

Monografía

La psiquiatría en el primer nivel de atenciónBlanca Estela Vargas Terrez,¹ Miguel Ángel Fernández Ortega²¹División de Enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, ²Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM

La meta de salud para todos en el año 2000 incluye, por supuesto, la salud mental, entendida como el bienestar psicológico y una mejor calidad de vida, así como la detección oportuna de las enfermedades mentales, el tratamiento adecuado y la rehabilitación. En nuestro país podemos observar que, a pesar de los profundos esfuerzos realizados por las instituciones de salud, tanto de seguridad social, como las que no lo son, no ha sido posible ofrecer una cobertura asistencial que alcance a todos los mexicanos en el área de la salud mental. Si bien es cierto que esto afecta a toda la población, la situación es más grave cuando nos referimos a aquellas familias que, por sus características socioeconómicas y culturales tienen dificultades para el acceso a los servicios de salud, tanto generales como especializados, así como un alarmante desconocimiento de las enfermedades mentales.

Las cifras de patología mental que señalan organismos nacionales e internacionales se han incrementado en la última década, y se espera que este ascenso continúe, lo que traerá consigo un aumento en las necesidades de atención y prevención. La morbilidad psiquiátrica detectada en asistencia primaria es elevada, de un 6 al 24%. Debe capacitarse a todo el personal del equipo de salud para reconocer de manera oportuna los padecimientos mentales en el primer nivel de atención y remitir a aquellos que lo requieran, a tratamiento especializado en salud mental.

El propósito de esta comunicación es presentar los resultados después de tres años de trabajo con un equipo de salud mental, integrado por el médico psiquiatra, el médico familiar, la enfermera y trabajadora social psiquiátricas y la psicóloga clínica, que

labora en un centro de atención primaria de salud atendiendo pacientes con trastornos mentales.

Características del programa

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, institución con amplia experiencia en la formación y capacitación de personal en el campo de la salud mental, ha desarrollado un programa asistencial para complementar el adiestramiento de los alumnos que cursan la especialidad de psiquiatría, así como para los alumnos de los cursos de: trabajo social psiquiátrico, psicología clínica institucional y enfermería psiquiátrica. La sede del programa es el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", que funciona como un Centro de Estudios de Atención Primaria de la Salud (CEAPS). Se propone la intervención de un equipo multidisciplinario de salud mental, coordinado por un psiquiatra que en colaboración con un psicoterapeuta familiar supervisan las actividades que se encaminan a la promoción, prevención, detección temprana, curación oportuna y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos y las desviaciones de la conducta, abarcando tres niveles de intervención: individual, familiar y comunitario.

La propuesta de incluir a un psiquiatra en las actividades del primer nivel de atención se debe a que, en estudios llevados a cabo en otros países, se ha observado que las posibilidades de éxito terapéutico son mayores cuando ambos profesionistas, psiquiatra y médico general, trabajan juntos. La continuidad de los

Cuadro 1. Modelo de atención primaria de salud mental.

	Equipo de salud mental	Actividad
Familia y/o paciente con problemas de salud mental	Médico familiar	Tratamiento de problemas médicos coexistentes y derivación al equipo de salud mental
	Psiquiatra Psicólogo clínico Enfermera psiquiátrica Trabajadora social psiquiátrica	Farmacoterapia Psicoterapia Orientación Educación Remitir al segundo y tercer nivel de atención
Capacitación	Sesiones clínicas del equipo de salud mental Lectura de material	Individual, familiar, grupal Discusión

cuidados médicos tiene especial importancia en los grupos de riesgo como los enfermos mentales crónicos, farmacodependientes, adolescentes problemáticos, pacientes geriátricos, minusválidos, etc. La atención médica la otorga inicialmente el médico familiar quien al detectar algún tipo de patología mental deriva al enfermo al servicio especializado del mismo centro de salud, que decide si el paciente debe ser derivado a un segundo o tercer nivel de la especialidad; más tarde se retorna al médico familiar.

Además de estas actividades asistenciales, se realizan otras de docencia que facilitan el vínculo entre el médico familiar y el psiquiatra, con el resto del equipo de salud mental, destacando las sesiones conjuntas para la discusión de casos clínicos y de revisión bibliográfica. Se elaboró una guía de trabajo para cada miembro del equipo de salud mental, (cuadro 1). Se realizan otras actividades en la población, como visita a las comunidades del

Cuadro 2. Niveles de intervención en el individuo, la familia y la comunidad con trastorno mental.

Tipo de intervención	
Individuo	Historia clínica Terapia Educación en salud mental Remitir al segundo y tercer nivel de atención
Familia	Historia familiar Terapia familiar Educación en salud mental Remitir al segundo y tercer nivel de atención
Comunidad	Difusión de servicios de salud mental Educación en salud mental Prevención primaria Prevención secundaria Prevención terciaria

área de influencia, charlas de educación para la salud y seguimiento de casos (cuadro 2).

Resultados del programa

El equipo ha trabajado durante tres años en este centro, y los resultados permiten establecer criterios de atención para la práctica médica general. En primer lugar, del total de consultas médicas generales que se dieron en el centro de salud, un 18% solicitaron apoyo del "programa de salud mental". De un total de 3,329 pacientes, se atendieron 442 pacientes de primera vez, y 2,887 subsecuentes, lo que da una razón de 5.2 consultas por cada primera consulta. Del total de casos vistos, un 15% fueron remitidos por el médico general.

Los grupos de edad con mayor frecuencia de trastornos mentales fueron de 5 - 14 años, en segundo lugar el grupo de 20 a 29 años y el de 30 - 39 años ocupó el tercer lugar. Las mujeres predominaron con un 53%, en comparación con el 47% de los varones. El diagnóstico de depresión predominó con el 18%, la segunda causa es la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación con el 15.6%; los trastornos hipercinéticos se hallaron en el 12%, seguidos por otros trastornos de ansiedad con el 9.5% y los trastornos específicos del desarrollo, del habla y del lenguaje con un 4.6% (cuadro 3).

Se han realizado también otras actividades, como la formación de grupos de pacientes clasificados por patología específica, a los cuales se les hace seguimiento a través de las estudiantes de enfermería y trabajo social psiquiátrico que realizan prácticas clínicas en el centro de salud. Se efectúan asimismo actividades educativas en grupos y familias con

Cuadro 3. Morbilidad del servicio de salud mental, 1997.

Causa	CIE-10	NO. de casos	%
Episodio depresivo	F32	79	17.9
Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	F43	69	15.6
Trastornos hipercinéticos	F90	52	11.8
Otros trastornos de ansiedad	F41	42	9.5
Trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje	F80	20	4.5
Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	F06	17	3.8
Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	F98	17	3.8
Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	F81	14	3.2
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	F94	12	2.7
Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez	F93	10	2.3
	FX32	10	2.3
Personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Z03 Z72	7	1.6
Otros diagnósticos		26	5.8
Todas las demás causas	F00 F99	67	15.2
TOTAL		442	100

intervenciones sistematizadas en familias que presentan desajustes en alguna de las etapas del ciclo vital, ayudándoles a resolver aquellos problemas que les impiden mejorar su crecimiento.

Después del primer año del programa surgieron otros programas específicos como el de atención a víctimas de la violencia, un grupo de apoyo psicológico a pacientes con cáncer, el grupo de mujeres menopáusicas, y los grupos Ballint para médicos internos de pregrado, que llevan funcionando dos años. Dentro del subprograma de Educación para la Salud, se imparten pláticas a los habitantes de la zona de influencia del centro, a partir de los problemas detectados; durante el año 1997, se impartieron un total de 312 pláticas, con 7,762 asistentes, lo que en promedio arroja una participación de 25 personas por plática. Los temas abordados son diversos, destacando, la depresión, la violencia doméstica, la violación sexual, el niño hiperactivo, los trastornos del aprendizaje, entre otros (cuadro 4).

Cuadro 4. Actividades de educación para la salud 1997.

Tipo de actividad	No.
Pláticas de educación para la salud	312
Total de asistentes	7664
Promedio de asistentes	25
Duración	30'

En el rubro de la prevención secundaria, se realizan visitas a la comunidad, aproximadamente 10 por semana, habiéndose detectado a pacientes con trastornos psiquiátricos que se envían al Centro de Salud para su atención. El seguimiento de pacientes es una práctica cotidiana, así como la recuperación y el rescate de los mismos. El programa ha beneficiado la formación de los psiquiatras en formación, permitiendo que roten por este Centro, alrededor de 6 residentes, 20 enfermeras psiquiátricas, 10 trabajadoras sociales psiquiátricas y un promedio de 4 psicólogas clínicas por año.

Comentarios

Cada día existe una demanda mayor por trastornos en el campo de la salud mental, y se extiende la idea de incorporar en las unidades de atención primaria equipos de salud mental. La atención por trastornos mentales en centros de primer nivel varían entre un país y otro, y hay quienes como Mari, señalan morbilidad psiquiátrica entre un 12-32%, cualquiera que sean los criterios diagnósticos seleccionados; en nuestro país los rangos observados son parecidos a los encontrados en Colombia por Climent y col., del 10.5 al 17%. Las diferencias reflejan la falta de diagnósticos adecuados por los médicos que trabajan en el primer nivel de atención, debido por una parte a la falta de capacitación del médico general,

así como a la falta de supervisión, y a que muchas veces la patología psiquiátrica se manifiesta con signos y síntomas físicos difíciles de interpretar por un médico con deficiente formación académica. El médico general que trabaja en atención primaria debe recibir una preparación continua en el campo de la salud mental; asimismo el psiquiatra debe capacitarse para detectar patología psiquiátrica encubierta por la patología general.

Uno de los hallazgos en estos tres años de trabajo es que la mayor demanda por consulta psiquiátrica ocurre entre los 5-14 años de edad, diferente a lo reportado por Caraveo, Mari, Martínez, Padilla y Saraceno, para quienes el promedio de edad oscila en 20-44 años, siempre con predominio femenino, aunque no con mucha ventaja.

La depresión fue la principal causa de consulta en el último año, pues durante el primer año predominó el trastorno de adaptación. Los problemas del desarrollo, así como los trastornos hiperactivos coinciden con el grupo de edad, es decir en las edades de 5-14 años. Este hallazgo es importante y se observó desde el primer año de trabajo del Centro de Salud hace 15 años; tal es el caso también de los trastornos por estrés grave, así como los de adaptación que ocuparon el segundo lugar en la consulta.

La intervención del equipo de salud en la comunidad ha facilitado el acceso a los servicios de salud, tanto para la medicina general como para la salud mental. El trabajo extramuros ha influido para que se incremente la consulta en el servicio de salud mental y que un porcentaje amplio (80%) de la consulta en este servicio lo solicite la población directamente; ello indica que las acciones de educación y promoción para la salud que desarrollan los otros miembros del equipo son efectivas.

Conclusiones

De la experiencia de estos casi cuatro años de trabajo, se puede concluir que dada la incidencia y prevalencia de patologías que requieren manejo psiquiátrico y psicológico en la población, resulta conveniente contar con un equipo de salud mental en las unidades de atención primaria para la salud.

El médico general debe conocer las manifestaciones clínicas de los principales trastornos psiquiátricos en el primer nivel de atención y servir de orientador con los individuos y la familia, y saber en qué momento debe canalizar los pacientes a hospitales psiquiátricos especializados, favoreciendo el diagnóstico oportuno y el seguimiento de los pacientes.

Si por otro lado, se permite la incorporación de equipos de salud mental en las unidades del primer nivel, se aumentará la capacidad resolutoria en estos centros, ofreciendo una atención más oportuna de los pacientes y sus familias; y ambos, el equipo de salud y el médico general al trabajar conjuntamente, reducirán el número de pacientes que debe ser

remitido a los hospitales especializados, disminuyendo el gasto en salud.

Es conveniente, en el futuro, reforzar la enseñanza de la psiquiatría para el médico general y familiar y que durante la residencia especializada en psiquiatría se programen rotaciones por unidades de atención primaria. El cambio en la salud mental se dará cuando los patrones asistenciales se modifiquen en los siguientes aspectos: una atención médica que gire en torno de la familia y la comunidad; del tratamiento hacia la prevención y la promoción de la salud; del trabajo individual al trabajo en equipo, a la participación comunitaria y el cambio de un modelo biomédico a uno biopsicosocial.

Referencias

1. Amaro G. El médico de la familia : sus posibilidades preventivas en el campo de la psiquiatría. Rev Hosp Psiquiatr La Habana 1987; 28(1): 1-6.
2. Antonell J. Nuevos modelos de la relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. Aten Primaria 1993; 12(7): 416-421.
3. Campos C et al. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1995 ; XV(53): 217-222.
4. Climent CE, Arango V. de. Atención primaria de salud mental en América Latina. El Programa de Cali. Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat 1981; 27: 257-274.
5. Fernández ML. Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ante los problemas de salud mental : una encuesta de opinión. Aten Primaria 1990; 7(2): 94-100.
6. Fuente R. de la . La salud mental en México. Rev Salud Mental 1977; 1(1): 4-13.
7. Lawson R, Wulsin MD. An agenda for primary care psychiatry. Psychosomatics 1996; 37(2): 93-99.
8. Mari J. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria. Bol Saint Panam 1988; 104(2): 171-178.
9. Padierna JA et al. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria : detección y derivación por el médico de familia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1988; VIII(24).
10. Padilla P. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención. Trabajo presentado en la II Reunión de Investigación en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Octubre-noviembre 1984.
11. Rivero O. Establecimiento del CEAPS en México. Rev Intern Med Fam 1981; 1(2).
12. Ruiz FJ et al. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación ? Aten Primaria 1995; 15(8): 491-497.
13. Saraceno B, Terzian E, Montero BF, Tognoni G. Salud mental en el nivel de atención primaria: estudio multicéntrico en seis países centroamericanos. Psiquiatría Pública 1993; 5(2): 73-94.
14. Stephen J. Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorders in primary care. JAMA 1995; 253(2): 73-94.
15. Stephen J. Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorders in primary care. JAMA 1995; 253(13): 1903-1907.
16. Tizon JL. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. Aten Primaria 1995 ; 16(2): 105-114.
17. Vidal G. "Salud para todos en el año 2000". Editorial. Acta Psicol Amer Lat 1980; 26(9): 9-11.



Instituto Nacional de Salud Pública

Maestría en economía de la salud

Inscripciones.

México: del 11 de enero al 7 de mayo de 1999;
Extranjero: del 11 de enero al 18 de marzo de 1999

Sesiones informativas.

5,9,19 y 23 de marzo, 23 y 30 de abril de 1999 a las 19: horas

Examen de admisión

México: 8 de mayo de 1999
Extranjero: 19 de marzo de 1999 en embajadas y consulados

Dirección en Internet <http://www.cide.mx>



CIDE

CIDE

Curso propedéutico: Del 21 de junio al 30 de julio de 1999
Inicio de maestría: 16 de agosto de 1999

Coordinación de promoción de programas académicos
Tel. (525) 727-98-11
Fax. (525) 292-13-04
Carr. México-Toluca 3655
Col. Lomas de Santa Fe
México, D.F., 01210
e-mail: promdoce@dis1.cide.mx

INSP

Curso propedéutico: Del 21 de junio al 30 de julio de 1999
Inicio de maestría: 1º de septiembre de 1999

Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Tel. (52-73) 11-01-11 ext. 2652 y 2672
Fax. (52-73) 11-11-56
Av. Universidad 655
Col. Santa Ma. Ahuacatlán
Cuernavaca, Mor., 62508
e-mail: vzurita@insp3.insp.mx