



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Nº. **233**

3.^{er} Trimestre

2018

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

DIRECTOR

Dr. Josep Treserra Torres

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Sor Elisa Sánchez Santamaria

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sr. J. L. Arroyo Cifuentes
Dr. J. A. Larraz Romeo
Dr. M. Martín Carrasco
Dr. J. I. Quemada Ubis
Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. Cebamanos Martín

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. García Fernández
Prof. C. Gómez-Restrepo
Dr. J. Orrit Clotet
Dr. P. Padilla Mendivil
Dr. P. Roy Millán

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez
Prof. Dr. C. Arango López
Prof. Dr. J. L. Ayuso Mateo
Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa
Prof. Dr. J. L. Carrasco Parera
Prof. Dr. M. Casas Brugue
Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla
Prof. Dr. J. L. González Rivera
Dr. M. Gutiérrez Fraile
Dr. C. Linares del Río
Prof. Dr. P. McKenna
Dr. I. Madariaga Zamalloa
Dr. M. Martínez Rodríguez
Prof. Dr. L. Ortega Monasterio
Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz
Prof. Dr. L. Salvador Carulla
Dr. J. Tizón García
Prof. Dr. M. Valdés Miyar
Dr. E. Vieta Pascual

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38
08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68
e-mail: inf-psiQuiatrics.hbmenni@hospitalarias.es
www.informacionespsiQuiatrics.org
www.hospitalarias.org

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-58 / ISSN 2385-7463

Normas para la presentación y publicación de trabajos

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>

Informaciones Psiquiátricas aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico inf-psiquiaticas@hospitalbenitomenni.org o mediante acceso directo en www.informacionespsiquiaticas.com
4. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
5. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del artículo.
 - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
 - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 - Descargos de responsabilidad, si los hay.
 - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final. Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 - d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Tipo de soporte entre claudatos.
 - Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
 - URL
 Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>
9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación. El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.

- 9 **ASERTIVIDAD EN PERSONAS DEPENDIENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL**
Mar Montagud Pla / Raquel Allepús Encinas
- 23 **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A SALUD MENTAL: ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**
Alfred Tejedo García
- 51 **CARGA ACTUAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA; ¿UNA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?**
Carles Barcons Comellas / Belén García Alarcón / Carme Sarri Closa / Elena Rodríguez Cano / Oriol Cunillera Puertolas / Neus Parellada Esquiús / Bárbara Fernández Fernández / Carlos Enrique Alvarado Montesdeoca / Carmen Barrio Ruiz / Juan Carlos Fleta Portero / Dulze Ruiz Jimenez / Rafael Torrubia Beltri
- 69 **FUNDAMENTOS TEÓRICOS SUBYACENTES EN EL DISEÑO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL DE AYUDA A PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA ASIOSO/DEPRESIVA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
Claudia Alejandra Cos
- 94 **FIDMAG informa**

ASERTIVIDAD EN PERSONAS DEPENDIENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL

Mar Montagud Pla

Psicóloga General Sanitaria.

Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

mar.montagud@gmail.com

Raquel Allepús Encinas

Psicóloga Clínica.

Centro de Atención a las Drogodependencias. Servicios de Salud Mental y Adicciones de Granollers. Benito Menni CASM, Hermanas Hospitalarias.

rallepus.hbmenni@hospitalarias.es

Resumen

La asertividad es un estilo de comunicación relacionado con las drogodependencias y presente en los planes de prevención y tratamiento porque, según el nivel de asertividad, puede ser un factor de protección o de riesgo. El siguiente estudio tenía como objetivo identificar si había una diferencia significativa en el nivel de asertividad entre población no alcohólica ($n = 20$) y dos grupos en diferentes fases del tratamiento grupal para dependencia al alcohol en el CAS de Granollers ($n = 32$; $n = 21$). Se ha administrado un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Asertividad de Rathus para obtener datos sociodemográficos y el nivel de asertividad. Los resultados muestran que, aunque

la media de asertividad de la población no alcohólica es la más elevada, no hay diferencias significativas entre el nivel de asertividad de los 3 grupos. Esto puede ser debido a que a los sujetos ya no se encuentran en un consumo activo y, por lo tanto, la diferencia no es tan evidente. En cambio, sí que hay diferencias significativas en las respuestas ante ciertos ítems de la escala de Rathus, aunque no se identifiquen en la puntuación general. El presente estudio abre la puerta a futuras investigaciones sobre asertividad, adicciones y terapia de grupo y remarca la importancia de continuar investigando sobre la asertividad y los drogodependencias.

Palabras clave: asertividad, alcoholismo, terapia grupal, alcohol, drogas.

Abstract

Assertiveness is a type of communication related to drug addiction and it is presented on projects of prevention and drug treatments as some studies affirm that assertiveness is a protection or a risk factor. The objective of this investigation has been to identify if there were differences on the level of assertiveness between non-alcoholic population (n=20) and two groups at different stages of drug's group treatment on CAS of Granollers (n=32; n=21). The subjects answered a test of personal aspects and the Rathus Assertiveness Behavior Scale to get some of their personal aspects and their level of assertiveness. The results show that, although the non- alcoholic group has the highest average of assertiveness, there are not significant differences on level of assertiveness between the three groups. These results might have been caused due to the difference is not obvious when we talk about people on treatment and on abstinence. However, as it is not identified on the general punctuation of assertiveness, there are significant differences in some answers of the Rathus Assertiveness Behavior Scale. This study may create an opening for others studies related to assertiveness, addiction and group therapy and has given rise to the importance in keeping up the research on assertiveness and drug addiction.

Key Words: assertiveness, alcoholism, group therapy, alcohol, drugs.

Introducción

La persona asertiva es la que conoce sus derechos, los defiende y respeta las ideas y opiniones de los otros intentando llegar a un acuerdo ante los conflictos, tal y cómo define Olga Castanyer¹. Ser asertivo implica hablar con seguridad y fluidez, saber expresar las propias emociones, tanto positivas como negativas, conocer y creer en los propios derechos y en los de los otros, tener creencias racionales, buena autoestima y control emocional. La asertividad es el estilo de comunicación que permite evitar más conflictos y rebajar la frustración, el dolor o la ansiedad en las relaciones sociales². Los beneficios que comporta tener una comunicación asertiva han generado interés hacia este estilo de comunicación y, debido a esto, se han creado instrumentos de medida para identificar el grado de asertividad de un sujeto o de un grupo determinado. Las principales escalas para medir el grado de asertividad, validados a lengua castellana, son el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)³ y la Escala de Asertividad de Rathus (1973)⁴. De estos dos instrumentos, la Escala de Asertividad de Rathus es la que presenta mejores evidencias de validez y fiabilidad^{3,4,5}. Cómo indica Madrigal⁴, la Escala de Asertividad de Rathus se divide en 6 subescalas relacionadas con la asertividad: demostrar disconformidad, manifestación de sentimientos y creencias, eficacia, interacción con organizaciones, expresión de opiniones y capacidad a negarse ante solicitudes de los otros.

La asertividad se empezó a relacionar con las drogodependencias a partir de 1970. Diferentes estudios han mostrado que hay una relación directa entre el consumo de drogas y la asertividad. Tal y cómo coinciden diferentes autores, la baja comunicación aserti-

va puede ser un predictor de la severidad del consumo en drogodependencias^{6,7,8,9}. Torrecillas^{6,7} explicita que diferentes estudios han identificado que una baja asertividad entre consumidores de cocaína y heroína predice tanto la cronicidad del consumo como la cantidad de heroína consumida. Finalmente, también se ha reportado que los consumidores de pasta base de cocaína tienen una carencia significativa de asertividad, comparado con una muestra de no consumidores¹⁰.

Varios autores han concluido que el entrenamiento en asertividad es fundamental en los planes de prevención de drogas, puesto que ser asertivo es un factor protector que evita el consumo^{2,11,12,13}. Esta relación entre asertividad y drogodependencias, también se ha demostrado con respecto al alcohol. En este sentido, Wills y cols.⁹, identifican que hay una relación inversa entre el consumo de alcohol y la asertividad en adolescentes, puesto que tener habilidad social, facilidad para poder negarse a consumir alcohol y no ceder a la presión grupal, puede prevenir el consumo¹⁴.

Como describe la American Psychiatric Association¹⁵, la terapia de grupo es clínicamente eficaz y rentable para la prevención y el tratamiento del trastorno por uso de sustancias¹⁶. Guardia y cols.¹⁷, contribuyen a constatar que en el trastorno por uso de alcohol, la terapia grupal se ha demostrado efectiva para facilitar la adherencia al tratamiento, la abstinencia a las sustancias y la reducción de costes sanitarios. El entrenamiento en asertividad es un punto a destacar dentro de la terapia grupal. Diferentes estudios han mostrado resultados significativamente positivos al identificar una mejora en habilidades comunicativas y síntomas después de haber realizado un entrenamiento en asertividad dentro de la terapia grupal enfocada a varios trastornos y enfermeda-

des^{18,19}. De este modo, existe un consenso entre los profesionales para introducir el entrenamiento en asertividad dentro de los tratamientos de drogas y, en concreto, de alcohol^{2,7,11,12,13}. Aún así, no hay evidencias de que, durante el tratamiento y, en concreto, en la terapia grupal del trastorno por uso de alcohol, se produzca un aumento significativo de la asertividad que proteja ante recaídas y facilite la abstinencia.

El presente estudio tenía como objetivo analizar si la terapia grupal era un entrenamiento efectivo para mejorar la asertividad de personas con un diagnóstico de dependencia al alcohol y valorar si había diferencias en el nivel de asertividad entre la población con dependencia al alcohol y población sin adicción al alcohol.

Para ello, se ha aplicado este estudio en población con adicción al alcohol del CAS de Granollers, población en el momento del estudio en el programa de alto nivel de exigencia, que se caracteriza por la abstinencia absoluta a todos los tóxicos. Son pacientes TUS (trastorno por uso de sustancias y PD (con patología dual asociada)). Son grupos de insight, con formato semiabierto, de apertura lenta y de proceso continuado, donde se trabaja la dependencia *versus* la autonomía. Se trabaja desde el modelo biopsicosocial y el Modelo Integrado de Intervenciones en adicciones.

Los miembros elegidos son pacientes de los 5 grupos de terapia en activo, (3 grupos de alcoholismo de primer nivel y 2 grupos de alcoholismo de segundo nivel). El grupo de alcoholismo de primer nivel es un grupo multifamiliar (de pacientes y familiares de éstos), es el primer contacto con la terapia grupal justo después de la abstinencia, donde se trabajan los siguientes aspectos clave: deshabituación, adquirir consciencia de adicción, estabilización y consolidación de

la abstinencia. Los grupos de alcoholismo de segundo nivel van dirigidos a las personas que han realizado con éxito el tratamiento grupal de primer nivel y el tema a tratar a las sesiones ya no es el alcohol en sí, sino realizar un trabajo introspectivo (es un grupo de pacientes solamente, sin familiares) y los aspectos clave son mejorar la calidad de vida en los aspectos personal social y laboral, así como reconstruir las relaciones familiares que fueron deterioradas por el consumo, y aprender a gestionar conflictos de la vida diaria sin el alcohol, así como prevenir recaídas y analizar la función que cumple el consumo en uno mismo.

Método

Nos encontramos ante un estudio casi-experimental transversal con un diseño factorial entre sujetos realizado durante marzo del 2015. En el estudio se evalúa una muestra no probabilística intencional de pacientes con criterios de dependencia al consumo de alcohol, usuarios del Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) de Granollers, y de una muestra no probabilística intencional de población no dependiente al consumo de alcohol (N=73). El proyecto fue aprobado el 20 de mayo de 2015 por el Comité Ético de Investigación Clínica de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

El primer grupo estaba formado por 32 sujetos (23 hombres y 9 mujeres) que realizaban el primer nivel de la terapia grupal de alcoholismo. El periodo de abstinencia de los sujetos se encontraba entre 1 y 26 meses y el periodo de vinculación al tratamiento grupal estaba entre 1 mes y 36 meses. El segundo grupo (n=21), tenía un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol y seguían

el tratamiento psicoterapéutico grupal de segundo nivel. El grupo estaba compuesto por 16 hombres y 5 mujeres, el tiempo de abstinencia oscilaba entre los 22 y los 52 meses y el tiempo de tratamiento estaba entre 18 y 72 meses. El tercer grupo (n=20) era población sin adicción al alcohol, estaba compuesto por 10 hombres y 10 mujeres.

Los criterios de inclusión por los tres grupos era haber firmado el consentimiento informado sobre el uso de los datos para este estudio y tener entre 35 y 70 años. Los criterios específicos por los grupos que realizaban terapia grupal eran: Tener un diagnóstico de dependencia al alcohol, estar en abstinencia, realizar el tratamiento grupal en el CAS de Granollers y haber respondido el cuestionario sociodemográfico y la Escala autoaplicada de Asertividad de Rathus (1973)⁴. Los criterios de inclusión específicos por el grupo de población no alcohólica era no tener un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol ni indicios de adicción al alcohol.

Variables

La variable dependiente fue el grado de asertividad que se obtuvo de cada sujeto a través de la Escala de Asertividad de Rathus⁵. Este instrumento está compuesto por 30 ítems que se valoran con una escalera tipo Likert de 6 puntos, según si la persona está de acuerdo o no con el enunciado. Las opciones de respuesta son las siguientes: muy en contra (-3 puntos), bastante en contra (-2), un poco en contra (-1), un poco de acuerdo (+1), bastante de acuerdo (+2) y muy de acuerdo (+3). Para obtener la puntuación final se invierten los signos de distintos ítems y se hace un sumatorio general que nos da el nivel de asertividad. Esta puntuación final oscila entre el -90 y el +90, cuanto más elevado sea este número (y, por tanto, más cerca del

+90 se encuentre), mayor es la comunicación asertiva de este sujeto o del grupo. El tiempo de administración es de 10 minutos y es específico para valorar si un individuo, o un grupo, ha cambiado su nivel de asertividad al realizar un entrenamiento en asertividad. La fiabilidad de la escala está en 0,78, la consistencia interna del instrumento valorando las puntuaciones pares e impares es de 0,77, siendo $p \leq 0,01$ e indicando una homogeneidad moderada-alta. La correlación entre las puntuaciones de 47 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban dos evaluadores independientes tenía una correlación de 0,70, mostrando una validez alta^{3,4,5}. La principal variable independiente era tener o no un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y, en el caso de tenerlo, asistir a tratamiento grupal de primer nivel o de segundo nivel. Otras variables que se controlaron fueron el sexo, la edad, el tiempo de abstinencia y de tratamiento, haber realizado o no un tratamiento paralelo o un entrenamiento en asertividad. Estas variables se obtuvieron a partir del cuestionario sociodemográfico.

Análisis de datos

Primero se describió la muestra en función de las características de los tres grupos: sexo, edad, media de tiempo de tratamiento y media de tiempo de abstinencia. A continuación, se compararon las medias de las respuestas a las diferentes preguntas del cuestionario de asertividad en función del grupo al que pertenecían los sujetos y se analizó si había diferencias significativas. Después, con la prueba t-student, se valoró si había diferencias en el nivel de asertividad según diferentes variables independientes: el sexo, haber realizado o no un tratamiento paralelo o haber hecho, o no, un entrenamiento en asertividad externo en el centro. Finalmente, se analizó si había diferencias entre las medias del nivel de asertividad general de los tres grupos a partir de la prueba por el análisis de la varianza (ANOVA) para identificar si las personas con adicción al alcohol en tratamiento tenían una media general diferente a la de la población sin adicción.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

		Primer nivel				Segundo nivel				Población No alcohólica			
		n	%	\bar{x}	S_x	n	%	\bar{x}	S_x	n	%	\bar{x}	S_x
Sexo	Hombre	23	,72			16	,76			10	,50		
	Mujer	9	,28			5	,24			10	,50		
Sexo				48	8			54	7			50	7
Sexo				13	9			34	12				
Sexo				11	8			34	8				

Tabla 2. Ítems del test de Rathus que han mostrado diferencias significativas entre los grupos.

	Primer nivel		Segundo nivel		Población No alcohólica		p-valor
	x	S _x	x	S _x	x	S _x	
1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo	2,5	1,6	4,1	1,9	3,0	1,4	,003*
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	3,7	1,8	4,6	1,6	4,0	1,4	,213
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo con el camarero/a.	3,4	1,7	4,0	1,7	2,7	1,5	,039*
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	2,4	1,4	4,0	2,0	3,3	1,2	,001*
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	3,2	1,8	3,4	1,9	3,4	1,5	,828
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	2,3	1,4	3,6	2,1	1,9	1,3	,001*
7. Hay veces en que provocho abiertamente una discusión.	4,1	1,7	4,0	2,1	3,4	1,5	,320
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	2,4	1,2	3,5	2,1	3,0	1,5	,058
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	3,7	1,7	3,3	1,8	4,1	1,4	,359
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	2,5	1,4	3,2	1,8	2,8	1,3	,310
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	3,8	1,9	3,1	1,9	4,1	1,4	,193
12. Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	4,3	1,8	3,1	2,0	4,5	1,2	,025*
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	5,0	1,5	3,5	2,2	4,2	1,5	,019*
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	4,0	1,7	3,4	2,0	4,5	1,1	,178
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	3,3	1,6	4,0	1,9	3,9	1,3	,196

	Primer nivel		Segundo nivel		Población No alcohólica		p-valor
	x	S _x	x	S _x	x	S _x	
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	4,2	1,8	4,3	1,5	4,1	1,2	,920
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	4,5	1,9	4,1	1,7	4,0	1,5	,554
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	2,7	1,5	3,0	2,0	3,5	1,6	,297
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	2,5	1,7	3,9	2,0	2,6	0,9	,010*
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	3,4	1,6	3,3	1,7	3,4	1,2	,989
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	2,2	1,6	3,4	2,2	2,1	1,0	,017*
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	2,5	1,6	3,6	2,1	2,2	1,2	,011*
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	3,2	1,6	3,8	1,7	3,4	1,3	,307
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	2,3	1,2	4,0	1,9	3,2	1,1	,001*
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	4,0	1,8	3,7	1,8	4,2	1,2	,594
26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	2,9	1,7	3,6	1,7	3,4	1,5	,291
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	3,0	1,6	3,6	2,2	2,9	1,5	,352
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	2,4	1,3	3,2	2,0	2,6	1,5	,247
29. Expreso mis opiniones con facilidad.	2,0	1,1	3,4	2,1	2,3	0,9	,001*
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	3,8	1,9	4,0	1,7	3,9	1,1	,916

*p<0,05

Tabla 3. Comparación entre el nivel de asertividad y las variables sexo, tratamientos paralelos y entrenamientos en asertividad.

	N	\bar{x}	S _x	Z	p-valor
Tratamientos paralelos	10	-1,30	-1,30	6,653	,682
Solo el tratamiento del CAS	43	10,60	10,60	2,869	
Entrenamiento en asertividad	9	5,00	24,744	8,248	,654
Solo el tratamiento del CAS	44	9,05	18,666	2,814	
Hombres	49	9,02	20,416	2,917	,842
Mujeres	24	12,83	21,404	4,369	

Tabla 4. Comparación entre los niveles de asertividad general de los grupos de primer nivel, segundo nivel y población no alcohólica.

	N	\bar{x}	S _x	Z	IC 95%		p-valor
					Min.	Max.	
Primer nivel	32	9,75	21,464	3,794	2,01	17,49	,368
Segundo nivel	21	6,24	16,679	3,640	-1,35	13,83	
Población No alcohólica	20	15,35	23,018	5,147	4,58	26,12	
Total	73	10,27	20,676	2,420	5,45	15,10	

Resultados

En la tabla 1 se pueden ver las características de la muestra diferenciando si las personas formaban parte del grupo de primer nivel, de segundo nivel o de población general. En el grupo de primer nivel, el 72% de la muestra eran hombres y el 28% eran mujeres, la edad mediana era de 48 años. La media de tiempo de tratamiento era de 13 meses y la media de tiempo de abstinencia era de 11 meses. En el grupo de segundo nivel, había un 76% de hombres y un 24% de mujeres y una media de edad de 54 años. Tanto la media del tiempo de tratamiento como la del tiempo de abstinencia se encontraba en los 34 meses. Finalmente, el grupo de población no alcohólica eran un 50% hombres y un 50% mujeres y la media de edad era de 50 años.

En la tabla 2 se observan diferencias significativas en las respuestas de ciertos ítems según el grupo al que pertenecían los sujetos. Se identificó que el grupo de segundo nivel había respondido a 11 ítems de forma significativamente distinta a los otros dos grupos. Los ítems con diferencias más destacables fueron:

Ítem 4 “Me esfuerzo al evitar ofender los sentimientos de las otras personas, incluso cuando me han molestado”, este ítem presentaba una diferencia de medias significativa entre el grupo de primer nivel ($\bar{x}=2,4$) y de segundo nivel ($\bar{x}=4$).

La respuesta al ítem 6: “Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber el porqué”, presentaba una diferencia significativa entre el grupo de segundo nivel ($\bar{x}=3,6$) y población no alcohólica ($\bar{x}=1,9$).

También había una diferencia significativa evidente entre el grupo de primer nivel ($\bar{x}=2,3$) y el de segundo nivel ($\bar{x}=4$) a la respuesta del ítem 24: “Acostumbro a reprimir mis emociones antes de hacer una escena”.

Finalmente, a las respuestas del ítem 29: “Expreso mis opiniones con facilidad” había diferencias significativas entre el grupo de primer nivel ($\bar{x}=2$) y el de segundo nivel ($\bar{x}=3,4$).

No se identificaron diferencias significativas en el nivel de asertividad respecto a haber realizado o no un tratamiento paralelo en drogodependencias ($\bar{x}=\text{tr. paralelo}=-1,3$; \bar{x} no tr. Paralelo= 10,6; p- valor= 0,682) o un entrenamiento en asertividad aparte de la terapia grupal (\bar{x} entrenamiento= 5; \bar{x} no entrenamiento= 9,5; p- valor= 0,654). Tampoco se observaron diferencias significativas respecto al sexo y el nivel de asertividad (\bar{x} hombres = 9,02 ; \bar{x} mujeres = 12,83; p- valor= 8,42) (tabla 3).

La media del grupo de primer nivel era de 9,75 (IC95%: 2,01 – 17,49), la media de asertividad del grupo de segundo nivel era de 6,24 (IC95%: -1,35 – 13,83) y la media del grupo no alcohólico era de 15,35 (IC95%: 4,58 – 26,12). No se encontraron diferencias significativas entre las medias de asertividad de los tres grupos (p- valor = 0,368). Aun así, la estimación puntual mostraba que la población no alcohólica era la que tenía un grado de asertividad más alto, seguida del grupo de primer nivel y, por último, el de segundo nivel (tabla 4).

Discusión

Asertividad y dependencia al consumo de alcohol

A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que no hay una diferencia significativa entre la asertividad de los grupos el tratamiento grupal por adicción al alcohol y población no alcohólica. Este resultado se puede deber a que los sujetos, en el momento de participar en el estudio, ya se encontraban en abstinencia y en tratamiento. Es posible que las diferencias significativas sean más evidentes cuando el consumo es activo^{9,10}.

Otra posible explicación del porqué la diferencia no es significativa podría ser porque la comparativa se ha realizado con una muestra reducida entre los tres grupos (n: 32, 21 y 20).

Ser asertivo puede ser un factor de protección¹⁴, ya que la población sin trastorno por consumo de alcohol ha obtenido una media más elevada en asertividad. Al ser un factor protector, diferentes autores han afirmado la necesidad de introducir el entrenamiento en asertividad en los planes de tratamiento y prevención^{2,11,12,13,7}.

Este resultado añade nueva información a resultados de otros estudios en los que se había identificado que la población con diagnósticos relacionados al abuso de sustancias y, en consumo activo, tienen un nivel de asertividad significativamente más bajo que la población no drogodependiente^{6,7,8,9}.

Asertividad y tratamiento

Otro resultado a destacar es que tampoco hemos identificado diferencias significativas en la media de asertividad entre los sujetos

que realizaban terapia grupal de primer nivel y los de segundo nivel. Sin embargo, los resultados muestran que el grupo con el nivel de asertividad más bajo -aunque no significativo respecto a los otros dos- es el grupo de segundo nivel y no el de primer nivel como esperábamos.

Este resultado podría deberse a que el grupo de segundo nivel, - en que los pacientes tienen una media de edad más elevada que en el grupo de primer nivel-, sean susceptibles de presentar algún posible deterioro cognitivo. La probabilidad de que existiera un posible deterioro cognitivo en edades más avanzadas podría influir en los resultados. Esta variable sería importante poder valorarla en futuras investigaciones. Sabia y cols.²⁰ identifican en estudios que personas con dependencia al alcohol experimentan, con la edad, un deterioro cognitivo más rápido que la población no alcohólica.

Aunque no hay diferencias significativas en las puntuaciones totales, el grupo de segundo nivel presenta diferencias significativas en las respuestas de 11 ítems, de la Escala de Rathus, en comparación con los grupos de primer nivel y población no alcohólica. Los ítems en los que hay diferencias no concuerdan con subescalas del test⁴, así que creemos que puede deberse a características aisladas de la muestra del grupo de segundo nivel y este resultado debería concretarse en futuros estudios, con muestras más grandes.

Asertividad y otras variables

Por otro lado, el estudio también ha controlado otras variables, que no fueran las esperadas, pudiesen distorsionar los resultados globales del nivel de asertividad. Los resultados obtenidos muestran que la variable sexo no ha influido en los resultados, ya que

no hay diferencias significativas en las medias globales de asertividad entre hombres y mujeres. Respecto al género es interesante destacar que en la muestra hay más hombres que mujeres en la población alcohólica. Esta diferencia se puede deber a que hay más prevalencia de este trastorno en población masculina y a que el alcoholismo femenino todavía está estigmatizado y además, tal y como identifica Moya, pocas mujeres con dependencia al alcohol aceptan asistir a tratamiento grupal por evitar la crítica social²¹. También se ha identificado que el haber realizado otros tratamientos paralelos o entrenamientos en asertividad tampoco produce diferencias significativas en la comparación de medias del nivel de asertividad y, por tanto, son variables que no distorsionan las variables dependientes del estudio.

Limitaciones y fortalezas

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deberían tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Por un lado, la muestra era limitada y esto hace que las estimaciones puntuales obtenidas sean poco precisas y que posiblemente con una muestra más grande las diferencias encontradas hubieran podido ser estadísticamente significativas. Por otro lado, los grupos terapéuticos siguen el mismo tratamiento en el mismo CAS. Esta característica puede ser una limitación porque sólo se pudo valorar un tipo de terapia grupal y podría haber sido interesante añadir también otros tratamientos y terapias grupales de otros centros. Sin embargo, el hecho de que sean de un único CAS también puede ser visto como una fortaleza ya que se consiguió una muestra más homogénea con características de tratamiento similares. Por último, una fortaleza importante del estudio es que se utilizó un instrumento de medida

que presenta buenas evidencias de fiabilidad y validez. Para futuros estudios, aparte de administrar la Escala de Rathus también se podrían realizar entrevistas individuales que aporten datos cualitativos para valorar la asertividad.

Conclusiones

El presente estudio muestra que, aunque la población en tratamiento por adicción al alcohol sí tiene un nivel de asertividad más bajo, no hay diferencias significativas en el grado de asertividad entre la población en tratamiento grupal por adicción al alcohol y la población general. También identifica que es necesario continuar investigando la asertividad en la población y, en concreto en el campo de las drogodependencias, porque aunque es un constructo necesario en los planes de prevención y tratamiento, aún es un gran desconocido.

Referencias bibliográficas

1. Castanyer O. La asertividad: Expresión de una sana autoestima (33.a ed.). Bilbao: Descalée de Brouwer; 2000.
2. Cardozo G, Dubini P, Ardiles R, Tuja B, Fantino I, Lucero M & Pozzi S. Asertividad y prevención del consumo de sustancias y violencia en la adolescencia. Memorias de las XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología UBA y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Merco Sur. La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza 2007; 2:231-233.
3. Carrasco I, Clemente M & Llavona L. Análisis del inventario de aserción de Gambrell y Richey. Estudios de psicología 1989;10 (37):63-74.
4. Madrigal ML. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). Revista Reflexiones, 93(1). Recuperado a partir de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/13751>.
5. Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Behavior Therapy. 1973; 4(3): 398-406. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0).
6. Torrecillas FL, Martín I, De La Fuente EI, & Godoy JF. Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. Psicothema 2000; 12(Suplemento):331-334.

Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de una investigación realizada para el trabajo final del Máster General Sanitario (UAB) del curso 2015-2016. Y no se debería finalizar el estudio sin agradecer a esas personas que lo han hecho posible.

Gracias a Lidia Ugas para dar soporte al estudio desde el inicio hasta el final. Gracias a Albert Espelt por el seguimiento y el aprendizaje continuo. Gracias al Comité Ético de Investigación de las Hermanas Hospitalarias, para permitir realizar el estudio.

Y, por supuesto, muchas gracias a los 73 participantes del estudio, sin su tiempo esta investigación no habría sido posible.

Conflicto de intereses

Las autoras manifiestan no tener conflictos de intereses relacionados con el estudio que puedan influenciar sus resultados.

7. Torrecillas FL, Rivas MJM, Peralta I & Godoy JF. Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* 2003; 15(2):127-136.
8. Van Hasselt VB, Null JA, Kempton T & Bukstein OG. Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors* 1993; 18(1):9-18.
9. Wills TA, Baker E & Botvin GJ. Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(4):473.
10. Grijalva HMN & Peña GD. Niveles de asertividad: heteroasertividad y autoasertividad en un grupo de consumidores de pasta básica de cocaína (PBC) de las comunidades terapéuticas de la ciudad de Trujillo. *Revista de psicología* 2015; 4(1): 3-11.
11. Esparza Almanza SE & Pillon SC. Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:324-332.
12. Lorca MM & Sanz CA. Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones* 2003; 15(2):145-158.
13. Suelves JM & Sánchez-Turet M. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología* 2001; 17(1):15-22.
14. Alvarez-Aguirre A, Alonso-Castillo MM & Zanetti ACG. Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2014; 22(6): 1056-1062. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3570.2516>
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.
16. Glenn O, GMD. Trastornos relacionados con sustancias. En *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Media 2007; 1: 187-310.
17. Guardia J, Jiménez-Arriero MM, Pascual P, Flórez G & Contel M. *Guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica: alcohol (3.a ed.)*. Valencia; 2009.
18. Ascensión Bellver. (s. f.). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1).
19. Díaz R & Clara M. Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica* 2006; 5(2):259-274.
20. Sabia S, Elbaz A, Britton A, Bell S, Dugravot A, Shipley M, Singh-Manoux A. Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. *Neurology* 2014; 82(4):332-339. <http://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000063>
21. Moya JG. *El alcoholismo femenino: Una perspectiva sociológica (Edición: 1)*. Barcelona: Editorial Octaedro, S.L; 2005.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A SALUD MENTAL: ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Alfred Tejado García

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
Centro de Salud Mental de Adultos de Badalona II
alfred.tejado@uab.cat

Resumen

Este trabajo analiza las derivaciones a primeras visitas en el Centro de Salud Mental de Adultos de Badalona 2 durante el año 2015, comparando las características de las mismas según sean destinadas a atención psiquiátrica o psicológica.

Método: Estudiamos 898 derivaciones categorizadas en 14 variables. Hacemos tablas de contingencia a partir de la variable especialidad y vemos cómo se comportan las variables.

Resultados: Casi todas se muestran como variables dependientes, es decir, se comportan de diferente manera según sea la derivación a psiquiatría o a psicología.

Discusión: A Psiquiatría se derivan pacientes con unos diagnósticos, medicados, >41 años; hombres; con menor tiempo de espera, en derivación urgente y preferente. Mientras a Psicología, se derivan pacientes menos medicados, con otros diagnósticos; <40 años; mujeres; con más tiempo de espera; en prioridad ordinaria.

Conclusiones: La derivación a Salud Mental es una cuestión compleja; habría que tener en cuenta tanto aspectos del paciente como del contexto, mejorar la coordinación e incrementar los recursos para atender la salud mental de los pacientes.

Palabras clave: Atención Primaria; Salud Mental; primera visita; atención psicológica; atención psiquiátrica; derivación.

Abstract

This paper analyzes referrals to first visits in the Adult Mental Health Center of Badalona 2 during 2015, comparing the characteristics of these according to whether they are intended for psychiatric or psychological care.

Method: We studied 898 derivations categorized in 14 variables. We make contingency tables from the specialty variable and see how the variables behave.

Results: All the variables are shown as dependent variables, that is, they behave differently depending on whether they are referred to psychiatry or psychology, with the exception of assistance.

Discussion: Patients are referred to Psychiatry with any diagnoses, medicated, >41 years; mens; with less waiting time; in urgent and preferential priority. While in Psychology, less medicated patients are derived, with other diagnoses; <40 years; women; with more waiting time; in ordinary priority.

Conclusions: Referral to Mental Health is a complex issue; it would be necessary to take into account both aspects of the patient and the context, improve coordination and increase resources to assist the mental health of patients.

Key Words: Primary Care; Mental health; first visit; Psychological care; psychiatric care; referral.

Introducción

El estudio de las derivaciones a los Centros de Salud Mental viene siendo una preocupación de los profesionales en nuestro medio, tanto de Atención Primaria –la fuente predominante de las derivaciones a Salud Mental tal como está diseñado en el sistema de salud– como de Salud Mental, en los últimos casi 30 años¹. Revisando la bibliografía estatal encontramos un primer artículo de 1980 –que se verá proseguido por muchos otros– que acredita el interés por el modelo de la psiquiatría comunitaria acicate de la reforma psiquiátrica que se instaura en España a partir de la década de los 80 (Aparicio, 1980 (1)) y que se concreta, primero, en la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica², creada en diciembre de 1984, y, después, en la Ley General de Sanidad de 1986, que en su capítulo III defiende la atención a la salud mental de forma específica en el ámbito comunitario³. En esa misma década de los 80 empiezan a publicarse diversos trabajos sobre dicha atención a la salud mental articulada entre la atención primaria de salud y la atención especializada. Entre ellos, los destinados a la detección de la patología psiquiátrica en atención primaria y su posterior derivación a consulta psiquiátrica (Padierna, 1988 (2); Rico, 1994 (3)). En 1990 aparece el primer trabajo que analiza la derivación a salud mental desde la perspectiva de un centro de salud mental (Vicente, 1990 (4)).

¹ Datos encontrados en la base de datos “Cercador” de la Universitat Autònoma de Barcelona.

² Comisión que dio a luz el Documento General y Recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental en 1985.

³ Con anterioridad, en Enero de 1984 se había publicado el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, que daba origen a la creación de los equipos de atención primaria.

Encontramos multitud de trabajos referidos a la coordinación entre la atención primaria y salud mental; entre los realizados desde la perspectiva de la atención primaria, se destinan al estudio de protocolos sobre diagnósticos psiquiátricos específicos, a menudo, depresivos (Espina, 1994 (5)) u otros, (Nuevo, 2013 (6)), de concordancia diagnóstica (García-Testal, 1998 (7)), de la interconsulta con salud mental (Beltran, 2001 (8); Moreno, 2008 (9)), al estudio de los volantes de derivación (Irazábal, 1996 (10); Iglesias, 2004 (11)), de la necesidad de formación en salud mental (López-Torres, 2005 (12); Ordóñez, 2008 (13)), de la construcción de cuestionarios de derivación (Moré, 2008 (14)). También aparecen más trabajos específicos de análisis de las derivaciones en general al centro de salud mental, desde la perspectiva de la atención primaria (Miranda, 2003 (15); Luciano, 2009 (16); Ferreras, 2011 (17)).

Los realizados desde la perspectiva del centro de salud mental, se destinan al estudio de las ausencias (Aparici, 1995 (18); Otero, 2001 (19); García, 2002 (20); Livianos, 2006 (21); Vellisca, 2014 (22)), de las derivaciones urgentes (Espinosa, 2002 (23)), de los volantes de derivación (Risco, 2003 (24)), de la ausencia de trastorno psíquico en las derivaciones (Ortiz, 2006 (25)), de la concordancia diagnóstica (Landa, 2008 (26); Ordóñez, 2009 (27)), la relación con atención primaria (García, 2008 (28)), de soporte a la primaria (Pérez-Ibáñez, 2014 (29)). Entre los trabajos más específicos del estudio de las derivaciones en sentido amplio encontramos varios trabajos (Martínez, 1997 (30); Herrán, 2000 (31); Largarica, 2004 (32); Goñi, 2008 (33); González, 2009 (34); Martín-Jurado, 2012 (35); Valencia, 2014 (36) y 2015 (37); Díaz, 2017 (38)). También los hay concebidos desde los dos

equipamientos, atención primaria y salud mental, de colaboración en la atención a la depresión (Calderón, 2016 (39)). Hay una tesis doctoral (Norberto, 2017 (40)) que se destina, también, de manera específica al estudio de la demanda de asistencia en un equipo de salud mental.

Teniendo en cuenta esta situación de las publicaciones en nuestro medio, referidas a la población adulta, hemos pensado hacer nuestra aportación atendiendo al estudio comparativo de las derivaciones al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), a psiquiatría y a psicología clínica, desde Atención Primaria, concretamente desde 6 Áreas Básicas de Salud.

Objetivo del estudio

El objetivo del estudio es constatar la casuística de derivación a Salud Mental para inferir los criterios fácticos desde la cual se hace la misma y reflexionar sobre las consecuencias posibles respecto de la interminable reconsideración de la coordinación con la Atención Primaria para una mejor continuidad en la atención a los usuarios de la sanidad pública.

Material y métodos

Nuestro estudio se realiza con las 898 derivaciones de Atención Primaria que suceden durante todo el año 2015 a las cuales se les asigna una primera visita de atención por parte de los profesionales –psiquiatras y psicólogos clínicos– de CSMA.

Población de referencia

Nuestro CSMA, en 2015, tiene asignada una población de la ciudad de Badalona, de 76826 habitantes y otra del municipio de Sant Adrià del Besós, de 16611 habitantes⁴, que representan el 35'62% y 46'38% del total de la población (215654 y 35814, respectivamente). Respecto de la población adulta, representa el 42.38% y 59.36% (181279 y 27982 habitantes) respectivamente⁵. El total de la población asignada a CSMA es de 93437, es decir, dentro de los márgenes consensuados para un CSMA: entre 75000-100000 habitantes (Aparicio, 2002 (41)).

La población de Badalona, según datos del Institut d'Estadística de Catalunya⁶, presenta aproximadamente la mitad de hombres y mujeres, aunque se incrementan en 3000 más mujeres que hombres en la franja de edad >65 años. La mayoría de la población es de nacionalidad española, exceptuando un 12%. El nivel de instrucción de la población mayor de 16 años refiere que un 13% tiene estudios universitarios, un 58% tiene estudios de segundo grado, un 16% tiene estudios de primer grado y un 13% no tiene es-

tudios. La población de Sant Adrià del Besós también presenta una proporción similar en cuanto al número de hombres y de mujeres, la mitad, que se incrementa en 1000 mujeres más, en la franja de edad de >65 años. Sólo el 12% es de nacionalidad extranjera. El nivel de instrucción de la población mayor de 16 años tiene estudios universitarios, un 14%; estudios de segundo grado un 55%; de primer grado un 17%; y sin estudios un 13%. Así, las características poblacionales de ambos municipios son muy similares. Por el contrario, si atendemos al PIB (Producto interior Bruto) de cada uno de los municipios, observamos cierta diferencia entre ambas poblaciones, así, mientras Badalona tiene un PIB per cápita de 18.2, Sant Adrià del Besós lo tiene de 24.3. Mientras en Catalunya está en 29.0. (tabla 1).

Centro de Salud Mental Badalona 2

Nuestro CSMA está constituido por un equipo de profesionales psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La dotación de profesionales es diver-

⁴ Estos datos nos han sido facilitados por la Regió Sanitària de Barcelona, Servei Català de la Salut.

⁵ Estos datos, extraídos del web del Institut d'Estadística de Catalunya (IEC), no pueden ser exactos ya que los grupos de edad están contabilizados por franjas de edad por quinquenios, cosa que hace que no coincidan con la franja de edad que se atiende en CSMA (>18 años); así, los datos que referimos dejan sin tener en cuenta la población de referencia de 18 y 19 años, ya que está agrupada en el quinquenio 15-19 años del IEC. Es decir que nuestra cifra 93437 debería verse incrementada con ese segmento poblacional. <https://www.idescat.cat/>

⁶ Referidos a 2016.

⁷ Las horas reales de psiquiatría son en torno a las 9500-10000 horas dado que uno de los psiquiatras ejerce el rol de director de CSMA y destina una parte de su jornada a la gestión.

Tabla 1.

PIB	Sant Adrià	Badalona	Barcelonès	Catalunya
PIB (millones de euros)	868,6	3868,8	78311,3	215640,8
PIB por habitants (miles de euros)	24,3	18,2	35,6	29,0
PIB por habitante (índice de Catalunya=100)	83,9	62,7	122,7	100

sa: mientras las horas anuales de psiquiatra suman 10500 h., las de psicólogo clínico son 5500 h, las de trabajador social son 3000 y las de enfermero 3000 h⁷. Esta jornada laboral se distribuye de manera que intenta ser proporcional a la población asignada a cada Área Básica de Salud.

Las primeras visitas las realizan tanto los psiquiatras como los psicólogos, exclusivamente; es decir, los médicos de Atención Primaria derivan libre y directamente a Psiquiatría o a Psicología del CSMA, a través del volante de derivación. En unas Areas Básicas de Salud (ABS) más y mejor que en otras, este proceso de derivación supone un planteamiento de los casos a derivar en el espacio de interconsulta, la coordinación CSMA-ABS. El espacio de la interconsulta se plantea de maneras distintas en función del momento de la historia de la interacción entre CSMA y ABS, también dependiendo de los protagonistas de la misma. En el caso de los psiquiatras de CSMA, la coordinación suele ser más frecuente, o quincenal o mensual; en el caso de los psicólogos, en el mejor de los casos es mensual, si cabe. También sucede que en alguna ABS la interconsulta es conjunta, psiquiatra y psicólogo acuden

a la coordinación con el ABS, aunque estos encuentros conjuntos nunca suelen ser quincenales; es decir, los psicólogos no asisten a la totalidad de las convocatorias de interconsulta a las que sí acuden los psiquiatras. Por otro lado, hay circunstancias en que la coordinación se interrumpe o se distancia en el tiempo.

Una parte de la dedicación de psiquiatras y psicólogos está destinada a la realización de primeras visitas; así cada profesional tiene una cuota asignada de primeras visitas, que es distinta en función de la demanda de cada ABS y de las horas del profesional. La ratio oscila entre 15 y 8 primeras mensuales. Proporcionalmente a la jornada laboral, los psicólogos destinan más tiempo a la realización de las primeras visitas que los psiquiatras; bien es verdad, que los psicólogos normalmente dedican más tiempo a cada intervención asistencial que los psiquiatras, que ven más pacientes pero en menos tiempo. Las primeras visitas admiten dos posibilidades: o se realizan en el recinto del propio CSMA, o en los de las ABS. Durante el año 2015, coincidió que todas las visitas de psicología se realizaron en el CSMA, no ha sido así en otros períodos, aunque sí ha sido la tóni-

ca dominante. Por el contrario, en psiquiatría, se realizan las primeras visitas tanto en CSMA como en ABS. Por qué? Por dos motivos: por falta de ubicación en el recinto de las ABS y/o por problemas eventuales de la coordinación con el ABS o de la idoneidad de los espacios de consulta; excepcionalmente, el caso del ABS Gran Sol, que comparte edificio con CSMA, hace innecesario el tener que realizar las primeras en ABS.

En relación con el manejo de la lista de espera a las primeras visitas se diseñó desde hace años la posibilidad de que los pacientes que no pueden ser atendidos de manera individual, en primera vista, por falta de horas, y que se colocan en lista de espera, sean atendidos de manera grupal, los grupos de acogida –que se añaden a la oferta de atención grupal-, mientras se está a la espera de la primera visita individual. Estos grupos de acogida son realizados indistintamente por psiquiatras o psicólogos del CSMA, en los equipamientos de las ABS, mayoritariamente por un único profesional y excepcionalmente por dos profesionales, psicólogo y psiquia-

tra, de CSMA, o por médico de ABS y psiquiatra de CSMA.

Áreas Básicas de Salud

Nuestro CSMA atiende las derivaciones de 6 Áreas Básicas de Salud (ABS): Gorg, Gran Sol, La Salut, Llefia, Sant Roc i Sant Adrià. En concreto, cada una de las ABS –con una dotación de médicos de atención primaria diferente- tiene destinada la atención de una proporción de la población de ambos municipios (tabla 2).

Estas ABS de nuestro CSMA, a su vez, están dotadas de profesionales de Salud Mental, psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y enfermero, con una cuota de dedicación de cada uno de ellos distinta en cada ABS, en función del volumen asistencial de la misma. Mientras los profesionales enfermeros y trabajadores sociales se reparten las ABS de manera prácticamente simétrica, tienen la misma dotación horaria, no ocurre lo mismo en el caso de los profesionales psiquiatras y psicólogos. El ABS Gorg tiene una

Tabla 2.

ABS	Población asignada	Número de médicos de atención primaria
Gorg	9920	7
Gran Sol	15363	11
La Salut	15465	11
Llefia	20574	15
Sant Roc	15504	12
Sant Adrià	16611	13
Total	93437	69

Tabla 3.

ABS	Población asignada	Horas de Psiquiatría	Horas de Psicología
Gorg	9920	800	500
Gran Sol	15363	1500	1000
La Salut	15465	1500	1000
Llefià	20574	2350	1000
Sant Roc	15504	1400	750
Sant Adrià	16611	1500	750
Total	93437		

dotación de horas de psiquiatría, aproximadamente, de 800 horas, mientras 400 son de psicología. Gran Sol, dispone de 1500 horas de psiquiatría, por 1100 de psicología. La Salut, 1500 horas de psiquiatría y 1500 de psicología. Llefià 2350 horas de psiquiatría, por 1000 horas de psicología. Sant Roc, 1400 horas de psiquiatría, 750 horas de psicología. Sant Adrià 1500 horas de psiquiatría, 750 horas de psicología (tabla 3).

Método

Partimos de los datos que constan en el software informático del CSMA y en los documentos de derivación (volante de derivación, informe de derivación). De ambas fuentes obtenemos la información que nos parece relevante y que la hemos agrupado en torno a distintas variables, a saber: edad (categorizada en intervalos (<30, 31-40, 41-50, 51-60, >61), sexo (hombre, mujer), Área Básica de Salud (ABS) (Gorg, La Salut, Gran

Sol, Llefià, Sant Adrià y Sant Roc), diagnóstico de ABS (adaptativo, ansiedad, depresivo, personalidad, psicosis, otros, no consta), tiempo de espera a la visita en CSMA desde la derivación (categorizada en intervalos de días, <15, 16-30, 31-90, 91-180, >181) hora de la visita (en intervalos: 8-9 AM, 9-10 AM, 11-12 AM, 12-1 PM, 1-2 PM, 3-7 PM), prioridad de la derivación (ordinaria, preferente y urgente), asistencia a la primera visita (sí asiste, no asiste), si existe prescripción de medicación psicofarmacológica en el momento de la derivación (sí existe prescripción, no tiene prescripción), diagnóstico de CSMA (adaptativo, ansiedad, depresivo, personalidad, psicosis, otros, aplazado y sin diagnóstico), profesional psicólogo o psiquiatra que realiza la primera visita (9 psiquiatras, 5 psicólogos), lugar en el que se realiza la visita (en CSMA o en ABS) y médico que deriva (111 médicos de ABS). El diagnóstico de ABS original está codificado según el ICD-10, mientras que el del CSMA lo está según en DSM-IIIR, en consecuen-

cia, y por causa del trabajo estadístico de los datos con el programa estadístico, han sido reconvertidos en 7 y 8 categorías respectivamente. Los diagnósticos de ABS en muchas ocasiones incluyen diversos códigos diagnósticos, a diferencia de los de CSMA, que sólo contemplan un código diagnóstico (realidad ya observada en otros trabajos (Miranda (15))); a efectos prácticos hemos considerado solamente el diagnóstico de ABS que figura en primer lugar en el volante de derivación.

Para el estudio estadístico nos valemos del soporte informático que supone el programa libre "R", versión 3.3.2, y más concretamente de su comando Deducer, interfaz gráfica para R. Con los datos que tenemos hemos hecho estadística descriptiva e inferencial presentando los datos en tablas de contingencia y administrando pruebas de Chi cuadrado (X^2) para valorar la independencia de las variables entre sí. A mayor valor de X^2 menos verosímil será considerar la hipótesis nula que asumiría la igualdad entre la distribución observada y la distribución teórica, debida al azar, y más verosímil aceptar la hipótesis alternativa: la dependencia de las variables.

Resultados

A) Variables generales

A.1. Edad. La media de edad es de 44 años; estos datos coinciden con los encontrados en varios trabajos que sitúan el valor de media entre 42-47 años (Miranda (15), Moreno (9), Landa (26), Vellisca (22), Díaz (38)). La mediana, de 42 años. El percentil 25, indica una edad de 31 años, mientras que el 75, 56 años. Siendo el valor mínimo de 17 años de edad (en 2 casos), y el máximo de 87 años (2 casos) (tabla 4).

A.2. Sexo. Hay 566 mujeres (63%) y 332 hombres (37%). De trece trabajos en que figura este dato encontramos ocho en que la desproporción está en un intervalo similar al encontrado por nosotros (<40%, hombres/>60%, mujeres) (Luciano(16) ; Díaz (38); Miranda (15); Vellisca (22); García, 2002 (20); Moreno (9); González (34) 70% de mujeres; García-Testal (7)) y los otros cinco, encuentran valores más próximos (>40%, hombres/<60%, mujeres) (Ferrerías (17); Landa (26); Valencia (36); Goñi (33); destaca 47% hombres/53% mujeres (Vicente (4)).

A.3. Especialidad. El análisis de los resultados confirma que del total de 898 derivaciones a Salud Mental, 294 (32.7%) son a Psicología frente a 604 (67.3 %) a Psiquiatría de CSMA. El único artículo que refiere este dato confirma nuestro hallazgo (Díaz (38)).

A.4. ABS. Se aprecia una desigual distribución de la cantidad de derivaciones a CSMA. Mientras el ABS de Llefià produce el número más elevado de derivaciones, muy por encima de la media (=150), Gorg y Sant Roc aparecen como las ABS que lo hacen un porcentaje muy por debajo de la media. El resto de ABS (Gran Sol, Sant Adrià y La Salut) se mantienen en unos niveles de derivación próximos a la media (tabla 5).

A.5. Lugar de la visita. El lugar en que se produce la primera visita presenta desproporción de 2/3 partes: las visitas realizadas en el CSMA, representan el 65.25% (586 casos); las realizadas en ABS, el 34.75% (312 casos).

A.6. Prioridad de la derivación. La mayoría de las derivaciones tienen una prioridad ordinaria muy por encima de la media esperada si la distribución fuese totalmente al azar (=299). Ordinaria: 650 (72.4%); preferente:

Tabla 4.

Edad	Frecuencia	%
<30	208	23.2
21-40	220	24.5
41-50	168	18.7
51-60	137	15.3
>61	165	18.4

Tabla 5.

ABS	Frecuencia	%
Gorg	72	8
Gran Sol	169	8.8
La Salut	136	15.1
Llefià	274	30.5
Sant Adrià	169	18.8
Sant Roc	78	8.7
Total	898	100

Tabla 6.

Días de espera	Frecuencia	%
< 15	279	31.1
16-31	170	18.9
32-90	213	23.7
91-180	148	16.5
>181	88	9.8
Total	898	100

Tabla 7.

Diagnóstico ABS	Frecuencia	%
Adaptativo	150	16.7
Ansiedad	306	34.1
Depresivo	238	26.5
Personalidad	19	2.1
Psicosis	55	6.1
Otros	60	6.7
No consta	70	7.8
Total	898	100

Tabla 8.

Diagnóstico CSMA	Frecuencia	%
Adaptativo	203	22.6
Ansiedad	191	21.3
Depresivo	88	9.8
Personalidad	50	5.6
Psicosis	51	5.7
Otros	64	7.1
Aplazado	154	17.1
Sin diagnóstico	97	10.8
Total	898	100

184 (20.5%); urgente: 64 (7.1%). Sólo hemos encontrado un trabajo que refiere las 3 categorías de derivación (Langarica (32)) frente a dos que refiere dos, ordinaria y preferente, (Díaz (38); Ortiz (25)) y uno que sólo indica la ordinaria (Goñi (33)). Sus datos muestran un intervalo de derivaciones ordinarias 47.2%-79%; preferentes, 21%-31%; urgentes 4%.

A.7. Tiempo de espera. Los tiempos de espera desde la derivación hasta el momento de la primera visita ofrecen una distribución de casos de manera tal que la mitad de ellos se esperan menos de un mes para tener la primera visita en CSMA o en ABS, mientras que la otra mitad se esperan más de un mes (tabla 6). La media de espera es de 66 días; la mediana, 32 días; el percentil 25, 14 días y el percentil 75, 96 días. El límite inferior es de 0 días (37 casos) y el superior 595 días (1 caso). Nuestros datos aparecen por encima de los hallados en cuatro trabajos: Díaz (38), 50 días (límite máximo 180 días); Martín-Jurado (35), 1 mes; Luciano (16), 5-12 semanas; Goñi (33), 49 días para derivaciones ordinarias, 14 para preferentes.

A.8. Hora de la visita. Los resultados obtenidos muestran una desproporción franca de la cantidad de primeras visitas realizadas en horario de mañana respecto del de la tarde. Siendo la proporción de visitas ofrecidas en horario entre las 9 am. y las 11 am prácticamente el 50% del total.

A.9. Asistencia. El porcentaje de asistencia a la primera visita (80.6%) es muy superior al de las ausencias (19.3%). Porcentaje de ausencias próximo al encontrado en dos trabajos Vellisca 18% (22), Miranda 18.7% (15) y menos cercano al encontrado por Ordóñez (27), 33.3%, Valencia (36), 10% y García-Testal (7), 15%.

A.10. Medicación. El número de pacientes que en el momento de ser derivado a CSMA está en tratamiento psicofarmacológico (577 pacientes, 64.3%) es muy superior respecto al de los pacientes que no toman medicación (321 pacientes, 35.7%). Nuestros datos se muestran equidistantes respecto de otros trabajos. Miranda (15), 78% de medicados; Ortiz (25), 50%; Díaz (38), 46.7%.

A.11. Diagnóstico ABS. Los diagnósticos de ABS de trastornos mentales más frecuentes de los pacientes derivados son los trastornos de ansiedad y los depresivos (60% del total; tabla 7). Datos confirmados por una mayoría de trabajos que se refieren al diagnóstico (Díaz (38), Miranda (15), Ferreras (17), González (34), Goñi (33), Langarica (32), Ordóñez (27)).

A.12. Diagnóstico CSMA. En CSMA la categoría más frecuente de diagnósticos es la de los trastornos adaptativos y la de los de ansiedad, no así la del trastorno depresivo. Si bien, el porcentaje de casos con diagnóstico aplazado o sin diagnóstico en la primera visita es elevado; juntando ambas categorías, representaría la categoría más elevada (=27.9%, 251 casos; tabla 8).

A.13. Profesional CSMA. Los datos obtenidos también muestran una disparidad de número de visitas asignadas a unos profesionales u otros, tanto psiquiatras (nueve) como psicólogos clínicos (cinco), 14 en total; a 3 psiquiatras se asignan entre 125-140 derivaciones, seguidos de 2 psicólogos clínicos, entre 90-95 derivaciones; 2 psiquiatras, entre 55-70 derivaciones; 2 psicólogos y 1 psiquiatra, entre 40-45 derivaciones; 1 psicólogo, 24 derivaciones; 3 psiquiatras, entre 9-15 derivaciones.

Tabla 9.

Edad	Mujer	Hombre	total
<30 años	114	94	208
(esperado)	131.10	76.90	
31-40 años	136	84	220
(esperado)	138.66	81.34	
41-50 años	104	64	168
(esperado)	105.89	62.11	
51-60 años	94	43	137
(esperado)	86.35	50.65	
>61 años	118	47	165
(esperado)	103	61	
total	566	332	898

Tabla 10.

Edad	Psicología	Psiquiatría	total
<30 años	87	121	208
(esperado)	68.1	139.9	
31-40 años	79	141	220
(esperado)	72.03	147.97	
41-50 años	48	120	168
(esperado)	55	113	
51-60 años	42	95	137
(esperado)	44.85	92.15	
>61 años	38	127	165
(esperado)	54	111	
total	294	604	898

A.14. Médico ABS. La enorme dispersión de médicos derivadores (hasta un total de 111 individuos) no nos permite el estudio pormenorizado de los datos más allá de referir la desigual distribución de la cantidad de derivaciones por médico. 61 médicos derivan <9 derivaciones anuales (227 en total); 38 médicos derivan >10 derivaciones (542 en total); 75 derivaciones tiene informe de hospitalización; 10, informe de especializada; 44 no consta el médico.

diferencial en las primeras visitas a psiquiatría o a psicología (confirmado en el trabajo de Vellisca (22)), a pesar, del resto de las diferencias que sí se han puesto de manifiesto.

B) Interacciones de variables.

Recogemos las interacciones de variables que se muestran como variables dependientes. La variable asistencia es la única que se ha comportado como una variable independiente respecto de la especialidad, es decir, que no se ha podido constatar que la asistencia a la primera visita se comporte de manera

B.1. Edad y sexo. Variables dependientes, es decir, no se cumple la hipótesis nula, habida cuenta de los valores de chi cuadrado y p-valor ($X^2(4) = 13.195, 0.01$)⁸. ¿De qué informan los datos? En las mujeres, hay un mayor número de casos respecto de lo esperado, de >51 años, mientras los hombres, presentan un mayor número de casos de lo esperado en <50 años. Es decir, se da una proporción inversa en las edades de los derivados a Salud Mental respecto del sexo, y viceversa (tabla 9).

B.2. Edad y especialidad. Variables dependientes ($X^2(4) = 17.463, p_valor 0.002$). Los pacientes derivados a psicología presentan una tasa más alta de derivaciones

Tabla 11.

Sexo	Psicología	Psiquiatría	total
Mujer	204	362	566
(esperado)	185.3	380.7	
Hombre	90	242	332
(esperado)	108.7	223.3	
total	294	604	898

⁸ Cuando hacemos tablas de contingencia consignamos, primero, los grados de libertad entre paréntesis (x) los datos del valor de chi cuadrado (X^2), seguidos del valor de p-valor. Por ejemplo: $X^2(4) = 13.195, p_valor 0.01$.

Tabla 12.

Diagnóstico ABS	Psicología	Psiquiatría	total
Adaptativo	64	86	150
(esperado)	49.11	100.89	
Ansiedad	113	193	306
(esperado)	100.18	205.82	
Depresivo	72	166	238
(esperado)	77.9	160.1	
Personalidad	3	16	19
(esperado)	6.22	12.78	
Psicosis	0	55	55
(esperado)	18	37	
Otros	15	45	60
(esperado)	19.64	40.36	
No consta	27	43	70
(esperado)	22.92	47.08	
total	294	604	898

Tabla 13.

Medicación	Psicología	Psiquiatría	total
NO	163	158	321
(esperado)	105.09	215.91	
SI	131	446	577
(esperado)	188.91	388.09	
total	294	604	898

por encima de la esperada en la franja de edad <40 años. Por el contrario, las derivaciones a psiquiatría presentan la tendencia contraria: mayor tasa de >41 años. En resumen, parecería que las derivaciones a psicología son de pacientes de menor edad (<30 años) mientras que las derivaciones a psiquiatría son de pacientes de mayor edad (> 61 años) (tabla 10).

B.3. Sexo y especialidad. Variables dependientes ($X^2(1) = 7.585$, $p_valor = 0.006$). Los datos muestran una tendencia de mayor tasa de derivaciones a Psicología, de mujeres que de hombres; en las derivaciones a Psiquiatría, la tendencia se invierte. Si cruzamos los datos obtenidos con una tercera variable, la edad, resulta que sólo son variables dependientes para la categoría de edad <30 años, siendo corroborada la tendencia general: mayor tasa de derivaciones a Psicología, de mujeres que de hombres; menor tasa de mujeres que de hombres en las derivaciones a Psiquiatría ($X^2(1) = 14.148$, $p_valor < 0.001$) (tabla 11).

B.4. Diagnóstico ABS y especialidad. Variables dependientes ($X^2(6) = 41.783$, $p_valor < 0.001$). La interpretación de los datos sugiere que cuando se trata de los diagnósticos de trastornos adaptativos, de ansiedad, o que no conste el diagnóstico en el volante de derivación, sucede que se dan más derivaciones de lo esperado a psicología y menos de lo esperado a psiquiatría. Por el contrario, cuando los diagnósticos son de trastornos depresivos, de personalidad, psicóticos u otros, el número de derivaciones a psiquiatría está por encima de lo esperado, mientras que el de derivaciones a psicología está por debajo (tabla 12).

B.5. Medicación y especialidad. Variables dependientes ($X^2(1) = 73.827$,

$p_valor < 0.001$). Si existe prescripción de medicación en el momento de la derivación las derivaciones a psicología presentan un número muy inferior al esperado, lo contrario cuando las derivaciones son a psiquiatría. Las diferencias son muy significativas: a) mientras en las derivaciones a psicología, 163 casos no tienen pauta psicofarmacológica (55.44%), 131 sí la tienen (44.56%); b) en las derivaciones a psiquiatría, 158 casos no tienen pauta psicofarmacológica (26.16%), y 446 sí la tienen (73.84%) (tabla 13).

B.6. Especialidad y ABS. Variables dependientes ($X^2(5) = 20.839$, $p_valor = 0.001$). ¿Qué muestran los datos? Una desigual tendencia a la derivación a psiquiatría que a psicología. Mientras las ABS de Sant Adrià y Llefià derivan por encima de lo esperado más casos a psiquiatría que a psicología, el resto de ABS lo hacen en sentido contrario. El ABS de Sant Adrià, lo hace en una proporción muy desigual, en menor grado, Gran Sol y Sant Roc; por el contrario la desproporción de Gorg, Llefià y La Salut, es muy discreta (tabla 14).

B.7. Especialidad y Lugar de la visita. Variables dependientes ($X^2(1) = 355.866$, $p_valor < 0.001$). Todas las visitas de psicología se realizan en el CSMA, mientras que las visitas de Psiquiatría se realizan, en ABS (67 %) y la otra mitad en CSMA (33%) (tabla 15).

B.8. Especialidad y Tiempo de espera. Variables dependientes ($X^2(4) = 60.636$, $p_valor < 0.001$). Los datos indican que los tiempos de espera no son los mismos cuando se trata de derivaciones a psiquiatría y a psicología. ¿En qué sentido? Las derivaciones a psiquiatría son atendidas en intervalos de tiempo más cortos, mayorita-

Tabla 14.

ABS	Psicología	Psiquiatría	Total
Gorg	27	45	72
(Esperado)	23.57	48.43	
Gran Sol	66	103	169
(Esperado)	55.33	113.67	
La Salut	46	90	136
(Esperado)	44.53	91.47	
Llefià	87	187	274
(Esperado)	89.71	184.29	
Sant Adrià	34	135	169
(Esperado)	55.33	113.67	
Sant Roc	34	44	78
(Esperado)	25.54	52.46	
total	294	604	898

Tabla 15.

Lugar de visita	Psicología	Psiquiatría	Total
ABS	0	403	403
(Esperado)	131.94	271.06	
CSMA	294	201	495
(Esperado)	162.06	332.94	
total	294	604	898

Tabla 16.

Espera	Psicología	Psiquiatría	Total
<15 días	78	201	279
(Esperado)	91.34	187.66	
16-30 días	32	138	170
(Esperado)	55.66	114.34	
31-90 días	71	142	213
(Esperado)	69.73	143.27	
91-180 días	56	92	148
(Esperado)	48.45	99.55	
>181 días	57	31	88
(Esperado)	28.81	59.19	
total	294	604	898

riamente, no así las de psicología. Cuando los tiempos de espera están por debajo de 31 días de espera, la tasa de derivaciones está por encima de lo esperado en las derivaciones a psiquiatría y por debajo en las derivaciones a psicología. En cambio, a mayor tiempo de espera, menor porcentaje de derivaciones del esperado, en psiquiatría y mayor, en psicología (tabla 16).

En el caso de las derivaciones a psicología, la media de espera es de 94 días. La mediana, de 55; el percentil 25, de 15 días; el percentil 75, de 158, el límite inferior, de 0 días (24 casos) y el superior, de 467 días (1 caso). En psiquiatría, la media de espera es de 53 días; la mediana de 25 días; el percentil 25, de 13 días; el percentil 75, de 69 días; el límite inferior, de 0 días (en 13 casos) y el superior de 595 días (en un caso).

B.9. Especialidad y Prioridad de la visita. Variables dependientes ($X^2(2) = 4.902$, $p_valor < 0.001$). ¿Qué tendencia muestran? Las derivaciones a psicología muestran una tasa mayor de la esperada de derivaciones de prioridad ordinaria, mientras las de psiquiatría muestran una tasa menor. Por el contrario, cuando las derivaciones son de prioridad preferente o urgente las tasas se invierten, son menores de lo esperado en el caso de derivaciones a psicología y mayores en el caso de las derivaciones a psiquiatría (tabla 17).

B.10. Especialidad y Hora de la visita. Variables dependientes ($X^2(6) = 209.5$, $p_valor < 0.001$). ¿Qué muestran los datos? Las visitas de psicología se realizan por encima de lo esperado en horas de primera hora de la mañana (8-10h) y des-

Tabla 17.

Prioridad	Psicología	Psiquiatría	Total
Ordinaria	253	397	650
(Esperado)	212.81	437.19	
Preferente	31	153	184
(Esperado)	60.24	123.76	
Urgente	10	54	64
(Esperado)	20.95	43.05	
total	294	604	898

Tabla 18.

Hora	Psicología	Psiquiatría	total
8-9 AM	42	4	46
(esperado)	15.06	30.94	
9-10 AM	95	126	221
(esperado)	72.35	148.65	
10-11 AM	35	185	220
(esperado)	72.03	147.97	
11-12 AM	15	124	139
(esperado)	45.51	93.49	
12-1 PM	54	143	197
(esperado)	64.5	135.5	
1-2 PM	20	20	40
(esperado)	13.1	26.9	
3-7 PM	33	2	35
(esperado)	11.46	23.54	
total	294	604	898

Tabla 19.

Diagnóstico CSMA	Psicología	Psiquiatría	total
Adaptativo	101	102	203
(esperado)	66.46	136.54	
Ansiedad	47	144	191
(esperado)	62.53	128.47	
Depresivo	16	72	88
(esperado)	28.81	59.19	
Personalidad	14	36	50
(esperado)	16.37	33.63	
Psicosis	1	50	51
(esperado)	16.7	34.3	
Otros	13	51	64
(esperado)	20.95	43.05	
Aplazado	45	109	154
(esperado)	50.42	103.58	
Sin diagnóstico	57	40	97
(esperado)	31.76	65.24	
total	294	604	898

pués de mediodía (13-14h) o por la tarde (15-19h). En la franja de horario de media mañana (10-13 h), la tasa es menor de la esperada. Las visitas de psiquiatría muestran la tendencia complementaria: el mayor número de visitas, por encima del esperado, se realiza en la franja horaria de media mañana (10-13 h) mientras el resto de horas la tasa está por debajo de lo esperado (tabla 18).

B.11. Especialidad y Diagnóstico CSMA. Variables dependientes (χ^2 (7) = 98.527, p_valor <0.001). Las categorías diagnósticas “adaptativo” y “sin diagnóstico” están por encima de lo esperado en el caso de las primeras visitas a psicología, y por debajo en el resto de categorías diagnósticas. En las primeras visitas a psiquiatría, la tendencia es la contraria. Concretamente, la

categoría diagnóstica “adaptativo” está muy por encima de lo esperado en las derivaciones a psicología. Por el contrario, la categoría diagnóstica “ansiedad”, “depresivo” y “psicosis” están bastante por encima de lo esperado en las visitas a psiquiatría (tabla 19).

Discusión

1) La proporción de mujeres casi 2/3 del total sobre 1/3 de hombres viene a confirmar los datos de muchos otros estudios. Estos datos no se corresponden con los datos poblacionales de que disponemos, en el sentido de que no hay 2/3 más de mujeres que de hombres en nuestra población de referencia (de hecho hay 285 hombres más)⁹, así cabe hacer la pregunta ¿por qué se derivan más mujeres que hombres?, ¿consultan más mujeres que hombres en ABS? ¿Hacen más síntomas psiquiátricos? Los datos que tenemos, asociando las variables de sexo y diagnóstico de ABS ($\chi^2(6) = 38.929$, $p_valor < 0.001$) nos muestran que ambas variables son dependientes y nos informan que hay más mujeres con síntomas depresivos y adaptativos, mientras que los hombres aparecen con más síntomas ansiosos y psicóticos.

2) Las derivaciones muestran que existe un perfil de los pacientes derivados a psicología y otro de los derivados a psiquiatría; Díaz (38) también encuentra que existen características diferenciales en la derivación a psiquiatría/psicología. El diagnóstico define un criterio de derivación desde ABS; así, los diagnósticos de trastornos adaptativos, de ansiedad y “sin diagnóstico” marcan el perfil

de la derivación a psicología; el trabajo de Díaz (38) confirma que en las derivaciones a psicología se da mayor tasa de ausencia de diagnóstico (trastornos de ansiedad y “sin diagnóstico”, según Pérez-Ibáñez (29)). Por el contrario, los diagnósticos depresivos, psicosis, personalidad y otros, definen el perfil de la derivación a psiquiatría. ¿Cómo interpretar estos datos? Las situaciones más reactivas a situaciones estresantes de la vida de los pacientes parecen indicar que no presuponen un trastorno mental claramente instaurado, así como que la ausencia de diagnóstico sugiere que tampoco hay detección de trastorno mental; ya Aparicio (41) refería un aumento de la prevalencia de trastornos adaptativos. Por otro lado, la detección de trastorno mental, en concreto, de ansiedad, y la prevalente derivación a psicología, mostraría la creencia en que el abordaje psicológico puede ser efectivo.

Por el contrario, la detección de trastornos mentales depresivos, empujan a la derivación a psiquiatría, probablemente por la creencia que el abordaje psicofarmacológico puede ser necesario para la movilización de los síntomas; lo mismo debe suceder en el caso de las psicosis; cosa que no es tan clara en los síntomas de los trastornos de personalidad y otros diagnósticos de trastorno mental.

3) Si prestamos atención a la presencia de terapéutica psicofarmacológica en el momento de la derivación aparece el otro elemento clarificador: 2/3 partes de los pacientes derivados a CSMA tienen tratamiento psicofarmacológico. Prácticamente el mismo

⁹ Según los datos facilitados por la Regió Sanitària de Barcelona, del total de 93437 personas asignadas a las ABS de la zona de nuestro CSMA, 46681 son hombres y 46576, mujeres.

número de casos que no tienen pauta de medicación se deriva por igual a psiquiatría que a psicología (158, 163, respectivamente). Un número menor de casos, 131, se derivan a psicología aun teniendo tratamiento psicofarmacológico. Prácticamente, la mitad, 446 casos, con pauta de medicación, es derivada a psiquiatría. Está claro que se da una mayor derivación a psiquiatría que a psicología: 604 casos (67.3 %), 294 casos (32.7%) respectivamente. Dato que confirma el trabajo de Díaz (38): a psicología se derivan casos de personas más jóvenes y menos medicadas (20%, a psicología; 80% a psiquiatría). Este dato debe tener que ver también con el conocimiento, por parte de Atención Primaria, de la desigual dotación de recursos psiquiátricos –más del doble- y psicológicos; también lo subraya el trabajo de Díaz (38). En Primaria se sabe que derivar a un paciente a psicología va a comportar más tiempo de espera. Por otro lado, habida cuenta de la enorme cantidad de pacientes derivados que están en tratamiento medicamentoso, los médicos de ABS derivan cuando la medicación ya pauta no mejora suficientemente la sintomatología de los pacientes y deben esperar alguna supervisión del especialista “médico”.

4) Las mujeres son derivadas a psicología, en mayor proporción que los hombres, de manera especialmente significativa, cuando tienen <30 años, a pesar de que, en términos generales, en las derivaciones a psicología, tanto de hombres como de mujeres, no hay diferencias muy marcadas en las categorías diagnósticas (no ocurre lo mismo en las derivaciones a psiquiatría, que presenta desproporciones claras); en cambio, los hombres, más que las mujeres, cuando tienen >61 años, son derivados a psiquiatría, significativamente por encima de lo esperado. En términos generales, los trastornos de

ansiedad son diagnosticados bastante por encima de lo esperado en las mujeres <40 años. En cambio, los trastornos depresivos son diagnosticados, por encima de lo esperado, tanto en hombres como en mujeres >61 años. También es verdad la complementaria: bajan las tasas de trastornos de ansiedad en >61 años, en hombres y en mujeres, y en los trastornos depresivos, también bajan en hombres y mujeres <40 años (en mayor medida en las mujeres). Se nota como sube la tasa de derivaciones en general, de hombres y mujeres, >41 años, a psiquiatría, mientras hace lo propio en los <40 años, en las derivaciones a psicología. Díaz (38) encuentra que a psicología se derivan pacientes <38 años, y a psiquiatría >46 años.

Parece, pues, que la menor edad de los pacientes anima a los médicos de atención primaria a derivar más a psicología; mientras la mayor edad, hace lo contrario, incrementa la decisión de derivar a psiquiatría. Es razonable pensar que se atribuye a los pacientes de menor edad más posibilidades de cambio psicológico que a los de mayor edad. Y concretamente, a las mujeres más jóvenes, parecería que se les atribuye esta misma capacidad por encima de los hombres.

5) En cuanto a las derivaciones a una u otra especialidad aparecen perfiles de derivación distintos según se trate de unas ABS o de otras. Hemos constatado como unas (Sant Adrià y Llefià) derivan más a psiquiatría que a psicología, curiosamente, las ABS a las que hay asignado un mayor número de población; mientras las otras hacen lo opuesto (Sant Roc, Gorg, La Salut y Gran Sol). El caso del ABS de Sant Adrià, con unos datos tan por encima de lo esperado, creemos que, por un lado, puede deberse a razones internas de la coordinación CSMA-ABS, y por otro, al hecho de que Sant Adrià es el ABS en donde se realizan el mayor porcentaje de primeras

visitas de psiquiatría (91.13%) en la propia ABS, mientras las primeras visitas de psicología se realizan en el propio CSMA –como en todas las ABS–; es posible, que la mayor proximidad física juegue un papel facilitador de la derivación a psiquiatría en detrimento de la derivación a psicología. Igualmente, la desigual dotación de horas de profesional también puede ayudar a entender la desproporción. No podemos recurrir a la variable diagnóstico porque nos consta que las variables diagnóstico y ABS son variables independientes.

Lo que sucede en ABS de Llefià (el ABS con mayor número de población asignada y con mayor número de facultativos), con menor desproporción de los datos, también podría explicarse, en parte, por la misma razón: mientras todas las primeras visitas de psicología, se realizan en CSMA, el 69.23% de las vistas de psiquiatría ocurren en el ABS. La coordinación y la realización de grupos de acogida en el ABS está polarizada hacia psiquiatría, por tanto, la derivación podría verse favorecida por razones de mayor accesibilidad.

El caso del ABS de Gran Sol es peculiar, dada la proximidad de CSMA con ABS, ambos equipamientos están en el mismo edificio. Así, aunque las visitas de psicología y de psiquiatría ocurran en CSMA, la disponibilidad y la cercanía física son muy altas para las dos especialidades. Sin embargo, las derivaciones a psicología son más elevadas, significativamente; podemos atribuirlo a razones de coordinación, así como a la reciente creación de esa ABS, con médicos más jóvenes, que pudiera favorecer esa tasa de derivaciones. La realización de grupos de acogida por parte de psicología, puede ser otro factor facilitador de ese incremento. También sucede algo parecido en el ABS de Sant Roc: el incremento de las derivaciones a psicología respecto de

las de psiquiatría, por encima de lo esperado. También podemos atribuirlo, por un lado, a la dinámica interna de la coordinación, por el otro, a la distancia física, que en este caso, es la misma para las dos especialidades, ni psiquiatría ni psicología hacen las visitas en el ABS, sino en CSMA; así como a la presencia de psicología en los grupos de acogida en ABS. El caso del ABS de Gorg (el ABS con menor población asignada y con menor número de facultativos) es similar, por cuanto a la dinámica de la coordinación y a la realización de todas las visitas en CSMA; pese a que los grupos de acogida son realizados por psiquiatría en ABS.

El ABS de La Salut, presenta su propia dinámica de coordinación conjunta y no tiene grupos de acogida. Las visitas de psiquiatría se realizan en la misma proporción, 50%, tanto en CSMA como en ABS. Quizás estos elementos favorezcan la menor desproporción de los datos de las derivaciones a una y otra especialidad.

6) Los tiempos de espera pueden explicar la mayor o menor derivación a una u otra especialidad. Aunque hay, claramente, dos velocidades de atención. La mitad de los pacientes se espera menos de un mes, para tener la primera visita, indistintamente a psicología o a psiquiatría (449 pacientes). La otra mitad, se esperan más de un mes. A) En psicología, las dos velocidades se manifiestan así: una, la de los pacientes que se esperan menos de 15 días para ser atendidos, que significativamente, está por encima de lo esperado, hay 78 pacientes a los que se les adjudica visita en ese lapso de tiempo; por otro lado, está la de los pacientes que se esperan más de 16 días, el resto. Sobre ellos cabe hacer notar que, de manera especial, los que se esperan 16-31 días, están muy por debajo de lo esperado, mientras los que se esperan >181 días están, también,

muy por encima de lo esperado, 57 pacientes (19%). Sólo 1/3 se espera menos de 31 días. Pérez-Ibáñez (29) refiere 29 días de espera a psicología. Los trabajos de Díaz (38) y García (20) refieren otros datos. Díaz encuentra una media de 74 días de espera para psicología y 38 para psiquiatría. García, 50-60 días, para psicología, 30 días, para psiquiatría.

B) En la lista de espera de psiquiatría, las dos velocidades tienen porcentajes distintos. El número de pacientes que se espera menos de 31 días (339) representa el 56%. Sólo 31 pacientes (5%) se esperan más de 181 días. Naturalmente, los tiempos de espera están en relación, también, con la prioridad de la derivación que queda claro que se incrementa notoriamente en el caso de las derivaciones preferentes y urgentes, a psiquiatría por encima de lo esperado, y por debajo, las de prioridad ordinaria; al contrario de las derivaciones a psicología. Ya Díaz (38) refiere el abuso de las derivaciones preferentes para evitar las largas listas de espera. La otra explicación es la que tiene que ver con el menor número de recursos humanos de los psicólogos; si bien es verdad que la ratio de número de pacientes derivados por horas de profesional es parecida en psiquiatras y psicólogos, la diferencia está en la agenda, es decir, en los tiempos de las intervenciones de unos y otros, en el sentido que los psicólogos dedican más tiempos por paciente que los psiquiatras, en términos generales, lo que puede provocar mayor tiempo de espera; sin olvidar que además han de atender a la propia derivación interna de los psiquiatras de CSMA.

¿Repercuten estos tiempos de espera de forma significativa en la asistencia a las primeras visitas? Encontramos, curiosamente, que, si bien en términos generales, sin diferenciar las derivaciones a una u otra especialidad, las variables aparecen como variables

dependientes ($X^2(4) = 11.422$, $p_{\text{valor}} 0.022$), confirmando que a mayor tiempo de espera, menor asistencia a las visitas y viceversa; cuando estratificamos los datos por especialidad, encontramos que en el caso de las derivaciones a psicología, las variables se comportan como variables independientes, mientras que en el caso de las derivaciones a psiquiatría, las variables son dependientes en el sentido señalado ($X^2(4) = 4.195$, $p_{\text{valor}} 0.38$). Los trabajos de García (20), Miranda (15), Livianos (21) y Vellisca (22) subrayan que la espera provoca inasistencia; Vellisca, concretamente, halla que la media de inasistencia está en 39 días de espera.

7) Por último, los diagnósticos que CSMA adjudica a los pacientes derivados desde Atención Primaria muestran una prevalencia de los trastornos adaptativos y los de "sin diagnóstico", muy por encima de lo esperado, mientras el resto de diagnósticos aparecen por debajo de lo esperado, en las primeras visitas de psicología. Pérez-Ibáñez (29) también refiere la predominancia del diagnóstico de trastorno adaptativo en derivaciones a psicología. Los diagnósticos restantes (ansiedad, depresivo, psicosis, otros, aplazado) están por encima de lo esperado en las visitas con psiquiatría. ¿Qué implican estos datos? Particularmente, la categoría "sin diagnóstico" se refiere a aquellas visitas a las cuales el paciente no ha asistido, ya que si lo hiciera y no tuviera diagnóstico se le adjudicaría la categoría "aplazado"; con toda probabilidad, hay mayor registro de las ausencias a las visitas de psicología, que a las de psiquiatría. Comprobando los registros encontramos que hay 57 registros de "sin diagnóstico" en las visitas de psicología por 40 en las visitas a psiquiatría. Dado que hay 64 pacientes que no acuden a la primera visita de psicología, por 110 de los que no acuden a la de psiquiatría.

Respecto del resto de diagnósticos de CSMA, está claro que el diagnóstico “trastorno adaptativo” es, con diferencia muy notable, la categoría predominante en los diagnósticos realizados desde psicología. Landa (26) encuentra que muchos diagnósticos de trastorno de ansiedad y depresivo realizados en primaria son diagnosticados como adaptativos en CSMA. Con toda probabilidad, la sintomatología adaptativa es el motivo de derivación principal desde Atención Primaria y confirmada, fundamentalmente, por CSMA aunque sólo en la mitad de los casos derivados. ¿Qué sucede desde psiquiatría con la misma categoría diagnóstica que está tan por debajo de lo esperado? Resulta que sólo 1/3 de las derivaciones a psiquiatría con diagnóstico adaptativo son vistas como tales por psiquiatría de CSMA; la misma que en el caso de los diagnósticos de trastorno de ansiedad. La proporción baja a 1/4 con el diagnóstico “trastorno depresivo”; sube a la mitad en el caso del diagnóstico por trastorno de personalidad; y a 2/3 en el caso de diagnóstico de trastorno psicótico.

También es verdad que desde psiquiatría se ven 2/3 más pacientes diagnosticados en primera visita como trastorno adaptativo que las derivaciones hechas como tales desde ABS. Un poco más de la mitad de los casos derivados, psiquiatría los diagnostica como trastornos de ansiedad aunque hayan sido derivados con otro diagnóstico desde ABS, fundamentalmente, depresivo y adaptativo. Un poco menos de la mitad sucede con los diagnósticos depresivos, aunque haya sido derivado con otro código. Las 3/4 partes de los diagnósticos de trastorno de personalidad de psiquiatría tampoco son diagnosticados en ABS. En cambio, sólo 1/3 de las psicosis son diagnosticadas en pacientes que no vienen con ese diagnóstico desde ABS. Estas diferencias de apreciación

diagnóstica, sin duda deben tener que ver con la cualidad de la atención en la consulta en CSMA respecto de la dificultad de atender a los mismos pacientes con los tiempos de que dispone el médico de ABS, así como con la pericia y el nivel de formación de los especialistas en salud mental; así lo destaca, también, López-Torres (12).

Conclusiones

El análisis de los datos pone de manifiesto que existen unas características diferenciales respecto del comportamiento de las derivaciones a Centro de Salud Mental desde Atención Primaria, cuando se trata de derivar a atención psicológica o psiquiátrica. Creemos que las expectativas de los médicos de Atención primaria deben tener que ver con la desigual forma de derivación, así como con las de los propios pacientes. En nuestro estudio, no hemos podido centrarnos más que en algún aspecto de las expectativas de los médicos y no hemos podido tener en cuenta las de los pacientes.

Repasando uno a unos los elementos que hemos podido objetivar en el análisis destacan aspectos que tienen que ver con características de los pacientes (diagnósticos de ABS y de CSMA, medicación, edad, sexo) como con características situacionales (ABS, lugar de la visita, tiempo de espera, prioridad, hora). Este estudio descriptivo hace caer en la cuenta de que la decisión de derivar a un paciente a Salud Mental para que sea atendido de manera diferencial respecto de la atención que se puede ofrecer en el ABS, no es una cuestión simple. Desde que en la consulta del médico se prescribe la derivación hasta que la primera visita sucede realmente, si es que sucede, pasa un tiempo que es excesivo. El porcentaje de ausencias

a las primeras visitas (19%), aunque no se muestre de manera diferente, estadísticamente hablando, en el caso de las derivaciones a psiquiatría o a psicología, a pesar de los tiempos de espera que sí son diferentes, hace pensar que hay que incrementar los recursos de profesionales para atender la salud mental de los pacientes, de manera especial, de psicología clínica tanto en Salud Mental como en Atención Primaria¹⁰. Ya Aparicio (41) subrayaba que el crecimiento de la demanda asistencial no iba en paralelo del incremento de los recursos humanos en Salud Mental y que la sobrecarga asistencial era un obstáculo para la calidad de la asistencia, especialmente, por el incremento constante de los usuarios menos severos. Esta sobrecarga también la destacan Ortiz (25), Valencia (37), Ordóñez (13), López-Torres (12).

Aun sabiendo como sabemos que el diagnóstico del ABS no condiciona la asistencia a la visita en CSMA, no se comportan como variables dependientes, cabe preguntarse a propósito de la idoneidad de la derivación de los trastornos adaptativos (150 casos diagnosticados como tales en ABS), teniendo en cuenta la saturación de la demanda. Los trastornos adaptativos y los trastornos de ansiedad (456 en total) son los que generan mayores tasas de ausencias a las primeras visitas (21%), así como los que “no consta diagnóstico” (25%). Quizás serían 3 características diagnósticas que podrían ser mayormente filtradas en el proceso previo a la derivación, quizás, en la coordinación CSMA-ABS. Una tasa de los pacientes que se

derivan a Salud Mental no iniciarán un proceso de atención psiquiátrica o psicológica duradero –si lo inician- y quizás podrían ser atendidos con cierta supervisión en la propia ABS, sin formalizar la derivación a CSMA. Sabemos que de las 898 derivaciones, 183 se convierten en altas en la propia primera visita (125, psiquiatría; 58 psicología), 141 por ausencia, 42 por indicación del profesional (33, psiquiatría; 9 psicología). El análisis del seguimiento de los pacientes que inician una primera visita en CSMA, podría arrojar mayor claridad respecto de la derivación a CSMA –cosa que supera los límites de nuestro trabajo.

Si bien es cierto que se impone la necesidad de reducir los tiempos de espera a la primera visita en CSMA, también es cierto que desde CSMA no se puede atender de manera adecuada una demanda desbordante desde Primaria. Se impone, por tanto, la necesidad de colaboración entre ABS y CSMA, más si cabe. Atención Primaria no puede hacerse cargo de la demanda en salud mental por falta de recursos especializados cualificados y Salud Mental, tampoco puede responder adecuadamente por los escasos recursos cualificados que presenta. He aquí el dilema de la Salud Mental en la asistencia pública.

¹⁰ Hay que recordar que la Orden SSI/876/2017, de 12 de septiembre de 2017, de convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada a nivel estatal continúa dejando a la especialidad en psicología clínica muy por debajo de la especialidad en psiquiatría y en enfermería de salud mental: 135, 241 y 193 plazas, respectivamente.

Bibliografía

1. Aparicio V, López M, Sánchez AE. Fundamentos, elementos y problemas de la psiquiatría comunitaria, *Clin Anal Grup*, 1980;24:519-531.
2. Padierna JA, Gastiain F, Díaz P, Etxebeste A, Martínez E, Nieto A. et al, La morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1988;8(24),21-29.
3. Rico MD, Mora B. Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1994;14(49)217-234.
4. Vicente N, Estévez L, Juárez E. Análisis de la demanda asistencial en un centro de salud mental, *Arch Neurobiol*, 1990;53(1)13-17.
5. Espina JA, Vázquez V. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria, *Psiquiatr Public*, 1994;6(4)191-198.
6. Nueno B. Evaluación de la eficacia de un programa de soporte a la primaria para trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa relacionados con la actual crisis económica en la población de Martorell, *Inf Psiquiatr*, 2013;(211)27-62.
7. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque 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;22:233-238.
8. Beltran M, Salleras N, Camps C, Solanas P, Igual 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(1):39-45.
9. Moreno F, Casals JL, Sáchez JM, Rivera R, Vázquez MA. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, *Semergen*, 2008;34(5):218-223.
10. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
11. Iglesias C, González I, Ramon J, Naves C, Franco A, José M. et al, Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documento de derivación (OMI-AP y tradicional). *Rev Calid Asist* 2004;19(5):319-322.
12. López-Torres JD, Latorre JM, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria, *Aten Primaria*, 2005;36(2):85-92.
13. Ordóñez MP. ¿Están motivados los médicos de Atención Primaria de nuestra zona hacia la coordinación y formación en Salud Mental?, *An Psiquiatr*, 2008;24(5):203-210.
14. Moré MA, Jiménez MA, Muñoz PE, Muñoz A, Zufía J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los

- servicios de salud mental *Act Esp Psiquiatr*, 2008;36(4):210-217.
15. Miranda I, Peñarubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*, 2003;32(9):524-530.
 16. Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao DJ, Mercader M, et al, Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental, *Aten Primaria*, 2009;41(3):131-140.
 17. Ferreras JM, Sanjuan R, Elías MP, Sánchez C, Blasco M, Yagüe MM. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *FML. Rev Med Fam Aten Primaria*. 2011;15(4):5p.
 18. Aparici M, Ayer JC, Avila C, Arque M. Estudio de la influencia de la derivación sobre la tendencia abandonar el tratamiento en pacientes del Cap en S.M. del Prat de Llobregat, *Inf Psiquiatr*, 1995;(139):47-53.
 19. Otero J, Luque A, Conde M, Jiménez C, Serrano C. Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas, *Act Esp Psiquiatr*, 2001;29(3):153-158.
 20. García B, Ortiz A. Ausencias en las primeras consultas en un centro de salud mental: un estudio controlado, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2002;(83):27-36.
 21. Livianos L, Sierra P, Pino A, Rubio T, Rojo LM. Variables demográficas, clínicas y psicológicas que influyen en la falta de asistencia a la primera consulta en salud mental, *Arch Psiquiatr*, 2006;69(3):219-232.
 22. Vellisca MY, Latorre JI, Orejudo S, Gascón S, Nolasco A, Villanueva VJ. Patrón asociado a la inasistencia a la primera consulta en un centro de Salud Mental, *Rev Psicopatol Psicol Clin*, 2014;(19)2:141-146.
 23. Espinosa L, Castilla MP. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2002;(83):111-123.
 24. Risco MP. Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (P.I.C.) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2003;23(85):125-135.
 25. Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable, *Aten Primaria*, 2006;38(10):563-569.
 26. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizaola E. Concordancia entre el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*, 2008;40(6):285-289.
 27. Ordóñez MP, Gómez C. Estudio de la demanda derivada a nuestra Unidad de Salud Mental: la calidad de los partes de interconsulta y la concordancia diagnóstica. *An Psiquiatr*, 2009;25;275-281.
 28. García S, Rodríguez JJ. Continuidad asistencial de un centro de salud mental con sus centros de atención primaria, *An Psiquiatr*, 2008;24(2):51-55.

29. Pérez-Ibáñez O, García-Pedrajas C, Grases N, Marsó E, Cots I, Aparicio S. et al, 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 Neuropsiquiatr*. 2015;35(126):257-266.
30. Martínez O, Beitia M, Araluce K, Ayerra JM, Cela C, Grijalvo J. et al, Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 1997;(62):203-222.
31. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez JF, Vázquez-Barquero JL. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental, *Act Esp Psiquiatr*, 2000;28(1):13-21.
32. Langarica E, Artaso B, Goñi A. Análisis de las primeras consultas en un centro de salud mental, *An Psiquiatr*, 2004;(20)1:1.
33. Goñi A, García de Jalón E, Landa N, Lizasoain E. Análisis de las derivaciones desde Atención Primaria a Salud Mental, *An Psiquiatr*, 2008;24:83-88.
34. González E, Villanueva JL, Escribano S, García P, Arias T. Perfil del usuario derivado desde Atención Primaria a una Unidad de Salud Mental. *An Psiquiatr*, 2009;25:40-26.
35. Martín-Jurado A, De la Gandara JJ, Castro S, Moreira A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental, *Semergen: med gen fam*, 2012;38(6):354-359.
36. Valencia F, García J, Gimeno A, Pérez A, Viuda ME. Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: características de la demanda y respuesta asistencial, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 2014;34(124):741-752.
37. Valencia F, García J, Viuda ME, Pérez A, Gimeno A. Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias (II): expectativas, preferencias e información de los usuarios, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 2015;35(127):473-485.
38. Díaz J, Díaz de Neira M, Jarabo A, Roig P, Roman P. Estudio de derivaciones de Aten Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clin Salud* 2017;28:65-70.
39. Calderón C, Balagué L, Iruin A, Retolaza A, Belaunzaran J, Basterrechea J. et al, Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto, *Atención primaria*, 2016;48(6):356-365.
40. Norberto Gamero MJ. Estudio de la demanda de atención en un equipo de salud mental. Universidad de Extremadura, Tesis doctoral, 2017. http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6182/TDUEX_2017_Norberto_Gamero.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
41. Aparicio V. El escenario de la salud mental: de la atención primaria a la sobrecarga asistencial, *Norte Salud Ment*, 2002;4(14):5-5.

CARGA ACTUAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA; ¿UNA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

Carles Barcons Comellas

Clinical Psychologist, Hospital sagrat cor, Serveis de Salut Mental Martorell (Barcelona), Spain.
Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona), Spain.
barcons@hotmail.com

Belén García Alarcón

Psychiatry Medical Residency Training Program, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
bgarciaalarcon@gmail.com

Carme Sarri Closa

Psychiatrist, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
csarri.hbmenni@hospitalarias.es

Elena Rodríguez Cano

Psychiatrist, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
erodriguez.hbmenni@hospitalarias.es

Oriol Cunillera Puertolas

MSc Statistician, Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Cornellà de Llobregat (Barcelona), Spain.
ocunillera.idiap@gmail.com

Neus Parellada Esquius

Quality, Assessment and Technology Responsible DAP Costa de Ponent. GT Metropolitana Sud, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.
nparellada.cp.ics@gencat.cat

Bárbara Fernández Fernández

General Practitioner and director of Vinyets Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
bfernandez.cp.ics@gencat.cat

Carlos Enrique Alvarado Montesdeoca

General Practitioner and director of Molí Nou Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
calvarado.cp.ics@gencat.cat

Carmen Barrio Ruiz

General Practitioner and Director of Camps Blancs Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
cbarrio.cp.ics@gencat.cat

Juan Carlos Fleta Portero

General practitioner of Montclar Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
jcfleta38@gmail.com

Dulze Ruiz Jimenez

Social worker, Vinyets Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
druizj.cp.ics@gencat.cat

Rafael Torrubia Beltri

Psychologist, Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona), Spain.
rafael.torrubia@uab.cat

Resumen

Este estudio estaba dirigido a determinar en una muestra de Médicos de Atención Primaria (MAP) (a) su actual nivel de *burnout*, satisfacción profesional, bienestar psicológico y actitudes hacia la salud mental; (b) la influencia del *burnout*, satisfacción profesional y algunas variables socio-demográficas sobre el bienestar psicológico. Se desarrolló un estudio observacional-transversal con 38 MAPs. Se administraron cuestionarios para evaluar el *burnout*, satisfacción profesional, actitudes hacia la salud mental y una entrevista psiquiátrica para evaluar el bienestar psicológico. Algunos indicadores administrativos y de gestión sanitaria fueron también considerados. Los niveles de *burnout* (median= 38, IQR= 29, 54) y satisfacción laboral (median= 75.5, IQR= 73, 79) fueron moderados. Sólo el 5.26% de los MAPs informó de un alto *burnout*. La *ansiedad*, la *depresión* y las *preocupaciones somáticas* fueron los síntomas psiquiátricos predominantes. El 55.26% presentaron síntomas de *moderados a extremadamente severos* en al menos un síntoma psiquiátrico. Los modelos regresión logística reflejaron como el *burnout* desarrollaba un papel clave sobre los síntomas psiquiátricos. Los MAPs presentaron unos resultados heterogéneos en los diferentes parámetros de salud laboral analizados y altos niveles de síntomas psiquiátricos. Concluimos que existes una necesidad de proteger y mejorar la salud laboral y el bienestar psicológico de los MAPs.

Palabras clave: médicos de atención primaria; *burnout*; satisfacción laboral; bienestar psicológico.

Abstract

This study was aimed at determining in a sample of in a sample of General practitioners (GPs) (a) their current level of burnout, professional satisfaction, psychological well-being and the attitudes towards mental health; (b) the influence of burnout, professional satisfaction and some socio-demographic variables on the level of psychological well-being. A transversal observational study with 38 GPs was carried out. Self-report measures were administered to assess burnout, professional satisfaction, attitudes toward mental health and a psychiatric interview to evaluate psychological well-being. Some administrative and health care management indicators were also considered. Burnout (median= 38, IQR = 29, 54), and job satisfaction levels were moderate (median = 75.5, IQR = 73, 79). Only 5.26% of GPs reported a high burnout. Anxiety, depression and somatic concerns were the predominant psychiatric symptoms. Focusing only on these worrying cases, a 55.26% of GPs presented from moderate to extremely severe symptoms in at least one psychiatric symptom. Regression models reflected like burnout played a key role work on psychiatric symptoms. GPs presented heterogeneous (generally moderate) levels across the different work-related health parameters analyzed and high levels of psychiatric symptoms. We conclude that there's a need to protect and improve GPs' work-related health and psychological well-being.

Key words: general practitioners; burnout; job satisfaction; psychological well-being.

Introducción

El *burnout*, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico son tres factores relacionados de salud laboral primordiales que requieren ser valorados y controlados en cualquier ambiente laboral, y por lo tanto en los servicios de atención primaria. En primer lugar, la satisfacción laboral es considerada como un elemento a tener en cuenta a la hora de valorar la calidad de gestión asistencial en atención primaria, contribuyendo su estudio a la identificación de posibles oportunidades de mejora que aumenten la calidad de los servicios ofrecidos.²³ Cuando la satisfacción de las necesidades y motivaciones personales es desatendida, puede fácilmente acontecer el síndrome de *burnout*, caracterizado por la sensación de desapego, la despersonalización y la inadecuación profesional, con la consiguiente pérdida de calidad asistencial.²⁴ Apoyar a los médicos en la reducción de su estrés laboral y en el aumento de su motivación y productividad conduce a mejores resultados en áreas tales como una mayor satisfacción de los pacientes, un mejor cumplimiento del tratamiento, mejoras en la morbilidad y la mortalidad y un descenso tanto en la probabilidad de hospitalización como del periodo de ingreso, que a su vez afecta a los costes de asistencia.²¹ Por lo tanto, intervenir sobre el nivel de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico de los MAPs puede mejorar la calidad del servicio que están ofreciendo.

Comparado con otros países europeos, en España existe poca literatura científica sobre la extensión y evolución del *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico de los MAPs. Se sugirió que el grado de satisfacción laboral de los MAP era intermedio antes de la crisis económica²⁴, pero en consecuencia, ésta puede haber alterado no sólo el nivel

de satisfacción laboral, sino también el de factores relacionados como el *burnout*. En un estudio prospectivo realizado entre 2005 y 2007, se observó un aumento significativo de la prevalencia de *burnout*, estimándose una incidencia de *burnout* de 1 / 113.5 MAPs anual.¹⁴ Finalmente, en relación al bienestar psicológico, usando cuestionarios auto-administrados, en 2006 se estimó una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 25,7% entre los MAPs y pediatras⁷, mientras que en población general, en el año 2014 se estimó que el 8,5% de la población de 15 años o más tenía riesgo de sufrir algún trastorno mental, el 6,5% de los hombres y el 10,5% de las mujeres.⁹

Los datos epidemiológicos previamente expuestos podrían ser obsoletos dada la influencia que nuevos factores podrían haber ejercido. En primer lugar, la cartera de servicios de los MAP ha aumentado²⁵, incrementándose la presión para atender un mayor número de pacientes con más complejas y variadas patologías, entre ellas de salud mental. Hemos que tener en cuenta que la atención primaria de salud es la vía de acceso al sistema de salud mental para el 70% de la población.¹⁹ En España, al compararse con el periodo previo a la crisis económica de 2006, una investigación de 2010 reveló aumentos sustanciales y significativos de la proporción de pacientes con alteraciones del ánimo (19.4% en depresión mayor), ansiedad (8.4% en trastorno de ansiedad generalizada), somatomorfias (7.3%) y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (4.6% en trastorno por dependencia al alcohol) entre aquellos que visitaban los servicios de atención primaria.¹² Tanto en las reuniones de coordinación como en encuestas cualitativas de los centros de atención primaria, nuestros MAPs nos revelaron que, junto con los pacientes con trastornos

musculo-esqueléticos, los pacientes con patologías mentales son el grupo de pacientes que más han contribuido al empeoramiento de su nivel de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico.

En segundo lugar, el impacto directo de la crisis económica española (la cuál se ha mantenido desde 2008) tanto sobre el estado de salud de la población com el sistema de salud español. Ésta ha tenido un impacto sobre el gasto sanitario, la cobertura del sistema, la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población y patrones de uso *versus* los servios sanitarios privados.⁵ La actual situación económica ha contribuido a un aumento de la presión asistencial en atención primaria; sólo en Cataluña, pese a la variabilidad de datos entre las fuentes, las plazas de MAPs se han visto reducido alrededor de 1000 durante los últimos cuatro años.²⁷

En tercer lugar, hemos de mencionar el despliegue del *Programa de Suport de Salut Mental a l'Atenció Primària* (llamado PSP), basado en el *Collaborative Care Model* que aboga tanto por la atención especializada como la formación de los equipos de atención primaria. En 2012 el PSP atendió a 3.363 personas, siendo un 45% tratados por trastornos de adaptación, un 35% por problemas de la vida cotidiana que crean tensión y el malestar, un 15% por trastornos depresivos y un 5% por un trastorno mental grave.^{8,9} El PSP ha contribuido a una reducción en el número de nuevos casos que finalmente llegan a los servicios especializados de salud mental, ya que aunque la tasa de prevalencia atendida en la red de salud mental (casos con trastornos mentales tratados por año) se ha mostrado estable desde el año 2008 (2008: 2,18 vs. 2012: 2,5), la tasa de incidencia dada (nuevos casos con trastorno mental por año) disminuyó del 1,24 en 2008 al 0,85

en 2012. Así pues, observamos como el PSP está teniendo un claro efecto beneficioso tanto para los MAP como para la red de salud mental. No obstante, quizás los servicios salud mental especializados como el nuestro se han visto más beneficiados de este programa ante esta reducción de tasas de incidencia, no habiéndose reportado (aparentemente) también en atención primaria. .

Dada la influencia que pudiera haber ejercido los factores previamente citados, los objetivos del presente estudio fueron determinar en una muestra de MAPs (a) su nivel actual de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico y actitudes respecto la salud mental; (b) la influencia del *burnout*, satisfacción laboral y algunas variables socio-demográficas y de gestión sanitaria sobre el nivel de bienestar psicológico.

Método

Realizamos un estudio observacional transversal, con análisis de regresión logística. Los registros psicométricos de los MAPs tuvieron lugar en enero de 2016.

Criterios de inclusión

Los participantes tenían que ser MAPs trabajando en entidades públicas de atención primaria. Además, estas unidades debían de pertenecer al sector asistencial que da cobertura nuestro centro de salud mental ambulatorio (CSMA).

Participantes y estrategia de reclutamiento

Todos los MAPs involucrados con el *Programa de Suport de Salut Mental a l'Atenció Primària* (PSP) de nuestro sector fueron invi-

tados a participar en el estudio. Pertenecen a cuatro unidades de atención primaria, cubriendo una población de aproximadamente 95.313 habitantes en 2016.

Después de realizarse una sesión clínica sobre la gestión de los pacientes psiquiátricos en atención primaria dirigida a los MAPs, se presentaron los objetivos y la metodología de nuestro estudio, ofreciéndose la posibilidad de involucrarse. Posteriormente, a todos aquellos MAPs que finalmente aceptaron se les entregó los cuestionarios psicométricos. Además, se les programó una entrevista clínica (siendo el mismo para todos) con un evaluador independiente (un psiquiatra que estaba efectuando el *MIR*), para evaluar su bienestar psicológico. Este evaluador era ciego respecto a los objetivos del estudio y estaba entrenado en la administración del *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) por parte de un psiquiatra senior. Además de la aplicación del BPRS a todos los MAPs, este evaluador recopiló todos los cuestionarios previamente rellenados por los MAPs al finalizar las entrevistas. Todas las entrevistas del evaluador independiente se realizaron dentro de un período máximo de 15 días.

Instrumentos

En primer lugar, las siguientes variables administrativas y sanitarias facilitadas por la autoridad sanitaria catalana (*Institut Català de la Salut* (ICS)) fueron registradas como indicadores objetivos de carga laboral:

(a) *Total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP para todo tipo de patologías*; (b) *Total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP ligadas a salud mental*; (c) *Accesibilidad*: porcentaje de visitas requeridas para las 48h siguientes que han sido satisfechas por cada profesional anualmente. En todos los tres casos se obvió los datos de pa-

cientes envueltos en programas de atención domiciliaria, pacientes crónicos complejos y pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

En Segundo lugar, los siguientes instrumentos fueron administrados a cada participante: (a) Cuestionario socio-demográfico diseñado *ad-hoc* para este estudio. Tiene ítems relacionados con información personal, social y laboral.

(b) Versión extendida del *Cuestionario Font-Roja de Satisfacción Laboral*. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en muchos estudios españoles, presentando unas adecuadas propiedades psicométricas (*alpha Cronbach* 0.791).¹⁸ Tiene 26 ítems en *escala likert* [1-5]. Contiene 9 dimensiones: *satisfacción por el trabajo*; *tensión relacionada con el trabajo*; *competencia profesional*; *presión en el trabajo*; *promoción profesional*; *relación interpersonal con los superiores*; *relación interpersonal con los compañeros*; *características extrínsecas de estatus*; *monotonía laboral*.

(c) *Maslach burnout Inventory* (MBI). MBI es el instrumento más utilizado para medir *burnout*. La adaptación española ha demostrado ser fiable y válida.¹¹ Tiene 26 ítems que capturan tres dimensiones del *burnout*: agotamiento emocional o *emotional exhaustion* (EE), despersonalización o *depersonalization* (DP), y realización personal o *personal accomplishment* (PA). La puntuación *Total MBI* se obtuvo como: [EE+DP+LPA]. The LPA (falta de realización personal o *lack of personal accomplishment*) se calculó como: [LPA = 48 - PA]. Utilizamos los puntos de corte propuestos por Doulougeri, Georganta y Montgomery para el MBI: Puntuaciones EE ≥ 27 son consideradas como *alta*, 19–26 como *media*, ≤18 como *baja*; Puntuaciones DP ≥10 como *alta*, 6–9 como *media*, ≤5 como *baja*; Puntuaciones PA >40 como *alta*, 34–39 como *media*, <33 como *baja*; Puntuaciones *Total MBI* con

percentil >75 como *alta*, 25-75 como *media*, <25 como *baja*.

(d) *Struening And Cohen's Opinion About Mental Illness Questionnaire (Cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental, OMI)*. Adaptado para su uso en España por Yllá y Guimón con adecuadas propiedades picométricas.²⁸ Tiene 63 ítems, de los cuales se infieren 5 dimensiones: negativismo o *negativism*; social/*interpersonal etiology* o etiología social/*interpersonal*; autoritarismo o *authoritarianism*; restrictividad social o *restrictiveness*; prejuicio o *prejudice*.

2. Medidas psicométricas hetero-aplicadas: - *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*. Esta entrevista semi-estructurada es una de las escalas más antiguas y ampliamente utilizadas por los clínicos y los investigadores para medir los síntomas psiquiátricos. Entre las diferentes versiones disponibles, en España se validó dentro de *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*.²⁰ Los 18 ítems son calificados por un clínico entrenado en base al comportamiento observado y del habla. El intervalo de tiempo considerado es la semana anterior a la calificación. La presencia y gravedad de los síntomas psiquiátricos se califican en una escala de likert que varía de 1 (*no informado*) a 7 (*muy grave*); por lo tanto, las puntuaciones posibles varían de 18 a 126 indicando las más bajas psicopatología menos grave. Entre los disponibles, se usaron los puntos de corte para la puntuación total propuestos por Leucht y colegas por su solidez, a pesar de ser sólo generalizables a los pacientes con esquizofrenia y al menos síntomas positivos moderados: 31 como *levemente enfermo*; 41 como *moderadamente enfermo*; 53 como *muy enfermo*. En cualquier caso, el BPRS puede ser una herramienta útil para determinar la presencia de un trastorno mental, pero insuficiente si se aplica en solitario.

Consideraciones éticas y de financiación

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de la *Unidad de Soporte a la Investigación* regional del *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP)*, siguiendo la ley contenida en la Declaración de Helsinki y en la ley nacional de protección de datos personales.

Análisis estadístico

Las características de la muestra se describieron calculando medianas y rangos intercuartiles (*IQR*) para variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas (%) para variables binarias y categóricas

Para evaluar el efecto del *burnout*, la satisfacción laboral y las variables socio-demográficas sobre el bienestar psicológico, se ajustaron cuatro modelos de regresión logística sobre los síntomas del BPRS más prevalentes. En cada modelo, la presentación de -o no- de cualquier grado de síntomas fue explicado por el MBI total, total del *Cuestionario Font Roja-AP de Satisfacción Laboral*, edad, sexo y experiencia laboral.

Las distribuciones observadas fueron ilustradas usando diagramas de caja.

Todas las estadísticas se realizaron usando el R Development Core Team software (2011).

Resultados

Valores socio-demográficos

Nuestra muestra estuvo compuesta predominantemente de mujeres (78.95%) de mediana edad (mediana= 49 años, *IQR* = 42.25, 56). La mayoría cursó el MIR (78.95%) y

ostenta muchos años de experiencia profesional (17 [12.25, 28]). Había una mayoría de contratos indefinidos (65.79%) y turnos laborales mixtos (68.42%). La mayoría había recibido escasa formación en salud mental durante el último año (0 [0, 10]).

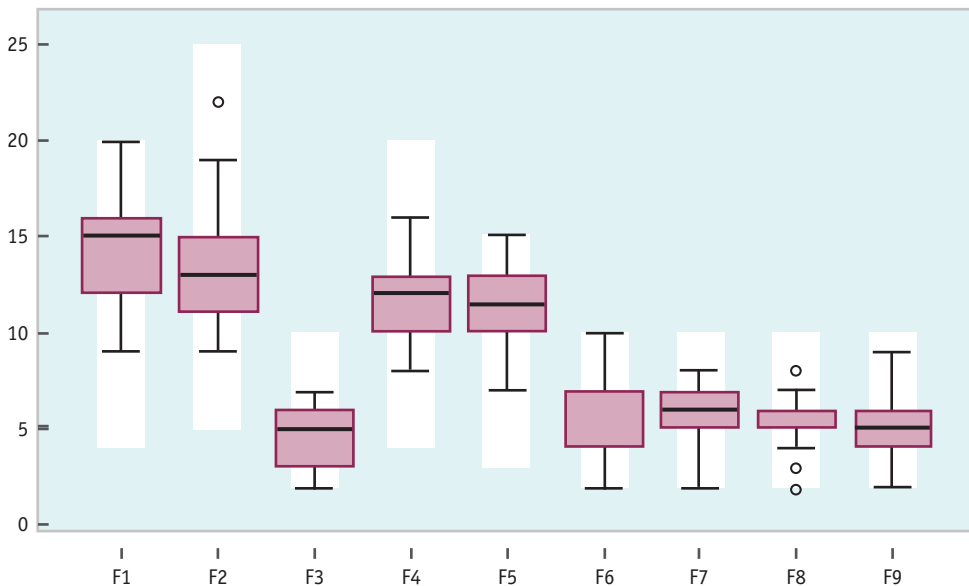
Valores administrativos y clínicos

En relación a los datos administrativos, la mediana del *total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP para todo tipo de patologías* fue 4404 (IQR = 4004.25, 4816.25). La mediana del nivel de accesibilidad fue de 91.60 (IQR = 72.88, 100). Finalmente, la me-

diana del total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP ligadas a salud mental fue 355 (IQR = 291, 434).

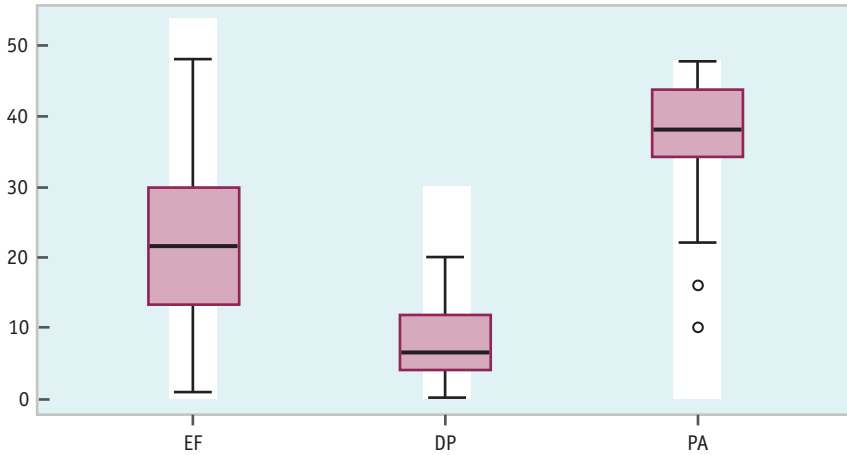
En conjunto, la mediana de la satisfacción laboral evaluada por el *Cuestionario Font Roja-AP de Satisfacción Laboral* fue 75.5 (IQR = 73, 79); las puntuaciones oscilaban entre 26 – 130 (Figura 1). En base este cuestionario, por un lado podemos observar una moderada *satisfacción por el trabajo* (F1) y *promoción profesional* (F5), pero por el otro una moderada *tensión relacionada con el trabajo* (F2) y *presión en el trabajo* (F4). La *relación interpersonal con los compañeros* (F7) tendía a ser más fluida que *con con los superiores* (F6).

Figura 1. Distribución de las dimensiones de la versión extendida del Cuestionario Font-Roja de Satisfacción Laboral



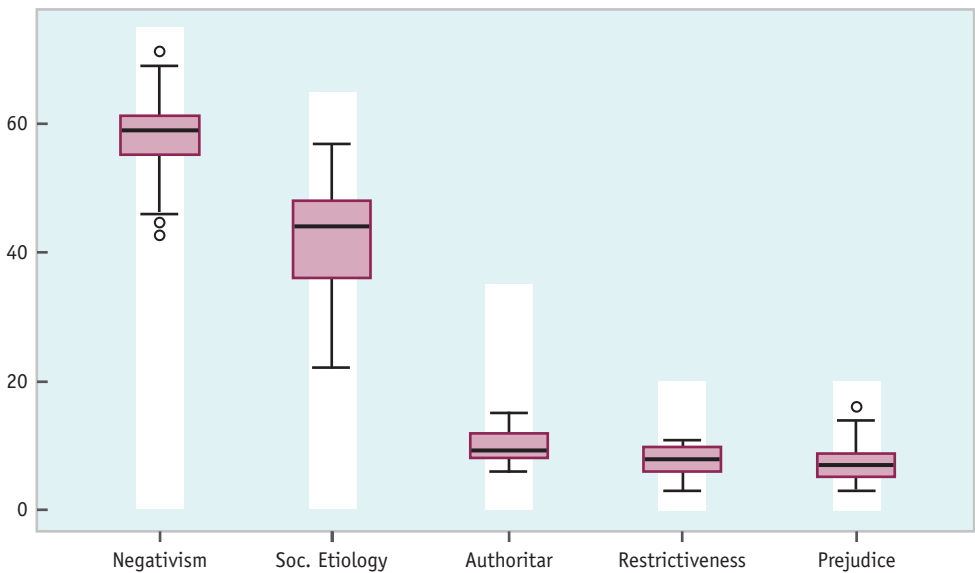
Notas: Diagramas de caja de los resultados. Dimensiones: F1: satisfacción por el trabajo; F2: tensión relacionada con el trabajo; F3: competencia profesional; F4: presión en el trabajo; F5: promoción profesional; F6: relación interpersonal con los superiores; F7: relación interpersonal con los compañeros; F8: características extrínsecas de estatus; F9: monotonía laboral. Los diagramas muestran los cuartiles y los outliers amb con un rango terórico en segundo plano.

Figura 2. Distribución de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI)



Notas: EE: Emotional exhaustion; DP: Depersonalization; PA: Personal accomplishment.

Figura 3. Distribución de las dimensiones del Cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI)



Notas: Diagramas de caja de los resultados. Dimensiones: *Negativism; Social/interpersonal etiology; Authoritarianism; Restrictiveness; Prejudice.*

La mediana del nivel total de *burnout* calculada estaba en la *media*, situándose en 38 (*IQR* = 29, 54). Sólo 2 (5.26%) MAPs mostraron puntuaciones en *total MBI* en percentiles >75. A parte, todas las puntuaciones en las 3 subescalas del 3 MBI estaban en la *media* (Figura 2): *emotional exhaustion* (EE) (mediana = 21.50, *IQR* = 13.25, 28.75); *depersonalization* (DP) (mediana = 6.50, *IQR* = 4.25, 11.75); *personal accomplishment* (PA) (mediana = 38, *IQR* = 34, 43.75).

En relación a las Opiniones sobre las enfermedades Mentales medidas por el cuestionario OMI, las puntuaciones variaron a lo largo de las dimensiones del OMI (Figura 3). Observamos puntuaciones altas en *negativism* (mediana = 59, *IQR* = 55.25, 61); rango 0 - 75. Puntuaciones altas fueron también detectadas en *social/ interpersonal etiology* (mediana = 44, *IQR* = 36.50, 48.27); rango 0 - 65. Puntuaciones fueron medias en *Restrictiveness* (mediana = 8, *IQR* = 6, 10); rango 0 - 20. Puntuaciones medianas fueron también observadas en *prejudice* (mediana = 7, *IQR* = 5.25, 9); rango 0 - 20. Finalmente, puntuaciones bajas fueron observadas en *authoritarianism* (mediana = 9, *IQR* = 8, 11.75); rango 0 - 35.

En los resultados de los ítems del BPRS (Tabla 1) podemos observar como sólo un 10.5% de los MAPs no presentaba ningún nivel de *ansiedad*, desde el punto de vista de un juicio clínico. Otros síntomas psiquiátricos predominantes fueron niveles *leves* de *estado de ánimo depresivo* (18.4%), *preocupaciones somáticas* (13.2%), *hostilidad* (15.8%) y *sentimientos de culpabilidad* (10.5%). En relación a la comorbilidad de síntomas, 36 (94.74%) de los MAPs presentaron simultáneamente más de un síntoma en el BPRS (en cualquier nivel del rango de severidad). Focalizándose sólo en estos casos preocupantes, 21 (55.26%) MAPs sufrían

síntomas de *moderada* a *muy grave* severidad; entre ellos, sólo 7 (18.42%) MAPs presentaba más de un síntoma simultáneamente. Finalmente, la puntuación total del BPRS (mediana = 24, *IQR* = 22, 27), la *Subescala Negativa* (mediana = 4, *IQR* = 4, 4) y la *Subescala Positiva* (mediana = 4, *IQR* = 4, 4) no fueron clínicamente significativas. Sólo 3 (7.89%) sujetos presentaban puntuaciones en el total del BPRS ≥ 31 (como *levemente enfermo*), y ninguna ≥ 41 (como *moderadamente enfermo*).

Table 1. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Parte 1)*

Grado de Severidad							
	No informado	Muy leve	Leve	Moderada	Modeada Grave	Grave	Muy Grave
1.Preocupación Somática	24 (63.2%)	6 (15.8%)	5 (13.2%)	0	1 (2.6%)	2 (5.3%)	0
2.Ansiedad	4 (10.5%)	5 (13.2%)	9 (23.7%)	10 (26.3%)	4 (10.5%)	6 (15.8%)	0
3.Aislamiento Emocional	36 (94.7%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	0	0	0	0
4.Desorganización Conceptual	37 (97.4%)	1 (2.6%)	0	0	0	0	0
5.Sentimientos de culpabilidad	19 (50.0%)	12 (31.6%)	4 (10.5%)	3 (7.9%)	0	0	0
6.Tensión	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
7.Manerismo y posturas corporales extrañas	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
8.Grandeza	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
9.Estado ánimo depresivo	14 (36.8%)	15 (39.5%)	7 (18.4%)	1 (2.6%)	0	0	1 (2.6%)

Table 1. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Parte 2)*

	Grado de Severidad						
	No informado	Muy leve	Leve	Moderada	Modeada Grave	Grave	Muy Grave
10. Hostilidad	13 (34.2%)	17 (44.7%)	6 (15.8%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	0	0
11. Susplicacia	33 (86.8%)	5 (13.2%)	0	0	0	0	0
12. Conducta Alucinatoria	37 (97.4%)	1 (2.6%)	0	0	0	0	0
13. Retraso Motor	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
14. No Cooperativo	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
15. Contenido inusual del pensamiento	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
16. Afecto Aplanado	36 (94.7%)	2 (5.3%)	0	0	0	0	0
17. Excitación	24 (63.2%)	10 (26.3%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	0	0	0
18. Desorientación	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0

Regresiones logísticas

Los modelos de regresión logística sobre los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs mostraron como un aumento del *burnout* (COEF=1.10 (1.03, 1.21); $p = 0.019$) y experiencia profesional (COEF= 1.34 (1.08, 1.99); $p = 0.049$) estaba asociado con una mayor posibilidad de sufrir depresión. A parte, tener baja edad (COEF= 0.62 (0.35, 0.84); p

= 0.02) y *burnout* (COEF=0.94 (0.88, 0.99); $p = 0.024$) estaba asociado con una baja probabilidad de sufrir hostilidad en cualquier nivel. Finalmente, presentar un elevado *burnout* (COEF=1.08 (1.02, 1.17); $p = 0.026$) o baja satisfacción laboral (COEF=0.69 (0.46, 0.90); $p = 0.022$) estaba asociado con mayores niveles de culpabilidad. En relación a la *ansiedad*, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Table 2. Regresiones logísticas sobre los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs

Psychiatric Symptoms	Variable	Coefficients ^a	P
1. Depresión			
	Edad	0.79 (0.56, 0.97)	0.075
	Género	1.32 (0.17, 10.24)	0.785
	Años de experiencia	1.34 (1.08, 1.99)	0.049*
	Burnout (total)	1.10 (1.03, 1.21)	0.019*
	Satisfacción Laboral (Total)	1.08 (0.94, 1.30)	0.307
2. Hostilidad			
	Edad	0.62 (0.35, 0.84)	0.02*
	Género	0.29 (0.01, 4.70)	0.437
	Años de experiencia	1.33 (1.03, 2.05)	0.093
	Burnout (total)	0.94 (0.88, 0.99)	0.024*
	Satisfacción laboral (total)	1.08 (0.85, 1.37)	0.513
3. Culpa			
	Edad	1.16 (0.92, 1.54)	0.245
	Género	Inf (0, Inf)	0.993
	Años de experiencia	1 (0.80, 1.23)	0.962
	Burnout (total)	1.08 (1.02, 1.17)	0.026*
	Satisfacción laboral (total)	0.69 (0.46, 0.90)	0.022*

^a Coeficientes y 95% intervalos de confianza del modelo de regresiones logísticas prediciendo los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs.

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

Discusión

Los MAPs presentaron resultados heterogéneos una vez analizados los diferentes parámetros de salud laboral y psicológicos, observándose en nuestro estudio tanto fortalezas como debilidades.

Por un lado, observamos un empeoramiento de la carga de trabajo de los MAPs (según los indicadores administrativos y sanitarios) en comparación con los datos observados en las mismas unidades de atención primaria en los últimos años. Lamentablemente, estas medidas son sólo *intra-grupo* ya que hasta ahora carecen de comparación externa. Los recortes en el presupuesto sanitario, las dificultades para reemplazar las bajas por enfermedad o la disminución de las plazas de MAP pueden haber sido algunos elementos contribuyentes.

Asimismo, en la línea de publicaciones previas se observaron niveles moderados de *burnout* y satisfacción; no detectamos un empeoramiento significativo de estos dos parámetros en comparación con los señalados antes y durante la crisis económica española^{24,14}, o con aquéllos aportados por estudios internacionales.²⁶ Sólo 2 (5.26%) MAPs informaron una puntuación total en el MBI > 75 (como *alta*), cifras menos prevalentes las observadas en otros estudios realcionados.¹⁷ Con respecto a las opiniones y actitudes hacia las enfermedades mentales, las puntuaciones en OMI no reflejaron un alto *prejuicio* hacia ellas, pero sí mostraron carencias en el manejo clínico de los pacientes psicopatología, que es congruente con estudios previos.² No obstante, proporcionar a los MAPs más habilidades y entrenamiento en salud mental podría mejorar las altas puntuaciones detectadas en el *negativism* (definido como actitud benévola, caritativa, simplista, paternal y autoritaria) y la *interpersonal etiology of mental disorders*.

Por otro lado, los resultados de la salud mental de los MAP fueron de algún modo polémicos. Sabíamos de antemano por estudios nacionales^{7,13} e internacionales⁶ que existe entre el 25 y el 30% de la morbilidad psiquiátrica entre los MAPs. Por lo tanto, en esta línea con la literatura, esperábamos una cifra superior que en la población general pero al mismo tiempo menor que las cifras anteriormente mencionadas después que el estado mental fuera evaluado más a fondo a través de una entrevista clínica psiquiátrica. Hasta ahora, después de revisar las principales bases de datos de investigación, todos los estudios españoles e internacionales sobre este tema sólo administran cuestionarios de salud auto-administrados como el *General Health Questionnaire* (GHQ), los cuales son útiles pero clínicamente menos precisos y profundos que las entrevistas clínicas. Nuestros resultados reflejan esta alta proporción de MAPs que presentan síntomas psiquiátricos pero mucho más de lo esperado teniendo en cuenta las consideraciones previas. Teniendo en cuenta que sólo los casos que la atención en salud mental podría ser de algún modo recomendada, 21 (55.26%) MAPs sufrían síntomas de *moderado* a *muy grave*. En relación a la comorbilidad de síntomas, 36 (94.74%) MAPs presentaban más de un síntoma en el BPRS simultáneamente. Entre el subgrupo con síntomas *moderados* a *muy graves*, 7 (18.42%) MAPs presentaron más de un síntoma en el BPRS simultáneamente.

En cuanto al tipo de síntomas psiquiátricos observados, tal y como también se señala en la literatura, la ansiedad, la depresión y las preocupaciones somáticas fueron las predominantes.⁴ El 89.5% de los MAP sufrían niveles de ansiedad de *muy leves* a *graves*.

Sorprendentemente, en nuestra muestra hubo un 15.8% de prevalencia de *hostilidad*. A pesar de que estas tasas más altas

de síntomas psiquiátricos, se considera que los MAPs tienden a ocultar sus problemas y seguir trabajando incluso cuando están enfermos.

Regresiones logísticas

Dados estos resultados en el bienestar psicológico, llevamos a cabo un modelo de regresión logística sobre los principales síntomas psiquiátricos. Nuestros resultados son difíciles de comparar con anteriores datos de investigación españoles sobre este tema porque aquí se realizó una entrevista psiquiátrica, informándose sobre síntomas en lugar de ofrecerse un índice global de morbilidad psiquiátrica.⁷ Aquí podemos observar como el *burnout*, la satisfacción laboral y los factores socio-económicos ejercieron diferentes efectos sobre cada síntoma psiquiátrico. En cualquier caso, si queremos aumentar nuestra comprensión sobre el bienestar psicológico de los MAPs, se requeriría de un análisis más amplio y complejo.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Tenemos que reconocer una serie de importantes limitaciones en nuestro estudio. En primer lugar, el tamaño de la muestra es modesto en comparación con otros estudios en este campo.²⁴ Sin embargo, es una proporción importante del total de nuestra población de estudio, estando en todo caso asegurada la representatividad de este colectivo. En segundo lugar, si bien es clínicamente mejor que usar un cuestionario, la administración de nuestra entrevista clínica podría ser un tanto controvertida en la población general. El BPRS es una medida sólida psicométricamente, pero principalmente administrada en esquizofrenia. Sin

embargo, hay evidencia científica que apoya su uso para detectar otros tipos de psicopatologías.³ De hecho, teniendo el tiempo y los recursos requeridos, habría sido incluso mejor utilizar entrevistas mucho más largas y complejas como *The Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5). En este contexto de exploración psiquiátrica, podría haber sido también interesante analizar dominios más allá de los establecidos por el BPRS, como por ejemplo las conductas alimentarias o adictivas, síntomas psiquiátricos señalados por la literatura como más frecuentes que en población general.¹⁵ Respecto a los datos administrativos, es difícil comparar nuestros datos con las de otros centros de salud debido a la disparidad de organización y características. Además, los propios indicadores no están exentos de la crítica.

Sin embargo, al menos para nuestro sistema de salud, podrían ser útiles en futuras investigaciones. Finalmente, debemos considerar que todas las comparaciones previas y posteriores a la crisis económica española son informales porque no fueron administradas herramientas que pudieran controlar la posible influencia ejercida por factores de confusión.

Como puntos fuertes de nuestro estudio, queremos enfatizar su validez ecológica. El estudio se llevó a cabo en la práctica clínica real, con todas las restricciones que esto acarrea: elevada petición de servicios, sobrecarga de trabajo, restricciones en la frecuencia de las visitas de seguimiento, etc.

Conclusiones

Dada la importancia de la salud laboral y los resultados mixtos detectados en nuestra muestra, podemos concluir que existe una necesidad de protegerla y mejorarla. La cuestión es qué intervención debe ser implementada, ya que todavía se requieren futuras investigaciones que desarrollen modelos que describan el fenómeno, identifiquen factores relacionados y estrategias efectivas de intervención. En este contexto, esperamos presentar en un futuro próximo los resultados de las nuevas intervenciones multimodales que estamos llevando a cabo. Su objetivo es facilitar a los MAPs mejores habilidades para hacer frente a esta mayor presión de asistencia con menores costes personales.

Conflicto de Intereses

Ninguno de los autores tiene intereses económicos u otros posibles conflictos de intereses que puedan afectar los objetivos o los resultados del presente manuscrito.

Esta investigación no ha recibido ninguna financiación pública o privada.

Reconocimientos

Queremos agradecer a Dra. M^a Teresa Peñarubia María y Jesús Almeda Ortega por su contribución a lo largo del proceso de revisión del estudio.

Referencias

1. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp.* 1988;52:63-6.
2. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria.* 2004;33(9):491-5.
3. Biancosino B, Picardi A, Marmai L, Biondi M, Grassi L. Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale in unipolar depression. *J Affect Disord.* 2010;124(3):329-34.
4. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?. *J Ment Health.* 2011;20(2):146-56.
5. Carmona G, López LA, Mendoza OJ, Oleaga I. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
6. Cohen D, Rhydderch M. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. *Occup Med.* 2006;56:438-441.
7. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006; 206(2):77-83.
8. Gabinet de comunicació i premsa Institut d'Assistència Sanitària (IAS). El

- programa de suport a la salut mental en l'Atenció Primària millora l'atenció integral dels trastorns mentals. Girona: Departament de Salut. Serveis Territorials a Girona; 2010
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2015. Principals resultats. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015.
 10. Gibson J, Checkland K, Coleman A, Hann M, McCall R, Spooner S et al. Eighth National GP Worklife Survey. Policy research unit in commissioning and the health care system (PRUComm). 2015. [Accessed January 31, 2017]. Available in: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf>
 11. Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del maslach *burnout* inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11(3):679-89.
 12. Gili M., Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):103-8.
 13. Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Aten Prim*. 1991;8: 549-54.
 14. Matía AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pareda MJ., González ML, González A. Evolución del *burnout* y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Prim*. 2012;44(9):532.
 15. Miller, L. Doctors, their mental health and capacity for work. *Occup Med*. 2009;59:53-55.
 16. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Prim*. 2003;31:564-74.
 17. Murray M, Murray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2016;17:36.
 18. Nuñez E, Estévez GJ, Hernández P, Marrero C. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gacet Sanit*. 2007;21(2):136-41.
 19. Pastor, J. El psicólogo en AP: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo*. 2008;3(29):271-90.
 20. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1994;53(1):31-40
 21. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Bruggos A, Aguinaga I. Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36(2):253-262.
 22. Picardi A, Battisti F, de Girolamo G, Morosini P, Norcio B, Bracco R. et al. Symp-

tom structure of acute mania: a factor study of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale in a national sample of patients hospitalized for a manic episode. *J Affect Disorders*. 2008;108(1-2):183-9.

23. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. Qué es calidad? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma; 1997.
24. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Prim*. 2003;31:227-33.
25. Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria. ¿Qué queremos los Médicos de Familia?. Sep 2013. [Accessed January 31, 2017]. Available in: <http://www.samfyc.es/pdf/ReflexionesSAMFyC26092013.pdf>
26. Soler JK, Yaman H, Esteva M. *burnout* in European general practice and family medicine. *J Soc Behav Pers*. 2007;35(8):1149-50.
27. Vall-llosera A, Zapater F. La atención primaria en Catalunya: una paulatina Regresión. *Salud 2000*. 2015;25,146.
28. Yllá L, González-Pinto A, Ballesteros J, Guillén V. Evolución de las Actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(5):323-35.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS SUBYACENTES EN EL DISEÑO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL DE AYUDA A PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO/DEPRESIVA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Claudia Alejandra Cos

Doctoranda del programa de Psicología de la Comunicación y Cambio de la Universidad de Barcelona.

claudiaalejandracos@hotmail.com

Resumen

Las aplicaciones para los teléfonos móviles (Apps) y su utilización en la salud mental, ha ido en rápido aumento. Los objetivos para los que se han diseñado cada una de ellas, son múltiples y variados. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión narrativa, en la que se centra la atención en las bases conceptuales que sustentan el diseño de una aplicación móvil dirigida a personas que puedan experimentar crisis de ansiedad, crisis depresivas o estados emocionales alterados, siguiendo las pautas de trabajo de las terapias cognitivo conductual de tercera generación. Se realiza una búsqueda en las bases de datos: PubMed, MedLine, PsycInfo, Web of Science y en las publicaciones recopiladas en el Directory of Open Access Journal, así como en la revisión de literatura especializada. La búsqueda se centra en los temas del uso de la telefonía móvil en la salud, la eficacia de las Apps en el área de salud mental y las terapias cognitivo conductuales de tercera generación

y el modelo Ecological Momentary Assessment (EMA). De los datos recopilados, se puede concluir que las intervenciones a través de las Apps, son potencialmente eficaces en el abordaje de la ansiedad y depresión, reportándose mejora de los síntomas en estos trastornos. Las terapias de tercera generación cuando se realizan a través de los dispositivos móviles, son útiles en el tratamiento de la ansiedad y depresión, sin embargo, la diferencia no es significativa cuando se compara con la terapia cognitivo conductual (CBT), ni con el tratamiento cara a cara. La posibilidad de atender las situaciones de crisis en el momento de su ocurrencia, es una característica que potencia la eficacia de las aplicaciones diseñadas para los dispositivos móviles. Falta mayor cantidad de estudios y estudios más controlados que permitan profundizar en este tema.

Palabras clave: mHealth, teléfono móvil, aplicaciones móviles, ecological momentary assessment, ansiedad, depresión, terapias cognitivo conductual de tercera generación.

Abstract

Mobile phone applications (Apps) and its use in mental health have been growing rapidly. There are a great number of Apps in mental health, which one with multiple and diverse objectives. The objective of this study is doing a narrative review of the literature regarding the use of mobile phone in mental health care. Doing this allows to obtain the theoretical fundamentals for the design of a mobile application focused in people who can suffer anxiety crisis, depressant crisis or altered emotional states, following the work guidelines of the third wave of behavioral and cognitive therapies. A search of the databases is performed: PubMed, MedLine, PsycInfo, Web of Science and the publications recollected from the Directory of Open Access Journal, as well as of the review of specialized literature. The research is focused in the use of mobile technology in health, the efficiency of the Apps in the area of mental health care and the third wave of behavioral and cognitive therapies and the model Ecological Momentary Assessment (EMA). The information compiled allows concluding that the interventions by Apps are potentially efficacious in the treatment of anxiety and depression due to the improvements of the symptoms of these disorders. Third wave of behavioral and cognitive therapies are useful in the treatment of anxiety and depression, although the difference is not significant compare with behavioral and cognitive therapies (CBT). The possibility of take care of crisis situations in real time is a characteristic that powers the efficacy of the Apps designed for mobile devices. It is necessary doing more studies in this area of research that allow going deeper into this theme.

Key words: eHealth, mHealth, smartphone, applications, ecological momentary assessment, anxiety, depression, third wave cognitive behavior therapy.

Introducción

En la actualidad, se oye hablar del aumento de la incidencia de trastornos psiquiátricos en la población; este aumento, se observa especialmente en los diagnósticos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, los cuales son tratados con diferentes formas de abordajes terapéuticos. La terapia cognitivo conductual, y sus desarrollos más actuales, que se engloban en la terapia cognitivo conductual de tercera generación, es una de las formas de abordaje más utilizada en el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos.

De la misma forma en que existen diferentes modelos de abordaje terapéutico, existen diferentes medios para la implementación de dichos tratamientos. Los avances de las nuevas tecnologías, han permitido desarrollar nuevas formas de trabajo con los pacientes, en las que no se hace necesario la relación cara a cara, y en las que se puede acceder a la información y al tratamiento en el momento y lugar en el que se necesita. La tecnología de los dispositivos móviles de conexión inalámbrica y las aplicaciones desarrolladas para los mismos, son una de las herramientas más utilizadas en este campo en la actualidad. El uso de estos dispositivos por una gran parte de la población, ha incentivado el desarrollo de herramientas de utilidad para las distintas áreas de la vida cotidiana, siendo una de estas, el ámbito de la salud.

En el ámbito de la salud, se han desarrollado diversos tipos de aplicaciones dirigidas a los profesionales, así como a las personas que utilizan los servicios de la sanidad. En la salud mental, ha existido un gran interés en la utilización de los dispositivos tecnológicos, como herramientas útiles en la investigación y tratamiento de diferentes

trastornos psiquiátricos. Debido a este creciente interés y uso de los teléfonos móviles en la salud mental, en el presente trabajo se realiza una revisión narrativa de las bases que sustentan la creación y utilización de las Apps en el trabajo con pacientes psiquiátricos. Para alcanzar este objetivo se procede a un análisis detallado de los siguientes temas: Dispositivos móviles y salud. Salud mental y telefonía móvil. Terapia cognitivo conductual de tercera generación y su utilización a través de los dispositivos móviles.

Del análisis de cada una de estas áreas, se extraen las bases teóricas que sustentan el diseño de una aplicación para dispositivos móviles, destinado a personas que puedan experimentar crisis de ansiedad, crisis depresivas o estados emocionales alterados.

Metodología de revisión bibliográfica

En el presente trabajo se realiza una revisión narrativa¹. El método de trabajo que se realiza para alcanzar el objetivo de la misma, es la de delimitar, en un primer momento las palabras claves que se utilizan en la búsqueda de la información. Para este fin, se utilizan la siguientes palabras claves: eMental, eHealth, mHealth, smartpone, applications, ecological momentary assessment, psychiatric disorders, mental health, anxiety, depression, CBT, third wave, cognitive behavior therapy, meta-analysis.

La revisión bibliográfica realizada, se centra en la búsqueda de ensayos controlados, revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis, en los que se estudia la eficacia de distintas Apps, destinadas al trabajo en el área de la salud y en la salud mental; se toman en cuenta las publicaciones que trabajan con las terapias cognitivo conductuales

de tercera generación y el modelos de Ecological Momentary Assessment (EMA).

Una vez delimitadas las palabras claves y el tipo de publicaciones de interés, se realiza la búsqueda de los artículos y revistas, accediendo a las bases de datos, a través del portal on line, de la Universidad de Barcelona. En este caso las bases de datos consultadas son: PubMed, MedLine, PsycInfo, Web of Science y en las publicaciones recopiladas en el Directory of Open Access Journal, así como en la revisión de literatura especializada en los diferentes temas estudiados. La revisión bibliográfica se ha realizado en el lapso comprendido entre septiembre y octubre del año 2017.

Del material revisado, se extraen conclusiones sobre la eficacia de las Apps en el tratamiento de la depresión y ansiedad. Ventajas del uso de las Apps en el área de la salud y en la salud mental. Mejoría de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión cuando son tratados con las terapias cognitivo conductual de tercera generación a través de los dispositivos móviles.

Dispositivos móviles y salud

El uso de los dispositivos de telefonía móvil, es una práctica que año a año va en rápido aumento. Cada día, miles de usuarios se unen al mercado de las personas que consumen este tipo de dispositivos. De acuerdo con las estadísticas ofrecidas por la Unión Internacional de Telecomunicaciones, se estima que para el año 2018, el número de suscripciones a la telefonía móvil, supere los 7 mil millones de suscripciones, pudiendo llegar a ser más de 5 mil millones de personas la que tengan acceso al uso de la telefonía móvil².

Características de los dispositivos móviles y su uso en la salud

La distribución de los dispositivos móviles en las diferentes áreas del planeta, permiten atribuirles la característica de universalidad, por su rápido aumento en la población y por el dominio de la telefonía móvil en la prestación de los servicios básicos de las telecomunicaciones³.

Con el desarrollo de la tecnología y la creación de los teléfonos inteligentes, se incorporan innovaciones, utilidades y ventajas en las prestaciones de los servicios que se ofrecen a través de la telefonía móvil, lo cual permite que estos dispositivos puedan tener usos muy variados en la vida cotidiana de cada persona, como son las áreas de las finanzas, transporte, educación, entretenimiento, turismo, comercio, agricultura, alimentación, salud, y otras. Es así como estos dispositivos se han convertido en una herramienta de utilidad, por su diversidad de aplicaciones y por el fácil manejo y portabilidad del mismo⁴.

La portabilidad de los dispositivos móviles, es una de sus características, que los hacen útiles en su utilización en el área de la salud. Debido a que son dispositivos de fácil transporte y conectividad, la persona puede llevarlo consigo a cualquier lugar a donde se traslade y usarlo en la mayoría de las localidades en las que se encuentre⁵⁻⁶. Esto permite utilizar los sistemas de soporte para el cuidado de su salud en cualquier lugar al que se desplace el usuario. Sin embargo, la persona que se desplaza con su dispositivo, debe prever la conectividad a la que pueda acceder en cada lugar al que se desplace para poder utilizar los soportes inalámbricos.

La utilización de la informática móvil y las tecnologías de la comunicación para el cuidado de la salud, es lo que se ha llamado m-Health o e-Health. Estas definiciones se

usan de manera muy variada y no siempre de forma coincidente, por lo que en el presente trabajo, se considera la definición propuesta por el Observatorio Global de la Salud (GOe), que definió m-Health como las prácticas de la salud, soportadas por los dispositivos móviles, tales como teléfonos móviles, dispositivos móviles de monitoreo, asistente personal digital y otros dispositivos inalámbricos². En el área de la salud, las aplicaciones tecnológicas pueden ser concebidas como herramientas que ayudan a facilitar los procesos, funciones o servicios de salud⁷. Los desarrollos en las comunicaciones inalámbricas, en especial en los avances de los dispositivos móviles, ha tenido un impacto en los servicios de asistencia sanitaria. Los nuevos avances en la tecnología han favorecido el interés en la creación de aplicaciones móviles destinadas a promover conductas saludables en la población, así como a ofrecer estrategias adecuadas, para lograr un mejor control y manejo de una determinada enfermedad⁵⁻⁶.

Este desarrollo tecnológico permite generar aplicaciones que ofrecen al usuario la posibilidad de utilizar el dispositivo de forma interactiva, y le da la opción a la persona de poder obtener una asistencia adicional en el caso que lo necesite. Se complementa así, el soporte que le brinda el personal sanitario al paciente, ofreciendo mensajes motivadores, monitoreo de parámetros físicos y cambios de conductas en los hábitos relacionados con la salud, a través de los dispositivos móviles, además de los que pueda recibir en la asistencia cara a cara tradicional⁵.

Las distintas intervenciones que se pueden realizar desde este tipo de dispositivos, pueden variar desde envíos de mensaje tipo SMS, que puedan servir como recordatorios o alarmas, que ayuden a la persona en los controles sobre su salud, hasta dispositivos con sensores que permitan acceder a mediciones

de respuestas biológicas, como frecuencia cardíaca, nivel de glucosa en sangre³⁻⁸. Además de su utilidad para los pacientes, las aplicaciones móviles también se han desarrollado como herramientas de ayuda en el trabajo, para los profesionales de la salud.

El observatorio Global de la Salud (GOe), ha realizado una categorización de los distintos tipos de programas en los que se utilizan los dispositivos tecnológicos (mHealth). Los programas que forman parte del sistema de salud mHealth son los siguientes: Llamadas gratuitas de emergencia, centros de llamadas para temas de salud, servicios tecnológicos de recordatorios de citas, movilización comunitaria en programas de salud, información a través de dispositivos tecnológicos sobre temas de la salud, telesalud móvil, sistemas de gestión de emergencia, registros de pacientes, aprendizaje con recursos educativos online, monitoreo del paciente, encuestas de salud, adherencia al tratamiento, vigilancia en la recolección de datos, manejo y reportes de la salud pública y sistemas de soporte en la toma de decisión³.

Aplicaciones móviles. Salud y conducta saludable.

Una de las áreas que ha recibido más atención para desarrollar aplicaciones en el área del cuidado de la salud, es la que tiene que ver con la promoción de conductas saludables. Existe una gran cantidad de aplicaciones destinadas a promover hábitos de alimentación, actividad física saludable, así como la creación de aplicaciones destinadas al cese del hábito de fumar. Otra área, en la que se innova y crean cada día más aplicaciones para los dispositivos móviles, es la que tiene que ver con mejoras en el control de la enfermedad, en el que se le brinda un soporte electrónico a los pacientes para controlar

y regular el uso de la medicación prescrita para una enfermedad, mejorar el tratamiento y control de enfermedades como la diabetes o el asma, alteraciones cardíacas y otras enfermedades crónicas⁸.

Los sistemas de atención médica que se utilizan a través de los dispositivos móviles, están diseñados para mejorar la atención del paciente en el hospital, en el hogar o de forma remota y pueden abarcar las siguientes tareas: monitorear y observar el tratamiento, recordar eventos referidos a la salud, movilización comunitaria para la promoción de la salud, encuestas sobre temas de salud, monitoreo de pacientes, sistemas de apoyo, registro y toma de decisiones de los pacientes, así como para la entrega de información directa al paciente a través de sistemas de audio o video³⁻⁵⁻⁹⁻¹⁰.

Se ha reportado, que las intervenciones a través de internet (página web) y a través de los teléfonos móviles, con mensajes de texto (SMS), recordatorios y alarmas, y aplicaciones móviles; han reportado una eficacia potencial para mejorar las prácticas de cuidados y adhesión a los tratamientos de los pacientes en diferentes patologías¹¹, en las que se incluye la diabetes¹²⁻¹³, el cáncer¹⁴, la enfermedad coronaria¹⁵ y la psoriasis¹⁶. Este tipo de intervenciones, también se han utilizado con eficacia, para implementar intervenciones basadas en la promoción de comportamientos relacionados con la salud, como dejar de fumar¹⁷⁻¹⁸, actividad física¹⁹ y la reducción de peso²⁰.

En la actualidad, un gran número de pacientes aprovechan las aplicaciones destinadas al ámbito de la salud, para mejorar y ayudar a su propia vida y bienestar. Aunque los beneficios de las aplicaciones de la salud son positivos y bastante prometedores, aún queda mucho por hacer en el dominio particular para hacerlo aún más exitoso y ampliamente difundido⁶.

Salud mental y telefonía móvil

Los trastornos mentales son una de las principales causas mundiales de discapacidad, se observa un aumento de los trastornos en los diagnósticos psiquiátricos, especialmente en los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos²¹. Este incremento en los diagnósticos, así como el gran costo emocional y económico en el tratamiento de los mismos, ha favorecido el desarrollo de intervenciones a través de los medios tecnológicos disponibles²². De aquí que el desafío que se plantea, es el de poder mejorar los tratamientos y ampliar el acceso a la atención en salud mental, con el desarrollo de las nuevas tecnologías móviles²³.

La salud mental cuenta con herramientas tecnológicas de soporte. El desarrollo y avance en la tecnología de los dispositivos móviles, ha permitido el diseño de distintas herramientas y técnicas que pueden ser utilizadas como soporte al asesoramiento e intervención psicológica. Estas nuevas herramientas representan unos medios accesibles para la exploración de nuevas estrategias para el monitoreo, tratamiento e investigación de los trastornos psiquiátricos²⁴.

Las cuatro grandes áreas en las que se utilizan los dispositivos tecnológicos en la salud mental son las que tiene que ver con suministro de información; detección, evaluación y supervisión de paciente; intervención y apoyo social²⁵.

Para tales fines, hay diferentes herramientas tecnológicas a ser utilizadas que son: videoconferencias, consultas psicológicas on-line, Realidad Virtual y las aplicaciones móviles. En la presente revisión se centra la atención en el desarrollo de las aplicaciones móviles dirigidas a los pacientes en el área de la salud mental²⁶.

Aplicaciones móviles en la salud mental. Ventajas y fortalezas

La primera aplicación para teléfonos móviles, destinada para el campo de la salud, apareció en el año 2008. A partir de la creación de esta primera aplicación, el crecimiento de las mismas ha ido en un rápido aumento y se han contabilizado para el año 2013, más de 10.000 aplicaciones; un cuarto de las mismas, están destinadas al abordaje de los trastornos en salud mental²⁷⁻²⁸.

Las aplicaciones que se utilizan en el campo de la salud mental, tienen una serie de fortalezas y ventajas, que favorecen su utilización en éste campo. Las ventajas que se han descrito son las siguientes:

- 1- La primera de las ventajas que tienen las aplicaciones, es la que tiene que ver con la comunicación en la obtención y difusión de la información. El usuario tiene la posibilidad de realizar una búsqueda de información y/o ayuda, desde un entorno privado²⁹⁻³⁰ y como estas aplicaciones se usan de forma anónima, le ofrece al usuario la posibilidad de vencer el miedo, la vergüenza y el estigma, que son preocupaciones comunes de los pacientes del campo de la salud mental³⁰⁻³¹⁻³². También proporcionan un registro permanente de la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud³³, y por lo tanto, permite una supervisión y un seguimiento adecuado de la situación de los pacientes. La comunicación que ofrecen estos dispositivos, también se extiende al contacto que se establece con personas que presentan problemáticas similares, lo que en muchos casos funciona como un potenciador de las ayudas, ya que se comparten estrategias de afrontamiento y de apoyo³⁰.

- 2 - La segunda de las ventajas, es que son accesibles y asequibles. Es decir, estas aplicaciones se encuentran al alcance de cualquier persona, y pueden ser comprendidas por todos los usuarios, a la vez que no representan un costo para los pacientes por lo que pueden acceder a ellas. De este modo, pueden tener acceso a los servicios ofrecidos por los dispositivos móviles, todas aquellas personas que lo necesiten y tengan a su disposición la tecnología móvil. Se vencen así las barreras que tienen para acceder a los servicios, las personas que viven en lugares remotos y poco comunicados, las personas mayores con escasa movilidad, las personas con minusvalía y las que no cuentan con recursos económicos³⁰⁻³¹⁻³²⁻³⁴⁻³⁵.
- 3- En tercer lugar, las herramientas ofrecidas a través de los dispositivos móviles destinadas a los pacientes de la salud mental, les ofrecen a los usuarios tener un mayor control y poder sobre lo que le pasa. Se empodera así a los pacientes, ya que tienen más responsabilidad sobre su situación y esto los lleva a realizar más registros y conductas que le brindan una retroalimentación, que a su vez le ayuda a ir desarrollando nuevas habilidades de afrontamiento³⁰⁻³⁵. Esta mayor responsabilidad que se desarrolla favorece la adherencia y compromiso con el tratamiento³⁰.
- 4- La cuarta ventaja, tiene que ver con la posibilidad de personalizar y adaptar las aplicaciones a las necesidades de los pacientes o a los distintos grupos de usuarios. Es así como se pueden personalizar tomando en cuenta tanto el grupo étnico al que se pertenece, la edad y el sexo. También se puede personalizar el contenido, por lo que éste es más probable que sea leído, recordado y visto como algo relevante para el usuario al que se le ha personalizado³⁰⁻³⁶.
- 5- Una quinta ventaja que potencia el uso de las aplicaciones móviles, como herramienta de soporte en el tratamiento de los trastornos psicológicos, es la que tiene que ver con la posibilidad de realizar registros y hacer intervenciones en el lugar y tiempo en el que ocurre un evento³⁷⁻³⁸.

Aplicaciones móviles (Apps) y soporte terapéutico en tiempo real

La evaluación e intervención psicológica en tiempo real, también conocidas como Ecological Momentary Assessment (EMA) y Ecological Momentary Interventions (EMI), son dos formas de aproximaciones que permiten entender el fenómeno psicológico en el momento y situación de su ocurrencia. Estas nuevas formas de evaluación e intervención, EMA y EMI, presentan ventajas que son relevantes de mencionar. En primer lugar, al evaluar el objeto de estudio en la situación real y en el tiempo real, se accede al mismo sin distorsiones provenientes de diferentes fuentes, como pueden ser el uso de la memoria para registrar datos y las condiciones artificiales en el ambiente en el que se hacen las evaluaciones e intervenciones. Para la recolección de la información, la tecnología de los teléfonos móviles, permite plantearse nuevas formas de registros y evaluaciones de los procesos psicológicos, como es el uso de los dispositivos para capturar en tiempo real la información³⁸⁻³⁹.

El poder captar lo que se estudia en su contexto y tiempo natural, permite tener una mayor validez ecológica, garantizando esto, que los registros e intervenciones son válidos para el momento y situación en la que se interviene o registran datos, así como la implementación de intervenciones más personalizadas, ya que se puede aseso-

rar a las personas sobre lo que le está pasando, en su contexto natural, sin que esto tenga que ser en un hospital o en los centros asistenciales⁴⁰.

Por otra parte, el registro de los datos que se realiza en el tiempo real, permite conocer mejor la variabilidad que presenta cada sujeto, ya que se pueden analizar eventos similares, registrados en situaciones y momentos distintos³⁸, a la vez se pueden estudiar las diversas relaciones entre las distintas variables implicadas en el comportamiento del sujeto.

Con este tipo de aproximación, lo que se persigue estudiar son las diferentes interacciones entre los distintos aspectos que conforman el objeto de análisis. El estudio de estas interacciones se pretende realizar en tiempo real, es decir, se pretende obtener registros de la situación en el momento y en la situación real en la que ocurren⁴¹.

Utilidad de los dispositivos móviles en la salud mental

El uso de los teléfonos móviles en el ámbito de la salud mental se ha desarrollado mayoritariamente en dos grandes áreas; por una parte ha tenido un mayor énfasis en el ámbito de la psicoeducación, y por otra, se ha destinado al abordaje de los trastornos psiquiátricos. Las aplicaciones diseñadas para abordar los trastornos psiquiátricos contemplan la monitorización de los síntomas, y la evaluación y manejo de los mismos⁴².

En el área de la psicoeducación, lo que se ha tratado de alcanzar es que el usuario pueda tener acceso a la información necesaria para abordar temas relevantes para la prevención y manejo de los trastornos mentales, así como brindar las herramientas necesarias para afrontar situaciones que pue-

dan llegar a ser perturbadoras. Se transmite la información de manera generalizada, con rapidez y bajo coste, a una gran cantidad de personas, a la vez que puede llegar a todas aquellas personas que están lejos de los servicios de atención primaria, y a las personas que no acuden a los servicios de salud mental, por el estigma, que todavía, hoy en día, representan los tratamientos en el área de psiquiatría⁴³. Así mismo, se han desarrollado aplicaciones destinadas a la promoción de la vida saludable para pacientes diagnosticados con trastornos mentales⁴⁴. La distribución de los dispositivos móviles, a lo largo de todos los países y ciudades, permite superar las barreras de acceso a los servicios de salud presenciales, por lo que se puede llevar así la psicoterapia y la salud mental a áreas remotas, áreas rurales y espacios urbanos que están socialmente marginados⁴⁵.

Las aplicaciones para teléfonos móviles que han sido creadas para dar servicios en el área de la salud mental, se suelen utilizar como complemento de la atención cara a cara, o como parte de un entorno híbrido en el que el paciente recibe tanto atención personalizada, como atención en línea. Tomando en cuenta los distintos usos de la tecnología de los dispositivos móviles, las aplicaciones desarrolladas para su uso en el campo de la salud mental se pueden dividir en tres categorías:

- 1- Como medio de comunicación para la psicoterapia. Se transmite información sobre temas relacionados con la salud mental, a través de videoconferencias.
- 2- Como una extensión de la psicoterapia, en el que se usa el móvil, como una herramienta para registrar y monitorear síntomas, estados afectivos y actividades que la persona realice en su vida diaria. Este tipo de uso, le confiere un valor relevante, ya que se pueden realizar registros en el

momento real en el que están ocurriendo al mismo tiempo, los síntomas, las emociones y las conductas.

3- Como intervenciones psicosociales⁹.

Aplicaciones móviles y trastornos psiquiátricos

La utilización de las aplicaciones móviles abarca un amplio rango de posibilidades en el soporte del tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Una de las áreas que se contempla, es la del monitoreo de los síntomas. Monitorear activamente los síntomas de una persona, a través de los teléfonos móviles, aumenta la autoconciencia emocional y adherencia al tratamiento⁴⁶.

Se han realizado distintas investigaciones en las que se busca valorar la eficacia de las distintas aplicaciones utilizadas. La gran variedad de recursos utilizados para cada aplicación, los distintos enfoques teóricos que sustentan cada una de ellas y el objetivo que persiguen hacen complejas las comparaciones que se establecen entre ellas²⁷.

Los trastornos psiquiátricos para los que se han desarrollado mayor número de aplicaciones, son las que abordan los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos²⁵. Sin embargo, también se han diseñado aplicaciones dirigidas al tratamiento de los trastornos bipolares⁴⁷, psicosis⁴⁸, trastornos por abuso de sustancia⁴⁹, estrés post traumático intentos suicidas y trastornos alimentarios⁵⁰.

Los enfoques terapéuticos diseñados para estas aplicaciones incluyen las siguientes actividades; ejercicios de relajación, manejo del estrés, chequeo de síntomas, audios relajantes, soporte interpersonal, diario, conexión con recursos de salud mental, grupos de soporte, hipnosis, meditación, terapia cognitiva, manejo de las crisis y manejo de la medicación⁵¹.

En el caso de la depresión, las aplicaciones móviles han resultado ser efectivas a la hora de hacer una criba entre los síntomas de una depresión, de aquellos que no lo son⁵², los trastornos depresivos, también alcanzan mejoras en la reducción de la sintomatología, cuando se utilizan las intervenciones a través de los dispositivos móviles³⁴⁻⁵³⁻⁵⁴. Este resultado, también se reporta en las intervenciones que se realizan con pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, ansiedad social, ansiedad generalizada, así como con trastorno de pánico³⁴⁻⁴²⁻⁵⁵. Sin embargo, los resultados no siempre resultan significativos cuando se comparan con la intervención cara a cara³⁴⁻⁴²⁻⁵⁴⁻⁵⁵.

Las conductas suicidas, son otro foco de atención en el desarrollo de las aplicaciones móviles. El poder disponer de herramientas, a través de los dispositivos móviles, que ayuden al monitoreo de las emociones asociadas a las conductas impulsivas auto-agresivas, favorecen la prevención del suicidio⁵⁶⁻⁵⁷. Los beneficios reportados por estas aplicaciones no resultan concluyentes, se necesitan más investigaciones en esta área⁵⁸. Sin embargo, una conclusión que se puede extraer de las investigaciones, es que las aplicaciones, utilizadas como herramientas de autoayuda, son beneficiosas cuando se usa de forma conjunta con la terapia cara a cara tradicional⁵⁰.

La mayoría de las investigaciones han concluido que las aplicaciones móviles pueden ofrecer beneficios en el tratamiento de los trastornos psicológicos, sin embargo, las mejoras encontradas no siempre representan, de manera concluyente, los beneficios clínicos que se pueden obtener. De esto se desprende que la investigación futura en ésta área debe enfatizar en la mejora de las intervenciones, desarrollando intervenciones complejas que permitan abarcar la complejidad de los trastornos estudiados⁸.

Es así como la tecnología del teléfono móvil, ofrece una plataforma simple, flexible, conveniente y extensamente accesible, para acceder a los recursos de soporte en el área de la salud mental que son distribuidos a través de las conexiones inalámbricas. Esta condición permite que esté al alcance de la mayoría de las personas, los servicios de soporte en la salud mental a los que se puede acceder a través de los dispositivos móviles y que así mismo, puedan lograr beneficios las personas que los utilizan. Todo esto ha favorecido un creciente aumento de aplicaciones móviles destinadas al abordaje de la salud, lo que hace necesario más estudios que ayuden a valorar la eficacia de las mismas³⁹.

En síntesis, se puede decir, que la aparición de las nuevas tecnologías de aplicación móvil, y la utilización de las mismas en el campo de la salud mental, ha reportado muchos beneficios, como pueden ser, el incremento de las personas de áreas rurales que puedan acceder a los servicios de salud mental, así como la posibilidad de mejorar los auto-reportes de las conductas y síntomas que puedan ser registrados por el paciente en cualquier situación y en tiempo real, gracias a la portabilidad de los dispositivos. Estas ventajas mencionadas, pueden hacer que el teléfono móvil y su uso inteligente, pueda reducir la vulnerabilidad social de las persona con riesgo de exclusión, pudiendo participar estas personas en terapias psicosociales que utilicen el teléfono móvil como herramientas de prevención, inclusión o rehabilitación social¹⁰⁻²⁵.

No hay duda, que estas nuevas formas de tratamiento, basadas en la tecnología móvil, complementan y amplían los enfoques actuales en el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales⁵⁹. Sin embargo, hay que destacar, que un gran porcentaje de las intervenciones realizadas a través de los medios tecnológicos, fueron eficaces para

lograr cambios positivos o la reducción de los síntomas, sin evidenciarse una clara superioridad o inferioridad en comparación con las intervenciones cara a cara ⁶⁰⁻⁶¹⁻⁶²⁻⁶³⁻⁶⁴⁻⁶⁵⁻⁶⁶.

Al mismo tiempo de ofrecer ventajas a los pacientes diagnosticados con algún tipo de trastorno psiquiátrico, también ofrecen ventajas para los terapeutas, ya que le permite la implementación de nuevas técnicas de tratamiento, en las que se hace posible, ofrecer a la persona, de manera continua y constante, instrucciones para el uso de las nuevas técnicas de tratamiento. Se requiere en la actualidad, familiarizar cada día más a los terapeutas, en el uso de las aplicaciones como herramientas de soporte en el abordaje de los trastornos mentales⁶⁷.

Otra ventaja es que puede ayudar a reducir el tiempo de espera para las citas y disminuir la necesidad de reunirse en persona con el paciente, por lo que se puede disminuir la carga de trabajo de los profesionales de la salud mental⁶⁸. Esta ventaja surge del soporte que brindan las aplicaciones, al permitirle al paciente registrar y trabajar en su terapia, desde lugares distantes a la consulta médica.

Terapias de tercera generación cognitivo conductual en la depresión y ansiedad. Utilidad en las aplicaciones móviles (apps)

Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, son dos diagnósticos de elevada incidencia en la actualidad y los modelos de abordaje psicoterapéutico más utilizados en el abordaje de estas patologías, son los que se encuentran englobados dentro de las terapias de tercera generación o terapias contextuales, que también se conocen como terapias de tercera generación cognitivo conductual.

La idea central de los modelos contextuales, es el entender toda actividad humana en el contexto al que pertenece, considerando los eventos psicológicos como acciones que están ocurriendo en una persona que a su vez está interactuando en un contexto que está histórica y situacionalmente definido⁶⁹⁻⁷⁰; es decir, se entiende todo comportamiento humano en términos interactivos, funcionales y contextuales, por lo que el trastorno no es algo que se encuentre en la persona, sino que la persona es la que se encuentra en unas circunstancias o situación problemática⁷¹.

Los enfoques de tercera generación o tercera ola de las terapias cognitivo conductuales, se caracterizan porque centran su atención en modificar el contexto en el que ocurre un determinado evento particular, en lugar de modificar la forma y frecuencia del mismo, es decir, un énfasis en alterar la forma en que un individuo se relaciona y responde a su pensamientos, sensaciones corporales y emociones, en lugar de cambiar el contenido o la intensidad de estos comportamientos. Estos cambios son promovidos focalizando el proceso de cambio en la aceptación de la experiencia, la atención en el momento presente y en los valores personales⁷²⁻⁷³. No interesa entender el origen causal del síntoma ni la reducción del mismo, lo que interesa es entender las interacciones en el contexto que aparece, y la funcionalidad del mismo, para reducir así la evitación de las experiencias y aumentar la aceptación y apertura y el compromiso con los valores⁷⁴.

Como lo explica Perez Alvarez⁷⁵, las siguientes cuatro características son importantes para entender los modelos contextuales:

La primera característica es la de entender el trastorno tomando en cuenta la historia co-evolutiva de la persona y sus circunstancias. La segunda es comprender las relaciones

que establecen las personas en su vida diaria y a lo largo de su evolución y desarrollo, entendiendo a la persona con sus propias experiencias, sentimientos, pensamientos y eventos privados. Como tercera característica está el desarrollo de dos nuevos principios en el tratamiento. La aceptación, que es abandonar la lucha contra los síntomas; y la activación, que se refiere a entender el problema en un nuevo contexto, por lo que la activación supone actuar para cambiar la situación y circunstancias que están manteniendo el problema; se busca así un cambio conductual hacia la consecución de objetivos deseados por la persona. La cuarta y última característica de estos modelos, es la medición de la eficacia de la psicoterapia, centrándose en los logros personales, más que en la reducción de los síntomas. La interrelación y variaciones mutuas, que van surgiendo entre las circunstancias en las que aparece el síntoma, y las repercusiones que tiene en las respuestas que da la persona, es el núcleo que interesa en el abordaje terapéutico de los síntomas psicológicos en las terapias basadas en los modelos contextuales.

De aquí que lo que importa es que se pueda cambiar el contexto en el que el problema y los síntomas ocurren. Las terapias contextuales o de tercera generación, abordan distintos trastornos psicológicos, utilizándose con un alto índice de eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión⁷⁶. Sin embargo, las mejoras reportadas por este tipo de terapia son pequeñas, por lo que se hace necesario nuevas investigaciones que profundicen en la eficiencia de este tipo de abordaje terapéutico⁷⁷.

El abordaje de los trastornos psicológicos, en especial los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, cuando son tratados siguiendo las pautas establecidas por las terapias de tercera generación cognitivo

conductual, requieren de la integración de la información proveniente de diferentes aspectos que conforman la realidad. Esta complejidad de los datos, puede ser abordada de una forma más completa con las herramientas de la tecnología móvil. Es por esta razón, que se han diseñado evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas usando los dispositivos móviles, para distribuir los registros de recogidas de datos o intervenciones, en el momento y situación en el que ocurren, lo cual favorece la disminución de los síntomas, como ocurre con la ansiedad⁷⁸.

Se trabaja así, desde la perspectiva de la tercera generación de las terapias cognitivo conductuales, para abordar de forma más personalizada, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. En las investigaciones realizadas, los resultados indican que la tercera generación de la terapia cognitivo conductual, llevada a cabo a través de los dispositivos móviles, obtiene resultados positivos cuando se trabaja sobre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁷⁹.

Una gran cantidad de pacientes con estos diagnósticos presentan con frecuencia, crisis depresivas o de ansiedad, que pueden requerir de la atención de los servicios médicos. Es en estos casos de crisis, es en los que se considera que puede ser de utilidad, el uso de la tecnología del teléfono móvil, para ayudar a las personas en el momento en que está experimentando la crisis.

En el marco de estas situaciones, en las que la persona puede presentar estados emocionales alterados que no logra controlar, es que se desarrolla la presente aplicación, que tiene como objetivo que la persona pueda alcanzar el control sobre el estado de crisis que está viviendo. La aplicación móvil, pretende trabajar con la situación de crisis que experimenta la persona, tomando en cuenta,

la circunstancia en la que surge la crisis y las repercusiones que tiene sobre la conducta, sobre el cuerpo y sobre el pensamiento de la persona, enfrentado el problema, en el momento en el que está ocurriendo, sin tener que esperar a una visita psiquiátrica o psicológica.

Características de una aplicación móvil para su uso en salud mental

En el presente existe un gran número de aplicaciones para los dispositivos móviles, que se han destinado al área de la salud. La gran diversidad de las mismas, los diferentes usos a los que se destinan, los cambios en los avances de la tecnología que conllevan la creación de nuevas aplicaciones; hacen que sea una tarea compleja, la selección de una de ellas para tratar una determinada patología o para ser utilizada en el ámbito psicoeducativo o psicosocial⁸⁰.

Debido a la gran diversidad de las aplicaciones destinadas a la salud, se ha buscado establecer pautas para evaluar la calidad de las mismas. Se han planteado distintas listas de verificación en las que se evalúan tanto los aspectos estéticos, así como los aspectos que le brindan una fiabilidad a las mismas⁸¹⁻⁸²⁻⁸³. Sin embargo, no ha sido fácil evaluar ni englobar todos los aspectos de las aplicaciones en las categorías de evaluación que se han realizado.

Tomando en consideración las distintas escalas realizadas, y valorando los distintos aspectos que componen las aplicaciones, se ha diseñado una escala que pretende proporcionar una medida multidimensional en la que se engloban las siguientes categorías⁸²⁻⁸³:

1- Compromiso, en la que se valora lo entretenida y divertida que pueda ser al usarla,

el interés que despierte a la persona, la personalización que permita la aplicación, la posibilidad de interacción y si se adapta su presentación a las personas a las que va dirigida.

- 2- Funcionalidad, en la que se valora su precisión en el uso, su facilidad de uso, la facilidad en la navegación entre las distintas secciones de la aplicación y si el diseño es consistente tomando en cuenta todos sus componentes.
- 3- Estética, el diseño es atractivo, permite una buena visión de los elementos, los elementos visuales tienen una buena resolución.
- 4- Calidad de la información, se valora la precisión en la información que da, los objetivos que persigue, la calidad y cantidad de información, información visual que proporciona, credibilidad y las bases en las que se sustenta la aplicación.
- 5- Calidad subjetiva de la aplicación en esta se valora la apreciación subjetiva del usuario de la aplicación.

Existen diferentes escalas que evalúan a las aplicaciones móviles, en este caso se ha utilizado la Escala de clasificación de las aplicaciones móvil MARS⁸²⁻⁸³ (Mobile Application Rating Scale MARS), para diseñar la aplicación considerando los distintos aspectos a ser evaluados.

Además de tomar en cuenta los aspectos propios de la aplicación, es importante también destacar las categorías tecnológicas, que debe poseer la aplicación, para brindarle al usuario la seguridad y privacidad en el uso de la misma. Este es un punto de relevancia, debido a la delicadeza del dato con el que se trabaja en estas aplicaciones, que pertenecen a la vida privada del usuario, que es el de la salud. Por este motivo, se deben tener presentes los siguientes requerimientos en la seguridad de las aplicaciones móviles, destinadas al área de salud que han planteado⁴:

Confidencialidad de la información. Se le debe garantizar al usuario que los datos registrados en la aplicación no puedan ser vistos ni leídos por otras personas.

Integridad de los datos. Se debe garantizar a la persona que los datos registrados en la aplicación no puedan ser modificados por otra persona.

Disponibilidad del dato. Los datos que registra la aplicación, deben estar disponibles para el usuario de la aplicación.

Autenticidad del usuario. A la aplicación puede acceder solo la persona autorizada para el mismo.

En síntesis, se puede decir que existe una gran cantidad de intervenciones psicológicas disponibles en forma de aplicaciones, para su uso a través de los dispositivos móviles. Muchas de estas aplicaciones, consisten en una forma sencilla de los tratamientos presenciales existentes, y en otros casos, la aplicación ofrece herramientas de trabajo aisladas, como pueden ser los ejercicios que se realizan con objetivos muy concretos y precisos, como la relajación; en algunas aplicaciones se utilizan conjuntamente, los pasos de la psicoterapia, así como los ejercicios suplementarios al tratamiento²⁶. Las terapias de tercera generación cognitivo conductuales, se encuentran presentes en distintas aplicaciones, y reportan mejorías, en su mayoría, en los casos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

La mayor popularidad y funcionalidad de los dispositivos móviles tiene una serie de ventajas para la prestación de servicios de salud mental. Las aplicaciones móviles y su uso adecuado, tiene el potencial informar mejor a los usuarios, de la atención en salud mental, y ayuda a los mismos, a participar de forma más activa en su tratamiento. También favorece la atención después de que haya concluido el tratamiento formal, en los casos que sea necesario⁸⁴.

El interés en el desarrollo de nuevas aplicaciones en ésta área, viene muy determinado por las fortalezas que tiene esta herramienta. Una de ella es que permite el abordaje de las evaluaciones e intervenciones en el tiempo real y en la situación natural en la que ocurren y la otra es el gran potencial que tiene de poder llegar a lugares muy remotos y de difícil acceso de la población, lo que facilita que muchas más personas puedan acceder a este tipo de intervenciones.

A pesar de que existen muchas aplicaciones, con múltiples enfoques y objetivos de trabajo, es necesario evaluar que estas cumplan con los objetivos para lo que fueron diseñadas. Y para las nuevas aplicaciones que se diseñen, es recomendable programar las mismas, tomando en cuenta las características que puedan hacer de una aplicación, una herramienta útil y con alcance de los objetivos para la que fue diseñada, tomando en cuenta las características propias de la aplicación, como son su atractivo para ser usada, como el interés que despierta, la interactividad, claridad en su presentación, objetivo que persigue, facilidad de su uso, precisión de las instrucciones. Por otra parte, no hay que olvidar, las características propias de los dispositivos móviles, en las que es necesario garantizar la seguridad y privacidad de los datos que el usuario registra en la aplicación.

Diseño de aplicación móvil para la gestión de crisis emocionales

En la actualidad, en la vida cotidiana, las personas experimentan altos niveles de estrés que están determinados por las múltiples exigencias que le impone la vida diaria. Las fuentes de estrés a las que se ve sometida

la persona, pueden desencadenar emociones descontroladas que interfieren en la adecuada adaptación del sujeto a su entorno. Estas situaciones, unidas al aumento de las consultas psicológicas y psiquiátricas, en las que se pide ayuda, mayormente, por temas relacionados con sentimientos depresivos y crisis de ansiedad, permiten plantear la necesidad de ofrecer a las personas, una herramienta que pueda estar a su alcance para poder gestionar sus emociones en las ocasiones que la persona lo necesite.

Se presenta a continuación, el diseño de la aplicación, concebida para el abordaje de crisis de ansiedad, depresión y/ estados emocionales alterados, en personas con diagnóstico o no, de trastornos psiquiátricos. Se plantea el diseño de esta aplicación, como una herramienta que pueda ser útil para el manejo de las emociones cuando éstas no se logran controlar bien en su expresión.

Con el diseño de esta aplicación, se pretende que la persona pueda atajar las crisis emocionales, en el momento en que se producen, favoreciendo el autocontrol de las personas, reduciendo el riesgo de accidentes, conductas impulsivas y tentativas de autolesiones; de aquí que el objetivo sea lograr que el paciente pueda gestionar de forma efectiva sus emociones. Enmarcado este trabajo dentro de la metodología de trabajo EMA/ EMI, se pretende que la persona pueda obtener una ayuda y soporte terapéutico, en el momento en que está ocurriendo la crisis, en el momento en que lo necesita, pudiendo acceder a esta ayuda de forma inmediata y sin tener que trasladarse a un servicio de atención sanitaria. El soporte terapéutico en el que se basa esta aplicación, es en las terapias de tercera generación del modelo cognitivo conductual.

La concepción y diseño de la aplicación está orientada al abordaje de situaciones de crisis, esto hace que en ningún momento se

pretenda que la aplicación sea un sustituto de la terapia que pueda realizar un profesional del área de la salud mental.

La aplicación se diseña para ser utilizada a través de los dispositivos de conexión inalámbrica, y a través de la web, lo que permite que esta pueda ser utilizada por una gran cantidad de personas, a pesar de que éstas se puedan encontrar en zonas muy remotas y distantes de los servicios de salud.

Modo de uso de la aplicación

Para poder iniciar el uso de la aplicación, se ofrece al usuario una introducción, en la que se familiariza al usuario con el objetivo de la app, y la forma de uso de la misma. Esta primera aproximación, facilita el posterior uso de la aplicación

La App está diseñada para ser usada cuando la persona experimenta emociones alteradas. Se le ofrece al usuario la posibilidad de abordar la crisis de cuatro formas distintas:

- 1- Gestión de emociones.
- 2- Sesión de ejercicios de respiración y relajación.
- 3- Llamadas a familiares o conocidos.
- 4- Llamadas a servicios de emergencia.

Gestión de emociones

La gestión de emociones en la App, es la que le permite al usuario, un mayor trabajo y comprensión de lo que le sucede cuando experimenta una crisis emocional. Esta sesión de la App se diseña siguiendo las pautas de un test interactivo, en el que se le ofrece al usuario la posibilidad de evaluar el contexto general en el que aparece la crisis emocional.

Siguiendo las pautas del modelo planteado por las terapias de tercera generación, se introduce a la persona a una serie de preguntas que le permitan valorar:

Contexto en el que aparece la crisis: se explora la situación en la que aparece la crisis, considerando la presencia o no de otras personas en la situación de crisis y posibles conflictos con los otros.

Toma de conciencia sobre el estado general de la persona: se explora el estado físico, es decir, sensaciones corporales desagradables que puede estar experimentando, así como las ideas que presenta en la situación. Una vez valorado el estado de la persona, se pasa a explorar las acciones o conductas que realiza, y las repercusiones que tienen, así como los cambios que puede realizar en la situación en la que se desencadenó la crisis que puedan favorecer la modificación del contexto en el que se encuentra la persona.

Valoración de cambios en el estado emocional: Se valoran los cambios sobre el estado emocional de la persona, que la ha llevado al uso de la App. Si la persona no ha logrado un control satisfactorio de la crisis emocional, puede recurrir a la realización de ejercicios de respiración o de relajación que ayuden a la disminución de las emociones que experimenta. Si la persona en la valoración que hace de su estado emocional considera que no es capaz de controlar las emociones, se le ofrece la posibilidad de activar en la aplicación una llamada, a familiares o conocidos, o a los servicios de emergencia, con el objetivo de obtener un soporte externo que le ayude en el control de la crisis.

En la sesión de trabajo, se contempla la posibilidad, que una persona en la situación de crisis, pueda experimentar impulsos descontrolados, con los que pueda poner en peligro su integridad o la de otras personas. Es así como en estos casos, se le permite a la persona gestionar los impulsos, valorando los mismos en su intensidad y en las causas que los han generado, así como realizando ejercicios que le permitan controlar los mismos.

Ejercicios de respiración y relajación

La persona puede seleccionar directamente la sección de ejercicios cuando lo desee. Esta segunda opción que ofrece la aplicación, es la realización de diferentes ejercicios de respiración y relajación, que ayuden a la persona a disminuir los sentimientos desagradables que puede experimentar en un momento determinado. Si la persona accede directamente a este apartado, puede conseguir la disminución de sus emociones a través de la práctica de los ejercicios, sin buscar entender que la ha llevado a sentirse así.

Llamadas a familiares o amigos. Llamadas a servicios de emergencia

La tercera y cuarta de las opciones, van destinadas a pedir ayuda a otros, cuando en el momento de la crisis, la persona siente que no cuenta con los recursos para sentirse mejor por ella misma. En estos casos se le ofrece la posibilidad de llamar a personas conocidas que la puedan ayudar, que sería la opción de la aplicación denominada como Llamadas a familiares o conocidos; o se le ofrece la posibilidad de llamar a los servicios de emergencias, que sería la cuarta opción de la aplicación denominada como Llamada a los servicios de emergencia.

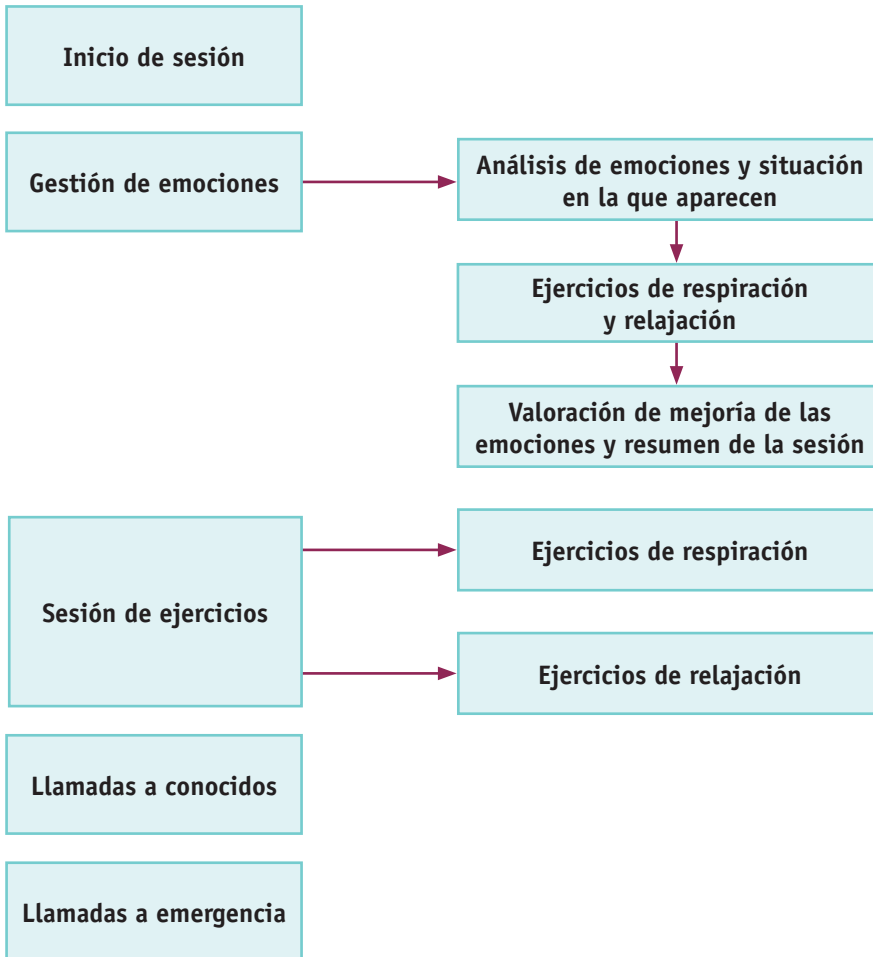
Al usar por primera vez la aplicación, se le presenta al usuario un cuestionario anónimo para obtener datos básicos que permitan personalizar la aplicación. En esta encuesta se evitarán preguntas que profundicen en la intimidad de la persona y se le pedirá que registre el nombre de familiares y conocidos con sus números de teléfono, a los que pueda recurrir en casos de emergencia, buscando la opción de Llamada a Familiares y Conocidos.

Esta información también será de forma anónima y se registrará como botones de llamada rápida configurados para un marcado rápido.

En el diseño de la aplicación, se contempla que el usuario pueda acceder a un resumen de lo que hace en cada sesión, y le permite guardar un historial de las distintas sesiones realizadas, funciones estas que ayudan a la persona a lograr un mayor dominio y control sobre sí mismo.

Una vez distribuida la aplicación para su uso, se hace necesario la valoración y evaluación de la misma, para lo cual se ha de realizar un estudio piloto y realizar los cambios pertinentes. Una vez que se ha evaluado la aplicación se permitirá la descarga y uso libre de la misma. Después de un tiempo de funcionamiento se realizará un análisis de los resultados reportados en la utilización de la aplicación.

Esquema del funcionamiento de la aplicación



Referencias

- (1) González IF, Urrútia, G & Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista española de cardiología*, 2011; 64(8):688-696.
- (2) Information and Communication Technology (ICT) Statistics ITU. <http://www.itu.int/ITU-D/ict/index.html>. 2017.
- (3) World Health Organization. Global Observatory for eHealth. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780>. 2016.
- (4) Wazid M, Zeadally S, Das AK & Odelu V. Analysis of security protocols for mobile healthcare. *Journal of medical systems*, 2016;40(11): 229.
- (5) Baig MM, GholamHosseini H y Connolly MJ. Mobile healthcare applications: system design review, critical issues and challenges. *Australasian physical & engineering sciences in medicine*, 2015;38(1): 23-38.
- (6) Paschou M, Sakkopoulos E & Tsakalidis A. easyHealthApps: e-Health Apps dynamic generation for smartphones & tablets. *Journal of medical systems*, 2013; 37: 9951. <https://doi.org/10.1007/s10916-013-9951-6>
- (7) Oh H, Rizo C, Enkin M & Jadad A. What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 2005; 7(1), e1. <http://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>
- (8) Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P & Haines A. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS medicine*, 2013; 10(1), e1001362 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- (9) Chan SR, Torous J, Hinton L & Yellowlees P. Mobile tele-mental health: increasing applications and a move to hybrid models of care. *Healthcare*, 2014; 2(2): 220-233. doi:10.3390/healthcare2020220
- (10) Vázquez MYG, Sexto CF, Rocha Á & Aguilera A. Mobile phones and psychosocial therapies with vulnerable people: A first state of the art. *Journal of medical systems*, 2016; 40(6): 157.
- (11) Berry N, Lobban F, Emsley R & Bucci S. Acceptability of Interventions Delivered Online and Through Mobile Phones for People Who Experience Severe Mental Health Problems: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 2016; 18(5), e121. <http://doi.org/10.2196/jmir.5250>
- (12) Cotter AP, Durant N, Agne AA & Cherrington AL. Internet interventions to support lifestyle modification for diabetes management: a systematic review of the evidence. *Journal of Diabetes and its Complications*, 2014;28(2): 243-251.
- (13) Holtz B & Lauckner C. Diabetes management via mobile phones: a

- systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 2012; 18(3): 175-184.
- (14) Northouse L, Schafenacker A, Barr KL, Katapodi M, Yoon H, Brittain K. & An L. A tailored web-based psycho-educational intervention for cancer patients and their family caregivers. *Cancer nursing*, 2014;37(5): 321-330
- (15) Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML & Dracup K. A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 2014;94(2): 261-268.
- (16) Bundy C, Pinder B, Bucci S, Reeves D, Griffiths CEM & Tarriner N. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. *British Journal of Dermatology*, 2013;169(2): 329-336.
- (17) Ubhi HK, Michie S, Kotz D, Wong WC & West R. A Mobile App to Aid Smoking Cessation: Preliminary Evaluation of SmokeFree28. *Journal of Medical Internet Research*, 2015;17(1), e17. <http://doi.org/10.2196/jmir.3479>
- (18) Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A & Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 11. 2012.
- (19) Hamel LM, Robbins LB & Wilbur J. Computer-and web-based interventions to increase preadolescent and adolescent physical activity: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 2011; 67(2): 251-268.
- (20) Stephens J & Allen J. Mobile Phone Interventions to Increase Physical Activity and Reduce Weight: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 2013;28(4): 320-329. <http://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318250a3e7>
- (21) Newby JM, Twomey C, Li SSS & Andrews G. Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2016;199: 30-41.
- (22) Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. CDBE2010 Study Group, & European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology*, 2012;19(1): 155-162.
- (23) Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS. et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475: 27-30. doi: 10.1038/475027a.
- (24) Torous J, Powell A & Knable MB. Quality assessment of self-directed software and mobile applications for the treatment of mental illness. *Psychiatric Annals*, 2016;46(10): 579-583.
- (25) Lal S & Adair CE. E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 2014;65(1):24-32.

- (26) Fairburn CG & Patel V. The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour research and therapy*, 2017;88: 19-25.
- (27) Menon V, Rajan TM & Sarkar S. Psychotherapeutic applications of mobile phone-based technologies: A systematic review of current research and trends. *Indian journal of psychological medicine*, 2017;39(1): 4-11.
- (28) Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR & Christensen H. Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 2013;15(11), e247. <http://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- (29) Ball MJ y Lillis J. E-health: transforming the physician/patient relationship. *International journal of medical informatics*, 2001;61(1): 1-10.
- (30) Basnet S, Tamminen M y Lahtl T. The feasibility of eHealth in mental health care. *Journal of addiction research & therapy*, 2014;5(4). doi 10.4172/2155-6105.10000205
- (31) McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA & Marks I. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2004;185(1): 55-62.
- (32) Etter JF. Comparing the Efficacy of Two Internet-Based, Computer-Tailored Smoking Cessation Programs: A Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2005;7(1), e2. <http://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e2>
- (33) Murphy LJ & Mitchell DL. When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 1998;26(1): 21-32.
- (34) Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ & Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy?. *Clinical psychology review*, 2011;31(1): 89-103.
- (35) Griffiths KM & Christensen H. Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 2007;15(2): 81-87.
- (36) LaBrie RA, Peller AJ, LaPlante DA, Bernhard B, Harper A, Schrier T & Shaffer HJ. A brief self-help toolkit intervention for gambling problems: A randomized multisite trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2012;82(2): 278-289.
- (37) Ebert DD, Zarski AC, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M. et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE* 10:e0119895. doi: 10.1371/journal.pone.0119895. 2015.

- (38) Runyan JD, Steenbergh TA, Bainbridge C, Daugherty DA, Oke L & Fry BN. A smartphone ecological momentary assessment/intervention “app” for collecting real-time data and promoting self-awareness. *PLoS One*, 8(8), e71325. August 14, 2013 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071325>
- (39) Schueller SM, Aguilera A & Mohr DC. Ecological momentary interventions for depression and anxiety. *Depression and anxiety*, 2017;34(6): 540-545.
- (40) Berrouiguet S, Baca-García E, Brandt S, Walter M & Courtet P. Fundamentals for Future Mobile-Health (mHealth): A Systematic Review of Mobile Phone and Web-Based Text Messaging in Mental Health. *Journal of Medical Internet Research*, 2016 ;18(6), e135. <http://doi.org/10.2196/jmir.5066>.
- (41) Gaudio BA, Moitra E, Ellenberg S & Arney MF. The promises and challenges of ecological momentary assessment in schizophrenia: development of an initial experimental protocol. *Healthcare* 2015, July; 3(3): 556-573.
- (42) Alyami M, Giri B, Alyami H y Sundram F. (2017). Social anxiety apps: a systematic review and assessment of app descriptors across mobile store platforms. *Evidence-based mental health*, 2017;20(3): 65-70.
- (43) Luxton DD, McCann RA, Bush NE, Mishkind MC & Reger GM. mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011;42(6): 505-512.
- (44) Macias C, Panch T, Hicks YM, Scolnick JS, Weene DL, Öngür D & Cohen BM. Using smartphone apps to promote psychiatric and physical well-being. *Psychiatric Quarterly*, 2015;86(4): 505-519.
- (45) Ferrás C, García Y, Aguilera A & Rocha Á. How Can Geography and Mobile Phones Contribute to Psychotherapy?. *Journal of medical systems*, 2017;41(6):92. <https://doi.org/10.1007/s10916-017-0742-3>
- (46) Reid SC, Kauer SD, Hearps SJ, Crooke AH, Khor AS, Sanci LA & Patton GC. A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: a randomised controlled trial. *BMC family practice*, 2011;12(1): 131.
- (47) Beiwinkel T, Kindermann S, Maier A, Kerl C, Moock J, Barbian G & Rössler W. Using Smartphones to Monitor Bipolar Disorder Symptoms: A Pilot Study. *JMIR Mental Health*, 2016; 3(1), e2. <http://doi.org/10.2196/mental.4560>
- (48) Palmier-Claus JE, Rogers A, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Lavery L & Lewis, S. W. Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people’s everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 2013;13(1), 34. *BMC Psychiatry* 2013;13:34 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-34>

- (49) Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG & Isham A. A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 2014;71(5), 566-572.
- (50) Grist R Porter J & Stallard P. Acceptability, Use, and Safety of a Mobile Phone App (BlueIce) for Young People Who Self-Harm: Qualitative Study of Service Users' Experience. *JMIR Mental Health*, 5(1), e16. <http://doi.org/10.2196/mental.8779>. 2018
- (51) Radovic A, Vona PL, Santostefano AM, Ciaravino S, Miller E & Stein BD. Smartphone applications for mental health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2016;19(7):465-470.
- (52) Jang SH, Woo YS, Hong JW, Yoon BH, Hwang TY, Kim MD & Bahk, WM. Use of a smartphone application to screen for depression and suicide in South Korea. *General hospital psychiatry*, 2017;46: 62-67.
- (53) Ly KH, Topooco N, Cederlund H, Wallin A, Bergström J, Molander O & Andersson Smartphone-supported versus full behavioural activation for depression: a randomised controlled trial. *PLoS One*, 10(5), e0126559. *Trial*. *PLOS ONE* 10(5): e0126559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126559>. 2015
- (54) Ly KH, Trüschel A, Jarl L, Magnusson S, Windahl T, Johansson R & Andersson G. Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(1), e003440. 2014.
- (55) Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G & Carlbring P. Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 2016;44: 27-35.
- (56) Franklin JC, Fox KR, Franklin CR, Kleiman EM, Ribeiro JD, Jaroszewski AC & Nock MK. A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2016;84(6): 544-557.
- (57) Stallard P, Porter J & Grist R. Safety, Acceptability, and Use of a Smartphone App, BlueIce, for Young People Who Self-Harm: Protocol for an Open Phase I Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e217. <http://doi.org/10.2196/resprot.6525>. 2016.
- (58) Hetrick SE, Robinson J, Burge E, Blandon R, Mobilio B, Rice SM, Davey CG. Youth Codesign of a Mobile Phone App to Facilitate Self-Monitoring and Management of Mood Symptoms in Young People With Major Depression, Suicidal Ideation, and Self-Harm. *JMIR Mental Health*, 5(1), e9. <http://doi.org/10.2196/mental.9041>. 2018

- (59) Meinschmidt G, Lee JH, Stalujanis E, Belardi A, Oh M, Jung EK & Tegethoff M. Smartphone-based psychotherapeutic micro-interventions to improve mood in a real-world setting. *Frontiers in psychology*, 7, 1112. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01112>. 2016.
- (60) Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H and Hedman E. Guided internet-based vs. Face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 288-295. doi: 10.1002/wps. 20151.
- (61) Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J and Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol. Med.* 2010;40:1943-1957. doi: 10.1017/S0033291710000772.
- (62) Griffiths KM, Farrer L and Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: A review of randomised controlled trials. *Med. J. Aust.* 2010; 192, S4-S11.
- (63) Morris ME and Aguilera A. Mobile, social, and wearable computing and the evolution of psychological practice. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 43, 622. doi: 10.1037/a0029041. 2012.
- (64) Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA and Stewart SH. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 3:CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565.pub2. 2016.
- (65) Richards D, Richardson T, Timulak L and McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Internet Interv.* 2015;2: 272-282. doi: 10.1016/j.invent.2015.07.003
- (66) Richards D and Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2012;32, 329-342. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- (67) Pierce B, Twohig MP & Levin ME. Perspectives on the use of acceptance and commitment therapy related mobile apps: Results from a survey of students and professionals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2016;5(4): 215-224.
- (68) Rathbone AL & Prescott J. The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 2017;19(8), e295. <http://doi.org/10.2196/jmir.7740>
- (69) Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies- Republished Article. *Behavior therapy*, 2016;47(6): 869-885.

- (70) White RG, Gregg J, Batten S, Hayes, L. L., & Kasujja, R. Contextual Behavioral Science and Global Mental Health: Synergies and opportunities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2017;6(3): 245-251.
- (71) Fernández MÁR, García MID & Crespo AV. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Bilbao. 2012.
- (72) Hayes SC, Villatte M, Levin M & Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 2011;7: 141-168.
- (73) O'Connor M, Munnely A, Whelan R & McHugh L. The Efficacy and Acceptability of Third-Wave Behavioral and Cognitive eHealth Treatments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy*, 2017;49(3):459-475.
- (74) Feliu-Soler A, Cebolla A, McCracken LM, D'Amico F, Knapp M, López-Montoyo A & Andrés-Rodríguez L. Economic Impact of Third-Wave Cognitive Behavioral Therapies: A Systematic Review and Quality Assessment of Economic Evaluations in Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy*, 2017;49(1):124-147.
- (75) Perez-Alvarez M. Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Ed. Síntesis. 2014.
- (76) Kahl KG, Winter L & Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, 2012; 25(6): 522-528.
- (77) Churchill R, Moore THM, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD008705. DOI: 10.1002/14651858.CD008705.pub2.
- (78) Loo Gee B, Griffiths KM & Gulliver A. Effectiveness of mobile technologies delivering Ecological Momentary Interventions for stress and anxiety: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2015; 23(1): 221-229.
- (79) Carlbring P, Hägglund M, Luthström A, Dahlin M, Kadowaki Å, Vernmark K & Andersson G. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2013;148(2): 331-337.
- (80) Cummings E, Borycki E & Roehrer E. (2013). Consumers Using Mobile Applications. Enabling Health and Healthcare Through ICT: Available, Tailored and Closer, 227.
- (81) Charnock D, Shepperd S, Needham G & Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of*

Epidemiology & Community Health,
1999;53(2):105-111.

- (82) Stoyanov SR, Hides L, Kavanagh DJ, Zelenko O, Tjondronegoro D & Mani M. Mobile App Rating Scale: A New Tool for Assessing the Quality of Health Mobile Apps. JMIR mHealth and uHealth, 2015;3(1), e27. <http://doi.org/10.2196/mhealth.3422>.
- (83) Stoyanov SR, Hides L, Kavanagh DJ & Wilson H. Development and Validation of the User Version of the Mobile Application Rating Scale (uMARS). JMIR mHealth and uHealth, 2016; 4(2), e72. <http://doi.org/10.2196/mhealth.5849>.
- (84) Price M, Yuen EK, Goetter EM, Herbert JD, Forman EM, Acierno R & Ruggiero KJ. mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. Clinical psychology & psychotherapy, 2014;21(5): 427-436.

FIDMAG informa

LOS ESTADOS MIXTOS EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES Y DEPRESIVOS MAYORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS CLÍNICAS

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo proporcionar una síntesis crítica de la evidencia disponible y una visión general completa de las guías clínicas sobre el tratamiento de episodios mixtos. Se incluyeron las guías internacionales que cubrían el tratamiento de los episodios maníacos/hipomaniacos o depresivos con características mixtas. Cabe destacar que las necesidades no cubiertas para el tratamiento de los síntomas mixtos se asociaron con problemas de diagnóstico y con las limitaciones de los ensayos clínicos anteriores, en particular sobre el tema del tratamiento de mantenimiento.

N. Verdolini, D. Hidalgo-Mazzei, A. Murru, I. Pacchiarotti, L. Samalin, A.H. Young, E. Vieta, A.F. Carvalho. Acta psychiatrica Scandinavica [IF= 4.984], (2017).

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno crónico del estado de ánimo que se clasifica en general según el curso longitudinal en TB tipo I (TBI) o tipo II (TBII) y se caracteriza por episodios de manía, hipomanía y episodios alternativos o interrelacionados de depresión con la presencia de síntomas subclínicos entre los episodios (Grande et al., 2016). Una presentación compleja y bastante frecuente del TB está representada por los estados mixtos, definidos históricamente como la coexistencia de síntomas depresivos y maníacos (Solé et al., 2017).

La identificación de características mixtas en el TB y el trastorno depresivo mayor (TDM) es un desafío abierto en psiquiatría, ya que un diagnóstico preciso es un requisito importante para plantear un tratamiento adecuado (Marneros, 2001; Rosenblat and McIntyre, 2017; Stahl, 2017).

El episodio mixto se definió en la edición IV del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado*, (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) por la presencia de episodios maníacos y depresivos completos yuxtapuestos. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se ha incorporado un espe-

cificador "con características mixtas" que puede aplicarse a episodios maníacos en el TBI, a episodios hipomaníacos en TBI y TBII, y a episodios depresivos mayores (EDM) en el contexto del TBI, TBII, TB no especificado así como en el trastorno depresivo mayor (MDD) (Vieta and Valentí, 2013). Como consecuencia, los síntomas hipomaníacos actualmente pueden denotar tanto el TDM como el TB y muchos individuos que anteriormente eran "huérfanos" de un diagnóstico, podrían clasificarse según un enfoque de "categórico-categórico mixto" (McIntyre et al., 2016; Vieta and Valentí, 2013).

La introducción de una entidad diagnóstica codificable definida de acuerdo con el especificador "con características mixtas" puede proporcionar una justificación para la selección de específicas estrategias terapéuticas (McIntyre et al., 2016). No obstante, ningún organismo regulador ha aprobado ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento de episodios afectivos con un especificador "con características mixtas" (Grunze et al., 2018). El tratamiento de los episodios mixtos es un desafío importante para los psiquiatras, ya que la evidencia disponible se ve socavada por las limitaciones metodológicas de los ensayos clínicos anteriores. En general, la respuesta a los agentes farmacológicos de los pacientes que presentaban un episodio maníaco con síntomas mixtos depresivos se extrapolaron de análisis post hoc o análisis agrupados de ensayos clínicos que evaluaron la respuesta al tratamiento en la manía (Grunze et al., 2009). Además, estos estudios generalmente no proporcionaron datos para el subgrupo mixto (Grunze et al., 2018). La evidencia de depresión mixta es aún más escasa, ya que los pacientes que presentan síntomas mixtos generalmente estaban excluidos en los ensayos clínicos de depresión (Cuomo et al., 2017). Como consecuencia, la generalización de los resultados de los ensayos clínicos anteriores puede ser parcialmente adecuada para el tratamiento de la manía con características mixtas, pero es menos probable que sea aplicable al tratamiento de la depresión con características mixtas (Rosenblat and McIntyre, 2017).

Solo recientemente, la Federación Mundial de las Sociedades de Psiquiatría Biológica (World Federation of Societies of Biological Psychiatry-WFSBP) ha publicado guías clínicas para el tratamiento agudo y

a largo plazo de los episodios mixtos en el TBI (Grunze et al., 2018) y también se han desarrollado guías de tratamiento que abordan las características mixtas durante un EDM (Stahl, 2017). *The Florida Best Practice Psychotherapeutic Medication Guidelines for Adults With Major Depressive Disorder* (McIntyre et al., 2017) y el *Korean Medication Algorithm Project for Bipolar Disorder: Third Revision* (Woo et al., 2015) abordan específicamente el tratamiento de las características mixtas. Además, las ediciones actualizadas disponibles de las guías clínicas internacionales para TB dieron recomendaciones para el tratamiento de episodios mixtos y síntomas mixtos.

Dado que las características mixtas representan un desafío para los clínicos a diferentes niveles, o sea de diagnóstico, de clasificación y de tratamiento farmacológico, el objetivo de este trabajo fue de resumir la evidencia disponible y proporcionar una revisión exhaustiva de las guías clínicas actualizadas recientemente. Este estudio se centró exclusivamente en el tratamiento de estados y síntomas mixtos. Se ha aplicado un enfoque crítico para identificar áreas de consenso y controversia, para subrayar las fortalezas y limitaciones de la evidencia disponible, y también la calidad metodológica de las guías internacionales que proporcionaron evidencia para el manejo de los estados mixtos en el contexto del TB y del TDM. Finalmente, se identificaron las necesidades no satisfechas de tratamiento con el fin de proporcionar orientación para futuras investigaciones.

El estudio era una revisión sistemática y se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE / PubMed y EMBASE y se incluyeron todas las guías clínicas internacionales para el tratamiento de episodios mixtos, maníacos / hipomaníacos (en TBI, TBII y TB no especificado) o episodios depresivos (en TBI, TBII, TB no especificado y TDM) con características mixtas.

El Instituto de Medicina define las guías clínicas como "declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se basan en una revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y daños de las opciones alternativas de tratamiento" (Graham et al., 2011).

Las guías internacionales se definieron como guías realizadas por: 1) una organización internacional, que representa a más de un solo país; 2) un panel de expertos de diferentes países; 3) una organización nacional que establece que expertos de al menos 3 países diferentes participaron en el desarrollo de la guía.

En cuanto a la evidencia de eficacia, las opciones de tratamiento se categorizaron en primera línea, segunda línea y tratamientos no recomendados. La categoría de evidencia (CE) que describe el nivel de eficacia se especificó para cada opción de tratamiento. Las especificaciones sobre cuestiones de seguridad y tolerabilidad también se extrapolaron cuando estaban disponibles. En general, los aspectos de seguridad y tolerabilidad se integraron con la CE asignada a cada compuesto, lo que llevó a diferentes grados de recomendación (GR).

La evaluación de la calidad metodológica de las guías incluidas se llevó a cabo con la herramienta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II tool* (Brouwers et al., 2010). El AGREE II se diseñó para proporcionar un marco para evaluar la calidad de las guías clínicas y se consideran los métodos utilizados para desarrollar las guías, los componentes de las recomendaciones finales y los factores que se vincularon a su aceptación.

Según los resultados de este estudio, todas las guías, a pesar de su heterogeneidad, coinciden en interrumpir un tratamiento antidepresivo en monoterapia o agregar estabilizadores del estado de ánimo. La olanzapina tenía la mejor evidencia para el tratamiento de los estados agudos hipo/maníacos o depresivos mixtos, así como para el tratamiento de mantenimiento de las presentaciones mixtas al fin de prevenir nuevos episodios mixtos o episodios afectivos de cualquier polaridad. Aripiprazol y paliperidona en monoterapia parecieron ser alternativas efectivas en el tratamiento de estados mixtos hipo/maníacos agudos, mientras que la lurasidona y la ziprasidona (en combinación) se revelaron como sustitutos prometedores en el tratamiento de manifestaciones depresivas agudas sin tener la carga de los efectos adversos de la olanzapina. En cuanto al tratamiento de mantenimiento, se recomendó el valproato en la prevención de nuevos

episodios mixtos en general, mientras que el litio y la quetiapina en tratamiento combinado se consideraron eficaces para prevenir nuevos episodios afectivos de cualquiera polaridad. Finalmente, la clozapina y especialmente la terapia electroconvulsiva (TEC) son opciones a considerar en presentaciones resistentes al tratamiento.

Respecto a las limitaciones del estudio cabe destacar que se han utilizado en las guías incluidas diferentes criterios de diagnóstico para definir presentaciones maníacas/hipomaníacas y depresivas mixtas (episodios mixtos versus características mixtas). Todas las guías incluidas carecieron de fuerza en el tema de la aplicabilidad de las recomendaciones.

El problema de qué guía clínica se pueda considerar mejor, es difícil. Las guías incluidas mostraron altos estándares científicos y buenas metodologías con algunas diferencias entre ellas. De acuerdo con la solidez metodológica, la calidad de la *British Association for Psychopharmacology* (Goodwin et al., 2016) fue sin duda la mejor, reflejada por la tasa de evaluación general más alta de AGREE II entre las guías incluidas. No obstante, las guías de la *Federación Mundial de las Sociedades de Psiquiatría Biológica* (WFSBP) (Grunze et al., 2018) representaron las guías más específicas sobre el tratamiento de los estados mixtos, con el valor añadido de una calidad global similar. Por el contrario, la guía de Stahl y sus compañeros (Stahl et al., 2017) fue la primera en abordar la depresión con características mixtas, aunque el rigor del desarrollo y la tasa de evaluación general no alcanzan los niveles de las otras guías. Las guías de *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)/International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* (Yatham et al., 2018), finalmente, son las más recientes y actualizadas.

En conclusión, las guías de tratamiento son una herramienta útil para guiar el tratamiento agudo y a largo plazo de presentaciones afectivas mixtas, junto con el conocimiento profesional y el juicio clínico, en el intento de orientar la práctica clínica basándola en la evidencia científica. No obstante, los hallazgos de este estudio deben considerarse con precaución ya que la evidencia disponible es aún escasa.

www.fidmag.org

Referencias

American Psychiatric Association., 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. American Psychiatric Association, Washington DC.

American Psychiatric Association., 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Author., Washington, DC.

Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., AGREE Next Steps Consortium, 2010. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 182, E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449

Cuomo, A., Nikolova, V.L., Yalin, N., Arnone, D., Fagiolini, A., Young, A.H., 2017. Pharmacological treatment of mixed states. *CNS Spectr.* 22, 186–195. doi:10.1017/S1092852917000013

Goodwin, G., Haddad, P., Ferrier, I., Aronson, J., Barnes, T., Cipriani, A., Coghill, D., Fazel, S., Geddes, J., Grunze, H., Holmes, E., Howes, O., Hudson, S., Hunt, N., Jones, I., Macmillan, I., McAllister-Williams, H., Miklowitz, D., Morriss, R., Munafò, M., Paton, C., Saharkian, B., Saunders, K., Sinclair, J., Taylor, D., Vieta, E., Young, A., 2016. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J. Psychopharmacol.* 30, 495–553. doi:10.1177/0269881116636545

Graham, R., Mancher, M., Wolman, D., Greenfield, S., Steinberg, E., 2011. Clinical practice guidelines we can trust. National Academies Press.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., Vieta, E., 2016. Bipolar disorder. *Lancet* 387, 1561–1572. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X

Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G.M., Bowden, C., Licht, R.W., Azorin, J.-M., Yatham, L., Mosolov, S., Möller, H.-J., Kasper, S., Members of the WFSBP Task Force on Bipolar Affective Disorders Working on this topic, 2018. The World Federation of Societies of Biological

Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Acute and long-term treatment of mixed states in bipolar disorder. *World J. Biol. Psychiatry* 19, 2–58. doi:10.1080/15622975.2017.1384850

Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G.M., Bowden, C., Licht, R.W., Möller, H.-J., Kasper, S., WFSBP Task Force on Treatment Guide, Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G.M., Bowden, C., Licht, R.W., Möller, H.-J., Kasper, S., WFSBP Task Force on Treatment Guide, 2009. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2009 on the Treatment of Acute Mania. *World J. Biol. Psychiatry* 10, 85–116. doi:10.1080/15622970902823202

Marneros, A., 2001. Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J. Affect. Disord.* 67, 229–40.

McIntyre, R.S., Lee, Y., Mansur, R.B., 2016. A pragmatic approach to the diagnosis and treatment of mixed features in adults with mood disorders. *CNS Spectr.* 21, 25–33. doi:10.1017/S109285291600078X

McIntyre, R.S., Suppes, T., Tandon, R., Ostacher, M., 2017. Florida Best Practice Psychotherapeutic Medication Guidelines for Adults With Major Depressive Disorder. *J. Clin. Psychiatry* 78, 703–713. doi:10.4088/JCP.16cs10885

Rosenblat, J.D., McIntyre, R.S., 2017. Treatment recommendations for DSM-5-defined mixed features. *CNS Spectr.* 22, 147–154. doi:10.1017/S1092852916000432

Rosenblat, J.D., McIntyre, R.S., 2017. Treatment of mixed features in bipolar disorder. *CNS Spectr.* 22, 141–146. doi:10.1017/S1092852916000547

Solé, E., Garriga, M., Valentí, M., Vieta, E., 2017. Mixed features in bipolar disorder. *CNS Spectr.* 1–7. doi:10.1017/S1092852916000869

Stahl, S.M., 2017. Mixed-up about how to diagnose and treat mixed features in major depressive episodes. *CNS Spectr.* 22, 111–115. doi:10.1017/S1092852917000207

Stahl, S.M., Morrissette, D.A., Faedda, G., Fava, M., Goldberg, J.F., Keck, P.E., Lee, Y., Malhi, G., Marangoni, C., McElroy, S.L., Ostacher,

M., Rosenblat, J.D., Solé, E., Suppes, T., Takeshima, M., Thase, M.E., Vieta, E., Young, A., Zimmerman, M., McIntyre, R.S., 2017. Guidelines for the recognition and management of mixed depression. *CNS Spectr.* 22, 203–219. doi:10.1017/S1092852917000165

Vieta, E., Valentí, M., 2013. Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *J. Affect. Disord.* 148, 28–36. doi:10.1016/j.jad.2013.03.007

Woo, Y.S., Lee, J.G., Jeong, J.-H., Kim, M.-D., Sohn, I., Shim, S.-H., Jon, D.-I., Seo, J.S., Shin, Y.-C., Min, K.J., Yoon, B.-H., Bahk, W.-M., 2015. Korean Medication Algorithm Project for Bipolar Disorder: third revision. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 11, 493–506. doi:10.2147/NDT.S77838

Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S. V, Schaffer, A., Bond, D.J., Frey, B.N., Sharma, V., Goldstein, B.I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V, Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R.W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R.S., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J.R., Vieta, E., Malhi, G., Post, R.M., Berk, M., 2018. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 20, 97–170. doi:10.1111/bdi.12609



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.org
www.hospitalarias.org

