

O. Varela González
J. J. López-Ibor Jr.

Revisión de la versión para atención primaria de la CIE-10. Trastornos mentales

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Clínico San Carlos
Universidad Complutense
Madrid

Aunque se ha denunciado ampliamente la difícil aplicabilidad de las clasificaciones psiquiátricas a la atención primaria, hasta el momento son escasas las investigaciones destinadas a definir y sistematizar las demandas reales con respecto a dichos sistemas nosológicos.

Recientemente, ha visto la luz la versión revisada para atención primaria del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10. La nueva herramienta es el resultado de un proceso de elaboración desarrollado primordialmente por un grupo de 971 médicos de atención primaria coordinados por 55 psiquiatras. El proyecto se organizó en tres fases: *a)* evaluación de la versión actual y recogida de propuestas de modificación; *b)* definición de objetivos para una versión optimizada, y *c)* redacción de una propuesta de texto revisado.

El resultado es un texto más asimilable a una guía diagnóstica y terapéutica que a un mero sistema de codificación, más adaptado al papel que los médicos de atención primaria están en condiciones de desempeñar en cada trastorno, más actualizado (especialmente en el apartado del tratamiento) y más específico en muchos aspectos.

Palabras clave:

Psiquiatría en atención primaria. Revisión de las clasificaciones diagnósticas. Médicos de cabecera. Guía Diagnóstica y Terapéutica de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 AP TR. Sistemas nosológicos adaptados.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(2):130-140

Revision of the primary care version of the ICD-10. Mental disorders

Although the difficulty of applying psychiatric classifications to primary care has been widely criticized, there have been few investigations up to now to define and systematize the real demands in regards to these nosological systems.

Recently, the revised version of the Mental and Behavior Disorders Chapter of the ICD-10 has been published. The new tool is the result of an elaboration process mainly developed by a group of 971 primary care physicians coordinated by 55 psychiatrists. The project was organized into three phases: *a)* evaluation of the current version and collection of proposals for change; *b)* definition of objectives for an optimized version; and *c)* writing a proposal of revised text.

The result is a text that is more assimilable to a diagnostic and therapeutic guide than a mere coding system, more adapted to the role that the primary care physician can play in each disorder, more up-to-date (especially in the treatment section) and more specific in many aspects.

Key words:

Psychiatry in primary care. Revised diagnostic classifications. General Practitioners. ICD-10 PHC Mental Health Guidelines. Adapted nosological systems.

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional de Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978 declaró a la atención primaria de salud (APS) pieza clave en la estrategia de «salud para todos»¹. El objetivo básico de construir una APS «esencial, participativa, universal y pertinente» en países en vías de desarrollo y los programas enfocados al diagnóstico de calidad y la mejora en términos de eficiencia de este primer nivel en los países desarrollados siguen siendo hoy día prioritarios en la planificación y gestión sanitarias mundiales.

Cada vez más se impone un concepto holístico de salud en el que destacan los aspectos relacionados con el bienestar psíquico. Por razones sociológicas, culturales y de mercado la salud mental ha ido constituyéndose en causa prominente del consumo de recursos sanitarios y se ha revelado como uno de los factores primordiales de productividad social del individuo. Las muestras de esta tendencia son varias:

- Algunos estudios llevados a cabo en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcenta-

Correspondencia:

Juan José López-Ibor
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Madrid
Correo electrónico: jli@lopez-ibor.com

je de todos los costes de asistencia sanitaria: en Holanda era del 23,2%² y en el Reino Unido sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22%³. El coste de los «trastornos cerebrales» en Europa representa un 35% de la carga económica global de las enfermedades, superando al de la diabetes y el cáncer juntos⁴.

- En el orden por importe a precio de venta al público de 2001 por subgrupos de mayor consumo en España los fármacos psicotrópicos ocupaban puestos como el cuarto de los antidepresivos no tricíclicos o el octavo de los neurolépticos (siendo el tercer lugar para los hipotensores tipo captopril y el séptimo para los antagonistas del calcio)⁵.
- Según un estudio de Murray et al.⁶, los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 30,8% de la carga de enfermedad a nivel mundial, y tres trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las 20 causas principales de años de vida ajustados a discapacidad perdidos para el conjunto de todas las edades.
- Además de la carga directa, deben tenerse en cuenta las oportunidades perdidas, ya que habitualmente las familias se ven obligadas a llevar a cabo ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a sus miembros, no afectados de enfermedad mental, desarrollar todo su potencial en ámbitos como el laboral, relacional y de ocio⁷.

Estos hechos tienen una gran repercusión en el primer nivel de asistencia sanitaria:

- Entre un 19 y un 43% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria tienen un problema mental^{8,9} y un amplio porcentaje de las consultas relacionadas con patología psíquica (33,7%) son atendidas exclusivamente por él¹⁰.
- Los fármacos psicotrópicos son en muchos consultorios de atención primaria la principal categoría de fármacos prescritos; ya lo eran en el estudio de Mann¹¹.

A las indudables ventajas de accesibilidad y potencial reducción de costes que tiene que desarrollar una adecuada atención a la patología mental en atención primaria se añaden cuestiones con frecuencia infravaloradas como la medicalización de lo psiquiátrico y su consiguiente desestigmatización o su carácter de condicionante inicial de la potencial eficiencia de la asistencia especializada en su papel de filtro al ser la principal fuente de referencia de pacientes a los servicios de asistencia psiquiátrica^{12,13}.

Estos beneficios potenciales se ven confirmados por estudios que demuestran que en aquellos países con sistemas de atención primaria más desarrollados se dan unos costes sanitarios más bajos, una mayor satisfacción de los pacientes con los servicios médicos, unos mayores niveles de salud de la población, un menor consumo de psicofármacos¹⁴ y un menor número de ingresos psiquiátricos¹⁵.

Sin embargo, la atención en este primer nivel a los trastornos mentales y del comportamiento en España parece encontrar aún dificultades en su aspiración original de ser «esencial» (capaz de asumir bajo su responsabilidad los problemas más frecuentes) y «pertinente» (asignar los recursos de manera que los costes sean aceptables para la comunidad). Hay muchas referencias a los fallos en la detección de trastornos psiquiátricos en atención primaria¹⁶⁻¹⁸, así como a los errores diagnósticos y mal uso, cuando no abuso, de la prescripción de psicofármacos^{19,20} que provienen de una deficiente preparación del médico de atención primaria en este campo.

Haciéndose eco de esta situación, la OMS, en su Informe sobre la Salud en el Mundo de 2001 (especialmente dedicado a la «Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas»), señala la necesidad de una asistencia psiquiátrica centrada en la comunidad²¹, e incluye entre las 10 recomendaciones de acción en un privilegiado primer lugar la de «Dispensar tratamiento en atención primaria: [...] la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales».

REFERENCIA A HELSINKI 2005

Entre las estrategias más universalmente aceptadas como útiles para la consecución de este objetivo se encuentran:

- Desarrollo de programas educativos para médicos de atención primaria (como cursos de formación continuada o talleres).
- Programas de formación en psiquiatría durante la residencia de medicina de familia y comunitaria.
- La aparición de guías clínicas, monografías específicas y otro tipo de publicaciones en el campo de la psiquiatría en atención primaria.
- El diseño de planes para la coordinación entre los médicos de atención primaria y el psiquiatra.
- La creación de sistemas nosológicos específicos para la atención primaria.

Sin embargo, la eficacia de estas medidas entusiásticamente adoptadas en la década de 1980 (donde se produjo una auténtica explosión bibliográfica en torno al tema) se ha puesto recientemente en entredicho²²⁻²⁷. Básicamente se somete a crítica el modelo unidireccional de flujo informativo psiquiatra → médico de atención primaria en el que el especialista es el vector único de conocimientos. Esta crisis del modelo anterior nace de comprobar que la eficacia de los programas de formación aumenta con la participación más activa de los médicos generalistas, incluso como únicos docentes, y que la coordinación primaria-especializada es más eficaz en la medida que el médico de cabecera goza de un mayor acceso al apoyo del especialista con libertad para establecer sus propios objetivos docentes. A esta

inversión del sentido se añade la reivindicación de la psiquiatría en atención primaria como realidad independiente y distinta de aquella del ámbito especializado²⁸. Las diferencias explicarían las tan extensamente denunciadas deficiencias de aplicabilidad de las clasificaciones psiquiátricas actuales al entorno del primer nivel de asistencia y restarían autoridad como vector a nadie que no conozca esta realidad. No es extraño que los médicos de atención primaria perciban la obligatoriedad de codificar su actividad con las clasificaciones internacionales vigentes como expresión del hospitalo-centrismo y reivindiquen una mayor participación en el desarrollo de una nosología de la que son usuarios y que se está construyendo «sin que los médicos generales o de familia españoles tengamos mucho que decir, excepto aceptar por la vía de los hechos aquello que se nos imponga»²⁹.

En consecuencia, el proceso de revisión de la CIE-10 AP se ha diseñado con la aspiración de dar respuesta a las necesidades definidas por sus usuarios, que se convierten así en legítimos coautores y ha permitido un mayor conocimiento, aunque indirecto, de esa realidad hasta el momento insuficientemente estudiada que constituye la psiquiatría en atención primaria.

LA VERSIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL CAPÍTULO V (F) DE LA 10.^a VERSIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA OMS³⁰

La versión específica para atención primaria de la actual CIE-10 (CIE-AO AP) nace en 1996 como resultado del trabajo coordinado de los centros colaboradores de la OMS en 32 países en el que participaron médicos generales, médicos de familia, trabajadores sociales, expertos en salud pública, psiquiatras y psicólogos con especial interés por el tema. En España colaboraron además representantes de las tres sociedades científicas más significativas en la atención primaria: la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), la Sociedad Española de Medicina General Rural (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Los estudios de campo de la CIE-10 AP incluyeron a más de 500 médicos de atención primaria y su objetivo fue valorar el uso de la clasificación en distintos puntos del mundo, en diferentes culturas y sistemas de salud para incluir las modificaciones oportunas.

La CIE-10 AP es peculiar en varios aspectos: se trata de una clasificación «amable con el usuario» que se centra en sólo 25 categorías diagnósticas (en comparación con las 440 de la clasificación de origen); proporciona información sobre las formas de presentación más frecuentes y el diagnóstico diferencial de dichas quejas y, lo más novedoso, ofrece un consejo claro para el manejo de cada trastorno. Así, cada una de las categorías (los códigos coinciden con los de la clasificación «madre», la CIE-10, aunque puedan englobar en algún caso a más de una entidad) viene desarrollada en una ficha individualizada para facilitar el manejo que consta de los mismos apartados separados en dos secciones:

Pautas diagnósticas

- Quejas presentes (describe los problemas habituales en los pacientes de atención primaria).
- Pautas para el diagnóstico (versión corregida de las pautas de la CIE-10 sin criterios diagnósticos tan rígidos ni puntos de corte).
- Diagnóstico diferencial (breve enumeración de las entidades que merecen especial atención en la que se remite al lector a las fichas correspondientes).

Pautas de actuación

- Información esencial para el paciente y su familia.
- Consejos específicos para el paciente y sus familiares (directrices psicoterapéuticas con una orientación predominantemente cognitivo-conductual).
- Medicación (descripción breve de las alternativas terapéuticas disponibles para el tratamiento, así como algunos aspectos prácticos para el manejo de las mismas).
- Consulta al especialista (criterios muy generales de derivación a la asistencia especializada).

El conjunto de trastornos incluidos puede variar de un país a otro, aunque la mayoría de los trastornos son comunes a todos los países. Además de las 25 fichas, la clasificación incluye otro material de interés para el clínico, como un índice de síntomas, dos árboles de decisión y material educativo diverso para entregar a los enfermos y familiares.

Aunque el nacimiento de una nueva versión de esta adaptación para atención primaria de la CIE-10 no se preveía que tuviese lugar antes de transcurridos 10 años de la publicación de esta primera, en algunos países como el Reino Unido el sistema ha estado sometido a continuas propuestas de mejora y ha sido consecuentemente modificado (actualizadas las pautas de tratamiento psicofarmacológico, incluidos criterios más específicos para la derivación al especialista). Este proceso de mejora se ha basado en el trabajo de un grupo de psiquiatras y médicos de atención primaria que discutían las propuestas y añadían información sobre la evidencia en la que se fundamentaba cada una de las modificaciones (utilizando criterios Cochrane en la medida de lo posible). Este material ha sido publicado por la Royal Society of Medicine³¹ y está disponible en www.whoguidehpcuk.org.

MÉTODO

Los círculos de la calidad

Para llevar a cabo la investigación se crearon 55 círculos de calidad distribuidos por todo el país, cada uno de ellos formado por un grupo de 15 a 20 médicos de atención primaria coordinados por un psiquiatra. Los círculos se reunían periódicamente (1 vez cada mes o mes y medio) en se-

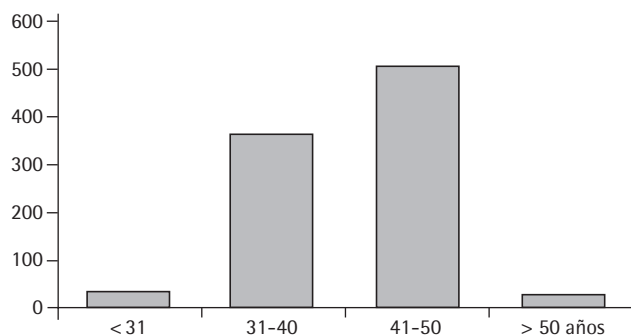


Figura 1 Distribución por edades.

siones de 4 h de duración con una finalidad eminentemente formativa y de acercamiento interdisciplinar.

En total participaron 971 médicos de atención primaria y 55 psiquiatras (un coordinador por grupo). La participación de los médicos generales fue voluntaria, obteniendo a través de la misma un número de créditos de formación continuada con el aval del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Descripción de los participantes

Entre los participantes de primaria que acudieron a la primera sesión se recogieron los siguientes datos: edad, años de ejercicio profesional, número de pacientes atendidos en la consulta en una semana y tipo de población (de acuerdo con el número de habitantes) en la que ejercen.

El análisis de esta información definió una población participante como la que muestran los gráficos.

La distribución por rangos de edad de los participantes se muestra en la figura 1.

De acuerdo a los años de ejercicio profesional en atención primaria de los médicos los participantes se repartían como muestra la figura 2.

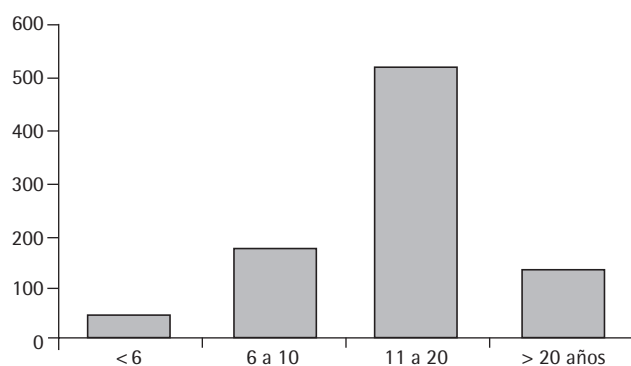


Figura 2 Años de experiencia.

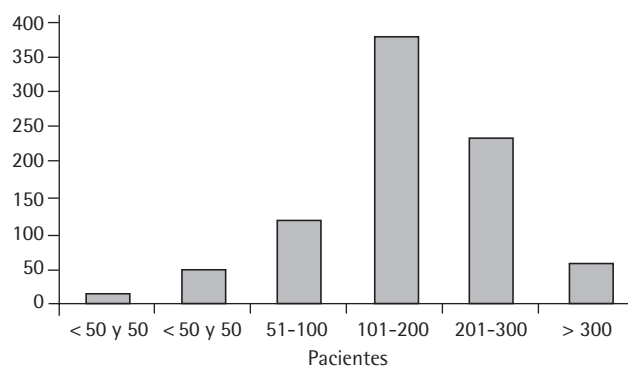


Figura 3 Pacientes atendidos a la semana.

En función del número de pacientes atendidos a la semana en la consulta de primaria la distribución queda reflejada en la figura 3.

La distribución de los participantes de acuerdo con el número de habitantes población en la que ejercía se muestra en la figura 4.

PROCESO DE REVISIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA ACTUAL VERSIÓN DE LA CIE-10 AP

Fase 1: protocolo de evaluación consensuada

Consistió en una valoración, ficha a ficha, de la calidad de la versión actual y recogida de propuestas de modificación de los círculos de calidad. La información emanante, a efectos del proceso de revisión de la versión actual, se recogió en un protocolo de evaluación consensuada de las fichas (una para cada categoría diagnóstica) que componen la actual versión de la CIE-10 AP. La información era recopilada por el psiquiatra que coordinaba cada círculo. Para la evaluación se definieron previamente una serie de variables que se puntuaron de acuerdo con escalas analógicas de 7 puntos:

- Utilidad para la práctica clínica habitual (de 1: «no tiene utilidad», a 7: «tiene una gran utilidad»).

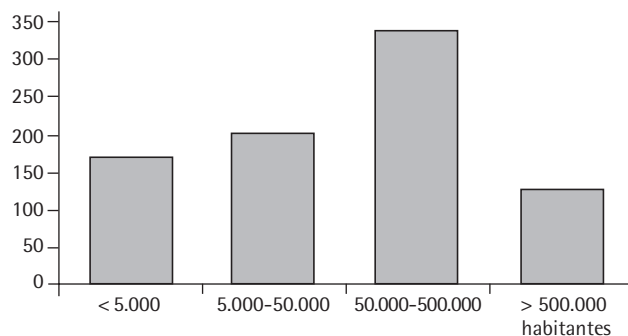


Figura 4 Localidad donde ejerce el médico.

- Nivel técnico respecto al nivel de conocimientos sobre enfermedades mentales del grupo (de 1: «excesivamente bajo, muy elemental», a 7: «muy alto y complejo»).
- Grado de manejo y facilidad de uso en el entorno laboral (de 1: «muy desfavorable», a 7: «muy favorable»).
- Calidad de los distintos apartados de cada ficha (de 1: «muy desfavorable», a 7: «muy favorable»).

Además se obtuvieron propuestas concretas de modificación de los distintos apartados de cada ficha en forma de texto libre redactado por el coordinador y que expresaba el acuerdo en las sugerencias:

- Elementos que sobran.
- Sugerencias de ampliación.
- Modificaciones que los usuarios introducirían en el texto actual.

Fase 2: análisis de datos procedentes del protocolo de evaluación consensuada

Análisis cuantitativo de los parámetros de calidad

Se obtuvieron medidas centrales (medias) de las tres variables (utilidad práctica, facilidad de manejo y nivel teórico) utilizadas para la evaluación de la calidad de la ficha, así como de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los apartados.

Sin pretender conclusiones con respecto a la significación estadística de las posibles diferencias, se utilizaron dichas medias como referencia para valorar la puntuación obtenida por una ficha o un apartado en particular. Puesto que el objetivo era la mejora de la totalidad del texto, esta comparación se utilizó no para obviar la posibilidad de optimizar las fichas o apartados concretos con valoraciones más favorables, sino para identificar aquellos en los que el esfuerzo de mejora habría de ser más intenso.

Análisis cualitativo de las propuestas de modificación

Una vez recibidos los protocolos de evaluación consensuada (entre 30 y 50 por cada ficha, como se describe en la tabla de datos analizados) el proceso de análisis de las propuestas de modificación se realizó por medio del siguiente sistema organizado en diversas etapas:

- Lectura general de los protocolos correspondientes a cada ficha con el objetivo de obtener impresiones generales, apartado por apartado, del sentido principal de las críticas y sugerencias de mejora.
- Separación de los comentarios en los más generales e inespecíficos, como «ampliar», «actualizar» o «especificar

más», y aquellos más específicos o referidos a temas concretos, como «modificar la redacción de un párrafo» o «incluir un nuevo tratamiento psicofarmacológico».

- Organizar los comentarios por temas siguiendo un orden de general a específico (primero, los correspondientes a la ficha en general; después, aquellos inespecíficos referidos a un apartado en concreto, y para terminar, los que atañen a temas más específicos) y computar el número de círculos de calidad que coincidieron en señalar lo mismo (se utilizó la repetición de una demanda como indicador de la relevancia de la misma; así, en el proceso de optimización se consideraron prioritarias las sugerencias en las que se obtuvo un mayor consenso).
- Asociar las posibles propuestas concretas para el nuevo texto con las críticas que las originan. En algún caso muchos círculos coincidían en señalar la necesidad de hacer una modificación en un sentido concreto, pero sólo uno o dos ofrecían una propuesta de texto alternativo. En las ocasiones en que se obtuvieron varias alternativas de redacción, la elección se basó en la adecuación con la que el texto sugerido respondía a la mayoría de las críticas que lo originaban.

Fase 3: descripción de la demanda y definición de objetivos para una versión optimizada

En este proceso la pretensión trascendía del análisis concreto ficha a ficha para señalar los aspectos comunes a la mayoría de las fichas y de los apartados que las componen. Se trató, por tanto, de un proceso de deducción y abstracción en el que se dio importancia no sólo al contenido, sino al sentido de las críticas. Las medidas de calidad antes descritas sirvieron para fijar objetivos preferentes, pero en ningún caso para establecer diferencias significativas en el esfuerzo de mejora ulterior. El análisis siguió, por tanto, una dirección de lo particular a lo general:

- Evaluación de las puntuaciones obtenidas por apartados y por fichas y definición de aquellos que por su baja valoración se constituirían en objetivos prioritarios de mejora (identificación de debilidades).
- Análisis de las propuestas de modificación sugeridas para cada uno de los apartados en las distintas fichas y extracción de los contenidos más frecuentemente criticados y de las directrices comunes de esas críticas.
- Extracción de aquellas finalidades más habituales de las sugerencias referidas a distintos apartados y fichas para constituir un perfil general del sentido de las propuestas de modificación.

Se logró así definir una «filosofía general» para un proceso de optimización cuyo fallo principal radicaba en no haber recogido sugerencias generales, sino concretas, referidas a

cada ficha y dentro de éstas a cada apartado y no a la clasificación en general, su organización.

La definición de objetivos para la elaboración de una versión optimizada abarca distintos aspectos de la clasificación que se pueden resumir en tres: contenidos, estructuración y nivel teórico:

- Tras el análisis de las propuestas de modificación de los distintos apartados se revisó la adecuación de la organización actual de la clasificación buscando satisfacer las demandas de manejabilidad y facilidad de uso de la CIE-10 AP en la consulta de atención primaria.
- Definición de contenidos mínimos por apartados, resultado del análisis de las propuestas y de la elaboración del sentido general de las críticas. Esta definición de unos mínimos aplicables a todas las fichas en general permitiría unificar la calidad de las distintas categorías diagnósticas estableciendo un estándar superior al de la versión actual.
- De acuerdo con los resultados de la evaluación del nivel teórico de las distintas categorías en comparación con el nivel de conocimientos de los médicos de atención primaria se establecerá un estándar aplicable al vocabulario y a los conceptos específicos a emplear en la nueva versión.

Fase 4: elaboración de una propuesta de texto completo de la nueva versión

A la hora de ordenar la prioridad de los criterios a tener en cuenta en la redacción del nuevo texto, los objetivos generales y su consonancia con la filosofía común ocuparon el primer puesto como referencia común a todas las fichas. Así, en caso de producirse alguna propuesta que contradijese en forma o contenidos a estos principios generales, se tomó únicamente en cuenta la parte de la misma en concordancia con dichos objetivos.

En esta jerarquía, a continuación se tomaron en consideración las sugerencias concretas para cada ficha siguiendo un orden de más general a más específico (p. ej., en el apartado de medicación las propuestas de «ampliar, especificar más o actualizar» tendrían prioridad ante comentarios más concretos de signo contrario como «no incluir pautas de dosis de una u otra medicación»). Al mismo tiempo, en caso de producirse sugerencias contradictorias entre sí, el criterio principal fue el número de veces que se repetía dicha propuesta con el fin de primar aquellas sugerencias en las que se producía mayor consenso.

El tercer criterio tenido en cuenta fueron otros intentos de optimización de la CIE-10 AP desarrollados en los últimos años, y más concretamente la versión disponible en Internet de la clasificación sometida a continua mejora por la Royal Society of Medicine del Reino Unido (siempre que el

texto mejorado mostrase concordancia con los anteriores criterios en la jerarquía).

Así, en la redacción de cada nueva ficha se siguió un orden claramente establecido e idéntico en cada ficha y cada apartado:

- Consideración de los objetivos mínimos comunes a todas las fichas en cuanto a contenidos, nivel teórico y estructuración de los apartados.
- Inclusión de las propuestas generales obtenidas para cada apartado y consideradas con respecto al sentido de las mismas: ampliar, reestructurar el apartado, modificar la redacción, incluir algún contenido ausente, especificar un punto concreto, etc.
- Búsqueda entre las sugerencias de texto definitivo de comentarios más específicos en el mismo sentido (p. ej., para el apartado de diagnóstico diferencial las propuestas de «ampliar» → «incluir problemas orgánicos, abuso de sustancias y otros trastornos mentales» → «especificar las pruebas de laboratorio necesarias para descartar organicidad»). En algunos casos los círculos de calidad no sólo demandaban una modificación en un sentido concreto, sino que ofrecían alternativas de redacción para satisfacer sus propias demandas. En las ocasiones en que estas propuestas de texto modificado cumplían con los requisitos establecidos en los objetivos generales se integraron prioritariamente.
- De carecer de sugerencias más concretas para llevar a cabo las modificaciones generales propuestas se recurrió en primer lugar a analizar el texto optimizado de la WHO Guide of Health for Primary Care en busca de posibles soluciones para la demanda. La alternativa de texto se adecuó a las diferencias entre países (medicaciones en farmacia, particularidades en el funcionamiento de las redes sanitarias, recursos comunitarios disponibles, etc.).
- En caso de que la propuesta no encontrase paralelismo en la versión optimizada que mencionamos se ofreció la inclusión de la misma en el nuevo texto consultando literatura reciente sobre el tema concreto a ser posible referida específicamente al medio de atención primaria de España. En este caso se incluyeron las aportaciones de los responsables del proyecto en función de su experiencia con los círculos de calidad, siempre de acuerdo con la filosofía general recibida de los usuarios.

RESULTADOS

Cabe señalar que la participación y colaboración de los médicos de atención primaria fue muy satisfactoria. Los participantes plantearon incluso en el transcurso del programa la demanda de aumentar el espacio disponible para los comentarios con sugerencias de modificación. Dada la enorme utilidad de la recogida de propuestas concretas y

detalladas con vistas a la redacción de la nueva versión, se ofreció la posibilidad de enviar un texto adjunto a la hoja de protocolo. Varios círculos se adhirieron a esta opción haciendo de ella un hábito, con lo que la información obtenida ganó en calidad y cantidad.

Información obtenida de la evaluación consensuada

Calificación y propuestas de modificación de las fichas

La evaluación de calidad de las fichas correspondientes a la versión actual de la clasificación puso de manifiesto una franca heterogeneidad. Aproximadamente la mitad de las fichas obtuvieron puntuaciones indicativas de un grado considerable de satisfacción con respecto a los distintos parámetros, en concreto las de psicosis agudas, trastorno bipolar, trastornos relacionados con la ansiedad (fóbicos, de pánico y ansiedad generalizada), insomnio, trastornos de adaptación y duelo, síndromes conversivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y enuresis.

Sin embargo, aquellos trastornos cuyas fichas obtuvieron valores bajos en al menos dos de los tres parámetros generales de calidad (utilidad, manejabilidad y nivel teórico) también consiguieron puntuaciones pobres en cada uno de los apartados de la ficha (al menos la mitad de los apartados por debajo de la media), constituyéndose en función de estas calificaciones y su trascendencia epidemiológica en objetivos prioritarios de la optimización. Se obtuvo de este modo un orden de prioridad:

- Trastornos somatomorfos.
- Depresión.
- Trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Trastornos debidos al consumo de tabaco.
- Trastornos psicóticos crónicos (esquizofrenia).
- Trastornos del comportamiento alimentario.
- Retraso mental.
- Trastorno de adaptación.
- Trastorno por consumo de drogas.

Evaluación global, principales debilidades

Puesto que los protocolos de evaluación no incluían cuestiones referidas a la clasificación en general, sino un análisis de la clasificación exclusivamente ficha a ficha y apartado por apartado, las conclusiones de carácter general resultan de un proceso posterior de generalización y deducción a partir de las calificaciones y propuestas concretas. Parece fuera de toda duda que las demandas de los médicos de atención primaria en relación con la actual versión de la CIE-10 AP confirman su carácter de guía diagnóstica y tera-

péutica (más allá de su función nosológica) a la vez que exigen una mayor adaptación a su realidad cotidiana y necesidades específicas expresando la conveniencia de una información con aplicabilidad más directa a la práctica clínica habitual. Las demandas se corresponden más exactamente con las exigencias que se harían de un manual de bolsillo o sobremesa para consultar dudas concretas con respecto al diagnóstico o al manejo de un trastorno.

Relacionados con la solicitud implícita de un texto más específico de psiquiatría en atención primaria están los requerimientos de modificación (constantes para casi todas las fichas) con respecto a los apartados de «quejas presentes» (inclusión de motivos de consulta no tan clara e inicialmente asimilables a manifestaciones de una enfermedad mental) y de «diagnóstico diferencial» (inclusión de listados de patología médica a descartar y de protocolos analíticos para este fin). En relación con esta misma exigencia de especificidad, los apartados de información y consejos para el paciente y sus familiares, que fueron diseñados específicamente para profesionales sanitarios sin especialización en patología mental, obtuvieron excelentes puntuaciones.

Se objetiva también con claridad la demanda de un mayor ajuste al papel que los médicos de atención primaria asumen actualmente en la atención a los problemas mentales, tanto en las sugerencias recogidas para el apartado de derivación al especialista como en la cantidad y en lo exhaustivo de las propuestas de modificación para las fichas que recogen trastornos habitualmente manejados en atención primaria en comparación con las referidas a problemas infrecuentes, generalmente atendidos en servicios especializados.

Las sugerencias dirigidas a la mejora de la sección dedicada al tratamiento traducen a la perfección la necesidad de inclusión de información de más directa aplicabilidad: la actualización de los tratamientos psicofarmacológicos; la inclusión de distintas alternativas de acuerdo con el orden de elección; la especificación de dosis, pautas de instauración y retirada, duración de los tratamientos, etc., son demandas claramente orientadas en este sentido.

La definición de objetivos generales y específicos para la elaboración de una versión optimizada se basó en la información recogida en los círculos de calidad

Objetivos generales

- Conseguir un mayor ajuste de las directrices de manejo ofrecidas en la clasificación al papel que, de acuerdo con su propia percepción, los médicos de atención primaria están actualmente en condiciones de desempeñar en la atención de los problemas psíquicos. En función del cometido mayoritariamente asumido por los clínicos en el abordaje diagnóstico y terapéutico

de cada trastorno, al redactar la nueva ficha se daría prioridad a la información referida a unos u otros aspectos. También se ajustaría el nivel teórico del texto a las diferencias existentes entre el grado de familiaridad del clínico con los trastornos que atiende habitualmente o con problemas menos frecuentes y generalmente derivados a atención especializada.

- Ampliar los contenidos, especialmente los referidos al diagnóstico diferencial y al manejo de los trastornos que los médicos de atención primaria asumen como tratables en su medio, así como los criterios de derivación y el posible papel del clínico en aquellos problemas fundamentalmente atendidos por el especialista.
- Especificar más la información ofreciendo pautas más concretas que respondan a los planteamientos más frecuentes y con aplicabilidad directa en la consulta. Esta demanda de especificidad se extendió también al apartado de pautas diagnósticas, poniendo entre interrogantes la apuesta por un sistema categorial suavizado que caracteriza a la versión actual; así, se exigen categorías más nítidamente definidas con inclusión de límites temporales y otros parámetros cuantitativos que asemejarían más el aspecto nosológico del texto a la clasificación utilizada por los especialistas.
- Clarificar los contenidos y reorganizar el texto con dos finalidades:
 - Dar prioridad, en el orden de exposición de la información dentro de cada apartado a los aspectos más esenciales o frecuentes.
 - Conformar una estructura común a todas las fichas en la que la adjudicación de contenidos por apartados evite la repetición gratuita de información y facilite el proceso de búsqueda de información parcial concreta.
- La actualización del texto de acuerdo con las nuevas tendencias, especialmente terapéuticas.

Objetivos específicos

En cuanto al objetivo de lograr un mayor ajuste de los contenidos de cada ficha a las funciones más frecuentemente asumidas por médicos de atención primaria en el manejo de dicho trastorno, se plantea la distinción de dos estrategias diferenciadas dirigidas a sendos grupos de trastornos:

- Para las fichas definidas como de alta utilidad y manejabilidad por los médicos de atención primaria y con altos índices de frecuencia en atención primaria: depresión, demencia, alcoholismo, tabaco, trastornos de adaptación, duelo, insomnio, trastornos relacionados con la ansiedad (pánico, fobias, ansiedad generalizada, etc.), trastornos somatomorfos, enuresis, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, retraso men-

tal, se redactará un texto que aborde el problema como manejable en el contexto de atención primaria incidiendo especialmente en los siguientes aspectos:

- Pautas diagnósticas que permitan diferenciar la patología subumbral, susceptible de alternativas terapéuticas no medicamentosas, de aquella otra que cumple criterios de gravedad como para ser candidata a tratamiento psicofarmacológico desde el inicio.
- Amplio desarrollo de las secciones de información y recomendaciones para el paciente y sus familiares (que serán de utilidad especial en el caso de patología subumbral); con una sección que describa detalladamente las alternativas terapéuticas y con la inclusión de unos criterios de derivación centrados en definir los casos excepcionales que se remitirán a atención especializada y aquellos susceptibles de hospitalización urgente.
- En los casos de patología menos frecuente en este medio o más habitualmente derivada para atención a los servicios de asistencia especializada: drogas, trastornos sexuales, trastorno disocial, trastornos conversivos, esquizofrenia, trastornos psicóticos agudos, trastorno bipolar. La atención prioritaria se dedicará a dos aspectos:
 - Describir detalladamente las posibles formas de presentación más habituales en el contexto de primaria (con el objetivo de potenciar la adecuada detección) y facilitar el diagnóstico diferencial que tenga más trascendencia terapéutica.
 - La detección precoz de recaídas y supervisión del tratamiento de mantenimiento con actividades de promoción de la salud.

Las modificaciones finalmente introducidas en el texto

Las modificaciones finalmente introducidas en el texto de la nueva edición responden en su totalidad al objetivo de una adaptación más satisfactoria a las necesidades específicas de la atención primaria. A continuación y a modo de introducción al texto completo describimos aquellas relacionadas con la reorganización y ampliación de los contenidos de cada ficha, con la definición de la información mínima necesaria por apartados y la red denominación de algunas secciones de acuerdo con el nuevo contenido. Así, las secciones que incluye cada ficha en el texto de la nueva versión son:

- *Presentación en atención primaria (en sustitución de «quejas presentes»)*. Contempla formas de detección de problemas psiquiátricos distintas a la derivada de la verbalización por parte del paciente de alguna queja relacionada con malestar psíquico de algún tipo (durante una consulta por otro motivo, tras la demanda de ayuda de algún familiar, etc.).

- *Pautas diagnósticas.* Apenas modificada, procura establecer una frontera lo más nítida posible entre los cuadros clínicos subumbrales y aquellos claramente patológicos y se aproxima a la especificidad de la clasificación utilizada por los especialistas.
- *Diagnóstico diferencial.* En primer lugar trata la exclusión de causas orgánicas (en algunos casos indicando un protocolo de pruebas analíticas, si fuera necesarias) y a continuación describe más detalladamente los elementos diferenciadores de aquellos trastornos con los que frecuentemente habrá que plantearse el diagnóstico diferencial.
- *Información esencial y consejos para el paciente y sus familiares.* Ambos apartados han requerido pocas modificaciones, la más relevante de las cuales ha sido la designación de contenidos mínimos a observar en todas las fichas.
- *Estrategias de abordaje para el médico de atención primaria.* Se trata de un nuevo apartado incluido únicamente en fichas correspondientes a trastornos tratados al menos inicialmente en atención primaria en los que se ha detectado una especial dificultad de los clínicos con el manejo de la relación terapéutica (como los trastornos somatomorfos y el alcoholismo, etc.).
- *Tratamiento (antes «medicación»).* Incluye información referida a otras modalidades no farmacológicas de tratamiento. El cambio a destacar es la considerable ampliación y actualización de las pautas terapéuticas llevadas a cabo.
- *Derivación al especialista.* Contiene una más clara definición del papel que el médico de atención primaria tendrá habitualmente en relación con el trastorno y una descripción más específica de los supuestos de derivación al especialista y de los criterios de internamiento hospitalario.

DISCUSIÓN

Son múltiples las críticas que con rigor científico se pueden hacer sobre este trabajo. Con afán de proceder metódicamente, la primera de todas afectará al objeto mismo del estudio: ¿un trabajo dedicado a un sistema nosológico que aún no ha definido con calidad qué es lo que clasifica? Algunos autores abogan³² por una revisión de la nosología psiquiátrica debido a su fragilidad e inconsistencia. Así, por ejemplo, entraña una gran dificultad clasificar utilizando como criterio los síntomas cuando «el concepto de síntoma no está suficientemente claro»³³. Sin embargo, y puesto que millones de personas acuden a la consulta de su médico de atención primaria y puesto que de la capacidad de estos profesionales sanitarios para detectar, distinguir de otros problemas y tratar dichos síntomas dependen en ocasiones no sólo el alivio del paciente, sino su rendimiento económico y social y el de su entorno; parece fuera del alcance de

toda duda la utilidad de cualquier constructo teórico que pueda mejorar la eficiencia de esos millones de consultas. Una realidad que no resulta en absoluto incompatible con la aspiración de elaborar nuevas clasificaciones basadas en la evolución del conocimiento sobre la patología mental.

Con este argumento de carácter pragmático o incluso «utilitarista»³⁴, la justificación de este estudio se encuentra con otro importante interrogante: ¿sirve la clasificación al fin perseguido, es decir, mejorar la calidad de la atención a los problemas psíquicos en la atención primaria. Los resultados del trabajo de Croudace et al.³⁵ hacen pensar que las repercusiones en la práctica cotidiana de los médicos de atención primaria serían cuestionables. El estudio no encontró diferencias significativas entre un grupo de pacientes tratados por clínicos de atención primaria que habían participado en un proyecto de optimización y divulgación de la CIE-10 AP en el Reino Unido, muy similar al de los círculos de calidad y otro grupo de pacientes atendidos por médicos de atención primaria que no habían participado en aquel proyecto, en lo que se refiere a la capacidad de detección de patología psiquiátrica (de acuerdo con el GHQ), a los resultados del tratamiento después de 3 meses medidos por la calidad de vida autopercebida (medida con la escala QoL) o la discapacidad (se utilizó una parte del BDQ). Aun cuando se alcanzó una mayor especificidad, no significativa, en los diagnósticos del primer grupo y los pacientes del mismo grupo se mostraron más satisfechos con la atención de su problema, los resultados podrían tener un efecto descorazonador. Sin embargo, no hay que perder de vista las limitaciones del estudio, la más importante de las cuales es su alejamiento de las condiciones clínicas habituales en atención primaria: el estudio consideraba una población de pacientes en espera de una cirugía que consintieron en participar y la intervención diagnóstica y terapéutica de los médicos de atención primaria tenía lugar fuera del procedimiento habitual con evaluaciones autoadministradas de eficacia.

No cabe duda, por tanto, de que es imprescindible desarrollar métodos fiables para evaluar la eficacia de cualquier programa con pretensiones formativas; no obstante, es, si cabe, más prioritaria la cuestión de la aplicabilidad puesto que podría tratarse del fallo primigenio del sistema (que no funcionaría por no ser aplicable en el contexto específico), un fallo que ha sido ya suficientemente denunciado por los clínicos de este primer nivel de asistencia. Es en este sentido en el que conviene no perder de vista el objetivo final que subyace al proceso de elaboración de instrumentos específicos para atención primaria, un objetivo que trasciende el de la eficiencia por ser condicionante esencial de su posibilidad; el de superar la concepción simplista y especialidad centrista. Así, el referente válido sería la existencia de una realidad epidemiológica y clínicamente distinta: la de atención primaria, un campo de conocimiento que requiere de un acceso propio e independiente del que se pueda tener desde cada una de las especialidades. De este modo, la elaboración de instrumentos específicos nace de este reconocimiento y aspira a su divulgación.

Dicho esto, el trabajo realizado tiene dos limitaciones. La primera de ellas tiene que ver con el reclutamiento de los médicos de atención primaria participantes en el estudio; a pesar de que ha sido extensamente descrito el interés de los clínicos de este primer nivel por los temas psiquiátricos, es indudable que la selección secundaria a la voluntariedad de la participación en el proyecto introduce un sesgo (con beneficios innegables para el desempeño del trabajo de mejora, pero que podría haber elevado artificialmente el nivel de conocimientos teóricos y el de la práctica clínica cotidiana en relación con los problemas psiquiátricos). Por otra parte, el procedimiento de evaluación de la versión actual por los médicos de atención primaria, consistente en una revisión ficha a ficha y, dentro de cada ficha, apartado a apartado, no permitió la elaboración directa por parte de los participantes de propuestas más globales con respecto a la clasificación. Así, parecen haberse quedado en el tintero asuntos de importancia no desdeñable como la gestión de las incapacidades laborales de causa psiquiátrica.

A pesar ello, los resultados del presente trabajo revalidan mucha de la información que los escasos estudios relacionados de la psiquiatría en atención primaria realizados hasta el momento. La mayoría de las características descritas como definitorias de esta área específica de conocimiento que ya algunos consideran una disciplina independiente³⁶⁻⁴⁶ se han visto confirmadas en los círculos de calidad. Asimismo, el proceso de optimización basado en las propuestas de mejora de los médicos de atención primaria se ha desarrollado en consonancia con algunas de las líneas rectoras ya enunciadas en la literatura como cruciales en la configuración de nuevas clasificaciones adaptadas a este contexto: la necesidad de la participación activa de los usuarios en la autoría⁴⁷, o los objetivos definidos por Goldbergy et al.⁴⁸, para futuras clasificaciones diagnósticas en atención primaria (accesibilidad y pertinencia, con adecuación a la realidad clínica habitual de los médicos generalistas). Quizás el aspecto más paradójicamente sorprendente de nuestro trabajo sea la constatación de que las demandas de los usuarios no coinciden exactamente con «lo que se esperaba de ellos». Así, los médicos de atención primaria no se muestran satisfechos con la descripción de la presentación de la patología mental en sus consultas reflejada en la clasificación, y es esta insatisfacción la que mejor expresa nuestro desconocimiento de ese otro ámbito de la psiquiatría que, también en contra de lo mayoritariamente reflejado en la literatura, clama por unos criterios diagnósticos más específicos y definitorios de categorías más claramente delimitadas y no por una versión aligerada de las entidades diagnósticas de los especialistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS, 1979.
2. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *Br Med J* 1998;317:111-5.
3. Patel A, Knapp MRJ. Costs of mental illness in England. *Mental Health Res Rev* 1998;5:4-10.
4. Olesen J, Baker MG, Freund T, Di Luca M, Mendlewicz J, Ragan I, et al. Consensus Document on European Brain Research. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;10.1136/jnnp.2006.089540.
5. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005;29:2.
6. Murray CJL, López AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Econ* 2000;9:69-82.
7. Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill. Effects on the health and functioning of other members. *Soc Sci Med* 1996;42:1691-701.
8. Ormel J, Koeter MWJ, van de Willige G. The extent of nonrecognition of mental health problems in primary care and its effects in management and outcome. En: Goldberg D, de Girolamo G, Costa e Silva J, Lecrubier Y, Wittchen HU, editores. *Psychological disorders in general medical settings*. Berna: Huber-Hogrefe, 1990.
9. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
10. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
11. Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Núñez J, Gaité L, Goldberg D, et al. Pathways to psychiatric care in Cantabria. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:229-34.
12. Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Núñez J, Gaité L, Goldberg D, et al. Factores implicados en las «rutas asistenciales» en salud mental. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1993;21:189-203.
13. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
14. Williams P, Balestrieri M. Psychiatric clinics in general practice: do they reduce admissions? *Br J Psychiatry* 1989;154:67-71.
15. Borrowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J Gen Int Med* 2000;15:381-8.
16. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Int Med* 2000;15:284-92.
17. Álvarez Gálvez E, Crespo Hervás MD. Detección de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria: resultados de un estudio epidemiológico en una consulta ambulatoria. *An Psiquiatr* 2002;18:398-406.
18. Ülstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: an international study*. New York: Jhon Wiley and Sons Ltd, 1995.
19. Joukamaa M, Lethinen V, Karlsson H. The ability of general practitioner to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:52-6.
20. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.
21. Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners gi-

- ven by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:457-64.
22. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:83-8.
 23. Goldberg D, Gournay K. The general practitioner, the psychiatrist, and the burden of mental health care. Maudsley Discussion Paper n.º 1. London: Institute of Psychiatry, 1997.
 24. Morris C, Parker A. Exploring the crisis in clinical training: looking to the future. *Int J Lang Commun Disord* 1998;33(Suppl.):244-9.
 25. Thompson C. Once certified, always competent? *J Athl Train* Jan 2000;35:17-8.
 26. Croudace T, Evans J, Harrison G, Sharp DJ, Wilkinson E, McCann G, et al. Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. Cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:20-30.
 27. García-Campayo J, Claraco LM, Orozco F, Lou S, Borrell F, Arévalo E, et al. Programa de formación en salud mental para residentes de familia: el modelo Zaragoza. *Aten Prim* 2001;27:667-72.
 28. Gervás J. Códigos y clasificaciones en medicina general/de familia. *Aten Prim* 1997;20:343-4.
 29. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria, segunda versión española. Madrid: Meditor, 2004.
 30. Berrios GE. Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Austral N Z J Psychiatry* 1999;33:145-60.
 31. López-Ibor JJ. Cultural adaptations of current psychiatric classifications: are they a solution? *Psychopathology* 2003;36:114-9.
 32. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A biosocial model. London: Routledge Publications, 1992.
 33. Wing JK, Babor T, Brugha T. SCAN, schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
 34. Girón Giménez M, Montoya Rico L. Determinación de las necesidades de formación en salud mental en atención primaria a partir de una encuesta de opinión. *Aten Prim* 1990;7:419-714.
 35. Tiemens BJ, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996;153:636-44.
 36. Klinkman MS. Competing demandas in psychosocial care. A model for identification and treatment of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:98-111.
 37. Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de la salud mental en Atención Primaria. Madrid: Trotta, 1999.
 38. Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: Izquierdo, 1996.
 39. Ramos F, Fernández LJ. Los psicofármacos. En: Fernández Rodríguez LJ, editor. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Madrid: Trotta, 1999.
 40. Zimmerman M, Mc Dermut W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:1337-40.
 41. Littlejohns P, Cluzeau F, Bale R. The quantity and quality of clinical practice guidelines for the management of depression in primary care in the UK. *Br J Gen Prac* 1999;49:205-10.
 42. Goldberg D, Simon G, Andrews G. Psychiatric diagnosis and classification in Primary Care. En: Maj M, Gaebele W, López-Ibor JJ, Sartorius N, editores. Psychiatric diagnosis and classification. WHO. London: John Wiley and Sons, 2002.