

¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria?

I. Miranda Chueca^a, M.T. Peñarrubia María^a, I. García Bayo^a, E. Caramés Durán^a, M. Soler Vila^a y A. Serrano Blanco^b

Objetivo. Describir las derivaciones desde atención primaria (AP) a salud mental (SM) y estudiar la concordancia diagnóstica y terapéutica entre los dos niveles.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de Asistencia Primaria Gavà II (Barcelona).

Participantes. Todos los pacientes derivados a SM en 1998, 1999 y 2000 (n = 380).

Mediciones principales. En la hoja de derivación y en la historia clínica de AP se analizó: orientación diagnóstica, tratamiento farmacológico, número de palabras del informe, objetivo de la derivación; en primera visita a SM: orientación diagnóstica y tratamiento farmacológico. Para el análisis de concordancia de los grupos diagnósticos y terapéuticos se utilizó el índice de kappa.

Resultados. Se realizaron 380 derivaciones; en el 63,4% de los casos se trataba de mujeres. En el 81,6% la información se obtuvo del informe de derivación. En el 50,7% el motivo de la derivación era supervisión del caso y en un 12,4% no constaba el motivo. El 18,7% (71 casos) no acude a la primera visita de SM y espera una media de $\pm$ DE 78 $\pm$ 70,9 días para esta visita. Se perdieron 92 casos (71 que no acudieron y 21 de los que no se obtuvo suficiente información), por lo que únicamente se analizaron 288 casos.

La concordancia diagnóstica máxima entre AP y SM es en retraso mental (kappa = 0,85) y trastorno psicótico (kappa = 0,77), y la mínima en trastorno ansiosodepresivo (kappa = 0,24). El grado máximo de concordancia terapéutica es para fármacos neurolepticos (kappa = 0,66).

Conclusiones. La concordancia diagnóstica y terapéutica entre AP y SM es débil. La hoja de derivación no está presente en un elevado número de casos. El tiempo de espera para la primera visita podría explicar el absentismo de los pacientes.

Palabras clave: Atención primaria. Salud mental. Concordancia. Derivación.

HOW DO WE REFER TO MENTAL HEALTH FROM PRIMARY CARE?

Objectives. To describe referrals from primary care (PC) to mental health (MH) and to study the diagnostic and therapeutic concordance between the two.

Design. Retrospective, descriptive study.

Setting. Gavà II Primary Care Centre, Barcelona.

Participants. All patients referred to MH in 1998, 1999 and 2000 (n=380).

Main measurements. The following from the referral form and PC medical records were analysed: general diagnosis, drugs treatment, number of words in the report, and purpose of referral; and on the first visit to MH: general diagnosis and drugs treatment. The kappa index was used to analyse the concordance between the diagnostic and therapeutic groups.

Results. There were 380 referrals, 63.4% of which were women. Information was obtained from the referral form in 81.6% of cases. In 50.7% the reason for referral was for the case to be supervised; and in 12.4% the reason was not recorded. 18.7% (71 cases) did not attend their first MH appointment and waited an average of 78 days (SD=70.9) until the appointment. As 92 cases were lost (71 who did not attend and 21 for whom insufficient information was obtained), only 288 cases were analysed.

The greatest diagnostic concordance between PC and MH was in mental deficiency (kappa=0.85) and psychotic disorder (kappa=0.77); and the minimum was in anxiety-depressive disorder (kappa=0.24). The maximum degree of therapeutic concordance was for neuroleptic drugs (kappa=0.66).

Conclusions. The diagnostic and therapeutic concordance between PC and MH is weak. The referral sheet is not present in a great many cases. The waiting-time until the first consultation may explain patient absenteeism.

Key words: Primary care. Mental health. Concordance. Referral.

^aEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Gavà II. Institut Català de la Salut. DAP Baix Llobregat Litoral. Unitat Docent Costa de Ponent. Barcelona. España.

^bEspecialista en Psiquiatría. Centro Salud Mental Gavà. Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona. España.

Correspondencia:
M. Teresa Peñarrubia María.
Avda. Virgen de Montserrat, 182,
6.º, 1.ª.
08820 El Prat de Llobregat.
Barcelona. España.
Correo electrónico:
33364asb@comb.es

Este trabajo ha sido previamente presentado en forma de póster en el XVI Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitaria, celebrado en Girona en junio de 2001.

Manuscrito recibido el 10 de junio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de junio de 2003.

Introducción

Los trastornos mentales tienen una elevada morbilidad entre los pacientes de atención primaria (AP)¹.

Diversos estudios epidemiológicos sitúan su prevalencia en la práctica médica general entre el 25%^{2,3} y el 40%⁴⁻⁶, y pueden llegar al 68% en hiperfrecuentadores⁷. De estos pacientes, sólo llega a consultas de salud mental (SM) el 5-10%⁸⁻¹⁰.

A pesar de la elevada prevalencia, hay un infradiagnóstico de la patología mental en AP, y según algunos estudios llega a ser superior al 60%^{3,5,8,11}.

En los pacientes derivados destacan más frecuentemente los diagnósticos de trastorno depresivo, de ansiedad y por abuso de alcohol^{6,12-14}.

La hoja de derivación es el elemento que con mayor frecuencia se utiliza para establecer la comunicación entre AP y SM¹⁵. Estas hojas no siempre contienen

información precisa sobre la demanda específica de la derivación, los antecedentes patológicos, la orientación diagnóstica¹⁶ y/o el tratamiento pautado^{17,18}.

Algunos autores encuentran el 21-58,4% de ausencia de juicio diagnóstico en las hojas de derivación^{4,18-21}, y otros observan el 70-82,8% de las ocasiones la falta de pauta terapéutica^{17,18}.

En cuanto a la concordancia diagnóstica entre AP y SM, ésta oscila entre el 61,3%⁸ y el 70%^{16,19,21} según diversos estudios, y es mejor cuando se refiere a los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y a los ocasionados por abuso de sustancias^{16,19,20}. El grado de confusión máximo se obtiene al referirse a los trastornos de personalidad y trastorno mental orgánico^{16,19,20}.

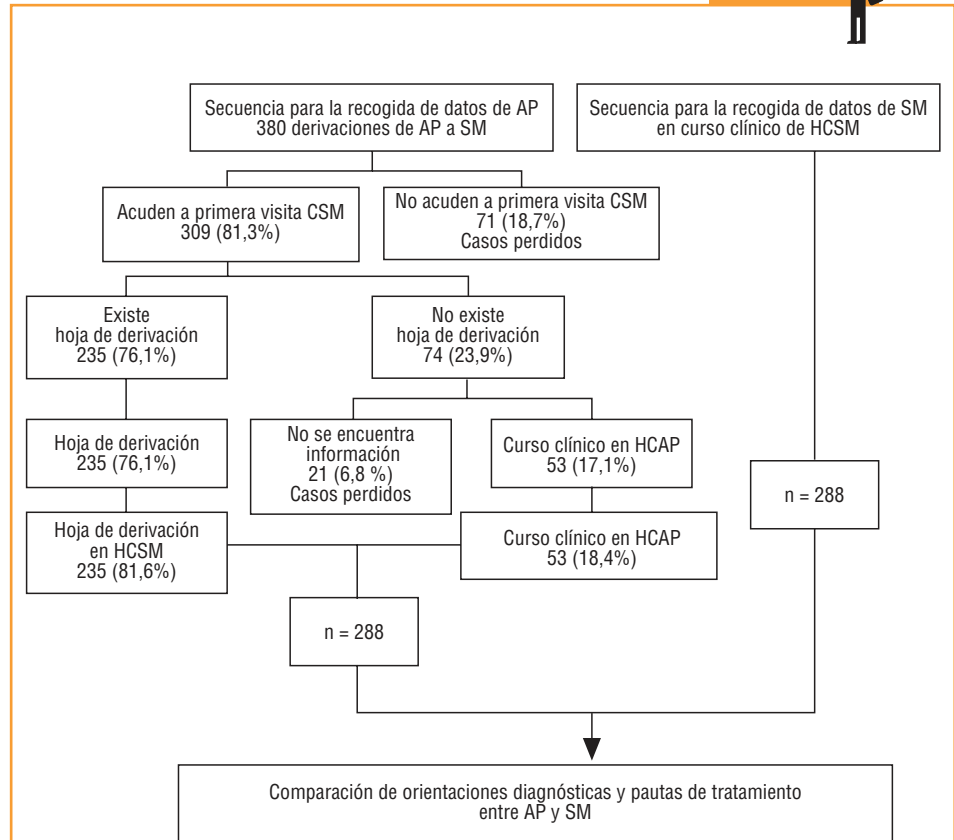
Los psicofármacos más prescritos por los médicos de AP son los ansiolíticos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)²². Dentro de los ISRS destacan por orden de frecuencia fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina²³.

Los objetivos de nuestro estudio son describir las derivaciones que se hacen desde AP a SM y estudiar la concordancia diagnóstica y terapéutica entre los dos niveles asistenciales.

Material y métodos

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron todas las derivaciones realizadas durante los años 1998, 1999 y 2000 desde un centro de atención primaria al centro de salud mental (CSM) de la zona. El centro de atención primaria (CAP), ABS Gavà II, situado en el litoral barcelonés, atiende una población total de 24.000 habitantes y cuenta con 9 médicos de familia. El centro de salud mental Gavà es el centro de referencia para 5 CAP, cubre una población básicamente urbana de aproximadamente 120.000 habitantes y asume las derivaciones realizadas a pacientes mayores de 18 años.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo de las derivaciones desde atención primaria a salud mental, analizando la concordancia diagnóstica y terapéutica entre ambos niveles. AP: atención primaria; SM: salud mental; HCAP: historia clínica del centro de atención primaria; HCSM: historia del centro de salud mental.

Para responder al objetivo de la descripción de las derivaciones se incluyeron en el estudio todos los pacientes derivados al CSM en el período ya citado ($n = 380$).

No acudieron a la primera visita de SM, y por lo tanto fueron consideradas pérdidas, 71 pacientes.

Para el análisis de la concordancia diagnóstica y terapéutica, se excluyeron 21 casos más (6,8%) en los que no se consiguió obtener información de AP, por lo que se analizaron los 288 (93,2%) casos que acudieron a la primera visita en el CSM y en los que fue posible completar la información de la hoja de recogida de datos.

Para la recogida de datos procedentes del médico de AP, se consultó la hoja de derivación, que se hallaba en la historia del CSM. Estuvo presente en 235 (81,6%) casos. Cuando no fue posible ($n = 74$; 23,9%), entonces se consultaron los datos del curso clínico de la historia del CAP relacionados con la derivación a SM. Fueron hallados en 53 casos (18,4%), considerándose pérdidas los 21 restantes, como ya se ha comentado anteriormente. Para la recogida de datos procedentes del médico de SM en los 288 casos, se consultó directamente el curso clínico de la historia del CSM.

Tres observadores previamente entrenados recogieron los datos sociodemográficos del paciente, los contenidos en la hoja de derivación o curso clínico de la historia clínica de AP (orientación clínica, tratamiento farmacológico, número de palabras del informe, objetivo o motivo de la derivación), así como los datos correspondientes a la visita con el especialista del CSM (orientación clínica y tratamiento farmacológico).

El objetivo o motivo de la derivación se recogió como una variable cualitativa con las siguientes categorías: supervisión del caso, confirmación diagnóstica, inicio de tratamiento y otros.

Los diagnósticos clínicos se clasificaron en 9 grandes grupos, siguiendo el *DSM-IV*²⁴ (tabla 1).

Los tratamientos se clasificaron en los grupos: 1) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); 2) inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRNA); 3) antidepresivos tricíclicos; 4) benzodiacepinas/hipnóticos; 5) ISRS + benzodiacepinas; 6) neurolepticos; 7) sin tratamiento; 8) no consta tratamiento, y 9) otros psicofármacos.

Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 6.1.

Para el análisis de concordancia de los grupos diagnósticos y terapéuticos se utilizó el índice de kappa²⁵. Se usó la *t* de Student para comparar si el acudir a la consulta o el origen de la información se relacionaba con edad, tiempo de espera o el número de palabras en el informe de derivación. Por otro lado, la ji-cuadrado sirvió para analizar la relación con sexo, origen de la información y orientación clínica por grupo diagnóstico.

Resultados

Las derivaciones realizadas desde el centro de AP al de SM en los años 1998, 1999 y 2000 fueron 380, lo que re-

Clasificación de diagnósticos según el DSM-IV

Trastornos relacionados con tóxicos

Alcohol
Alucinógenos
Anfetaminas y similares
Cafeína
Cannabis
Cocaína
Fenciclidina
Inhalantes
Nicotina
Otros

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Esquizofrenia
Esquizofreniforme
Esquizoafectivo
Delirante
Otros

Trastorno de ansiedad

Trastorno de angustia
Agorafobia
Fobia social
Obsesivo-compulsivo
Por estrés postraumático
De ansiedad generalizada
Adaptativo ansioso
Otros

Retraso mental

Trastornos de personalidad

Paranoide
Esquizoide
Esquizotípico
Antisocial
Límite
Histriónico
Narcisista
Por evitación
Poe dependencia
Obsesivo-compulsivo
No especificado

Trastornos adaptativos

Ansiosodepresivos
Depresivo
Ansioso
De comportamiento
No especificado

Trastornos afectivos o del estado de ánimo

Trastorno depresivo mayor
Distimia
Depresivo no especificado
Trastorno bipolar

Trastorno de conducta alimentaria

Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa

Otros

Demencia
Delirium
Trastornos somatomorfos
Trastornos facticios
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos del sueño
Trastornos del control de impulsos
Trastornos amnésicos
Trastornos debido a enfermedad médica

presenta 15 pacientes derivados por médico y año. De estas derivaciones en el 63,4% de los casos se trató de mujeres. La edad media $\pm$ DE de los pacientes derivados fue de $42,7 \pm 15,8$ años, y no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

El motivo de la derivación en 193 (50,7%) fue para supervisión del caso, en 34 (8,9%) para confirmación diagnóstica de soporte al médico de AP, en 32 (8,5%) para iniciar tratamiento y en 74 (19,5%) había más de una demanda. En 47 casos (12,4%) no consta el motivo de la derivación.

En la tabla 2 se representan las características del grupo de pacientes que acuden (309 casos, 81,3%) y los que no acuden (71 casos, 18,7%) a la primera visita al CSM. Hay diferencias estadísticamente significativas según los días de espera y el número de palabras, pero no se hallaron diferencias en edad, género ni orientación clínica.

De los 309 pacientes que acuden a la primera visita hay 21 casos que también se pierden por no obtenerse suficiente información. Así pues, sólo se analizaron 288 casos.

Diferencias entre los pacientes que acuden a la primera visita y los que no lo hacen

	Acuden (n = 309) (81,3%)	No acuden (n = 71) (18,7%)	Significación estadística
Edad (años), media $\pm$ DE	43,4 $\pm$ 15,9	39,5 (DE = 14,8)	NS
Sexo			
Mujeres	196 (63,4%)	45 (63,4%)	NS
Varones	113 (36,6%)	26 (36,6%)	NS
Días de espera (entre derivación y primera visita)	48,5 $\pm$ 44,9	78,0 (DE = 70,9)	p < 0,001
Número de palabras en el informe de derivación (si existe)	34,5 $\pm$ 26,6	20,3 (DE = 33,2)	p < 0,005
Diagnóstico de AP			
Síndrome depresivo	80 (25,9%)	16 (22,5%)	NS
Síndrome ansioso	57 (18,4%)	9 (12,7%)	NS
Síndrome ansiosodepresivo	59 (19,1%)	18 (25,4%)	NS
Otros diagnósticos	38 (12,3%)	5 (7,0%)	NS
Diagnóstico aplazado	42 (13,6%)	10 (14,1%)	NS
No consta diagnóstico	33 (10,7%)	13 (18,3%)	NS

AP: atención primaria; NS: no significativo; DE: desviación estándar.

De éstos, en 235 casos (81,6%) la información se obtuvo del informe de derivación y en 53 (18,4%) de la historia clínica del CAP.

Se observan diferencias estadísticamente significativas solamente en cuanto al tratamiento realizado desde AP, según se obtenga la información de la hoja de derivación o de la historia clínica del CAP (tabla 3), lo que no fue criterio suficiente para diferenciar el análisis según la fuente de información (tabla 3).

En la tabla 4 se reflejan los diagnósticos realizados tanto en AP como en SM, así como la concordancia entre ambos. En el caso de pacientes con más de un diagnóstico se analizaban éstos como diagnósticos independientes. Así, para AP la muestra era de 301 casos y de 323 para SM.

En 13 (6,91%) casos se presentaba más de un diagnóstico en AP y en 35 (12,15%) en SM. El grado máximo de concordancia se halló en retraso mental ($\kappa = 0,85$), seguido de trastorno psicótico ($\kappa = 0,77$), trastorno de conducta alimentaria ($\kappa = 0,77$) y trastorno de ansiedad ($\kappa = 0,63$).

El grado mínimo de concordancia se halló para el trastorno ansiosodepresivo ($\kappa = 0,24$) (tabla 4).

La tabla 5 recoge los resultados respecto de la concordancia terapéutica entre AP y SM, y destaca la máxima concordancia para fármacos neurolépticos ($\kappa = 0,66$). En caso de más de un tratamiento simultáneo se tomó cada uno de ellos de forma independiente. Así, para AP la muestra era de 361 casos y de 430 para SM (tabla 5).

Discusión

La bibliografía consultada describe una prevalencia de los trastornos mentales en AP del 25-40%, de los que llegan a

consultas de SM el 5-10%. Al obtener la muestra de nuestro estudio de la población de AP, encontramos que el número de pacientes derivados a SM coincide con dicho porcentaje⁸⁻¹⁰ (15 pacientes/médico/año).

A pesar de la alta prevalencia de patología mental en AP y de la estrecha relación con el servicio de SM, se asume la existencia de un infradiagnóstico en patología mental desde AP, que podría ser superior al 60%^{3,5,8,11,19}.

La relación entre AP y SM en nuestra área básica de salud consiste en realizar reuniones con una periodicidad de 15 días, y en los casos que requieren atención urgente se dispone del contacto telefónico¹⁵. Según la mayoría de expertos, la reunión de interconsulta es la forma más

de derivación es el elemento utilizado con mayor frecuencia en la comunicación entre atención primaria y salud mental.

Lo conocido sobre el tema

- La hoja de derivación es el elemento utilizado con mayor frecuencia en la comunicación entre atención primaria y salud mental.
- El grado de concordancia diagnóstica entre atención primaria y salud mental es muy variable; depende del diagnóstico que se analice.
- Los psicofármacos más prescritos en atención primaria son inhibidores de la recaptación de la serotonina y ansiolíticos.

Qué aporta este estudio

- El elevado tiempo de espera para salud mental es uno de los factores que influyen en la no-asistencia de los pacientes a la primera visita.
- El grado de concordancia diagnóstica global entre atención primaria y salud mental es débil. El mayor se da en trastorno psicótico y retraso mental. El menor en trastorno ansiosodepresivo.
- La concordancia terapéutica entre atención primaria y salud mental es débil para antidepresivos y ansiolíticos.

Discusión
Cuadro resumen



aconsejada, ya que permite la discusión de casos clínicos y la planificación de programas docentes¹⁵⁻¹⁸. Esto facilita un seguimiento continuado de los pacientes y una supuesta mejora de la calidad asistencial. Aunque dicha mejora de la calidad asistencial no queda demostrada en este estudio por la débil concordancia diagnóstica y terapéutica observada. El número de pacientes derivados a SM sin patología mental fue inferior al detectado en otros estudios¹⁹.

La hoja de derivación es el documento clave de comunicación entre los dos niveles asistenciales, aunque se encontró que no estaba presente en algunos casos. La ausencia de las hojas de derivación puede deberse al empleo de otras formas de comunicación entre los médicos de AP y SM.

Las hojas de derivación no siempre contienen una información precisa sobre la demanda específica de la derivación, el juicio diagnóstico o la pauta terapéutica. El resultado de nuestro estudio es similar al observado por otros autores^{4,16-21}.

Aunque hubiera sido interesante, el análisis realizado no ha tenido en cuenta los diferentes tipos de motivo de derivación. A pesar de haberse analizado el 100% de las derivaciones, se considera que el tamaño de la muestra no es suficiente, por lo que sería aconsejable analizar más años de derivaciones de AP a SM o analizar las derivaciones de más de un centro de AP conjuntamente.

El porcentaje de personas que no acuden a la primera visita es similar al encontrado en otros estudios¹⁹. Este hecho no queda justificado por la edad ni el sexo, pero podría

	Hoja de derivación (n = 235) (81,6%)	Curso clínico de HCAP (n = 53) (18,4%)	Total (n = 288)	SE
Edad media ± DE (años)	43,84 ± 15,71	43,77 ± 18,01	43,83 ± 16,14	NS
Sexo				
Mujeres	146 (62,1%)	34 (64,2%)	180 (62,5%)	NS
Varones	89 (37,9%)	19 (35,8%)	108 (37,5%)	NS
Diagnóstico de AP				
Depresión	68 (28,9%)	12 (22,6%)	80 (27,8%)	NS
Depresión-ansiedad	46 (19,6%)	13 (24,5%)	59 (20,5%)	NS
Ansiedad	50 (21,3%)	11 (20,7%)	61 (21,2%)	NS
Otros diagnósticos	26 (11,1%)	10 (18,9%)	36 (12,5%)	NS
Diagnóstico aplazado	33 (14,0%)	2 (3,8%)	35 (12,1%)	NS
No consta	12 (5,1%)	5 (9,5%)	17 (5,9%)	NS
Diagnóstico de SM				
Depresión	69 (29,4%)	19 (35,8%)	88 (30,6%)	NS
Depresión-ansiedad	36 (15,3%)	8 (15,1%)	44 (15,3%)	NS
Ansiedad	58 (24,7%)	7 (13,2%)	65 (22,6%)	NS
Otros diagnósticos	33 (14,0%)	15 (28,3%)	48 (16,7%)	NS
Diagnóstico aplazado	32 (13,6%)	4 (7,5%)	36 (12,5%)	NS
Sin patología mental	5 (2,1%)	0 (0,0%)	5 (1,7%)	NS
No consta	2 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	NS
Tratamiento AP				
ISRS	24 (10,2%)	6 (11,3%)	30 (10,4%)	p < 0,0001
ISRNA	2 (0,9%)	3 (5,7%)	5 (1,7%)	p < 0,0001
ADT	7 (3,0%)	1 (1,9%)	8 (2,8%)	p < 0,0001
BZP	22 (9,4%)	11 (20,8%)	33 (11,5%)	p < 0,0001
ISRS + BZP	34 (14,5%)	15 (28,3%)	49 (17,0%)	p < 0,0001
Neurolépticos	12 (5,1%)	3 (5,7%)	15 (5,2%)	p < 0,0001
Sin tratamiento	134 (57,0%)	10 (18,9%)	144 (50,0%)	p < 0,0001
No consta	0 (0,0%)	4 (7,5%)	4 (1,4%)	p < 0,0001
Otros psicofármacos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p < 0,0001
Tratamiento SM				
ISRS	24 (10,2%)	10 (18,9%)	34 (11,8%)	NS
ISRNA	9 (3,8%)	3 (5,7%)	12 (4,2%)	NS
ADT	13 (5,5%)	2 (3,8%)	15 (5,2%)	NS
BZP	27 (11,5%)	7 (13,2%)	34 (11,8%)	NS
ISRS + BZP	76 (32,3%)	10 (18,9%)	86 (29,9%)	NS
Neurolépticos	12 (5,1%)	6 (11,3%)	18 (6,3%)	NS
Sin tratamiento	69 (29,4%)	15 (28,3%)	84 (29,2%)	NS
No consta	2 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	NS
Otros psicofármacos	3 (1,3%)	0 (0,0%)	3 (1,0%)	NS

HCAP: historia de centro de atención primaria; SE: significación estadística; NS: no significativo; DE: desviación estándar; AP: atención primaria; SM: salud mental; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina; BZP: benzodiacepinas. En caso de pacientes con más de un diagnóstico únicamente se tuvo en cuenta el diagnóstico principal. Para los tratamientos sólo se tuvo en cuenta la administración simultánea de ISRS + BZP.

explicarse por el tiempo de demora entre el momento de la derivación y la primera visita con el especialista. Las des-

Grupos diagnósticos	Diagnósticos AP (n = 301)	Diagnósticos SM (n = 323)	Kappa AP-SM
Trastorno depresivo/distimia	80 (26,6%)	90 (27,9%)	(n = 47) 0,367
Trastorno ansiosodepresivo	59 (19,6%)	43 (13,3%)	(n = 19) 0,242
Trastorno de ansiedad	61 (20,3%)	67 (20,8%)	(n = 44) 0,631
Trastorno de personalidad	16 (5,3%)	33 (10,2%)	(n = 10) 0,360
Trastorno psicótico	22 (7,3%)	21 (6,5%)	(n = 17) 0,774
Trastorno de uso/abuso de tóxicos	3 (1,0%)	12 (3,7%)	(n = 3) 0,390
Trastorno de la conducta alimentaria	5 (1,7%)	3 (0,9%)	(n = 3) 0,747
Retraso mental	3 (1,0%)	4 (1,2%)	(n = 3) 0,855
Otros diagnósticos/diagnóstico aplazado	35 (11,6%)	45 (13,9%)	(n = 9) 0,395
No consta diagnóstico	17 (5,6%)	0 (0,0%)	xxx
Sin patología mental	0 (0,0%)	5 (1,6%)	xxx

AP: atención primaria; SM: salud mental.

En 13 (6,91%) casos para AP y en 35 (12,15%) para SM hubo más de un diagnóstico, por ello la suma no es 288.

viaciones estándar de las medias de los días de espera para la primera visita son elevadas con relación a otros estudios¹⁹. Esta dispersión observada puede deberse a la variabilidad de la práctica habitual, ya que el uso de circuitos alternativos no es utilizado con la misma frecuencia por todos los profesionales.

El número de palabras en el informe de derivación es menor en el caso de los pacientes que no acuden. Esto hace pensar que podría existir un sentimiento de desmotivación por parte del médico de AP al realizar dicha derivación, ya que podría tratarse de un cuadro de patología mental no grave.

Se encuentran estudios con una mejor concordancia diagnóstica^{8,16,19,20,26} para los trastornos afectivos, debido seguramente a que engloban los diferentes tipos para el aná-

lisis de dicha concordancia. Para el resto de los diagnósticos las concordancias son similares a las de nuestro estudio, aunque las comparaciones con estudios previos deben interpretarse con cautela, ya que la metodología es diferente^{16,19,20,26}.

La concordancia diagnóstica oscila entre buena y muy buena en el retraso mental, el trastorno psicótico, trastorno de ansiedad y trastorno de conducta alimentaria. La concordancia es mayor cuando la hoja de derivación está presente; esto tal vez se deba a que en el curso clínico de la HCAP se describe

más la sintomatología que presenta el paciente, mientras que en la hoja de derivación se especifica más el diagnóstico. Al parecer estas 4 entidades clínicas ofrecen más seguridad diagnóstica al médico de AP, lo que se objetiva en los buenos resultados obtenidos.

La peor concordancia se observa en el trastorno ansioso-depresivo. Esto podría responder a que en muchos casos, tras la administración de tratamiento, la sintomatología experimenta mejoría durante el tiempo de demora hasta la primera visita, por lo que puede variar el diagnóstico cuando es recibido en el CSM.

Los trastornos de personalidad presentan una concordancia débil. Son cuadros de difícil diagnóstico en AP debido a su propia idiosincrasia, y en muchas ocasiones el especialista de SM necesita más de una visita para realizar una orientación diagnóstica.

Respecto al abuso de tóxicos, hay una débil concordancia y peores resultados a los hallados en otros estudios^{16,19,20}.

Esto puede deberse a que no se haya llegado al verdadero origen del problema en la consulta de AP, ya que en algunos casos no reconocen la adicción ante su médico de cabecera. También puede deberse a que en nuestra área, ante la sospecha de consumo de tóxicos, la derivación se realiza a otro tipo de centro especializado en el abordaje de este tipo de patología.

En la evaluación de la concordancia terapéutica el índice kappa hallado es débil para casi todos los grupos farmacológicos, excepto en el caso de los neurolépticos que es moderado. Esto podría deberse a que estos fármacos se utilizan en patología psicótica, ante la que se obtuvo una buena concordancia diagnóstica.

Con relación al resto de grupos farmacológicos, se cree que la concordancia es débil, posiblemente por la hiperprescripción de antidepresivos y benzodiacepinas que se observa en AP.

Grado de concordancia de los tratamientos pautados entre atención primaria (n = 361) y salud mental (n = 430)

	Tratamiento AP (n = 361)	Tratamiento SM (n = 430)	Kappa AP-SM
ISRS	79 (27,4%)	121 (42,0%)	0,326
ISRNA	5 (1,7%)	13 (4,5%)	0,316
ADT	12 (4,2%)	19 (6,6%)	0,286
BZP	97 (33,7%)	158 (54,9%)	0,266
Neurolépticos	16 (5,6%)	19 (6,6%)	0,666
Sin tratamiento	144 (50,0%)	84 (29,2%)	0,250
No consta	3 (1,0%)	0 (0,0%)	xxx
Otros psicofármacos	5 (1,7%)	16 (5,6%)	0,364

AP: atención primaria; SM: salud mental; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; ADT: antidepresivos tricíclicos; BZP: benzodiacepinas.

El total de tratamientos iniciados en AP y en SM no suma 288 porque hay pacientes con más de un tratamiento simultáneamente.

En las diversas revisiones bibliográficas realizadas no se han encontrado otros estudios que hayan valorado la concordancia terapéutica, por lo que no se han podido comparar estos resultados.

En resumen, la concordancia diagnóstica y terapéutica entre AP y SM en nuestro centro es débil. Lo que nos hace pensar en la importancia de un plan de formación médica continuada de calidad para mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los profesionales en AP.

Agradecimientos

A la Dra. Neus Parellada Esquiús, Dr. Josep M. Haro Abad y a la Sra. Elia Gabarrón Hortal por sus aportaciones para mejorar este artículo.

Bibliografía

1. Ayuso Gutiérrez JL. Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural* 1999;3:1-6.
2. Bernardo M, Cubí R. Detección de los trastornos psicopatológicos en atención primaria. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática, 1989.
3. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria* 2002;29:329-35.
4. Barreto P, Corral ME, Muñoz J, Boncompagni MP, Sebastián R, Solà M. Percepción del malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998;22:491-6.
5. Torras MT, Bernat MJ, García A, Roig I, Catalá M. Prevalencia de trastornos mentales diagnosticados en un centro de salud de la asistencia primaria. *C Med Psicosom* 1998;45:70-3.
6. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
7. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron L, Fernández C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1997;20:122-5.
8. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, et al. El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:87-95.
9. Autonell J. Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Aten Primaria* 1993;12:416-21.
10. Øiesvold T, Sandlund M, Hansson L, Christiansen L, Göstas G, Lindhardt A, et al. Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioners compared with self-referrals. *Psychological Medicine* 1998;28:427-36.
11. Karlsson H, Joukamaa M, Lehtinen V. Differences between patients with identified and no identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:354-8.
12. Palao DJ, Márquez M, Jódar I, Usall J. Guía psiquiátrica en atención primaria. Barcelona: Litofinter, 1996.
13. Borrell F, Caterina M. Problemas de salud mental. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Conceptos, organización y práctica clínica*. 4.ª ed. Madrid: Grafos, 1999; p. 934-67.
14. Vicente N, Díaz H. Características de las derivaciones a un servicio de salud mental. *FOMECO* 2001;9(2):94-9.
15. Johnson S, Bindman J, Thornicroft G. La comunicación entre el médico de atención primaria y el psiquiatra. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica, 1998; p. 151-63.
16. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación? *Aten Primaria* 1995;15:491-7.
17. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics* 2000;41:245-52.
18. Ollés MV, Blanca M, Gento P. Calidad de los informes de derivación a salud mental. En: III Congreso Nacional de Psiquiatría; Platja d'Aro, octubre 1998.
19. García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanque Mallén G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria* 1998;22:233-8.
20. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JF, Vázquez-Barquero JL. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde atención primaria a salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:13-21.
21. Ocio S, Hernández M, Trabajo P, Hevia A, Fernández JA. Concordancia diagnóstica entre la derivación a salud mental y el segundo nivel. *Aten Primaria* 2000;26(Supl 1):328.
22. Cuesta L, Alberto M, Prat J, Simón O, Marcos R. Adecuación del diagnóstico, tratamiento y derivación de la patología psiquiátrica en asistencia primaria. Utilidad y/o necesidad de coordinación. En: V Congreso Nacional de Psiquiatría; Zaragoza 18-21 de octubre 2000.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2000. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2001;25:78-82.
24. Asociación Psiquiátrica Americana. *DSM-IV-AP*. Barcelona: Masson, 1997.
25. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica. 2.ª ed. Barcelona: Harcourt, 1999.
26. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo I. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria* 2000;25:292-6.