

M. A. Moré Herrero<sup>1</sup>  
M. A. Jiménez Arriero<sup>2</sup>  
P. E. Muñoz Rodríguez<sup>3</sup>  
A. Muñoz de Morales<sup>4</sup>  
J. Zufía García<sup>5</sup>

# Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental

<sup>1</sup> Servicio de Salud Mental de Villaverde Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Salud Mental de Arganzuela Madrid

<sup>3</sup> Psiquiatra

<sup>4</sup> Servicio de Salud Mental de Usera Madrid

<sup>5</sup> Centro de Salud Los Rosales Madrid

La alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en atención primaria, la mayor percepción de necesidad de ayuda de los casos más leves y que las derivaciones sean poco discriminadas, incrementa la presión asistencial en los servicios de salud mental. Todo ello hace necesario disponer de instrumentos que mejoren el reconocimiento de los casos más graves y que ayuden en la toma de decisión de la derivación. Con esta finalidad hemos elaborado una escala con criterios de derivación a salud mental (CDSM) que es multidimensional y heteroaplicada. En este trabajo se muestran los resultados preliminares de su aplicación por un grupo de médicos de atención primaria en un estudio piloto realizado sobre una muestra de 198 pacientes. Los datos obtenidos confirman la existencia de un alto porcentaje de posibles casos psiquiátricos (46,9%) y detecta un 4% de casos susceptibles de derivación. Los resultados también ponen de manifiesto una baja capacidad de detección de dicha patología por parte de los médicos de atención primaria. La CDSM presenta una moderada asociación con el *General Health Questionnaire* (GHQ) y con el reconocimiento de psicopatología por el médico de atención primaria. Otros factores diferentes de la gravedad clínica evaluada por el CDSM, posiblemente pertenecientes a la relación médico-paciente y que convendría estudiar, parecen estar influyendo en la decisión de derivación a salud mental. En un trabajo ulterior se publicará la validación de la escala para nuestro entorno asistencial.

**Palabras clave:**

Cuestionario. Criterios. Derivación. Atención primaria. Servicios de salud mental.

*Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):210-217

## Preliminary study aimed at the construction of a questionnaire for referral from primary care to mental health services

The high prevalence of psychiatric morbidity in primary care, the growing perception of the need for specialized help by the least severe patients and the lack of

accuracy in referrals, contribute to the increasing overload in mental health services. So it seems necessary to design diagnostic tools in order to improve the detection of more severe patients and to help in the referral decision. With this purpose in mind, we have designed the multidimensional hetero-administrated Scale Referral Criteria for Mental Health (CRMH). This paper presents the preliminary results of a pilot study on its application in a sample of 198 patients by a group of Primary Care Physicians (PCP). The data show the detection of a high percentage of potential psychiatric patients (46.9%) and 4% of patients who having the possibility of being referred. The results also illustrate the low ability of PCP to detect these disorders. CRMH has a moderate correlation with the General Health Questionnaire (GHQ) and with detection of psychopathology by PCP. Other factors, apart from clinical severity evaluated through CRMH, possibly belonging to doctor-patient relationship, which should be analyzed, seem to influence the mental health referral. In a future article, we will present the validation of this scale in our care setting.

**Key words:**

Questionnaire. Criteria. Referral. Primary care. Mental health services.

## INTRODUCCIÓN

La ausencia de un instrumento específico que ayude a mejorar los criterios de derivación desde atención primaria a salud mental y que sea de aplicación en nuestro entorno psicosocial contribuye a no poder discriminar diferentes perfiles asistenciales en los dos niveles. Intentar cubrir este vacío mediante la construcción de una escala multifactorial centra el objetivo de este estudio preliminar.

El incremento de trastornos adaptativos frente al estancamiento de las patologías más clásicas señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, la alta prevalencia de trastornos mentales en atención primaria<sup>2,3</sup>, que puede llegar al 40-50% si se incluyen los trastornos mentales menores<sup>4-7</sup>, la dificultad en la detección y los problemas para el cribado de dichos trastornos en ese nivel<sup>3,8,9,10</sup> y la alta percepción de necesidad de ayuda para las patologías más leves en detrimento

**Correspondencia:**

Miguel A. Moré Herrero  
Servicio de Salud Mental de Villaverde  
Totanes, 1  
28041 Madrid  
Correo electrónico: miguelmore@yahoo.com

de las graves<sup>11,12</sup> supone un incremento importante en las derivaciones a salud mental<sup>11,12</sup>.

Aunque son varios los instrumentos que se han desarrollado para la detección de trastornos psiquiátricos<sup>13-28</sup>, y algunos de ellos (*General Health Questionnaire* [GHQ], *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* [PRIME-MD], *Mini International Neuropsychiatry Interview* [MINI], *Quick Psychodiagnos-tics Panel* [QPD], *Patient Health Questionnaire* [PHQ]) son de especial utilidad en atención primaria, éstos suelen ser poco operativos para los médicos de dicho nivel, que alegan un consumo excesivo de tiempo en su utilización<sup>25</sup>.

Sería, pues, beneficioso disponer de un instrumento que permitiera orientar al médico específicamente en cuanto a la derivación o no del caso psiquiátrico detectado, estableciendo «puntos de corte» que identificasen la indicación de derivación. En nuestra opinión<sup>13</sup>, al igual que en la de otros<sup>14-16</sup>, debería ser la gravedad y complejidad del caso lo que definiera el nivel asistencial en el que se desarrollase la atención. Sin embargo, los criterios de derivación desde atención primaria a salud mental suelen depender de otros muchos factores, por ejemplo, la habilidad de los médicos para la detección y las actitudes de estos hacia los problemas psiquiátricos<sup>29-34</sup>, siendo en los casos menos graves y en los de tipo ansiosodepresivo en los que se evidencia la menor concordancia en el diagnóstico y la necesidad de derivación<sup>34</sup>.

Ante esta situación surge el principal objetivo de este estudio con la intención de reducir los múltiples factores implicados en la decisión de derivación mediante la elaboración de una escala multidimensional que incluya criterios de gravedad. Para ello pretendemos construir un instrumento sencillo y fácil de aplicar que ayude al médico de atención primaria en esa decisión.

En este primer trabajo planteamos esa construcción de una escala discriminativa que contenga adecuados criterios de derivación a salud mental (CDSM). Mantenemos pendiente su validación en una fase posterior, ya que en este primer momento nos proponemos alcanzar los siguientes objetivos:

- Elaborar la escala de CDSM para derivación desde atención primaria a salud mental y valorar si discrimina los casos en función de criterios de gravedad.
- Explorar la funcionalidad de la escala entre los médicos de atención primaria.
- Contrastar en una muestra de pacientes la detección de patología psiquiátrica por parte de los médicos de atención primaria incluidos en el estudio mediante la escala CDSM, el GHQ y la entrevista clínica.

## METODOLOGÍA

### Construcción de la escala

Este estudio, de tipo preliminar, observacional y descriptivo, va orientado a la construcción de una escala de derivación que

contemple criterios de gravedad del caso. El diseño de la escala se ha hecho teniendo en cuenta, en primer lugar, la bibliografía preexistente en cuanto las dimensiones que definen la gravedad clínica: presencia de una cantidad de síntomas, cualidad de dichos síntomas y repercusión de ellos desde las diversas perspectivas desde las que puede contemplarse<sup>35-44</sup>.

Se utilizó para ello un grupo Delphi de trabajo y se recurrió a una metodología en dos fases (en la primera se elaboró y envió el primer cuestionario al panel de expertos y tras recibir sus respuestas se hizo un análisis estadístico de ellas y se construyó el segundo cuestionario, incluyendo el análisis de respuestas ante el primer cuestionario; en la segunda fase se envió el segundo cuestionario y tras las respuestas se hizo un análisis estadístico final, presentando las conclusiones. Participaron en el grupo Delphi 10 psiquiatras expertos en salud mental comunitaria y coordinación con atención primaria<sup>13</sup>, todos ellos con responsabilidades asistenciales y de gestión de servicios de salud mental de titularidad pública.

Para la definitiva construcción de los ítems de la escala nos basamos en las dimensiones de la Escala de Evaluación Global (*Global Assessment Functioning*, GAF)<sup>45</sup> y de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)<sup>46</sup> de Spitzer, incluyendo, además de la dimensión clínica y el nivel de funcionamiento como plantean otros autores<sup>35</sup>, también factores psicosociales, de comorbilidad y de respuesta al tratamiento, todos ellos como dimensiones de gravedad con el objetivo final de posibilitar su aplicación en la asistencia habitual, que es el objeto de este trabajo.

Desde los referentes señalados hemos construido la escala de CDSM (anexo 1). También hemos concretado ejemplos y se ha realizado un glosario (que no se incluyen en este trabajo por exceder sus dimensiones). Es una escala heteroadministrada, multidimensional y unitaria de gravedad psiquiátrica que valora la situación del sujeto durante el último mes<sup>47,48</sup>.

La CDSM, con las diferentes dimensiones que la constituyen, tiene un sistema de puntuación simple que cubre un *continuum* que va desde una situación hipotética de extrema gravedad (puntuación: 0) hasta otra de máxima salud (puntuación: 100). Se ha identificado inicialmente el punto de corte inferior a 55 puntos como umbral para identificar el posible caso a derivar. Este punto de corte se ha identificado por consenso de los expertos mencionados anteriormente, ya que no existen otros cuestionarios que tengan la misma finalidad con los que poder realizar una validación convergente. La puntuación proporcionada por la CDSM se agrupa en 10 intervalos de rangos iguales y para cada uno de ellos se sugiere la actitud a tomar en cuanto a la conveniencia de que la intervención se continúe a nivel de atención primaria o atención especializada.

### Aplicación de la escala

Si bien no existe acuerdo sobre el tamaño de la muestra requerida para un estudio de fiabilidad de una escala<sup>49</sup>, Kli-

| Anexo 1  |   | Escala de criterios de derivación  |          |              |                                |           |
|--|---|--|----------|--------------|--------------------------------|-----------|
| Paciente: .....  |   | Fecha: .....   |          |              |                                |           |
| Síntomas   | Funcionamiento global   | Factores psicosociales grupo/situaciones de riesgo   |          | Comorbilidad | Respuesta tratamientos previos | Baremo    |
| Inexistentes   | Óptimo en todas las áreas   |  |          |              |                                | 100<br>91 |
| Incremento de preocupaciones cotidianas  | Bueno en todas las áreas  |  |          |              |                                | 90<br>81  |
| Posibles síntomas reactivos leves de corta duración (< 1 mes)  | Breve disminución de la capacidad en alguna área  |  |          |              |                                | 80<br>71  |
| Síntomas reactivos de mayor duración (> 1 mes):<br>Leves e inespecíficos<br>No configura un síndrome | Disminución de la capacidad en varias áreas. No precisa apoyos  |  |          |              |                                | 70<br>61  |
| Síntomas:<br>Depresivos/ansiosos<br>+ Intensos<br>+ Persistentes<br>Pueden configurar un síndrome    | Dificultades en el funcionamiento general<br><br>Precisa apoyos   | Inexistentes:<br>Grupo de riesgo   | No<br>Sí | No           | No o buena                     | 60        |
|  |   | Situación de riesgo  | No<br>Sí | Sí           | Mala                           | 51        |
| Síndromes definidos:<br>Psicóticos<br>Depresivos<br>Ansiosos graves<br>Adicciones<br>Otros           | Dificultad grave al menos en una de las áreas (familia, trabajo, autocuidado)<br><br>Precisa sustitución de esa                 | Inexistentes:<br>Grupo de riesgo   | No<br>Sí | No           | No o buena                     | 50        |
|  |   | Situación de riesgo  | No<br>Sí | Sí           | Mala                           | 41        |
| Síndromes definidos + alteración del juicio de realidad  | Dificultad grave en varias áreas (familia, trabajo, autocuidado)  | Inexistentes:<br>Grupo de riesgo   | No<br>Sí | No           | No o buena                     | 40        |
| Ausencia de conciencia de enfermedad   | Precisa sustitución y supervisión   | Situación de riesgo  | No<br>Sí | Sí           | Mala                           | 31        |
| Síndromes definidos + alteración del juicio de realidad<br>↓   | Dificultad grave de todas las áreas<br>↓  | Inexistente:<br>Grupo de riesgo  | No<br>Sí | No           | No o buena                     | 30        |
| Afectación de la totalidad de la conducta  | Necesidad de supervisión y apoyo mantenido  | Situación de riesgo  | No<br>Sí | Sí           | Mala                           | 21        |
| Alteración del juicio de realidad + afectación de la totalidad de la conducta<br>↓                   | Intensa situación de desvalimiento<br>↓   | Inexistente:<br>Grupo de riesgo  | No<br>Sí | No           | No o buena                     | 20        |
| Peligrosidad   | Sin capacidad de autocuidado  | Situación de riesgo  | No<br>Sí | Sí           | Mala                           | 11        |
| Peligrosidad inminente   | Sin capacidad de autocuidado  |  |          |              |                                | 10<br>1   |
| <b>Niveles de intervención</b>   |   |  |          |              |                                |           |
| 100-91: No precisa<br>70-61: Atención primaria<br>40-31: Atención especializada                      | 90-81: No precisa<br>60-51: Atención primaria o atención especializada<br>30-21: Atención especializada (derivación preferente) | 80-71: Atención primaria (ocasional)<br>50-41: Atención primaria + interconsulta o atención especializada<br>20-11: Atención especializada (preferente) o urgencias hospitalarias<br>10-1: Urgencias hospitalarias |          |              |                                |           |



## Anexo 3

## Cuestionario para rellenar después de haber evaluado a todos los pacientes

Considerada globalmente la escala propuesta, considera que:

Es pertinente (valorar de 1 a 10) .....

Es adecuada al objetivo propuesto (valorar de 1 a 10) .....

Diferencia claramente los grupos de puntuaciones (valorar de 1 a 10) .....

Las definiciones del glosario son claras y suficientes (valorar de 1 a 10) .....

Se ajusta a los casos que se ven en atención primaria (valorar de 1 a 10) .....

Considera que le ha facilitado la toma de decisiones sobre la derivación (valorar de 1 a 10) .....

Piensa que con un poco de entrenamiento la escala le puede ahorrar tiempo y puede aumentar su precisión a la hora de decidir la derivación (valorar de 1 a 10) .....

De los pacientes que ha evaluado, ¿en cuántos le ha resultado fácil clasificarlos dentro de las puntuaciones? .....

y ¿en cuántos ha sido difícil o complicado? .....

¿Piensa que puede ser útil contar con una escala (esta u otra semejante) para ayudar a determinar la necesidad de derivación de sus pacientes a la atención especializada? ..... Sí ..... No .....

En relación a la escala propuesta, ¿qué modificaciones propondría para mejorarla? .....

posible caso psiquiátrico. De esa forma fueron identificados 93 posibles casos (46,9% del total de la muestra), de los que 68 eran mujeres. De los casos identificados por el GHQ, sólo el 44,1% también fue identificado por el médico de atención primaria. La concordancia entre ambas detecciones se sitúa en valores bajos, con un índice kappa de 0,35 para el total de los médicos entrevistadores y siendo de un 0,49 para médicos hombres y un 0,30 para médicos mujeres. Esta capacidad de detección, en función de su relación con un GHQ > 5 (posible caso), se sitúa en niveles bajos de detección respecto al GHQ ( $p < 0,001$ ), con una sensibilidad de 44,1% y una especificidad de 90,1% (tabla 1).

Los valores encontrados en cuanto al sesgo, precisión e índice de identificación de los médicos participantes de

nuestro estudio aparecen recogidos en la tabla 2. Los conceptos de sesgo (*biass*), precisión (*accuracy*) e índice de identificación son los índices propuestos por Goldberg y Huxley<sup>51</sup> para el análisis de capacidad de detección de morbilidad psiquiátrica por los médicos generales y se han aplicado para su cálculo las fórmulas recogidas por Padierna<sup>6</sup> de una tabla de contingencia 2 x 2 del test de cribado GHQ-28 (caso probable/no probable) y la detección de psicopatología por el médico (sí/no).

En el caso de la escala CDSM se obtiene una puntuación media de 84,76 (IC 95%: 82,78-86,73). Considerando la puntuación de 55 como valor de corte, nos encontramos que hay un total de ocho casos (4%) que se encuentran por debajo de esa puntuación y que serían susceptibles de ser derivados a la atención especializada. De ellos, sólo uno fue derivado, alegándose en otros tres casos la negativa del paciente a la derivación.

La evaluación, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, de la relación entre la puntuación obtenida en el GHQ y la obtenida en la escala de CDSM, nos proporciona una asociación moderada ( $r = -0,582$ ;  $p < 0,001$ ) (tabla 3).

Tabla 1

Relación entre casos en que el médico detecta psicopatología y casos probables con puntuación > 5 según el GHQ 28

| Detección de psicopatología     | Puntuación GHQ |         |
|---------------------------------|----------------|---------|
|                                 | GHQ ≤ 5        | GHQ > 5 |
| No                              | 91             | 52      |
| Casos con psicopatología        | 63,6%          | 36,4%   |
| Casos probables según el GHQ-28 | 90,1%          | 55,9%   |
| Sí                              | 10             | 41      |
| Casos con psicopatología        | 19,6%          | 80,4%   |
| Casos probables según el GHQ-28 | 9,9%           | 44,1%   |

GHQ-28: *General Health Questionnaire* de 28 ítems.

Tabla 2

Índices de sesgo, precisión e identificación de los médicos participantes en el estudio

| Investigación | N.º médicos | Test   | Sesgo | Precisión | Índice de identificación |
|---------------|-------------|--------|-------|-----------|--------------------------|
| Estudio 2003  | 10          | GHQ-28 | 1,6   | 0,68      | 0,44                     |

GHQ-28: *General Health Questionnaire* de 28 ítems.

| Tabla 3    |                        | Relación entre la puntuación del GHQ y de la escala de derivación |            |
|------------|------------------------|---|------------|
|            |                        | GOLDBTOT  | Puntuación |
| GOLDBTOT   | Correlación de Pearson | 1   | -0,582     |
|            | Sig. (bilateral)       | 0,0   | 0,000      |
|            | N                      | 199   | 198        |
| Puntuación | Correlación de Pearson | -0,582  | 1          |
|            | Sig. (bilateral)       | 0,000   | 0,0        |
|            | N                      | 198   | 198        |

GHQ: *General Health Questionnaire*.

Igualmente y mediante el estadístico ANOVA, encontramos una relación significativa entre la puntuación de la escala y la detección de psicopatología ( $F=204,734$  y  $p < 0,001$ ) (tabla 4).

Por lo que respecta a la funcionalidad de la escala, en cuanto a la aplicabilidad de la CDSM sobre los pacientes, los médicos no evidencian dificultad para puntuar en la mayoría de los casos (93,75%), y en relación a la aceptación y utilidad de la escala de derivación, la valoración que hacen alcanza una media de 7 sobre 10 en diferentes aspectos evaluados: pertinencia, adecuación y capacidad para diferenciar entre los distintos rangos, siendo de 7,36 y de 7,72, respectivamente, en cuanto a su adecuación a los casos y a la definición del glosario.

La escala de CDSM es considerada globalmente útil por la mayoría de los médicos evaluadores (9 de 11 médicos), pero disminuye su valoración (5,4 sobre 10) en cuanto a que les facilite la toma de decisiones sobre la derivación o a que les ahorre tiempo y mejore la precisión (5,8 sobre 10). Por otra parte, la consideran útil para decidir sobre la derivación en el 45,7% de los pacientes y que les supone ahorro de tiempo en el 48,4% de ellos.

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados apoyan la existencia de una elevada morbilidad psiquiátrica en las consultas de atención primaria de los distritos en los que se ha realizado el estudio (Userra y Villaverde), con alta puntuación media en el GHQ (6,99) y con un alto porcentaje de posibles casos psiquiátricos (46,9%). No existen diferencias significativas en su distribución entre los médicos de los diferentes equipos de atención primaria. Esta cifra es algo superior a las habitualmente encontradas, con metodología de investigación similar, mediante la utilización del GHQ-28 (versión validada por Lobo et al.<sup>52</sup>) (puntuación de corte 5/6, sensibilidad del 84,6%, especificidad del 82%)<sup>2,6,7</sup>, que oscilan entre el 20-46%,

| Tabla 4     |                   | Relación entre la puntuación de la escala de derivación y la detección de psicopatología |                  |         |       |
|-------------|-------------------|--|------------------|---------|-------|
|             | Suma de cuadrados | gl   | Media cuadrática | F       | Sig.  |
| Intergrupos | 19917,342         | 1  | 19917,342        | 204,734 | 0,000 |
| Intragrupos | 18581,269         | 191  | 97,284           |         |       |
| Total       | 38498,611         | 192  |                  |         |       |

muy posiblemente por las características de un nivel socioeconómico bajo de la población de estudio<sup>53</sup>. Por otra parte, la morbilidad psíquica detectada directamente por los médicos se sitúa en el 26,4% de la muestra, lo que se aproxima a los valores encontrados por otros autores (26,7<sup>6</sup> y 23,4%<sup>7</sup>).

Del mismo modo, y respecto a la relación entre nuestra escala de CDSM y el GHQ, se observa que existe una asociación moderada (-0,582) entre las puntuaciones obtenidas con ambos instrumentos de evaluación. Esa asociación no varía aun cuando se eliminan los casos extremos. Igualmente hay relación entre las puntuaciones del CDSM y la detección de psicopatología, lo cual sugiere que dicha escala de derivación recoge los casos más graves y en los que el médico ha detectado la existencia de alteraciones psiquiátricas.

Con el CDSM se detecta que un 4% del total de la muestra (que representa el 15,6% del total de los casos en los que el médico de atención primaria detecta psicopatología) son susceptibles de derivación a la atención especializada (por tener una puntuación en la escala  $< 55$ ), porcentaje similar al 3,6% que encuentran otros autores<sup>7</sup>.

La baja capacidad de detección de la patología psiquiátrica encontrada (44% de los posibles casos identificados por el GHQ) es similar a la hallada en otros estudios, situándose entre el 50% encontrado por algunos autores<sup>4,8</sup> y el 35% señalado por otros<sup>50,9</sup>. Es llamativo el bajo índice kappa que presentan los evaluadores respecto a la identificación de casos según el GHQ, encontrándonos con valores de kappa de 0,35 para el grupo total, que se sitúa en el 0,49 en los médicos hombres y en el 0,30 en los médicos mujeres. Este hecho podría estar relacionado con la existencia de esos otros factores ajenos a la patología y al paciente y que dependen más de aspectos subjetivos del evaluador<sup>7,29-33,54</sup>.

Precisamente son estas variables ajenas a la gravedad del caso las que pueden ayudar a entender la valoración que los médicos hacen de la escala aplicada, y así, aunque la consideran pertinente, adecuada y ajustada a los casos estudiados (7,3 sobre 10) y valoran la necesidad de una escala de dichas características, no creen que la escala les ahorre tiempo y les sea útil (medias de 5,8 y 5,4 sobre 10). Indirectamente se confirmaría con ello el peso que factores ajenos

a la gravedad clínica tienen en la decisión de la derivación desde atención primaria a salud mental y que deberán ser identificados para su consideración específica en la creación de un instrumento que ayude en la decisión de derivación a salud mental.

Por otra parte, pueden compararse en la tabla 5 los resultados obtenidos en este estudio respecto a los obtenidos por otros<sup>7</sup>, en cuanto al sesgo (que nos orienta al concepto de trastorno psiquiátrico que tienen los médicos de atención primaria), en cuanto a la precisión (que hace referencia al acuerdo entre los diagnósticos entre el médico y el cuestionario), y finalmente en cuanto al índice de identificación o sensibilidad (capacidad de los médicos para diagnosticar los casos que detectó el cuestionario).

Como se ve en la tabla 5, y comparativamente, los médicos de nuestro estudio tienen un concepto amplio de trastorno psíquico, una precisión alta y un índice de identificación medio, aunque bajo en general en todos los estudios.

Las especiales características sociodemográficas de la población de nuestro estudio, de un nivel bajo/medio bajo, el tamaño ajustado de la muestra, y sobre todo la ausencia de otras escalas de referencia con las que comparar nuestros resultados, son limitaciones a tener en cuenta, así como el posible sesgo en la puntuación de la escala por los médicos participantes.

## CONCLUSIONES

- Existe una alta morbilidad psiquiátrica entre la población de estudio (46,9% de posibles casos psiquiátricos con un GHQ > 5).
- Los médicos sólo detectan el 44% de estos posibles casos psiquiátricos (sensibilidad del 44,1% y especificidad del 90,1%).

| Tabla 5            |                | Características de la capacidad de detección de los médicos de atención primaria |       |           |                          |
|--------------------|----------------|--|-------|-----------|--------------------------|
| Investigación      | N.º de médicos | Test   | Sesgo | Precisión | Índice de identificación |
| Goldberg, 1980     | 45             | GHQ-28   | 1,46  | 0,33      | 0,80                     |
| Marks, 1979        | 91             | GHQ-60   | 0,79  | 0,39      | 0,54                     |
| Wilmink, 1989      | 30             | GHQ-30   | 1,84  | 0,41      | -                        |
| Boardman, 1987     | 18             | GHQ-28   | 0,62  | 1,19      | 0,36                     |
| Schein, 1977       | 32             | GHQ-30   | 0,45  | -         | 0,31                     |
| Martínez, 1993     | 10             | GHQ-28   | 0,45  | 0,66      | 0,29                     |
| Rico, 1993         | 6              | GHQ-28   | 0,57  | 0,68      | 0,40                     |
| Este estudio, 2003 | 10             | GHQ-28   | 1,6   | 0,68      | 0,44                     |

GHQ: *General Health Questionnaire*.

- El 4% de los pacientes sería susceptible de derivación a salud mental (puntuación en la CDSM < 55).
- La puntuación obtenida en la CDSM presenta una moderada asociación con el GHQ y una clara asociación con la detección de psicopatología.
- Otros factores diferentes de la gravedad clínica evaluada con el CDSM parecen estar influyendo en la decisión de derivación del paciente a salud mental. Conviene plantear estudios que intenten identificar esos factores, ajenos a la enfermedad y al parecer pertenecientes a la relación médico paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:819-24.
2. Ustun TB, Sartorius N, editores. *Mental illness in general health care*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
3. Baca E, Saiz J, Porras A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clín* 2001;116:504-9.
4. Vázquez Barquero JL. Mental health in primary care settings. En: Goldberg D, Tamtam D, editores. *The Public Health Impact of Mental Disorders*. Toronto: Hogrefe and Huber, 1990; p. 35-44.
5. Preisig M, Merikangas KR, Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:96-103.
6. Padierna Acero J, Gastain Saenz F, Díaz López P, Etxebeste Anton A. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1988;24:21-9.
7. Rico Bodi L, Mora B. Morbilidad psiquiátrica en un centro de atención primaria. Detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994;49:217-34.
8. Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MV. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990;20:909-23.
9. Karlsson H, Jouhamaa M, Lethinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:354-81.
10. Vázquez Barquero JL, García J. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997;170:529-35.
11. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadinanos A, Diez Manrique, Vázquez Barquero J. Referral of patients with mental disorders from primary care to mental health units. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:13-21.
12. Kessler R. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *N Engl J Med* 1997;336/8:551-7.
13. AEN. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. *Cuadernos Técnicos* 4, 2000;63-78.
14. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler PH, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instru-

- ments mental disorders. Implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
15. Harrison J. Prioritising referrals to a community mental health team. *Br J Gen Pract* 2000;50:194-8.
  16. Wright AF, Anderson AJ. Newly identified psychiatric illness in one general practice: month outcome and the influence of patients personality. *Br J Gen Pract* 1995;45:83-7.
  17. Ware JE, Sherbourne CD. The MOST 36 item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 3 1992;30:473-83.
  18. Weltzer S. Medición de las enfermedades mentales. Evaluación psicométrica para los clínicos. Barcelona: Ancora, 1991.
  19. Wittchen HU, Essau CA. Assessment of symptoms and psychosocial disabilities in primary care. En: Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G, Costa e Silva J, Lecrubier Y, Wittchen U, directores. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Hogrefe and Huber Publ, 1990.
  20. Bech P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors U, Elgen K, Lewander T, et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:7-81.
  21. Goldberg D, Williams P. GHQ. Spanish version of A. Lobo and P. Muñoz. Barcelona: Masson, 1996
  22. Schmitz N, Kruse J, Heckrath, Alberti L, Tress W. Diagnosis mental disorder in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as a screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:360-6.
  23. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Brody D, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME MD 1,000 study. *JAMA* 1994;272: 1749-56.
  24. Sheehan DV, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI). Spanish version: Ferrando L, Bobes J, Gibert J. Madrid: Instituto IAP.
  25. Shedler J, Beck A, Bensen S. Practical mental health assessment in primary care. Validity, and utility of the Quick Psychodiagnosics Panel. *J Fam Pract* 2000;49:614-21.
  26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. *Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999;282:1737-44.
  27. Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, Gariti P, Rynn M, Evans DL. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am* 2001;85:579-96.
  28. Diez Quevedo C, Rangil T, Sánchez Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1,003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001;63:679-86.
  29. Ross H, Hardy G. GP referrals to adult psychological services: a research agenda for promoting needs-led practice through the involvement of mental health clinicians. *Br J Med Psychol* 1999;72:75-91.
  30. Glied S. Too little time? The recognition and treatment of mental health problems in primary care. *Health Serv Res* 1998;33:891-910.
  31. Oiesvold T, Sandlund M, Hansson L, Christianse L, Gostas G, Lindhart A, et al. Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioner compared with self-referrals. *Psychol Med* 1998;28:427-36.
  32. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. Is it possible to improve psychiatric care through the referral process? *Aten Prim* 1995;15: 491-7.
  33. Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. *Enfermedad mental en atención primaria*. Madrid: Flas, 1996.
  34. Miranda Chueca I, Peñarrubia MT, García Bayo I, Carames Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A. How do we refer to mental health from primary care? *Aten Prim* 2003;32:524-30.
  35. Bulbena A, Zúñiga A, Martín Carrasco M, Ballesteros J. *Gravedad clínica en psiquiatría*. En: *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 2000.
  36. Slade M, Powell G, Strathdee G. Current Approaches to identifying the severely mental ill. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1997; 32:177-84.
  37. Lyons J. PSYMON. An outcomes management/decision support system for acute psychiatric services. Mental Health Services and Policy program. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Northwestern University Medical School, 1994.
  38. Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medidas de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Arch Neurobiol* 1997;7:69-79.
  39. Slade M, Powell R, Rosen A, Strathdee G. Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and a brief scale to assess the severity of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:78-85.
  40. Xenitidis K, Thornicroft G. Reliability and validity of the CANDID a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *Br J Psychiatry* 2000;176: 473-8.
  41. Goethe J, Fisher E, Dornelas E. Assessing outcomes: identifying psychiatric patients with severe and persistent illness. *Connecticut Med* 1997;61:559-64.
  42. Narrow WE, Refier DA, Norquist G. Mental health services used by Americans with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:147-55.
  43. McAlpine DD, Mechanic D. Utilization of especially mental health care among persons with severe mental illness: the role of demographic needs, insurance and risk. *Health Serv Res* 2000;35: 277-92.
  44. AMS. *Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental*. Cuadernos Técnicos 1. Madrid, 1997.
  45. Spitzer R, Gibbon M, Endicott J. Escala de evaluación global (GAF)
  46. Spitzer R, Gibbon M, Endicott J. Escala EEAG.
  47. Gran C. Metodología para la validación de cuestionarios. *MEDIFAM*. 1995;5:351-9.
  48. Salvador L, Roca M. Instrumentos de evaluación subjetiva en salud mental. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1995;23:78-86.
  49. Bech P. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;48-49.
  50. Kline P. *A handbook of test construction*. London: Methuen, 198.
  51. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the community*. London: Tavistock Publications, 1980; p. 168.
  52. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psych Med* 1986;16:135-40.
  53. García Boro S, Vara González LA, Otero Puyme A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Aten Prim* 1985;4:213-8.
  54. Cooper JE. Detection and management of psychiatric disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2003;182:1-2.