



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social
FUNLAM

LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Jennifer Cohen Arango

Estudiante del Programa de Psicología
FUNLAM

En el modelo tradicional de prestación de servicios de salud, el equipo básico y en especial el médico, eran considerados como el filtro de los pacientes con trastornos mentales hacia los servicios especializados de psiquiatría, y hoy este personal del primer nivel de atención se considera como el componente clave para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, pues como lo plantea Goldberg y Huxley (1992), en la comunidad permanecen entre el 25% y 35% de las personas con enfermedad mental y el primer filtro lo constituye la capacidad del paciente de identificar los síntomas y por lo tanto de así buscar ayuda en el sistema de salud, un segundo nivel está compuesto por los pacientes con enfermedad mental que asisten a los servicios de atención primaria en salud, que representan entre los detectados y no detectados aproximadamente el 22% y el filtro en este nivel lo constituye la capacidad del personal de la salud de detectar la patología mental entre sus usuarios; el nivel tercero lo constituyen los pacientes psiquiátricos detectados por los servicios de atención primaria (10%) y el filtro es la posibilidad de derivación a los servicios especializados de salud mental; El cuarto nivel abarca la cantidad de pacientes atendidos en dichos centros alternativos de atención (4%) y el filtro está referido a la decisión de ingresar al paciente al centro de atención y el último nivel (1% de los pacientes) estarían aquellos que efectivamente presentan un ingreso psiquiátrico. Suarez & cols plantean la

posibilidad de un quinto filtro en el cual, luego de la crisis el enfermo es devuelto a los servicios de atención primaria

Este sistema de atención en salud dada por niveles de atención, en donde la posibilidad de ingreso a ellos, y en este caso, del acceso a servicios especializados en salud mental, dan origen a diferentes puntos de vista, entre ellos estará la perspectiva de el usuario que deseara la intervención de un solo profesional durante el transcurso de su tratamiento. Aquí es importante tener en consideración que esta perspectiva obedece a la tradición de médicos generales de familia, el cual atendía todo el núcleo familiar durante larga data atendiendo por igual las diferentes patologías que se pudieran presentar. Modelo ya renovado, pues hoy se cuenta con áreas especializadas de la medicina, encargada cada una de hacer frente a las diferentes patologías. Siendo en este caso la psiquiatría y la psicología las áreas especializadas en las enfermedades mentales.

Una de las razones por la cual la mayoría de los trastornos mentales son atendidos por un médico general en atención primaria, y no logran ser promovidos de nivel para un tratamiento eficaz de su trastorno mental; evitando el alto porcentaje de recaídas y nuevas consultas a su médico u otros, radica en la cormorbilidad de estos con las enfermedades físicas o bien de su somatización.

Por ejemplo. El estrés o los trastornos de ansiedad, de pánico o los trastornos del estado de ánimo en especial la depresión tienen una alta cormorbilidad, lo que entenderemos como mayores probabilidades de desarrollar una patología mental, si de manera inicial o como etiología de determinado trastorno lo antecedió uno que beneficio su desarrollo o aparición. Estos trastornos mentales tienen entonces una alta cormorbilidad médica con enfermedades físicas como ataques cardíaco, hipertensión, diabetes, entre otras.

Lo anterior tiene en promedio, según Dwight (2007), una prevalencia del 40%-50% citando también como posible causa de la alta frecuencia con la que el usuario de atención primaria utiliza los servicios médicos, la somatización del malestar mental, es importante recordar que es el usuario el primer filtro para lograr una adecuada remisión y lo que nos encontramos es

una población sin conocimiento de las patologías mentales y por ende, una no información adecuada de su problemática lo que dificulta aún más la atención eficiente.

En la atención habitual diaria de los pacientes deprimidos, es infrecuente que los médicos de atención primaria sigan las guías de práctica clínica. Por ejemplo, los pacientes con un primer episodio de depresión tienden a recibir un primer tratamiento de duración inadecuada y a menudo los pacientes que cumplen criterios para tratamiento de mantenimiento no reciben el tratamiento correcto. (Dwight L. Evans y otros pág. 14 - 2007).

El entorno socioeconómico es el principal factor que podrá evidenciar el impacto negativo de esta problemática ya que la mayoría de los pacientes diagnosticados con trastornos bipolares y de depresión por ejemplo se ven afectados ampliamente por ámbito social evidenciándose en: el desempleo, bajo estrato social, poca educación, personas con problemas legales o en su relación de pareja. A saber, la epidemiología de la depresión unipolar y bipolar en atención primaria es del 10%-40%. En su mayoría los pacientes que consultan a un médico general o el primer nivel de atención cumplen todas las características para un trastorno psiquiátrico donde priman los trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias (Dwight L. Evans y otros pág. 4 - 2007).

Estudios realizados con la población norteamericana dicen que los trastornos bipolares se encuentran de un 3% a 4% en la comunidad en general, y en un porcentaje mayor si se considera que estos se presentan de manera paralela con otros trastornos mentales. Por ejemplo, un paciente asiste a una consulta externa (ambulatoria) con su médico general con aparentes síntomas de depresión, esta, no puede ser diagnosticada ni tratada por la falta de competencia del médico general y la falta de conocimiento del paciente; lo único que podría ser tratado sería los síntomas físicos asociados con la depresión como: Cefalea o dolor de cabeza, constante cansancio físico e incluso dolor constante no identificable: entrando así el paciente en un trastorno depresivo recurrente que puede desencadenar en el caso extremo a un suicidio; o en situaciones de menor impacto en la disfuncionalidad de sus

actividades laborales, familiares y sociales. Si son diagnosticados los son de manera tardía, en consecuencia, se reduce la efectividad del tratamiento.

En su camino por lograr un diagnóstico correcto de su enfermedad mental, se cree que los pacientes deben de pasar por cuatro médicos generales, antes de obtener la atención de un especialista que les otorgue el tratamiento adecuado. En términos económicos, realizando una evaluación del costo de oportunidad, entendiéndose como el costo en el que se incurre al tomar una decisión y no otra, o el sacrificio por elegir una alternativa A y desprestigiar una alternativa B, se renuncia al beneficio que ofrece el camino descartado. Renunciándose a asumir un posible menor costo por una atención inmediata por parte de un especialista. Y asumiéndose entonces así un mayor costo real al captar a un paciente atendido, diagnosticado y tratado de manera errónea por uno o varios médicos generales.

Lo anterior no solo incurre en mayores costos para el paciente, sino también para las EPS o IPS; también lo es para las entidades públicas, pues se generan costos extras no considerados de manera inicial cuando la enfermedad carecía un carácter crónico y disfuncional.

Proponer, entonces, una reforma al sistema de salud que involucre a los profesionales del área de salud mental en los servicios médicos de atención primaria, es una propuesta que debe empezar a hacerse al sistema de salud pública. Y esta debe hacerse basándose en la definición de salud propuesta por la OMS y la cual considera tanto los factores mentales como físicos influyentes en la salud de las personas, la cual es un equilibrio en todas las áreas de influencia de las personas y no solo la ausencia de enfermedad.

Pero no solo será importante la presencia de profesionales de la salud mental en los servicios primarios de atención; el médico general debe también darse a la tarea de capacitarse y tomar conciencia de la importancia de identificar posibles patologías mentales que seguirán acudiendo a la consulta médica por el carácter somatizador o los signos físicos que algunos de los trastornos pudieran presentar. Pero en esta tarea no solo el médico tiene una responsabilidad la comunidad en general y los usuarios de los servicios deben

de tener acceso a información que les pudieran dar indicios de que su enfermedad no se constituye en una patología de atención médica.

Lo que tendría que generar entonces un compromiso de toda una comunidad tanto de entidades públicas encargadas de la salud, como el personal médico y los usuarios del sistema. Lo que tendría un mayor éxito si esto se hiciera extensivo a la comunidad en general.

Bibliografía

Dwight L. Evans, Dennis S. Charney, Lydia Lewis. Depresión y trastornos bipolares. Guía para el médico. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA 2007

Suárez, M, Pujol, S. &, Goñi, M. Cátedra de Psiquiatría, Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognitivos (PEPyC), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata. Disponible en: <http://pepyc.com/?cont=inform>