



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Hernández García, María; Ojeda Rodríguez, Eva; Jannone Pedro, Lucía; García Valls, José Manuel; Alcantarilla Chaves, Laura; Segura Vicent, Cristina; Moya Diago, Marcos L.

Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia)

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 43, núm. 144, 2023, Julio-Diciembre, pp. 73-90

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000200004>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265076222010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia)

Analysis of Interconsultations Derived from Primary Care and Rejected by Mental Health in the Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia) Health Department

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA^a, EVA OJEDA RODRÍGUEZ^b, LUCÍA JANNONE PEDRO^c, JOSÉ MANUEL GARCÍA VALLS^d, LAURA ALCANTARILLA CHAVES^e, CRISTINA SEGURA VICENT^f, MARCOS L. MOYA DIAGO^g

a) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0001-3158-3144.

b) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría en Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0001-9692-5766.

c) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0007-0555-7309.

d) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0000-0002-9267-1818.

e) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Hospital de Sagunto (Valencia). ORCID iD: 0000-0003-2298-7005.

f) Residente de Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0004-0336-3365.

g) Psicólogo clínico. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0003-1145-5406.

Correspondencia: María Hernández García (mariahernangarc@gmail.com)

Recibido: 23/05/2022; aceptado con modificaciones: 15/06/2023



Resumen: En los últimos años se ha constatado un aumento de la demanda asistencial en los servicios de salud mental y, por tanto, un aumento de interconsultas que se reciben desde atención primaria, siendo necesario filtrar dichas derivaciones para poder llevar a cabo una atención adecuada. El principal objetivo de este estudio es la evaluación del modelo de derivación del Servicio de Salud Mental del Departamento del Arnau de Vilanova-Llíria mediante un análisis descriptivo y el seguimiento a lo largo de 6 meses de las interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el año 2019. Durante esos meses se recibieron 2029 interconsultas, de las cuales 623 fueron rechazadas, correspondiéndose estas a 504 pacientes. De estas personas, 164 fueron finalmente citadas en salud mental tras realizar una nueva interconsulta. Este análisis pone de manifiesto la necesidad de implementar un modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental que se traduzca en una mayor detección de casos, una mejor derivación y, en definitiva, una mejor atención a los y las pacientes.

Palabras clave: salud mental, estudios de seguimiento, servicios de salud mental, derivación y consulta, atención primaria de salud.

Abstract: In recent years, there has been an increase in the demand for care in Mental Health services and, therefore, an increase in interconsultations received from Primary Care, making it necessary to filter said referrals in order to carry out adequate care. The main objective of this study is to evaluate the referral model of the Mental Health Service of the Department of Arnau de Vilanova-Llíria through the descriptive analysis and follow-up over 6 months of interconsultations derived from Primary Care and rejected by Mental Health in 2019. During those months, 2029 interconsultations were received, of which 623 were rejected, corresponding to 504 patients. Of these patients, 164 were finally attended to in Mental Health after carrying out a new interconsultation. This analysis shows the need to implement a collaborative model between Primary Care and Mental Health that turns into greater cases detection, better referral sand, ultimately, a better patient care.

Key words: mental health, follow-up studies, mental health services, referral and consultation, primary health care.

INTRODUCCIÓN

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS se ha constatado un aumento de la demanda asistencial en los servicios de salud mental (1), siendo atención primaria el principal servicio desde el cual son derivadas estas personas. Varios estudios epidemiológicos, de hecho, sitúan la prevalencia de patología psiquiátrica en la consulta general de atención primaria entre un 25 y un 40 %, pudiendo llegar hasta el 60 % en el caso de personas hiperfrecuentadoras (2). Aproximadamente, el 5 % de estas consultas son derivadas a los servicios de salud mental (3), siendo las patologías más frecuentes los cuadros de ansiedad, depresión y cuadros adaptativos (4). Otro dato importante a destacar que se ha puesto de manifiesto en los últimos años es el aumento de demanda asistencial por parte de personas que no llegan a cumplir criterios de un trastorno mental pero que, debido a que presentan cierto tipo de malestar psíquico, son remitidas a un servicio de salud mental (5). Este tipo de demandas son con frecuencia consideradas respuestas adaptativas y proporcionadas que aparecen ante estresores vitales comunes, y son recogidas como tales en las clasificaciones nosográficas actuales, como el DSM-V (6), bajo el epígrafe de Códigos Z, conformando un capítulo separado de los trastornos mentales.

Otro hecho importante a destacar es el aumento de categorías diagnósticas en las últimas revisiones de las clasificaciones nosográficas, tales como el DSM-V (6) y la CIE-11 (7), así como la disminución de los criterios para cumplir una categoría. Con estas modificaciones, casi la mitad de la población podría incluirse bajo el epígrafe de trastorno relacionado con psicopatología leve y precisar atención por parte de los servicios de salud mental (8). Dentro de estas situaciones de la vida cotidiana o acontecimientos vitales que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental se pueden encontrar conflictos relacionados con la educación familiar, rupturas afectivas, duelos no complicados, problemas laborales, etc. De hecho, Lobo y colaboradores estimaron que una cuarta parte de las personas derivadas desde atención primaria no tenían un trastorno mental diagnosticable, la mitad llevaba tratamiento psicofarmacológico pautado desde atención primaria y el 20 % eran derivadas de forma preferente (5). En algunas revisiones se apunta a que el origen del aumento de dicha demanda podría estar en la desestigmatización de la enfermedad mental que se viene dando en estos últimos años, así como deberse a la cada vez mayor difuminación de los límites entre lo comúnmente llamado normal y lo patológico (9).

La conjunción de estos factores podría haber influido, por tanto, en el aumento de pacientes que demandan asistencia en salud mental a través de los servicios de atención primaria, aumentando las derivaciones recibidas, con consecuencias a varios niveles. Por una parte, el tratamiento de demandas que en sí mismas no suponen una patología podría ser éticamente cuestionable por la iatrogenia

derivada del tratamiento psicológico o psicofarmacológico (9), con los efectos secundarios que este último también conlleva. Por otra parte, el aumento de demandas supone un incremento del gasto sanitario, así como una sobrecarga de los servicios de salud mental (10). Todo esto podría además tener como consecuencia un detrimento del tratamiento y abordaje de las personas que padecen un trastorno mental grave en aras de atender a la población con demandas incluidas en los códigos Z antes comentados. Con el fin de actuar en este espacio cabría el papel de la psicología clínica como primer escalón de tratamiento para poder llevar a cabo tareas de prevención de la salud, tan importantes y tan olvidadas en ocasiones, con amplia demanda de este recurso por parte de la ciudadanía y también por profesionales de la salud (11,12). La integración de la psicología clínica en la atención primaria podría traer consigo numerosos beneficios, desde la disminución de carga asistencial para este servicio y el de salud mental a una mayor satisfacción por parte de pacientes y la implementación de las actividades de prevención primaria en trastornos mentales (13).

Desde hace varios años y para los fines de coordinación, en el ámbito de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana se ha implantado un modelo derivativo, el cual permite realizar solicitudes de interconsultas desde los equipos de atención primaria a las distintas unidades de salud mental (USM) mediante un sistema informático ambulatorio (Abucasis). En dicha solicitud, el personal facultativo de atención primaria resume el cuadro clínico que presenta el o la paciente y puede especificar si solicita una cita preferente, que ha de ser atendida en menos de 15 días, u ordinaria. De igual modo, puede especificar si la interconsulta se realiza al servicio de salud mental en general o específicamente dirigida a la especialidad de psiquiatría o bien de psicología clínica.

La consulta llega por vía telemática y posteriormente, tras un proceso deliberativo en el cual participan los psiquiatras y psicólogos clínicos de cada USM, se aceptan o rechazan los casos según cumplan o no los criterios de la Cartera de Servicios de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. En el caso de que sean rechazados, se informa desde el propio sistema informático al facultativo interconsultor de atención primaria del motivo de rechazo y se le da recomendaciones, asimismo por vía telemática, para abordar el caso. En general, este formato de actuación se realiza en las diferentes USM de los diversos departamentos de salud de nuestra comunidad.

OBJETIVOS

Algunos estudios han reportado que, pese a que la mayoría son consideradas adecuadas, se estima que el 19,9 % de las derivaciones enviadas desde atención

primaria a salud mental son dudosas y el 7,8 %, inadecuadas o muy inadecuadas. Asimismo, se calcula que el 40,3 % de las derivaciones tienen un contenido escaso, lo que dificulta la comunicación entre ambos servicios. Todo ello plantea la necesidad de establecer y unificar unos criterios de derivación con la finalidad de mejorar la coordinación y filtrar las demandas atendidas en los servicios de salud mental (3). Existen estudios, aunque no muy numerosos, que han versado acerca de esta cuestión, analizando la mayoría de ellos las características de las derivaciones desde atención primaria a salud mental (2-4,9,10,14), en algunos casos centrándose en el análisis de personas derivadas desde atención primaria sin trastorno mental diagnosticable (5,14,15). Sin embargo, no se han realizado estudios que se centren en analizar las características de las interconsultas derivadas desde atención primaria a salud mental que han sido rechazadas.

En el marco de los datos expuestos previamente, creemos necesario llevar a cabo un análisis de la situación actual en nuestro servicio de salud mental, correspondiente al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria de la Comunidad Valenciana. La pretensión del presente estudio es, concretamente, llevar a cabo un análisis pragmático del sistema de coordinación entre los equipos de atención primaria y salud mental, valorando la evolución de los casos que no fueron atendidos en las unidades de salud mental (USM) del Departamento tras la realización de las interconsultas pertinentes por los equipos de atención primaria, con el objetivo de analizar si los casos rechazados fueron o no justificados a nivel clínico. De esta manera se podrá identificar si este modelo es o no efectivo y, por lo tanto, poder utilizarlo o no en complemento con otras acciones. El objetivo que se persigue exige una mirada retrospectiva preferiblemente antes de la pandemia por el virus COVID-19, dado que todos los posibles mecanismos de coordinación se han visto modificados por las restricciones al uso sufridas. Por este motivo, el análisis tiene una mirada pre-pandémica en lo referente a los tiempos de recogida de muestra.

Respecto a la organización sanitaria de la Comunidad Valenciana, cabe señalar que, como entidades superiores, se hallan los llamados departamentos de salud, que son fragmentaciones de la población por territorios, con gerencia propia y servicio de salud mental propio del departamento. Los diversos departamentos de salud comprenden, cada uno de ellos, varias zonas básicas de salud, con sus equipos de atención primaria. En lo referente a la estructura orgánica de la atención ambulatoria psiquiátrica en la Comunidad Valenciana, esta tiene su eje en las denominadas unidades de salud mental (USM), consideradas unidades de apoyo a los equipos de atención primaria de las diversas zonas básicas de salud. Las USM cuentan con psiquiatras, psicólogos/as clínicos, y personal de enfermería propio. La atención primaria constituye por tanto la puerta de entrada a la red pública especializada de salud mental, mediante un sistema de derivación de casos individuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la pretensión de evaluar el modelo derivativo de atención de casos en nuestro Departamento de Salud, se lleva a cabo un análisis descriptivo a lo largo del tiempo consistente en el análisis y seguimiento de propuestas de derivación rechazadas por salud mental. La muestra poblacional abarca el conjunto de casos rechazados por la totalidad de Unidades de Salud Mental (USM) del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria de la Comunidad Valenciana durante el primer semestre del año 2019, para posteriormente hacer un seguimiento de los casos rechazados, es decir, ver qué había sucedido con estos pacientes durante el segundo semestre de 2019. Se decidió escoger el año 2019 para no tener interferencias con la situación pandémica debida a la COVID-19, aspecto que podría distorsionar la visión global que se pretende analizar. Efectivamente, es tanta la importancia de dicha interferencia que incluso la OMS publicó en marzo de 2022 (16) un informe basado en una recopilación de los datos recogidos en revisiones sistemáticas y metaanálisis, concluyendo que los problemas de salud mental han aumentado a raíz de la irrupción de dicha pandemia, pudiendo observar, de la misma manera, un aumento de interconsultas a salud mental en nuestro departamento de salud.

a) Diseño

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo longitudinal de tipo prospectivo. Se recogen todos los casos rechazados procedentes de todas las USM del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de junio de 2019, y posteriormente se realiza un seguimiento de estos casos desde esta última fecha hasta el 31 de diciembre de 2019 mediante su historia clínica informatizada, a través del programa informático Abucasis.

b) Población de estudio

- Análisis de los recursos sanitarios y organización sanitaria del territorio:

El servicio de salud mental forma parte del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia), que comprende un territorio de 2107 km², con características geográficas y poblacionales muy distintas. El departamento de salud cuenta con un total de 52 municipios con características de alta diseminación de los pueblos en general, en comparación con otros Departamentos de Salud, de tipología más urbana. La diseminación en este Departamento es asimismo variable dentro de

él, con mayor intensidad de la dispersión en las comarcas de interior, más alejadas de las áreas metropolitanas (concretamente en la comarca de Los Serranos y algunas poblaciones de la comarca de Camp de Turia). Otras comarcas de que consta el Departamento se hallan más cercanas a la capital, y en ellas la diseminación es inferior, con mayor densidad de población.

El Departamento cuenta con 2 hospitales de comarca (el Hospital Arnau de Vilanova, situado en la ciudad de Valencia, y el Hospital de Llíria, situado en el término municipal de Llíria), 16 Zonas Básicas de Salud, 16 Centros de Salud, 33 Consultorios Auxiliares y 17 puntos de Atención Continuada.

En cuanto a las USM, nos encontramos con cinco en el Departamento (Burjassot, Paterna, La Coma, Llíria y Godella), las cuales aglutinan cada una varios pueblos pertenecientes a las Zonas Básicas de Salud. En todos los pueblos donde se encuentran dichas USM existe posibilidad de acceso mediante transporte público, tal como metro o tranvía, si bien esta comunicación se hace más difícil para los pueblos pertenecientes a la USM Llíria, que se alejan de dicha población y carecen de enlace, ya que precisamente en el municipio de Llíria se encuentra el fin de tramo de la línea de metro.

-Análisis sociodemográfico del territorio:

Es necesario realizar un análisis sociodemográfico de dicho Departamento de Salud para contextualizar de manera adecuada los datos que se explicarán durante el desarrollo del presente trabajo. Para ello se han utilizado los datos contenidos en el llamado Data Warehouse SIP (17), informe periódico de información poblacional. En el caso que nos ocupa, se ha analizado el correspondiente a enero de 2020, que contiene datos del año 2019, periodo de nuestro estudio.

En primer lugar, para explicar los datos que contiene dicho informe es necesario también explicar que las siglas SIP corresponden a “Sistema de Información Poblacional”. El SIP es el registro administrativo corporativo que contiene la información sanitaria y administrativa para las personas que acceden a las prestaciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud, sean o no residentes habituales en la Comunidad Valenciana. El SIP recoge los datos de identificación, localización y acreditación del derecho a la cobertura sanitaria de las personas registradas en él, recogiendo también datos acerca del centro de salud y/o médico de atención primaria asignado. Los datos que se recogieron para la realización del presente trabajo corresponden a pacientes que poseen, o poseían en el momento de la extracción de datos, tarjeta sanitaria SIP.

Según datos registrados en Data Warehouse SIP 2020 (17), el número total de ciudadanos pertenecientes al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria

asciende a un total de 320.144 (lo que corresponde al 6,31 % del total de habitantes de la Comunidad Valenciana), con una densidad de población del Departamento de 151,94 habitantes/km². Del total de población, 4196 corresponden a ciudadanos no empadronados, de los cuales 3528 son personas no empadronadas con estancia mayor de un mes (1,10 % del total de ciudadanos del Departamento) y 668 son ciudadanos no empadronados con estancia inferior a un mes, es decir, 0,21 % del total de ciudadanos del Departamento. Las interconsultas analizadas en este trabajo, por tanto, corresponden principalmente a pacientes empadronados en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria, pero existe la posibilidad de que se incluyan también ciudadanos no empadronados (no se pudieron obtener datos suficientes al respecto).

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2019 y enero de 2020 el número de ciudadanos pertenecientes a este Departamento de Salud (tanto los empadronados como los no empadronados) se mantuvo más o menos estable, sin cambios significativos, motivo por el cual se utilizaron como referencia estos datos sociodemográficos al ser los más fidedignos para realizar el análisis de los datos obtenidos durante la primera mitad del año 2019. Durante la segunda mitad de 2019 tampoco se produjeron cambios significativos en cuanto al número total de habitantes en la Comunidad Valenciana, incluyendo tanto los empadronados como los no empadronados.

En cuanto a la distribución por franjas de edad en el Departamento que nos atañe, del total de 319.476 ciudadanos (no se incluyen en este número aquellos no empadronados durante menos de 1 mes), el 0,76 % corresponden a la franja de edad de menores de 1 año, el 15,50 % se encuentran entre 1 y 14 años y en la franja de edad de 15 a 45 años se encuentra el grueso de la población, el 38,77 % de los ciudadanos. En la siguiente franja, entre 46 y 64 años, se encuentra el 27,72 % de la población y finalmente el 17,24 % de los ciudadanos son mayores de 65 años. Dicha distribución por franjas de edad es prácticamente similar a la observada en el resto de la Comunidad Valenciana.

Finalmente, del total de los ciudadanos del Departamento, el 49,34 % son varones y el 50,65 % son mujeres, y el porcentaje de personas de otros países residentes en este Departamento asciende al 10-15 % del total de ciudadanos aproximadamente.

c) Criterios de selección

Se incluyeron en este estudio a las personas mayores de 16 años derivadas a las unidades de salud mental desde los equipos de atención primaria cuyas derivaciones habían sido rechazadas durante el periodo de 1 de enero a 30 de junio de 2019.

d) Principales variables analizadas

Las variables principales que se analizan son las siguientes:

- El número de interconsultas rechazadas.
- Si posteriormente a su rechazo en salud mental la persona ha precisado atención en urgencias en algún dispositivo (urgencias hospitalarias, atención primaria) por razones de salud mental.
- Si ha precisado de tratamiento con psicofármacos tras ser rechazada la interconsulta y si ha requerido de una nueva derivación a salud mental (y, de ser así, con qué diferencia temporal).
- Si el paciente ha sido derivado a otra unidad específica como la unidad de conductas adictivas (UCA) u otras especialidades.

Es importante apuntar que el grupo de investigadores en todo momento ha respetado la confidencialidad de los datos analizados de los pacientes incluidos en el estudio, solo utilizando dichos datos para fines del trabajo. Asimismo ha sido necesario recibir la autorización del Comité de Ética y de Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria para iniciar el presente proyecto de investigación.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2019, se recibieron un total de 2029 interconsultas a salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria, de las cuales se rechazaron 623, es decir, se produjo un 30,7 % de rechazos. Estas interconsultas rechazadas se corresponden con un total de 504 pacientes, ya que en un número determinado de pacientes se produjo más de un rechazo, de ahí la cifra final de 504 pacientes. Del total de casos rechazados, 195 fueron hombres (38,7 %) y 309 mujeres (61,3 %). Al conjunto de los 504 pacientes cuyas consultas habían sido rechazadas, se les realizó un seguimiento longitudinal y prospectivo hasta el 31 de diciembre de 2019. Dicho seguimiento se realizó atendiendo a las variables descritas en el apartado de material y métodos.

a) Distribución de las interconsultas a lo largo del año

Con respecto al número de interconsultas recibidas divididas por meses, se observa que el mes donde se realizaron más derivaciones a salud mental fue en febrero, con un total de 379 interconsultas recibidas, siendo este, precisamente, el mes en el cual se rechazaron menos interconsultas, 98 en total, un 25,86 % de rechazos. Sin

embargo, en el otro extremo, se encuentra el mes de junio, aquel en el que se rechazaron más interconsultas, 113 en total, con un porcentaje de rechazos del 35,98 %.

b) Porcentaje de seguimiento posterior al rechazo y/o consultas en otros dispositivos

En cuanto a los casos rechazados por salud mental que precisaron asistencia en otro dispositivo, un total de 28 pacientes acudieron a urgencias de atención primaria (medicina de atención continuada) y 38 acudieron a urgencias hospitalarias. Por otra parte, un total de 358 pacientes realizaron seguimiento y/o volvieron a consultar en el centro de atención primaria con su médico o médica de referencia, lo que supone un porcentaje del 71,03 % de los pacientes rechazados que han precisado un seguimiento por su facultativo/a de atención primaria tras el rechazo de su interconsulta.

c) Realización de nueva interconsulta tras el rechazo

Continuando con los datos, se observa que el o la facultativa responsable de atención primaria realizó de nuevo interconsulta a salud mental para atender a 188 personas, las cuales habían sido previamente rechazadas. Ello supone que el 37,3 % de los pacientes rechazados han requerido otra interconsulta tras el rechazo de la interconsulta inicial. En cambio, no se volvió a reenviar interconsulta en 316 pacientes.

De los 188 casos por los que se volvió a realizar interconsulta, finalmente 164 fueron citados en su unidad de salud mental correspondiente. Es decir, el 87,23 % de los casos en los que se volvió a realizar interconsulta fueron finalmente atendidos en salud mental. Y del total de los 504 pacientes rechazados, el porcentaje final de readmitidos es del 32,53 %.

En cuanto al tiempo medio transcurrido entre la realización de la primera interconsulta y la segunda, este fue de 71,5 días. En 19 pacientes, además, se realizó una tercera interconsulta, con un tiempo medio entre la segunda y la tercera interconsulta de 64,5 días. Finalmente, se realizó una cuarta interconsulta en 3 pacientes, con un tiempo medio entre la tercera y la cuarta interconsulta de 106 días.

d) Cambios en el tratamiento tras el rechazo

Atendiendo al tratamiento farmacológico, en 197 pacientes, es decir, en el 39,09 % de los casos rechazados por salud mental, el personal facultativo de atención primaria realizó cambios en el tratamiento con psicofármacos tras el rechazo. En cambio, en 307 pacientes (60,91 % del total de rechazados) no se realizaron cambios en dicho tratamiento. Siguiendo con este aspecto, el tiempo medio de manteni-

miento de la nueva pauta de tratamiento, en aquellos casos en los que se modificó, fue de 4 meses aproximadamente. En cuanto a los fármacos utilizados, los antidepresivos fueron los más prescritos, concretamente en 161 pacientes, seguidos de las benzodiacepinas, en 99. En menor medida aparece la adición de antipsicóticos, que se realizó solo en 12 pacientes, observándose también la adición de estabilizadores del ánimo en 3 pacientes. En el caso de los estabilizadores del ánimo, dicha adición no fue *de novo*, ya que eran pacientes que en el pasado habían estado en tratamiento con dichos fármacos o bien no tenían activas las recetas electrónicas para poder dispensarse en farmacias. Apuntar también que en varios casos se añadió más de un tipo de psicofármaco al mismo tiempo, siendo la más común la combinación de antidepresivos y benzodiacepinas.

e) Derivaciones a otros dispositivos

En cuanto a las derivaciones a otras especialidades o unidades específicas, un total de 31 casos fueron derivados a la unidad de conductas adictivas de la zona de referencia, 11 fueron derivados a neurología y 18 a la unidad de salud sexual y reproductiva, tras ser rechazados por salud mental. Se añade también que 2 fueron derivados a neurofisiología, en uno para realización de pruebas complementarias y en otro caso para tratamiento. Por otra parte, se desconoce el número de personas que acudieron a la psiquiatría o psicología en el ámbito privado tras ser rechazadas sus interconsultas.

DISCUSIÓN

Como se ha podido observar en la descripción de los datos, se rechazaron 504 casos tras la primera interconsulta. De estos, finalmente 164 fueron citados en salud mental tras realizar una nueva interconsulta desde atención primaria, suponiendo un 32,53 % del total de pacientes inicialmente rechazados. Esto nos lleva a plantear cuáles son las razones por las que casos que inicialmente no se consideraron que cumplían criterios para ser atendidos en salud mental finalmente sí requirieron de su atención y, por lo tanto, se aceptó su interconsulta. Para ello, se analiza en primer lugar cuál es el papel que desempeña el médico o médica de atención primaria entre la primera interconsulta rechazada y la finalmente aceptada.

El primero de los datos que llama la atención es que 358 pacientes (del total de 504 en los que se rechazó su interconsulta), o lo que es lo mismo, un 71,03 % de los rechazados, mantuvieron el seguimiento de su patología y/o demanda por parte de atención primaria. En muchos casos, el seguimiento consistió en añadir o bien modificar el tratamiento farmacológico prescrito (en el 39,09 % de los casos).

Hay que apuntar también que frecuentemente el propio personal facultativo de psiquiatría que rechaza la interconsulta contesta vía telemática con recomendaciones para la primera intervención farmacológica o psicosocial que debería realizarse desde atención primaria. En el 60,91 % de los casos no se realizó ningún ajuste de medicación, cumpliendo entonces el médico o médica de atención primaria otra función como acompañante y, a menudo, sostén de las demandas, incluyendo también la valoración de la incapacidad laboral temporal. Esta demanda de valoraciones de incapacidad, relevante, también podría ser objeto de análisis en ulteriores estudios.

Por tanto, el dato, amplio, de pacientes rechazados que han requerido un seguimiento posterior por su médico/a de Atención Primaria precisa de una explicación. Y esta es que, aunque se produzca un rechazo de una interconsulta por parte de salud mental, sigue existiendo una necesidad de seguimiento y atención a las demandas de los pacientes, aunque se trate de afecciones menores. Se hace necesario en muchas ocasiones, tal como se puede extraer de los datos presentados, ajustar el tratamiento farmacológico por parte de los facultativos de atención primaria. Ello lleva entonces a replantearse por qué a pesar de dicho ajuste de tratamiento o del seguimiento regular por parte de atención primaria es necesario volver a efectuar la derivación a salud mental. Con este modelo, es posible que la falta de formación del personal de atención primaria dificulte la atención a los casos leves y la detección precoz de patologías que sí precisen de la valoración y seguimiento en salud mental. Además existen limitaciones desde atención primaria, como la dificultad en la comunicación eficaz con los equipos de salud mental más allá del sistema informático de interconsulta referido y el escaso respaldo que reciben de dichos servicios en las propias consultas de atención primaria.

Con respecto a los porcentajes de tratamientos en las interconsultas rechazadas, cabe señalar que el actual estudio hace hincapié y pone el foco en el ajuste de medicación tras la interconsulta. Previo a ella, la introducción del tratamiento, o bien es provisional por parte de Atención Primaria, pautada muy poco tiempo antes de lanzar la interconsulta, o bien se realiza de modo poco ajustado a la psicopatología, habida cuenta de la escasa formación, falta de tiempo en las consultas, “artefacción” de la eventual clínica por problemas psicosociales, etc. El procedimiento de medicalizar (cuándo y cómo) en la primera línea de la asistencia, constituiría otro foco interesante de investigación.

El segundo de los datos relevantes es que 188 pacientes (el 37,3 %) del total de los rechazados requirieron una nueva interconsulta. Por tanto, se observa que durante el seguimiento por parte de atención primaria se pueden dar dos situaciones: una situación en la cual se resuelve el cuadro o demanda, y por lo tanto no es necesario realizar otra interconsulta, y una segunda situación en la que las personas acaban siendo derivadas de nuevo a salud mental. Se va a intentar analizar, tal como se ha-

bía apuntado al inicio de este apartado, cuáles podrían ser las causas de la segunda situación, según los datos descritos. Una de las razones sería el empeoramiento del cuadro clínico. Tal como se ha podido observar tras el análisis de las interconsultas, esta situación se produce en algunos casos a pesar de instaurar nuevo tratamiento o ajustarlo en repetidas ocasiones y/o dar otro tipo de abordaje psicosocial. Se cuentan entre estos aquellos casos en los que el cuadro se cronifica y, por tanto, requiere un nuevo enfoque clínico en el cual se intervenga mediante técnicas psicoterapéuticas por parte de profesionales de salud mental, así como se lleve a cabo un abordaje más específico a nivel farmacológico. Este empeoramiento o cronificación de la sintomatología, en muchos casos, también conlleva una persistencia en el tiempo de las incapacidades laborales temporales que deben ser tramitadas desde atención primaria.

Otra de las razones por las que casos inicialmente rechazados son de nuevo derivados a salud mental podría ser la insistencia de la persona, tal y como se remarca, en ocasiones, en el motivo de la interconsulta. Esta insistencia en recibir la atención, bien por psicología clínica o por psiquiatría, se podría explicar por una mayor demanda social de tratamiento que se aprecia en los últimos años (5,8) y que en muchos casos lleva consigo una tendencia a la medicalización de los problemas de la vida diaria (18), con la iatrogenia que podría entrañar. Algunas de estas demandas están relacionadas con las vicisitudes de la vida diaria, conduciendo por tanto a una patologización masiva (19).

El dato de 37,30 % de pacientes que precisan una nueva interconsulta, es decir, una reentrada en el sistema especializado, señala que, en algunos casos, los y las profesionales de salud mental consideran de manera errónea que una persona no precisa de atención especializada, pasando por alto ciertos criterios en los que sí estaría justificada su derivación. En ocasiones no se puede discernir la gravedad del caso a partir de la exploración y/o la descripción que realiza el médico o médica de atención primaria. Por otra parte, podrían existir algunas personas que escondieran síntomas o minimizaran, quizás por falta de tiempo en la atención desde los centros de atención primaria o bien por considerar que se trata de información que atañe solo al personal facultativo de salud mental. Asimismo, otro motivo que justificaría el rechazo de dichas interconsultas es la escasez de recursos en salud mental. El déficit de profesionales, con agendas cada vez más saturadas y, por lo tanto, el escaso tiempo del que se dispone para cada visita médica, podría dar lugar a una necesidad cada vez más alta de filtrar los casos que deben derivarse a salud mental y priorizar por gravedad del cuadro.

En tercer lugar, se hace necesario también analizar el dato de los pacientes rechazados que fueron atendidos en los servicios de urgencias (28 en puntos de atención continuada y 38 en urgencias hospitalarias). La causa inmediata de dichas atenciones fue muy variada, desde un empeoramiento de la sintomatología

(generalmente de tipo ansioso-depresivo), a pesar de los ajustes farmacológicos, a un cambio en las características de la clínica, necesidad de despistaje orgánico, consumo de sustancias subyacente, etc. Apoyaría este hecho, una vez más, las razones arriba mencionadas (desde la falta de formación de los y las profesionales de atención primaria, el poco tiempo de atención por paciente, hasta la saturación de las agendas en salud mental).

Tampoco hay que olvidar a aquellos pacientes que fueron finalmente derivados a otras especialidades, tales como neurología, neurofisiología o la unidad de conductas adictivas. En estos casos se hizo necesario ese cambio de especialidad debido a la sospecha del origen orgánico de la sintomatología que presentaba el paciente, así como la existencia de un consumo de sustancias que en primera instancia no se advirtió o no se admitió por parte del paciente. En cuanto a los pacientes redirigidos a la unidad de salud sexual y reproductiva, se entiende esta derivación debido a que su demanda era muy concreta y su atención requería del abordaje específico de los psicólogos y psicólogas que atienden en esta unidad.

El análisis de los datos presentados de nuestro departamento de salud refuerza la idea de que se necesita más comunicación y coordinación con atención primaria, así como dotarlos de los conocimientos adecuados para llevar a cabo un primer abordaje integral de los trastornos mentales más leves y mejorar la capacidad de detección de aquellos trastornos más graves que sí precisan de una derivación preferente a los equipos de salud mental. Este tipo de abordaje, de hecho, ya se ha realizado anteriormente mediante programas de colaboración entre atención primaria y salud mental en otras comunidades autónomas (20-22). Por supuesto, esto debe ir acompañado de un aumento de los recursos sanitarios y una reorganización más eficiente. Como ventaja del modelo derivativo, nos encontramos con la rapidez del trámite y su comodidad. No obstante, la razón de la comodidad no puede considerarse de peso y suficiente si el objetivo final es la mejora de la salud mental de la población, evitando la iatrogenia y la medicalización innecesaria.

Finalmente, y a pesar de no ser un objetivo de nuestro estudio, sería interesante también analizar si los pacientes que fueron finalmente citados en salud mental acudieron a las primeras visitas, algo que se ha analizado en estudios anteriores (23) y podría ser también un indicador de la adecuación o no de la derivación desde atención primaria.

CONCLUSIONES

La reciente Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Periodo 2022-2026) (24), de ámbito estatal, expone la necesidad de realizar una primera intervención por parte de atención primaria, pudiendo derivar a los servicios de salud

mental especializada mediante el mecanismo de interconsulta y enlace cuando los casos adquieren mayor complejidad.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana existe en la actualidad un escenario que apoya y argumenta toda una serie de intervenciones necesarias para la mejora de los servicios de salud mental. Para abordar estos y otros aspectos, desde la Conselleria de Sanitat de esta Comunidad Autónoma ya se elaboró una estrategia propia de trabajo, la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 (25), que aborda el proceso de atención al denominado “trastorno mental común” y al malestar emocional de la vida cotidiana dirigido a los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y salud mental). Se trata de un proyecto dirigido a promover la mejora de la salud mental en el territorio, siendo este uno de los objetivos estratégicos, al menos a efectos teóricos, de la política sanitaria en este territorio. La Estrategia Autonómica de Salud Mental propone un modelo de atención comunitario que orienta la organización y la atención hacia el paradigma de la recuperación en todas las esferas de la vida y no exclusivamente en la remisión de síntomas. Se trata de un proyecto ambicioso que amplía las miradas, implicando la convergencia y sinergia de diversos ámbitos y disciplinas, integrando servicios y niveles de atención.

La Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana impulsa por tanto la coordinación entre los servicios de salud mental y los equipos de atención primaria. El modelo de coordinación de tipo derivativo que funciona a modo de filtro al acceso a la atención especializada, que ha sido objeto del presente estudio y cuyos resultados ya se han analizado, estaría en esta dirección. Pero la Estrategia Autonómica y el espíritu de la misma van más allá, con la implementación de otros modos de coordinación, como las interconsultas telemáticas no presenciales y los llamados espacios de colaboración. En concreto, los espacios de colaboración de nuestro departamento de salud consisten en reuniones periódicas entre miembros del equipo de salud mental y facultativos y facultativas de atención primaria para la discusión de casos de especial dificultad o verificar cómo están funcionando los canales de comunicación. Como se ha citado con anterioridad, el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria comprende un territorio de 2107 km², con características geográficas y poblacionales muy distintas. La red de centros o unidades asistenciales de salud mental en el departamento de salud se ha configurado históricamente con unas características de dispersión geográfica y accesibilidad similares a la red de atención primaria, aunque existen múltiples centros de salud en poblaciones rurales lejanas a las unidades de salud mental.

Reseñar otro recurso recientemente habilitado en nuestro departamento de salud, que es la figura del psicólogo/a clínico con vinculación a atención primaria (no solo integrado en las unidades de salud mental), con objeto de actuar en la primera línea de abordaje de situaciones y problemas de toda índole, y prevenir que estas

viren a patologías psiquiátricas consolidadas. Esta actuación, como se ha dicho, de reciente introducción, debe ser evaluada en su cometido, medida su efectividad con objetividad, y ser objeto de futuros análisis, habida cuenta de que en la mayoría de localizaciones de nuestro país, la especialidad de psicología clínica está integrada en salud mental.

Los datos del presente estudio, en su conjunto, no aportan datos directos del estado de salud de las personas, tan solo son indicadores de asistencia sanitaria de un sistema público de salud concreto. Los datos se ven influenciados por multitud de variables que serían subsidiarias de un análisis en profundidad cada una de ellas. Pese a estas limitaciones, se puede entrever, en su conjunto, que el método de coordinación empleado, tanto las interconsultas telemáticas como los espacios colaborativos y la figura del psicólogo clínico integrado en atención primaria, conforma un sistema que resulta de utilidad y está en consonancia con las diversas políticas sanitarias en salud mental nacionales y autonómicas.

Reseñar finalmente que la medicalización esconde las circunstancias psicosociales, económicas, culturales e incluso pandémicas que sufre la ciudadanía y que cambia la conciencia de los hechos: transforma lo social en individual; lo psicológico, en genético y biológico; y la autonomía, en dependencia adictiva. El resultado es la atrofia de las capacidades de pensar y de hacer frente a los malestares y los problemas comunes, junto con un incremento de exigencias al sistema que el colectivo sanitario puede vivir como irritante y sin sentido. Muchos síntomas que no constituyen trastornos se están etiquetando como tales y se están tratando con fármacos. Está en juego, en nuestra opinión, el sistema de atención psiquiátrica entendido como tal, tanto por sobreactuación en los casos leves como por negligencia en la actuación sobre los graves. De esta manera, se torna prioritaria la mejora en la coordinación con atención primaria para todos aquellos casos leves que quedarían abandonados si los servicios de salud mental se centrasen exclusivamente en el denominado trastorno mental grave y que, sin embargo, son un porcentaje elevado de las consultas de atención especializada y atención primaria, y ocasionan también un deterioro importante de la salud mental de la población. Las definiciones exhaustivas de “trastorno mental grave” (patologías de tipo psicótico, afectivas o esquizotípicos) y “trastorno mental común” podrían dar pie asimismo a otros focos de debate.

El proceso completo de la coordinación atención primaria-salud mental necesita profesionales que sepan, y quieran, aunar esfuerzos, participaciones y motivaciones de cambio y mejora. En muchas ocasiones es difícil la implicación del personal sanitario, que prefiere mantenerse estable en su rutina de trabajo, tiene miedo a una mayor sobrecarga, muestra una enorme resistencia a los cambios o incluso a formar parte de un proceso de creación o de cambio por lo que implica a nivel de esfuerzo, iniciativa y motivación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González González, R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31(111): 421-435.
- 2 Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Yagüe Sebastián MM. Evaluación de las derivaciones a un centro de salud mental desde atención primaria. *Revista FML Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria.* 2011;5(4):5p.
- 3 Martín-Jurado A, de la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, Moreira Hernández A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen.* 2012; 38(6): 354-359.
- 4 Díaz J, Díaz-de-Neira M, Jarabo A, Roig P, Román P. Estudio de derivaciones de atención primaria a centros de salud mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud.* 2017; 28:65-70.
- 5 Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria.* 2006; 38(10): 563-569.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 7 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, undécima revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019/2021.
- 8 Ortiz Lobo A, Bernstein J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(35):1-9.
- 9 Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Landa González N, Lizasoain Urra E. Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría.* 2008; 24(2):6p.
- 10 Valencia Agudo F, García Haro J, Gimeno Peón A, Pérez Zabalza A, de la Viuda Suárez MA. Análisis de la demanda en salud mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014;34(124):741-752.
- 11 González-Blanch C. Salud Mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo.* 2009; 30(2):169-174.
- 12 Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 29(3): 271-290.
- 13 Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR. Más allá de la Salud Mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 29(3):251-270.
- 14 Miranda Chueca I, Peñarrubia María MT, García Bayo I, Caramés Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria?. *Aten Primaria.* 2003; 32(9):524-530.
- 15 Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014; 34(122):267-281.

- 16 World Health Organization (WHO). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. 2 March 2022.
- 17 Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Data Warehouse SIP. Sistema de Información Poblacional. Informe mensual. [En línea] Enero 2020. [Consultado en abril de 2023] <https://itsiscv.san.gva.es/sip/infosip/ficheros/nuevo.htm>
- 18 Del Cura I, López García-Franco A. La medicalización de la vida: una mirada desde atención primaria. *Átopos*. 2008;7:4-12.
- 19 Ortiz Lobo A. El significado de las demandas “menores” en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011; 31(112):609-611.
- 20 Ribé Buitrón JM, Pares Miquel J, Fleitas Asencio E. Un programa de colaboración con la atención primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte de salud mental*. 2010; 8(36):45-54.
- 21 Pérez-Ibáñez O, García-Predajas C, Grases N, Marsó E, Cots I, Aparicio S, Ochoa S, Ventura C. Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015; 35(126):257-266.
- 22 Martínez González C, Pelaz Antolín A. Salud mental. Qué y cuándo derivar y contener. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, 2015; pp. 107-115.
- 23 García Moratalla B, Ortiz Lobo A. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002; 21(83):27-36.
- 24 Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- 25 Estrategia Autonómica de Salud Mental [En línea] 2016-2020 [Consultado en Febrero de 2022]. Disponible en <http://www.san.gva.es/documents/1563446700482/Estrateg%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>