

Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental

Natalia Landa González, Adriana Goñi Sarriés, Elena García de Jalón Aramayo y Eva Lizasoain Urrea

Objetivo. Analizar el índice de concordancia diagnóstica entre atención primaria y salud mental.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de Salud Mental de Estella (Navarra).

Participantes. Inclusión de pacientes adultos nuevos consecutivos remitidos a salud mental ($n = 1.005$) entre julio de 2002 y marzo de 2005.

Mediciones principales. Análisis de los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental en el período de tiempo establecido. Cálculo del índice κ de concordancia interjueces.

Resultados. La concordancia global diagnóstica tiene un índice $\kappa = 0,385$ ($\pm 0,018$). En los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias y los trastornos psicóticos se obtienen índices de concordancia elevados ($\kappa > 0,7$). Los trastornos de la alimentación y el trastorno mental orgánico reflejan una concordancia moderada (índice κ entre 0,4 y 0,7). Sin embargo, en los trastornos de ansiedad, adaptativos y afectivos se obtiene una concordancia baja ($\kappa < 0,3$).

Conclusiones. En general, la concordancia entre los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental es baja. En concreto, destaca la dificultad para identificar adecuadamente los trastornos adaptativos, y se observa una importante tendencia por parte de atención primaria a filiar como cuadros ansiosos o afectivos estos trastornos.

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

CONCORDANCE IN DIAGNOSIS BETWEEN PRIMARY CARE AND MENTAL HEALTH

Objective. To analyse the diagnostic concordance index between primary care and mental health.

Design. Retrospective and descriptive study.

Setting. Mental health centre, Estella, Navarra, Spain.

Participants. New consecutive adults patients referred to mental health ($n=1005$) from July 2002 to March 2005.

Main Measurements. Analysis of diagnoses made in primary care and mental health during the time period. Calculation of kappa index for inter-observer concordance.

Results. General diagnostic concordance had a kappa index $=0.385$ (± 0.018). High concordance index (>0.7) was obtained for alcohol and other substance use disorders and psychotic disorders. Moderate concordance index (0.4–0.7) was obtained for eating disorders and organic mental disorders. However, low concordance index (<0.3) was obtained for anxiety, adaptive, and affective disorders.

Conclusions. In general, diagnostic concordance between primary care and mental health is weak. Particularly noticeable was difficulty in identifying adaptive disorders adequately. There was a strong tendency in primary care to identify these disorders as anxiety or affective disorders.

Key words: Primary care. Mental health. Referrals. Diagnostic concordance.

Centro de Salud Mental de Estella.
Navarra. España.

Correspondencia:
Dra. Natalia Landa González
Centro de Salud Mental de Estella.
Carretera de Logroño, s/n.
31200 Estella. Navarra. España.
Correo electrónico:
natalia.landa.gonzalez@cfnavarra.es

Manuscrito recibido el 15-10-2007.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 12-11-2007.

Introducción

La adecuada atención a los problemas de salud mental es una cuestión aún sin resolver. Estudios realizados en atención primaria obtienen altas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos, situadas entre el 20 y el 40%¹⁻⁴. En las últimas décadas se ha producido una demanda creciente de atención en salud mental⁵, lo que ha llevado a una sobrecarga asistencial y a la saturación de los servicios⁶.

Con el objetivo de disminuir esta sobrecarga, en la Comunidad Foral de Navarra, los centros de salud mental (CSM) han pasado de depender de atención primaria a ser parte de la asistencia especializada. Así, el acceso a los CSM se realiza a través de atención primaria. Por lo tanto, el médico de atención primaria (MAP) es el encargado de remitir a los pacientes a su CSM de referencia. Esta tarea supone una doble dificultad que implica, por un lado, detectar los casos susceptibles de tratamiento que no lo solicitan directamente (identificación precoz) y, por otro, filtrar la demanda. Para facilitar esta compleja tarea y así garantizar tanto la continuidad en la atención al paciente como una asistencia sanitaria de calidad, resulta fundamental una adecuada comunicación entre atención primaria y especializada⁷⁻¹¹. El empleo de un lenguaje común entre ambos tal y como lo posibilitan las clasificaciones internacionales (CIE-10¹² y DSM-IV¹³) facilita esta comunicación. Se ha descrito que la utilización de diferentes diagnósticos repercute en una infra o sobrestimación de un tipo de trastorno, así como en la decisión sobre su posible derivación o abordaje terapéutico¹⁴.

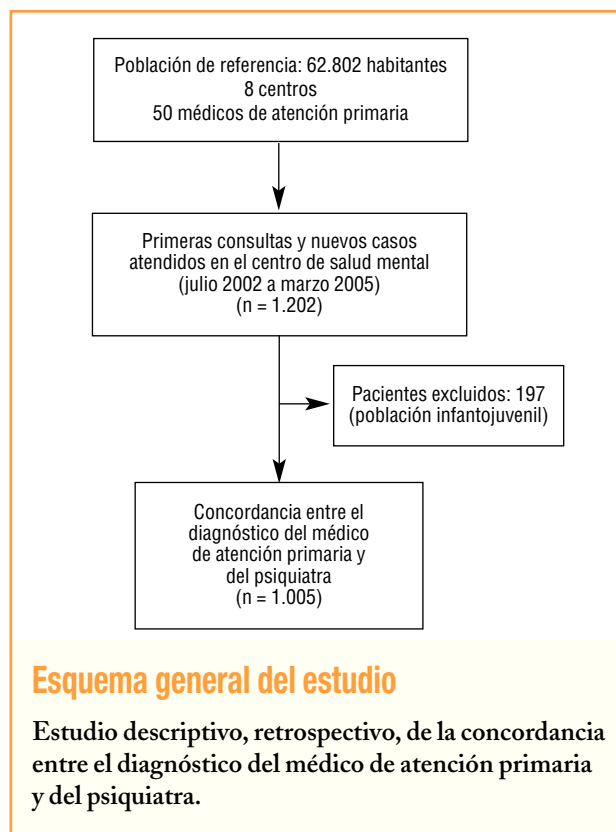
Según los protocolos vigentes de coordinación entre atención primaria y salud mental¹⁵, el tipo de trastorno es el que determina la remisión al especialista. Por ello, la coincidencia en el diagnóstico entre los distintos niveles asistenciales es importante para facilitar la adecuada coordinación entre ambos.

El objetivo de este trabajo es analizar el índice de concordancia diagnóstica entre salud mental y atención primaria en los casos remitidos a un CSM desde julio de 2002 hasta marzo de 2005.

Métodos

Se realizó un estudio de primeras consultas y nuevos episodios en un CSM, en el período de tiempo mencionado. Se consideraron casos nuevos los pacientes nunca atendidos previamente en el CSM. En cambio, se consideraron como nuevos episodios los pacientes que tenían una historia previa en el CSM, pero que habían sido dados de alta al menos 6 meses antes, y que eran remitidos de nuevo por su MAP.

La población de referencia consta de 62.802 habitantes. Esta área de salud dispone de 8 centros de salud, en la que trabajan 50 MAP. El personal clínico del CSM incluye 2 psiquiatras, 2 psicólogos



clínicos, una trabajadora social, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

Para la recogida de datos se elaboró un protocolo que incluía como variables sociodemográficas la edad, el sexo, y la zona básica de salud, y como variables clínicas el diagnóstico del MAP y del psiquiatra según criterios CIE-10, pero codificados en grupos más amplios. Estos grupos diagnósticos incluían: el trastorno mental orgánico, trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias, trastorno psicótico, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo, trastorno de la conducta alimentaria, retraso mental y trastornos de personalidad. Además, se incluyeron las variantes de diagnóstico aplazado y ausencia de patología psiquiátrica.

El análisis de la concordancia diagnóstica entre atención primaria y salud mental se realizó mediante el cálculo del índice *kappa* mediante el programa estadístico Epidat (versión 3.1).

Resultados

Se han atendido 1.005 casos nuevos de adultos. De ellos, 136 (13,5%) fueron nuevos episodios. Los varones conforman un 42,4% de la muestra ($n = 426$) y las mujeres un 57,6% ($n = 579$). La edad media global es de $45,7 \pm 18,8$ años¹⁶.

El análisis de la concordancia para los distintos diagnósticos ofrece resultados muy dispares (tabla 1).

El número de trastornos diagnosticados en atención primaria y en salud mental, y su porcentaje de coincidencia, junto con el diagnóstico más frecuente que recibían en

TABLA 1
Índice kappa para la concordancia entre observadores independientes

Trastornos	Kappa	IC del 95%
Afectivos	0,18	0,1179-0,2507
Ansiosos	0,23	0,1604-0,2925
Adaptativos	0,19	0,1226-0,2546
Psicóticos	0,72	0,6122-0,8328
Trastornos por abuso de alcohol	0,91	0,8420-0,9757
Trastornos por abuso de sustancias	0,86	0,7870-0,935
Trastornos de personalidad	0,19	-0,0128 a 0,3858
Trastornos de alimentación	0,64	0,4354-0,8346
Trastorno mental orgánico	0,48	0,3096-0,6470

Todas $p < 0,001$.

salud mental los casos no coincidentes, se exponen en la tabla 2. Los diagnósticos más frecuentes en atención primaria y salud mental fueron los trastornos ansiosos, seguidos de los trastornos afectivos. La divergencia en las magnitudes explica el escaso porcentaje de coincidencia entre atención primaria y salud mental obtenido para ambos diagnósticos. Tan sólo en el 37% de los casos remitidos de atención primaria como trastornos afectivos y en el 42% de los trastornos ansiosos, se confirmó el diagnóstico en salud mental. En salud mental el diagnóstico más prevalente es el trastorno adaptativo. Tan sólo el 26% de los casos que eran identificados en salud mental como trastornos adaptativos fueron remitidos como tales por atención primaria.

Por otro lado, hay que destacar que en salud mental la cuarta categoría más numerosa fue la de los casos que no recibieron diagnóstico psiquiátrico.

En los nuevos episodios, se obtiene un índice kappa de 0,499 ($\pm 0,045$). En este caso, el resultado es ligeramente superior que en los casos nuevos e indicativo de una concordancia moderada. En su mayoría, son los trastornos ansiosos (28,2%) y afectivos (26,4%) los que generan un nue-

vo episodio. Sin embargo, al igual que ocurre en los casos nuevos, los cuadros adaptativos (9,8%) no son bien discriminados por atención primaria. Por último, disminuye a un 5% el porcentaje de casos sin patología psiquiátrica.

Discusión

En este trabajo se encuentra una baja concordancia global entre los diagnósticos realizados en atención primaria y en salud mental. Sin embargo, un análisis pormenorizado de los distintos trastornos refleja una gran variabilidad en cuanto a la exactitud diagnóstica. El grado de coincidencia es alto o muy alto para las psicosis, el uso de sustancias, la conducta alimentaria y el retraso mental.

Destaca la dificultad para identificar los trastornos adaptativos, con una importante tendencia por parte de los MAP a filiarlos como depresivos y/o ansiosos. De hecho, sólo una tercera parte de los casos que finalmente son diagnosticados como trastornos adaptativos habían sido identificados como tales por parte de atención primaria. Así, los diagnósticos afectivos suponen casi el doble de los diagnosticados como tales en salud mental, y el porcentaje de ansiedad también resulta superior, aunque esta tendencia no es tan importante. Esta dificultad para identificar los trastornos adaptativos y la tendencia a sobrediagnosticar trastornos depresivos coincide con lo obtenido en estudios similares^{7,9,17}. No obstante, también se han llevado a cabo investigaciones que señalan un infradiagnóstico de depresión y ansiedad en atención primaria^{2,18,19}, aunque en algunos casos, al tratarse de estudios realizados mediante cuestionarios autoaplicados deben considerarse con cautela. Asimismo, el contexto en el que este estudio se ha llevado a cabo, atención especializada, no permite extraer conclusiones sobre los pacientes no detectados por atención primaria.

TABLA 2
Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental

Diagnóstico	N.º de casos diagnosticados en AP	N.º de casos diagnosticados en SM	Porcentaje de coincidencia ^a	Diagnóstico más frecuente en SM entre los no coincidentes con AP ^b
Trastornos afectivos	333	177	37	Trastorno adaptativo (n = 92; 43,6%)
Trastornos ansiosos	356	209	42	Trastorno adaptativo (n = 92; 44,7%)
Trastornos adaptativos	95	257	71	Sin diagnóstico (n = 13; 46,4%)
Trastornos psicóticos	42	44	73	Trastorno afectivo (n = 3; 30%)
Trastornos por uso de alcohol	40	43	90	Sin diagnóstico (n = 2; 100%)
Trastornos por uso de sustancias	50	53	90	Trastorno psicótico (n = 2; 40%)
TCA	12	19	83	Trastorno de ansiedad, TP (n = 1; 50%)
TMO	16	36	81	Ansioso, aplazado, sin diagnóstico (n = 1; 33,3%)
Trastorno de personalidad	10	19	30	Sin diagnóstico (n = 3; 42,9%)
RM	6	9	100	
Aplazado	44	31	7	
Sin diagnóstico	1	108	0	

^aDel total de diagnósticos realizados en atención primaria, qué porcentaje recibe el mismo diagnóstico en salud mental.

^bDiagnóstico más frecuente en salud mental entre los casos remitidos en los que no se confirmaba el diagnóstico, el porcentaje se calcula entre los casos que se consideran no TCA: trastorno de la conducta alimentaria; TMO: trastorno mental orgánico; RM: retraso mental.

Lo conocido sobre el tema

- La concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental facilita la comunicación entre ambos niveles de atención sanitaria y, por tanto, favorece la continuidad en los cuidados a los pacientes.

Qué aporta este estudio

- La concordancia global entre atención primaria y salud mental obtenida en el presente estudio es baja, con importantes diferencias según los trastornos.
- El nivel más bajo de concordancia se obtiene en los trastornos más prevalentes, en concreto, en los trastornos afectivos, ansiosos y adaptativos.
- Un elevado porcentaje de los pacientes remitidos desde atención primaria como afectados de trastornos afectivos y ansiosos son diagnosticados en salud mental como afectados de trastornos adaptativos.

Los trastornos adaptativos, incluidos en la CIE-10 dentro del apartado de «Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación», se diferencian de los trastornos afectivos y ansiosos por ser desencadenados por un factor estresante identificable y por constituir trastornos de menor gravedad. La elevada frecuencia con que este tipo de trastornos alcanza la asistencia especializada pone de manifiesto el fracaso en la labor de filtro que se debe llevar a cabo en atención primaria. Los motivos para este fracaso son probablemente múltiples y diversos. Por un lado, pueden influir las carencias formativas de los profesionales²⁰, la presión asistencial en sus consultas y la brevedad del tiempo que pueden dedicar a cada paciente. Por otro lado, contribuyen factores inherentes al sistema de clasificación con la escasa clarificación de los criterios diagnósticos, de tal forma que el diagnóstico diferencial puede basarse en una cuestión de grado o de número de síntomas. En este sentido, hay que tener en cuenta que estas diferencias sutiles entre ambos trastornos dificultan el diagnóstico diferencial, dado que habitualmente los MAP tienden a considerar los trastornos desde una perspectiva dimensional, más que categorial, posiblemente porque se ajusta mejor a las necesidades de su consulta, aunque esto disminuya la coincidencia con el especialista²¹. Por último, existe un aspecto sociocultural que sin duda dificulta la labor de filtro, como es la tendencia de la población general a «psicopatologizar» las emociones normales, a solicitar tratamiento farmacológico para tratar estas emociones y a demandar la atención del especialista^{6,22}. En cuanto a la concordancia en el resto de diagnósticos, la escasa prevalencia dificulta extraer conclusiones. Respecto

a los trastornos de la personalidad tan sólo hubo coincidencia en un tercio de los casos. En este sentido, hay que señalar las dificultades inherentes a la evaluación y diagnóstico de estos trastornos²³. Respecto al trastorno mental orgánico más de la mitad de los casos (57%) no fueron detectados por el MAP.

A la hora de interpretar los resultados de este estudio es importante considerar algunas limitaciones en el diseño. En primer lugar, con el objetivo de facilitar el análisis de los datos se consideraron categorías amplias de trastornos, por ejemplo trastornos ansiosos en vez de categorías específicas. En segundo lugar, se analizaron los datos que constaban en los volantes de derivación como diagnósticos y no como síntomas, y es posible que esto no refleje la intención del profesional que completó el informe. Por otro lado, cuando existía un diagnóstico múltiple sólo se consideraba el diagnóstico principal. Dada la frecuente comorbilidad encontrada entre los trastornos mentales, este sistema está inevitablemente obviando parte de los datos. Es posible que esto explique la escasa prevalencia encontrada para los trastornos de personalidad, ya que en el momento de la consulta se tiende a priorizar la sintomatología del episodio actual que motiva la solicitud de tratamiento. Por último, hay que señalar que el estudio se ha llevado a cabo basándose en los diagnósticos realizados por tan sólo 2 psiquiatras (los profesionales del centro que realizaron todas las primeras consultas) y, por tanto, los resultados obtenidos pueden estar excesivamente influidos por las características de estos profesionales. No obstante, los diagnósticos se realizaron siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10, lo que aumenta su fiabilidad y disminuye las variaciones entre profesionales.

En definitiva, es necesario mejorar el nivel de acuerdo en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Teóricamente, esta mejora favorecerá una disminución de la remisión de pacientes sin trastorno psiquiátrico o con patología menor a la asistencia especializada. No obstante, es probable que se requiera un cambio más amplio y un aumento en la dotación de recursos formativos y humanos en atención primaria para lograr este objetivo.

Bibliografía

1. Artal A, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en Atención Primaria: estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. Arch Neurobiol. 1996;59:237-56.
2. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria. 2002;29:329-37.
3. 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.
4. Vázquez Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, et al. Mental health in primary care. An epidemiologic study of morbidity and use of health resources. Br J Psychiatry. 1997;170:529-35.

5. 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*, pendiente de publicación.
6. Aparicio V. El escenario de la salud mental; de la atención primaria a la sobrecarga asistencial. *Psiquiat. Pública*. 1995;7:4197-202.
7. García Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanaque 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.
8. González-Andrés JF, González Gil, P, Sánchez Ruiz C. Análisis del criterio de derivación preferente de los pacientes remitidos desde Atención Primaria a los Servicios de Salud Mental. *AP y SM*. 2005;8:19-24.
9. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JE, Vázquez-Barquero JL. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:13-21.
10. Beltrán Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Aten Primaria*. 2001;28:39-45.
11. 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.
12. Organización Mundial de la Salud CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Méditor; 1992.
13. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.^a ed. rev.). Washington D.C.: APA; 2000.
14. Gualtero R, Turek L. Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1999;70:225-34.
15. Comité de mejora de la coordinación Salud Mental adultos del Servicio Navarro de Salud. Guía de trabajo Atención primaria-Salud Mental. Pamplona; 2002.
16. Bland JM, Altman DG. Statical methods for assesing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1:307-10.
17. 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;32:524-30.
18. Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, falses negative, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1998;7:451-61.
19. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry*. 2007;68 suppl 2.
20. López Muñiz. Coordinación AP-SM. Una aproximación a través de las derivaciones. Trabajo de investigación MIR. Asturias: Insalud; 1999.
21. Thompson C, Ostler K, Baker N, Kinmonth A. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. *Br J Psychiatry*. 2001;179:317-23.
22. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38:563-9.
23. Bayón Pérez C, Cañas de Paz F. Problemas de evaluación. En: Roca Bennasar M (Coordinador). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2004.

