

Estudio descriptivo longitudinal y de concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Psicología del Programa de Soporte a Atención Primaria

Cristina García-Pedrajas^{1*}, Espe Marsó Bayona^{1*}, Olga Pérez Ibáñez¹,
Susana Ochoa Guerre^{1,2} y Cristina Ventura Fornas¹

*1 Parc Sanitari Sant Joan de Déu (España).
2 CIBERSAM - Centro de Investigación en Salud Mental (España).*

Resumen: Fundamento y objetivo: Describir las características del Programa de Soporte a la Primaria (PSP) y analizar la concordancia diagnóstica entre Médicos/as de Atención Primaria (MAP) y Psicólogos/as del programa a lo largo de tres años. Material y método: Estudio descriptivo-prospectivo y longitudinal realizado a tres años en 5 Áreas Básicas de Salud de la provincia de Barcelona. La muestra está compuesta por 1722 pacientes derivados a atención psicológica. Se utilizan estadísticos descriptivos para analizar las variables sociodemográficas y el kappa de Cohen para valorar la concordancia. Resultados: El tiempo de espera medio entre derivación y primera visita es 37.54 días. La media de intervenciones por paciente es 2.64 visitas. Se mantiene estable en los tres años el número de altas (34%), el número de casos no presentados a primera visita (21.4%), el de abandonos de tratamiento (19.9%), y el de derivaciones a otros servicios (19.5%). Existe una baja concordancia global entre MAP y Psicólogo/a a lo largo de los años. El diagnóstico más frecuente realizado por los MAP es el Trastorno de Ansiedad. Los/as psicólogos/as diagnostican con mayor frecuencia Depresión y Ansiedad. Se observa la mayor concordancia (Índice Kappa: 2010: 0.343, 2011: 0.456, 2012: 0.662) en el diagnóstico de TCA seguido de Depresión (2010: 0.302, 2011: 0.367, 2012: 0.362) y de Ansiedad (2010: 0.245, 2011: 0.278, 2012: 0.296). Conclusiones: El PSP ofrece intervenciones breves y especializadas desde Atención Primaria. Progresivamente se observa un ligero aumento de la concordancia entre profesionales aunque sigue siendo un porcentaje bajo, lo que indicaría la necesidad de continuar aumentando espacios de interconsulta y formación.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Primaria; Psicólogo; Concordancia diagnóstica; Médico.

Title: Longitudinal descriptive study of diagnostic concordance between primary care and psychology support program in primary care

Abstract: Background: The objective was to describe the characteristics of a primary support program (PSP) and to analyze diagnostic concordance between primary care physicians (PCP) and psychologists over three years. Material and method: A descriptive, longitudinal prospective study over three years at five primary care centers in Barcelona. The sample was 1722 patients referred to psychology services. Descriptive statistics used to analyze sociodemographic variables and Cohen's Kappa to assess agreement. Results: The average waiting time between referral and first visit was 37.54 days. Stable over the three years were the number of highs (34%), the number of cases of not presenting to first visit (21.4%), treatment dropout (19.9%), and referrals to other services (19.5%). There was a low overall concordance between PCP and psychologist. PCP most frequently diagnosed anxiety disorder. Psychologists most frequently diagnosed depression and anxiety. The highest concordance (2010: 0.343, 2011: 0.456, 2012: 0.662 Kappa Index) was observed in the diagnosis of eating behavior disorders followed by depression (2010: 0.302, 2011: 0.367, 2012: 0.362) and anxiety (2010: 0.245, 2011: 0.278, 2012: 0.296). Conclusions: PSP offers specialized brief interventions in primary care. Progressive increase of slight concordance was observed between professionals, while remaining close to the baseline percentage, indicating the need for increased opportunities for consultation.

Keywords: Mental health; Primary care; Psychologist; Diagnostic concordance; Primary care physician.

Introducción

Los problemas relacionados con la salud mental se presentan con una elevada prevalencia en el ámbito de la Atención Primaria (AP) (Pastor, 2008; Serrano-Blanco et al, 2010; Ezquiaga- Terrazas, 2011), generando una alta demanda de atención por parte de dichos equipos (Calderón et al, 2014; Espinosa-Sabina y Castilla-Pérez, 2002; Moré-Herrero, 2013; Sánchez- González et al, 2011). Así, la prevalencia de los trastornos mentales en este contexto se ha estimado entre el 20-55% (Miranda-Chueca et al, 2003; Téllez-Lapeira et al, 2005). El reconocimiento de dicha situación ha motivado iniciativas de abordaje especializado e integrado con la Atención Primaria. A nivel internacional, especialmente en territorios estadounidenses y británicos (World Health Organization et al, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011) se están desarrollando proyectos pioneros que parten de la idea de modelos de colaboración entre AP y Salud Mental (SM). Dichos modelos promueven un enfoque multiprofesional en la atención y seguimiento de los pacien-

tes y potencian la comunicación interprofesional y la atención formativa (Bower, 2002; Kelly et al, 2011; Patel y Saxena, 2014; Tanielian et al, 2000; Thielke, 2011).

En lo que respecta al papel de la Psicología Clínica en este ámbito, en el año 2007 en Reino Unido se implanta el programa de "Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas" (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT). Este programa está dirigido a adultos con trastorno mental común, especialmente Depresión y Ansiedad, y se basa en el uso de técnicas cognitivo-conductuales, siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011; Cano-Vindel, 2013). Según dicha guía, la implementación de tratamientos psicológicos en AP es eficaz y coste-efectiva para el abordaje de trastornos mentales leves-moderados (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011).

A nivel nacional, existen protocolos de tratamientos psicológicos para los desórdenes emocionales en AP basados en la evidencia (Barcons et al, 2014; Cano- Vindel, 2013), así como diversas experiencias que se han implantado en distintos servicios de salud (Barcons et al, 2014; Calderón et al, 2014; Pérez-Ibáñez et al, 2015).

En el año 2006, se crea en Catalunya el Programa de Soporte a la Primaria (PSP), dentro del Plan Director de Salud Mental y Adicciones, en donde un equipo multiprofesional

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Cristina García-Pedrajas. Espe Marsó Bayona. Centro de Salud Mental de Adultos de Castelldefels (CSMA). C/ Dr Trueta 26-28 1r 2a. 08860 Castelldefels, Barcelona (España). E-mail: cris.garcia@pssid.org

de especialistas en Salud Mental realiza asistencia y formación en los Centros de Atención Primaria (CAP) (Generalitat de Catalunya, 2006). El objetivo es mejorar la atención a las necesidades psicológicas de los/las usuarios/as. En dicho programa el/la Psicólogo/a Clínico/a realiza intervenciones psicológicas breves (individuales, familiares y/o grupales) a los/as pacientes derivados desde el Médico de Atención Primaria (MAP), tras revisión de los casos en reuniones de interconsulta (Pérez-Ibáñez et al, 2015).

El presente artículo tiene como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas de los/as pacientes atendidos por el/la Psicólogo/a en 5 CAPs de la provincia de Barcelona a lo largo de los años 2010, 2011 y 2012. En segundo lugar, analizar el índice de concordancia diagnóstica entre los/as MAP y los/las Psicólogos/as del programa.

Pretendemos con dicho análisis conocer el perfil de paciente atendido por el/la Psicólogo/a en AP, así como las variables cuantitativas de la intervención psicológica. Entendemos que este estudio puede ayudar a mejorar la planificación de futuros recursos. Así, consideramos que analizar los datos de concordancia interprofesional puede dar una pista fiable para la mejora de la formación y comunicación entre profesionales de ambos equipamientos.

Método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo realizado a lo largo de los años 2010, 2011 y 2012 en cinco CAPs de la provincia de Barcelona.

Participantes

Los centros participantes fueron: CAP Can Bou (vinculado al CSMA de Castelldefels), CAP Jaume Soler y CAP Martí y Julià (vinculados al CSMA de Cornellà), CAP Canaletes y CAP Montcada i Reixac (vinculados al CSMA Ripolllet-Cerdanyola-Montcada i Reixac).

Aquellos/as pacientes derivados a Psicología del PSP a través de la hoja de derivación emitida por los/as MAPS (N= 1722), fueron seguidos a lo largo de los años del estudio hasta el cierre del proceso psicológico, con la intención de recoger información sobre la intervención.

Se excluyeron del estudio aquellos/as pacientes derivados exclusivamente del/a MAP a otro/a profesional especializado/a no psicólogo/a (psiquiatría PSP, enfermería PSP) o cualquier profesional del Centro de Salud Mental Adultos.

Instrumentos

Para la recogida de datos basal se utilizó la información de la hoja de derivación (donde se reflejan el motivo de con-

sulta y el diagnóstico CIE 10 de derivación a criterio del/a MAP).

Procedimiento

En la primera visita se recogieron una serie de datos por parte del/a Psicólogo/a, incluyendo la revisión del diagnóstico realizado por el/a MAP. Todos/as los/as pacientes fueron seguidos durante su vinculación al PSP y en las sucesivas visitas se siguió cumplimentado la información del estudio (ver figura 1). Asimismo se registran los/as pacientes que tras el alta de Psicología vuelven a reconsultar en otro momento durante el período del estudio.

En el protocolo de evaluación se recogió la siguiente información. En el momento basal:

- Características socio-demográficas de la muestra: (edad, sexo, situación laboral, antecedentes psicopatológicos y motivo por el que se consulta).
- Motivo de consulta por parte del/a MAP. Esta variable la clasificamos en tres grupos: Por “Clínica psicopatológica”, por “Problemas familiares”, “Laborales y/o sociales” y finalmente por “Otros motivos” (tribunal médico, informes, etc.).
- Fuente de derivación: Médico/a de cabecera o derivación a través de otro/a profesional del equipo PSP (enfermero/a o psiquiatra).
- Diagnóstico de derivación del MAP basados en criterios CIE-10. Se utiliza el diagnóstico principal en el caso de comorbilidad.
- Diagnóstico CIE 10 por parte del Psicólogo/a del PSP.

En las siguientes visitas se recogió información sobre:

- Número total de visitas de la intervención psicológica: Primera visita (de aproximadamente 60 minutos) y visitas sucesivas (de aproximadamente 30 minutos). Se citaba al/la paciente con un máximo de 15 días entre la primera visita y las sucesivas.
- Tipos de visitas (individual, familiar, mixta y grupal).
- Existencia de interconsulta (si el caso particular fue comentado previamente en reunión interprofesional).
- Cierre de proceso psicológico: Se consideró como cierre: “No presentado/a a primera visita”, “alta”, “abandono” y/o “derivación a otro recurso”.

El proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Investigación y de Ética del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). A todas las personas participantes se les solicitó el consentimiento informado.

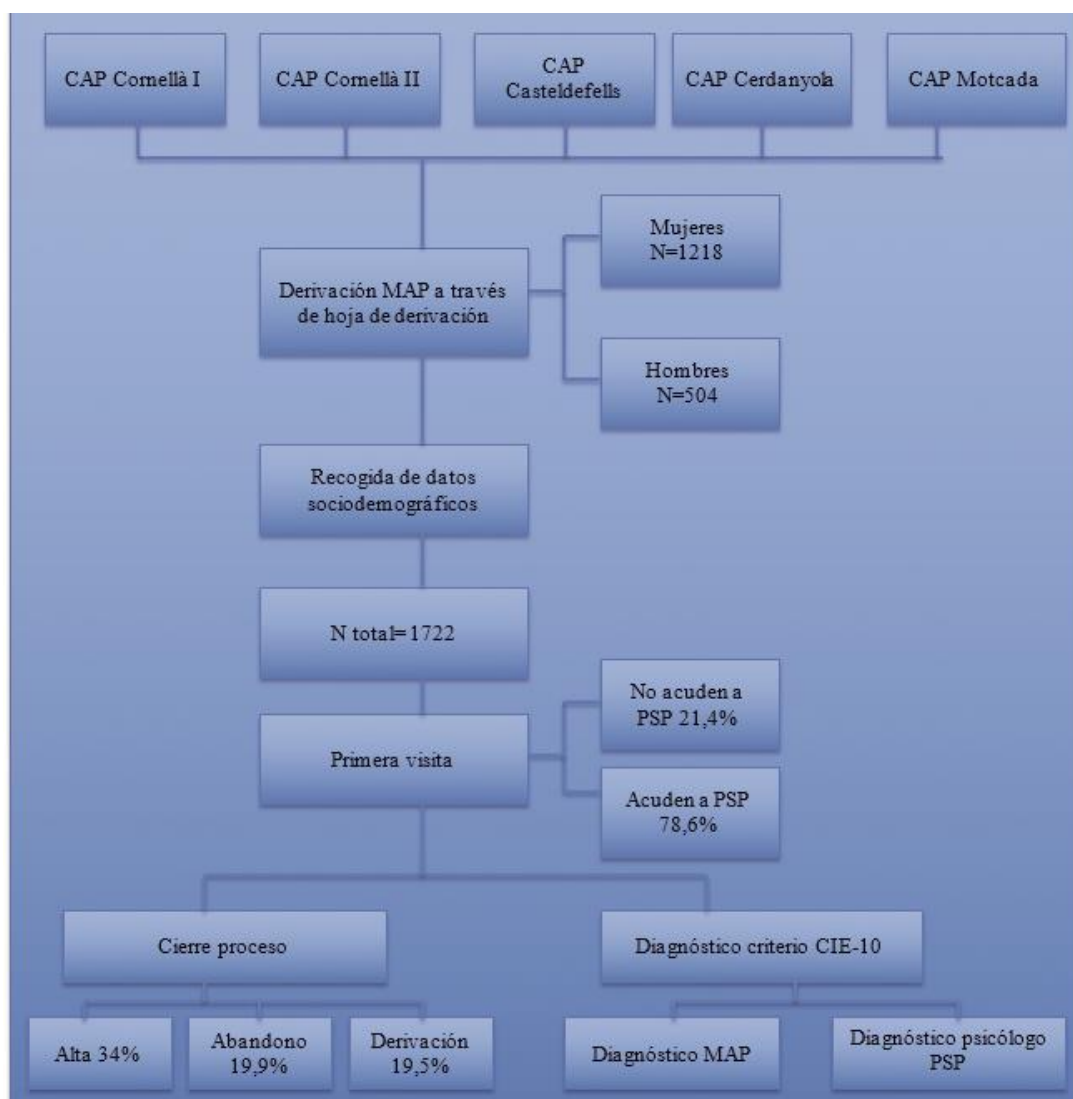


Figura 1. Descripción del proceso de evaluación en los centros participantes.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo a través de estadística descriptiva. Se segmentó el archivo para 2010, 2011 y 2012 y se realizaron comparativas para cada uno de estos años. Se calculó el índice de kappa de Cohen y el porcentaje de acuerdo entre los diagnósticos de los/as profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental, según criterios de Landis y Koch (1977), siendo de 0.4-0.6 moderado acuerdo, 0.6-0.8 acuerdo sustancial y 0.8-1.0 acuerdo perfecto. El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Resultados

La muestra la componen 1722 pacientes: 522 pacientes en el 2010, 548 pacientes en el 2011 y 652 pacientes en el 2012.

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra en cada año de estudio. El 70,7% de la muestra completa son mujeres, no mostrando diferencias significativas en los tres años. A lo largo de los tres años se encuentra que la edad ha ido aumentando significativamente. Respecto a la situación laboral cabe resaltar que se encuentran diferencias significativas a lo largo de los tres años, siendo inferior el número de bajas en el último año. Se encuentran diferencias significativas en los tratamientos previos recibidos, observándose que en los dos últimos años han aumentado los tratamientos por otros/as profesionales diferentes del/la MAP (centros privados y otras unidades asistenciales públicas y/o privadas).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas atendidas en el programa PSP por psicólogo/a en 2010, 2011 y 2012.

	2010		2011		2012		Chi ² pvalor	
	N	%	N	%	N	%		
Género	hombre	148	28,4%	175	31,9%	181	27,8%	0,246
	mujer	374	71,6%	373	68,1%	471	72,2%	
Baja Laboral	si	163	33,7%	114	22,6%	68	11,8%	<0,001
	no	320	66,3%	390	77,4%	510	88,2%	
Tratamientos previos	Tratado por MAP	132	25,2%	86	16,7%	159	24,4%	<0,001
	Tratado por otros	119	22,8%	177	34,4%	184	28,2%	
	Sin antecedentes	174	33,3%	178	34,6%	210	32,2%	
	Media		DE	Media	DE	Media	DE	
Edad		39,75	12,57	40,21	13,41	41,67	14,06	0,037

Chi² para comparar las características sociodemográficas en cada año. MAP: Médico/a de atención primaria
PSP: Programa de Soporte a la Primaria DE: Desviación estándar

La tabla 2 muestra los resultados encontrados en cuanto al programa a lo largo de los tres años. El motivo de consulta más prevalente fueron los problemas psicopatológicos, no encontrándose diferencias significativas a lo largo del tiempo. En cuanto al cierre de proceso se encuentran diferencias significativas, siendo mayor el número de “no presentados” y “altas” a lo largo de los años. El total de personas atendidas en una única visita y a las que se les da el alta es de: 23 (4,4%) en el 2010, 47 (8,6%) en el 2011 y 72 (11,1%) en

2012. Con la intención de valorar la media del número de visitas de aquellas personas que están en seguimiento en el programa (más de una visita) se selecciona esta muestra, mostrándose una media de visitas de 3,4 (DE=2,03) en el 2010; 4,06 (DE=2,43) en el 2011 y 3,51 (DE= 2,17) en el 2012. Del total de las altas realizadas a lo largo de estos años, sólo 38 pacientes (6,5%) vuelven a consultar en el Programa durante este período de estudio.

Tabla 2. Descripción de los procesos realizados durante los tres años.

	2010		2011		2012		Chi2 P valor	
	N	%	N	%	N	%		
Motivo de consulta	Psicopatológicos	365	70,6%	380	69,7%	459	70,8%	0,306
	Familiares	110	21,3%	114	20,9%	132	20,4%	
	Otros	42	8,1%	51	9,4%	57	8,8%	
Cierre de proceso	alta	146	30,7%	218	40,4%	212	36,4%	0,008
	No presentado	103	21,7%	109	20,2%	150	25,7%	
	abandono	114	24,0%	108	20,0%	116	19,9%	
Tipo de visita	derivación	112	23,6%	105	19,4%	105	18,0%	0,003
	Individual	387	93,3%	381	88,0%	466	92,8%	
	Familiar	25	6,0%	32	7,4%	19	3,8%	
Interconsultas	Grupal	0	,0%	11	2,5%	12	2,4%	0,616
	mixta	3	,7%	9	2,1%	5	1,0%	
	Si	244	46,7%	260	47,5%	291	44,8%	
	No	278	53,3%	287	52,5%	359	55,2%	
	Media		DE	Media	DE	Media	DE	
Número de visitas		2,55	1,99	2,94	2,43	2,44	2,05	<0,001
Tiempo de espera		34,39	22,349	33,99	20,55	43,06	24,22	<0,001

En total hay 5 missings en 2010; 3 en 2011 y 4 en 2012; en cierre de proceso se cuenta con 42 pacientes en activo en 2010, 5 en 2011 y 65 en 2012; los/as pacientes no presentados a la primera visita no se han incluido en tipo de visitas.

Los diagnósticos más frecuentes del/la MAP son “Ansiedad” y “Sin diagnóstico definitivo” (Figura 2), mientras que los más frecuentes por Psicólogo/a son “Depresión”, “Ansiedad” y “Trastorno adaptativo” (Figura 3). En relación a la concordancia entre los diagnósticos registrados por los/as MAP y los/las Psicólogos/as se observa mayor concordancia en el diagnóstico de “Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)”, “Depresión” y “Ansiedad” en los tres

años (Tabla 3). Se observa un aumento en el Kappa de Cohen en el acuerdo entre MAP y Psicólogo/a en los diagnósticos de “Ansiedad”, “Depresión”, “Problema laboral”, “Trastorno mixto”, “TCA” y “Trastorno de personalidad” a lo largo de los tres años. Se encuentran coeficientes de Kappa superiores a 0,40 en “TCA” en el año 2011 (0,456) y en el 2012 (0,662) y en “Problemas laborales” en 2012 (0,498).

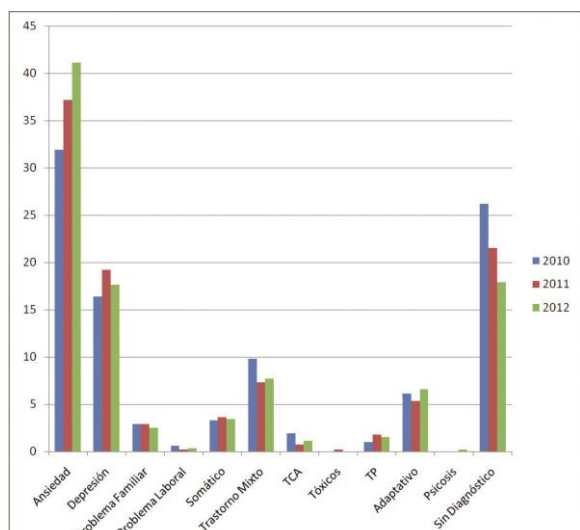


Figura 2. Descriptivo de los diagnósticos según MAP en los tres años. MAP: Médico/a de Atención Primaria TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria TP: Trastornos de Personalidad

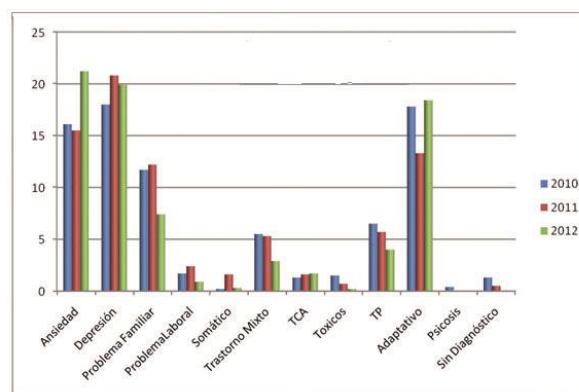


Figura 3. Descriptivo de los diagnósticos según psicólogo/a en los tres años TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria TP: Trastornos de Personalidad

Tabla 3. Número de pacientes detectados en cada diagnóstico según MAP y psicólogo/a y Kappa de acuerdo entre estos profesionales en 2010, 2011 y 2012.

Diagnósticos CIE 10	2010			2011			2012		
	N casos detectado MAP	N casos detectados psicologas	Acuerdo Kappa	N casos detectado MAP	N casos detectados psicologas	Acuerdo Kappa	N casos detectado MAP	N casos detectados psicologas	Acuerdo Kappa
Trastorno de Ansiedad (F40,F41,F42)	167	84	0,245	204	85	0,278	268	138	0,296
Depresión (F30-39)	86	94	0,302	105	114	0,367	115	130	0,362
Problema Familiar (Z63)	15	61	0,145	16	67	0,102	16	48	0,092
Problema Laboral (Z56)	3	9	0,159	1	13	0,01	2	6	0,498
Trastorno Somático (F45.0)	17	1	0,108	20	9	0,4	22	2	0,162
Trastorno Mixto (F41.2)	51	29	0,193	40	29	0,12	50	19	0,319
Trastorno Conducta Alimentaria (F50)	10	7	0,343	4	9	0,456	7	11	0,662
Tóxicos (F10-F19)	0	8	0,01	1	4	0,01	0	1	0,01
Trastorno Personalidad (F60)	5	34	0,087	10	31	0,222	10	26	0,375
Trastorno Adaptativo (F43.2)	32	93	0,129	29	73	0,257	43	120	0,205

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades -10

Discusión

Respecto al perfil de paciente atendido por el Psicólogo/a en el PSP, encontramos similitudes con respecto a la bibliografía publicada (Espinosa-Sabina y Castilla-Pérez, 2002; Miranda-Chueca et al, 2003; Martín-Jurado et al, 2012). Así, se observa una mayor prevalencia de mujeres que consultan en Atención Primaria a lo largo de los tres años (Haro et al, 2015; Pérez-Ibañez et al., 2015; Ventura et al., 2012; Robles et al, 2009), lo cual también se objetiva en las derivaciones realizadas al/la Psicólogo/a. La media de edad de atención está alrededor de los 40 años, yendo en aumento progresivo cada año (Haro et al, 2006; Miranda-Chueca et al, 2003). Se encuentra una disminución progresiva del número de bajas laborales a lo largo de los años, a pesar de que no existen diferencias en cuanto a la psicopatología consultada. Uno de los motivos para este descenso podría estar relacionado con el empeoramiento socio-económico vivido en estos años

(Barcons et al, 2014; Gili et al, 2012; Robles et al, 2009), influyendo éste en una mayor demora en solicitar la baja. Sin embargo, otros motivos pueden estar implicados en este descenso de bajas, como por ejemplo un mejor abordaje terapéutico de las personas que solicitan ayuda.

En relación a los antecedentes personales, nos parece interesante resaltar que el porcentaje de pacientes sin antecedentes previos que consultan se mantiene estable a lo largo de los tres años. Este dato es importante ya que indica que aproximadamente un tercio de la población que atendemos debuta por primera vez con dicha clínica, por lo que los tratamientos de los/a Psicólogos/as en este momento pueden ser decisivos para evitar la cronicidad (Aragón et al 2013; Barcons et al, 2014).

La media de visita para cada paciente, a pesar de ser estadísticamente diferente a lo largo de los años, clínicamente no es relevante ya que se mantiene estable entre 3 y 4 visitas. Se trata de una intervención en un momento agudo, reactiva

vo, y/o de patología leve, mediante un abordaje psicológico focalizado, breve y centrado en la demanda. El/a Psicólogo/a Clínico inmerso en la Atención Primaria se adapta a dicho contexto y trabaja con el “esquema y registro de atención primaria”; con más agilidad y atendiendo a la demanda puntual de los/as pacientes. Desde la primera visita el/la Psicólogo/a ya está realizando diagnóstico e intervención psicoterapéutica. Además destaca la función de filtro que el Psicólogo/a realiza para discriminar la patología leve/moderada de la grave. Esta última es atendida desde un Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). Este filtro, creemos que debe ser realizado por el/la Psicólogo/a especialista en Salud Mental como sugiere Moré Herrero (2013), para realizar un diagnóstico de la demanda más ajustado y/o para orientar hacia otros recursos de la comunidad. Todas estas funciones se realizan tanto en asistencia directa (presencial) como en interconsulta (no presencial) con especialistas de AP (Cuesta et al, 2000; Franquelo et al, 2008; Hornillos-Jerez et al, 2009; Landa et al, 2008; Ordoñez, y Gómez-Ullate, 2009).

Si analizamos el cierre del proceso psicoterapéutico, observamos que del total de pacientes dados de alta, sólo un 6,5% vuelven a solicitar atención especializada durante este período de estudio. Consideramos que este bajo porcentaje avala el beneficio de la intervención psicológica enmarcada en el PSP.

Asimismo, en el tercer año el porcentaje de absentismo (pacientes no presentados a primera visita) aumenta significativamente. Paralelamente observamos que también a lo largo de estos tres años va aumentando el tiempo de espera desde la derivación hasta la primera visita del Psicólogo/a, hecho también detectado por Ortiz-Lobo, 2006. Esto podría estar reflejando que durante el tiempo de espera el cuadro reactivo se resuelve, o bien que la derivación estuviese motivada por las expectativas del/a médico/a más que por el propio/a paciente. Sin embargo, el número de abandonos ha disminuido a lo largo de los tres años, lo que nos sugiere que las derivaciones por parte del/a MAP han sido cada vez más adecuadas. De hecho el porcentaje de abandonos es similar al de la atención especializada (Espinosa- Sabina y Castilla-Pérez, 2002; Ortiz-Lobo, 2006; Serrano et al, 2014).

El principal motivo de consulta son los problemas psicopatológicos, lo que sugiere que la derivación ha sido adecuada ya que el objetivo del programa es atender Trastorno Mental Leve/Moderado. La bibliografía revisada constata que los trastornos emocionales son el motivo de consulta más habitual en AP (Barcons et al, 2014; Calderón-Gómez et al, 2014; Goñi et al, 2008; Robles et al, 2009). Estos resultados concuerdan con los del presente estudio, donde los trastornos más prevalentes son, a criterio del Psicólogo/a, el de “Trastorno depresivo”, “Trastorno de ansiedad” y “Trastorno adaptativo”, a lo largo de los tres años.

El diagnóstico más frecuente en los/as Médicos/as ha sido el de “Trastorno de ansiedad” que ha ido aumentando a lo largo de los años. El segundo diagnóstico más prevalente es “Sin diagnóstico”, con un descenso progresivo de éste.

En casi el 50% de los casos se ha realizado interconsulta (espacio de formación y coordinación de casos). Es esperable que el hecho de consolidar el trabajo de interconsulta entre los/as profesionales favorezca la formulación del diagnóstico por parte del Médico (Hornillos-Jerez et al, 2009; Landa et al, 2008; Moré-Herrero, 2013; Ordoñez y Gómez-Ullate, 2009).

En cuanto a la concordancia diagnóstica, encontramos una baja concordancia global entre los diagnósticos del/a MAP y del/a Psicólogo/a en el programa, únicamente los “TCA” presentan valores de acuerdos aceptables y buenos. Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que se trata de dos equipamientos profesionales distintos, con formación, procedimientos, funciones y fines de valoración diferenciados. Sin embargo, se observa un ligero aumento del acuerdo a lo largo de los tres años en los diagnósticos de “Ansiedad”, “Depresión”, “Problema laboral”, “Trastorno mixto”, “TCA” y “Trastorno de personalidad”. Esto nos señalaría la mayor facilidad de detección de síntomas ansioso-depresivos, y conductuales/alimentarios desde la AP, de entre toda la amalgama de psicopatología existente. El/a Psicólogo/a, en visita especializada, puede afinar el diagnóstico, muchas veces orientando lo ansioso-depresivo detectado por el Médico/a hacia el Trastorno Adaptativo, como también se ha visto en otros estudios (Landa et al, 2008).

Conclusiones

Las intervenciones típicas realizadas por el Psicólogo/a Clínico/a en AP son intervenciones breves, focales y centradas en la demanda, atendiendo a un perfil de paciente habitualmente mujer, de 40 años, sin antecedentes previos, activo laboralmente, y con sintomatología ansiosa (según MAP) y adaptativa (según psicólogo).

La baja concordancia encontrada entre profesionales sugiere la importancia de aumentar la formación e interconsulta con los MAPs.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se debería considerar que el marco de esta investigación se basa en el modelo del PSP que se realiza en los distintos dispositivos de nuestra institución, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Por otro lado, en las categorías diagnósticas registradas, el hecho de sólo considerar el primer diagnóstico en los casos de comorbilidad puede obviar datos clínicos relevantes. Además, las categorías amplias de trastorno (por ejemplo “Trastorno de ansiedad”) en lugar de categorías específicas, puede limitar la interpretación de los resultados. Sin embargo, hemos necesitado agruparlas para poder trabajar con estos datos de manera más comprensible. Por otro lado, los datos de reconsulta de los pacientes atendidos y dados de alta durante estos tres años, se registraron únicamente durante el período de tiempo del estudio, por lo que los/as pacientes que reconsultaron con posterioridad a este período, no quedaron reflejados.

Por último, algunas variables que podrían ser importantes no se han recogido en el estudio, como por ejemplo la medicación o la derivación a otros profesionales. Por dicho motivo, no hemos podido evaluar cómo han evolucionado éstas a lo largo de estos tres años.

Finalmente, nuestra pretensión con este trabajo ha sido reflejar la realidad de la labor del Psicólogo/a en Atención Primaria, donde la intervención temprana favorece la prevención, la detección de trastorno, el tratamiento, así como la no cronificación sintomatológica de la población atendida. Este tipo de abordaje repercute en la disminución de los costes económicos y sociales que habitualmente comportan este tipo de pacientes (Barcons et al, 2014; Gili et al, 2012;

Robles et al, 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011).

Destacaríamos los escasos marcos de referencia que hemos encontrado en este campo. Sin embargo pensamos que también representa un incentivo para la investigación presente y futura, en cuanto a optimizar los recursos existentes y este modelo de trabajo colaborativo. Es necesario mejorar la comunicación y coordinación entre profesionales para optimizar el diagnóstico y los tratamientos.

Agradecimientos.- Sonia Aparicio, Inés Cots y al Grupo de Investigación AP-PSI Barcelona.

Referencias

- Aragónés, E., Caballero, A., Piñol, J.L. (2013). El modelo INDI (Interventions for Depression Improvement). Una propuesta eficaz para mejorar los resultados clínicos de la depresión en Atención Primaria. *SemFYC*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/doi/10.1016/j.aprim.2013.01.008>.
- Barcons, C., Miquel, V., Aldèvol, I., Sarri, C., Salvador, R. y Fernández, B. (2014). Estudio epidemiológico: Pacientes atendidos por psicología clínica en el marco de aplicación del "Programa de Soporte de Salud Mental en Atención Primaria" (PSP). *Informaciones Psiquiátricas*, 218, 39-52.
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-33.
- Calderón-Gómez, C., Mosquera-Metcalfe, I., Balagué-Gea, L., Retolaza-Balsategui, A., Baci-gualpe de la Hera, A., Belauzaran-Mendizabal, J., ... García-Moratalla, B. (2014). Modelos de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la Asistencia Sanitaria a las personas con depresión: Resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 88, 113-33.
- Cano-Vindel. (2013). Intervención psicológica en atención primaria: una experiencia piloto. *Infocop*, 60, 7-9.
- Cuesta, L., Alberto, M., Prat, J., Simón, O., y Marcos, R. (2000, Octubre). *Adecuación del diagnóstico, tratamiento y derivación de la patología psiquiátrica en asistencia primaria. Utilidad y/o necesidad de coordinación*. Comunicación presentada en V Congreso Nacional de Psiquiatría.
- Espinosa-Sabina, L., y Castilla-Pérez, M.P. (2002). Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 22 (83), 111-23.
- Ezquiaga-Terrazas, E., García-López, A., Huerta-Ramírez, R., y Pico-Rada, A. (2011). Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*, 137 (13), 612-15.
- Franquelo, P., García, D., Moya, P., y Lema, J. (2008). Tasa de derivación y factores asociados a la calidad de la hoja de derivación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*, 2 (5), 199-205.
- de Salut, D. (2006). Pla director de salut mental i addicions. *Mental health and addictionsmasterplan* [http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rispain_en.pdf]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23 (1), 103-108.
- Goñi, A., García, E., Landa, N., y Lizasoain, E. (2008). Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24(2), 83-88.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 126 (12), 445-51.
- Hornillos-Jerez, C., Rodríguez-Pedraza, E., González-Aguado, F. y Fernández-Liria, A. (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 104 (29), 355-370.
- Kelly, B.J., Perkins, D.A., Fuller, J.D., & Parker, S.M. (2011). Shared care in mental illness. A rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 31-43.
- Landa, N., Goñi, A., García de Jalón, E., y Lizasoain, E. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*, 40 (6), 285-289.
- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Martín-Jurado, A., de la Gándara Martín, J.J., Castro-Carbajo, S., Moreira-Hernández, A., y Sánchez-Hernández, J. (2012). Análisis de concordancia de las derivaciones de Atención Primaria a Salud Mental. *Semergen*, 38(6), 354-9.
- Miranda-Chueca, I., Peñarrubia-María, M.T., García-Bayo, I., Caramés-Durán, E., Soler- Vila, M., y Serrano-Blanco, A. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde AP?. *Aten Primaria*, 32 (9), 524-30.
- Moré-Herrero, M.A. (2013). Medicalización de la vida. Abordaje de la demanda en salud mental. *Clinica Contemporánea*, 4(1), 45-54.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). (2011). Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. *NICE clinical guideline 123*. London.
- Ordoñez, M.P., y Gómez-Ullate, C. (2009). Estudio de la demanda a nuestra Unidad de salud Mental: la calidad de las partes de interconsulta y la concordancia. *Anales de psiquiatría*, 25(2), 70-78.
- Ortiz-Lobo, A., González-González, R., y Rodríguez-Salvanés, F. (2006). La derivación a Salud Mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*, 38 (10), 563-69.
- Pastor, J. (2008). El psicólogo en AP: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo*, 29 (3), 271-290.
- Patel, V., & Saxena, S. (2014). Transforming Lives, Enhancing Communities-Innovations in Global Mental Health. *N Engl J Med*, 370, 498-501.
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., ... Ventura, C. (2015). 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*, 35 (126), 257-266.
- Robles, R., Gili, M., Gelabert J., Lluill, M., Bertard, F., Vicens, C., ... Roca, M. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 320-325.
- Sánchez-González, D., Vega-Moreno, D., Soto-Lumbreras, A., Andreu i Gràcia, A., Castells-Rovira, M., Navarro-Martin, D., ... Ribas i Sabatè, J. (2011). ¿En qué ocasiones el médico de familia solicita un tratamiento psicológico para sus pacientes?: análisis descriptivo y de concordancia entre diagnósticos. *C. Med. Psicosom*, 97, 31-7.
- Serrano, M.J., Vives, M., Mateu, C., Vicens, C., Molina, A., Puebla-Gueda, M., y Gili, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Esp Psiquiatr*, 42 (3), 91-8.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., ... Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 201-10.
- Tanielian, T.L., Pincus, H.A., Dietrich, A.J., Williams, J.W., Oxman, T.E., Nutting, P., & Marcus, S.C. (2000). Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics*, 41, 245-52.
- Téllez-Lapeira, J.M., Cerecedo-Pérez, M.J., Pascual-Pascual, P., y Buitrago-Ramírez, F. (2005). La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance?. *Aten Primaria*, 35(2), 61-63.
- Thielke, S. (2011). Health psychology in primary care: recent research and future directions. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 59-68.
- Ventura, C., Pérez, O., Marso, E., Grases, N., Cots, I., Ochoa, S. y García-Pedrajas C. (2012, Octubre). *Diferencias de género entre las personas atendidas en el PSP en el año 2010*. Póster presentado en III Congreso Català de la Dona i Salut Mental.
- World Health Organization (WHO), & World Family Doctors (WONCA). (2008). Primary care in mental health in practice. (2008). En: World Health Organization (WHO), World Family Doctors (WONCA) (Eds), *Integrating mental health into primary care: a global perspective* (pp. 47-185). Singapore.

(Artículo recibido: 17-02-2017; revisado: 04-05-2017; aceptado: 16-05-2017)