

Morbilidad psiquiátrica percibida por los médicos generales y prescripción de psicofármacos en la zona sur de Madrid

A. ALBERQUILLA *; A. FERNANDEZ LIRIA **; L. GARCIA OLMOS *; J. M. PEREZ AREVALO *** y M. UGALDE ****

RESUMEN

Se revisan los resultados de un estudio realizado a través de cuestionarios pasados a unos de cada siete de los 19.961 pacientes que acudieron a las consultas de medicina general del INSALUD en dos ambulatorios y cinco consultorios de la zona sur de Madrid durante cinco días para estudiar la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos (se utiliza la clasificación ICHPPC-2), la prescripción de psicofármacos y las derivaciones al escalón especializado en salud mental. Se obtienen resultados congruentes con los de otros estudios realizados en nuestro país, en cuanto a porcentaje de pacientes con diagnóstico de trastorno mental (5,34 %), el porcentaje es menor que el hallado en otros países. Se discute la sensibilidad y especificidad de los diagnósticos de los trastornos «menores» por los médicos generales, no se confirma la mayor predisposición de este grupo de pacientes a padecer otro tipo de trastornos, se encuentra bien representado el grupo de pacientes con patología «pesada» y se discuten las pautas de prescripción de psicofármacos.

ABSTRACT

The results of a research carried out by means of a questionnaire given to one out every seven of the 19.961 patients that went to General Practitioner surgeries belonging to the INSALUD in two National Health Clinics and five Surgeries in the southern area of Madrid for a period of five days so as to study the prevalence of psychiatric diagnoses (using the ICHPPC-2 classification system) the prescription of psychotropic drugs and the derivations specialized a step beyond in the field of mental health are revised. Congruous results are obtained in keeping with other researches carried out in our country, the percentage of patients diagnosed with mental disorders (5,34 %), is lower than that of other countries. The sensitivity and specification of the diagnoses of «minor» disorders is discussed by General Practitioners, there is no confirmation of there being a greater tendency, in this group of patients, of suffering from other disorders, the group of patients with a «serious» pathology are fully represented and the guidelines for their prescriptions of psychotropic drugs are discussed.

INTRODUCCION

La salud mental ha sido, hasta hoy, atendida en la Sanidad Pública de nuestro país, al margen del aparato sanitario general, en unos dispositivos específicos, paralelos a éste y desconectados de él, cuya referencia última, cuando no exclusiva, era el manicomio. El internamiento psiquiátrico — lo que en principio es tanto como decir el tratamiento — era, desde

Nuestro agradecimiento a Víctor ABRAIRA del Departamento de Investigación del Centro Especial «Ramón y Cajal», por su colaboración en el procesamiento informático de los datos utilizados.

(*) Médicos de Familia del Centro Especial de Medicina Comunitaria.

(**) Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

(***) Diplomado en Enfermería del Centro Especial de Medicina Comunitaria.

(****) Biólogo del Centro Especial de Medicina Comunitaria.

1852, competencia de las Diputaciones Provinciales. Los intentos, también hijos del siglo XIX, de crear una red estatal para atender a los trastornos mentales que llegó a esbozarse en la Segunda Repú-

blica, cuajaron en la dictadura del general Franco en un PANAP, que lo que conservó de aquello fue precisamente el carácter de «esbozo», para cristalizar finalmente en una AISN sin responsabilidad asistencial concreta, que acabó muriendo de aislamiento. A esto se sumó en los años optimistas de la transición, la proliferación de dispositivos de salud mental propiciados por las nuevas corporaciones locales de izquierda que, desde un planteamiento inicial ambicioso, ante la falta de competencias sanitarias de dichas corporaciones —consagrada como definitiva por las Leyes de Régimen Local y General de Sanidad— han sufrido una evolución semejante a la de la AISN, pero en versión acelerada. El INSALUD, que atiende a la mayor parte de la población, presta a la salud mental una cobertura vergonzante a través de la figura del neuropsiquiatra. Comulgamos con TIZÓN (1) en su observación de que, sin embargo, esto no supone, como algunos pretenden, una inatención por esta Institución a la salud mental, sino sencillamente una atención inadecuada.

La Ley General de Sanidad acomete así —si es que, en el estado en que quedó tras su proceloso proceso de negociación con el corporativismo médico y las instancias económicas del Gobierno, podemos decir que acomete algo— la reforma de este aspecto de la atención a la salud sobre un dispositivo heredado, que tiene como características:

1. Su carácter paralelo al aparato sanitario general.
2. La fragmentación de los recursos aplicados a esta tarea en las redes incone-

PALABRAS CLAVE

Atención primaria. Salud mental. Psicofármacos.

KEY WORDS

Primary care. Mental health. Psychotropic drugs.

xas (Diputaciones, Ayuntamientos, AISN e INSALUD).

3. Su distanciamiento práctico de un modelo comunitario.

Concomitantemente, la Atención Primaria de Salud se ha reducido en nuestro país a la patética caricatura de la misma ofrecida por un INSALUD más preocupante por dotar a sus faraónicos hospitales de servicios superespecializados y costosos y sofisticados medios de exploración, que de evitar que sus urgencias y plantas se abarrotaran de pacientes con cuadros banales a través de un desarrollo del escalón primario.

Las orientaciones de la OMS (2, 3, 4, 5) en el sentido de considerar la atención a los problemas de salud mental como un aspecto más de la atención a la salud y centrar su peso en la Atención Primaria, si bien ha sido objeto de debate y reivindicación por parte de los sectores progresistas de los trabajadores del Sector (6, 7, 8, 9), no han tenido en la práctica, y hasta la fecha aplicación real en nuestro país y sólo han tenido reflejo en documentación oficial, a partir de la publicación del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de abril de 1985 (10), y en el texto de la Ley General de Sanidad (11).

Hoy, con la perspectiva abierta por estos textos —no exentos, sobre todo el segundo, de titubeos al respecto— de un futuro de consideración de la salud mental como un aspecto más de la salud y de integración de las redes de atención, el tema del manejo de la salud mental en la Atención Primaria y su relación con el escalón especializado en salud mental es, para cualquier observador, de importancia central.

La primera incógnita que en esta óptica se plantea es la del conocimiento de su situación actual. La inexistencia de historias clínicas en los dispositivos primarios del INSALUD, nos impide cuantificar la repercusión de la demanda de atención por trastornos mentales en estas consultas y la forma de manejo de ésta, prevalente a este nivel, y conocer la cuantía, calidad y motivos de las derivaciones al escalón especializado, lo que sería a todas luces necesario —aunque insuficiente— para establecer la necesidad de recursos para garantizar una buena atención.

Los estudios en este sentido han proliferado en otros ámbitos geográficos, sobre todo, desde que se publicara el de SHEPHERD y otros en Londres en 1965 (12). Pero ofrecen conclusiones muy diversas dependiendo del modelo sanitario en que se enmarcan y la tradición médica, y psiquiátrica imperante en cada país.

En nuestro país, ninguno de los distintos planes de reforma iniciados desde los diferentes niveles de la Administración del Estado, se ha apoyado, que sepamos, en una previsión de la demanda a atender apoyada en un conocimiento fundado ni siquiera de la actual actividad asistencial a transformar. El Documento de Discusión para la Reforma Psiquiátrica (13), «atendiendo a estudios epidemiológicos parciales realizados en nuestro país (que no cita) y a los comunicados por distintos autores», afirma que sobre un «25 % del total de los usuarios de los Servicios Sanitarios presenta algún síntoma relevante de carácter psíquico... valorándose con necesidad de algún tipo de atención psicológica un 14 % y siendo susceptible de tratamiento por los equipos de Atención Primaria un 12,3 %». De lo que resulta que «sólo un 1,7 % de los pacientes deberían precisar cuidados psiquiátricos especializados». Lamentablemente, ignoramos de dónde proceden cifras tan precisas y si éstas han sido consideradas a la hora de determinar la dotación de los equipos de Atención Primaria y salud mental del INSALUD.

Creemos que un conocimiento de esta situación debería referirse a los siguientes apartados, que se corresponden con las funciones que, sobre el asunto, debería realizar el profesional de Atención Primaria (14):

1. La identificación de casos psiquiátricos en Atención Primaria. Sensibilidad y especificidad en esta identificación.
2. El tratamiento de los problemas detectados con o sin interconsulta con el escalón especializado.
3. La derivación de problemas al escalón especializado para su estudio y/o tratamiento.
4. El seguimiento de aquellos casos en que ha sido emitida una indicación terapéutica por el escalón especializado.
5. Inclusión de los aspectos de salud mental en los programas de prevención, protección y promoción de la salud.
6. Recogida y transmisión de la información.

Sobre el aspecto primero se han realizado estudios en nuestro país (15, 16, 17), algunos con buena metodología y diseño pero que, generalmente, se han centrado, precisamente, en aquellos centros que, por su carácter piloto, tienen características de excepcionalidad.

Sobre el manejo de los problemas detectados es obvio que, en las condiciones en que se desarrolla la Asistencia Primaria para la mayor parte de la población, las únicas alternativas reseñables van a ser las prescripciones farmacológicas y la derivación.

Los tres últimos aspectos, si bien deben ser considerados en la planificación y evaluación de servicios nuevos, en lo que se refiere al conocimiento de los dispositivos a reformar, carecen de relevancia porque brillan por su ausencia de forma absoluta.

El presente estudio pretende arrojar alguna luz sobre la situación respecto a los tres primeros ítems en una serie de consultas en las que aún no se ha iniciado

programa de reforma alguno (situación en la que se encuentra la mayoría de las del país), centrándose exclusivamente en demanda profesionalmente percibida sobre población que solicita actualmente atención (lo que supone, evidentemente, una importante restricción del ámbito de aplicación de las conclusiones) y sobre unos indicadores que reconocemos bastante pobres. Creemos, sin embargo, que dada la tiniebla reinante en esta materia, cualquier luz, por modesta que sea, puede ser de utilidad.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en una zona cuya superficie de 2.505 hectáreas, representa el 4,13 % del territorio municipal y acoge a 197.901 habitantes que constituyen el 6,20 % de la población madrileña. Es una zona de gran implantación industrial, con viviendas pequeñas y de mala calidad, infradotadas de servicios, con un sistema de comunicaciones inadecuado y ausencia de espacios verdes (18, 19).

La población es, predominantemente joven, destacando como grupo más numeroso, el comprendido entre los 15 y 24 años. Se observa una natalidad decreciente en los últimos 15 años, siendo la tasa actual del 9,66 por mil; es una población obrera, semicualificada o sin cualificar, fundamentalmente empleada en los sectores del metal, construcción y servicios, cubriendo la Seguridad Social a la gran mayoría de sus individuos. La asistencia extrahospitalaria se realiza desde siete consultorios de Medicina General, los especialistas se ubican en dos ambulatorios y se tiene como centro de referencia de nivel terciario, el hospital «1.º de Octubre».

Los datos del estudio provienen de un cuestionario, que se entregó a un paciente de cada siete de los que acudieron a las consultas de Medicina General entre el 20 y el 24 de mayo de 1985, en el que se recogía:

1. Información del paciente:
 - a) Edad.
 - b) Sexo.
 - c) Domicilio.
 - d) Situación laboral.
2. Diagnóstico o diagnósticos de las patologías que motivaron la visita.
3. Utilización de recursos de las patologías que motivaron la visita.
 - a) Medicamentos prescritos.
 - b) Solicitud de analítica.
 - c) Solicitud de exploraciones radiológicas.
 - d) Derivación del paciente al especialista de zona o al hospital.

El médico registraba los diagnósticos y los otros datos eran recogidos por personal de enfermería que colaboró en el estudio, entrevistando a la persona que acudía a la consulta, antes y después de la visita al médico.

El cuestionario se presentó personalmente y de forma individualizada a todos los participantes en el estudio, dándoles a conocer los objetivos del mismo.

Los diagnósticos se codificaron de forma centralizada por dos médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria siguiendo la Clasificación Internacional de Problemas de Salud Mental en Asistencia Primaria (20).

En el estudio se incluyeron todos los cuestionarios en que se registraban diagnósticos comprendidos en el grupo V de la clasificación ICHPPC-2, y los correspondientes a las visitas en que se prescribieron medicamentos incluidos en los subgrupos terapéuticos NO5 y NO7 del catálogo de especialidades farmacéuticas (21).

De los 99 médicos generales que desarrollan su actividad en el área, colaboraron 94, atendiendo 19.961 visitas, de las que se obtuvieron 2.374 cuestionarios, perdiéndose un total de 477 de ellos por las siguientes razones:

- a) Negación de paciente a participar, 93 (3,9 %).

- b) Falta de devolución del cuestionario, 208 (8,76 %).
- c) Anulación de éste por deficiencias en el registro, 176 (7,41 %).

Los datos se procesaron en un ordenador digital, mediante un paquete estadístico (22).

RESULTADOS

De los 2.374 cuestionarios recogidos (grupo general), en 127 aparecían diagnósticos incluidos en el grupo V (grupos con trastornos mentales) y en 160 se registraron prescripciones comprendidas en los subgrupos terapéuticos NO5 y NO7 (grupo con prescripción de psicofármacos).

El porcentaje de visitas en que se hicieron diagnósticos psiquiátricos fue similar en todos los consultorios, a excepción de uno en que tuvieron lugar más visitas de este tipo. La distribución por médico también fue similar, a excepción de uno, que trabajaba en el consultorio anteriormente citado, y diagnosticó trastornos mentales en 20 visitas (15,75 %) de este grupo. La media de edad fue de $51,86 \pm 17,72$, siendo más elevada que en el grupo general ($p < 0,01$); 41 visitas (33,06 %) fueron realizadas por varones y 83 (66,94 %) por mujeres. Este predominio de mujeres sigue una distribución similar a la encontrada en el grupo general. No se demuestra diferencia de edad significativa entre varones y mujeres.

En estas visitas se hicieron 193 diagnósticos con una concentración de 1,5 diagnósticos/visita, más elevada que en el grupo general (1,2 diagnósticos/visita). Los diagnósticos clasificados en el grupo V y su frecuencia aparecen en la *tabla 1*. La patología acompañante, acumulada por grupos, aparece en la *tabla 2*; no encontramos mayor predisposición que en el grupo general a presentar otro tipo de patologías y, sin embargo, se detecta una proporción menor de diagnósticos de

los grupos VII y VIII ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente).

En este grupo se hicieron 215 prescripciones [entendemos por prescripción, cada medicamento recetado en la visita, independientemente del número de envases prescritos del mismo, con 1,69 prescripciones/visita, más elevada que en el grupo general (1,28 prescripciones/visita), siendo atribuida esta diferencia al incremento de patología acompañante, pues el número de prescripciones por diagnóstico son similares en ambos grupos]. En 46 casos (36,22 %) no se utilizaron psicofármacos. La distribución por grupos terapéuticos de los fármacos utilizados aparece en la *tabla 3*, y en la *tabla 4* se recogen los psicofármacos y la frecuencia con que fueron utilizados. Al comparar las proporciones correspondientes a los distintos grupos terapéuticos con el grupo general únicamente se demuestra un empleo menor de anti-infecciosos y medicamentos del aparato respiratorio y mayor utilización del grupo S.N.C. ($p < 0,01$).

En estas visitas se hicieron 211 diagnósticos, con una concentración de 1,32 diagnósticos/visita. En 81 (50,63 %) se recogieron diagnósticos psiquiátricos; el tipo y la frecuencia se presentan en la *tabla 5*, la patología acompañante queda reflejada en la *tabla 6*.

Al comparar la patología registrada en el grupo de visitas con diagnósticos psiquiátricos con el grupo de visitas en que se prescribieron psicofármacos (*tablas 2 y 6*), encontramos en el primero mayor concentración de diagnósticos/visita y una proporción más elevada de diagnósticos incluidos en el grupo V ($p < 0,01$) y en el grupo al que se prescribieron psicofármacos se encuentra una proporción mayor de enfermedades del aparato circulatorio ($p < 0,05$) y de motivos de consulta codificados como signos, síntomas y condiciones mal definidas ($p < 0,01$).

En el grupo con prescripciones de psicofármacos, se hicieron 362 prescripciones (2,26 prescripciones/visita) más ele-

vadas que en el grupo con diagnóstico psiquiátrico y que en el grupo general. La distribución de los fármacos por grupos terapéuticos se recoge en la *tabla 7* y en la *tabla 8* se presentan las prescripciones de psicofármacos por subgrupos terapéuticos.

DISCUSION

El porcentaje de 5,34 % de pacientes con diagnóstico de trastorno mental encontrados en nuestra muestra, está dentro del rango de los estudios realizados en nuestro país (16, 23, 24) y que oscilan entre el 2,67 % y 6,3 %, y se encuentran por debajo de los reseñados en la literatura internacional [los citados por SHEPHERD y otros (12) oscilan entre 6,4 y 6,5 %, siendo el de su propio estudio de 13,94 %], lo que probablemente se encuentre en relación [aparte de las dificultades para la definición de «caso» en esta materia (25, 26, 27) con la previsible baja sensibilidad de los médicos españoles para este tipo de problemas].

Llama la atención que el número de pacientes a los que se prescriben psicofármacos es notablemente superior a los diagnósticos de trastorno mental. Este fenómeno que ha sido descrito en estudios sobre Atención Primaria de otros países (28), podía ser consecuencia de la inadecuación para clasificar los trastornos mentales mediante clasificaciones diseñadas para su utilización en Asistencia Primaria (28, 29).

También se ha encontrado una proporción mayor de enfermedades del aparato circulatorio y de «signos, síntomas y condiciones mal definidas». Aceptando que las prescripciones están justificadas, y que estas categorías no justifican otra indicación de los productos que se codifican como psicofármacos fuera de la existencia de síntomas de orden psíquico, este fenómeno apuntaría hacia una tendencia de los médicos generales a declarar en sus diagnósticos menos patología mental

de la percibida, probablemente en consideración de prejuicios propios o culturales sobre el trastorno mental. Probablemente muchos trastornos mentales van a parar al cajón de sastre de los «signos, síntomas y condiciones mal definidas» y, o los correlatos somáticos de la ansiedad se codifican a veces como trastornos del aparato cardiovascular o la patología mental asociada en enfermedades cardiovasculares con alto riesgo vital o gran limitación de los modos de vida o a procesos de demenciación asociados a alteraciones vasculares crónicas, no se hacen constar en los diagnósticos. El hallazgo puede estar también en relación a la tendencia —movida por el mismo tipo de prejuicio— a efectuar el diagnóstico sobre los datos en que se cifra la queja del paciente (sobre cuyo corrimiento en este sentido sí existe bibliografía (30, 31) y no sobre el resultado de la exploración.

La elevación de la media de edad respecto al grupo general que se refiere en el capítulo de resultados no concuerda con lo reseñado en otros estudios (15) y con los datos conocidos sobre prevalencia de trastornos mentales que apuntarían a una distribución bimodal de los mismos con mayor peso en las edades próximas a la infancia y a la senectud. La ausencia del pico juvenil puede deberse a las características de la red de atención del INSA-LUD que determinarían la fuga de los casos de estas edades hacia otro tipo de recursos (privados o psicopedagógicos) existentes en la comunidad para patología «ligera» o hacia la red específica psiquiátrica (dependiente de otras administraciones y, como señalábamos al principio, desconectada de ésta) para la patología «pesada» de alta incidencia en población juvenil y que conlleva un alto uso de recursos sanitarios.

Nuestra muestra no confirma la hipótesis de que los pacientes con trastornos mentales presentan una mayor predisposición que el resto de los usuarios de los servicios a presentar otro tipo de patología (32). La menor incidencia en esta po-

blación de enfermedades del sistema circulatorio contrasta con el hallazgo de que este tipo de trastornos son frecuentes en el grupo de pacientes que, sin un diagnóstico del grupo V (trastornos mentales) reciben medicación psicótrópica. El dato de la menor incidencia de trastornos respiratorios en el grupo de pacientes «mentales» nos parece difícil de valorar dada la incidencia estacional y «epidémica» de este tipo de trastornos.

Al estudiar el grupo de pacientes a los que se prescriben psicofármacos, encontramos que éste es muy semejante al de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos, en edad y sexo (lo que sería consistente con la hipótesis —a la que nos apuntamos— de que se trata de una misma población). Se diferencia de él en que aparece una mayor concentración de diagnósticos/visita y de prescripciones/visita, lo que podría deberse a que la patología mental de este grupo, que es correctamente percibida por el médico, pero que éste no es capaz de encuadrar en una categoría diagnóstica y, consecuentemente, hacer una indicación de tratamiento precisa.

Llama la atención que mientras que en los diagnósticos (*tabla 1*) el peso de los trastornos depresivos es mucho mayor que el de los de ansiedad, en las prescripciones, las de ansiolíticos son mucho más frecuentes que las de antidepresivos. Este fenómeno, que ha sido descrito en la literatura internacional (33) tiene que ver con una tendencia del médico general —¿en relación con la presión de la industria farmacéutica o con la imagen popular de las benzodiazepinas como producto más «inocuo» y «cotidiano»?— a optar por la utilización de estos fármacos en casos en que ambas indicaciones serían correctas y aún en aquellos en que la indicación correcta sería la de los antidepresivos. En cualquier caso, este deslizamiento nos obliga a ser prudentes a la hora de utilizar indicadores de prevalencia basados en el consumo de fármacos, como se ha hecho para otro tipo de enfermedades (34, 35, 36).

El que las derivaciones a otros niveles asistenciales se mantengan en los mismos niveles que para otras patologías se opondría al mito —arraigado en los profesionales de salud mental— de que los generalistas tienen una capacidad menor de asumir ésta que otras patologías. De hecho, sólo un 2,36 % de los pacientes en los que se detecta patología mental, se derivan al neuropsiquiatra y en la *tabla 1* puede observarse que la categoría «pesadas» (las psicosis de diferente tipo) están bien representadas en la consulta de Medicina General. Esto es consistente con la hipótesis generalmente aceptada (12) de que la sensibilidad de los generalistas a este tipo de patología es alta. La única incógnita que en base a un conocimiento de la estructura de la red asistencial para este tipo de trastornos a que hacíamos referencia al principio, podríamos plantearnos es si estos pacientes no consumen a la vez prestaciones a otro nivel en otras redes asistenciales.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de pacientes con diagnóstico de trastorno mental hallado en nuestra muestra (5,34 %) es semejante al encontrado en otros estudios realizados en nuestro país e inferior a los que aparecen en estudios llevados a cabo en países con un mayor desarrollo de la Atención Primaria. Esto podría estar en relación con una escasa sensibilidad de nuestros profesionales en la detección de problemas de salud mental.

2. Existe además un grupo importante de pacientes sin diagnóstico de trastorno mental a los que se prescribe medicación psicótrópica que no se justifica en función de los diagnósticos emitidos. El determinar si esto tiene que ver con:

- 2.1. Perjuicios propios de los médicos o la sociedad hacia este tipo de diagnósticos.

- 2.2. Deficiencias en el procedimiento de emisión de diagnósticos (que se cen-

trarían en la «queja» o «motivo de consulta» más que en el resultado de la exploración).

2.3. Dificultad de los médicos generales para emitir un diagnóstico mental preciso ante sintomatologías abigarradas (que se registrarían en el eje de «signos, síntomas y condiciones mal definidas»), podrían ser objeto de futuras investigaciones.

De momento creemos que los estudios de prevalencia basados en consumo de fármacos específicos no pueden ser seriamente utilizados en este terreno.

3. La distribución por sexo es semejante en el grupo con diagnósticos de trastorno mental y en el grupo general. Respecto a la edad en el grupo con diagnósticos de trastorno mental aparecen hiperrepresentadas las edades avanzadas (lo que es consistente con la literatura). La ausencia de un pico (que podíamos esperar) en las edades tempranas puede estar en relación con la «fuga» de estos casos hacia otras redes asistenciales (psicopedagógica, psiquiátrica específica, circuitos privados...).

4. Nuestra muestra no confirma la hipótesis de una mayor predisposición de

los pacientes con trastornos mentales a presentar otro tipo de patología.

5. Aunque el diagnóstico de «depresión» es el más frecuente, el uso de medicación antidepresiva está muy por detrás del de ansiolíticos. Esto puede estar en relación con una escasa especificidad de los médicos generales a la hora de prescribir psicofármacos.

6. Los diagnósticos de patología «pesada» están bien representados en la muestra. Esto pone de manifiesto:

6.1. Que la sensibilidad de los médicos generales a este tipo de patología es buena, y

6.2. que los generalistas asumen ya funciones en el manejo y tratamiento de este tipo de trastornos (queda por despejar la incógnita de si en solitario o en paralelo con los especialistas de otras redes asistenciales).

7. El hecho de que las derivaciones a otros niveles asistenciales se sitúen en el mismo nivel para éste que para otro tipo de trastornos y las dirigidas al neuropsiquiatra sean sólo del 2,36 %, redunda en el sentido de lo apuntado en 6.2.

TABLA 1

TRASTORNOS MENTALES REGISTRADOS EN EL GRUPO CON DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

	N	(%) TOTAL	(%) GRUPO V
Desórdenes depresivos	50	2,24	39,37
Otras neurosis	22	0,99	17,32
Ansiedad	12	0,54	9,45
Insomnio y alteraciones del sueño	12	0,54	9,45
Abuso crónico de alcohol	8	0,36	6,30
Retraso mental	5	0,22	3,94
Psicosis orgánica	4	0,18	3,15
Psicosis afectiva	4	0,18	3,15
Esquizofrenia	3	0,13	2,36
Otros desórdenes mentales y psicológicos	3	0,13	2,36
Otras psicosis no especificadas	2	0,09	1,57
Abuso de otras drogas	1	0,04	0,79

TABLA 2

**DIAGNOSTICOS DE LAS VISITAS QUE SE HICIERON
POR TRASTORNOS MENTALES**

	N	(%)	
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	—	—	(1,86) ¹
II. Neoplasias	1	0,52	(1,34)
III. Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas	3	1,55	(5,23)
IV. Enfermedades de la sangre	1	0,52	(0,85)
V. Enfermedades mentales	128	66,32	(4,78) ²
VI. S.N.C. y enfermedades de los órganos sensitivos	6	3,11	(4,48)
VII. Enfermedades del sistema circulatorio	16	8,29	(17,89) ³
VIII. Enfermedades respiratorias	9	4,66	(24,73) ²
IX. Enfermedades del aparato digestivo	8	4,15	(7,13)
X. Enfermedades del aparato genitourinario	2	1,04	(3,58)
XI. Embarazo, parto y puerperio	—	—	(0,07)
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	—	—	(2,95)
XIII. Enfermedades músculo-esqueléticas y del tejido conectivo	17	8,81	(12,18)
XIV. Anomalías congénitas	—	—	(0,11)
XV. Mortalidad y morbilidad perinatal	—	—	—
XVI. Signos, síntomas y condiciones mal definidas	2	1,04	(0,78)
XVII. Traumatismos y efectos adversos	—	—	(3,13)
XVIII. Clasificación suplementaria	—	—	(0,82)

¹ Las cifras entre paréntesis corresponden a los porcentajes del grupo general.

² Diferencia significativa entre los porcentajes, $p < 0,01$.

³ Diferencia significativa entre los porcentajes, $p < 0,05$.

TABLAS 3 y 4

PSICOFARMACOS UTILIZADOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNOS MENTALES

	N	(%) TOTAL	(%) GRUPO
Tranquilizantes	30	13,95	29,85
Antidepresivos	24	11,14	23,08
Combinac. de psicolépticos y psicoanalépticos	17	7,91	16,35
Hipnóticos y sedantes no barbitúricos	16	7,44	15,38
Neurolépticos	8	3,72	7,69
Combinaciones de barbitúricos	3	1,40	2,88
Psicoestimulantes	3	1,40	2,88
Barbitúricos	1	0,47	0,96
Nootrópicos	1	0,47	0,96
Neurótonicos	1	0,47	0,96

TABLA 5

TRASTORNOS MENTALES REGISTRADOS EN EL GRUPO QUE SE PRESCRIBIERON PSICOFARMACOS

	N	(%) TOTAL	(%) GRUPO
Psicosis orgánica	1	0,47	1,22
Esquizofrenia	3	1,42	3,66
Psicosis afectiva	3	1,42	3,66
Otras psicosis	2	0,95	2,44
Ansiedad	11	5,21	13,41
Depresión	35	16,59	42,68
Otras neurosis	11	5,21	13,41
Insomnio	10	4,74	12,20
Alcoholismo	4	1,90	4,88
Retraso mental	2	0,95	2,44

TABLA 6

PATOLOGIA MOTIVO DE CONSULTA EN LAS VISITAS QUE SE PRESCRIBIERON PSICOFARMACOS

	N	(%)
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	—	—
II. Neoplasias	4	1,90
III. Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas	6	2,83
IV. Enfermedades de la sangre	1	0,47
V. Enfermedades mentales	82	38,66
VI. S.N.C. y enfermedades de los órganos sensitivos	16	7,58
VII. Enfermedades del sistema circulatorio	32	15,17
VIII. Enfermedades respiratorias	9	4,27
IX. Enfermedades del aparato digestivo	15	7,11
X. Enfermedades del aparato genitourinario	4	1,90
XI. Embarazo, parto y puerperio	—	—
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	1	0,47
XIII. Enfermedades músculo-esqueléticas y del tejido conectivo.	27	12,80
XIV. Anomalías congénitas	—	—
XV. Mortalidad y morbilidad perinatal.	—	—
XVI. Signos, síntomas y condiciones mal definidas	14	6,64
XVII. Traumatismos y efectos adversos	1	0,47
XVIII. Clasificación suplementaria	—	—

TABLA 7

PRESCRIPCIONES REALIZADAS EN EL GRUPO QUE SE PRESCRIBIERON PSICOFARMACOS

	N	(%)
A) Aparato digestivo	39	10,77
B) Sangre y órganos hematopoyéticos	4	1,10
C) Aparato cardiovascular	49	13,54
D) Dermatológicos	8	2,21
G) Genitourinarios y hormonas sexuales	4	1,10
H) Preparados hormonales vía general excluidas hormonas sexuales	—	—
J) Antiinfecciosos vía general	2	0,55
L) Citostáticos	—	—
M) Aparato Locomotor	18	4,97
N) S.N.C.	220	60,77
P) Parasitosis	—	—
R) Aparato respiratorio	15	4,14
S) Organos de los sentidos	2	0,55
V) Varios	1	0,28

TABLA 8

PSICOFARMACOS EMPLEADOS EN LAS VISITAS CON ESTE TIPO DE PRESCRIPCION

	N	(%) TOTAL	(%) GRUPO
Neurólépticos	15	4,14	8,02
Tranquilizantes	69	19,06	36,90
Hipnóticos y sedantes no barbitúricos	22	6,08	11,76
Barbitúricos solos	2	0,55	1,07
Barbitúricos, combinaciones	6	1,66	3,21
Antidepresivos	27	7,46	14,44
Psicoestimulantes	9	2,49	4,81
Psicolépticos y psicoanalépticos	25	6,91	13,37
Nootrópicos	3	0,83	1,60
Neurótonicos	3	0,83	1,60
Otros	6	1,66	3,21

TABLA 9

DEMANDA DERIVADA POR GRUPOS DIAGNOSTICOS

	(%)
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	16,00
II. Neoplasias	11,11
III. Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas	11,42
IV. Enfermedades de la sangre	8,69
V. Enfermedades mentales	10,50 ¹
VI. S.N.C. y enfermedades de los órganos sensitivos	30,00
VII. Enfermedades del sistema circulatorio	4,17
VIII. Enfermedades respiratorias	6,07
IX. Enfermedades del aparato digestivo	14,65
X. Enfermedades del aparato genitourinario	28,12
XI. Embarazo, parto y puerperio	50,00
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	16,45
XIII. Enfermedades músculo-esqueléticas y del tejido conectivo	12,88
XIV. Anomalías congénitas	33,33
XV. Mortalidad y morbilidad perinatal	—
XVI. Signos, síntomas y condiciones mal definidas	21,27
XVII. Traumatismos y efectos adversos	35,71
XVIII. Clasificación suplementaria	18,18

¹ Hay que considerar que se trata de derivaciones al total de especialistas. Sólo una parte de ellas (2,36 %) se refiere a neuropsiquiatra.

BIBLIOGRAFIA

- (1) TIZON, J. L. (1981): *Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de salud mental*. «Revista Mensual/Monthly Review», Vol. 4, págs. 6-7, marzo-abril.
- (2) OMS (1962): *Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental*. Serie Informes Técnicos n.º 235.
- (3) OMS (1980): *Changin Patterns in Mental Health*. Reports and studies n.º 25. Copenhagen.
- (4) OMS (1978), Alma-Ata: *La Atención Primaria de salud*. Ginebra.
- (5) CLIMENT, C. E.; ARANGO, M. V. (1983): *Manual de psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria*. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Washington.
- (6) OLABARRIA, B. (1983): *La salud mental en la Atención Primaria*. REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQUIATRIA, 3, 7, págs. 56-61, mayo-agosto.
- (7) LÓPEZ, M.; GARCÍA, J. M. (1984): *Consideraciones sobre la integración de las actividades de salud mental en la Atención Primaria*. REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQUIATRIA, 4, 10, págs. 181-194, mayo-agosto.
- (8) Nota Editorial (1984): REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQUIATRIA, 4, 11, pág. 2, enero-abril.
- (9) MATEO MARTÍN, I.; IRUELA CUADRADO, L. M.; HERNÁNDEZ MONSALVE, L. M. (1985): *Salud Mental en Atención Primaria de Salud*. «Salud 2000», 1, 1, página 11, mayo.
- (10) COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA (1985): *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Madrid.
- (11) Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.», 102, 29-4-86.
- (12) SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; KALTON, G. (1985): *La enfermedad psiquiátrica en la práctica médico general*. PANP. Madrid, 1971.
- (13) COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA (1984): *Documento de Discusión para la Reforma Psiquiátrica* (II). Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Madrid (mimeografiado).
- (14) CAMPILLOS, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. (1985): *Salud Mental en Atención Primaria*. Curso de Actualización en Atención Primaria, ADSP. Madrid (mimeografiado).
- (15) GARCÍA PASCUAL, L. M., et al. (1985): *Estudio de los motivos de consulta por patología mental en un centro de Atención Primaria*. «Atención Primaria», 2, 6, págs. 24-28.
- (16) COCA ABIA, M. N.: *Prevalencia de las alteraciones mentales desde mayo de 1981 hasta noviembre de 1982, en dos consultas de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la C. S. 1.º de Octubre*. Comunicación libre en las «IV Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria». Granada, 1-3 de diciembre de 1983.
- (17) ROMAN, M.; COCA, N.; GONZÁLEZ, M. J.: *Estudio epidemiológico y valoración del síndrome depresivo en una consulta de Atención Primaria*. Comunicación libre en las «IV Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria». Granada, 1-3 de diciembre de 1983.
- (18) PAI VILLAVEVERDE. Documentos para difusión y debate. Coplaco. MOPU. Madrid, 1980.
- (19) PAI MEDIODIA. Documentos para difusión y debate. Coplaco. MOPU. Madrid, 1982.
- (20) INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE (ICHPPC/WONCA). Oxford University Press. Oxford, 1979.
- (21) Consejo General de Colegios Farmacéuticos (1984): *Catálogo de especialidades Farmacéuticas*. Madrid, 1984.
- (22) ABRAIRA, V.; ZAPLANA, J. (1981): *Paquete de procesamiento estadístico*. «II Reunión Decus-España». Madrid.
- (23) ALCÁNTARA NICOLÁS, J. (1984): *Estudio sobre demanda sanitaria y morbilidad declarada en una pedanía de Murcia*. «Rev. San. Hig. Pub.», 58 págs. 681-714, julio-agosto.
- (24) ESCOLAR PUJOLAR, et al. (1983): *Registros de Morbilidad en Asistencia Primaria de Salud. Experiencia de un equipo de Medicina Familiar y Comunitaria*. «Gaseta Sanitaria», 2, 12, noviembre-diciembre.
- (25) COOPER, B.; MORGAN, M. A. (1973): *Epidemiología Psiquiátrica*. PANAP. Madrid.
- (26) WING, J. K. (1980): *Methodological Issues in Psychiatric case identification*. «Psychological Medicine», 10, págs. 5-10.
- (27) WILLIAMS, P.; TARNOPOLSKY, A.; HAND, D. (1980): *Care definition and care identification in Psychiatric epidemiology: review and assessment*. «Psychological Medicine», 10, págs. 101-104.
- (28) BURNS, B. J.; BURKE, J. D. (1985): *Improving mental health practices in primary care: Findings from recent research*. «Public Health Reports», 100: págs. 294-300.
- (29) JENKINS, R.; SMEETON, N.; MERINKER, M.; SHEPHERD, M. (1985): *A study of the classification of mental ill-health in general practice*. «Psychological Medicine», págs. 403-409.
- (30) BURAK, R. C.; CARPENTER, R. R. (1983): *The predictive value of the presenting complaint*. «The Journal of Family Practice», 16: 4: págs. 749-754.

(31) BARSKY, A. J. (1981): *Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors*. «Annals of Internal Medicine», 94, págs. 492-498, abril.

(32) KESSLER, L. G. et al. (1983): *Co-occurrence of Psychiatric and Medical Morbidity in Primary Care*. «The Journal of Family Practice», 16: 2: páginas 319-324.

(33) ANCILL, R. J.; POYSER, J.; DAVEY, A.; KENNERSON, A. (1984): *Management of mixed affective symptoms in primary care: a critical experiment*. «Acta Psychiatr. Scand», 70: págs. 463-469.

(34) BARBEIRA, J. M.; GARCÍA IÑESTA, A.; ARIAS GONZÁLEZ, C. (1983): *Consumo de hormonas tiroideas como indicador de enfermedades tiroideas*. «Inf. Ter. Segur. Soc.», 7: págs. 232-241.

(35) BARBEIRA BARJA, J. M.; GARCÍA IÑESTA, A. (1984): *El consumo de medicamentos antituberculosos como aproximación a unos indicadores de prevalencia*. «Inf. Ter. Segur. Soc.», 8: págs. 16-21.

(36) BARBEIRA BARJA, J. M.; GARCÍA IÑESTA, A. (1984): *Utilización de medicamentos en tratamiento de la hipertensión esencial benigna en España. Año 1982*. «Inf. Ter. Segur. Soc.», 8: págs. 117-122.