

ORIGINALES

Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados

M. Beltran Vilella, N. Salleras Marcó, C. Camps García, P. Solanas Saura, E. Igual Massalles y M. García-Oria

CAP Maluquer Salvador. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Girona.

Objetivos. Conocer la relación entre asistencia primaria (AP) y salud mental (SM), valorando: a) percepción de los problemas de SM en AP: formación de los profesionales y relación médico-paciente, y b) relación entre AP y los servicios de soporte especializados: reuniones de coordinación y motivos de las derivaciones.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Siete centros de AP que comparten el mismo centro de salud mental (CSM) de la Regió Sanitària Girona.

Participantes. Todos los médicos de AP de los 7 centros (n = 66).

Mediciones y resultados principales. Encuesta específica, anónima y autoadministrada, que consta de 71 ítems tipo Likert, distribuidos en 14 campos; 51 respuestas (77,2%); un 60,4% valora positivamente su formación en SM; un 100% considera que una buena relación médico-paciente mejora la adhesión al tratamiento, y un 76,5% la ve dificultada por falta de tiempo.

Los pacientes agresivos y manipuladores provocan un mayor grado de tensión (70,6 y 66,7%).

Lo más valorado de la relación con el CSM es su apoyo en el seguimiento de los pacientes (69,6%) y el acuerdo en la división de responsabilidades en el tratamiento de los trastornos mentales (71,1%).

Las formas de apoyo más valoradas son las reuniones de interconsulta (80,4%) y las interconsultas telefónicas (78,4%).

Los factores que más condicionan la derivación al CSM son las ideas de suicidio (96,1%) y la gravedad de la sintomatología (94%).

Conclusiones. Sería necesario ofrecer mayor formación al médico de AP sobre SM.

Los médicos de AP consideran escaso el tiempo que pueden dedicar a sus enfermos psiquiátricos. La disponibilidad de un equipo de apoyo especializado es indispensable en AP.

Palabras clave: Atención primaria. Salud mental. Organización y administración.

TACKLING MENTAL HEALTH PROBLEMS FROM PRIMARY CARE: RELATIONSHIP WITH SPECIALIST SUPPORT SERVICES

Objectives. To find the relationship between primary care (PC) and mental health (MH) by evaluating: 1) perception of MH problems in PC: training of professionals and doctor-patient relationship, and 2) relationship between PC and specialist support services: coordination meetings and reasons for referrals.

Design. Descriptive study.

Setting. Seven PC centres that share the same mental health centre in the Girona Health Region.

Participants. All the PC doctors from the 7 centres (n = 66).

Measurements and main results. Specific, anonymous and self-administered survey, with 71 Likert-type items, distributed in 14 fields. 51 replies (77.2%). 60.4% valued positively their MH training. 100% thought that a good doctor-patient relationship improves adherence to treatment, and 76.5% saw this hindered by lack of time. Aggressive and manipulative patients caused a higher level of tension (70.6% and 66.7%). The point most highly valued of their relationship with the MH centre was its support in patient follow-up (69.6%) and the agreement to share responsibilities for treatment of mental disorders (71.1%). The forms of support most valued were: inter-clinical meetings (80.4%) and inter-clinic telephone consultations (78.4%). The factors most conditioning referral to the MH centre were ideas of suicide (96.1%) and the seriousness of the symptoms (94%).

Conclusions. Greater MH training should be offered to PC doctors. PC doctors think they have little time available to devote to their psychiatric patients. Availability of a specialist PC support team is essential.

Key words: Primary care. Mental health. Organisation and administration.

(Aten Primaria 2001; 28: 39-45)

Correspondencia: Marta Beltran Vilella.
Cap Maluquer. C/ La Força, 3. 17004 Girona.
Correo electrónico: mbeltranv@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 24-I-2001.

Introducción

En las últimas décadas se está impulsando desde la OMS un nuevo sistema de salud basado en la atención primaria (AP). Paralelamente, la reforma en la asistencia psiquiátrica desplaza la atención hospitalaria hacia servicios comunitarios de salud mental. Ambos nuevos sistemas comparten sus bases filosóficas: desplazan la atención individual hacia la comunitaria, el tratamiento hacia la prevención y la promoción de la salud, se plantea la necesidad de trabajar en equipo y la participación comunitaria, en definitiva, el cambio de un modelo biomédico a un modelo biopsico-social¹. En este mismo sentido, en 1992 Tizón explicaba: «La atención primaria tiene que estar basada en la prevención y promoción de la salud, por lo que se orientará hacia una atención continua, global y globalizadora del paciente, como unidad personal inmersa en la comunidad.»² Nos encontramos, pues, ante un nuevo concepto de sistema sanitario, lo cual obliga a replantearse el papel y funciones de la AP y su relación con la salud mental (SM). La elevada prevalencia de trastornos mentales en la comunidad, que oscila en un 10-25%, pudiendo llegar a un 50%³⁻⁸, hace que los índices de morbilidad psiquiátrica detectados en AP sean muy altos⁹, siendo la mayoría de estos trastornos psiquiátricos tratados

por médicos de AP y un pequeño porcentaje remitidos a SM (uno de cada 20 en una serie del Reino Unido⁹). Consecuentemente, se plantea la necesidad de una estrecha cooperación entre ambos. Los tres tipos posibles de interacción entre ambos niveles son: de derivación, de reemplazo y de enlace. Es este último modelo el de elección según los expertos, ya que permite una estrecha colaboración entre AP y SM, adecuando las experiencias en psiquiatría a la realidad de la AP mediante el desarrollo de actividades de interconsulta y no limitando la relación con los CSM al mero asesoramiento¹.

El objetivo de nuestro estudio es aportar datos sobre un tema de interés como es la relación entre AP y otras especialidades médicas, en este caso SM, evaluando diferentes aspectos: la relación médico-paciente y sus dificultades, la detección de trastornos mentales por parte de AP y la coordinación entre AP y SM.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal de percepción u opinión declarada. Como población tomamos todos los médicos de AP de las 7 zonas básicas de salud (ZBS) que comparten el mismo CSM, un total de 66 médicos, con una cobertura de 125.530 habitantes de una población urbana y rural.

Como instrumento para la recogida de datos utilizamos la encuesta GGM (Gutiérrez-Gisbert-Montilla) para AP, que había sido desarrollada y utilizada previamente en las Áreas X y XI de la Comunidad Autónoma de Madrid los años 1993 y 1995, respectivamente^{10,11}. Se trata de una encuesta autoadministrada, anónima e individual, que consta de 14 campos constituidos por un total de 71 ítems, que se evalúan con una escala tipo Likert del 1 al 4. Las preguntas son cerradas, excepto dos que se valoran con porcentajes. Fue traducida del castellano al catalán por el equipo investigador y para garantizar la comparación entre los 3 estudios se realizó la retrotraducción por una persona bilingüe ajena al trabajo. Las encuestas se entregaron a los coordinadores de las 7

ABS y se recogieron 2-4 semanas más tarde en los mismos centros.

Las variables estudiadas fueron: datos de filiación del médico encuestado, percepción de la formación en SM de los médicos de AP, relación médico-paciente, detección de problemas de SM desde la AP, intervenciones que realiza el médico de AP delante de un problema de SM, asunción de los pacientes de SM, derivación al CSM y valoración de la coordinación entre el CSM y las ZBS.

Análisis estadístico

Los datos de las encuestas fueron introducidos en una base de datos del programa dBase III plus, y la explotación estadística fue mediante el programa SPSS, versión para Windows. Llevamos a cabo un análisis descriptivo de las características de los profesionales y de toda la encuesta.

Para comparar las proporciones usamos la prueba χ^2 . En los casos que había > 5% de casillas con valor esperado < 5, usamos la corrección de continuidad de Yates, a pesar de ser muy conservadora. Sin embargo, prácticamente en ningún caso se modificaba la significación estadística respecto a la χ^2 de Pearson o el test exacto de Fisher.

Resultados

De la población global encuestada (66 médicos de AP), colaboraron voluntariamente 55, es decir, un 83,3%.

Datos de filiación-características de los profesionales

De los participantes, el 57% fue varón y el 43%, mujer, de edades comprendidas en 29-65 años, con una media de edad de 43 años.

Respecto a la especialidad médica, un 57% era médico general y el 43% había obtenido la especialidad de medicina de familia vía MIR. El 88% de los médicos menores de 40 años era especialista en medicina de familia y comunitaria, frente al 18% de los mayores de 40 años ($p < 0,0005$).

En el momento del estudio un 63% de los médicos se coordinaba con el CSM, un 27% no tenía coordinación y un 10% no respondió a esta pregunta.

Formación en SM

Los médicos de AP consideran estar mejor formados en el manejo de la relación con el paciente (88%) que en el manejo de psicofármacos (65%) o en la capacidad para establecer diagnósticos psiquiátricos (58%). Un 60% opina que su formación en SM es buena o excelente. El 98% coincide en opinar que un programa de formación continuada en SM es muy importante. En general los varones (82%) se consideran mejor formados en SM que las mujeres (30%) ($p = 0,00027$); consecuentemente, un 70% de las mujeres a menudo o siempre deriva al CSM, mientras que de los varones sólo lo hace el 41% ($p = 0,048$).

Relación médico-paciente (RMP)

Un 94% de los médicos está de acuerdo en que la RMP es muy importante para determinar cómo será la evolución de la enfermedad y que una buena relación condiciona una mejor evolución (100%), a pesar de verse dificultada por la falta de tiempo (76%). Por otro lado, la mayoría considera que es necesario mantener actitudes similares con los pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos (70%), a pesar de que los primeros requieren un mayor esfuerzo para establecer una buena RMP (98%).

Actividades que realiza el médico de AP

Un 90% de los médicos, a menudo o siempre, realiza el estudio de la patología psiquiátrica antes de derivar al CSM. En los centros coordinados con el CSM, el 100% de los médicos nunca o casi nunca prescribe placebos, mientras que en los centros no coordinados el 21% lo hace a menudo o siempre ($p = 0,039$).

En los centros coordinados la prescripción de placebos no la realiza nunca o casi nunca un 100%

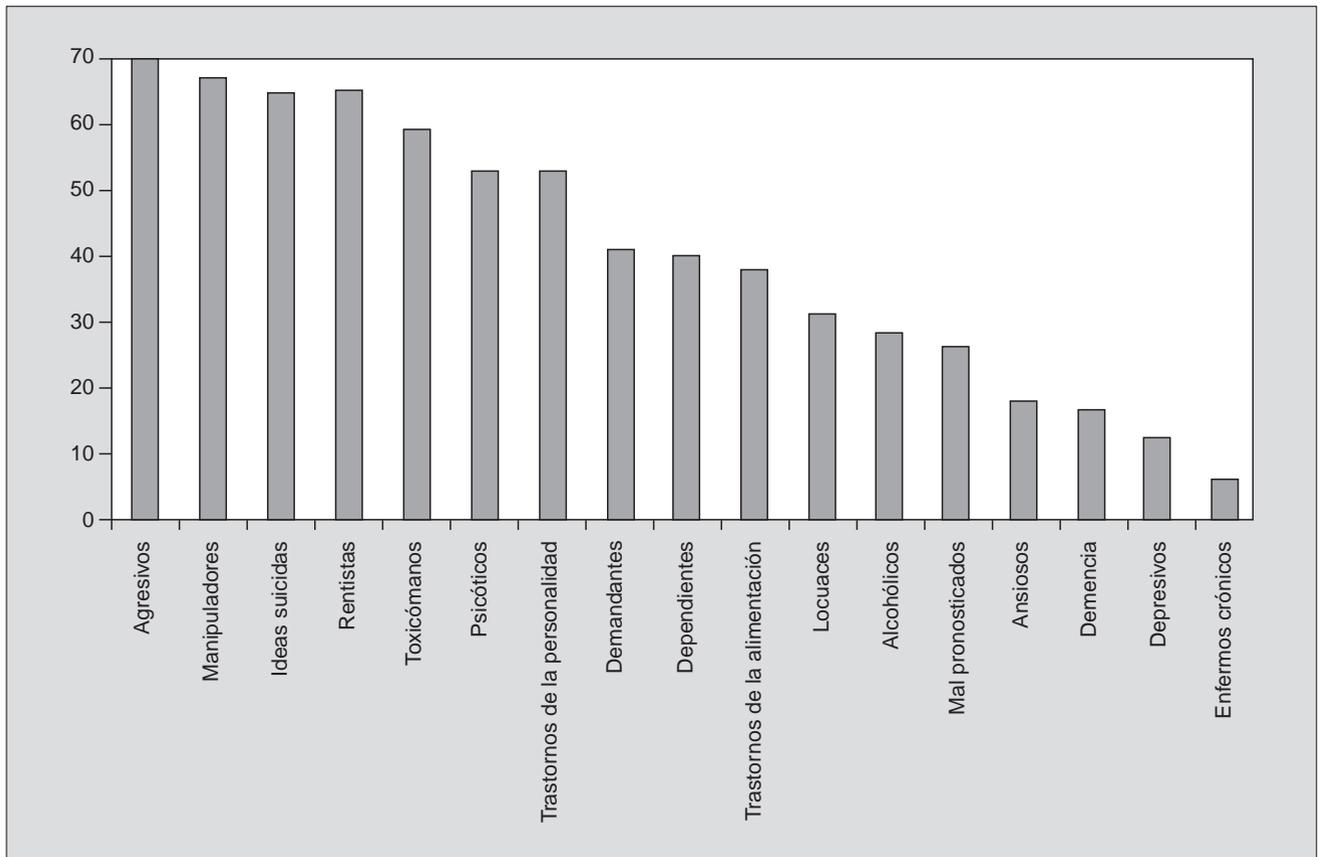


Figura 1. Tipo de pacientes que crean mucha o máxima tensión.

de los médicos, mientras que en los centros no coordinados el 21% lo hace a menudo o siempre ($p = 0,039$).

Un 100% de los médicos de AP considera que facilitan al enfermo consejo y apoyo, el 71% realiza un abordaje familiar y el 61% un abordaje social con ayuda de los asistentes sociales. Así pues, estas intervenciones son las que con más frecuencia realiza el facultativo de AP con los pacientes de SM. Sin embargo, un 98% de los médicos nunca o casi nunca realiza tratamiento grupal. Entre el resto de los datos, cabe destacar que el abordaje familiar lo lleva a cabo el 64% de los médicos con menos de 25 pacientes al día, frente al 92% de aquellos con más de 25.

En cuanto a las derivaciones, encontramos que un 53% de los facultativos encuestados a menudo

o siempre realiza derivaciones al CSM. Los factores que más condicionan estas derivaciones son las ideas autolíticas (96%), la gravedad de la patología (94%) y la dificultad en el manejo del paciente (80%); otros motivos que también condicionan dicha derivación en menor grado son: el conocimiento insuficiente del trastorno (35%), la elevada presión asistencial (30%), la actitud que toma el paciente frente a su derivación al CSM (31%), la mala relación con el paciente (22%) y la dificultad en el manejo de psicofármacos (15%). Un 95% de las mujeres médicas opina que la dificultad en el manejo del paciente condiciona su derivación, mientras opina así el 69% de los varones médicos ($p = 0,045$). Un 98% de los médicos a menudo o siempre explica al paciente el porqué de su derivación al CSM, aunque un 80% tiene di-

ficultades para que acepten la derivación.

En la figura 1 reflejamos el grado de tensión que provoca en el médico cada tipo de paciente de SM.

Relación con el CSM

Con relación a la división de responsabilidades entre el CSM y AP en lo que refiere al tratamiento de los trastornos mentales, un 80% de los médicos de centros coordinados cree que es suficiente o mucha, mientras que opina así sólo el 22% de los facultativos de centros no coordinados ($p = 0,0038$). Un 57% de las mujeres piensa que el envío de informes sobre pacientes remitidos de nuevo a AP con frecuencia se retrasa, mientras que sólo el 28% de los varones comparten esta opinión. Este retraso es considerado excesivo por un 62% de los médicos meno-

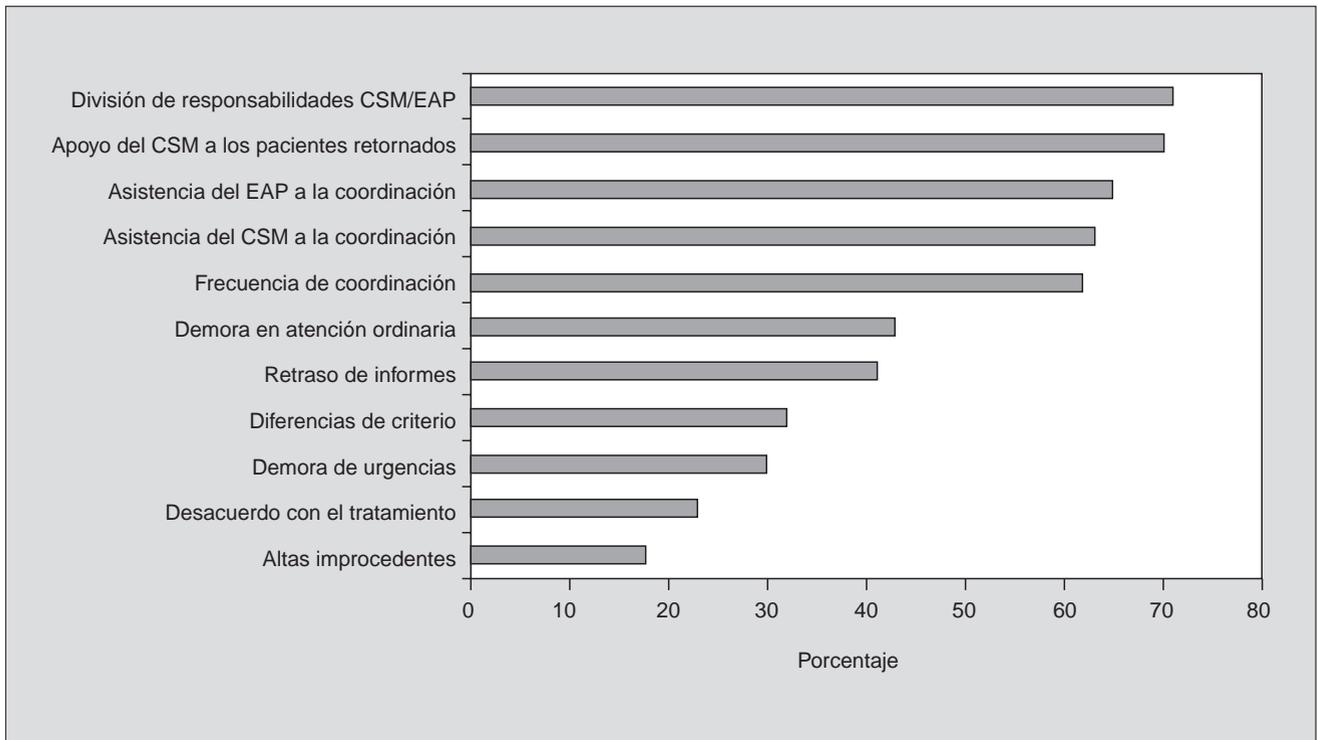


Figura 2. Grado de acuerdo con la situación actual en relación a diferentes aspectos.

res de 40 años, mientras que sólo el 30% del resto de médicos lo considera así ($p = 0,032$).

En la figura 2 representamos la valoración que hacen nuestros médicos respecto a la relación con el CSM.

Formas de apoyo del CSM

Nuestros médicos en general valoran como positivas todas las formas de apoyo por parte del CSM, pero las interconsultas telefónicas son consideradas por un 83% de los médicos como la mejor forma de apoyo, los seminarios sobre actitudes a tomar frente a los trastornos mentales un 81% y el mismo porcentaje la elaboración conjunta con el CSM de protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica. Las formas de apoyo peor valoradas son los seminarios sobre psicofármacos (60%) y la puesta en marcha de grupos terapéuticos desde AP (58%) (fig. 3). Un 96% de los médicos de los centros coordinados con el CSM

crea que la forma de apoyo tipo reuniones de interconsulta sobre casos previamente solicitados por el profesional de AP es satisfactoria o muy satisfactoria, frente al 70% de los centros no coordinados (test exacto de Fisher; $p = 0,038$).

En cuanto a las interconsultas telefónicas, un 93% de los médicos coordinados opina que es una forma de apoyo muy satisfactoria, y sólo el 66% de los médicos no coordinados lo cree así (test exacto de Fisher; $p = 0,038$).

Pacientes que consultan por problemas psiquiátricos

En centros coordinados se considera que un 30% de los pacientes son psiquiátricos; en cambio este porcentaje baja al 19% cuando se trata de centros no coordinados ($p = 0,034$). También encontramos diferencias significativas ($p = 0,02$) entre el porcentaje de pacientes psiquiátricos que ven los médicos con más de 25 visitas al

día (31%) y los que ven 25 o menos pacientes al día (20%).

Pacientes que presentan un problema psiquiátrico

Los médicos generales opinan que una proporción mayor de pacientes presenta un problema psiquiátrico (41%), frente a los médicos de familia vía MIR (28%) ($p = 0,009$). Las diferencias más importantes en el análisis de subgrupos, según la existencia o no de reuniones de coordinación, el sexo del profesional y el número de visitas diarias que refiere atender, se pueden observar en las tablas 1-3, respectivamente. Se han consignado únicamente las diferencias estadísticamente significativas, con sus correspondientes valores de p e intervalos de confianza.

Discusión

La participación en nuestro estudio ha sido mayor que en los otros estudios mencionados (83,3 frente

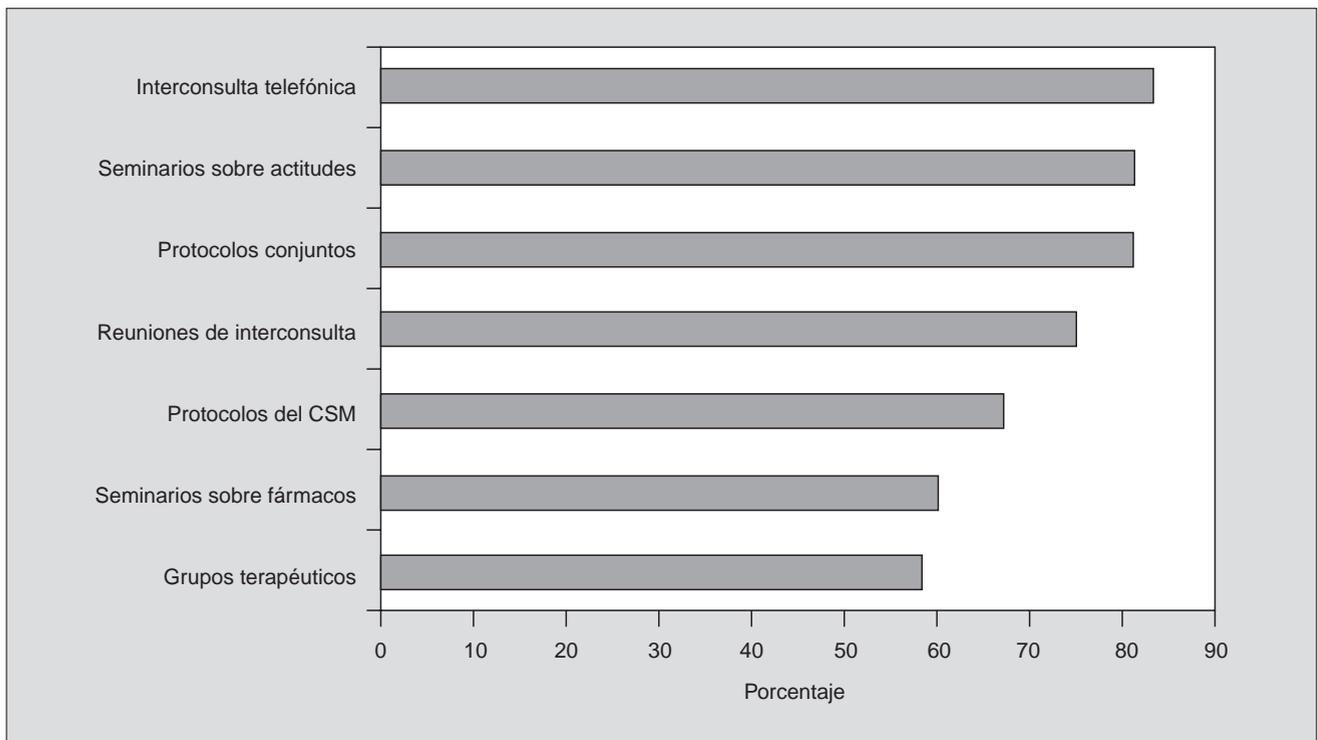


Figura 3. Valoración de las posibles formas de apoyo del centro de salud mental (CSM).

al 61 y 65%)^{10,11}. Se trata de una población de médicos bastante joven, con mayoría de varones y de médicos generales frente a especialistas de familia vía MIR, que constituyen el grupo más joven. Comparando con los estudios previos realizados en Madrid, la mediana de edad de nuestra población es algo superior (43 frente a 37 años), predominan los médicos generales (57%), mientras que en los otros estudios la proporción era del 50% y tenemos menos médicos mujeres (43 frente a 62%)¹⁰. Los médicos de nuestro estudio consideran escaso el tiempo disponible para manejar los casos psiquiátricos, especialmente cuando se considera que la relación médico-paciente es muy importante para el tratamiento y la evolución de esta enfermedad. Además, según algunos autores, en AP los pacientes que presentan trastornos psiquiátricos diagnosticables son infrecuentes como causa evidente de consulta, a pesar de que los pacientes psiquiátricos solicitan atención

médica con más frecuencia que el resto y con mayor frecuencia en consultas de medicina general que en las de psiquiatría⁵. En general los médicos consideran tener una buena formación en SM y valoran como importante un programa de formación continuada en SM^{7,8,10}. Las mujeres se sienten peor formadas en SM y consecuentemente derivan más a menudo al CSM. Esta diferencia de género no se mantiene en otros estudios, donde en cambio encuentran que los médicos jóvenes y los especialistas en familia se consideran mejor formados¹². La experiencia de coordinación es baja, debemos considerar que su implantación es nueva y, como ya comentamos antes, su funcionamiento es muy heterogéneo según el ZBS y el equipo del CSM responsable de cada zona. El nivel de coordinación de los centros con el CSM en el momento del estudio fue superior en los estudios realizados en Madrid (63% frente a 78 y 89)^{10,11}.

El porcentaje medio de pacientes con problemas psiquiátricos que los médicos de familia ven en sus consultas (28%) se aproxima bastante al 30% obtenido por Golberg y Blackwell¹³. Mientras, los médicos generales opinan que la prevalencia de psicopatología es mayor (41%), aproximándose a los resultados de un estudio previo realizado en nuestra población por Chocrón⁶ (38%). Sobre este tema hay gran variedad en los datos obtenidos por diferentes autores según el medio y el método de detección, con porcentajes que oscilan en un 10-50%³⁻⁸. Los índices de detección de casos psiquiátricos podrían explicarse por el grado de capacitación de los médicos de familia en materia de psiquiatría¹⁴. En los estudios previos de Madrid, el índice de detección se sitúa en un 35%¹⁰. La detección precoz de los casos psiquiátricos, como la realización de un diagnóstico y un tratamiento adecuados y precoces, constituyen las piedras angulares de la preven-

TABLA 1. Diferencias según la existencia o no de reuniones de coordinación

	Con reuniones de coordinación	Sin reuniones de coordinación	p
Prescripción de placebos	100% nunca	21% a menudo IC del 95%, 0-42	0,039
Acuerdo en la división de responsabilidades entre CSM y AP	80% IC del 95%, 65-94	22% IC del 95%, 5-49	0,0038
Reuniones interconsulta como buena forma de apoyo	96% IC del 95%, 74-117	70% IC del 95%, 41-98	0,061*
Interconsultas telefónicas como buena forma de apoyo	93% IC del 95%, 65-120	66% IC del 95%, 39-92	0,066*
Tensión que crean los pacientes ancianos	100% nada	21% mucha IC del 95%, 9-33	0,039

*Estos 2 valores de p corresponden a valores significativos por el test de Pearson, pero que incumplían sus criterios de aplicación y se ha aplicado el test exacto de Fisher bilateral.

TABLA 2. Diferencias según el sexo del profesional

	Varón	Mujer	P
Derivación por dificultad en el manejo	69% IC del 95%, 52-85	95% IC del 95%, 85-104	0,045
Capaces de hacerse cargo de pacientes psicóticos crónicos	89% IC del 95%, 77-100	50% IC del 95%, 29-70	0,0021
Buena formación en psicofármacos	82% IC del 95%, 67-96	42% IC del 95%, 20-63	0,0042
Buena formación general en el tratamiento	64% IC del 95%, 46-81	23% IC del 95%, 5-40	0,049
Buena formación SM	82% IC del 95%, 67-96	30% IC del 95%, 9-50	0,0002
Frecuentes derivaciones al CSM	41% IC del 95%, 23-58	70% IC del 95%, 49-90	0,048
Estudio del caso previo a su derivación al CSM	82% IC del 95%, 68-95	100%	0,11*
Retraso en el envío de informes del CSM	28% IC del 95%, 10-45	57% IC del 95%, 35-78	0,045

*Este valor de p corresponde a un valor significativo por el test de Pearson, pero que incumple sus criterios de aplicación y se ha aplicado el test exacto de Fisher bilateral.

TABLA 3. Diferencias según el número de visitas diarias que los profesionales refieren atender

	≤ 25 pacientes/día	> 25 pacientes/día	p
Capaces de hacerse cargo de pacientes psicóticos crónicos	58% IC del 95%, 38-77	84% IC del 95%, 69-98	0,046
Abordaje familiar	64% IC del 95%, 45-82	92% IC del 95%, 81-102	0,016
Pacientes dependientes crean mucha tensión	52% IC del 95%, 32-71	24% IC del 95%, 7-40	0,041
Pacientes terminales crean mucha tensión	41% IC del 95%, 21-60	8% IC del 95%, 2-18	
Titulación	72% MIR IC del 95%, 54-89	60% no MIR IC del 95%, 40-79	0,022

ción secundaria en este terreno¹¹. Curiosamente, a aquellos médicos con menos visitas diarias (≤ 25 pacientes/día) los pacientes de-

pendientes y terminales les crean mayor tensión. Esto podría explicarse porque los médicos con menos visitas disponen de más tiem-

po y por ello se involucran más con estos pacientes. La forma de apoyo peor valorada fue la constitución de grupos tera-

péuticos, pero debe señalarse que no se ha implantado en ninguno de los centros hasta el momento, por lo que esta valoración puede verse alterada por el desconocimiento de este sistema.

En general, comparando los resultados con los estudios previos realizados en Madrid, no hay grandes diferencias en lo que se refiere a la formación, al grado de tensión que les crean los diferentes pacientes, a las intervenciones o las derivaciones que se hacen desde AP y a las posibles formas de apoyo como ejemplo de la coordinación con el CSM. Es más, creemos importante destacar las grandes coincidencias entre los 3 estudios, lo cual confirmaría que la encuesta GGM resulta ser un instrumento útil para explorar opiniones, actitudes y aptitudes ante los problemas de SM por parte de los médicos de AP.

Algunos autores consideran que las pequeñas dificultades observadas en la realización de diagnósticos o prescripción de psicofármacos, así como la tensión que les crean determinados pacientes, pueden superarse en parte mediante formación específica sobre estos aspectos y con la coordinación con el CSM de referencia¹⁰.

Agradecimientos

A Rosa Serra Rueda y Quintí Foguet Boreu por su ayuda técnica.

Bibliografía

1. Antonell Caldentey J. Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Aten Primaria* 1993; 12: 416-421.
2. Tizón JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1992.
3. Gené J, Sanjosé S, Torruella J, Godoy F, Leal C, Olmedilla A et al. Valoración de la motivación de los médicos de atención primaria por la salud mental. *Aten Primaria* 1985; 2: 289-292.
4. Borrell Carrió F, Caterina Bargalló M. Problemas en salud mental. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria* (3.ª ed.). Barcelona: Doyma, 1994; 659-683.
5. Katerndahl DA. Problemas conductuales y psiquiátricos. En: Taylor RB, editor. *Medicina de familia, principios y práctica* (5.ª ed.). Nueva York: Springer, 1995; 289-331.
6. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch Ll. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-593.
7. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch Ll. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-58.
8. Camacho JJ, Cayuela A, Díaz MC, Barranquero A. Derivaciones a salud mental desde un equipo de atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 34-36.
9. Sheperd M, Cooper B, Brown AC, Kallton GW. *Psychiatric illness in general practice*. Londres: Oxford University Press, 1966.
10. Camps C, Gisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15: 217-222.
11. Morales JB, Delgado M, García E, Martínez M, Ramos J. Relación entre atención primaria y salud mental: un estudio bidireccional. *Psiquiatría Pública* 1998; 10: 104-111.
12. Antonell J. Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Aten Primaria* 1993; 12: 66-75.
13. Golberg D, Blackwell B. *Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification*. *BMJ* 1970; 2: 439-443.
14. Retolaza A, Márquez I, Ballesteros J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15: 593-608.