

Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental

HERRÁN, A.; LÓPEZ-LANZA, J. R.; GANZO, H.; CADIÑANOS, A.; DíEZ-MANRIQUE, J. F. y VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Referral of patients with mental disorders from Primary Care to Mental Health Units

Resumen

Introducción. La mayor parte de los pacientes con trastornos mentales se encuentran en contacto con médicos no psiquiatras, fundamentalmente con los médicos de atención primaria (AP). El objetivo de este trabajo ha sido evaluar los factores relacionados con la derivación de estos pacientes desde AP a los servicios especializados.

Metodología. Se analizaron de las derivaciones realizadas durante un año desde dos centros de AP (población de referencia: 28.039 habitantes) hacia una Unidad de Salud Mental. Se estudiaron los datos de la historia psiquiátrica, del volante de derivación, y las opiniones de los médicos remitentes.

Resultados. De las 486 interconsultas solicitadas inicialmente, se incluyeron en el estudio los 153 pacientes sin historia previa. Los pacientes varones y con estudios universitarios eran remitidos con una frecuencia superior a la esperada. Un 34% de los volantes incluían datos sobre la exploración psiquiátrica y un 70% incluían juicio diagnóstico. Los médicos de familia incluían en el volante más datos acerca de la exploración psiquiátrica y realizaban una petición concreta con más frecuencia que los médicos generalistas. La precisión diagnóstica (61%) era menor en los trastornos de adaptación y de personalidad, además de en aquellos pacientes remitidos con carácter preferente. Estos últimos no presentaban ni una clínica diferente ni una severidad superior a los ordinarios.

Conclusiones. El manejo de los pacientes con enfermedad mental en AP debe ser mejorado a través de guías de tratamiento y derivación, y mediante una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Palabras clave: Salud mental. Trastornos mentales. Atención Primaria. Derivación. Protocolos.

Summary

Introduction. Most part of the patients suffering from mental disorders are treated by non-psychiatrist physicians, mainly by general practitioners (GPs). The aim of this study has been to analyse the factors influencing the referral of patients with mental illness to psychiatric services.

Methods. Using data of referrals from two Primary Care Centres (population: 28.039) to a Mental Health Unit in one year period, we analysed clinical records, information provided with the referral, and the opinion of GPs about mental illness.

Results. Out of the 486 referrals, the 153 patients without previous consultations were included in the analysis. Men, and those with higher educational status were referred more frequently. A 34% of the referrals included information about psychopathological symptoms, and 70% included clinical diagnosis. Primary care physicians specialised in family medicine included more data regarding psychopathological symptoms, and included a specific request more often than GPs without specialised training. Diagnostic accuracy (61%) were lower for adjustment and personality disorders, and in those patients with an urgent referral. Patients with an urgent referral did not present different clinical features, nor different severity than those with an ordinary referral.

Conclusions. Management of patients with mental disorders in PHC should be improved with guidelines about treatment and referral. Different levels of care should be coordinated.

Key words: Mental health. Mental disorders. Primary care. Referral and Consultation. Guidelines.

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud frecuente e importante. Estudios recientes han encontrado que el 50% de la población ha presentado al menos un trastorno mental para toda la vida previa, y cerca de un 30% presenta historia de un trastorno mental para una prevalencia de 12 meses (1). Por otra parte, los resultados de trabajos desarrollados en Atención Prima-

ria (AP) han sido igualmente reveladores. En un estudio desarrollado recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 14 países y sobre más de 25.000 pacientes atendidos en consultas de AP, se encontró que un 24% de ellos padecían un trastorno mental según criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (2). En nues-

tro medio, los resultados de trabajos realizados en los últimos años han sido equiparables, tanto en muestras comunitarias (3), como en AP (4).

Desde la perspectiva del médico general, el interés del estudio de los trastornos mentales es evidente dada la prevalencia que alcanzan estas enfermedades en su consulta. Desde la óptica del especialista, la relevancia del análisis de estos trastornos en AP deriva del hecho de que los servicios especializados sólo atienden a una pequeña proporción de los pacientes con enfermedad mental (5). En este sentido, se ha afirmado que el 80% de las necesidades derivadas de estos trastornos se resuelven en AP (6). Sin embargo, la mayor parte de los trabajos sobre el tratamiento y el curso clínico de los trastornos mentales se basan en pacientes en contacto con servicios psiquiátricos y sus conclusiones pueden no ser extrapolables a los pacientes atendidos en AP.

En los últimos años se han establecido guías de manejo para los pacientes con trastornos mentales, tanto en AP (7, 8) como en atención especializada (9) centradas fundamentalmente de los cuadros depresivos. Sin embargo, el principal escollo para lograr la efectividad deseada ha sido que el conocimiento y la utilización real en la práctica de estas guías es baja, como ha sido demostrado en diversos estudios en otros países (10, 11).

El estudio de las derivaciones de los pacientes con trastornos mentales desde AP a los servicios psiquiátricos proporciona información sobre el manejo de estos pacientes en el nivel básico de atención a la salud y puede darnos una información fundamental sobre el comportamiento de los médicos de cabecera ante las recomendaciones establecidas por las sociedades competentes en la materia.

El propósito de este estudio ha sido analizar las características de la derivación de los pacientes con trastornos mentales al especialista y las opiniones de los médicos remitentes al respecto.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente estudio tiene un carácter descriptivo, con una evaluación transversal de las historias clínicas y un seguimiento posterior. Se analizaron las derivaciones realizadas durante 1997 desde dos centros de Atención Primaria correspondientes al área urbana de Santander y su periferia. El centro «General Dávila» cuenta con una población total de 28.039 habitantes y está atendido por tres pediatras y 13 médicos. De éstos, 10 son especialistas vía MIR en medicina familiar y comunitaria (MF) y tres son médicos generalistas sin especialización (MG). El otro centro («El Astillero») cuenta con una población de 15.993 habitantes, y está atendido por ocho médicos (siete MF y un MG) y dos pediatras (12). Los pacientes remitidos durante ese año correspondían a un total de 29 médicos diferentes (debido a sustituciones de los titulares). La población de ambos centros era atendida por un psiquiatra en una Unidad de Salud Mental (USM).

Pacientes

Con el fin de evitar sesgos derivados del conocimiento previo de los pacientes se analizaron tan solo aquellos atendidos por primera vez en la USM, por lo que se excluyeron los que tenían historia previa y los derivados desde el hospital de referencia. Los pacientes remitidos directamente a psicología no se incluyeron en este trabajo (éstos constituyen sólo el 10% de los remitidos a la USM). Los datos para comparación de la población de origen se derivaron de la Memoria de 1997 para esa área de salud (12) y del estudio de salud comunitaria realizado en la ciudad de Santander en 1995 (13). Como referencia de la prevalencia de la patología mental en AP se tomó un trabajo realizado en un área similar (dos centros de AP de Cantabria, además de otros dos de Asturias) (14).

Métodos

Se recogieron datos del volante de derivación, la historia psiquiátrica realizada en la USM y las opiniones de los médicos de cabecera remitentes.

Datos del volante de derivación

Se utilizó un cuestionario que incluía datos sobre el médico remitente y la información incluida en el volante acerca de la exploración psiquiátrica, juicio clínico, tratamiento y petición realizada.

Datos de la historia psiquiátrica

Los datos derivados de la USM incluían información de variables sociodemográficas, clínicas, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, antecedentes somáticos y de consumo de sustancias. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron basándose en la entrevista psiquiátrica SCAN (15, 16), (sin utilizar el programa informático CATEGO) siguiendo los criterios de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV) (17). Los diagnósticos individuales se agruparon para el análisis en las principales categorías diagnósticas.

Al cabo de los seis meses del contacto inicial se recogieron datos del número de consultas realizadas en la USM, tratamiento y evolución clínica.

Opiniones de los médicos generales

Se remitió a los médicos de cabecera un cuestionario acerca de los datos de su cupo, tiempo medio dedicado a cada paciente, percepciones sobre las enfermedades mentales (conocimientos, intereses) y acerca de la información que incluyen habitualmente en los volantes de derivación (exploración, juicio clínico).

TABLA I Características sociodemográficas de la muestra

<i>Edad</i>	
Media	41,6 años (I. de C. 95%: 39,0-44,1)
<i>Sexo</i>	
Hombres	66 (43,1%)
Mujeres	87 (56,9%)
<i>Estado civil</i>	
Casado/Vive en pareja	92 (60,2%)
Soltero	42 (27,5%)
Divorciado/Separado	9 (5,9%)
Viudo	10 (6,5%)
<i>Estudios</i>	
Menos de 7 años	48 (31,4%)
Básicos	53 (34,6%)
Medios	36 (23,5%)
Superiores	16 (10,5%)
<i>Ocupación</i>	
Trabajo (tiempo completo)	58 (37,9%)
Trabajo (tiempo parcial)	8 (5,2%)
Tareas del hogar	28 (18,3%)
Desempleado	26 (17,0%)
Jubilado	17 (11,1%)
Estudiante	10 (6,5%)
No contesta	6 (3,9%)
<i>Antecedentes psiquiátricos personales</i>	
No	112 (73,2%)
Sí	41 (26,8%)
<i>Antecedentes psiquiátricos familiares</i>	
No	104 (68,0%)
Sí	49 (32,0%)

Análisis de los resultados

Para el análisis se introdujeron y analizaron los datos en el paquete estadístico SPSS 7.0. Además de la estadística descriptiva, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la comparación de variables nominales. Para el análisis de diferencias entre variables continuas se utilizó la t de Student. Para la comparación de los datos sociodemográficos con la población de origen se utilizó programa Two by Two analyzer (18).

RESULTADOS

Inicialmente se realizaron 486 interconsultas desde los dos centros de Atención Primaria durante el año 1997 (266 y 220 por cada centro). Excluyendo los pacientes que anularon la cita antes de acudir a la primera consulta y los que no acudieron una vez citados, el número de pacientes atendidos fue 401 (1,1% y 0,9% de la población de referencia respectivamente). Tras excluir a los que tenían historia previa en la USM (227 pacientes) y los remitidos desde el hospital de referencia o a instancias de otros especialistas (12), quedaron 162 pacientes que acudían por primera vez a consulta (0,36% de la población de referencia). En el momento de realizar el estudio no se pudieron completar los datos de nueve historias clínicas.

TABLA II Características y grado de cumplimentación de los volantes de derivación

	Número (%)
<i>Número de volantes</i>	
Centro «General Dávila»	98 (64,5)
Centro «El Astillero»	54 (35,5)
<i>Formación del médico remitente</i>	
Médico de familia	118 (78,1)
Médico general	33 (21,9)
<i>Sexo del médico remitente</i>	
Hombre	76 (50,3)
Mujer	75 (49,7)
<i>Tipo de volante</i>	
Ordinario	81 (52,9)
Preferente	72 (47,1)
<i>Tiempo de demora en la consulta</i>	
Media	32,9 días; I.C. 95%: 29,2 - 36,8
<i>Exploración psiquiátrica</i>	
Sí	53 (34,6)
No	100 (65,4)
<i>Juicio diagnóstico</i>	
Sí	106 (69,3)
No	47 (30,7)
<i>Tratamiento farmacológico</i>	
No tratamiento	71 (46,4)
Benzodiacepinas	46 (30,1)
Antidepresivos	9 (5,9)
Benzodiac. + antidep.	26 (17,0)
Antipsicóticos	1 (0,7)
<i>Petición realizada</i>	
Valoración	57 (37,3)
Valoración y tratamiento	33 (21,6)
Petición propia	14 (9,2)
Otras	7 (4,6)
No específica	42 (27,5)

La muestra total objeto de estudio quedó en 153 pacientes. En dos casos no se disponía de los datos de médico remitente, pero el resto de las variables se incluyeron en el análisis.

Características de la muestra

Las principales características sociodemográficas de la muestra se representan en la tabla I.

La edad de la muestra era equiparable con la población de origen, pero las «mujeres en edad fértil» (de 15 a 49 años) estaban representadas con más frecuencia en la muestra que en la población de origen (41% y 27% respectivamente) ($\chi^2 = 7,345$; 1 G. de L.; $p = 0,006$). El estado civil y la ocupación no diferían de la población originaria. La proporción de pacientes con estudios universitarios era mayor en la muestra que en la ciudad de Santander (10,5% y 5,7% respectivamente) ($\chi^2 = 4,838$; 1 G. de L.; $p = 0,02$).

La edad de los pacientes era similar a la encontrada en el estudio de salud mental en AP realizado previamente. El sexo sí mostraba diferencias significativas en ambos

TABLA III Características de los volantes según la formación del médico remitente

	Formación	n (%)		Diferencia (χ^2)	
		Ordinario	Preferente		
Tipo de volante	MG	18 (54,5)	15 (45,5)	n.s.	
	MF	62 (52,5)	56 (47,5)		
Exploración		Sí	No	p= 0,008	
	MG	5 (15,2)	28 (84,8)		
	MF	47 (39,8)	71 (60,2)		
Juicio diagnóstico		Sí	No	n.s.	
	MG	24 (72,7)	9 (27,3)		
	MF	81 (68,6)	37 (31,4)		
Petición realizada		Valoración	Valoración y tratamiento	No específica	p= 0,02
	MG	11 (39,3)	3 (10,7)	14 (50,0)	
	MF	46 (45,5)	29 (28,7)	26 (25,7)	

MG= Médico General; MF= Médico de Familia.

trabajos, ya que mientras en el estudio actual, de los 128 pacientes (excluidos los que no tenían trastorno mental y los trastornos de personalidad, no valorados en el estudio de morbilidad en AP) 52 eran hombres (40,6%) y 76 mujeres (59,4%), en el trabajo previo en AP las cifras eran de 24 hombres (26,1%) y 68 mujeres (73,9%) ($\chi^2 = 5,003$; 1 G. de L.; $p = 0,02$).

Características de la derivación

Las características de los volantes de derivación se muestran en la tabla II. De los 153 volantes de derivación, casi el 80% procedían de los MF (sin diferencias entre las tasas de remisión entre MF y MG).

En cuanto al grado de cumplimentación de los volantes, un 34% incluían datos sobre la exploración psiquiátrica y un 70% incluían juicio diagnóstico. Casi la mitad de los pacientes no tenían tratamiento psicofarmacológico. Las categorías de «valoración» y «valoración y tratamiento» sumaban más de la mitad de las peticiones realizadas.

Los resultados expuestos en la tabla III muestran las características de los volantes según el tipo de formación del médico remitente (MF/MG). En lo referente al tipo de urgencia de la derivación (ordinario/preferente) y la emisión en el volante de un juicio diagnóstico no había diferencias significativas entre los remitidos por uno y otro grupo. Por otro lado, mientras el 38,9% de los MF incluían en el volante datos acerca de la exploración psiquiátrica, sólo el 15,2% de los MG hacían lo propio, siendo las diferencias altamente significativas. También en el caso de la petición concreta realizada había diferencias significativas entre los MF y los MG; los primeros solicitaban con más frecuencia «valoración» y sobre todo «valoración y tratamiento», y los segundos no hacían constar una petición concreta con más frecuencia.

Diagnóstico y otros datos de la USM

Los diagnósticos finales realizados en la USM se muestran en la tabla IV. Los tres grupos diagnósticos más frecuentes eran los trastornos del estado de ánimo, adaptativos y de ansiedad. Un total de 16 pacientes (10,5%) no presentaban a juicio del psiquiatra ningún trastorno mental. Mientras los trastornos del estado de ánimo y los trastornos adaptativos eran más frecuentes proporcionalmente en las mujeres, en los hombres eran más frecuentes los trastornos por uso de sustancias (categoría sin ningún diagnóstico en el sexo femenino). El diagnóstico no era diferente según el carácter de la derivación (ordinario-preferente).

Coincidencia diagnóstica entre el médico remitente y el psiquiatra

De los 106 volantes que especificaban un diagnóstico, en 65 (61,3%) había una coincidencia entre el indicado en el volante y el otorgado por el psiquiatra, y en 41 (38,7%) era diferente.

A la hora de determinar los factores relevantes a la hora de la coincidencia diagnóstica, los datos sociodemográficos del paciente (sexo, edad, estado civil, educación, ocupación) no ejercían ningún efecto sobre ella. La formación del médico remitente (MF/MG) y los datos relativos al volante (datos sobre la exploración, petición, tratamiento) tampoco tenían efecto sobre la precisión diagnóstica. En los volantes ordinarios, la coincidencia era del 71% y en los preferentes del 49%, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 5,460$; 1 G. de L.; $p = 0,01$).

Los diagnósticos influían de forma claramente significativa sobre la coincidencia diagnóstica considerando

TABLA IV Diagnósticos realizados en la USM

	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
T. inicio infancia	2	(1,3)	2	(3,0)	0	(0,0)
T. orgánico	7	(4,6)	4	(6,1)	3	(3,4)
T. uso sustancias	10	(6,5)	10	(15,2)	0	(0,0)
T. psicótico	5	(3,3)	3	(4,5)	2	(2,3)
T. estado de ánimo	43	(28,1)	13	(19,7)	30	(34,5)
T. ansiedad	21	(13,7)	6	(9,1)	15	(17,2)
T. somatomorfo/ disociativo	4	(2,6)	0	(0)	4	(4,6)
T. sexual	1	(0,7)	1	(1,5)	0	(0,0)
T. alimentación	4	(2,6)	1	(1,5)	3	(3,4)
T. sueño	2	(1,3)	1	(1,5)	1	(1,1)
T. adaptativo	29	(19,0)	11	(16,7)	18	(20,7)
T. personalidad	9	(5,9)	6	(9,1)	3	(3,4)
No trastorno psiquiátrico	16	(10,5)	8	(12,1)	8	(9,2)
Total	153	(100)	66	(100)	87	(100)

los cuatro grupos más importantes (estado de ánimo, ansiedad, trastornos de adaptación y «no diagnóstico psiquiátrico») ($\chi^2 = 17,502$; 3 G. de L.; $p = 0,001$). En la tabla V se muestran las tasas de coincidencia en las categorías diagnósticas que se presentaban en más del 5% de los casos, siendo máximas en los pacientes con uso de sustancias y trastorno de estado de ánimo y mínimas en trastornos de adaptación y trastornos de personalidad. Dos casos de «coincidencia» en pacientes sin trastorno mental se deben a pacientes remitidos a petición propia.

Influencia de los datos del volante de derivación sobre la conducta del psiquiatra en la primera consulta y la evolución a los seis meses

Mientras que en los que se hacía constar datos de la exploración psiquiátrica eran dados de alta en 64% de los casos, en los en los que no constaba, lo eran en un 34% ($\chi^2 = 4,511$; 1 G. de L.; $p = 0,03$). De forma similar eran dados de alta un 71% de los que se realizaban por petición propia, y lo propio sólo sucedía en un 48% de los pacientes en que se solicitaba valoración, un 31% de aque-

llos en los que se pedía valoración y tratamiento y un 32% de los que acudían con un volante sin ninguna petición ($\chi^2 = 9,124$; 3 G. de L.; $p = 0,02$). La formación del médico remitente, la urgencia de la remisión, la emisión de un juicio clínico, el tratamiento psicofarmacológico y la coincidencia diagnóstica no ejercían efectos significativos en este sentido.

Ninguna variable relacionada con el volante ni con el diagnóstico presentaba relación con el curso clínico a los seis meses.

Opiniones por parte de los médicos generales

De los 29 médicos remitentes a los que les fue enviado el cuestionario contestaron 19 (65,5%). Los resultados se muestran en la tabla VI. Mientras que el interés por las enfermedades mentales era medio o alto, los conocimientos y habilidades propias percibidas por los médicos acerca de estos trastornos eran medios. Sólo a juicio de un tercio de los médicos los pacientes de su consulta presentan una enfermedad mental en más de un 20% de los casos. En la opinión de la mayoría de los médicos remitentes, se especifican habitualmente datos sobre la exploración psiquiátrica e impresión diagnóstica en los volantes de derivación.

DISCUSIÓN

Los principales resultados del presente trabajo derivan del estudio de los pacientes remitidos desde AP a los servicios especializados, la comparación con la población de referencia y con un estudio sobre patología mental en AP realizado previamente, además de las opiniones de los médicos remitentes. Aunque algunos de estos aspectos han sido estudiados previamente, ningún trabajo les ha analizado de forma conjunta.

TABLA V Coincidencia en el diagnóstico entre el médico remitente y el psiquiatra en los principales grupos diagnósticos

	No coincide		Sí coincide	
	Número	(%)	Número	(%)
T. uso sustancias	1	(12,5)	7	(87,5)
T. estado de ánimo	6	(20,0)	24	(80,0)
T. ansiedad	4	(23,5)	13	(76,5)
T. adaptativo	13	(68,4)	6	(31,6)
T. personalidad	4	(57,1)	3	(42,9)
No trast. psiquiátrico	6	(75,0)	2	(25,0)

TABLA VI Percepciones de los médicos remitentes sobre las enfermedades mentales y sus hábitos de cumplimentación de los volantes de derivación

	Número (%)
<i>Conocimientos sobre las enfermedades mentales</i>	
Mucho	0 (0,0)
Regular	16 (84,2)
Poco	3 (15,8)
Nulo	0 (0,0)
<i>Interés sobre las enfermedades mentales</i>	
Mucho	9 (47,4)
Regular	10 (52,6)
Poco	0 (0,0)
Nulo	0 (0,0)
<i>Habilidades con las enfermedades mentales</i>	
Mucha	1 (5,3)
Regular	17 (54,8)
Poca	1 (5,3)
Nula	0 (0,0)
<i>Principal factor que influye en la derivación</i>	
Falta de respuesta al tratamiento	3 (16,7)
Caso grave	2 (11,1)
Caso difícil	1 (5,6)
Riesgo de suicidio	12 (66,7)
<i>Principal factor que influye para no derivar</i>	
Lista de espera	6 (40,0)
Rechazo del paciente	3 (20,0)
No precisa ayuda	6 (40,0)
<i>Petición realizada en el volante</i>	
Valoración	1 (5,3)
Tratamiento	3 (15,8)
Valoración y tratamiento	15 (78,9)
Petición propia	0 (0,0)
Otras	0 (0,0)
<i>Información sobre datos sobre la exploración psiquiátrica</i>	
Sí	17 (94,4)
No	1 (5,6)
<i>Impresión diagnóstica</i>	
Sí	14 (82,4)
No	3 (17,6)

Aspectos metodológicos

Entre las limitaciones del presente trabajo se deben incluir la naturaleza transversal del estudio y su carácter descriptivo, por lo que las conclusiones deben ser tomadas con cautela. Pese a que los diagnósticos realizados en la USM estuvieron basados en la entrevista SCAN, los diagnósticos no se realizaron con el programa informático Catego. Por otra parte, mientras que los datos de la población originaria (12) corresponden exactamente a la misma zona, los referentes al estudio de salud de Santander (13) incluyen un área geográficamente más amplia, y los del trabajo sobre patología mental en AP (14) son de un área próxima, aunque diferente. La tasa de respuesta de los médicos de cabecera remitentes puede constituir una fuente de sesgo a la hora de analizar estos datos. Por últi-

mo, el análisis de los pacientes concretos derivados por cada médico y su relación con las opiniones de éstos sobre la enfermedad mental escapa fuera de los objetivos del presente trabajo. Las comparaciones con trabajos previos también deben interpretarse con cautela debido a las diferencias metodológicas de los distintos estudios.

Características de la muestra

La tasa de pacientes atendidos en la USM respecto a la población de referencia es del 0,9% por año, similar a la de estudios recientes en nuestro medio (19, 20). El hecho de que la proporción de mujeres de edad media de la muestra sea superior a la de la población de origen puede ser un reflejo de que este grupo sociodemográfico se ve afectado con más frecuencia por las enfermedades mentales (1). De hecho, la proporción de varones en la muestra es superior a la encontrada en el estudio previo de patología mental en AP. Esto último estaría de acuerdo con la literatura previa sobre del tema en el sentido de que los hombres son remitidos al especialista con más probabilidad que las mujeres (21). La proporción de pacientes con estudios universitarios en la muestra era casi el doble que la existente en la ciudad de Santander. Mientras que en estudios comunitarios se ha mostrado que la prevalencia de la enfermedad mental es superior en aquellos pacientes con menor nivel educativo (22), aquellos pacientes con estudios superiores son remitidos al especialista con mayor frecuencia, probablemente debido a que ellos mismos solicitan la derivación (23).

Características de la derivación

El carácter de urgencia de la derivación (ordinario-preferente) se repartía casi a partes iguales. Ambos grupos no diferían en los diagnósticos finales, en el hecho de ser dados de alta en la primera consulta ni en la evolución al cabo de los seis meses. Estos hechos, sumados a que los remitidos con carácter preferente muestran una menor precisión diagnóstica comparados a los ordinarios sugieren que la urgencia de la derivación se realiza, no sobre la base de la gravedad o el tipo de patología del paciente, sino en relación con otros factores, como el que los «pacientes preferentes» presenten una patología no conocida previamente por el médico de cabecera, o debido a una demanda por parte del propio paciente (aunque el carácter de «petición propia» no alcanzaba diferencias significativas en este sentido).

Sólo un 34% de los volantes de derivación incluía datos sobre la exploración psiquiátrica. Otros trabajos han encontrado resultados similares (24). Sin duda, este porcentaje resulta muy bajo. Mientras que las dificultades derivadas de la falta de tiempo pueden hacer no cumplimentar éste, al igual que otros apartados del volante, los datos sobre la exploración se muestran como una variable relevante, ya que influían significativamente en la conducta del psiquiatra en la primera consulta

(alta-revisión). Una formación académica más actualizada explicaría el hecho de que los médicos de familia incluyan datos de la exploración y hagan constar una petición concreta con más frecuencia que los médicos generalistas.

El hecho de que el 30% de los volantes no incluyeran un juicio diagnóstico confirma los hallazgos en estudios similares en nuestro medio, que encuentran cifras entre el 20 y el 50% (20). Este dato no se veía influido ni por la formación del médico remitente ni por el diagnóstico final otorgado en la USM. Mientras algún trabajo encuentra que los médicos remitentes reseñan con más frecuencia la depresión y raramente otros diagnósticos (25), en el presente trabajo la mayor parte de los diagnósticos del médico de cabecera consistían en trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, o «trastornos ansiosos depresivos».

Diagnóstico psiquiátrico

Los diagnósticos encontrados, con predominio de trastornos del estado de ánimo, trastornos adaptativos y los trastornos de ansiedad son coherentes con la prevalencia de estos trastornos en los estudios realizados en AP, salvo para el caso de los trastornos de adaptación. Los trabajos que se han centrado en el estudio de derivaciones desde AP a las USM encuentran tasas de este grupo de trastornos entre un 5% y un 12% de los casos (19, 24-26). La tasa superior encontrada en el presente estudio (19%) puede deberse a diferencias metodológicas, como el realizar el diagnóstico (aunque no formalmente) con una entrevista estructurada o el haber incluido sólo «nuevos pacientes», cosa que no hacen otros trabajos. Por otro lado, los estudios de morbilidad de enfermedad mental en AP no muestran este trastorno entre las categorías diagnósticas más frecuentes (2, 4, 14). Al menos parte de las diferencias en este sentido pueden ser atribuibles a la «psiquiatrización» de los problemas de la vida diaria por parte de los pacientes en la consulta del médico general. Un sesgo de selección haría que estos pacientes al expresar sus quejas espontáneamente sean reconocidos como «enfermos psíquicos» con más frecuencia por sus médicos (27) y luego remitidos a la USM. Por otra parte, no se pueden olvidar las dificultades diagnósticas en estos cuadros, ya que con los sistemas nosológicos actuales (17, 28), la presencia o ausencia de un determinado síntoma puede determinar un diagnóstico de un trastorno por ansiedad o depresivo, o por otra parte un trastorno de adaptación.

La tasa de pacientes remitidos que no presentaban ningún trastorno mental (10,5%) entra dentro del rango (entre 4 y 14%) encontrado en trabajos previos (20, 24, 26).

Coincidencia diagnóstica

Hay que tener en cuenta que la coincidencia diagnóstica se valoró en un sentido amplio, considerando

por ejemplo «coincidentes» aquellos casos que el médico de cabecera anotaba «trastorno ansioso depresivo» y el diagnóstico final era, o bien un trastorno de ansiedad, o bien uno depresivo. La concordancia diagnóstica (61%) es similar a la de otros trabajos en nuestro medio, que oscila en diversos estudios entre un 37% y un 70% (20). Como era previsible, el diagnóstico final juega un papel fundamental en este sentido, siendo los trastornos adaptativos y de personalidad los menos coincidentes. Ya se han comentado las dificultades diagnósticas de los primeros. En cuanto a los trastornos de personalidad, se trata de entidades categoriales con índice de fiabilidad diagnóstica bajo incluso entre psiquiatras experimentados (29).

Influencia de los datos del volante de derivación sobre la conducta del psiquiatra en la primera consulta y la evolución a los seis meses

Los datos sobre la exploración influían significativamente en el ser dado de alta o ser citado a revisión en la primera consulta. Este hallazgo es de difícil interpretación. Entre los posibles factores que determinan esta asociación pueden incluirse un mejor conocimiento y relación del médico de cabecera con los pacientes en los que se incluyen datos de la exploración, lo que «animaría» al psiquiatra al alta, o una clínica más claramente definida en estos pacientes, lo que haría más indicado un tratamiento exclusivamente farmacológico (cosa que favorece el seguimiento exclusivo por su médico de cabecera).

Por otra parte, y de forma previsible, aquellos remitidos «a petición propia» eran dados de alta en la primera consulta con una frecuencia significativamente superior, lo que habla a favor de una baja tasa de «falsos positivos» en la impresión clínica por parte de los médicos de cabecera.

La urgencia de la derivación (volante ordinario-preferente) no estaba relacionada con la impresión de severidad por parte del psiquiatra (al menos en el sentido de dar el alta o citar para revisión). Como se he comentado antes, sin duda, esto está relacionado muchas veces con factores ajenos a la patología mental del paciente, como demandas de valoración rápida por parte de los pacientes o el tratarse de patología aguda, pero no necesariamente susceptible de tratamiento psiquiátrico especializado (como en el caso de los trastornos adaptativos). Es clara en este sentido la necesidad de establecer unas pautas y acuerdos entre los diversos niveles asistenciales, no sólo de derivación, sino respecto a la urgencia de ésta con el fin de optimizar los recursos existentes.

La evolución de los pacientes a medio plazo no guardaba ninguna relación con los datos derivados del volante de derivación. Factores como la propia clínica o la aparición de factores «perpetuadores» de la enfermedad (acontecimientos vitales...) que pueden ser especialmente relevantes en este sentido son ajenos a las variables de la derivación, relacionadas fundamentalmente con el médico remitente.

Opiniones de médicos de cabecera sobre la enfermedad mental y la derivación a los servicios especializados

Las opiniones sobre la enfermedad mental, y conocimientos e intereses por estos trastornos, coinciden básicamente con los encontrados por una encuesta a escala nacional entre médicos generales (30). También son congruentes los resultados en el sentido de que la principal razón para la derivación es el riesgo de suicidio, y en cuanto a la percepción de los médicos de cabecera de que habitualmente se incluyen datos sobre la exploración psiquiátrica en el volante de interconsulta.

Por otra parte, el hecho de que sólo a juicio de un tercio de los médicos, los pacientes de su consulta presenten una enfermedad mental en más de un 20% de los casos, refleja que, al menos desde el punto de vista epidemiológico, los conocimientos reales sobre estos trastornos son bajos. De hecho, los conocimientos y habilidades propias percibidas por los médicos eran medios. La percepción de la mayor parte de los médicos respecto a los datos que se especifican habitualmente sobre la exploración psiquiátrica e impresión diagnóstica en los volantes de derivación contrasta con los resultados encontrados en el presente trabajo. Sin duda, las intenciones de hacerlo así contrastan con las presiones asistenciales y burocráticas que pueden ser determinantes a la hora de que esto no se lleve a la práctica. El establecimiento de un conjunto mínimo de datos y criterios de manejo y derivación redundaría en cumplir estos objetivos de forma más adecuada.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Canales, Candela, Caubilla, de la Puebla, del Hoyo, Dubarbie, Gómez-Iglesias, Herrero, Lera, Mendoza, Miró, Olavarrí, Peña, E. Pombo, G. Pombo, Prieto, Quijano, Roldán y Saez-González por colaborar con sus opiniones en la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
2. Goldberg D, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care. An international study*. Chichester: Wiley; 1995.
3. De Santiago A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 1998. p. 35-53.
4. Artal A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en Atención Primaria: estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Arch Neurobiol* 1996;59:237-56.
5. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London and New York: Tavistock Publications; 1980.
6. Üstün TB, Gater R. Integrating mental health into primary care. *Curr Opin Psychiatry* 1994;7:173-80.
7. Subprograma de Salud Mental. Detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina y Comunitaria (SEMFYC); 1989.
8. Depression Guideline Panel. *Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline, Number 5*. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 93-0551. April 1993.
9. Sociedad Española de Psiquiatría. *Guía práctica para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Editores Médicos SA; 1997.
10. Feldman EL, Jaffe A, Galambos N, Robbins A, Kelly RB, Froom J. Clinical practice guidelines on depression: awareness, attitudes, and content knowledge among family physicians in New York. *Arch Fam Med* 1998;7:58-62.
11. Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush AJ. Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1121-7.
12. Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo. *Memoria*; 1997.
13. Díez-Manrique JF. *Salud Urbana*. Santander, 1995. Universidad de Cantabria, 1996.
14. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997;170:529-35.
15. Wing JK, Babor T, Brugha T, Cooper JE, Giel R, Jablensky A, et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
16. Vázquez-Barquero JL, Gaité L, Artal J, Arenal A, Herrera S, Díez-Manrique JF, et al. Desarrollo y Verificación de la Versión Española de la Entrevista Psiquiátrica «Sistema SCAN» (Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994;22:109-20.
17. Asociación Psiquiátrica Americana. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
18. Centor RM, Keightley J. *The two by two analyzer (versión 1.0)*. 10806 Stoneycreek Drive. Richmond, Virginia 23233.

19. Gamero MJ, Bustos J, Cano MJ, Gutiérrez JR, Buitrago F. Derivaciones de médicos de atención primaria a una unidad de salud mental. *Aten Primaria* 1996;17:445-8.
20. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanque G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria* 1998;22:233-8.
21. Verhaak PFM. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993;43:203-8.
22. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a nation community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-86.
23. Goldberg D, Huxley P. The third filter: referral to psychiatric services. En: *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London and New York: Tavistock Publications, 1980. p. 108-16.
24. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación? *Aten Primaria* 1995;15:491-7.
25. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Limeno A. Interconsulta atención Primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única. *Aten Primaria* 1993;13:136-8.
26. Campos A, Alonso T, Sánchez A, Durbán FJ, Manget S. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausia. Concordancia de diagnóstico entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria* 1998;21:613-6.
27. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, Díez-Manrique JF. El reconocimiento de la enfermedad mental en Atención Primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:87-95.
28. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
29. Heumann KA, Morey LC. Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:498-500.
30. Estudio sociosanitario. Libro blanco. La calidad asistencial de la depresión en España. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Nilo Industria Gráfica SA; 1997.

Correspondencia:
Andrés Herrán
Unidad de Investigación en Psiquiatría
Clínica y Social
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Avenida de Valdecilla, s/n
39008 Santander
E-mail: herran@humv.es