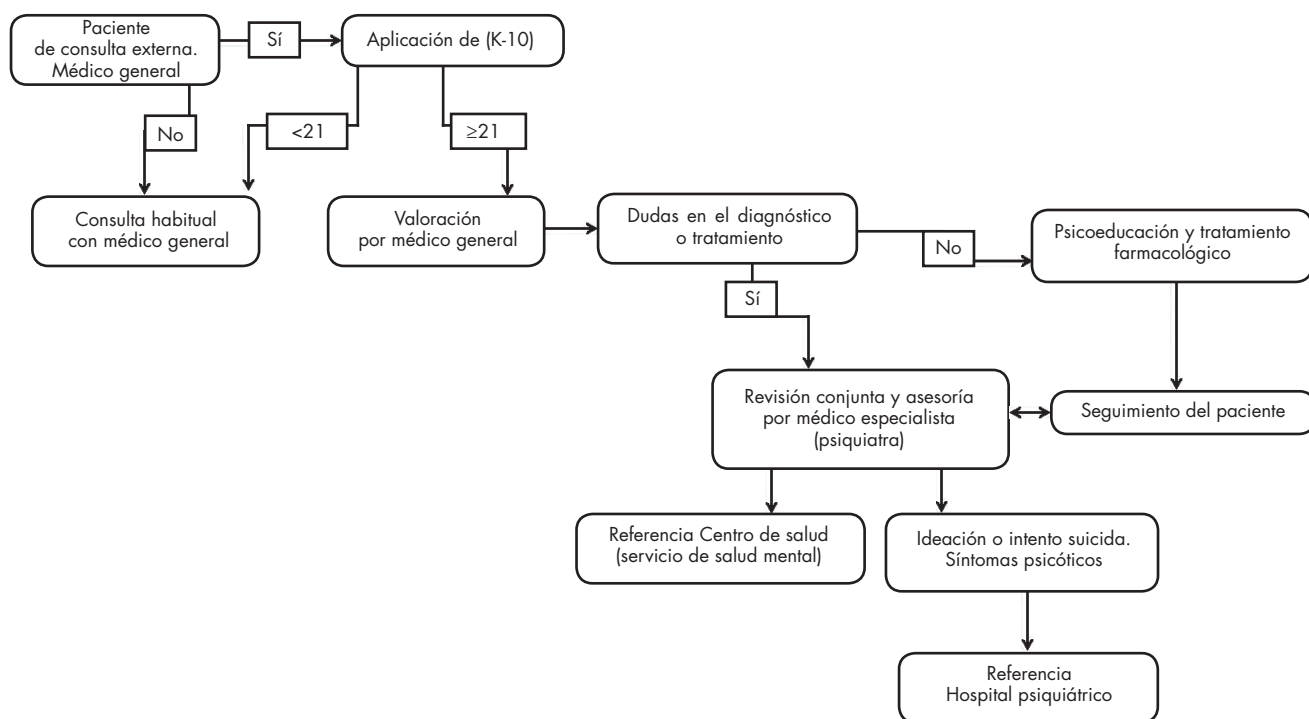


Figura 1. Modelo de atención colaborativa. Esquema de atención.

nales y, en caso necesario, adherirse a un tratamiento farmacológico. Además, se aclararon dudas acerca del temor de los pacientes de presentar alguna adicción por el uso de antidepresivos.

5. *Sesiones de atención colaborativa.* Se programaron dos sesiones mensuales para dar seguimiento y supervisión de los pacientes diagnosticados por los médicos generales.
6. *Los medicamentos* que se utilizaron para el tratamiento de la depresión leve y moderada fueron los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), tales como la fluoxetina o la sertralina, dependiendo del medicamento que estuviera disponible en los centros de salud.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10); validada por Vargas et al.,¹⁶ que consta de 10 preguntas e identifica síntomas ansiosos y depresivos en los últimos 30 días. La puntuación para ser considerado como un probable caso es de ≥ 21 puntos.

Se aplicó una entrevista estructurada a los médicos que participaron en la investigación, con el propósito de conocer sus opiniones y sugerencias sobre el modelo de atención colaborativa.

Para el control de las actividades de atención colaborativa, se diseñó una *cédula de atención colaborativa para registrar*

la actividad, las variables que se incluyeron fueron: número de participantes, profesión, centro de salud, número de pacientes valorados o revisados, motivo de la valoración o revisión y motivo(s) de cancelación de la(s) sesión(es).

El proyecto de investigación fue dictaminado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

RESULTADOS

Se capacitaron a 104 trabajadores: 35 médicos, 36 enfermeras, 20 trabajadoras sociales, cinco psicólogos y ocho médicos de servicio social.

Se aplicaron 1643 instrumentos de tamizaje y se encontraron 830 personas que presentaron puntuaciones de 21 o más en la escala de Kessler-10 (posibles casos), los cuales se enviaron a valoración con el médico general y el psiquiatra, y sólo asistieron 313 (38%), los 517 (62%) restantes, no asistieron. Las personas que acudieron fueron atendidas bajo el modelo de atención colaborativa. Se corroboraron los diagnósticos de trastorno depresivo en 198 sujetos, 27 con trastorno de ansiedad, 11 con trastorno mixto y 27 con otros diagnósticos como abuso de alcohol, retraso mental y trastorno mental secundario a lesión cerebral. Los falsos positivos fueron 50 sujetos (16%). El diagnóstico lo establecieron los médicos generales apoyados por el psiquiatra del equipo, de acuerdo con los criterios del modelo (figura 2). Du-

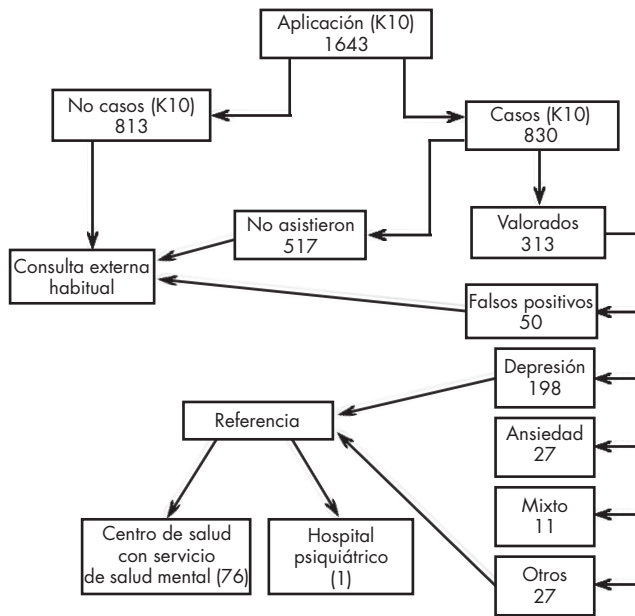


Figura 2. Modelo de atención. Tamizaje y diagnóstico.

durante los tres años que realizó el proyecto fueron referidos al servicio de salud mental de uno de los centros de salud a 76 personas, de las cuales sólo llegaron a consulta 10 pacientes (13.15%), y sólo una persona se refirió al hospital psiquiátrico debido a que presentó ideación suicida. Los motivos de referencia fueron principalmente: trastornos depresivos graves, depresiones recurrentes, ataques de pánico y trastornos de ansiedad generalizada.

Los médicos generales prescribieron fármacos sólo a nueve personas, se utilizaron los ISRS (sertralina y fluoxetina), sólo un médico prescribió un antidepresivo tricíclico y otro más un ansiolítico (la prescripción dependía del tipo de medicamento que se encontraba en el stock del centro de salud). Resultó difícil establecer el tratamiento farmacológico, debido a que no hay un sistema de distribución de los medicamentos de acuerdo a los requerimientos de los diferentes centros que componen el sistema de salud en atención primaria.

Con respecto a la atención colaborativa, durante el primer año se programaron 40 sesiones semanales en cada centro de salud. En un centro participante se trabajó sólo con los médicos de servicio social, debido a que los médicos generales no aceptaron participar en las sesiones de atención colaborativa.

Durante el primer año se suspendieron el 60% de las sesiones, por lo que para los años siguientes sólo se programó una sesión mensual. Los motivos de cancelación que se registraron, a través de la *cédula de registro de atención colaborativa*, fueron diversos, entre los que destaca: cambio de director del centro de salud, saturación de la consulta de los médicos generales, programación de la semana de salud o de vacunación, días festivos, falta de coordinación entre el

director con el personal del centro de salud, etc. Durante las sesiones de atención colaborativa se revisaron temas de salud mental y psiquiatría, casos clínicos y entrevistas a los pacientes. Los participantes en las sesiones de atención colaborativa fueron principalmente médicos generales, seguido de médicos del servicio social, enfermeras y trabajadoras sociales.

En la encuesta de opinión que se aplicó a los médicos generales que tuvieron muy poca participación, manifestaron "conocer el programa" que se estaba desarrollando, que "estaban de acuerdo en colaborar" porque lo consideraban "muy bueno". Sin embargo, desconocían el programa y sólo lo identificaban como "...la aplicación de cuestionarios en la consulta externa y la referencia de pacientes al servicio de salud mental del centro de salud Gustavo Roviroso". Entre los comentarios más sobresalientes encontramos los siguientes: "...atendemos a 18 pacientes al día, les damos 20 minutos por consulta, no tenemos tiempo para ver más detalles"; "...ustedes los especialistas deben hacerse cargo de atender a esos pacientes, pueden darles hasta 45 minutos de consulta", "...nosotros no estamos capacitados". Sólo un médico estuvo de acuerdo en involucrarse en la atención de estos pacientes, quien comentó "...pues el médico general debería ser el filtro para detectar problemas psiquiátricos y si sobrepasa sus capacidades mandarlo al especialista". En general, los argumentos fueron el no tener tiempo para la atención de los pacientes debido a la gran carga de trabajo que tienen.

Por otro lado, el 65% de los médicos generales que participaron durante los tres años del proyecto, refirieron estar satisfechos con el trabajo que estaban realizando; comentaron que llegaban a identificar y atender un promedio de uno a cinco pacientes con algún trastorno mental durante una semana típica, especialmente identificaron los trastornos depresivos y ansiosos. Sin embargo, aún no se sentían suficientemente capacitados para atenderlos sin el apoyo del psiquiatra. Respecto a las sesiones de trabajo colaborativo manifestaron estar muy satisfechos con la actividad, ya que estimuló su interés en temas de salud mental.

Después de estos resultados se decidió realizar ajustes al modelo (segunda etapa), debido a la poca participación de los médicos generales con el esquema de atención. Los cambios fueron los siguientes: el médico general se encargaría solamente de referir al paciente con el especialista en psiquiatría para el diagnóstico definitivo. El psiquiatra asistió a los centros de salud para valorar a los pacientes que requerían atención con citas previamente programadas. La atención colaborativa se transformó en trabajo colaborativo, ya que se dejó de entrevistar pacientes de manera conjunta (médico general-psiquiatra) y a partir de este cambio el especialista se reunía mensualmente con los médicos generales y el equipo de salud, para revisar la asistencia y el diagnóstico de los casos referidos, el tratamiento instaurado y el seguimiento que haría de los mismos el médico general. Por otro lado, se tomó la decisión de enfocarse solamente a los

pacientes de la clínica de enfermedades crónicas, en virtud de que se podía tener un mejor control de los pacientes ya que estaban a cargo de un equipo de salud comprometido y con dedicación exclusiva. Finalmente, como parte de las adecuaciones resolutorias del modelo, se inició una intervención psicosocial breve, debido a que los pacientes con enfermedades crónicas y síntomas depresivos y/o ansiosos, se niegan a incluir los psicofármacos en sus esquemas de tratamiento. Se está preparando la publicación de los resultados de esta segunda etapa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En nuestro país, los trastornos mentales ocupan los primeros lugares de la carga de enfermedad, situación que satura los servicios de salud, y que por su alta prevalencia y baja letalidad demandan recursos humanos y financieros que ponen en situaciones de alerta a los servicios de salud,^{12,13} de ahí la importancia de proponer modelos de atención en donde se revisen los procesos administrativos.

A pesar de que no se planteó el objetivo de determinar las barreras que impedían el desarrollo del modelo, en la cédula de registro de las sesiones de atención colaborativa pudimos corroborar los motivos que correspondían a las barreras que Saraceno et al. proponen,¹⁷ y que influyen en la puesta en marcha de modelos de atención como éste. Los que se encontraron fueron: a) exceso de trabajo del personal, ya que cada médico atiende en promedio de 18 a 20 pacientes por día, b) tiempo que le dedican al llenado de diversos formatos y c) programas prioritarios a los que se les presta mayor dedicación, como la atención del niño sano, embarazo en adolescentes y cáncer cérvico-uterino, entre otros. Los médicos comentaron que esta situación les impide trabajar en proyectos alternativos, ya que les significa una actividad extra, y de acuerdo con Saraceno et al.¹⁷ interfieren con el trabajo. Otro aspecto que se encontró fue la falta de coordinación entre los niveles locales y centrales, principalmente en la dotación de medicamentos, ya que los psicofármacos son insuficientes, y cuando se distribuyen, no coincide la demanda con el abastecimiento de psicofármacos del nivel central. El personal desconoce el *stock* de medicamentos, por lo que los pacientes en muchas ocasiones no encuentran el fármaco en la farmacia y como consecuencia no inician el tratamiento indicado.

La capacitación del personal no constituye un motivo importante, ya que los médicos asisten de forma constante a capacitación en salud mental. Sin embargo, a pesar de ello, llama la atención que aún no se sienten capacitados para prescribir psicofármacos.^{18,19}

En la segunda etapa, dado que se seleccionó a una población específica (pacientes con enfermedades crónicas) la cual contaba con un equipo de salud integrado por un médico, una trabajadora social y una enfermera para la atención

exclusiva de estos pacientes, se logró un seguimiento más cercano de los casos que presentaban sintomatología psiquiátrica, así como mayor apoyo y participación del equipo de los centros de salud. El 40% del total de los pacientes con alguna enfermedad crónica presentaron síntomas de depresión y/o ansiedad. Se observó también la integración del médico general en el control y seguimiento de los pacientes, a diferencia de la primera etapa, en la que los médicos tenían que establecer el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

De acuerdo con la experiencia que se obtuvo en estos años, y en virtud de la entusiasta participación de los médicos de servicio social, se integró a éstos como una de las figuras de mayor apoyo para la atención en el primer nivel de los pacientes con trastornos mentales. Asimismo, las trabajadoras sociales y las enfermeras mostraron interés para capacitarse y aplicar intervenciones psicoterapéuticas breves.

Durante los tres años del proyecto, las evidencias nos mostraron áreas de oportunidad para desarrollar propuestas como éstas. Sin embargo, también se presentaron barreras en la atención de la enfermedad mental en este nivel. En México, existe una asignación escasa de recursos humanos para atender pacientes con algún trastorno mental, por lo que se requiere de una nueva estructura organizacional en los diferentes niveles, cuyo propósito sea aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel.^{19,20} De no considerarse la diversidad de problemas administrativos a los que se enfrentan los médicos de este nivel de atención, difícilmente se cumplirá con este propósito.

Financiamiento

Fundación Miguel Alemán A.C.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a la Jefa Jurisdiccional de Coyoacán maestra Martha E. Mandujano y a los directores de los Centros de Salud participantes (Santa Úrsula, Margarita Chorné, Gustavo A. Roviroso, Ajusco, Nayaritas, Carmen Serdán y Culhuacán).

REFERENCIAS

1. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lioni, C, Svab I et al. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Health Fam Med* 2008;5:67-69.
2. Saxena, Thornicroft, Whiteford. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Global Mental Health* 2(internet.2007;370:878-89(fecha de consulta:5 junio 2014) Disponible en: www.thelancet.com
3. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York: John Wiley and Sons Ltd.; 1995; pp.19-36.
4. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry* 1997;170:6-11.

5. Kramer T, Garralda E. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998;173:508-513.
6. Paolo D. Alcance y límites en la actuación del médico de atención primaria en los trastornos psiquiátricos. *Psiqu Prim* 2003;4(2):4-12.
7. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-842.
8. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J et al. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
9. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D et al. Global mental health 3 (internet).2007;370:991-1005. (fecha de consulta: 9 junio 2014) Disponible en: www.thelancet.com
10. Lara C, Medina-Mora ME, Borges G. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Ment* 2007;30(5):4-11,13.
11. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35(12):1773-1783.
12. Borges G, Wang P, Medina-Mora M, Lara C et al. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health [Internet]*. 2007 Sep [citado 2013 5 de diciembre 97(9):1638-43. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1963297&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. WHO World Mental Health Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders In the World Mental Health Organization world mental health surveys. *JAMA* 2004;291:2581-2590.
14. Heinze G, Chapa C, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Ment* 2012;35(4):279-285.
15. Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273(13):1026-1031.
16. Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V, Rodríguez Estrada C, Pérez Romero J et al. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Ment* 2011;34:323-331.
17. Saraceno B et al. Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-1174.
18. Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C et al. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente a la utilización. *Salud Publica Mex* 1987;39(6):1-8.
19. Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 2):S72-S77.
20. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM et al. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 2):S220-S232.