

## ORIGINAL

**Atención a la patología mental en un centro de salud rural**

Martín Pérez C<sup>1</sup>, Pedrosa García R<sup>2</sup>, Herrero Martín JJ<sup>3</sup>, Luna del Castillo JD<sup>4</sup>, Ramírez García P<sup>1</sup>, Sáez García JM<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marquesado (Granada),* <sup>2</sup> *DUE Centro de Salud Marquesado (Granada),* <sup>3</sup> *Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Guadix (Granada),* <sup>4</sup> *Doctor en Matemáticas. Profesor del Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina. Universidad de Granada.*

### ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

**Objetivo:** Estudiar la distribución de pacientes con psicopatología en los distintos niveles de atención a la salud mental.

**Diseño:** Estudio observacional, transversal.

**Emplazamiento:** Centro de salud del Marquesado (Granada). Zona rural con población dispersa en 10 núcleos, bajo nivel socioeconómico y alta proporción de ancianos.

**Población y muestra:** Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionan 254 individuos mayores de 18 años. Fuente: censo electoral. Error  $\alpha = 5\%$ .

**Intervenciones:** Tras determinar prevalencia de psicopatología mediante estudio en dos fases utilizando GHQ-28 y CIS, se estudió la patología detectada por el médico de familia así como las derivaciones de trastornos mentales al equipo de salud mental y al hospital de referencia.

**Resultados:** La prevalencia de psicopatología es del 28.6%. La morbilidad psiquiátrica no detectada es del 40%. El 72.9% de pacientes con psicopatología habían consultado en atención primaria durante el trimestre anterior. Un 38% de la psicopatología detectada había sido derivada a Salud mental. De estos últimos pacientes, un 37.5% habían tenido algún ingreso hospitalario.

**Conclusiones:** Los porcentajes de detección por el médico de familia, de derivación a salud mental y de ingresos hospitalarios son más altas que las encontradas en la bibliografía.

Los médicos de atención primaria detectan el 60% de la patología mental existente en la comunidad y tratan sin la intervención de niveles especializados el 62% de la patología que detectan.

**Palabras clave:** Psychiatric disorders, primary health care, health services, unidentified mental illness. (Trastornos psiquiátricos, atención primaria de salud, servicios de salud, enfermedad mental no identificada).

### CARING FOR MENTAL ILLNESS IN A RURAL HEALTH CENTER

**Aim:** To study the distribution of patients with psychiatric disorders in different levels of mental health care.

**Design:** Observational, cross-sectional study.

**Setting:** Marquesada Health Center (Province of Granada). Rural area with a population geographically dispersed among 10 major clusters, low socio-economic level and a high proportion of elderly persons.

**Population and Sample:** 254 individuals over the age of 18 were selected by a simple random sample. Source: census of registered voters. Error  $\alpha = 5\%$ .

**Interventions:** Following determination of the prevalence of psychiatric disorders in a two-phase study using the GHQ-28 questionnaire the Clinical Interview Schedule (CIS), psychiatric disorders detected by the G.P. were studied, as well as the G.P.'s referrals of mental disorders to the mental health team and the hospital of reference.

**Results:** The prevalence of psychiatric disorders is 28.6%. Undetected psychiatric morbidity is 40%. 72.9% of the patients with psychiatric disorders had been treated in a primary care center during the previous quarter. 38% of the disorders detected had been referred to the mental health team. Of these, 37.5% had a previous hospital admission.

**Conclusions:** The percentages of detection by the GP, referrals to mental health services, and hospital admissions are higher than those found in the bibliography.

G.P.'s detect 60% of psychiatric disorders existing in the community and treat 62% of the disorders they detect without any intervention from the specialized level.

**Key Words:** Psychiatric disorders, primary health care, health services, unidentified mental illness.

Correspondencia: Carlos Martín Pérez. Urbanización Monteverde 1-13. 18500 - Guadix. Granada. Correo electrónico: med000261@nacom.es.

Teléfono y fax: 958 697 592

Recibido el 19-03-2002; aceptado para su publicación el 02-05-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 165-171

## Introducción

La atención primaria está asumiendo niveles crecientes de responsabilidad en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones mentales y es la puerta de entrada al sistema sanitario y a sus diversos niveles asistenciales.

Estudios epidemiológicos demuestran que, al menos, un tercio de los pacientes que consultan en atención primaria, presentan una alteración psiquiátrica<sup>1-3</sup>. De ellos, y según estos estudios, son reconocidos como enfermos por su médico entre un 30 y un 50%, siendo derivados a los servicios especializados un porcentaje variable de ellos. Sin embargo, existe un grupo poblacional que, por diversos motivos: marginalidad, toxicómanos, seniles, etc., nunca consultan con su médico constituyendo una bolsa de patología psiquiátrica importante y desconocida.

Como médicos de familia de una zona rural en declive socioeconómico, con una población envejecida y dispersa en pequeños núcleos de población, mantenemos una relación con nuestros enfermos que con frecuencia rebasa los límites estrictamente profesionales. Esta circunstancia nos permite ahondar en un entorno biopsicosocial, con frecuencia inaccesible a especialistas de otro nivel.

Existe entre los médicos de la comarca la percepción de que la prevalencia de la enfermedad mental es muy alta en nuestra zona, presentándose en muchas ocasiones enmascarada bajo quejas somáticas. Por otro lado, se ha constatado que el malestar psíquico está estrechamente asociado con la frecuentación en las consultas de atención primaria, explicando en gran parte la reiteración en la consulta a demanda de un amplio sector de pacientes<sup>4-7</sup>.

Interesados en conocer la prevalencia real de patología psiquiátrica en nuestra comunidad, se realizó un estudio de prevalencia a lo largo del año 2.001. Para ello se desarrolló un trabajo a doble fase, encontrando una prevalencia de enfermedad mental del 28,6 %, que nos sitúa entre las más altas de nuestro país<sup>8</sup>.

Detectados los casos con alteración psiquiátrica en el muestreo poblacional, nos planteamos el seguimiento de cómo éstos pacientes son diagnosticados y tratados en los diferentes niveles asistenciales.

Cuando se aborda el problema de la distribución de la atención a la patología mental en el sistema sanitario, es preciso recurrir al modelo clásico propuesto por Goldberg y Huxley en 1980<sup>9</sup>. Este modelo esquemático, de forma piramidal, se distribuye en cinco niveles y cuatro filtros. El primer nivel representa prevalencia de psicopatología en la comunidad. En este nivel se sitúa también el primer filtro, que representa el conjunto de decisiones que implican que el paciente se reconozca a sí mismo como enfermo, y le muevan a buscar ayuda en el sistema de salud. El segundo nivel lo constituye la patología mental presente en las consultas de atención primaria independientemente de que esta patología sea diagnosticada o no. En este nivel se si-

túa el segundo filtro, que representa la detección por parte de los servicios de atención primaria de la población con patología psiquiátrica existente en ese nivel. El tercer nivel está integrado por aquellos pacientes que habiéndose puesto en contacto con su médico, son correctamente diagnosticados y tratados. Se estima que tan sólo entre un tercio y la mitad de los casos son reconocidos correctamente por el médico de atención primaria y el resto constituye lo que se denomina "morbilidad psiquiátrica oculta".

Los pacientes que no pueden ser correctamente diagnosticados y tratados en el tercer nivel son derivados a salud mental por su médico (tercer filtro) y pasan al cuarto nivel, de asistencia especializada.

La población que padece psicopatología y no puede ser controlada adecuadamente por la psiquiatría ambulatoria debe ser ingresada en unidades de internamiento psiquiátrico, constituyendo el quinto nivel, al pasar el cuarto filtro que representa la derivación a hospital desde el equipo de salud mental.

Este flujo de demanda puede tomar un sentido inverso, de forma que el psiquiatra podría remitir a los pacientes para seguimiento y control por parte del médico de familia y, así, prevenir recaídas o cronificaciones<sup>10</sup>.

El paso de un nivel a otro está influenciado, no solo por la gravedad de los síntomas, sino por multitud de factores sociales, culturales y de la propia estructura y organización sanitaria.

El objetivo, por tanto, del presente estudio es conocer la distribución de pacientes con psicopatología en los distintos niveles de atención a la salud mental, estudiando que tipo de patología es atendida por el médico de atención primaria, y cual termina derivando a los servicios de atención psiquiátrica tanto ambulatoria como hospitalaria.

## Pacientes y métodos

Se trata de un estudio transversal, observacional, que se realizó en el Centro de Salud del Marquesado (Distrito Sanitario Guadix – Baza) en Granada, durante los cuatro primeros meses de 2001. El Centro de Salud se ubica en una zona rural, con diez núcleos de población dispersa, con un porcentaje elevado de población anciana ya que el 23% de ella es mayor de 65 años, y con un nivel socioeconómico bajo, constituyendo una de las comarcas más deprimidas de Andalucía.

Tomando como fuente de datos el censo electoral, se obtuvo una muestra representativa de la población mayor de 18 años, admitiendo un error alfa del 5%.

Se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple 252 individuos. En una primera fase, se les aplicó a todos ellos el General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, una encuesta de diseño propio que recogía datos sociodemográficos entre los que se incluía una pregunta sobre número de ocasiones en que el sujeto había acudido a la consulta en los últimos tres meses, y el test CAGE para estudiar la existencia de consumo problemático de alcohol.

A aquellas personas que obtuvieron cinco puntos o más en el GHQ se les consideró posibles enfermos (sensibilidad del 88% y especificidad del 84.2%) y se les ofreció participar en una segunda fase, en la que un psiquiatra de la unidad de salud mental del distrito les administró el Clinical Interview Schedule (CIS) que es una entrevista semiestructurada que comprende dos secciones que analizan diversas áreas de psicopatología. De esta manera se descartó o confirmó la existencia de psicopatología.

En este último caso, a los pacientes se les asignó un diagnóstico según criterios CIE-10.

Las personas con puntuación en el CAGE de dos o más, fueron estudiados para comprobar la existencia de consumo patológico de alcohol. Con los pacientes que ya poseían un diagnóstico psiquiátrico, se obvió la segunda fase, asignándoseles un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

En la primera fase hubo que subsanar errores censales y excluir del estudio a los pacientes que no residían en la zona. El porcentaje de sustituciones en todo caso fue inferior al 20% y similar al producido en estudios análogos. Es preciso destacar que en este primer paso no hubo rechazos a participar, obteniéndose el 100% de las encuestas.

Sin embargo, en la segunda fase confirmatoria, siete personas con GHQ positivo rechazaron ser derivados al psiquiatra. Otros tres pacientes tuvieron dificultades para desplazarse, y el CIS les fue administrado por su médico de cabecera, quien fue entrenado previamente para ello. La muestra final quedó, por tanto, reducida en esta fase a 245 personas.

En un paso posterior, se calculó la prevalencia de psicopatología, separándose los casos nuevos, es decir pacientes de los que no había constancia de presencia de enfermedad mental hasta la realización del estudio, de los ya conocidos.

Tomando a estos últimos, se comprobó que porcentaje de ellos había acudido a la consulta de atención primaria en los tres meses anteriores, y cuantos habían sido atendidos en la unidad de salud mental de referencia en Guadix, para lo cual se consultó la base de datos de pacientes que posee este dispositivo.

Por último se estudió que pacientes fueron derivados para su ingreso en el Servicio de psiquiatría del hospital de referencia, en este caso el Hospital General de Baza, consultando, a su vez, la base de datos del hospital.

Para todos los porcentajes hallados, se calculó el intervalo de confianza exacto.

Para la realización de este estudio se utilizó la base de datos Microsoft Access. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 9.0. El cálculo de los intervalos de confianza exactos se empleó el programa Epi info en su versión 6.04

## Resultados

De los 245 sujetos finalmente seleccionados, 125 (51%) eran mujeres, y 120 (49%) varones. La edad media de la muestra fue de 52.9 años con una desviación típica de 19.8, la edad mínima fue 18 y la máxima 89.

42 de los pacientes seleccionados, es decir, un 17.1% de la muestra, presentaban patología mental y estaban diagnosticados en el momento de realización del estudio. A los individuos en esta situación, se les clasificó directamente como casos, y se les asignó un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

A los sujetos con GHQ positivo que no poseían un diagnóstico psiquiátrico en ese momento, que eran un total de 36 (14.6% de la muestra) se les administró el CIS, confirmando patología en 28 de ellos.

Quince personas, es decir, un 5.7% del total, obtuvieron un test de CAGE con dos puntos o más, por lo que se procedió a estudiar posible consumo patológico de alcohol. Para ello se entrevistó a los médicos de familia de los sujetos considerados positivos, quienes confirmaron mediante entrevista con el paciente o, en su caso, revisando las historias clínicas, este extremo. En 14 pacientes de los 15 positivos se confirmó consumo perjudicial de alcohol.

De esta manera se confirmaron 70 casos de individuos que presentan patología mental. La Prevalencia de psicopatología, por tanto, es del 28.6% con un intervalo de confianza al 95% (IC) entre 23.17% y 34,46%.

La morbilidad oculta, es decir los casos que, presentando patología mental no habían sido diagnosticados hasta la realización del estudio suponen un porcentaje del 40% del total de diagnósticos, o, lo que es lo mismo, el 11.42% de la población mayor de edad (IC entre 7.88% y 15.88%).

Un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad mental (72.9%) habían acudido a la consulta de su médico de familia en una ocasión al menos durante el trimestre anterior. Los pacientes que no habían obtenido un diagnóstico con anterioridad, frecuentaron más la consulta de atención primaria: Un 85.7% de ellos había consultado en los tres meses anteriores frente al 64.3% entre los pacientes que ya tenían un diagnóstico psiquiátrico al comenzar el estudio y al 54.3% de los sujetos sin patología mental ( $p = 0.04$ ).

De los pacientes con diagnóstico psiquiátrico conocido, un 38% habían sido atendidos en el equipo de salud mental de referencia, lo que supone un 6.53% de la muestra estudiada (IC entre 3.91% y 10.17%).

Por último, seis individuos de la muestra habían sufrido al menos un ingreso hospitalario por causa de su patología mental, lo que supone que el 14.2% de los pacientes con patología conocida al comienzo del estudio habían sido ingresados en alguna ocasión (2.4% de la población con un IC entre 0.99% y 5.2%).

En la figura 1 se representa el modelo de Goldberg y Huxley con las proporciones obtenidas por nosotros en cada uno de los escalones.

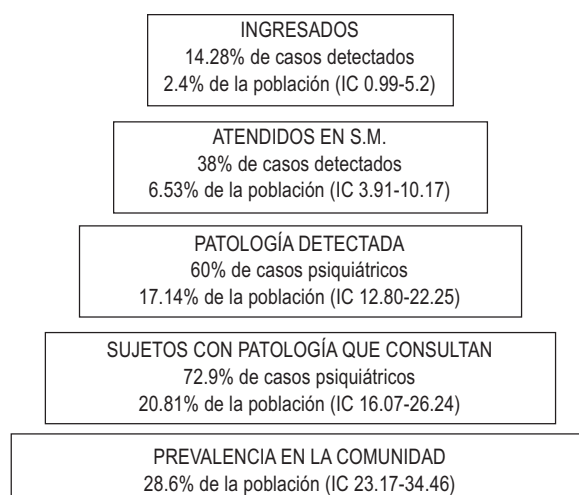


Figura 1. Modelo de Goldberg y Huxley. Las cifras representan el porcentaje de población y de patología obtenidas por nosotros para cada nivel

La mitad de los pacientes que habían sido ingresados en alguna ocasión eran esquizofrénicos . El otro 50% lo constituyen un caso de trastorno bipolar , una depresión mayor y un caso de consumo patológico de varias sustancias asociado a un trastorno de la personalidad. Estas patologías fueron derivadas previamente en su totalidad para valoración y tratamiento por psiquiatra.

Los médicos de atención primaria asumen, por tanto, el tratamiento y seguimiento del 62% de la patología mental que detectan, derivando a la unidad de salud mental el 38% restante. Así, se han tratado exclusivamente en atención primaria las demencias y otros deterioros cog-

nitivos, el retraso mental y el consumo problemático de alcohol. Los médicos de familia asumen también el 60% de los trastornos adaptativos, el 58% de los trastornos depresivos y el 33% de los trastornos de ansiedad.

En la tabla 1 se recogen los diagnósticos principales de la totalidad de casos (un 31.4% de los pacientes obtuvo un segundo diagnostico) señalándose para cada diagnostico CIE-10, el número y la proporción de casos detectados, los casos derivados a salud mental y los ingresados en medio hospitalario.

En la tabla 2 se hace lo propio pero con diagnósticos agrupados en categorías.

**TABLA 1**  
DETECCIÓN Y DERIVACIÓN SEGÚN PATOLOGÍA POR DIAGNÓSTICOS CIE-10

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Total Casos	Casos Detectados AP	%	Casos detectados Derivados SM	%	Casos detectados Ingresados	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	3	3	100	3	100	3	100
CONSUMO PERJUDICIAL DE VARIOS TÓXICOS	1	1	100	1	100	1	100
T. BIPOLAR EPISODIO MIXTO	1	1	100	1	100	1	100
DEPRESIÓN MAYOR	1	1	100	1	100	1	100
T. OBSESIVO COMPULSIVO	1	1	100	1	100	0	0
T. ADAPTATIVO	1	1	100	1	100	0	0
T. ANSIEDAD GENERALIZADA	5	1	20	1	100	0	0
T. ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	6	3	50	2	67	0	0
DISTIMIA	9	7	78	4	57	0	0
T. ADAPTATIVO ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	5	3	60	1	33	0	0
ABUSO DE ALCOHOL	6	6	100	0	0	*	*
DEPENDENCIA ALCOHOL	6	6	100	0	0	*	*
T. DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	3	3	100	0	0	*	*
T. MIXTO ANSIEDAD - DEPRESIÓN	6	1	17	0	0	*	*
EPISODIO DEPRESIVO	3	1	33	0	0	*	*
DEMENCIA	2	1	50	0	0	*	*
T. ADAPTATIVO PREDOMINIO DE ANSIEDAD	2	1	50	0	0	*	*
RETRASO MENTAL LEVE	1	1	100	0	0	*	*
FOBIA SOCIAL	1	0	0	*	*	*	*
T. ADAPTATIVO ALTERACIÓN OTRAS EMOCIONES	2	0	0	*	*	*	*
RASGOS OBSESIVOS DE LA PERSONALIDAD	1	0	0	*	*	*	*
T. DEPRESIVO RECURRENTE INTENSIDAD LEVE	1	0	0	*	*	*	*
T. POR DOLOR	1	0	0	*	*	*	*
TERRORS NOCTURNOS	1	0	0	*	*	*	*
OTROS T. DE LA PERSONALIDAD	1	0	0	*	*	*	*
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

**TABLA 2**  
DETECCIÓN Y DERIVACIÓN POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Total Casos	Casos Detectados AP	%	Casos detectados Derivados SM	%	Casos detectados Ingresados	%
ESQUIZOFRENIA	3	3	100	3	100	3	100
CONSUMO VARIOS TÓXICOS	1	1	100	1	100	1	100
TRAST. BIPOLAR	1	1	100	1	100	1	100
TRAST. DEPRESIVOS	17	12	71	5	42	1	8
TRAST. ANSIEDAD	19	6	32	4	67	0	0
TRAST. ADAPTATIVOS	10	5	50	2	40	0	0
CONSUMO P. ALCOHOL	12	12	100	0	0	*	*
DEMENCIA	2	1	50	0	0	*	*
RETRASO MENTAL	1	1	100	0	0	*	*
TRAST. PERSONALIDAD	2	0	0	*	*	*	*
TRAST. SOMATOMORFOS	1	0	0	*	*	*	*
TRAST. SUEÑO	1	0	0	*	*	*	*
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

## Discusión

Si observamos detenidamente los resultados expuestos, concluiremos que las cifras obtenidas por nosotros para cada escalón del modelo de Goldberg y Huxley, son mas elevadas que las publicadas en los estudios realizados hasta la fecha sobre este tema.

Efectivamente: la prevalencia de psicopatología en la comunidad encontrada por nosotros, es la mas alta de las halladas en estudios desarrollados con diseños similares. Así, en estudios internacionales, la prevalencia de trastornos mentales mas elevada es la obtenida por Orley y Wing en un estudio a doble fase desarrollado en Uganda en el año 1979, utilizando el GHQ en su versión de 60 preguntas, y el Present state examination (PSE), como entrevista confirmatoria, encontrando un 24.3% de trastornos mentales<sup>11</sup>. Cuando comparamos nuestros resultados con estudios que han utilizado en su diseño los mismos instrumentos estandarizados que nosotros, también encontramos cifras de prevalencia mas elevadas en nuestro medio, de forma que el trabajo de estas características que obtiene una prevalencia mas alta, con un 17.2% , es el realizado por Villaverde y colaboradores en 1993 en Tenerife<sup>12</sup>, lejos, por tanto, del 28.6% hallado en nuestro estudio.

También es muy elevado el porcentaje de sujetos que presentan trastornos mentales y que acuden a la consulta del medico de familia.

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la presencia de malestar psíquico y una excesiva utilización de la consulta a demanda en centros de salud. Nosotros

hemos aportado recientemente hallazgos que confirman esta asociación, estudiando la frecuentación en las consultas de pacientes con psicopatología confirmada<sup>13</sup>.

Por otro lado, la decisión de consultar está condicionada por variables que tienen que ver tanto con las propias características del paciente y de su entorno familiar, como con las de la propia enfermedad como patología concreta que se padece o severidad del proceso, por ejemplo<sup>14</sup>. En nuestro caso, un 85% de los trastornos depresivos habían acudido a consulta por motivos propios. En el otro extremo, solo un 46.7% de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol o de otras sustancias habían demandado asistencia sanitaria.

No menos importantes son aspectos como la accesibilidad de los servicios y la posibilidad de acceso a recursos alternativos fuera del sistema nacional de salud<sup>15</sup>.

En una zona como la nuestra, en la que existe una máxima accesibilidad a las consultas de atención primaria, y un nivel socioeconómico bajo, lo que imposibilita a un gran porcentaje de la población para utilizar recursos no financiados por el estado, es lógico que la utilización de los servicios de salud sea muy alta en general, y particularmente alta cuando se trata de la atención a trastornos mentales.

Un buen número de estudios epidemiológicos han demostrado que entre el 10 y el 50% de los pacientes que presentan enfermedad psiquiátrica clínicamente relevante, no son diagnosticados por su medico<sup>16,17</sup>. En nuestro trabajo, sin embargo, se han detectado el 60 % de los casos existentes. Una explicación posible a este alto por-

centaje de detección viene dada por la propia elevada prevalencia de psicopatología. Efectivamente en una encuesta previa al desarrollo del trabajo realizada entre los médicos del Centro de salud y los residentes de familia de tercer año, se puso de manifiesto que, para los encuestados, los problemas de salud mental eran muy prevalentes en sus consultas, originando alrededor de un 30% del total de la demanda. Ante esta situación, es natural que haya existido una especial preocupación por la formación interna en esta área, y a consecuencia de ello existe, a nuestro juicio, una adecuada actitud hacia el diagnóstico y manejo de los trastornos psiquiátricos. Como quiera que la toma de conciencia sobre los problemas psicológicos, junto con el nivel de entrenamiento en psicopatología y en técnicas de entrevista clínica, son factores dependientes del médico que se asocian con la correcta identificación de la enfermedad mental<sup>18</sup>, es lógico que la detección de psicopatología sea alta en la zona. A pesar de todo, un 40% de los trastornos mentales existentes en la población adulta no son diagnosticados. Ello supone un importante problema y pensamos que sería del máximo interés estudiar los factores que contribuyen a que un grupo tan significativo de la comunidad (11.5%) permanezca sin diagnóstico y tratamiento adecuados, mas aun cuando conocemos que la patología mental no diagnosticada presenta un peor pronóstico que la que es detectada adecuadamente.

Siguiendo a Goldberg, podríamos clasificar los trastornos mentales en dos grandes grupos: los que se podrían denominar como "comunes" tales como algunos cuadros depresivos, trastornos ansioso-depresivos, fobias, o problemas con el consumo de alcohol, por ejemplo, y los "graves" como la esquizofrenia, trastornos bipolares y algunas demencias. El primer grupo suele ser tratado en gran parte en el ámbito de la atención primaria, mientras que el segundo grupo requiere la intervención de un servicio psiquiátrico especializado. En líneas generales es lo que sucede en nuestro trabajo: se derivan todos los casos de esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y consumo perjudicial de varias sustancias asociado a trastorno de la personalidad, así como la mayoría de los trastornos de ansiedad. La mayor parte del resto de patologías se tratan en el ámbito de la atención primaria.

Un dato que nos parece relevante es que el 6.53% de la población adulta de la zona es atendida en la unidad de salud mental del distrito. Cifras tan elevadas de derivación se pueden explicar en base a que la unidad psiquiátrica de referencia en nuestro estudio cumple gran parte de los requerimientos que, según Strathdee<sup>19</sup>, el médico general espera de la actuación de los servicios psiquiátricos especializados, es decir: Escaso intervalo de espera tras la indicación de derivación, que existan posibilidades de

comunicación entre los niveles asistenciales, normas claras con respecto al manejo de los pacientes, revisión de los pacientes crónicos por parte del psiquiatra al menos cada seis meses y especificación de los objetivos así como de las posible respuesta al tratamiento o la aparición de efectos secundarios. El cumplir estos requisitos implicaría una mayor facilidad para la interconsulta y ,por consiguiente, una mayor derivación de psicopatología al nivel especializado.

Por otro lado, una prevalencia de psicopatología muy elevada, seguida de una detección alta en atención primaria, parece lógico que concluya en un alto porcentaje de la población atendida en el nivel psiquiátrico especializado.

Por último, hay que señalar que un 37.5% de los pacientes atendidos en la unidad de atención psiquiátrica ambulatoria, han sido ingresados en el Servicio hospitalario de referencia. Esto representa también un alto porcentaje poblacional (2.4%) si lo comparamos con las cifras estimadas por el propio Golberg que representaban un 0,5% de la población.

La novedad mas relevante que aporta este artículo es, a nuestro juicio, el haber estudiado, como se distribuyen las cargas asistenciales que la atención psiquiátrica conlleva entre los distintos niveles de atención, y haberlo hecho siguiendo a un mismo grupo de pacientes cuya selección se realizó a partir de un estudio comunitario, lo que equivale a decir que no existen sesgos de selección y que se obtienen pacientes psiquiátricos con un amplio rango de severidad.

Creemos que nuestro trabajo aporta elementos que pueden favorecer el debate de sobre la, por otra parte, controvertida integración de la atención primaria con los servicios psiquiátricos especializados y ayudar al desarrollo de futuros proyectos que estudien los factores que pueden estar implicados en la identificación, tratamiento y derivación de los problemas de salud mental por parte de los médicos de familia.

## Bibliografía

1. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-593.
2. Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria* 1990; 7: 88-93
3. Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA et al . Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
4. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol med* 1999; 29: 1347-1357.
5. Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tieney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 838-848.

6. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellá D, Fernández Punset D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.
7. Stefansson CG, Svensson C. Identified and unidentified mental illness in primary health care – social characteristics, medical measures and total care utilisation during one year. *Scand J prim health care* 1994; 12: 24-31
8. Martín Pérez C, Palacio S, Herrero JJ, Ramírez P, Sáez JM, Pedrosa R. Prevalencia de Psicopatología en un Centro de Salud Rural. Comunicación en: XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cadiz 7-9 Junio 2001.
9. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.* Londres/Routledge, 1980.
10. Vázquez-Barquero JL, Herrán A, Vázquez-Bourgon ME. La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 3-16.
11. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 513-520.
12. Villaverde ML, Gracia R, de la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de la Rivera JL et al (eds): *El método epidemiológico en salud mental.* Barcelona, Masson-Salvat, 1993.
13. Pedrosa R, Martín C, Luna JD, Sáez JM, Ahmed L, Pulido JI. Factores psicosociales y de salud asociados a la hiperfrecuentación en una Zona Básica de Salud. Comunicación en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. San Sebastián, 14-17 nov 2001. *Aten Primaria.* Doyma editor 2001; 28 Suppl 1. p. 125.
14. Muñoz PE, Crespo MD. Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general. *Actas Luso Esp neurol psiquitr ciencia afines* 1981; 9: 189-212.
15. Retolaza Balsategui A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 55-72.
16. Coyne JC, Schwenck TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 3-12.
17. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 636-644.
18. Pini S, Tansella M. Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En Vázquez-Barquero JL , editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Medica; 1998. p. 73-87.
19. Strathdee G. Liaison between Primary and Secondary Care Teams Towards Early Intervention. En: Jenkins R, Newton J, Young R (eds.): *The Prevention of Depression and Anxiety: The role of the primary care team.* London: HMSO; 1992.