

Los médicos de Atención Primaria ante la Salud Mental

RESUMEN: Se exponen las conclusiones de una encuesta de diseño propio realizada a los médicos de Atención Primaria pertenecientes a los centros de salud del área 10 de Madrid. Evaluamos aspectos tales como la relación médico-paciente y sus dificultades, la coordinación entre salud mental y atención primaria, la detección de los trastornos mentales, y las actitudes del médico de atención primaria acerca de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, atención primaria, encuesta a médicos generales.

SUMMARY: We present the results of a questionnaire, designed by authors, which was fulfilled by every general practitioner belonging to primary care health centre, in the Madrid sanitary area n.º 10. We investigate aspects such as patient-physician relationship and their difficulties, primary care health and mental health coordination, detection of psychiatric cases and attitudes of general practitioner about mental health.

KEY WORDS: Mental health, primary care, questionnaire to general practitioner.

El objetivo de nuestro estudio es aportar datos a un tema que cada vez despierta más interés en nuestra práctica asistencial diaria: la relación entre Salud Mental y Atención Primaria. Ésta ha de estar basada en la prevención y promoción de la salud, por lo que se orientará hacia los cuidados continuos, globales, globalizadores del paciente como unidad personal inmersa en la comunidad. Hay grandes posibilidades de éxito terapéutico si los psiquiatras y los médicos de Atención Primaria trabajan juntos. La continuidad de cuidados tiene especial importancia en los grupos de riesgo: minusválidos, enfermos mentales crónicos, pacientes geriátricos, pacientes infantiles, etc.

Una de las cuestiones más importantes en la relación entre Atención Primaria y Salud Mental son las derivaciones a Salud Mental y los elementos que influyen en dichas derivaciones. En diversos estudios realizados (2), se ha encontrado que aunque los pacientes con trastornos psicológicos constituyen 1/3 de los vistos por los médicos generales sólo 1 de cada 20 son derivados al psiquiatra. Los elementos que influyen en dicha práctica son: la naturaleza de los pacientes, el tipo de servicio de donde provienen y la proximidad y formación de los médicos de Atención Primaria. La formación en Salud Mental se considera tan esencial que en diversos artículos revisados (2, 3) evalúan la capacidad de diagnóstico y tratamiento antes y después de impartir un seminario.

La colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria reporta beneficios clínicos, de servicio y educacionales, mejora la comunicación y contribuye a una aproximación más completa a los cuidados del paciente.

Material y métodos

Hemos tomado como población los médicos de los diez Centros de Salud que integran el área X de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Los Centros de Salud tenían una experiencia previa de coordinación con salud mental, oscilando entre 10 años y un año, con un mismo modelo de relación: reuniones mensuales con interconsultas de casos planteadas desde los profesionales de Atención Primaria, y tratamiento de los temas más habituales con una frecuencia variable (a demanda de estos facultativos). La población global encuestada ha sido de 117 médicos de Atención Primaria y 38 pediatras, que han colaborado voluntariamente, habiendo sido presentadas las encuestas en las reuniones de coordinación. La participación ha sido del 65% de los médicos de Atención Primaria (un 52,7% son médicos generales, y un 41,89% son médicos de familia) y del 10% de los pediatras. Respecto al sexo el 64,86% son varones. Sólo el 39,19% de los participantes pertenecen al turno de mañana. Un 89,19% de los participantes tenía experiencia previa en la coordinación con Salud Mental.

La encuesta utilizada para Atención Primaria es la GGM, desarrollada por este equipo, que consta de 12 ítems, cada uno de los cuales contiene varias afirmaciones que los encuestados valoran entre uno y cinco puntos. Se realizó de forma autoadministrada e individualmente. Los distintos ítems recogen aspectos que se pueden desglosar en los siguientes apartados: a) Cómo consideran los médicos de atención primaria su formación en Salud Mental (preguntas 1 y 2) y la prioridad que le darían a la formación en esta materia en un programa de formación continuada (pregunta 12). b) La valoración de diferentes aspectos de la relación médico-paciente (pregunta 3) y la tensión y dificultades que encuentran con los distintos tipos de pacientes que se clasifican según el diagnóstico, la edad y las actitudes (pregunta 4). c) El tanto por ciento de detección de los trastornos mentales por parte de Atención Primaria (pregunta 5) y la frecuencia y el orden en que realizan las intervenciones indicadas ante un paciente con un trastorno mental (pregunta 6). d) Atención Primaria y que desglosamos en las situaciones que consideran que están generando más dificultades en la relación con los Servicios de Salud Mental (pregunta 7A) y aquellas debidas a las actuaciones por parte del equipo de salud mental (pregunta 7B); y en segundo lugar, en una evaluación de cuáles de los métodos habitualmente utilizados en la coordinación les parece más satisfactorio (pregunta 8). e) Qué posibilidades cree tener el Equipo de Atención Primaria de manejar los trastornos mentales, analizando tanto los condicionantes de la derivación (pregunta 9) como la situación evolutiva del paciente (pregunta 10). f) La forma en que se realiza la derivación, si se informa o no al paciente y la actitud de éste ante la derivación (pregunta 11).

Para el procesamiento de los datos hemos utilizado un programa informático

formado por una base de datos de explotación estadística (R-SIGMA). Dentro de cada ítem hemos realizado una comparación entre las puntuaciones medias de cada respuesta ofertada. Para ello hemos utilizado la prueba de Newman-Keuls. Para las variables cualitativas la prueba de chi-cuadrado, y para variables cualitativas y cuantitativas el ANOVA.

Resultados por apartados

a) En general, los médicos de Atención Primaria (MAP) se consideran medianamente formados en Salud Mental (media = 2,88 + 06). Con una diferencia casi significativa ($p < 0,01$) respecto a los médicos más jóvenes, presentan más lagunas respecto a la adscripción de un paciente a un diagnóstico psiquiátrico. Los MAP encuestados no destacan como más necesaria en un programa de formación continuada ninguna de las materias que se les propone: traumatología, neurología, salud mental, etc.

b) El 93% de los encuestados consideran importante (puntúan más de 3) la relación médico-paciente en la evolución de la enfermedad. El 80% piensa que esta relación se ve dificultada por la falta de tiempo y el 81% cree que los pacientes con un trastorno mental requieren un mayor esfuerzo que otros pacientes.

Dentro de este mismo apartado los MAP valoran la tensión y las dificultades que les producen distintos grupos de pacientes: el paciente que más tensión les produce ($p < 0,05$) es el agresivo. El segundo grupo que más angustia les genera ($p < 0,05$) lo integran pacientes con ideas de suicidio, toxicómanos y psicóticos. Los enfermos que menos tensión les crean son aquéllos con depresión, trastornos de alimentación, ansiedad y enfermos crónicos no psiquiátricos de mal pronóstico.

c) El primer ítem de este apartado está en relación con el porcentaje de detección de trastornos mentales por parte de los MAP. Así, el valor medio obtenido cuando se les pregunta por el porcentaje de pacientes suyos que le consultan por un problema de salud mental es del 15%. Además, según los MAP encuestados un 35% de sus pacientes presentan un problema de salud mental aunque no les consulten por ello. Los MAP que se consideran peor formados (puntúan menos de 3) creen detectar un menor número de trastornos mentales en sus pacientes, un 23% de éstos, frente a los que se consideran mejor formados, un 35% de sus pacientes, siendo ésta una diferencia significativa ($p < 0,01$).

Las intervenciones más frecuentes realizadas ante un paciente con un problema de salud mental son el consejo y apoyo médico, el estudio de la patología y las exploraciones complementarias para descartar patología orgánica, con respecto a otras ($p < 0,01$) tales como la derivación inmediata a Salud Mental o el abordaje social o familiar. Otro dato a destacar es que el 82,43% + 4,5 de los MAP del área

X de Madrid suele recetar psicofármacos a los pacientes antes de derivarlos a Salud Mental.

d) Por lo que se refiere a la coordinación, los dos primeros ítems intentan valorar posibles situaciones generadoras de dificultades. En ambos grupos las puntuaciones son bajas (en ningún caso las puntuaciones medias llegan a 3), lo que indicaría que la relación es distendida, sin serias dificultades, considerando la coordinación positiva. Sí hemos encontrado diferencias significativas cuando analizamos cada Centro de Salud individualmente, por lo que esta encuesta no ha supuesto una útil herramienta respecto al análisis y detección de situaciones que dificultan el trabajo en común.

En segundo lugar, tratamos de ver cuáles de los métodos habitualmente utilizados les parece más satisfactorio a los MAP. Las puntuaciones en todos los enunciados de este ítem son altas y similares en cuanto al interés que generan. Lo más valorado, sin ser significativo, son las reuniones de interconsulta sobre casos previamente solicitados por el Equipo de Atención Primaria. Sólo es significativa ($p < 0,05$) la diferencia entre la puntuación media de este enunciado y las sesiones clínicas de casos paradigmáticos que selecciona el Equipo de Salud Mental, siendo éstas las menos valoradas.

e) Los factores que consideran más importantes como condicionantes de la derivación a Salud Mental, y existiendo entre cada uno de ellos diferencias significativas ($p < 0,05$), son expuestos en orden decreciente a continuación: 1) presencia de ideas de suicidio; 2) gravedad de la sintomatología psiquiátrica; 3) dificultad de manejo del paciente; 4) conocimientos insuficientes en un determinado trastorno mental; 5) alta presión asistencial.

Un 94% de los MAP encuestados considera que siempre podría hacerse cargo de los casos leves. A destacar que un 5% contesta que NUNCA debería hacerse cargo de los casos leves. Un 56% de los MAP considera que casi siempre (puntuación más de 3) podría hacerse cargo de los casos crónicos. Asimismo un 53% considera adecuado asumir al paciente una vez emitido el episodio agudo, tras haber sido tratado en Salud Mental. Por último, un 42% de los MAP considera que casi siempre podría hacerse cargo de pacientes que en anteriores recaídas han seguido un tratamiento ya conocido.

f) El 100% de los MAP encuestados dice informar previamente al paciente de su derivación a Salud Mental. Un 62% tiene dificultades para que los pacientes acepten esta derivación.

Conclusiones

Cabe destacar los siguientes aspectos: la escasa diferencia hallada entre las respuestas de los médicos generales y los médicos de familia; la importancia de

trabajar en la coordinación con Atención Primaria el manejo de determinados grupos de pacientes, que hemos detectado, como aquellos que generan mayor ansiedad; que la detección de trastornos mentales por parte de los médicos de Atención Primaria coincide con las estadísticas que actualmente se manejan de la prevalencia de los trastornos mentales en la población general (4); que un 82% de los MAP suelen recetar psicofármacos a los pacientes antes de derivarlos a Salud Mental. Encontramos similares resultados en estudios realizados en Estados Unidos (5) y España (6); que un 94% de los MAP se considera capaz de atender los casos leves psiquiátricos, así como la obtención de porcentajes significativos de MAP dispuestos a asumir otros trastornos mentales, como casos crónicos, post-agudos, y recaídas. Estos datos avalarían la coordinación con Atención Primaria, como un instrumento eficaz para conseguir un filtro adecuado de derivación; finalmente, consideramos la encuesta GGM como un elemento útil para analizar y mejorar las relaciones entre Salud Mental y Atención Primaria, con el objetivo último de ofrecer una continuidad de cuidados en la atención del paciente. El resultado será una unificación de recursos y criterios, con una mayor calidad de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TIZON, J. L., *Atención primaria en Salud Mental y Salud Mental en atención primaria*, Barcelona, Doyma, 1992.
- (2) BROWN, R. y otros, «Comparision of referrals to primare-care and hospital out-patient clinics», *Br. J. Psychiatry*, 1988, 153, pp. 168-173.
- (3) SRIRAM, T. G. y otros, «Training primary care medical officeres in mental health care: an evaluation using a multiple-choice questionnaire», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1990, 81, pp. 414-417.
- (4) SHEPHERD, M., «Primary care of patients with mental disorder in the community», *Br. M. Journal*, 1989, 299, pp. 666-669.
- (5) HOHMANN, A., «Medication prescription in U. S. ambulatory medical care», *The annals of pharmacotherapy*, 1991, 25, pp. 85-89.
- (6) ALBERQUILLA, A. y otros, «Morbilidad psiquiátrica percibida por los médicos generales y prescripción de los psicofármacos en la zona sur de Madrid», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1989, 21, pp. 277-290.
- (7) TYRER, P., «Psychiatric clinics in general practice: An extension of community care», *Br. J. Psychiatry*, 1984, 145, pp. 9-14.
- (8) MURPHY, E., «Community care I: problems», *Br. M. Journal*, 1987, 295, pp. 1.505-1.508.
- (9) BRUGHA, T. S. y otros, «Physical health of the long-term mentally ill in the community: Is where unmet need?», *Br. J. Psychiatry*, 1989, 155, pp. 777-781.
- (10) KENDRICK, T. y otros, «Role of general practitioners in care of long term mentally ill patints», *Br. M. Journal*, 1991, 302, pp. 508-510.
- (11) WALLACE, P. y otros, «Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption», *Br. M. Journal*, 1988, 297, pp. 663-668.

- (12) DRUMMOND, C. y otros, «Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers», *The Lancet*, 1990, 336, pp. 915-918.
- (13) FERNÁNDEZ SAN MARTÍN, M. I., «Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ante los problemas de salud mental: Una encuesta de opinión», *Atención primaria*, 1990, 7, pp. 94-100.
- (14) GARRALDE, E., «The relevance of childhood psychiatric disorder for pediatric primary care consultations», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47, pp. 89-90.
- (15) BELAND, F. y otros, «Measurement of attitudes and behaviors in public health surveys», *American Journal of public health*, 1991, 81, pp. 103-105.
- (16) ANDERSEN, S. M. y otros, «Changin the psychiatric Knowledge of primary care physicians. The effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment», *General Hospital Psychiatry*, 1990, 12, pp. 177-190.
- (17) JENCKS, S. F., «Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care», *Jama*, 1985, 253, pp. 1.903-1.907.
- (18) SCHURMAN, R. A. y otros, «Treatment of mental illness by non psychiatrist Physicians», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, pp. 89-94.
- (19) BUTLER, R.N. y otros, «Towards a typology of general practitioners attitudes to general practice», *Sci. Med.*, 1990, 30, pp. 537-547.
- (20) BUCKS, R. S. y otros, «Towards a typology of general practitioners attitudes to general practice», *Sci. Med.*, 1990, 30, pp. 537-547.
- (21) MECHANIC, D., «Correlates of frustration among British general practitioner», *Journal of health and social behavior*, 1970, 11, pp. 87-104.

Agradecimientos: A los médicos de Atención Primaria del Area 10 de Madrid, sin cuya colaboración e interés este estudio no podría haberse realizado.

* C. Camps García, MIR de Psiquiatría, C. Gisbert, Psiquiatra, R. Gutiérrez, Psiquiatra, J. F. Montilla, Psiquiatra, Jefe de los Servicios de Salud Mental del Área 10 de Madrid.

Correspondencia: C. Camps García, C/ Valencia, 19, 2º A, 28012 Madrid.

** Fecha de recepción: 7-VI-1994.