



DIAGNOSTICOS Y PRESCRIPCIONES EN SALUD MENTAL, ATENCION PRIMARIA E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

RESPONSABLE: SANTIAGO MARIO ARAÑA SUAREZ

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

Programa Nacional de I+D+i,

**“DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES
EN SALUD MENTAL,
ATENCIÓN PRIMARIA
E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL”**

Santiago Mario Araña Suárez

Con la financiación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social
Ministerio de Trabajo, Gobierno de España



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SEGURIDAD SOCIAL

Programa Nacional de I+D+i,
“DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES EN SALUD MENTAL,
ATENCIÓN PRIMARIA E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL”

© Santiago Mario Araña Suárez, Director e Investigador Principal

Con la financiación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social
Ministerio de Trabajo, Gobierno de España



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SEGURIDAD SOCIAL

“ Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal ”[©],

es un producto científico desarrollado por
Santiago Mario Araña Suárez [®],



desde la
Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, 2008



Entidad Colaboradora:
Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal

Con la financiación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social
Ministerio de Trabajo, Gobierno de España



**PROGRAMA NACIONAL I+D+I:
“DIAGNOSTICOS Y PRESCRIPCIONES EN SALUD MENTAL,
ATENCIÓN PRIMARIA, E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL ©”**

Dirección y Ejecución del Programa:

Santiago Mario Araña Suárez

Comité Científico:

Dr. Francisco Javier Martínez López, Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC
Dr. Eugenio Laborda, Presidente Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal
Dr. Ignacio Ibáñez Fernández, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna
Dr. José LaCalle, San Francisco, California, USA. Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC
Dr. José Luis Pedreira, Hospital Niño Jesús, Madrid
Dra. Adela Villoria Sánchez, Médico Perito Valorador del Daño Corporal
Dr. Francisco Rodríguez Pulido, Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna
Dr. Salvador Porras Obeso, Hospital General de Elda, Alicante
Dr. José Manuel Mayán Santos, Catedrático Universidad de Santiago de Compostela
Dr. Miguel Angel Vallejo, Catedrático Universidad Nacional de Educación a Distancia
Dra. Raquel Gómez Heras, Directora Master Oficial Europeo en Psicofarmacología, U. Complutense Madrid.
Dra. Monica Antelo, Universidad de Santiago de Compostela
Dr. Daniel Sanroque Saixo, Médico Perito Valorador del Daño Corporal
Dr. Cesar Borobia, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid
Dr. Francisco Ramos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Confeción, Redacción, Autoría del Informe Final del Programa Nacional:

Santiago Mario Araña Suárez

Asesoramiento Científico, y Profesional a lo largo de todo el Programa Nacional:

Dr. Francisco Javier Martínez López

Asesoramiento Científico, Supervisión y Corrección del Informe Final del Programa Nacional:

Dr. Ignacio Ibáñez Fernández

Contacto E - : marasuar@gmail.com

Con la financiación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social
Ministerio de Trabajo, Gobierno de España



RESUMEN.-

Partiendo del análisis de los Motivos de Consulta Sanitaria de la Población española, analizamos los procesos de Incapacidad Laboral Temporal y su duración, atendiendo a variables demográficas como sexo, ocupación, y lugar territorial.

Procedemos, seguidamente, a efectuar una revisión de los estudios nacionales e internacionales existentes acerca de la relación Salud Mental e Incapacidad Laboral Temporal, su relevancia epidemiológica, impacto económico, y características de los componentes esenciales para el diagnóstico y la prescripción terapéutica y psicofarmacológica que se efectúa en la detección y abordaje de las incapacidades laborales temporales por motivos de salud mental, en los Centros de Salud de España.

Tras esta revisión, se diseña el Cuestionario DP-SMAP (Araña Suárez, 2008), Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental en Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal, con 43 ítems de respuesta dicotómica, siendo aplicado en siete comunidades autónomas del Estado español (Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, Valencia), a una muestra de 917 médicos de atención primaria.

Los resultados finales encontrados reflejan déficits pronunciados en los Médicos de Atención Primaria, en todas las Comunidades del Estado, en los ítems analizados, correspondientes a las categorías: Diagnóstico Psicopatológico, Prescripción Psicofarmacológica, Terapia, y Aspectos Funcionales relacionados con la Incapacidad Laboral Temporal.

Salud Mental:

¿La hija pobre del sistema asistencial?

Ante todo debo reconocer mi desconocimiento sobre los entresijos que existen detrás del concepto Salud Mental, de cómo adquirirla, mantenerla y promocionarla a nivel individual y colectivo. Fundamentalmente porque más allá del conocimiento teórico y aplicado que podamos tener por nuestra profesión existe una máxima que como profesionales de la salud debemos tener siempre presentes: aunque no participemos del juramento hipocrático, nuestro objetivo último debería de ser, garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas de nuestro entorno. Y ante esa exigencia siempre estamos en condiciones de aprender.

Cuando recibí la invitación inicial para participar en este Programa Nacional, me pareció un tema sorprendente, alejado de mis intereses y formación, pero no por ello carente de interés, sino todo lo contrario. De la conocida frialdad de los numerosos datos de prevalencia e incidencia, pasamos a descubrir, con datos, sucesivamente, todos los aledaños del sistema sanitario respecto a la salud mental, y sus implicaciones en Bajas Laborales. Muchos son los actores que intervienen, desde los administradores y gestores públicos o privados hasta las personas de a pie que presentan alguna queja relativa a su salud, pasando por los sacrificados profesionales, médicos, y los respetables intereses de las empresas, relacionados con la salud y la productividad.

Continuando con esta frialdad de datos, nos enfrentamos a las estimaciones sucesivas que encontramos, sobre el coste económico, de distinto tipo, que la salud mental implica y repercute, no sólo en el ámbito de ltrabajo. El vértigo, al comprobarlos, nos obligaba a valorar muy seriamente, si estaban o no realmente justificados. No ya porque la salud mental no requiera la atención de las administraciones, sino porque pudiera dar la impresión de que queríamos atrapar algo con las manos abiertas mientras, como la arena, se nos pudiera escapar entre los dedos.

La conclusión alcanzada está ya escrita: no es sólo un problema de recursos. El problema de fondo, tiene, además, su curso: deviene del uso inadecuado de los recursos existentes. Los datos, ya se presentan. Ahora, nos queda estar a la espera de que - a quienes, realmente, corresponda- asuman y corrijan los errores que se mencionan en este Informe Final del Programa.

Mientras, seguiremos exigiendo más fondos para mal-abordar el sufrimiento de los ciudadanos, pacientes, trabajadores. No tenemos remedio. Si siguiéramos como estamos.

Ignacio Ibáñez Fernández

Profesor Titular del Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna.

Una reflexión como Médico Valorador

sobre la relación

Salud Mental - Incapacidad Laboral

Hace tiempo que nos veníamos planteando un nuevo enfoque sobre la forma en la que nosotros, los médicos, nos planteábamos los conceptos de la Incapacidad Temporal, la laboral, la forma de manejar una situación que escapaba al control natural de los conceptos generales de la ciencia médica. Si además se añadía la variante apropiada, salud mental; quedábamos altamente satisfechos, ya que nos consideramos capacitados para manejar ambos conceptos, respaldados por un título de licenciado en medicina que nos capacitaba para tomar decisiones.

Esta inquietud, que me llevaba demasiado tiempo inquietando, nos llevó a iniciar relaciones con la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, fruto de las cuales han sido distintas publicaciones en la revista Cuadernos de Valoración Médica del Daño, algunos Congresos y Jornadas Científicas Nacionales en Madrid, Las Palmas y Tenerife, y a través de la Red Académica y Científica RedIRIS.

Cuando conocimos el inicio del desarrollo de este Programa Nacional de I+D+i, solicitando la cooperación de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal, en un trabajo encaminado a establecer criterios orientativos en la incapacidad temporal y la incidencia que está teniendo la salud mental, despertó mi ánimo y estimuló mis deseos de colaboración y me hizo replantearme antiguas dudas profesionales y carencias asistenciales.

Por mi actividad profesional como especialista en urología, y como médico dedicado a la valoración del Daño Corporal, pude comprobar que los problemas derivados de la salud mental, implicaban un amplio porcentaje de las patologías que valoraba o consideraba en actividad médica diaria. En la disfunción eréctil, en las incontinencias urinarias, siempre subyacía un cuadro psicológico, de salud mental, miedos,

inadaptaciones. En los cuadros derivados de accidentes de tráfico, raro era quien no refería una fobia, un cuadro de angustia, de estrés, depresión, cambios de personalidad. La única característica que reunían la gran mayoría, era que venían con algún tipo de tratamiento farmacológico, prescrito por su médico de atención primaria y me llamó poderosamente la atención que casi absolutamente todos carecían de un estudio especializado de su estado de salud mental, que estableciera un nexo causal o /y un diagnóstico etiológico correcto, más allá de la simple administración de un ansiolítico, una benzodiazepina, un antidepresivo y ¿el diagnóstico? ¿y el estudio psicológico? ¿Psiquiatra?. No constaban, simplemente una prescripción, que se iba perpetuando en el tiempo, un parche que no arreglaba una enfermedad, la ocultaba.

Valorando unos expedientes sobre los teóricos efectos derivados del uso de un determinado medicamento, me llamó poderosamente la atención que, aún prescindiendo de las enfermedades que presentaban las personas teóricamente afectadas, todas referían una patología relacionada con una afectación de la salud mental y todas estas personas estaban siguiendo tratamientos, sin diagnóstico derivado de un estudio conceptual de la base anatómica, psicológica el proceso, ni evaluadas las verdaderas necesidades de medicación, ni conceptualizadas las posibles relaciones del coste beneficio del uso del medicamento y por descontado no se había evaluado los efectos secundarios que el uso de psicofármacos representa, sobre la compleja situación del paciente con afectación de su salud mental. Eso sí, no faltaba que todos y cada uno recibiese uno o varios o un coctel de medicamentos , de psicofármacos, de diferentes presentaciones, posologías y dosis...

Este criterio de administración indiscriminada de psicofármacos, representa un 3% del Producto Interior Bruto de España, un gasto en salud mental, sin un fundamento científico y sanitario claro, salvo la costumbre de la escribir una receta.

Mi pragmatismo me obligaba a plantearme una pregunta y lógicamente a responderla, indefectiblemente finalizaba en el análisis de mi formación como licenciado en Medicina. Años de Facultad, en los que apenas 2 de las asignaturas cursadas se referían a mi formación en salud mental, la Psicología clínica, cursada en tercero de carrera y la psiquiatría que se cursaba en sexto año de licenciatura, y ambas consideradas como “marías” Con esa formación, con ese bagaje y experiencia,

podía diagnosticar y tratar todo aquello que implicase una afectación del estado de salud mental de mis pacientes.

Igualmente debía reflexionar sobre el coste asistencial y el problema empresarial de estos cuadros, la conclusión es la de un problema de organización; un criterio inveterado sin fundamento clínico, que obligatoriamente me conduce a plantear, a pensar en las limitaciones que como médico me encuentro en el nivel de la asistencia primaria, sin respaldo de la medicina especializada, ni de los profesionales sanitarios de la psicología, y me hacen patentes mis carencias de formación, que me obligan a pensar en la necesidad de establecer un cambio en el modelo asistencial en Atención Primaria. Sumar estímulos y no restar competencias de los profesionales implicados en la salud mental.

Este cambio de conceptos, en el modelo de gestión de la asistencia de la salud mental, en atención primaria; implicando, atrayendo a esta área a los especialistas en psiquiatría y psicología, conllevaría un enriquecimiento de los diagnósticos, justificando y explicando el verdadero alcance de los mismos. Establecería el desarrollo de programas de salud mental y no solo de situaciones de indicación de tratamiento farmacológico, lo que desembocaría en una mejora en el entendimiento y enfoque de la salud mental y en consecuencia en la gestión de los procesos de incapacidad temporal derivados de la afectación de la salud mental del individuo-

Dr. Eugenio Laborda Calvo

Presidente de la Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal

MOTIVOS DE CONSULTA SANITARIA

DE LA POBLACION ESPAÑOLA

E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

Procedemos analizar los Motivos de Consulta principales que motivan a la población española a acceder al Sistema Nacional de Salud, así como distintos aspectos de la incidencia y prevalencia de las Incapacidades Temporales por Contingencias Comunes, que nos permitan mostrar una justificación suficiente que avala la necesidad de profundizar en las *“ Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones efectuados en Salud Mental por Médico de Atención Primaria y su relevancia en Incapacidad Laboral Temporal ”*, que este Programa Nacional de I+D+i desarrolla en la Segunda Parte de esta Investigación, patrocinada por el Fondo para la Investigación Social, de la **Secretaría de Estado para la Seguridad Social**, del Ministerio de Trabajo del Gobierno de España, con denominación FIPROS – 2007/49.

Dividiremos esta Introducción en dos secciones: a.-) Análisis de los Motivos de Consulta de la Población y b.-) Incidencia de las Incapacidades Temporales por Contingencias Comunes, trabajando en ambos apartados con tablas de elaboración propia, a partir de las cifras oficiales aportadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional de Estadística del Ministerio de Economía y Hacienda, y la Encuesta Nacional de Salud facilitada por el Ministerio de Sanidad y con resultados primarios ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística.

A.- Análisis de los Motivos de Consulta Sanitaria de la Población española.-

Procedemos al estudio de los Motivos de Consulta Médica que acercan a la población española a los Centros de Salud, diseccionando los resultados a partir de variables aisladas y en relación, a partir de sexo, grupos en edad de trabajar, situación laboral, por el conjunto del Estado y por Comunidades Autónomas.

Seleccionamos para la comparación, las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla – La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, y Comunidad Valenciana, al ser las

Comunidades Autónomas donde hemos desarrollado la parte empírica de comprobación, que desarrollamos en la Segunda Parte de este Programa.

Motivos de Consulta según Grupo de Edad.-

Al analizar los motivos de consulta que motivan a los ciudadanos de ambos sexos en edad de trabajar, a hacer uso de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística a partir de la Encuesta Nacional del Ministerio de Sanidad, encontramos como demanda principal (Tabla 1), la demanda de Diagnósticos, alcanzando el 45,62 de los Motivos de Consulta en el promedio del conjunto de los grupos de edad analizados. A ello hay que añadir que buena parte del 30% de las revisiones supone, de una forma u otra, valoración, en la que está implicado también el proceso diagnóstico.

Las Consultas de Carácter Administrativo (recetas, bajas y altas laborales), suponen un tercio de la cifra detectada para los Diagnósticos, siendo la Revisión Médica, prácticamente el doble que las Consultas Administrativas, y un tercio menor a los Diagnósticos.

Tabla 1.- Motivo de consulta médica según grupo de edad
Cifras relativas en porcentajes respecto a su grupo de edad
(Elaboración Propia, a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006, Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Sanidad, 2008)

Ambos Sexos, edades	Diagnósticos	Revisión	Consultas Administrativas: recetas, bajas, altas
16 - 24 años	58,14	25,22	6
25 – 34 años	49,95	28,67	9,8
35 – 44 años	45,47	32,64	13,75
45 – 54 años	41,93	31,53	19,93
55 – 64 años	32,77	33,90	28,40
Promedio	45,62	30,39	15,76

Estos resultados promedio muestran, para cada tipo de Motivos de Consulta que genera la población (Diagnósticos, Revisión, Consultas de Tipo Administrativo), unos valores diferentes intergrupos de edad, que resultan de interés señalar:

* Las Consultas de Tipo Administrativo, a medida que avanza la edad, resultan más abundantes, en crecimiento continuo y alcanzando niveles superiores al promedio de todos los grupos de edad – por este Motivo de Consulta- , desde el grupo de 45 años en adelante.

Aunque este crecimiento proporcional a la edad, no se encuentra en el resto de los tipos de motivos analizados: a medida que avanza la edad, crece la asistencia a Centros Sanitarios.

* Comprobamos como la preocupación por los Diagnósticos presenta un patrón de acceso al Sistema de Salud, inverso a las Consultas Administrativas, aunque para los Motivos de Revisión médica, el patrón de acceso es ascendente, con alguna oscilación menor, o incluso estabilizándose a partir del grupo de edad 35 años.

* Por tanto, a medida que avanza la edad, la asistencia a consultas para solicitar diagnóstico, decrecen. Situándose por debajo del promedio de todos los grupos de edad – dentro de este tipo de Consulta: Diagnóstico - , a partir de los 35 años.

Estos resultados encontrados, nos permiten, de entrada, detectar como el requerimiento de ayuda asistencial en las consultas de Atención Primaria que muestra el conjunto de la población en edad de trabajar, refleja un patrón heterogéneo para ambos sexos, atendiendo a cada grupo de edad, y motivos de acceso.

De la misma forma, nos permite afirmar, que es el Diagnóstico, el motivo principal de acceso a consulta, de forma muy superior al resto de los Motivos, y de forma sostenida, en la práctica totalidad de los grupos de edad.

Motivo de Consulta Médica, según Sexo y Grupo de Edad.-

Al analizar la incidencia de estos mismos Motivos de Consulta Médica, atendiendo al Sexo, por Grupos de Edad (Tabla 2), encontramos como este patrón general encontrado para toda la población en edad de trabajar, se sostiene en el análisis por sexo, incorporando además:

* El promedio de acceso al Sistema Nacional de Salud, con motivo de realizar un Diagnóstico, es superior en varones que en mujeres, en la totalidad de los grupos de edad.

* Dentro de este patrón, al analizar los grupos de edad, por accesos motivados para consultar un Diagnóstico, los varones y mujeres presentan algunas diferencias en función del grupo de edad:

α Tres grupos de edad en mujeres (16-24 y a partir de 45 años), presentan índices superiores a hombres;

α Pero la diferencia de 11 puntos a favor de varones en el grupo de edad 25-34, desequilibra el patrón general por sexos, resultando un promedio final superior en varones.

* Por tanto, al considerar la incidencia de los accesos a consulta por Motivos de Diagnóstico, debe precisarse que los varones presentan un pico en el grupo de edad 25-34, que resulta suficiente para alterar las cifras del promedio de accesos en todas las edades, donde son las mujeres quienes presentan unos índices parciales un poco superiores, en más grupos de edad.

Aunque en el cómputo promedio por sexos, son los varones quienes presentan un promedio final, superior al promedio de ambos sexos.

Tabla 2.- Motivo de consulta médica según sexo y grupo de edad.						
Cifras relativas en porcentajes respecto a su grupo de edad						
(Elaboración Propia, a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006, Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Sanidad, 2008)						
Ambos Sexos y Edad	Diagnósticos		Revisión		Consultas Administrativas: recetas, bajas, altas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
16 - 24 años	56,12	59,57	26,12	24,59	4,47	7,08
25 – 34 años	56,48	45,50	20,31	34,36	10,07	9,61
35 – 44 años	45,73	45,29	30,07	34,50	14,27	13,36
45 – 54 años	40,74	42,69	31,04	31,84	20,25	19,72
55 – 64 años	31,95	33,39	37,20	31,43	27,01	29,44
Promedio	46,20	45,28	28,94	31,34	15,21	15,84
Promedio ambos sexos	45,62		30,39		15,76	

* El promedio general por Motivos de Revisión es superior en mujeres, pero a partir de 35 años, los varones presentan un patrón ascendente continuo en el acceso al Sistema de Salud, para Revisión, que supera con creces, a las mujeres a partir de 55 años.

* Para Consultas Administrativas, varones y mujeres presentan un promedio general semejante, reflejando variaciones por grupos de edad, donde las mujeres acceden más a consulta de este tipo Administrativo, en el grupo de edad 16-24 y 55-64 años de edad.

La presencia de esta incidencia mayor en mujeres, podrían estar determinadas con la coincidencia en las cifras mayores en mujeres encontradas por motivo de Diagnóstico en el grupo de edad 16-24, y con las cifras mayores en varones de edad superior a 55 años, por motivos de Revisión.

Motivo de consulta médica, según Situación Laboral.-

Analizando los Motivos de Consulta Médica, según la Situación Laboral (Ocupados, Parados, Estudiantes, Jubilados o Pensionistas, Tareas de Hogar, y Otras Situaciones sin especificar) de la población de ambos sexos que accede a consulta, encontramos los datos reflejados en la Tabla 3.

Tabla 3.- Motivo de consulta médica según situación laboral.
(Elaboración Propia, a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006, Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Sanidad, 2008)

Ambos Sexos, Situación Laboral	Diagnósticos	Revisión	Consultas Administrativas: recetas, bajas, altas
Total	39,58	31,67	21,85
Ocupados	45,76	31,44	13,65
Parados	45,89	30,06	16,32
Estudiantes	64,05	23,84	5,91
Jubilados o Pensionistas	29,59	33,96	32,09
Dedicado a Tarea Hogar	36,30	30,21	28,27
Otras situaciones	32,09	30,86	22,50
No consta	37,75	33,10	1,65

Observamos como los Diagnósticos, continúan siendo el motivo de consulta principal de la población a la hora de acceder a consulta. Presentando valores muy por encima de la media global de todos los grupos, en Ocupados, Estudiantes y Parados.

Pero no se encuentra una incidencia igual, cuando analizamos los Motivos de Revisión y Consulta Administrativa, donde estos grupos de población presentan valores inferiores al promedio por cada motivo, atendiendo a todos los tipos de situación.

En cualquier caso, son los Ocupados y Estudiantes, quienes menos consultas médicas originan, por causa Administrativa. Los Estudiantes quienes más visitan generan por Diagnóstico, y que por el mismo Motivo – Diagnóstico - , los Ocupados resultan estar en un tercer lugar, a pesar de que Estudiantes, Parados y Ocupados son los grupos mayores en Diagnóstico, con notable diferencia al resto de los grupos de población y situación laboral.

Motivos de Consulta Médica, según Sexo y Situación Laboral.-

Al analizar los Motivos de Consulta Médica por Sexo y según Situación Laboral (Tabla 4), encontramos que tanto los varones como las mujeres, en situación de Ocupados, Parados y Estudiantes, acuden a consulta por motivo de Diagnóstico, en un porcentaje promedio superior al de cada una de las demás situaciones laborales.

Pero dentro de estas Situaciones Laborales (Ocupados, Parados y Estudiantes), los hombres presentan un patrón superior a mujeres, ratificándose que, con diferencia, son los varones, en general, quienes acuden mas a consultar Diagnósticos. Igualmente, e independientemente del sexo, los estudiantes son quienes más acuden a consultas diagnósticas.

Tabla 4.- **Motivo de consulta médica según sexo y situación laboral.**
(Elaboración Propia, a partir de Encuesta Nacional de Salud 2006, Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Sanidad, 2008)

Ambos Sexos, Situación Laboral	Diagnósticos		Revisión		Consultas Administrativas: recetas, bajas, altas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ocupados	46,03	45,51	29,01	33,74	14,67	12,67
Parados	51,02	42,98	25,56	32,62	14,33	17,45
Estudiantes	67,61	61,92	21,56	25,23	5,72	6,03
Jubilados o Pensionistas	29,03	30,23	35,49	32,19	31,94	32,26
Dedicado a Tarea Hogar		36,29		30,21		28,27
Otras situaciones		22,94		31,51		33,84
No consta	58,38	26,35	36,97	30,96	4,65	0
Total	39,58		31,67		21,85	

A los efectos que analizaremos con posterioridad, cabe señalar como, a consultas por motivo de Revisión, no sucede igual: siendo las mujeres quienes acuden más en los grupos de Ocupados, Estudiantes y Parados.

Mientras que para Consultas Administrativas, los hombres Ocupados, acuden más que las mujeres Ocupadas y mucho más del doble que mujeres Estudiantes, a Consultas Administrativas.

Conclusiones respecto a Motivos de Consulta Médica.-

Podemos concluir, por tanto, **Respecto a Diagnósticos:**

- 1.- Es el Diagnóstico, el principal motivo de consulta médica que efectúa la población; a medida que avanza la edad, disminuye la preocupación por el diagnóstico.
- 2.- Por Sexos, los varones presentan un pico superior en el grupo de edad 25-34 años, que distorsiona el promedio de acceso, donde las mujeres sostienen una puntuación algo superior, al considerar los grupos parciales de edad.
- 3.- Por Situación Laboral, Ocupados, Estudiantes y Parados son los tres grupos laborales con mayor promedio de acceso general a Diagnósticos, pero dentro de este Motivo de Consulta, los ocupados se sitúan en el tercer lugar.

4.- Por Sexo y Situación Laboral, mujeres y varones Ocupados, Estudiantes y Parados, más que las demás situaciones analizadas, pero Estudiantes de ambos sexos, presentan cifras superiores al resto de los grupos laborales.

Respecto a Revisión y Consultas Administrativas:

1.- A medida que avanza la edad, se produce un aumento en las consultas de tipo Revisión; este ascenso es notable a partir del grupo de edad 35 años. Siendo las mujeres quienes acuden más a Revisión.

2.- Las Consultas Administrativas, las realizan más las mujeres en los grupos de edad 16-24 años, y 55-64.

B.- Incapacidad Temporal.-

Procedemos a analizar las Incapacidades Temporales por Contingencias Comunes producidas durante el periodo 2002-2005 para el conjunto de todo el Estado, para diseccionar a continuación la Duración Media de los Procesos de Incapacidad Temporal, así como el Número de Días de Baja, y su interrelación, por sexos y Comunidades Autónomas.

Para la comparación con los resultados del total de las Comunidades del Estado, seleccionamos de forma diferencial las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla – La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, y Comunidad Valenciana, al ser los lugares donde hemos desarrollado la Segunda Parte de este Programa de Investigación.

Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, 2002-2004.-

Analizando las Incapacidades Temporales producidas por Contingencias Comunes (donde se encuadra la casi totalidad de la afectación por Salud Mental en el trabajo), y habiendo separado de las mismas, a lo largo de esta parte del análisis, a los autónomos y los empleados de hogar, encontramos, respecto a los años 2002 a 2004, las cifras siguientes, mostradas en la Tabla 5.

Tabla 5.- **Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, Exceptuando autónomos y hogar**
(Elaboración Propia, a partir de la Fuente: Seguridad Social, Datos Incapacidad, 2008)

Ejercicio	Incidencia Media mensual, por cada mil trabajadores protegidos	Numero Medio de Procesos iniciados en el periodo
2002	22,39	137.579,00
2003	24,47	161.925,00
2004	26,40	180.660,50

Comprobamos como el porcentaje por cada grupo de mil trabajadores protegidos, ha tenido una incidencia en aumento constante, en una media de dos puntos porcentuales cada año.

Este incremento porcentual, ha supuesto una media de, en torno a 20.000 procesos nuevos, cada año.

Duración Media de los Procesos y Número de Días de Baja por Sexo y Comunidades.-

Al analizar la Duración Media de los Procesos y el Número de Días de Baja por Sexo y Comunidades, encontramos los datos mostrados en la Tabla 6 y 7.

Para su elaboración, partimos de los resultados ofrecidos en "Datos de Incapacidad, 2008" proporcionados por la Secretaria de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo.

Sobre esos resultados ofrecidos, elaboramos la presente selección, correspondiente a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia y Comunidad Valenciana, para comparar los resultados de estas Comunidades, y sexo, con los correspondientes al Total de las Comunidades del Estado, donde están incluidas las Comunidades señaladas.

Comprobamos como, para el año 2008, Tabla 6 y 7, respecto a la **Duración Media** de los Procesos por Contingencias Comunes, y exceptuando a Autónomos y Empleados de Hogar:

* Relación Hombre / Mujer: La duración media de los procesos, salvo en Canarias, es superior en mujeres que en hombres, tanto en la muestra de las Comunidades seleccionadas (+2,06 puntos de diferencia a favor de la mujer), como en el total de todas las Comunidades del Estado (+5,70 puntos de diferencia a favor de la mujer).

Tabla 6.- Duración Media de los Procesos y Número de Días de Baja Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, Exceptuando Autónomos y Hogar Procesos producidos con alta en el periodo en el periodo: Acumulado mes de Septiembre de 2008 (Elaboración Propia, a partir de la Fuente: Seguridad Social, Datos Incapacidad, 2008)					
unidad	Sexo	Duración Media Procesos		Nº de días de baja	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía		47,10	49,23	13.089.948	13.054.806
Canarias		44,38	40,52	3.934.174	5.114.717
Castilla -La Mancha		44,70	52,78	2.960.838	2.399.797
Cataluña		33,11	33,18	11.670.549	14.039.963
Galicia		47,87	56,84	5.123.728	3.548.341
Murcia		43,55	61,91	2.496.319	2.849.550
Valenciana		51,79	57,93	7.485.302	5.634.448
Media de esta muestra		44,64	50,34	46.760.858	49.641.622
l todas Comunidades Estado		39,92	41,98	71.485.302	77.897.315

<p style="text-align: center;">Tabla 7.- Duración Media de los Procesos y Número de Días de Baja Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, Exceptuando Autonomos y Hogar Procesos producidos con alta en el periodo en el periodo: Acumulado mes de Septiembre de 2008 (Elaboración Propia, a partir de la Fuente: Seguridad Social, Datos Incapacidad, 2008)</p>						
	Duración Media Procesos con alta en el periodo			Nº de días de baja cuya alta se ha producido en el proceso		
	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres
	Cantidad	%	Cantidad	%	Número	%
Total todas Comunidades	39,92	100%	41,98	100%	77.897.315	100%
Media de esta muestra	44,64	+ 4,72	50,34	+ 8,36	49.641.622	63,72%

* Relación Comunidades Autónomas Seleccionadas / Comunidades del Estado:
La duración media de los procesos, tanto en hombres como en mujeres, en estas Comunidades Autónomas seleccionadas, muestra unos valores superiores a la media del conjunto de las Comunidades, en 4,72 puntos para varones, y 8,36 en mujeres.

Estamos, por tanto, respecto a la Duración Media de los procesos por Incapacidad Temporal debidas a Contingencias Comunes y Sexo, ante una selección de Comunidades donde se produce el mismo esquema que en el conjunto del Estado: exceptuando los Autónomos y Empleados de Hogar - no analizados -, las mujeres muestran una mayor duración media de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes.

Respecto al **Número de Días de Baja**, en las tablas 6 y 7, comprobamos como en la:

* Relación Hombre / Mujer, las mujeres hacen uso de mayor número de días de baja en el conjunto de las Comunidades del Estado (+1,08 puntos de proporción en mujeres), y en la muestra de Comunidades analizadas (+1,06% puntos de proporción en mujeres).

* Relación Comunidades Autónomas Seleccionadas / Comunidades del Estado:
El promedio del Número de Días de Baja, tanto en hombres como en mujeres, en estas Comunidades Autónomas seleccionadas, muestra unos valores del 65,41% en varones y 63,72% en mujeres, respecto al Número de Días de Baja totales de las Comunidades del Estado.

En las Comunidades seleccionadas, por tanto, se produce el mismo patrón de comportamiento en cuanto al Número de Días de Baja, que el encontrado para la totalidad de las Comunidades del Estado: las mujeres hacen uso de un mayor número de Días de Baja que los hombres.

Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, 2005-2008.-

La Duración Media de los Procesos, la Incidencia Mensual por cada mil trabajadores y el Número Medio Mensual de Procesos Iniciados, durante cada año del periodo 2005-2008, se muestran en las tablas 8 y 9.

Tabla 8.- Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, Exceptuando autónomos y hogar

Ambito Geográfico Comunidad Autnoma	Elaboración Propia a partir de la Fuente: Seguridad Social. Datos Incapacidad, 2008)											
	Duración Media de los procesos				Incidencia Media Mensual por cada mil trabajadores				Numero medio mensual de procesos iniciados			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Andalucía	52,56	58,79	49,86	64,00	24,08	23,13	25,23	23,65	36,206,67	35,621,25	38,878	35,441
Canarias	40,70	43,90	41,68	44,27	42,35	40,07	41,95	38,82	18,711,00	18,324,92	18,945	16,417
Castilla-La Mancha	53,16	53,48	48,20	55,23	26,68	25,81	27,53	25,67	5,955,17	6,998,17	6,633	6,040
Cataluña	37,81	43,12	38,39	36,32	35,51	35,03	37,63	35,02	45,905,00	46,266,92	48,683	42,072
Galicia	58,08	59,87	57,92	54,36	27,54	27,62	29,89	28,57	10,654,67	10,904,17	11,742	10,489
Murcia	55,19	60,29	56,99	61,50	26,56	24,86	27,14	26,22	6,303,58	6,181,75	6,649	6,368
Valenciana	57,87	63,78	62,26	67,29	27,75	25,57	26,90	24,24	17,695,50	16,793,42	17,214	14,649
Total todas las Comunidades Estado	43,89	47,76	43,85	45,54	30,98	30,12	32,14	30,01	217,966,33	217,252,92	229,758	204,046
Media Total de esta muestra	50,76	54,74	55,04	54,71	30,01	28,87	30,08	28,88	141,431,59	141,090,6	148,744	131,476
Diferencia respecto a media Estado	+ 6,87	+ 6,98	+11,19	+ 9,71	-0,97	- 1,25	- 1,24	- 1,12	64,8 %	64,9 %	64,7 %	64,4

Tabla 9.- Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes,Exceptuando autónomos y hogar

(Elaboración Propia, a partir de la Fuente: Seguridad Social, Datos Incapacidad, 2008)

	Duración Media de los procesos			Incidencia Media Mensual por cada mil trabajadores			Numero medio mensual de procesos iniciados		
	Total Todas Comunid.	Media Total de esta muestra	Diferencias respecto a media de Estado	Total Todas Comunid.	Media Total de esta muestra	Diferencias respecto a media de Estado	Total Todas Comunid.	Media Total de esta muestra	Diferencias respecto a media de Estado
2005	43,89	50,76	+6,87	30,98	30,01	-0,97	217.966,33	141.431,59	64,8 %
2006	47,76	54,74	+6,98	30,12	28,87	-1,25	217.252,92	141.090,6	64,9 %
2007	43,85	55,04	+11,19	32,14	30,08	-1,24	229.758,00	148.744,00	64,7 %
2008	45,54	54,71	+9,17	30,01	28,88	-1,12	204.046,00	131.476,00	64,4 %
Medias	45,26	53,81	+8,68	30,08	29,46	-1,14	217.255,81	139.435,54	64,7 %

Como resultados, al analizar estas tablas 8 y 9, encontramos:

* Respecto a la Duración Media de los Procesos: El valor promedio encontrado en las Comunidades Seleccionadas, se sitúa, año por año, por encima del promedio de las Comunidades de Todo el Estado, alcanzando un valor promedio global de +8,68 de diferencia, en estos años 2005-2008.

* Respecto a la Incidencia Media Mensual por cada mil trabajadores: las Comunidades Seleccionadas, muestran unos valores promedio globales situado en -1,14 puntos, respecto a la Totalidad de las Comunidades del Estado.

* Respecto al Número Medio Mensual de Procesos Iniciados: las Comunidades seleccionadas representan el 64,7%, como valor promedio del conjunto de estos años, del total de los procesos iniciados en todo el Estado.

Confirmamos, por tanto, que estamos ante una muestra de Comunidades Autónomas que representan la mayoría de los procesos medios mensuales iniciados por Contingencias Comunes, durante los años 2005 a 2008. Estos procesos iniciados, en estas Comunidades analizadas, tienen una Duración Media superior al resto de Comunidades en más de 8 puntos de diferencia.

Valores para remarcar la relevancia de estas Comunidades seleccionadas para entender los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes que se generan en el Estado español, reflejando la menor incidencia mensual por cada mil trabajadores, una desviación no significativa frente al resto de elementos diferenciales encontrados, a los efectos de este Programa.

Estas Incapacidades Temporales por Contingencias Comunes, se generan a partir del Parte de Baja Laboral que elabora el Médico de Atención Primaria, tras el análisis del paciente.

Siendo los Diagnósticos el principal Motivo de Consulta que guía a la población a los Centros de Salud, resulta de interés comprobar las características y problemas que generan los Diagnósticos relacionados con la Salud Mental e Incapacidad Temporal.

Realizamos, a partir de ahora, una revisión profunda y exhaustiva, de la investigación publicada en España y a nivel Internacional en los últimos años, sobre el Problema de la Salud Mental en el ámbito del Trabajo, los problemas que afectan a su diagnóstico y las dificultades para una correcta Prescripción.

SALUD MENTAL E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

Distintos factores y variables están relacionados en el campo de la Salud Mental y su repercusión e interacción en el Ámbito del Trabajo, principalmente cuando se vinculan estas dos áreas a la Incapacidad Laboral Temporal.

Resulta, por tanto, de interés y necesidad, proceder a efectuar una revisión de los principales hallazgos que encontramos al profundizar en los abundantes estudios de distinto tipo que se han efectuado en los últimos años a nivel nacional e internacional, en torno a esta compleja y dinámica intersección, problemática.

Así, al analizar la Incidencia, Días de Baja y Duración Media de las Incapacidades Laborales Temporales, por Grupos Diagnósticos (Tabla 10), encontramos como los Trastornos Mentales ocupan el puesto número cinco entre las causas con mayor incidencia, pero se sitúa en los primeros lugares, en cuanto a la Duración Media de los Procesos por Incapacidad Laboral Temporal, superando en el triple a la duración media de días de baja del total de las causas de Incapacidad.

Tabla 10.- Incidencia, Días de Baja y Duración Media de Bajas, por Grupos Diagnósticos, 1999-2000 (Elaboración Propia, a partir de Plana et al., 2001).						
Grupos Diagnósticos CIE 9-MC	Incidencia		Días de Baja		Duración media días	
	%	Lugar	%	Lugar	Nº	Lugar
Trastornos Mentales	3,5	5º	11,4	4º	76,6	3º
Operaciones Músculo Esqueléticas	1,6	10-15º	5,1	6-7º	77	1º
Total todas las causas	--	--	--	--	23,7	--

Esta predominancia en el impacto de la Duración Media de los Días de Baja de los Trastornos Mentales y las Enfermedades Osteomusculares, resulta una constante detectada de forma continua en cualquier investigación.

Observemos, en la Tabla 11, de ejemplo, esta incidencia diferencial y por sexos, respecto al resto de las Enfermedades Laborales detectadas en una Unidad de Vigilancia

Epidemiológica en Salud Laboral, tras remisión por Médicos de Atención Primaria y consulta de la historia clínica - laboral.

	Hombres	Mujeres
Enfermedades Osteomusculares	49 %	41 %
Trastornos Mentales	32 %	23 %
Otras Enfermedades Laborales	19 %	36 %

Si la incidencia diferencial por sexo, se inclina del lado masculino en las enfermedades osteomusculares y en trastornos mentales, de forma contraria se produce la proporción en el resto de las enfermedades laborales.

Siendo los varones quienes acuden más a consulta por Motivo de Diagnóstico como hemos reflejado en el apartado Introducción, a la hora de analizar las enfermedades laborales en su conjunto, resulta necesario especificar la incidencia atendiendo a sus diferencias por tipo de enfermedad concreta.

Observamos como en este ejemplo detectamos 17 puntos de diferencia a favor de mujeres en otras enfermedades laborales sin especificar, pero como esa proporción se invierte al analizar de forma específica las enfermedades osteomusculares y las enfermedades mentales (ansiedad y depresión, reactivas al entorno laboral, en este caso), con 8 y 9 puntos a favor de hombres, respectivamente.

La relevancia de considerar el impacto adquirido por los Trastornos Mentales, la comprobamos al analizar la evolución de ILT por causas psicopatológicas generales en España, en el periodo 1996-2001 (Tabla 12).

En este periodo de cinco años, los Trastornos Psicopatológicos, progresaron hasta casi duplicar la cifra de Incapacidad Laboral Temporal y Días de Baja, por cada mil habitantes, en el año de origen del estudio, 1996.

Tabla 12.- Análisis ILT, por Causas Psicopatológicas, periodo 1996-2001		
(Elaboración Propia a partir de Ortiz, Lozano, Jiménez, 2005).	Año 1996	Año 2001
Evolución por 1.000 habitantes	1,76	3,3
Días de Baja por 1.000 habitantes	159	272

Dentro de este progreso multiplicador, conviene establecer diferencias respecto a la incidencia proporcional que se produce en el análisis de las repercusiones laborales, por cada tipo de trastorno mental. Así como resulta de interés particularizar los Días de Trabajo Perdidos, respecto a los Días de Trabajo Reducido que afectan a la productividad y también repercuten en el bienestar laboral (tabla 13).

Tabla 13.- Prevalencia y Días de Trabajo Perdidos o con Rendimiento Reducido por Trastornos Mentales, de Trabajadores a Tiempo Completo			
(Elaboración Propia a partir de Lim, Sanderson y Anrews, 2000)			
	Prevalencia	Días Perdidos	Días Trabajo Reducido
Algún Trastorno Mental	10,5 %	1,07	3,00
Algún Trastorno Afectivo	2,5 %	2,33	6,03
Algún Trastorno Ansiedad	2,6 %	1,67	4,52
Algún Abuso de Sustancias	3,7 %	0,64	1,47
Algún Trastornos de Personalidad	4,8 %	0,94	3,19

Comprobamos como los Días de Trabajo Reducido, triplican la incidencia del los Días de Trabajo Perdidos. He aquí una repercusión inevitable de la relevancia económica de la Salud Mental, centrada de forma mayoritaria y reduccionista, a nivel público, empresarial e institucional, en su repercusión exclusiva sobre las Bajas Laborales.

Observemos como los Trastornos Afectivos ocupan el primer lugar en Días laborales Perdidos y en Días de Trabajo Reducido, doblando la repercusión de que disponen la totalidad de los Trastornos Mentales en su conjunto.

Es decir, los Trastornos Afectivos son la cuarta parte del conjunto de los trastornos mentales, pero la incidencia global que posee, duplica la de todos los demás trastornos mentales, tanto en Días de Trabajo Perdidos como en Días de Trabajo Reducido.

Señalemos como, por una parte, los Trastornos de Ansiedad se sitúan en la segunda causa de Días Perdidos y Días de Trabajo Reducido, dentro de los Trastornos Mentales en conjunto.

Por otra, como los Trastornos de Personalidad, aunque no sean una causa llamativa en cuanto a Tiempo de Días Perdidos o Incapacidad Laboral Temporal, son el grupo mayoritario en prevalencia, ocupando el tercer lugar en cuanto Días de Trabajo Reducido.

Los Trastornos por Abuso de Sustancias, frecuentemente considerados en distinto tipo de publicaciones generales y dentro de las políticas generales de salud laboral, tienen la segunda más alta prevalencia, no afectando de forma directa a los Días de Trabajo Perdidos, ni a los Días de Trabajo Reducido, evocando una habitualidad y aceptabilidad que debería ser objeto de otro Programa Nacional de Sanidad, y/o de Salud Laboral.

Algunos datos que reflejan complejidad de la incidencia de la Salud Mental, la encontramos en el hecho de que los desordenes Afectivos alcanza una repercusión estimada en 24 millones de Días de pérdida de Productividad por año, en USA; frente a los costes de absentismo por depresión - 17 billones de \$ -, la Ansiedad reduce la productividad laboral en 4,1 billones de \$ (Lim, Sanderson y Anrews, 2000).

Centrándonos en la presencia de Comorbilidad o Co-Ocurrencia en un mismo individuo de distintos Trastornos, observemos en la tabla 14, como se altera la relevancia de la Salud Mental, al pasar a diferenciar la influencia de los trastornos mentales puros, frente a la comorbilidad.

Tabla 14.- Prevalencia y Días de Trabajo Perdidos o con Rendimiento Reducido por Trastornos Mentales Puros y Comorbidos, de Trabajadores a Tiempo Completo (Elaboración Propia a partir de Lim, Sanderson y Anrews, 2000)				
		Prevalencia	Días Perdidos	Días Trabajo Reducido
Trastornos Puros	Afectivos	1,1 %	1,1	5,3
	Ansiedad	1,0 %	0,6	2,7
	Abuso de Sustancias	2,8 %	0,6	1,2
	Personalidad	3,2 %	0,9	2,4
Comorbilidad	Ansiedad x Afectivos	0,4 %	5,7	7,2
	Ansiedad x Abuso de Sustancias	0,1 %	1,1	0,6
	Afectivos x Abuso de Sustancias	0,2 %	0,4	4,4
	Afectivos x Personalidad	0,3 %	1,9	6,9
	Ansiedad x Personalidad	0,6 %	0,2	4,5
	Abuso de Sustancias x Personalidad	0,3 %	0,1	0,6
	3 o 4 tipos de trastornos	0,5 %	0,7	1,3

La presencia de comorbilidad o co-ocurrencia de afectación aumenta considerablemente su impacto en Días de Trabajo Perdidos, y en Días de Trabajo Reducido cuando se presentan en conjunción Afectivos y Ansiedad, Afectivos y Personalidad o Abuso de Sustancias, y Ansiedad - Personalidad.

Observemos como la influencia de la Ansiedad es superior en los Trastornos de Personalidad que en los Abusos de Sustancias, lo cual sugiere una asociación Personalidad – Abuso de Sustancias digna de ser explorada en otra oportunidad, en cuanto a su relevancia en los Días de Trabajo Perdidos, y de Trabajo Reducido.

Habiendo comparado ya el impacto de los Días de Trabajo perdidos por afectación psicopatológica respecto a las enfermedades musculoesqueléticas, al efectuar su análisis diferencial respecto a las Enfermedades Crónicas, observamos los resultados que mostramos en la tabla 15.

Tabla 15.- Días de Trabajo Perdidos en los últimos 12 meses, por trastorno psicopatológico (Elaboración Propia a partir de Lara Muñoz et al., 2007)	
Trastorno	Nº de Días
Depresión	25,5
Trastorno de Pánico	20
Agorafobia	18
Estrés Postraumático	14
Ansiedad Generalizada	9,5
Enfermedades Crónicas	7,5
Fobia Social	5
Manía	3,5

La Depresión, como Trastorno Afectivo, se muestra como el trastorno que produce mayor impacto en el área laboral, superando en más del triple a los días de pérdida de trabajo, por ejemplo, de las enfermedades crónicas no psiquiátricas (diabetes, artritis, hipertensión, cefaleas, dolor de espalda y cuello).

La mayor cantidad de días de actividad perdidos, son debidos a depresión y trastornos de pánico, pero el conjunto de los trastornos de ansiedad se sitúa como segunda causa psicopatológica de días de productividad perdidos.

Resulta de interés precisar – como señalaremos de forma más abundante posteriormente - como trastornos aparentemente poco graves como las Fobia Social, encierran un efecto

incapacitante de relevancia en el conjunto de los días de trabajo perdidos por causas psicopatológicas.

El impacto Económico de la Depresión, ha motivado que la Pharmaceutical Research Manufacturers of America (Phrma, 2007) haya diseñado un Programa para calcular, por empresas, el coste en \$ de los márgenes de pérdida ocasionados por trabajador, así como el rango de trabajadores que pueden estar afectados por franja de edad, y por sexo, como mostramos en la tabla 16, para cada grupo de mil empleados.

Tabla 16. Estimaciones del Impacto de la Depresión sobre los Trabajadores y Empresa, USA por cada 1.000 trabajadores en la empresa (Elaboración propia a partir de Phrma, 2007).						
Impacto Estimado en el Trabajo		Mínimo	Máximo			
Días de trabajo perdidos por Depresión		22	32			
Costes médicos adicionales por afectado		1.000.- \$	2.000.- \$			
Total días de trabajo perdidos por Afectados Depresión		1.449.- \$	2.107.- \$			
Número Estimado de Trabajadores Afectados por Depresión, USA por grupo de edad, por cada 1.000 trabajadores en la empresa						
Sexo	18-29	30-39	40-49	50-59	> 60	Total
Hombres	10	13	8	6	1	38
Mujeres	7	8	8	4	1	28
Total	17	21	16	10	2	66

Comprobamos como, por cada mil trabajadores, el rango se sitúa en torno a 66 afectados, siendo mayor en el grupo de hombres que en el de mujeres. Por otra parte, los costes por pérdida de Días de Trabajo, son superiores a los costes médicos necesarios para el tratamiento.

Desde una perspectiva meramente empresarial, la primera conclusión que cabe extraerse es la rentabilidad que podría alcanzar el empresariado de involucrarse de forma directa en el proceso verdaderamente asistencial de la enfermedad.

Principalmente, cuando los datos aportados en el mismo estudio, reflejan que al menos el 50% de los trabajadores con Depresión, no están diagnosticados, ni tratados. Este infradiagnóstico de los trabajadores con depresión, podría estar generando una pérdida de entre 22 a 32 días de trabajo por cada afectado, así como un sobrecoste económico situado entre 1.000 a 2.000 \$, frente al resto de trabajadores.

Efectuando una Comparación entre Pacientes con Problemas de Salud Mental, frente a Pacientes con Problemas de Salud General, en función de la prevalencia, utilización de recursos sanitarios, y coste, encontramos los resultados mostrados en la Tabla 17.

Tabla 17- Comparación Pacientes con Problemas de Salud Mental, Pacientes Salud General (Elaboración Propia a partir de Sicras et al, 2007)		
	Pacientes Problemas SM	Pacientes Problemas Salud General
Numero de Problemas de Salud	6,7	4,7
Utilización de Recursos, visitas	10,7	7,2
Coste Medio Anual	851,5 €	519,2 €
Coste Medio Anual, ajustando comorbilidad	72,7 € mas que resto pacientes	

Los pacientes que demandan atención por problemas de Salud Mental, presentan mayor número de problemas de Salud que los pacientes que acuden a consulta por problemas de Salud General.

Los pacientes con problemas de Salud Mental, además, utilizan de forma mas abundante los recursos asistenciales, generando un coste estimado en *72,7 € de más que el resto de los pacientes.*

Estos costes generados por los pacientes con trastorno en su Salud Mental, representan un 27,2% en costes fijos-semifijos, y un 72,8% en otros costes variables que, desglosados, mostramos en la tabla 18:

Tabla 18.- Coste Atención a Pacientes Mentales (Elaboración Propia a partir de Sicras et al, 2007)		
Tipo de Costes		Porcentaje
Costes Fijos- Semifijos		27,2 %
Costes Variables		72,8 %
	Derivaciones Especialista	6,4%
	Pruebas Complementarias	4,4 %
	Prescripción Farmacéutica	62 %

Comprobemos como el 62% de los costes variables, corresponden a la Prescripción Farmacéutica – que será objeto de análisis en otra parte de este Programa -, representando un 11% los costes variables por Pruebas Complementarias y Derivaciones a Especialistas.

Por tanto, recibir atención sanitaria especializada y específica, no representa ni un tercio del coste real sanitario. Un dato digno de reflexión, para Empresarios, y para una Administración Pública eficiente, y efectiva.

Comprobemos, por ejemplo, la media de días de baja, por comorbilidad física y psicopatológica, a partir de la tabla 19.

Tabla 19.- Media de Días de Baja en los últimos tres meses y Comorbilidad (Elaboración Propia, a partir de Domínguez Salgado et al., 2005)					
		Cardiaca	Respiratoria	Digestiva	Mental
Antecedentes de Patología	si	1,1	1,4	1,7	2,8
	No	0,6	0,5	0,3	0,5
Comorbilidad		82 %	74,5 %	75,6 %	92,6 %

Los pacientes con problemas de salud mental, muestran el mayor índice de días de baja perdidos en los últimos tres meses, y la mayor comorbilidad, frente a enfermedades tan impactantes como son las de tipo Cardíaco, Respiratorio, o Digestivo.

PSICOPATOLOGIA E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

Al acercarnos al concepto "Incapacidad Laboral", "Incapacidad Temporal", "Incapacidad Laboral Temporal", encontramos un heterogéneo marco jurídico, donde normas administrativas de distinto rango – Decretos, Reales Decretos, Leyes, Órdenes, Reglamentos, Circulares, Instrucciones –, se superponen de forma sucesiva, década tras década.

A este campo normativo entrelazado se incorpora la necesidad de consultar esporádicamente, los criterios interpretativos y la doctrina dictada o pronunciada, por órganos judiciales de distinto tipo o planta - Tribunal Supremo, Tribunales Superiores de Justicia,... -.

Esta realidad jurídica compleja, condiciona cualquier intervención y delimitación que pretenda realizarse en el ámbito de la "Salud Mental", en su relación con la "Incapacidad Laboral Temporal".

Resultaría, por ello, aconsejable, efectuar – en algún otro lugar - un análisis básico - exhaustivo, y que fuera no estrictamente jurídico - de esta regulación existente, tratando de apresar los distintos aspectos que la realidad jurídica y normativa actual impone – principalmente- a los profesionales sanitarios que intervienen en esta ecuación "Salud Mental – Incapacidad Laboral Temporal".

Tomando como referente para el objeto de análisis de este Programa Nacional, el Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio, Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el artículo 128, encontramos que la propia definición del concepto 'Incapacidad Temporal', refiere a distintos aspectos que determinen la situación de estar 'impedido para el trabajo', mientras el trabajador 'reciba asistencia sanitaria'.

Acudiendo al Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1992) para comprobar de forma ordenada el significado del término 'Incapacidad', encontramos diversas acepciones no jurídicas que remiten a 'falta de capacidad' para hacer, recibir o aprender; 'falta de entendimiento o inteligencia', 'falta de preparación' o de medios para realizar un acto.

Ninguno de estos significados, sin embargo, son de aplicación estricta a la totalidad de los problemas de salud mental, ni serían de aplicación a algunas situaciones jurídicas de 'incapacidad temporal' que pueden estar motivadas por asuntos de salud mental.

Respecto al término 'impedido' refiere el D.L.E. (RAE,1992) a 'que no puede utilizar alguno o algunos de sus miembros'. Remitiendo 'miembros' en el D.L.E., entre otras acepciones, a extremidades del hombre o de animales, articuladas con el tronco.

Comprobamos como estos conceptos seleccionados para su utilización jurídica y laboral, encierran una implícita concepción organicista de la salud que, especialmente cuando son aplicados al ámbito de salud mental, se apartan de los criterios aceptados internacionalmente desde hace décadas para este tipo de problemas, de salud.

Sin embargo, distintos son los aspectos, factores y variables que se relacionan en la interacción Salud Mental-Psicopatología e Incapacidad Laboral Temporal. Entre estos aspectos, factores y variables, que deberían ser analizados con cautela y también con esmero, dada la heterogeneidad e interacción compleja, nos encontramos con la prevalencia e incidencia de los distintos problemas psicopatológicos y su impacto respecto a la Incapacidad Temporal.

Aunque las repercusiones de la psicopatología, de la salud mental en el ámbito laboral, no afectan sólo a la figura jurídica de la Incapacidad Temporal, ni a esta se llega de forma abrupta o inesperada en todos los casos, tampoco es la Incapacidad Laboral Temporal la única fuente de gastos para la Administración e Instituciones – públicas y privadas - originada por la incidencia de los problemas psicopatológicos en el trabajo.

Para diseccionar las características más relevantes de esta interacción Salud Mental – Psicopatología e Incapacidad Laboral Temporal, y Productividad, efectuamos a continuación una revisión exhaustiva a nivel nacional e internacional, de los distintos aspectos y componentes que han sido tratados en el fenómeno Salud Laboral – Psicopatología y su impacto económico- sanitario, tanto por los efectos en reducción de la salud, como por su impacto en el detrimento del rendimiento y la productividad laboral, y sus resultados sobre el gasto, por utilización de servicios y recursos asistenciales.

Incidencia de la Psicopatología en Incapacidad Laboral Temporal.-

Al analizar la Incidencia de la Psicopatología en la Incapacidad Laboral Temporal, dos medidas son utilizadas con predominio en las publicaciones nacionales e internacionales: los Días de Baja y la Duración Promedio de las Incapacidades Laborales Temporales, por Grupos Diagnósticos.

En un sentido más amplio, como desarrollaremos en este Programa, cuando tratamos de apresar los efectos reales de la 'Incapacidad' Laboral, debemos aplicar también otro tipo de medida: los Días de Trabajo Reducido por incidencia de la Psicopatología.

Como mostramos en tabla 10, los Trastornos Mentales han ocupado el puesto número cinco entre las causas con mayor incidencia en Incapacidad Temporal, pero se sitúan en los primeros lugares en cuanto a la Duración Media de los Procesos por Incapacidad Laboral, superando en el triple a la duración media de días de baja del total de las causas de Incapacidad.

Tabla 10.- **Incidencia, Días de Baja y Duración Media de Bajas, por Grupos Diagnósticos, 1999-2000**
(Elaboración Propia, a partir de Plana et al., 2001).

Grupos Diagnósticos CIE 9-MC	Incidencia		Días de Baja		Duración media días	
	%	Lugar	%	Lugar	Nº	Lugar
Trastornos Mentales	3,5	5º	11,4	4º	76,6	3º
Operaciones Músculo Esqueléticas	1,6	10-15º	5,1	6-7º	77	1º
Total todas las causas	--	--	--	--	23,7	--

Esta predominancia en el impacto de la Duración Media de los Días de Baja de los Trastornos Mentales, y de las Enfermedades Osteomusculares frente al resto de enfermedades incapacitantes, resulta una constante detectada de forma continua en cualquier investigación.

Otro aspecto complejo, que merece una disección empírica y científica, es la prevalencia diferencial por sexos. Ya mostramos en Introducción como en Motivo de Consulta al acudir a un centro sanitario, la población que acude es mayor en varones para Diagnósticos, semejante respecto a Consultas Administrativas, y algo superior en mujeres para el Motivo Revisión.

En el mismo apartado de este Programa, presentamos como entre la población ocupada, también son los varones quienes presentan tasas mayores en los Motivos de Consulta Diagnóstico y Administrativo, aunque no así en Revisión.

Estas diferencias mayores en las tasas de varones, también aparecen en los grupos estudiantes y parados frente a estudiantes mujeres y entre las paradas; o en Motivo Revisión, donde la tasa final es superior en varones, en casi siete puntos, frente a mujeres.

Y no se encuentran respecto al número de días de baja, superior en mujeres, de promedio.

Por tanto, la prevalencia diferencial por sexos, respecto a la asistencia a un centro sanitario, es una variable epidemiológica distinta a la duración de las bajas, y ambas, diferentes a la prevalencia de psicopatología por razón de sexo, y por cada trastorno.

Esta puntualización, debe ser objeto de análisis cuando se presenta cualquier tipo de datos atendiendo al sexo, por la no equivalencia de sus resultados, y las tendencias apriorísticas que encierra este efecto diferencial de sexo, cuando es considerado de forma superficial.

Profundizamos en este aspecto en distintos apartados de este Programa, de forma puntual, pero precisa. En concreto, por ejemplo, veremos las estimaciones y advertencias del Proyecto Phrma, y en este momento, acercándonos a este tipo de análisis de la incidencia diferencial por sexos de las Enfermedades Mentales respecto – de ejemplo - al resto de las Enfermedades Laborales que son detectadas en una Unidad de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral, tras ser remitidas por Médicos de Atención Primaria y con consulta de la historia clínica – laboral, observamos los resultados que mostramos en la tabla 11.

Si la incidencia diferencial por sexo se inclina del lado masculino en las enfermedades osteomusculares y en trastornos mentales, de forma contraria se produce la proporción en el resto de las enfermedades laborales.

Tabla 11.- **Enfermedades Detectadas en Unidad de Salud Laboral**
(Elaboración Propia, a partir de Alberti y Benavides, 2005)

	Hombres	Mujeres
Enfermedades Osteomusculares	49 %	41 %
Trastornos Mentales	32 %	23 %
Otras Enfermedades Laborales	19 %	36 %

Siendo los varones quienes acuden más a consulta por Motivo de Diagnóstico como hemos reflejado en el apartado anterior – Introducción -, a la hora de analizar las enfermedades laborales en su conjunto, resulta necesario especificar la incidencia atendiendo a sus diferencias por tipo de enfermedad concreta, para evitar análisis sesgados, por género.

Observamos como en este ejemplo de la tabla 11, detectamos 17 puntos de diferencia a favor de mujeres en otras enfermedades laborales sin especificar, pero se invierte esa proporción al analizar de forma específica las enfermedades osteomusculares y las enfermedades mentales (ansiedad y depresión, reactivas al entorno laboral, en este caso), con 8 y 9 puntos a favor de hombres, respectivamente.

Este análisis diferencial de género, repercute, por ejemplo, en el hecho de que entre las ‘enfermedades sin especificar’ en mujeres, las causas ginecológicas se sitúan en tercera posición, por detrás de osteomusculares y psiquiátricas (Bayona, Jiménez y Aguado, 2004).

Al revisar los estudios efectuados para analizar la frecuencia, duración, y la frecuencia-duración de las ausencias del trabajo, por ejemplo, aplicando una simple tabulación porcentual a partir de los datos que muestran Koopmans, Roelen, Groothoff (2008,a), nosotros hemos detectado como las ausencias de los hombres por estos tres motivos son semejantes, y en cualquier caso, no inferiores al 66% de media, respecto a mujeres.

Y este dato, se olvida, a pesar de ser coherente con los hallazgos mostrados en otros, como Hensing, Brage, Nygård, Sandanger y Tellnes (2000).

En otro reciente estudio, sin embargo, contemplando el análisis diferencial del tipo de empresa por sector de actividad, Koopmans, Roelen y Groothoff (2008,b), muestra resultados inversos, provocados por la duración mayor de los episodios depresivos en mujeres, que en hombres, dentro de la población laboral, resultado que no encuentran en población general, ni en población asistencial.

(Elaboración Propia a partir de Ortiz, Lozano, Jiménez, 2005).	Año 1996	Año 2001
Evolución por 1.000 habitantes	1,76	3,3
Días de Baja por 1.000 habitantes	159	272

La relevancia de considerar el tamaño del impacto adquirido por los Trastornos Mentales a la hora de analizar la Incapacidad Laboral, es otro aspecto de reflexión necesario, como analizamos en Introducción y comprobamos al comparar la evolución de ILT por causas psicopatológicas generales en España, en el periodo 1996-2001 (tabla 12).

En este periodo de cinco años mostrado, los Trastornos Psicopatológicos, progresaron hasta casi duplicar la cifra de Incapacidad Laboral Temporal y Días de Baja, por cada mil habitantes.

Previsiblemente la incorporación de mayor número de personas al mercado laboral, contribuye a aumentar la incidencia de los trastornos psicopatológicos, pero en ningún caso, este hecho demográfico laboral, limita la relevancia de la frecuencia adquirida por la psicopatología en el contexto de la incapacidad laboral.

Dentro de este progreso multiplicador, conviene establecer diferencias respecto a la incidencia proporcional que se produce en el análisis de las repercusiones laborales por cada tipo de trastorno mental. Así como resulta de interés particularizar los Días de Trabajo Perdidos, respecto a los Días de Trabajo Reducido que afectan a la productividad y también repercuten en el bienestar laboral (tabla 13).

Tabla 13.- **Prevalencia y Días de Trabajo Perdidos o con Rendimiento Reducido por Trastornos Mentales, de Trabajadores a Tiempo Completo**
(Elaboración Propia a partir de Lim, Sanderson y Anrews, 2000)

	Prevalencia	Días Perdidos	Días Trabajo Reducido
Algún Trastorno Mental	10,5 %	1,07	3,00
Algún Trastorno Afectivo	2,5 %	2,33	6,03
Algún Trastorno Ansiedad	2,6 %	1,67	4,52
Algún Abuso de Sustancias	3,7 %	0,64	1,47
Algún Trastornos de Personalidad	4,8 %	0,94	3,19

Comprobamos como los Días de Trabajo Reducido, triplican la incidencia del los Días de Trabajo Perdidos. He aquí una repercusión inevitable de la relevancia económica de la Salud Mental, que no puede seguir centrada de forma mayoritaria y reduccionista, exclusiva, a nivel público, empresarial e institucional, en su repercusión prioritaria sobre las Incapacidades por Bajas Laborales, sólo.

Observemos como los Trastornos Afectivos ocupan el primer lugar en Días laborales Perdidos y en Días de Trabajo Reducido, doblando la repercusión de que disponen la totalidad de los Trastornos Mentales en su conjunto.

De esta forma, los Trastornos Afectivos alcanzan la cuarta parte del conjunto de los trastornos mentales, pero la incidencia global que poseen, duplica la de todos los demás trastornos mentales, tanto en Días de Trabajo Perdidos como en Días de Trabajo Reducido.

Señalemos como, por una parte, los Trastornos de Ansiedad se sitúan en la segunda causa de Días Perdidos y Días de Trabajo Reducido, dentro de los Trastornos Mentales en conjunto.

Por otra, como los Trastornos de Personalidad, aunque no sean una causa llamativa en cuanto a Tiempo de Días Perdidos o Incapacidad Laboral Temporal, son el grupo mayoritario en prevalencia, ocupando el tercer lugar en cuanto a Días de Trabajo Reducido.

Los Trastornos por Abuso de Sustancias, frecuentemente considerados en forma de programas específicos en distinto tipo de publicaciones y dentro de las políticas generales de salud laboral, ocupan la segunda tasa más alta en prevalencia, aunque no afectan de forma directa a los Días de Trabajo Perdidos, ni a los Días de Trabajo Reducido. Refleja una habitualidad y aceptabilidad general, que debería ser objeto específico de otro Programa Nacional de Sanidad, y/o de Salud Laboral.

Otros datos que abundan en esta complejidad que resulta al analizar la incidencia de la Salud Mental, la encontramos en el hecho de que los desordenes Afectivos han sido cuantificados en una repercusión económica, estimada en 24 millones de Días de pérdida de Productividad por año, en USA; frente a los costes de absentismo por depresión - 17 billones de \$ -, la Ansiedad reduce la productividad laboral en 4,1 billones de \$ (Lim, Sanderson y Anrews, 2000).

En comparación a otro tipo de enfermedades, en cuanto a Días de Trabajo Perdidos por afectación psicopatológica, en este otro trabajo comprobamos en tabla 14 como, respecto a las Enfermedades Crónicas, los problemas de Salud Mental, superan en la casi totalidad de sus tipos de afectación unitaria, el impacto de estas Enfermedades Crónicas no psicopatológicas (diabetes, artritis, hipertensión, cefaleas, dolor de espalda y cuello, en este caso).

La Depresión, como Trastorno Afectivo, muestra ser el trastorno que produce mayor impacto en el área laboral, superando en más del triple a los días de pérdida de trabajo, por ejemplo, de las enfermedades crónicas no psiquiátricas.

La mayor cantidad de días de actividad perdidos, son debidos a depresión y trastornos de pánico, pero el conjunto de los trastornos de ansiedad se sitúa como segunda causa psicopatológica de días de productividad perdidos.

Tabla 14.- **Días de Trabajo Perdidos en los últimos 12 meses, por trastorno psicopatológico**
(Elaboración Propia a partir de Lara Muñoz et al., 2007)

Trastorno	Nº de Días
Depresión	25,5
Trastorno de Pánico	20
Agorafobia	18
Estrés Postraumático	14
Ansiedad Generalizada	9,5
Enfermedades Crónicas	7,5
Fobia Social	5
Manía	3,5

Resulta de interés precisar – como señalaremos de forma más abundante posteriormente - algunos trastornos aparentemente poco graves como la Fobia Social que, sin embargo, encierran un efecto incapacitante de relevancia en el conjunto de los días de trabajo perdidos por causas psicopatológicas.

Centrándonos en el Impacto Económico de la Depresión, la Pharmaceutical Research Manufacturers of America (Phrma, 2007) ha diseñado un Programa para calcular y advertir, por empresas, el coste en \$ de los márgenes de pérdida ocasionados por trabajador, así como el rango de trabajadores que pueden estar afectados por franja de edad, y por sexo, como mostramos en la tabla 15, para cada grupo de mil empleados.

Comprobamos como, por cada mil trabajadores, la cifra se sitúa en torno a 66 afectados contemplando todos los rangos de edad, siendo mayor en el grupo de hombres que en el de mujeres, otra vez. Por otra parte, los costes por pérdida de Días de Trabajo, se estiman superiores a los costes médicos necesarios para el tratamiento.

Desde una perspectiva meramente empresarial, la primera conclusión que puede extraerse de este Programa Phrma (2007) es la existencia de un campo de rentabilidad que podría ser de interés para el empresariado, de involucrarse de forma directa en el proceso verdaderamente asistencial de la enfermedad, principalmente cuando los datos aportados

en el mismo estudio reflejan que al menos el 50% de los trabajadores con Depresión, no están diagnosticados, ni tratados.

Tabla 15.- **Estimaciones del Impacto de la Depresión sobre los Trabajadores y Empresa, USA**
por cada 1.000 trabajadores en la empresa (Elaboración propia a partir de Phrma, 2007).

Impacto Estimado en el Trabajo	Mínimo	Máximo
Días de trabajo perdidos por Depresión	22	32
Costes médicos adicionales por afectado	1.000.- \$	2.000.- \$
Total días de trabajo perdidos por Afectados Depresión	1.449.- \$	2.107.- \$

Número Estimado de Trabajadores Afectados por Depresión, USA
por grupo de edad, por cada 1.000 trabajadores en la empresa

Sexo	18-29	30-39	40-49	50-59	> 60	Total
Hombres	10	13	8	6	1	38
Mujeres	7	8	8	4	1	28
Total	17	21	16	10	2	66

Este infradiagnóstico de los trabajadores con depresión, podría estar generando una pérdida de entre 22 a 32 días de trabajo por cada afectado, así como un sobre coste económico situado entre 1.000 a 2.000 \$, frente al resto de trabajadores.

Pero los trastornos psicopatológicos no se manifiestan ni presentan siempre en estado puro, ni de forma nítida como un solo cuadro clínico. Analizaremos por ello, en otro subapartado, la Comorbilidad o co-ocurrencia de trastornos.

Estudiando la relación entre áreas de afectación psicopatológicas y funcionales, con el contexto de investigación, Hoffman, Dukes y Wittchen (2008) efectúan una revisión sistemática entre los distintos tipos de trabajos que presentan resultados sobre Psicopatología, y que incluyan en la misma afectación en más de un área funcional (tabla 16).

Comprobamos como a pesar de la diferencia en el número de estudios efectuados en distintos lugares y con distinto tipo de población (Población General, Centros de Salud Mental, Centros de Atención Primaria), los estudios que contemplan distintas áreas de afectación funcional en pacientes con Salud Mental, son escasos.

De 29 trabajos que efectúan análisis de algún área (entre actividades diarias, esfera social, calidad de vida completa, desajustes físicos, funcionamiento laboral), sólo 8 consideran dos áreas o más.

Esta reducción de la diversidad de áreas de afectación, tendremos oportunidad de conocerla más detalladamente de forma posterior. Es otro sesgo detectado, al comprobar como no se aplica sólo al funcionamiento personal, sino que es una constante que impregna cualquier resultado, con tendencia constante a la baja, cuando analizamos la repercusión de la Salud Mental.

Por ejemplo, lo habitual en las personas con Ansiedad Generalizada, es que muestren una experiencia con sus síntomas, durante una media de 5 a 10 años antes de recibir algún diagnóstico (Hoffman, Dukes, Wittchen, 2008).

Tabla 16.- **Áreas de Afectación en Diversos Tipos de Estudio sobre Ansiedad General**
(Elaboración Propia, a partir de Hoffman et al. 2008)
Trabajos que reflejan al menos dos áreas de análisis en su estudio

Población General: 14 trabajos	Afectación Actividades Diarias x Afectando Esfera Social	1 trabajo
	Afectación Actividades Diarias x Funcionamiento General x Calidad de Vida completa	2 trabajos
Atención Primaria: 9 trabajos	Afectación Actividades Diarias x Afectación Vida Familiar x Funcionamiento General	2 trabajos
	Afectación Actividades Diarias x Funcionamiento Laboral x Desajustes Físicos	1 trabajo
Centros Salud Mental: 6 trabajos	Afectación Social x Afectación Vida Familiar x Funcionamiento Laboral	2 trabajos

Para comprender los efectos de esta demora en la petición de ayuda y consiguiente sufrimiento, consideremos como los síntomas comunes del Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG), incluye dificultad para relajarse, fatiga, inquietud, alteraciones del sueño, irritabilidad, tensión muscular, dolor muscular, migraña, presión corporal, y otros tipos de dolores generalizados o inespecíficos.

Por otra parte, la consideración clínica del TAG puede diferir en gran medida, en función de que los pacientes enfaticen sus síntomas de malestar psíquico o somático, y de la concurrente afectación comorbida, conjunta a otros desajustes físicos, de los cuales, no se observa, ni se analiza, frecuentemente, la etiología.

Sanderson y Andrews (2006) sí analizan la prevalencia de problemas psicopatológicos (tabla 17) a partir de una revisión de estudios epidemiológicos en población que trabaja, al ser el contexto, el lugar donde se obtienen los datos y el tipo de población analizada, otra constante diferencial, muchas veces obviada..

A pesar de la diversidad de países y sus contextos diferentes, así como la distinta afectación analizada, comprobamos como Depresión, Fobia Simple y Fobia Social, se muestran como los trastornos de mayor prevalencia en población con empleo.

Tabla 17.- **Tasas de Prevalencia en Salud Mental en Población General con Empleo**
(Elaboración Propia, a partir de Sanderson y Andrews, 2006)

	% Prevalencia			
	Canadá	Australia	Holanda	US
Afectivos Sólo	0,7			
Depresión		2,2	4,8	4,4
Distimia		0,4	1,5	0,5
Ansiedad Sólo	2,6			
Ansiedad Generalizada		1,4		1,5
Trastorno de Pánico		0,2	1,4	1,3
Agorafobia		0,1		1,8
Fobia Simple			5,6	5,2
Fobia Social		0,6	3,3	4,2
Trastorno por Estrés Postraumático				2,2

Aquí comprobamos la relevancia que posee el análisis del contexto en que se obtienen los datos, de la misma forma que la necesidad de establecer puntualización específica sobre que tipo de afectación y resultados estamos analizando.

En este sentido, Sanderson y Andrews (2006) reflejan como la prevalencia diferencial encontrada en Depresión y Ansiedades, estaban asociadas de forma consistente con el

presentismo o Días de Trabajo Reducido - días con baja productividad en el lugar de trabajo-, más que con el 'absentismo' por Incapacidad Laboral.

Pero de forma simultánea, sería necesario no obviar la posible asociación robusta entre la baja calidad de las tareas laborales y la incidencia notable de depresión y ansiedades.

Reducir la carga que genera la Salud Mental, requiere intervención en el propio lugar de trabajo y organización. No es, por tanto, el lugar, contexto y forma en que se organiza el trabajo, un asunto sin relevancia en el impacto real de la Incapacidad Laboral Temporal. Parece necesario, por tanto, retomar aquí, otra vez, una idea ya señalada: la relevancia de implicar a las empresas y centros de trabajo, en el manejo y prevención de la afectación psicopatológica, las enfermedades mentales.

La necesidad de implementar estrategias complejas que permitan balancear el papel de los beneficios públicos de la intervención en el lugar de trabajo, está por hacer. Reconocer el papel que están jugando en Incapacidad Laboral Temporal y utilización de los servicios asistenciales, la complejidad de las demandas y actividades laborales, es una tarea esencial necesaria para poder separar la sintomatología generada por el trastorno, de la responsabilidad psicopatológica aplicable al entorno y demandas laborales (Dewa, 2007).

Algunos datos que se inician en este camino: la incidencia y prevalencia de las Incapacidades Laborales Temporales en los últimos cuatro años, de ejemplo, predicen las circunstancias que están coadyuvando la aparición constante de psicopatología en determinados puestos y organizaciones (Koopmans, Roelen, Groothoff, 2008,a).

Otro tipo de error a evitar a la hora de analizar la vinculación Psicopatología – Incidencia Laboral que estamos tratando, deviene del análisis de qué tipo de programas, y que tipo de profesional, resulta de interés a la hora de implementar algún tipo de soluciones para esta heterogénea relación.

Los resultados de las pocas experiencias existentes, muestran profundas deficiencias, ignorando estos factores determinantes de la eficacia terapéutica laboral, de forma semejante a los profundos fracasos que ocasiona la formación existente a la hora de lograr beneficios en la mejora de la eficacia prescriptora en Atención Primaria, y Especializada.

Por otra parte, de forma quizás irreflexiva, hayamos desconsiderado el presentismo - tendencia a continuar en su trabajo de la población afectada por problemas de salud mental -, cuando este fenómeno social genera un alto coste a la productividad (tabla 18)

Tabla 18.- Presentismo – Absentismo provocados por Salud Mental,
 analizado en Población General, Lugar de Trabajo y Población Asistencial
 (Elaboración Propia, a partir de Sanderson y Andrews, 2006)

	Estudios Población General	Estudios en el lugar de trabajo	Estudios en entornos asistenciales
Presentismo, pérdida productividad	Depresión Mayor: 7,2 horas semanales por trabajador.	3,8 días por Depresión.	Mayor que la población general
Absentismo		Depresión: 12,4 días anuales	Mayor que la población general

Comprobamos en la tabla como los estudios efectuados en entornos asistenciales detectan unas tasas de presentismo y absentismo mayor en la población aquejada de trastornos en salud mental, que en la población general.

La tabla presenta con exactitud – para facilitar su comparativa con el resto de características analizadas en el resto de las celdas -, que existen diferencias al analizar los efectos del presentismo en el lugar de trabajo frente a estudios efectuados en población general.

En cualquier caso, la incidencia de las pérdidas ocasionadas – medidas exclusivamente en horas, en esta ocasión - por acudir al trabajo estando psicopatológicamente ‘mal’, reflejan con exactitud, una incidencia superior a las 7 horas semanales por trabajador, y casi cuatro, días, por Depresión.

Sobre la complejidad generada por el tipo de análisis sobre los costes ocasionados en la relación Psicopatología - Incapacidad Laboral, regresaremos a continuación, tras tratar de forma un poco más exhaustiva el asunto de la Comorbilidad.

Comorbilidad.-

La comorbilidad o co-ocurrencia de distinta afectación de forma simultánea, en un mismo individuo y momento, es otro aspecto que requiere una revisión exhaustiva, por su repercusión en la incidencia de la Incapacidad Laboral Temporal.

Observemos en la tabla 19, como se amplifica de forma más ajustada la relevancia de la Salud Mental en el ámbito del Trabajo, al diferenciar la influencia de los trastornos mentales puros, frente a la comorbilidad psicopatológica.

La presencia de comorbilidad o co-ocurrencia de afectación psicopatológica, aumenta considerablemente su impacto en Días de Trabajo Perdidos, y en Días de Trabajo Reducido cuando se presentan en conjunción afectación Afectiva y Ansiedad, Afectiva y Trastornos de Personalidad o con Abuso de Sustancias, y en comorbilidad Ansiedad – Trastornos de Personalidad.

Tabla 19.- Prevalencia y Días de Trabajo Perdidos o con Rendimiento Reducido por Trastornos Mentales Puros y Comorbidos, de Trabajadores a Tiempo Completo
(Elaboración Propia a partir de Lim, Sanderson y Anrews, 2000)

		Prevalencia	Días Perdidos	Días Trabajo Reducido
Trastornos Puros	Afectivos	1,1 %	1,1	5,3
	Ansiedad	1,0 %	0,6	2,7
	Abuso de Sustancias	2,8 %	0,6	1,2
	Personalidad	3,2 %	0,9	2,4
Comorbilidad	Ansiedad x Afectivos	0,4 %	5,7	7,2
	Ansiedad x Abuso de Sustancias	0,1 %	1,1	0,6
	Afectivos x Abuso de Sustancias	0,2 %	0,4	4,4
	Afectivos x Personalidad	0,3 %	1,9	6,9
	Ansiedad x Personalidad	0,6 %	0,2	4,5
	Abuso de Sustancias x Personalidad	0,3 %	0,1	0,6
	3 o 4 tipos de trastornos	0,5 %	0,7	1,3

De esta forma, comprobamos como la Ansiedad es superior en los Trastornos de Personalidad frente a los Abusos de Sustancias, lo cual sugiere una asociación Personalidad – Abuso de Sustancias digna de ser explorada en otra oportunidad, en cuanto a su relevancia en los Días de Trabajo Perdidos, y de Trabajo Reducido: cuando co-ocurre afectación psicopatológica conjunta a Trastornos de personalidad, el impacto se multiplica.

Este efecto multiplicador de la comorbilidad, no afecta sólo a los Trastornos Mentales. Comprobamos, de ejemplo en tabla 20, como la media de días de baja en los últimos tres meses son mayores cuando existe algún tipo de comorbilidad incluso en otro tipo de enfermedades físicas, y muy superiores al resto, cuando afecta a la Salud Mental.

La interacción psicopatología – comorbilidad física, llega a ser tan relevante como la inversa. Tendremos oportunidad de profundizar en estos aspectos, en otros apartados de esta Investigación, por sus efectos en la continuidad de la Incapacidad Laboral.

Continuando con la comorbilidad estrictamente psicopatológica, comprobamos en la tabla 20, como ésta logra alcanzar al menos, hasta un 61,8 % de los pacientes con afectación en Depresión, pudiendo llegar a concurrir más de una comorbilidad.

Tabla 20.- **Media de Días de Baja en los últimos tres meses y Comorbilidad**
(Elaboración Propia, a partir de Domínguez Salgado et al., 2005)

Antecedentes de Patología		Cardiaca	Respiratoria	Digestiva	Mental
	si		1,1	1,4	1,7
No		0,6	0,5	0,3	0,5
Comorbilidad		82 %	74,5 %	75,6 %	92,6 %

En esta comorbilidad presente en Depresión, a partir de la tabla 21, comprobamos el papel acompañante de la ansiedad social y generalizada, muy por encima del resto de la afectación comorbida en Depresión. Este hecho, dificulta en gran medida el diagnóstico y la atención, así como la prescripción de Incapacidades Temporales, como analizamos en otra sección de este Programa.

Tabla 21.- **Comorbilidad Psicopatológica en Depresión**
(Elaboración Propia a partir de Rush et al., 2005)

Comorbilidad	%			
Ninguna	38,2		%	
Una	25,6	TRASTORNOS	Ansiedad Social	29,3
			Ansiedad Generalizada	20,8
Estres Postraumatico	11,8			
Dos	16,1		Bulimia	12,4
			Abuso de Alcohol / Dependencia	11,9
Tres o más	20,2		Trastorno Obsesivo Compulsivo	13,4
			Trastorno de Pánico	11,1
			Agorafobia	9,4
			Abuso de Drogas / Dependencia	7,3
			Hipocondriasis	3,7
		Trastorno de Somatización	2,2	

Observemos como la Bulimia o el Abuso de Sustancias y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, manifiestan su relevancia de forma simultánea en Depresión, complicando el proceso de resolución y el tratamiento, y señalando de forma implícita la presencia de rasgos de comportamiento y personalidad detrás de la afectación principal, en este caso analizado: Depresión.

Esta relevancia de la Personalidad, incluso a nivel de rasgos, supone una fuente de desbordamiento psicopatológico que podría estar actuando como robustecedor morboso y activador patógeno, que se haría elocuente a partir de situaciones ambientales con reforzamiento negativo o ausencia de refuerzo o contingencias positivas cercanas.

De hecho, la personalidad depresiva, con rasgos perfeccionistas, autocríticos y negativistas, aparecen más en Depresión que en otras poblaciones clínicas (Agudelo, Spielberg, Buela-Casal, 2007).

Como comprobamos en la tabla 22, la afectación somática simultánea en pacientes con Depresión Mayor, supera el 69% respecto a problemas digestivos, y más del 80% en cardiopulmonar o algún otro tipo de dolor somático.

Tabla 22.- **Características Clínicas de los pacientes con Depresión Mayor**
(Elaboración Propia a partir de García Campillo et al., 2008)

Depresión / Somatizaciones		%
Depresión	Media	17,6%
	Moderada	33,8 %
	Severa, Grave	44,5 %
Síntomas Somáticos	Algún dolor	85,5 %
	Alguna afectación cardiopulmonar	80,6 %
	Alguna afectación digestiva	69,4 %

El 54% de los pacientes analizados por García Campillo et al. (2008) referían 4 o más síntomas somáticos no justificados por causa orgánica. Estos síntomas somáticos aparecen asociados a un incremento de la gravedad de la depresión, la utilización de los servicios y a pérdida en calidad de vida.

Este incremento en el desajuste a mayor gravedad de los síntomas, se hace patente, como comprobaremos en un apartado posterior, en la depresión recurrente, principalmente en la comorbilidad ansiedad-depresión (Van Os et al., 2006); repercutiendo sensiblemente en el alargamiento de los procesos por Incapacidad Temporal, como ha sido constatado por Rivas et al. (2008), al analizar puntuaciones relativamente altas en el instrumento GHQ-12.

Comorbilidad Ansiedad-Depresión, añadida, detectada en este estudio en un porcentaje del 44,1% en pacientes depresivos, y en 9,2% relacionados con algún trastorno de abuso de sustancias. Pero también presente en la composición interna y en la expresión del malestar del paciente con Depresión, como analizamos en la tabla 23.

Analizando este mismo problema comorbido en Depresión, en otra investigación posterior Niles, Mori, Lambert y Wolf (2005), encuentran en Centros de Atención Primaria, un 89,6% de sintomatología significativa adicional a la Depresión, entre ellas ansiedad, combinación ansiedad-depresión, y abuso de sustancias, paralelamente a un estilo de vida disfuncional añadido con abuso de tabaco, y falta de ejercicio físico.

La comorbilidad con Estrés Postraumático parcial o completo, fue idéntica a la reflejada en la tabla 17. De igual forma, la Ansiedad, en un porcentaje cercano.

Tabla 23.- **Descripción de Síntomas en pacientes Depresivos que consultan en Atención Primaria, Holanda**
(Elaboración Propia a partir de Ten Have et al., 2004)

Síntomas	%
Estado de Animo Depresivo	92 %
Disminución de Interés o Placer	64,4 %
Perdida o ganancia de Peso	55 %
Insomnio o hipersomnia	77,5 %
Fatiga o Pérdida de Energía	65,5 %
Dificultades de concentración y atención	81,3 %
Ideación Suicida Recurrente	59,4 %

Esta sintomatología podría estar generando una prescripción múltiple y un afrontamiento terapéutico desajustado, de no ser observada o de no ser detectada en su globalidad, por no ser indagada o por ser tratada de forma aislada, como analizamos en la siguiente tabla 24.

Tabla 24.- **Comorbilidad existente pero No Diagnosticada en trastornos existentes y diagnosticados**
(Elaboración Propia a partir de Jeans et al, 2006)

Diagnóstico Existente	Otra Comorbilidad Existente, pero No Diagnosticada
Depresión	60%
Ansiedad	50 %
Depresión y Ansiedad	24 %
77 % diagnosticados de Depresión, tenían también Ansiedad	
No depresión, ni Ansiedad	95,7 %

Más de la mitad de los pacientes diagnosticados con Depresión, y la mitad de los pacientes que presentaban y fueron diagnosticados de Ansiedad, tenían otra comorbilidad que no fue observada por los profesionales asistenciales.

Al menos tres cuartas partes de los pacientes con diagnóstico de Ansiedad o diagnóstico de Depresión, presentaron sintomatología comorbida suficiente para ser diagnosticado simultáneamente de Depresión o Ansiedad, pero no fueron detectados, ni diagnosticados.

Ante esta dificultad diagnóstica de los Médicos de Atención Primaria respecto a la Psicopatología – Salud Mental, Van Os et al (1999) diseñaron una investigación en la que se evaluó en fase previa y post la capacidad diagnóstica y prescriptiva de los Médicos de Atención Primaria al recibir un programa específico de formación en Salud Mental.

Los resultados sorprenden, por elocuentes (tabla 24). La Derivación a Especialista en Salud Mental, apenas aumentó; la unión del counseling o ayuda de forma conjunta a la prescripción de antidepresivos pasó de niveles mínimos a 30%.

Tabla 25.- **Variaciones en Diagnóstico y Tratamiento, tras Entrenamiento en Salud Mental**
(Elaboración Propia, a partir de Van Os et al., 1999)

	Pre -Entrenamiento	Post - Entrenamiento
Diagnostico Adecuado de Depresión	40 %	48 %
Antidepresivos, en general	24 %	40 %
Antidepresivos de nueva generación	48 %	82 %
Antidepresivo y Counseling	11 %	30 %
Derivación a Especialista	23 %	24 %

El Diagnóstico correcto, apenas mejoró; no logró situarse ni en el 50% de detección.

La prescripción de antidepresivos en general, y de antidepresivos de nueva generación, partía del más alto de los niveles basales, y logró multiplicar sus resultados, pasando en el caso de los antidepresivos modernos, del 48 al 82 %.

Estos resultados delatan las dificultades en que se encuentra el Médico de Atención Primaria para el diagnóstico psicopatológico, a pesar de recibir algún tipo de formación en Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de Salud Mental, que no logran alcanzar ni siquiera un 50% de eficacia en su detección; tampoco la formación recibida facilita la variación en la derivación al especialista en psicopatología. Sí logra el despegue de la prescripción de antidepresivos, hasta situarse en más del 80%, a pesar del fortalecimiento de algún tipo de intervención no farmacológica hasta alcanzar un 30%.

Como procederemos a analizar en otra fase más adelantada de esta investigación, la Formación que reciben los médicos de atención primaria, es otro factor que no logra mejorar los rendimientos en el diagnóstico, ni facilitan una correcta coordinación con el especialista en Salud Mental. Esta investigación muestra que, los médicos de Atención Primaria, tras recibir formación, ni diagnostican mejor – presentan una mejoría estadísticamente significativa, pero clínica y socialmente irrelevante: no alcanzan ni el 50 % - , ni derivan en mayor cantidad los problemas de Salud Mental.

Principalmente, cuando existe una ‘desafortunada descoordinación’ entre los Centros de Salud Mental, la propia composición de los servicios de inspección laboral, y el mundo del trabajo, que favorece la existencia de dos culturas o lenguajes y filosofías diferentes (Bilsker, 2006) no se descarta, a pesar de que ciertos trabajos, ciertos tipos de empresa, generan un incremento de la patología mental, y suponen un riesgo notable para la salud mental y para los recursos asistenciales y sociales que dispone el conjunto de la población.

En este sentido, cabe señalar la falta de formación de los profesionales sanitarios – en Psicopatología y en Gestión de la figura jurídica Incapacidad Laboral Temporal -, desde el Grado hasta el Post-Grado, no existiendo asignaturas que permitan ayudar a gestionar con responsabilidad esta tarea administrativa, jurídica, y no del todo estrictamente sanitaria.

Reflexionemos, la baja laboral es una consecuencia administrativa generada por una decisión clínica, aunque los médicos ‘tiendan a considerarla más como un asunto burocrático-administrativo, que como un hecho científico, siendo poco conscientes de la responsabilidad social y económica que estas decisiones conllevan’ (Esteban López, Abellan Hervas, 2001).

Pero, cuando se asume que las decisiones clínicas deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, y en la valoración de la alteración de la función y estructura corporal relacionada con la limitación de la actividad laboral (Alvarez Theurer y Vaquero Abellan, 2007), no se está reconociendo la necesidad de precisar las mismas obligaciones asistenciales sanitarias respecto a la **estructura psíquica**, no mencionada de forma específica, y con otro engranaje y funcionamiento diferente al resto de la afectación funcional estrictamente orgánica.

Esta deficiencia de base, se arrastra no sólo desde la formación médica básica - pero incompleta respecto a Salud Mental -, sino que es un déficit a nivel normativo, no totalmente superado.

Por ejemplo, la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de la Sanidad, refleja en sus Preámbulo la intención de concentrar e integrar de forma efectiva los servicios y prestaciones sanitarias. El Capítulo III, artículo 20, está dedicado en su totalidad a la Salud Mental; el Capítulo IV, artículos 21 y 22, a la Salud Laboral.

Aunque, en estos apartados y tres artículos de la Ley, encontramos recomendaciones para la actuación sanitaria integral, la *Salud Mental Laboral*, como tal o con otras acepciones, no se encuentra mencionada de forma específica en ningún apartado de la misma.

A estos efectos, es relevante señalar el artículo 20, donde para el 'enfermo mental' guían los principios de atención integral apoyados en la rehabilitación y reinserción social, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Sin embargo, para la salud laboral, art. 21 y 22, señala la promoción con carácter general de la salud integral del trabajador, a desarrollar - por el artículo 56 de esta Ley 14/1986 - , a través de los medios básicos de atención primaria.

Esta distinción en la Ley, sin mención explícita a la Salud Mental Laboral, refleja uno de esos lugares jurídicos que pasan 'inadvertidos' pero generan dificultad para el desarrollo de la Salud Mental, los derechos civiles, humanos y laborales, de las personas afectadas por problemas de salud mental, debidos a una legislación inexistente, dispersa, deficitaria o confusa (OMS, 2003, 2006), respecto a la Salud Mental Laboral, cuya relevancia e impacto - no sólo económico - analizamos en este trabajo.

La Cartera de Servicios Sanitarios, como norma posterior, viene a ordenar un poco la actuación diferencial en Salud Mental, y menciona un modelo de actuación 'biopsicosocial', donde la reserva de patología mental 'menor' para el Médico de Atención Primaria, de forma exclusiva, a pesar de su carencia de formación reglada en Psicopatología y en Psicofarmacología, genera los desajustes que estamos evocando a partir de la publicación científica de resultados.

Coste por Psicopatología en Incapacidad Laboral.-

El análisis del coste de la relación Psicopatología – Incapacidad Laboral, como vamos comprobando, no puede reducirse sólo a una comparativa con población general.

Sin embargo, no vamos a obviar este aspecto y procedemos a analizarlo, de ejemplo, en la siguiente tabla 26.

Comprobamos como los pacientes que demandan atención por problemas de Salud Mental, presentan mayor número de problemas de Salud que los pacientes que acuden a consulta por problemas de Salud General.

Los pacientes con problemas de Salud Mental, además, utilizan de forma mas abundante los recursos asistenciales, generando un coste estimado en 72,7 de más que el resto de los pacientes.

Tabla 26.- **Comparación Pacientes con Problemas de Salud Mental, Pacientes Salud General**
(Elaboración Propia a partir de Sicras et al, 2007)

	Pacientes Problemas SM	Pacientes Problemas Salud General
Numero de Problemas de Salud	6,7	4,7
Utilización de Recursos, visitas	10,7	7,2
Coste Medio Anual	851,5	519,2
Coste Medio Anual,ajustando comorbilidad	72,7 mas que resto pacientes	

Estos costes generados por los pacientes con trastorno en su Salud Mental, representan un 27,2% en costes fijos-semifijos, y un 72,8% en otros costes variables que, desglosados, mostramos en la tabla 27:

Tabla 27.- **Coste Atención a Pacientes Mentales**
(Elaboración Propia a partir de Sicras et al, 2007)

Tipo de Costes		Porcentaje
Costes Fijos- Semifijos		27,2 %
Costes		72,8 %
Variables	Derivaciones Especialista	6,4%
	Pruebas Complementarias	4,4 %
	Prescripción Farmacéutica	62 %

Observemos como el 62% de los costes variables, corresponden a la Prescripción Farmacéutica – una constante que mostramos en otros apartados de este Programa -, representando un 11% los costes variables por Pruebas Complementarias y Derivaciones a Especialistas: 50% menos que la prescripción farmacológica sola.

Por tanto, recibir atención sanitaria especializada y específica, no representa ni un tercio del coste real sanitario. Un dato digno de reflexión, para Empresarios, y para una Administración Pública eficiente, y efectiva, no sólo en Atención Primaria, sino también, en las Unidades Asistenciales Especializadas (tabla 27).

Observamos como estudios recientes (Fernández, Haro, Codony, Vilagut, Martínez-Alonso, Autonell, Salvador-Carulla, Ayuso-Mateos, Sullana y Alonso, 2006) reflejan que sólo un tercio de los tratamientos en salud mental en España, cumplen criterios mínimos adecuados, sean tratados por Médicos de Atención Primaria, como por los actuales Especialistas en Salud Mental.

Nos referimos como Criterios Mínimos Adecuados, a aquel que permite recibir farmacoterapia por un mínimo de 2 meses, haber tenido un mínimo de 4 visitas con especialista en salud mental, o Médico de Medicina General o cualquier otro Médico; o un mínimo de 8 sesiones de psicoterapia por un Psicólogo o Psiquiatra, con un tiempo mínimo de 30 minutos cada una.

Señalemos que el Tiempo Mínimo de Psicoterapia y el número de sesiones comentado, no puede estar contemplado en el cómputo adicional necesario de – al menos - 1 visita más para Diagnóstico e Inicio de Tratamiento, 3 sesiones más de control y revisión farmacológica durante la fase aguda de la afectación y la fase de continuación, que tienen que incorporarse a las 8 sesiones mínimas exclusivas de Psicoterapia.

Pero, no es sólo este Tiempo Mínimo de Tratamiento el que está absolutamente alejado del que reciben los ciudadanos afectados por problemas de psicopatología, cuando – no menos - del 40% de los ciudadanos que actualmente padecen de Ansiedad, o Depresión, no reciben tratamiento adecuado.

Como señalan estos especialistas en Salud Mental (Fernández et al., 2006), 'tengamos en cuenta que recibir un tratamiento adecuado, no es lo mismo que acudir a solicitar ayuda a cualquier profesional'.

Tanto ellos, como nosotros, quedamos sorprendidos del escaso peso dado en la Sanidad Pública general española, a los Psicólogos, sorprendentemente nula en Atención Primaria. Y a la Salud Mental, en todos los ámbitos, cuando, por ejemplo, aplicando los cálculos desarrollados en Inglaterra (Hague, 2005), un mínimo de seis sesiones de Terapia de Conducta desarrollada por Psicólogos cualificados, supone un coste de 1,54 millones.

Este importe se incrementaría en 2,43 millones, si la terapia fuera aplicada por Graduados en Terapia, y se ampliaría en 0,5 millones más, si las sesiones por Psicólogos cualificados se incrementaran hasta 18.

Pero el incremento de la prescripción de antidepresivos en la última década, se ha triplicado, significando un aumento de más de 310 millones de €, importe suficiente para contratar a no menos de 26 psicólogos por cada comarca o zona de Atención Primaria (Hague, 2005), teniendo en cuenta que este incremento gigantesco en la prescripción de antidepresivos, no ha venido acompañado de una reducción significativa del número de Incapacidades Laborales Temporales por Psicopatología, ni de su duración.

Recordemos que los pacientes con Ansiedad – por ejemplo – tardan una media de cinco años en reconocer que podrían necesitar ayuda. Y no se ha cuantificado el tiempo de demora que acumulan los trastornos de personalidad, a pesar del oscuro y tenebroso papel que desarrollan en el fortalecimiento de la psicopatología.

Señalaban McQuaid, Stein, Laffaye, McCahill (1999) como, al menos el 21% de los pacientes que acuden a Atención Primaria, tienen Depresión Mayor. El 14,5%, algún problema concurrente de Alcohol o Abuso de otras sustancias. El 43,5%, al menos un problema comorbido del espectro Ansiedad.

Los pacientes con Depresión tienen pérdidas de día de Trabajo más que los que no tienen Depresión: 58,1%, frente a 28,7%, y muchos más que los que tienen Ansiedad: 29,4%.

Una vez controlada la covariación Ansiedad – Depresión, encontramos que la afectación de la Depresión, con abundante pérdida de días de trabajo, es independiente de la existencia de un trastorno de Ansiedad u otro problema médico añadido.

Sólo un tercio de los pacientes con Depresión, han acudido al médico en los últimos tres meses. Menos del 40%, está medicado en este tiempo, continuando con su sufrimiento original, de forma innecesaria.

Esta minusvaloración y desconsideración de las repercusiones en todos los ámbitos que tiene la Psicopatología y la Salud Mental, la encontramos, también en la Investigación, frente al resto de las Enfermedades. Observemos la tabla 27.

El total invertido en la investigación en Depresión, tanto a nivel público como privado, supone menos de 40 millones de \$ en el conjunto de la Unión Europea. Cifra que equivale a menos del 0,1% de la Carga Económica que genera la Depresión.

Cuando todos los desordenes psicopatológicos generaron 300 billones de coste, en Europa, en el año 2005. El 65% de este coste, lo provocó la Depresión, sólo en pérdida de la capacidad de trabajo.

Tabla 28.- **Comparación de la inversión en Enfermedades, 2004, en millones de \$**
(Elaboración propia a partir de Sobocki, 2004)

	Inversión Pública	Inversión Privada	Total Inversión
Cáncer	750.-	700.-	1.450.-
Neurología	100.-	200.-	300.-
Depresión	40.-	20.-	60.-

Al analizar el coste ambulatorio asociado a los pacientes con Depresión, Sicras, Navarro, Rejas, Blanca, Serrat y López (2007), reflejan unos costes totales, significativamente mayores, en todas las edades: 1.083,8.- , frente a 684,1.- del resto de los enfermos.

Los pacientes depresivos, tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos, de tener un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad comorbida concurrente.

Para estos pacientes con Psicopatología, sin embargo – recordemos la tabla 26 - , se sitúa en 5,5 veces superior el coste por prescripción farmacológica frente al coste de la atención Médica. Todos los costes generados por visita al médico, derivación al especialista y pruebas complementarias, son 4,5 veces menor, inferior, al coste por prescripción farmacológica.

Al analizar el porcentaje de utilización de servicios en el recorrido en búsqueda de ayuda que efectúa la población, tendremos ocasión de reflexionar en los criterios reales de utilidad asistencial.

Pero, cuando tomamos en cuenta la utilización en los últimos 12 meses de servicios asistenciales exclusivamente sanitarios (tabla 29), encontramos algún dato que merece reflexión, por su repercusión en el gasto, y en la utilidad de los recursos.

Tabla 29.- **Porcentaje de utilización de servicios sanitarios en los últimos 12 meses, por Trastornos de Salud Mental**
(Elaboración Propia a partir de Fernández et al., 2006)

	Solo a Psiquiatra	Sólo Psicólogo	Sólo Médico General	Otros tipos de Médicos
Depresión Mayor	30,8 %	7,8 %		
Ansiedad Generalizada	44,5 %	2,6 %	22,5 %	6,1 %
Trastorno de Pánico	37,7 %	10,1 %	15,2 %	14,6 %
Fobia Social	19,5 %	5,4 %	65 %	--
Algún trastorno de Ansiedad	38,4 %	3,8 %	28,8 %	6 %
Algún otro Trastorno	35 %	7 %	25,4 %	3,7 %

Por ejemplo, cerca del 15% de la población acude a otro tipo de Médico no especializado en Salud Mental, para afrontar su enfermedad mental, como en caso del Trastorno de Pánico. Un porcentaje del 6%, hace lo mismo, para otros tipos de Ansiedad. El 65% acude sólo al Médico General para tratar una afectación psicopatológica como la Fobia Social.

Resulta relevante, por tanto, profundizar un poco más en las características del fenómeno demográfico sanitario, complejo, que se produce en torno a la Ansiedad. Un trastorno que, recordemos, tiene un tiempo de demora en acudir a solicitar ayuda y conocer el diagnóstico, no inferior a cinco años, y sobre el que los estudios habituales no prestan atención – como mucho – parcialmente, y a muy pocas áreas de la afectación total que produce.

Sin embargo, cuando analizamos los distintos tipos de coste que produce la Ansiedad, y comparamos de forma diferencial estos costes – en millones de \$ - con el conjunto de los provocados por el conjunto de la Salud Mental, encontramos los resultados que mostramos en la tabla 30, para el periodo 1985-1990.

Comprobemos como los costes indirectos suponen en este periodo, el 76,4% de los costes totales producidos por la Ansiedad. Es decir, los costes indirectos alcanzan las tres cuartas partes del coste total que genera la Ansiedad.

La Ansiedad, por si sola, supone un tercio del coste total de la Salud Mental. Los costes directos de la Ansiedad (tendremos oportunidad de precisar estos apartados a partir de tabla 34, para Depresion y Ansiedad), representan cerca del 16% del coste total de la Salud Mental, pero sus costes indirectos se elevan a más del 45% del total generado por la Salud Mental.

Una causa de esta desproporción y desconsideración de la relevancia de la Ansiedad en el computo global de las repercusiones que ocasiona la Salud Mental, podría estar en la minusvaloración de los síntomas, de la afectación – como tendremos oportunidad de profundizar un poco más, posteriormente- .

Tabla 30.- **Costes Económicos de Ansiedad, y Salud Mental, por Tipo de Costes,1985-1990**
En Millones de \$ (Elaboración Propia a partir de DuPont et al., 1996).

	Ansiedad			Salud Mental Total 1990	Ansiedad versus salud mental 1990
	1985	1990	% Cada Coste		
Costes Totales	33.719.-	46.551.-	100	147.847.-	31.5 %
Costes Directos	7.025.-	10.977.-	23,6	69.292.-	15,8 %
Costes Indirectos	26.694.-	35.574.-	76.4	78.555.-	45,3 %

Pero también, debemos considerar como factor modulador de este coste generado por la Ansiedad, que este Trastorno se presenta de forma comorbida con otros desajustes psíquicos y físicos, y generalmente, el trabajador, confunde sus síntomas como producto de problemas habituales, cotidianos, en una interpretación propia de un analfabetismo emocional y psicofisiológico, cuyas consecuencias repercuten posteriormente, también, en toda la población.

Los ciudadanos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, evitan los centros de Atención Primaria, tienen menos visitas al médico, que cualquier otro individuo aquejado de problemas en su Salud Mental. Presentan una alta comorbilidad con Abuso de Sustancias, principalmente el alcohol, utilizado como 'lubricante' para su problema de interacción social (Gross et al., 2005).

Para poder establecer con mayor profundidad este impacto desapercibido que originan los Trastornos de Ansiedad, debemos regresar al estudio de la Comorbilidad existente en este grupo de trastornos, como hacemos, a continuación, con una afectación la Fobia Social, aparentemente, también insignificante (tabla 31).

Comprobemos como, al considerar la Fobia Social, encontramos porcentajes superiores al 15% de Depresión, Ansiedad Generalizada, Fobia Simple, o Pánico, cuya sintomatología diferencial interferirá en la evolución y duración de cualquier abordaje, con sus repercusiones en la duración de la Incapacidad Laboral Temporal.

Tabla 31.- Comorbilidad de la Fobia Social (Elaboración Propia, a partir de Acarturk et al, 2008)	
Fobia Simple	42,2 %
Depresión	35,7 %
Ansiedad Generalizada	15,6 %
Distimia	13,7 %
Trastorno de Pánico	22,9 %
Agorafobia	12,8 %
Abuso de Alcohol	6,4 %
Dependencia de Alcohol	7,3 %
Síntomas Somáticos	73 %
Fobia Social Subsindrómica con Síntomas Somáticos	68,5%
Síntomas Somáticos en Población Sin trastorno mental	60 %

No se limita esta acción potente de la Fobia Social a los otros trastornos mentales co-ocurrentes. Comprobamos como está presente en el 60% de cualquier otro problema somático que presente el ciudadano y trabajador, aunque no tenga ninguna afectación psicopatológica diagnosticada; de la misma forma, la encontramos en más del 68% de los casos, en forma subsindrómica o parcial, pero ejerciendo un rol devastador soterrado, no sólo en la salud, sino también a nivel económico, como han adelantado recientemente desde Holanda (tabla 32).

Tabla 32.- Coste Fobia Social en Holanda (Elaboración Propia, a partir de Acarturk et al, 2008)	
Trastorno	Coste en
Coste Persona sin trastorno mental	2.957.-
Fobia Social	11.952.-
Fobia Social ajustada a comorbilidad somática presente	6.100.-
Fobia Social por 1 millón de habitantes al año de entre 18-65 años de edad	136.000.000.-
Fobia Social Subsindrómica > Enfermedad sin trastorno mental, en	4.687.-

El coste de la Fobia Social, ha sido cuatro veces superior al coste originado por las personas sin trastorno mental, situándose el impacto económico global, por cada millón de habitantes en edad de trabajar, en 136 millones de .

La Fobia Social, en su carácter subsindrómico o no completo, es capaz de provocar un gasto cercano a los 5.000 respecto a los 2.957 señalados para cualquier otra enfermedad física sin trastorno mental.

El 96% de este coste total de la Fobia Social, se produce por Pérdidas de Productividad

Sin embargo, ha sido la Depresión la afectación psicopatológica que ha recibido el mayor número de análisis, continuos, centrados en el impacto económico de la Depresión tratada.

Pero la depresión no reconocida, y no tratada, también genera gastos.

Esta perspectiva integradora de los gastos generados en conjunto y de la repercusión que tiene la psicopatología en las situaciones restantes de enfermedad, no es contemplada con responsabilidad en la toma de decisiones, ni aparece en la totalidad de los estudios centrados en algún tipo de Psicopatología.

Pero la co-ocurrencia de la Psicopatología, como insistimos en señalar, se presenta junto a gran variedad de problemas somáticos, psicopatológicos, y de abuso de sustancias, aunque frecuentemente pase desapercibida o sea ignorada.

En la relación Depresión – Enfermedad Médica, parece existir consenso en estimar como acertado un 25% la prevalencia de la Depresión en pacientes con cáncer; y entre un 40 - 65% en pacientes con infarto de miocardio, mostrando peor recuperación cuando está presente la Depresión (Kupfer y Frank, 2003).

En Pánico, la Depresión convive en un 13%, siendo previa en al menos un 25% de los Ataques de este Trastorno. Entre un 50-75% de los trastornos de alimentación, muestran afectación depresiva/ansiosa. El 32% de los pacientes con depresión, cursan con algún trastorno de abuso de sustancias, estando el 56% de estos con bipolaridad (Kupfer y Frank, 2003).

Esta trascendencia de los problemas de salud mental no abarca sobre los Costes Sanitarios y de utilización de servicios, como presentamos en la tabla 33. Los pacientes con Depresión Recurrente o Trastorno Bipolar, sufren, además de que provocan sufrimiento – y gastos - en otros, no sólo incrementando los costes sanitarios, aunque esta amplificación alcance a ser tres veces mayor, respecto a los individuos que no están implicados en estas situaciones clínicas.

Como comprobamos, la presencia de algún desajuste psicopatológico concurrente, dobla los costes de asistencia sanitaria, siendo mucho mayor el coste incorporado, a medida que aumenta la afectación psíquica.

Tabla 33.- **Repercusión de los problemas de salud mental sobre los Costes Sanitarios**
(Kupfer y Frank, 2003). Elaboración Propia.

Costes médicos estimados por adulto		1.660 \$
Incremento con algún Problema Psicopatológico	Incremento con Depresión Recurrente o Trastorno Bipolar	
196 %	274 %	
Costes Médicos por adulto con alguna condición medica especial		4.055 \$
Incremento con algún Problema Psicopatológico	Incremento con Depresión Recurrente o Trastorno Bipolar	
199 %	250 %	

Teniendo en cuenta la concurrencia de distintos profesionales especialistas a lo largo de muchos de los procesos por Incapacidad Laboral Temporal, esta presencia de la Depresión con otros problemas médicos, merecería ser considerada.

Por ejemplo, la propia comunicación de los problemas médicos reales, es diferente con presencia o ausencia de depresión; su repercusión, sin embargo, en la complicación del problema orgánico tratado, o en la adherencia al tratamiento sobre el problema principal sobre el que se interviene, resulta de relevancia indudable.

Otro tipo de análisis diferencial del gasto, lo encontramos al contrastar el número de síntomas y la gravedad en la misma Depresión.

La mayoría de los estudios centran el impacto del gasto por Depresión en la Depresión Mayor, considerando de menor importancia el análisis de los costes generados por Depresión Moderada, a pesar del impacto de las pérdidas de productividad por este tipo de pacientes, busquen o no ayuda sanitaria para su padecimiento.

Hablaremos de Depresión Moderada, para esta comparación, cuando el paciente refiere un mínimo de dos semanas con algunos síntomas de depresión, y con algún otro síntoma distinto, pero no más de cuatro de los síntomas estipulados en la categoría diagnóstica Depresión.

Comprobemos en tabla 34, como Costes Directos, los costes por utilización de recursos sanitarios, incluida fisioterapia y costes administrativos. Como Costes Directos No Médicos, los costes ocasionados por viaje o acceso al servicio sanitario, incluidos aparcamiento de vehículo cuando acude a servicios asistenciales. Costes Indirectos No Médicos, los costes por pérdidas durante la enfermedad, en el número de días de trabajo perdidos y gastos en la esfera familiar, si ha estado en reposo o ha tenido que guardar cama.

Tabla 34.- **Coste anual por Afectación Psicopatológica, en \$**
(Cuijpers, Oostenbrink, de Graaf, ten Have, Beekman, 2007) Elaboración Propia

Afectación	Costes Médicos Directos	Costes Directos No Médicos	Costes Indirectos No Médicos	Coste Total
Depresión Moderada	10.-	29.-	2.101.-	2.141.-
Depresión Mayor	478.-	313.-	2.535.-	3.313.-
Distimia	349.-		13.373.-	13.679.-
Algún tipo de Ansiedad	278.-	238.-	2.671.-	3.190.-
Algún tipo de Abuso de Sustancias	161.-	34.-	1.172.-	1.369.-
Enfermedad Somática	27.-	13.-	3.224.-	3.265.-

A nivel de costes indirectos, la Depresión Mayor y la Moderada, apenas ofrecen diferencias; tampoco la ansiedad. A pesar de que la Depresión Mayor sí ofrece unos resultados completamente desbordados, en Costes Médicos Directos, respecto a Depresión Moderada o Ansiedad, y más de 17 veces que el coste de la Enfermedad Somática.

En conjunto, Ansiedad y Depresión Mayor, presentan un coste directo no médico, más de 42 veces superior a la enfermedad somática.

Esta misma desproporción de la Depresión Mayor, la encontramos respecto a los Costes Directos No Médicos, pero atendiendo a los Costes Indirectos No Médicos, la Distimia se dispara frente a todas las demás afectaciones (5 veces superior a Depresión Mayor, Ansiedad y Enfermedad Somática; incluso, la Distimia sola, muy superior a la suma de estas tres juntas); mientras el resto de trastornos como Ansiedad o Depresión Mayor terminan equilibrando sus diferencias en semejanza a la Enfermedad Somática.

Veamos la relación entre la Prevalencia de los distintos tipos de trastornos de Salud Mental y los Costes en millón de \$ para la población en edad de trabajar (tabla 35).

Trastornos aparentemente menos significativos como la Distimia y Ansiedad, se disparan en sus costes por millón habitantes en edad de trabajar, por encima del resto de los trastornos psicopatológicos.

Tabla 35.- **Coste anual atribuido, y prevalencia, por millón de \$ y 1 millón de habitantes, de edad entre 19-65 años.**

(Cuijpers, Oostenbrink, de Graaf, ten Have, Beekman, 2007) Elaboración Propia

Afectación	% Prevalencia	Coste en millón \$
Depresión Moderada	7,5	160,4
Depresión Mayor	5,8	192,2
Distimia	2,3	314,6
Algún trastorno de Ansiedad	12,4	395,6
Algún tipo de Abuso de Sustancias	8,9	121,9

Este hallazgo es una constante, de la misma forma que la prevalencia aparece en unos márgenes que sitúan tasas mayores para la Ansiedad, y Depresión Moderada, a poco que analicemos de forma diferencial los distintos rangos entre trastornos, y los componentes diferenciales en el interior de cada trastorno, por número de síntomas (tabla 36).

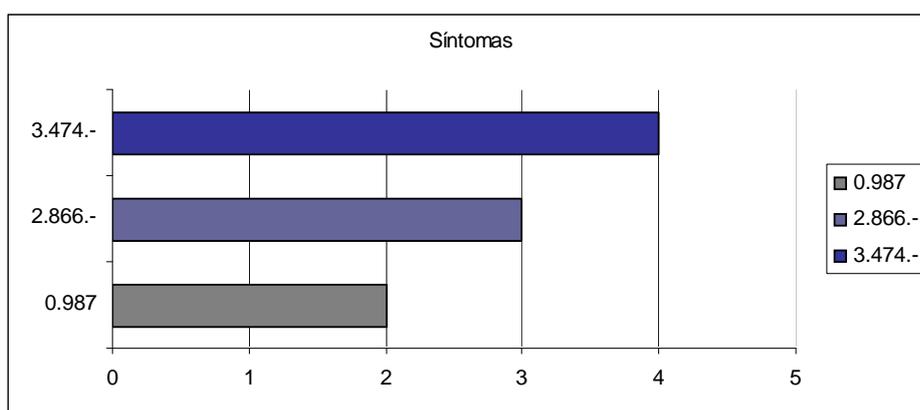


Tabla 36.- **Impacto Económico Diferencial a partir del Número de Síntomas**

(Elaboración Propia a partir de Cuijpers, Oostenbrink, de Graaf, tenHave, Beekman, 2007)

El incremento en el número de síntomas en Depresión Moderada, supone un incremento significativo del gasto, pasando de 987.- \$ por dos síntomas, a 2.866.-\$ por tres, y 3.474.-\$ por cuatro síntomas.

Analizadas estas tablas 34, 35 y 36 en su conjunto, comprobamos como los costes por Depresión Mayor son substancialmente más altos que los generados por Depresión Moderada, pero la prevalencia de cada trastorno es capaz de alterar esta proporción al considerar los costes finales por cada tipo de trastorno, logrando situar los costes en unos niveles semejantes, por millón de habitantes.

Este hallazgo nos sitúa en la necesidad de adoptar una perspectiva a largo plazo a la hora de programar cualquier tipo de intervención general sobre un trastorno tratado como secundario en el conjunto de la Salud Mental.

A mayor número de síntomas, más altos son los costes, mayor es la repercusión funcional, con descenso directo en la productividad laboral.

Esta realidad psicopatológica y funcional, sin embargo, y a pesar de su apariencia global, debería ser tomada en consideración como un análisis sesgado, a la baja, una estimación conservadora, en función de las siguientes razones: las personas refieren un número de síntomas que están presentes en el momento de la evaluación, y son suficientes para ser etiquetados como Depresión Moderada, pero pueden ser insuficientes, frente al resto de la sintomatología y disfunción que soportan en distintas situaciones diarias simultáneas.

Los gastos evaluados, en general, están limitados a aquellos con relación a los servicios de salud mental y psicofarmacológica. Pero los trastornos mentales generan costes médicos extras, no solo de servicios de salud mental. Y cuando estas personas afectadas acuden al lugar de trabajo, su rendimiento y productividad, desciende, a niveles no clarificados en su totalidad.

La afectación de la Depresión no se limita a las funciones psíquicas o sociales, sino que incluyen afectación física. Recientemente, Moussavi et al. (2007) señala como la Depresión no solo genera los mayores costes totales, sino que produce la mayor disminución en salud, al ser comparada con otras enfermedades crónicas como la angina, artritis, asma o diabetes.

Los gastos totales provocados por Depresión, cuantificados en el contexto de la Unión Europea (tabla 37), ascienden a 161 Billones de Euros.

Tabla 37.- Coste total por Depresión en la Unión Europea, por año
(Elaboración Propia a partir de Valladares, Dilla y Sacristán, 2008)

	%	Billones de Euros
Coste Total	100	161
Por pérdidas de productividad y bajas laborales	61	98,21
Cuidados Ambulatorios	19	30,59
Hospitalizaciones	9	14,49
Tratamiento Farmacológico	8	12,88
Mortalidad	3	4,83

Pero cuando efectuamos otra comparativa respecto al cáncer, por ejemplo, encontramos (tabla 37) como la Depresión dobla el coste del Cáncer, mientras la inversión que recibe es 50 veces menor.

De aquí, la complejidad y dificultad que entraña la valoración de la Psicopatología en su relación con la actividad laboral, y con el coste general que genera en el conjunto de la sociedad, no sólo empresarial, y no sólo por la firma de un Parte de Baja o de Incapacidad Temporal.

Tabla 38.- Coste total por Depresión en la Unión Europea, por año
(Elaboración Propia a partir de Valladares, Dilla y Sacristán, 2008)

Coste total de la depresión = 2 veces coste total del cáncer	
Investigación Pública destinada a Depresión	Investigación Pública destinada a Cáncer
30 millones de €	1.500 millones de €

En el próximo apartado de este Programa Nacional, trataremos de desvelar los elementos que modulan el Diagnóstico y la Prescripción.

DIAGNOSTICOS Y PRESCRIPCIONES

EN PSICOPATOLOGIA

E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

Si en el apartado anterior hemos analizado aspectos que influyen en la incidencia de la psicopatología en la Incapacidad Temporal, a partir de la comorbilidad física y psíquica y la composición desigual de las manifestaciones entre trastornos, sintomatología y enfermedades, haciendo especial hincapié en la influencia de determinados factores en la presentación y cuantificación de la afección, en este nuevo apartado del Programa profundizaremos en las características de los diagnósticos y las prescripciones, antes de pasar a analizar la cuantificación empírica encontrada entre diversas Comunidades del Estado español, en los Médicos de Atención Primaria, a la hora de diagnosticar y prescribir en Salud Mental.

En esta sección, incidiremos en aspectos que modulan el reconocimiento de síntomas, el curso clínico de los trastornos, la sensibilidad diagnóstica, la relevancia de la diferenciación de fases y etapas en la evolución de los cuadros clínicos psicopatológicos, entre otros.

Respecto a la Prescripción, profundizaremos en la efectividad de los tratamientos, la demora en el inicio de la acción de fármacos, la toxicidad de los efectos secundarios, el tamaño y duración de la dosis en el inicio, continuidad y en la retirada de la medicación, los riesgos de episodios futuros, el índice terapéutico, errores de medicación, influencia del género y embarazo en la prescripción.

Estas características del Diagnóstico y la Prescripción de Psicofármacos son, a nuestro juicio, esenciales en la determinación y cuantificación, del inicio y duración de las Incapacidades Temporales por Salud Mental.

El Proceso de Evaluación Diagnóstica.-

La relevancia del proceso diagnóstico reside en su papel determinante de la intervención, abordaje y evolución del paciente. La necesidad de seleccionar los signos y síntomas que están presentes o detrás de la información que nos facilita el paciente, resulta esencial

cuando se trata del diagnóstico clínico en asuntos donde la psicopatología está presente de alguna forma, y resulta necesario establecer relaciones funcionales que la justifiquen o expliquen.

Este análisis de las relaciones, requiere un juicio clínico diagnóstico capaz de facilitar la asignación de una determinada terapéutica, para un problema determinado presentado por el paciente, que en el marco de la psicopatología y para la asistencia sanitaria prestada desde Atención Primaria, obliga a un diagnóstico pluridimensional y simultáneo que nace desde la propia concepción del modelo asistencial como bio-psico-social, precisamente el tipo de modelo que pretendería ser el Sistema Nacional de Salud en el territorio de España.

Dentro de esta pluridimensionalidad que requiere el diagnóstico biopsicosocial y especialmente el psicopatológico, el diagnostico diferencial se establece como una estrategia complementaria para seleccionar los elementos indispensables dentro de toda la información sintomatológica y biopsicosocial que nos facilita el paciente o está disponible, con el objeto de reducir al máximo el número de probabilidades de error posible, en la comprensión de la afectación real que muestra y tiene el paciente, y respecto al tipo de abordaje o afrontamiento necesario.

Esta tarea asistencial ya de por sí compleja cuando se trata de psicopatología, aumenta su dificultad cuando se debe establecer una relación que implica la decisión de adoptar una figura jurídica como es la Incapacidad Laboral Temporal. Donde, junto a los síntomas que están presentes, necesitamos evaluar y valorar, el deterioro funcional interrelacionado, y éste, ajustado a las tareas y responsabilidades ejercidas en el puesto de trabajo, que nos sitúa en el marco del rendimiento y sus efectos aquí analizados a lo largo del presente Programa.

La mera presencia de un síntoma o síntomas constatados, no determina de forma irrenunciable la presencia de un cuadro clínico observable, pero sí puede requerir un diagnóstico en provisionalidad por su significatividad clínica, a la espera de mayor contraste o visibilidad en el recorrido evolutivo del problema, con análisis de sus manifestaciones en intensidad, variedad, y gravedad.

Precisamente esta vigilancia y pesquisa de control sobre la existencia de deterioro funcional concreto y suficiente, constituye un centro de error y retraso en la intervención sobre la psicopatología o Salud Mental en el ámbito general, y especialmente en el mundo laboral, donde la carga generada por la presencia del sujeto afectado en el lugar de trabajo, ocasiona unos gastos indirectos que alcanzan a multiplicar el gasto sanitario y empresarial, tradicionalmente considerado de forma reduccionista y exclusiva, sólo en Días de Baja Laboral o 'Absentismo'.

Ante la dificultad de trabajar con lesiones físicas plenamente identificables o con alteraciones detectables en pruebas de laboratorio de forma significativa, la afectación psicopatológica requiere el análisis de criterios sintomatológicos descritos en categorías, donde la cantidad o número exacto necesario, el umbral de la intensidad con que aparece y su gravedad, o la duración y análisis de la transitoriedad del síntoma, son criterios esenciales para determinar la existencia de un cuadro psicopatológico relevante que requiere intervención.

Para enmarañar aún más este proceso diagnóstico, encontramos las fases, estados y etapas que suelen atravesar los cuadros o categorías diagnósticas, los síndromes y los síntomas, junto al encubrimiento con que se presentan, según en qué momento temporal: detrás o provocando uno o varios problemas físicos, cercando el 'motivo principal de consulta' por el que se trata al paciente en el Centro de Atención Primaria.

Y, sin olvidar la 'cultura', el contexto, y los factores intraindividuales y las barreras extraindividuales que juegan un papel indispensable en el recorrido de sanación, aceptación, afrontamiento o mejora, y en la provisión y elección de servicios, remedios, o recursos.

El problema de la ubicación de los trastornos mentales, en búsqueda permanente de etiología, fisiología y anatomía, han situado históricamente a la Salud Mental y a la Psicopatología, en distintas guerras de larga duración entre las fronteras de lo neurológico, lo psíquico, mental, y los problemas de la vida.

Minimizar los diagnósticos falsos positivos, el sobrediagnóstico, sin embargo, ha sido una tarea continua repleta de rigor y estrategias científicas, desarrolladas por los profesionales de la Salud Mental en su conjunto, que se han reflejado no sólo a nivel conceptual, sino que se ha visto enriquecida con estrategias mínimas, por ejemplo, estableciendo cláusulas de exclusión en las categorías, restricciones respecto a la duración temporal de los síntomas, estrategias para la disección de disparadores contextuales y situacionales, exigencias relativas a la evaluación múltiple en fuentes y metodología, los umbrales diagnósticos, el nivel de deterioro, entre otros.

Entender la psicopatología como un trastorno de las funciones, una disfunción, a pesar de que el mecanismo interno organicista se encuentra perfectamente, ya fue señalado por distintos autores (en los últimos años, por ejemplo, la revisión efectuada por Araña Suárez (2007, a, b, c), en torno a los Mecanismos de Producción de la Disnea-Ansiedad, y el Síndrome Hiperventilatorio-Respiratorio: Hipocapnia, aspectos centrales y determinantes en los trastornos de ansiedad y angustia).

Un nuevo término clínico, a partir de Wakefield (1992,19996, 1997, 2007), ha tratado de establecerse, como vía alternativa para facilitar la comprensión de los criterios psicopatológicos, a inexpertos en psicopatología: cuantificar la Disfunción Dañina o Disfunción Perjudicial, evaluando los resultados y efectos de la psicopatología, a partir de una imprescindible teoría explicativa previa, en la que puede señalarse la presencia de aspectos valorativos implícitos en el término 'daño', pero requiere un nivel de deterioro explícito en el sujeto – aunque sea interno - , al menos, para el término científico: 'disfunción'.

Esta propuesta de Disfunción Perjudicial, permite un acercamiento al modelo organicista médico, facilitando una comprensión funcional del desajuste que también requiere análisis del contexto vital y situacional del paciente (Nesse, 2007) para la explicación de la afección. Colocando, simultáneamente, al diagnóstico psicopatológico en el terreno de la función biológica (Nesse y Jackson, 2006) o biologicismo evolutivo (Kennedy,1975) del trastorno, un 'anillo empírico tranquilizador ' (Fulford y Thornton, 2007), principalmente, a efectos de determinar la Incapacidad.

Esta necesaria teoría explicativa previa, debería ser objeto de reflexión cuando se trata de considerar qué tipo de disciplinas y profesionales versus qué tipo de formación para qué clase de profesional se desea aplicar en Atención Primaria para aumentar la eficacia diagnóstica y terapéutica en asuntos psicopatológicos, a partir de los datos aportados en apartados anteriores de este Programa que reflejan una quiebra del Sistema, respecto a la Salud Mental.

Ante quienes esperan encontrar herramientas técnicas que faciliten una implementación rápida - y útil - en Salud Mental sin importar esta formación profunda previa en Psicopatología y en el Modelo Bio-Psico-Social, sirva la advertencia promulgada para quienes sueñan con las facilidades que les pueda aportar en un futuro, distintos manuales, tipo DSM-V: "las clasificaciones futuras, tenderán a ser más complicadas y exhaustivas de lo que son hoy en día" (Kendell,2003).

Reflexionemos: si los trastornos físicos son tan frecuentes, y no se pone en duda que lo son, convendría analizar los argumentos de quienes se atreven a sostener que los trastornos psíquicos necesitan alterar su definición, para reducir su prevalencia, y gasto.

Los DSM, los CIE, no describen estrategias de intervención. El diagnóstico, es más que un proceso de asignación: es un proceso de evaluación.

Congruencia Diagnóstica y Rentabilidad.-

Anteriormente, hemos revisado de forma empírica distintos trabajos que revelan la importancia de la comorbilidad física-psíquica, así como la comorbilidad psicopatológica entre trastornos y la co-ocurrencia de síntomas dentro de un mismo trastorno. Co-ocurrencia de desordenes y concurrencia de síntomas, donde la presencia de afectación a nivel subsíndrome, asociada o no a alguna condición médica, puede resultar afectando de forma considerable el nivel de funcionalidad global del individuo.

Para evitar confusiones en este territorio de enmarañamiento sintomatológico, es de interés señalar las fuentes de error en diagnóstico, a partir de Gastó (2008,b) quien indicó las siguientes, como tendencias con peligro en el diagnóstico: centrarse en lo conocido, partiendo de la drástica división entre trastornos orgánicos y trastornos funcionales o psicológicos; la realización de diagnósticos sindrómicos genéricos, más fáciles de adoptar que los diagnósticos precisos; los diagnósticos intuitivos, con empleo de pocos elementos de valoración y juicio, basados en la sagacidad del clínico más que en la sistematización en la recogida de información de datos clínicos; la excesiva confianza estadística, amparada en la epidemiología, con rutinas diagnósticas y prescriptivas; la desconsideración de aspectos como el género, etnicidad, edad, condición social, que continúan siendo fuentes de error en la valoración psicopatológica.

Como el propio DSM señala, la asignación de un diagnóstico psicopatológico, no implica un grado de deterioro o discapacidad concreto, ni garantiza, ni requiere alguna etiología conocida, como sucede en medicina. De esta forma, la información adicional, más allá de la meramente diagnóstica, resulta un requisito imprescindible en psicopatología, incluido el análisis del deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta a las capacidades particulares sobre las que se decide.

Son las restricciones establecidas en el propio DSM, para cuando la información diagnóstica en psicopatología se transmite o utiliza, en algún tipo de cuestión de carácter legal, por cualquier motivo.

Es evidente, que no es el Parte Médico de Baja actual y/o los requerimientos efectuados por Inspección, un tipo de documento que facilite esta clarificación necesaria en psicopatología, con lo cual, la propia información que se transmite entre profesionales sanitarios y entre estos y administrativos, podría estar viciada, pecando de contaminación, obstruyendo los procesos de resolución de conflictos.

Las repercusiones de esta complejidad y dificultad para la gestión del diagnóstico y el abordaje de los problemas en Psicopatología por parte del Médico de Atención Primaria, la vemos reflejada – entre otros ejemplos - cuando encontramos sujetos con diagnóstico de depresión, pero que no toman medicación alguna.

Inversamente, cuando los hallazgos muestran sujetos sin desorden psicopatológico diagnosticado, pero utilizando frecuentemente antidepresivos. O sujetos con depresión, tomando ansiolíticos o hipnóticos, sin antidepresivo.

Procedemos a continuar analizando estas y otras deficiencias que encontramos en el Diagnóstico y la prescripción Psicopatológica, que obstruyen la resolución de los Procesos de Incapacidad Temporal motivados por problemas de Salud Mental.

Una interesante y novedoso ejemplo, es la investigación ha sido desarrollada recientemente en 47 Centros Comerciales de Francia, donde se ha analizado el diagnóstico y tratamiento de la afectación psíquica entre la población general que realiza sus compras en estos lugares, cuyos resultados mostramos en la siguiente tabla 39.

Tabla 39.- Diagnóstico y Tratamiento en Población General, en Centros Comerciales de Francia (Elaboración Propia a partir de Grolleau, Cougnard, Begaud, Verdoux, 2008)		
99,7 % refiere haber tomado algún fármaco para 'los nervios' o para el 'dolor de cabeza'	5,7% cumplen los criterios de Depresión Mayor	$\frac{1}{3}$ consume al menos, 1 psicofármaco o estabilizador del Estado de Ánimo: Tratamiento Congruente
10 % consume en la actualidad algún ansiolítico, antidepresivo o hipnótico	5,6% cumple criterios de Depresión Mayor Recurrente	
$\frac{2}{3}$ 60,7% presenta Trastorno de Ansiedad de alguna clase	Trastorno de Ansiedad Generalizada en los últimos 6 meses: 31,4%	
	Ataque de Pánico, 18,6%	
	Fobia Social, 13,2%	
	Agorafobia, 12,1%	
	Trastorno por Estrés Postraumático , 2,2%	
6,7 % cumpliría dos diagnósticos	4 % cumpliría tres diagnósticos o más	
$\frac{1}{3}$ no consume psicofármaco alguno		

Entre la población diagnosticada con algún tipo de trastorno psicopatológico, la tercera parte no consume ni ha consumido psicofármaco alguno.

Entre los que toman fármacos, los Tratamientos Psicofarmacológicos Congruentes con el trastorno para el que están indicados, son sólo un tercio; el resto de la población que toma psicofármacos, el producto que toma, no es coherente con la psicopatología que se le ha detectado.

Respecto a la Prevalencia, observemos como el espectro de las Ansiedades, supera en 10 veces la presencia que se detecta en Depresión.

En cuanto a la Comorbilidad, supera el 6% la co-ocurrencia de dos diagnósticos psicopatológicos simultáneos, y un 4% de la población, cumple con criterios para tres o más cuadros.

Otra investigación reciente (Epstein et al, 2008) analiza como los Médicos con Formación Postgrado, detectan la depresión mejor y prescriben más fármacos; sin embargo, sólo el 30% de los pacientes con depresión ha sido preguntado por la existencia de ideas o pensamientos autolíticos, siendo este un factor de imprescindible evaluación en este trastorno.

En esta investigación, encuentran como la casi totalidad de los pacientes fue citado para dentro de cuatro semanas, y sólo el 34% fue informado de la posibilidad de que aparecieran efectos secundarios en el tratamiento.

Anteriormente hemos señalado la relevancia del contexto y entorno del paciente, y desde el que se extraen cualquier tipo de datos, una fuente de información que evita confusiones a la hora de tratar de formular equivalencias intergrupos desiguales.

En este sentido, Cruickshank et al. (2008), recientemente ha comparado los Diagnósticos y Prescripciones efectuados en centros de medicina general de carácter urbano, semiurbano y rural, sometidos posteriormente a análisis y revisión por profesionales de la Salud Mental, siendo los resultados, los que mostramos en la siguiente tabla 40.

Observemos, nuevamente, el altísimo porcentaje de personas que están tomando fármacos de forma incorrecta, a juicio de los especialistas en Salud Mental que han revisado los historiales y a estos sujetos atendidos en Centros de Medicina General.

Tabla 40.- Consultas Medicina General, urbana, semiurbana, y rural, Comparada posteriormente por Psiquiatras (Elaboración Propia a partir de Cruickshank, MacGillivray, Bruce, Mather, Matthews, Williams, 2008).			
57,6%	No cumplen criterios diagnósticos DSM-IV: deberían cesar en la toma de psicofármacos		
35,9 %	Cumple criterios de Ansiedad	Fobias	31,5 %
		Ansiedad	2,2 %
		Obsesivo Compulsivo	2,2 %
32,6 %	Cumple criterios Depresión (29,3 %), u otro trastorno del Estado de Animo (3,3 %)		
56,6 %	Recibe un antidepresivo, congruente		
31,3 %	Recibe tratamiento incongruente: Debería reevaluarse su sintomatología y tratamiento		
73,1%	Aceptaría cambiar de antidepresivo		
50 %	Desearía incrementar la dosis		
60 %	Desearía reducir la dosis		

Más del 31%, presentan afectación psicopatológica, pero el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico aplicado, es incongruente, debería reevaluarse, y proceder a corregirse, de inmediato.

La buena disponibilidad y cooperación de los pacientes, podemos inferirla de esas cifras superiores al 73% que admitiría cambiar de antidepresivo si su médico se lo propusiera.

Observemos, nuevamente, como 'anécdota', el alto porcentaje de las Fobias, dentro del conjunto de las Ansiedades, sobre el que insistíamos en la sección anterior de este Programa.

Nuevamente, el solapamiento de síntomas en Ansiedad y Depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la identificación del curso de estos trastornos, como comprobaremos – otra vez - en un sub-apartado posterior.

Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros cuadros psicopatológicos y/o médicos: la mitad de las personas con trastornos depresivos, cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; padecer un trastorno de ansiedad, constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento posterior.

El solapamiento de síntomas es bastante más evidente entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, más que entre otros tipos de ansiedad: hasta el 80% de los pacientes que presentan ansiedad generalizada, desarrollan por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida (Agudelo et al., 2007).

Esta prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada, debería despertar las alertas sanitarias, al ser mucho más alta de las esperadas: casi un tercio de los pacientes con TAG, consulta a su médico, por un motivo diferente a su cuadro real. Sólo el 10% solicita ayuda relatando síntomas propios de este Trastorno, pero desconocido como cuadro por el afectado (tabla 41), fruto del analfabetismo psicopatológico generalizado que hemos señalado.

Entre los motivos psicopatológicos más frecuentes de consulta, encontramos la Depresión, la Ansiedad, y los trastornos del ámbito psicótico. Los pacientes diagnosticados de Ansiedad Generalizada, consultan sobre la misma, pero entre los pacientes psicopatológicos sin Ansiedad Generalizada etiquetada, las consultas mayoritarias están relacionadas con las Alteraciones Depresivas y los Trastornos Psicóticos.

Tabla 41.- Resultados Estudio Multicéntrico LIGANDO, en consultas ambulatorias de Salud Mental
(Elaboración Propia a partir de Caballero, Bobes, Vilardaga, Rejas, 2008)

Siete Motivos más frecuentes de consulta						
Depresión	Ansiedad	Trastornos Psicóticos	Trastornos Adaptación	Enfermedad Bipolar	Trastornos Personalidad	Trastornos Psicopatológicos inespecíficos
26,7 %	18,2 %	15,6 %	8,8 %	6,9 %	6,7 %	5,7 %

Siete Motivos más frecuente entre pacientes con TAG						
Trastorno Ansiedad	Alteraciones depresivas	Trastorno Adaptación	Trastornos Psicopatológicos inespecíficos	Trastornos Personalidad	Trastorno Sueño	Trastornos Psicóticos
71,4 %	9,7 %	3,4 %	2,7 %	2,7 %	1,7 %	1,6 %

Siete motivos más frecuentes entre pacientes sin TAG						
Alteraciones depresivas	Trastornos Psicóticos	Trastorno Ansiedad	Trastorno Adaptación	Enfermedad Bipolar	Trastornos Personalidad	Trastornos Psicopatológicos inespecíficos
29,5 %	17,8 %	9,9 %	9,7%	7,8 %	7,3 %	5,9 %

Como insistimos a lo largo de todo este Programa, también la Ansiedad Generalizada se encuentra con una alta comorbilidad y un alto impacto económico. En la presentación de los resultados del Proyecto ESEMed, Albarracín et al. (2008) reflejan como el 69,4% de los

pacientes con TAG manifiestan haber tenido al menos otro trastorno mental durante los últimos 12 meses: depresión mayor, agorafobia, trastornos de pánico.

La revisión Cochrane (Albarracín, et al, 2008), presenta una comorbilidad con depresión mayor, del 62%, y del 37%, con Distimia; siendo el curso crónico, de al menos 5 a 15 años, o más.

Estos datos tienen una repercusión, a efectos de tratamiento, notables: por un lado, la necesidad de prolongar el tratamiento de la ansiedad mediante psicofármacos; por otro, la posibilidad, pendiente en el Sistema de Salud Español, de incorporar Psicólogos cualificados para la aplicación de tratamientos con eficacia demostrada, y menor invasión, además de económicos, si ponemos su coste real en proporción al coste completo que genera la Ansiedad, por sí sola, a todo el conjunto de la sociedad, principalmente, al empresariado.

Pero, desde una óptica general, y en términos de rentabilidad social, los efectos de la Ansiedad van más allá de las implicaciones médicas y laborales, al repercutir en un detrimento de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus entornos, con una pérdida gradual de funcionalidad psicosocial, con resultados que se traducen, a continuación, también en dinero, de todos.

Entre los obstáculos que han existido para dificultar este conocimiento de la repercusión de la psicopatología no sólo en el ámbito del trabajo, señalamos los sesgos y déficits metodológicos que impregnan los diversos estudios, donde las manifestaciones del cuadro psicopatológico se muestran agregadas en diferentes grupos de población y afectación psicopatológica sin diferenciar – como sucede con la Ansiedad Generalizada, la Fobia Social o los Trastornos de Personalidad.

Algunas de las precauciones a adoptar para solventar estas restricciones, deben ser el diferenciar la prevalencia-vida, o la prevalencia-año, la prevalencia puntual o el considerar los costes indirectos – médicos y no médicos -, y evitar aplicar conceptos de inclusión diferentes para cada categoría o distintas tasas de descuento en cada apartado.

Recordemos: en Estados Unidos, por ejemplo, la Ansiedad supone el 31,5% de los costes totales atribuidos a los trastornos mentales, lo que sitúa a este Trastorno entre las enfermedades mentales de mayor impacto económico.

Esta relación costes directos – indirectos, en ansiedad, suponen 1 a 3, en los estudios de prevalencia; el tamaño de los costes indirectos, se reduce, en los enfoques que trabajan con la incidencia, por no considerar - o infravalorar - algunos de los costes indirectos que son contemplados en los estudios de prevalencia.

Curso Longitudinal en Ansiedades.-

Análisis de longitudinalidad retrospectiva, y prospectiva, proporcionada por estudios epidemiológicos y clínicos, sugiere que el Trastorno por Ansiedad Generalizada es el trastorno de ansiedad con menor probabilidad de remisión espontánea, presentando un curso clínico con tendencia a ser recidivante, fluctuante, crónico. Tal es la relevancia que se le otorga a la Ansiedad, que ha sido conceptualizado como un trastorno básico, disparador de otros tipos de trastornos (Rapee y Barlow, 1991).

Al preguntar a los Psiquiatras Españoles sobre la Ansiedad Generalizada y su práctica profesional, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, presentan el “Documento de Consenso sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada”, de cuyo curso longitudinal, podemos valorar resultados a partir de la tabla 42.

Tabla 42.- Curso Longitudinal del Trastorno de Ansiedad Generalizada. [Elaboración propia, a partir de Giner Ubago (2005)]		
1/3	No solicitan ayuda terapéutica específica	
13,3 %	Presenta ansiedad como queja primaria	
Resto	Vagan como ‘enfermos funcionales’, sin ser diagnosticados por consultas Especializadas, y por Atención Primaria	90% presentara algún otro cuadro psiquiátrico
		TAG antecede a depresión en más del 60 % casos en periodo de 1,5 años.

Un aspecto fundamental encontrado: la ansiedad es experimentada por el paciente, a nivel psíquico, pero también a nivel corporal. Son estos síntomas somáticos los que motivan la consulta, y hacen que el paciente se resista a admitir que su enfermedad es fundamentalmente psíquica, no somática (Carrasco y Garzón, 1998)

Sin embargo, son los síntomas psicológicos los que más sufrimiento ocasionan al paciente, y los más difíciles de describir. Los síntomas somáticos más frecuentes, son los derivados de la desregulación del sistema neurovegetativo y neuroendocrino.

Más del 50%, vagan como 'enfermos funcionales' sin ser diagnosticados por consultas Especializadas y por Atención Primaria. El 90%, presenta algún otro trastorno psicopatológico, precediendo la ansiedad en el 60% de los casos de Depresión, en un periodo de año y medio a continuación de un episodio agudo sostenido de ansiedad.

Dentro del Curso Longitudinal, analicemos las Tasas de Remisión Completa para el T.A.G. (tabla 43).

No sólo presentan los sujetos con TAG un acceso demorado a la asistencia sanitaria y reconocimiento del carácter patógeno y disfuncional dañino de sus síntomas, sino que los profesionales psiquiatras españoles, consideran que esta afectación, aún estando bien medicados, acompañará al paciente – en más del 55% de los casos – durante un tiempo no inferior a dos años. Más del 38% de estos profesionales, consideran que la afectación no desaparecerá antes de cinco años.

15 %	a los 2 meses
25 %	a los 2 años
38–40 %	a los 5 años

Sorprende esta apreciación documentada por las propias Sociedades de Psiquiatría, tomadas como tasas de remisión completa 'normales' o habituales, cuando el Sistema Sanitario Público, como alternativa mayoritaria, ofrece el tratamiento de este problema psicopatológico por el Médico de Atención Primaria, cuyos resultados estamos constatando en la revisión de estudios nacionales e internacionales que presentamos, y no se han despertado las alarmas administrativas y sociales capaces de requerir un cambio en este panorama, de fracaso psicossocial y sanitario (observemos en tabla 44, a partir de Stein).

50 – 70 %	A Largo Plazo
20 – 50 %	Remisiones
25 – 85 %	Recaídas tras retirada de Fármaco
30 – 80 %, a largo plazo (1,5 – 6 años), presenta: crisis de angustia, ansiedad anticipatorio y/o evitación después de iniciado el tratamiento	

Puede llegar a alcanzar hasta el 80% los pacientes con Ansiedad Generalizada que han sido diagnosticados y reciben tratamiento, y presentarán crisis de angustia o evitación, en el plazo de entre un año y medio, y seis años.

Para la mitad o más de los pacientes diagnosticados y tratados, la remisión de los síntomas de Ansiedad, cabe esperarla, sólo a largo plazo.

Qué hace el paciente mientras tanto, y cuanto daño está incorporando de forma indirecta al conjunto de la sociedad, al sistema laboral, administrativo y sanitario, es una interrogante que merece ser formulada. Sobre todo, cuando los datos que aproximan a la cuantificación de este montante, están aquí siendo indicados.

Regresando al “Documento de Consenso sobre el TAG” (tabla 45), el 66,4% de los Psiquiatras españoles, confirman que son los Médicos de Atención Primaria - y casi un 68%, que son el resto de los Médicos -, quienes reciben a pacientes con esta patología.

Se extrae de su Documento de Consenso, que son infradiagnosticados, pasando por las consultas de todos estos tipos de médicos, con padecimiento, pero desapercibidos.

Tabla 45.- Sensibilidad Diagnóstica y otros datos del Documento de Consenso sobre el TAG [Elaboración propia, a partir de Giner Ubago (2005)]	
Factores Predictores de mal pronóstico:	Curso crónico del trastorno en el pasado, comorbilidad somática, depresiva, y con trastorno de personalidad, relaciones familiares conflictivas
Sensibilidad Diagnóstica	
Médicos de A.P. infradiagnostican esta patología	66,4 %
Resto de Especialistas (internistas, cardiólogos, etc.) infradiagnostican esta patología	67,8 %
Demanda de Atención Médica	
Acuden a Médico de A. P. (% de acuerdo)	92,9 %
Acuden a otros especialistas (internistas, cardiólogos,...)	61,1 %
Peso Diagnóstico de los distintos criterios	
Mayor importancia de la ansiedad psíquica	87,6 %
Importancia del malestar o deterioro funcional	81,5 %
Forma más habitual de llegar al diagnóstico	
Se diagnostica siempre a partir de la sintomatología	88,3 %

Como habíamos indicado en otras partes anteriores de la revisión practicada en este Programa, el 93% de los psiquiatras consideran que es el Médico de Atención Primaria quien recibe la principal demanda por Ansiedad Generalizada – y así está establecido de forma normativa en la propia Cartera de Servicios Básicos del Sistema Nacional de Salud, aunque desconocemos hasta que punto el Ministerio de Sanidad en España, ignora estos datos que encontramos, consolidados de forma robusta en la investigación nacional e internacional -.

La forma más habitual de ser diagnosticada la Ansiedad Social, es a través de la sintomatología. Pero, recordemos, la relevancia que pueden adquirir otros síntomas médicos, medibles a través de marcadores biológicos y anatómicos de distinto tipo, en los mismos pacientes que acuden al Sistema Público de Salud, y acuden al Sistema Laboral, y no reconocen, ni nadie les indica, que sus síntomas de desajuste, están presentes, y son prototípicos de una Enfermedad, reconocida internacionalmente como tal desde hace varias décadas.

Si es este el panorama y recorrido de los pacientes con Ansiedades, comprobemos a partir de ahora cual es la situación longitudinal de la Depresión, donde debemos prestar atención a la duración de los episodios, el concepto de ciclos, intervalos, principio y fin de un episodio.

Curso Longitudinal de la Depresión y Prescripción.-

El curso longitudinal de la Depresión, puede definirse como la descripción de los signos y síntomas que hasta la desaparición completa y definitiva de los mismos, siguen a la primera manifestación del trastorno. Todo el recorrido de la enfermedad, está estrechamente vinculado a la prescripción psicofarmacológica que se le aplica, como vamos a comprobar a lo largo de este apartado.

La instauración del episodio propiamente dicho puede realizarse de forma brusca (incluso en menos de un mes), gradual (asociada frecuentemente a acontecimientos vitales), o fluctuante. Con frecuencia, se observa similitud en el patrón de síntomas iniciales, y en la instauración cronológica de los mismos, en los siguientes episodios (Urretavizcaya et al., 2008).

Cuanto más puros son los síntomas depresivos, menor será la duración; sin embargo, si aparecen síntomas atípicos (hipocondría, sintomatología paranoide), rasgos neuróticos, ansiedad o enfermedades físicas, la duración será más prolongada.

Estos, son conceptos de mayor relevancia, principalmente debido a que la mayoría de los estudios que analizan el papel de los factores socioculturales en la evolución de la depresión, se encuentran sesgados por problemas metodológicos, tales como la falta de estandarización de los tratamientos aplicados, la duración variable del seguimiento, definiciones imprecisas de los acontecimientos vitales y muestras de estudio heterogéneas (Martín et al., 2008).

Debemos tener en consideración la presencia de intervalos y ciclos, entendiendo por ciclos el tiempo que transcurre desde el inicio de un episodio, hasta el inicio del siguiente, e incluye un episodio clínico, y el intervalo que le sigue. La periodicidad de los trastornos afectivos, ha sido descrita, por la duración de los síntomas.

El final de un episodio, viene marcado frecuentemente, por la supresión de los síntomas; pero, en realidad, el episodio puede no estar resuelto, y manifestarse tras el tratamiento. El comienzo de un episodio es más fácil de detectar que su final, por lo que la duración de los ciclos, ha sido tomada de forma reciente, como una variable de evolución más segura que la duración de los intervalos (Urretavizcaya et al., 2008).

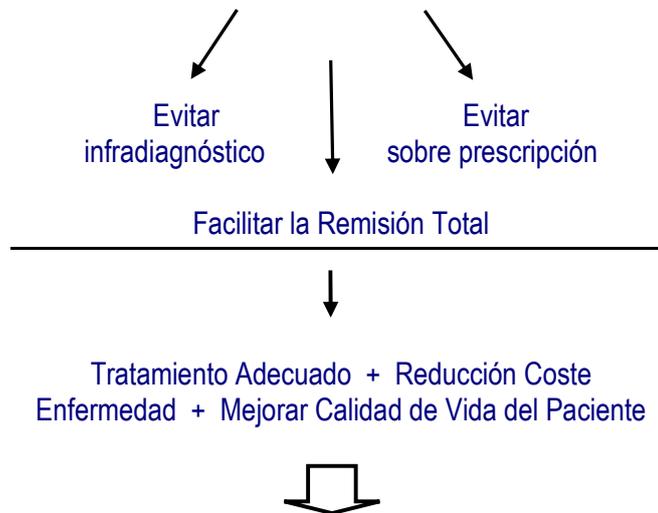
Una variación en la duración de los ciclos, generalmente refleja variaciones en la duración de los intervalos entre episodios, ya que la duración de los episodios, suele mantenerse estable.

A partir de la tabla 46, comprobamos como, además de las dificultades de afrontamiento y la debilidad de los recursos asistenciales, de investigación y laborales aplicados a la Depresión en España, del total de personas deprimidas, sólo la tercera parte está realmente diagnosticada.

Lejos de escatimar el alcance de estas deficiencias, observemos las conclusiones que se extraen, a partir de Valladares, Dilla y Sacristán (2008):

Tabla 4.6.- **Personas deprimidas en España (2004)**
(Elaboración Propia a partir de Valladares, Dilla, Sacristán 2008)

Total	Diagnosticadas
6 millones	$\frac{1}{3}$: 2 millones



1.- Cualquier intervención dirigida a aumentar las tasas de respuesta y remisión de la depresión, podrá aumentar los costes directos a corto plazo, pero dada la aportación total de la enfermedad, es muy probable que sean compensados por la reducción de los costes de morbilidad.

2.- El abandono de la medicación tiene una gran relevancia, no sólo en la calidad de vida del enfermo, sino en el gasto que supone tratar la enfermedad. Por tanto, es necesario introducir programas e iniciativas para aumentar las tasas de adherencia, tanto como para compensar la ausencia de información y consciencia de enfermedad.

Sin embargo, nos parecen insuficientes estas meras recomendaciones, y formuladas con atraso, y visión retrospectiva, cuando ya se ejecutan Programas en Inglaterra, incorporando a Psicólogos Especializados por cada Comarca Sanitaria de Atención Primaria, en otro modelo de atención sanitaria, biopsicosocial e integral, desconocido hasta la fecha en España.

Llegados a este punto, analicemos seguidamente la eficacia de otros tipos de intervenciones psicosociales y farmacológicas en el análisis que hemos practicado a la elaboración de Wolf, Derek y Hopko (2008), en la tabla 47.

Tabla 47.- Eficacia de las intervenciones psicosociales y farmacológicas (Elaboración Propia a partir de Wolf, Derek, Hopko, 2008)		
Resolución de problemas		
11 estudios analizados desde 1991 a 2004	Duración de las intervenciones: 4, 6, 8, 11, 12 semanas	Resultados: favorables en intervenciones de 11, 12 semanas
Terapia Cognitiva		
4 estudios analizados, desde 1982 a 1994	Duración de las intervenciones: 7 semanas y 15 semanas	Resultados favorables
Terapia Cognitiva Conductual		
9 estudios analizados, desde 1992 a 2005	8, 16 semanas, 5, 6-12, 9 meses	Reducción de los síntomas
Psicoterapia Interpersonal		
6 estudios desde 1987 a 2004	12 semanas, 5, 6 meses	Resultados favorables
Farmacoterapia		
18 estudios, desde 1989 a 2006	Distintos antidepresivos, durante 6, 8, 9, 12 semanas, 6, 9, 12, 24 meses	Avances importantes y efectos adversos de distinta gravedad

La eficacia de la psicoterapia o psicofarmacología, es superior al 'cuidado habitual' o al placebo en el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Cualquier modalidad de psicoterapia, es capaz de contribuir de forma notable a la reducción de síntomas, y en distinto número de sesiones.

Niveles de experiencia del médico y del paciente, distinta duración de los tratamientos, diferencias en el tipo de medidas, criterios de inclusión y exclusión deficientes, frecuente aplicación de estrategias terapéuticas a pacientes no bien diagnosticados, un limitado seguimiento, entre otros, son factores que contribuyen en la actualidad a debilitar la eficacia de las intervenciones en depresión en Atención Primaria.

¿Cuál es, entonces, el argumento para sostener en la Cartera de Servicios Básicos del Sistema Nacional de Salud la prioridad de la atención de la Ansiedad y Depresión por Médicos de Atención Primaria de forma exclusiva?

Utilizando criterios científicos de carácter empíricos como los que aportamos, los resultados muestran como no menos de un 33-50% de los pacientes con depresión, son resistentes a la psicofarmacoterapia (Fava, Davidson, 1996).

Aunque un porcentaje similar lo es también a la psicoterapia (Barret et al., 2001; Simpson et al., 2003), no debe sorprendernos este, ni ningún otro resultado en esta línea, obtenidos hasta la fecha, en un contexto sanitario global repleto de presiones organizacionales – capaces de determinar la duración de los tratamientos, la cualificación profesional, los tipos de intervención –, y con un inmenso poder farmacológico, vigilando.

Junto a otros factores señalados a lo largo de este Programa, encontramos la falta de confianza en la intervención, producto de una minusvaloración generalizada y desestructuración de servicios psicoterapéuticos esparcidos con organización y eficacia. La pobre alianza terapéutica, principalmente respecto a fármacos. La ausencia de recomendaciones de ejercicio físico habitual, o incremento de la severidad y cronicidad depresiva, la historia familiar existente, la presencia de otros desordenes de personalidad, la coexistencia de otros trastornos del Eje I, el estigma social, el incremento de disfunción cognitiva y social, los problemas en las relaciones, o la doble depresión.

Por otra parte, la Depresión, afecta de manera relevante a las funciones físicas, mentales, sociales, asociándose con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en la calidad de vida, no solo del afectado principal, sino de todo el entorno que lo rodea, por contagio.

Comparada con otras enfermedades crónicas como la angina, artritis, asma o diabetes, la depresión produce una mayor disminución general en salud (Moussavi et al, 2007).

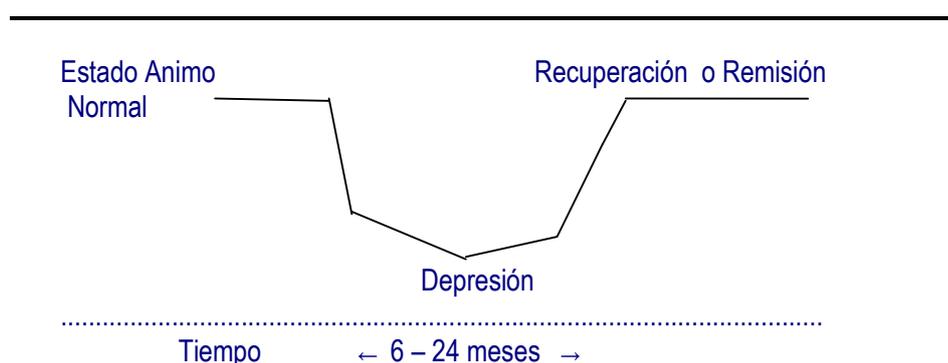
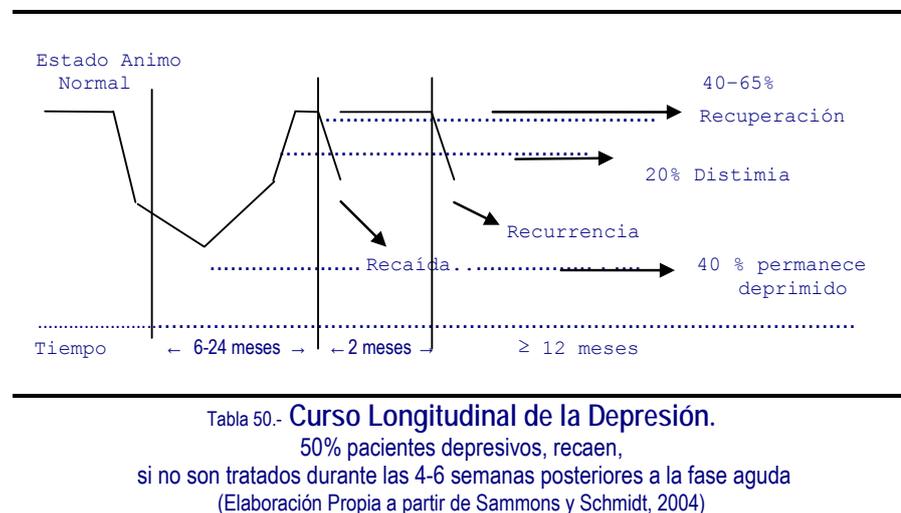


Tabla 49.- **Características de la Depresión Episódica**, con Episodios no Tratados que duran habitualmente entre 6 y 24 meses, seguidos de recuperación o de remisión. (Elaboración Propia a partir de Stahl, 1998)

Observemos las características de la Depresión a partir del análisis Episódico (tabla 48).

Quizá, sólo en un 5-10% de los casos no tratados, los episodios se prolongan más de 2 años (Sthal, 1998), debiendo entender como **Respuesta**, la reducción de la severidad de los síntomas en un 50%; como **Remisión**, la mejoría con duración inferior a 2 meses; como **Recuperación**, la mejoría con duración superior a dos meses.

Ninguno de los antidepresivos actuales es universalmente efectivo, ni más del 60% de los pacientes responde a alguna forma particular de medicación y muchos de estos, mejoran de forma indistinguible a los no tratados (Thase, 2008).



Los antidepresivos son mucho menos satisfactorios en la prevención de recaídas o recurrencias, si se discontinúa su aplicación poco después de que remitan los síntomas (Petit, Bolees, Joiner, 2004). El 50% recae, salvo que sea tratado durante los 4-6 meses posteriores a la fase inicial aguda (Thase, 1999).

La mayoría de los efectos secundarios provocados por la medicación, disminuyen durante las primeras semanas. Como el efecto beneficioso no es instantáneo, será necesario extremar el apoyo durante la primera etapa de intervención, para garantizar el cumplimiento terapéutico.

La propia depresión puede cursar con algunos de los síntomas periféricos provocados por la medicación, siendo en ocasiones, difícil distinguir entre los síntomas somáticos de la depresión y los efectos secundarios de los antidepresivos (Del Río, 2004).

Es por ello que la retirada de la medicación debe ser progresiva y gradual, disminuyendo $\frac{1}{4}$ de dosis cada 2 semanas, hasta lograr suspenderlo en 6-8 semanas, evitando los síntomas de abstinencia (malestar general, mareos, temblores, alteraciones del sueño, problemas intestinales,...).

La reincorporación laboral, también debe formar parte de la estrategia terapéutica. La optimización del rendimiento del paciente, es una directriz básica en el programa de afrontamiento de la depresión, seleccionando los síntomas diana, y los fármacos, a partir de la historia personal, clínica, laboral y familiar del paciente, para minimizar los déficit de la intervención (Kaplan, 2008).

El perfil de los efectos secundarios y la toxicidad, han limitado el uso de antidepresivos en Atención Primaria, afectando al cumplimiento de las dosis terapéuticas. A pesar de ser reconocido, por ejemplo, que esta problemática afecta al cumplimiento y adherencia al tratamiento, o que la utilización de dosis bajas de tricíclicos para el tratamiento de episodios depresivos, ha resultado ineficaz (Ayuso y Ayuso, 1998).

La utilización selectiva de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) ha beneficiado el manejo terapéutico, por sus ventajas en seguridad y tolerancia, con repercusiones menores a nivel metabólico, ganancia de peso, sistema cardiovascular, renal y sistema nervioso central.

La dosis terapéutica se pueden iniciar desde el principio, pudiendo mantenerse a lo largo de todo el curso de tratamiento cuando se trata de ISRS, en dosis única matutina. En nuevos antidepresivos, se precisan dos tomas diarias y un aumento gradual hasta alcanzar dosis terapéuticas, en aproximadamente, una semana (Herrán, Cuesta, Vazquez-Barquero, 1998).

En el caso de fármacos tricíclicos, es aconsejable proceder a una dosificación progresiva, a partir de dosis bajas que se irán aumentando hasta conseguir dosis efectivas (Díaz González, 2008). Las dosis se deben incrementar a un ritmo de 50 mg cada 3-4 días, hasta llegar a la dosis óptima. La dosis final debe ser aquella a la que el paciente tenga respuesta terapéutica, sin presentar efectos secundarios severos. Desde el comienzo de la intervención, debe estar informado el paciente, sobre la demora probable en aparecer beneficios, así como del tiempo necesario para el tratamiento.

Los efectos adversos de los antidepresivos, pueden llegar a manifestarse con reacciones de relativa importancia en el 5% de los pacientes. Son, principalmente, efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa) en

triciclicos, y efectos serotoninérgicos (náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, sudoración, disfunción sexual) para ISRS (Díaz González, 2008).

Analicemos (tabla 51), las tasas habituales de respuesta general en Depresión:

Tabla 51.- Tasas Habitual de Respuesta General en Depresión [Elaboración propia, a partir de Chinchilla et al. (2008)]			
53 %	En seis meses		
64 %	En un año		
82 %	En dos años		
90 %	En cinco años		
Recurrencia	En 5 años	En 10 años	En 15 años
	63 %	80%	85%
Cronicidad	El 30% abandona en Fase Aguda		
	Sin tratamiento, el 50% se cronifica		
	El tratamiento inadecuado a dosis insuficientes y durante tiempo reducido, es un factor potente de cronicidad y resistencia		

Comprobemos como al menos el 30% de los pacientes, abandona en la fase aguda del tratamiento, cronificándose el trastornos en un 50% de los casos de forma posterior.

Pero el abandono temprano de la medicación, no es la única fuente de cronicidad del trastorno y con resistencia al tratamiento: las dosis insuficientes y/o durante tiempo reducido, favorecen el robustecimiento de la sintomatología morbosa.

Con tratamiento farmacológico, tampoco podemos afirmar, ni esperar, la existencia de un éxito rotundo, observemos la tabla 52.

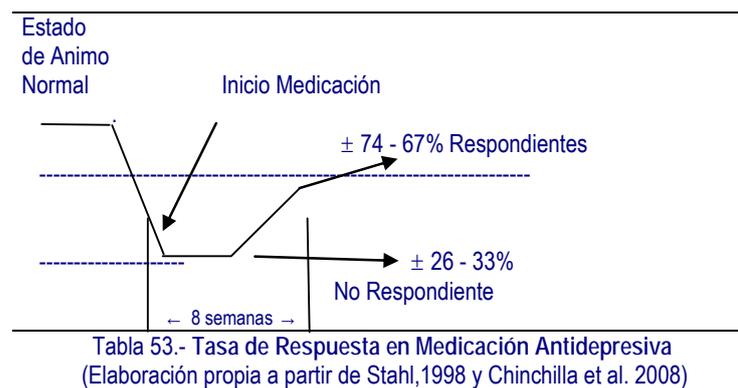
Tabla 52.- Resultados en sintomatología depresiva, tras Tratamiento Farmacológico (Elaboración Propia a partir de Trivedi et al., 2006)				
Remisión	Algunos síntomas	Síntomas Moderados	Síntomas Severos	Síntomas Muy Severos
33%	28 %	23 %	12 %	4 %
	Total, tras 14 semanas de tratamiento: 67 %			

Frente al 33% de Remisión de Síntomas, el 67% de los pacientes, estando medicados de forma congruente, persistirán con síntomas suficientes de malestar, capaces de manifestar

una afectación que cumpla criterios de Depresión, entre Moderada y Grave, en el 39% de los casos.

Estas cifras no son uniformes (recordemos la tabla 51), Ayuso y Ayuso (1998), por ejemplo, sitúan la remisión efectiva en un 65%, a partir de la tercera semana de instaurada la dosis completa y no debiendo esperarse después de la octava semana de tratamiento completo.

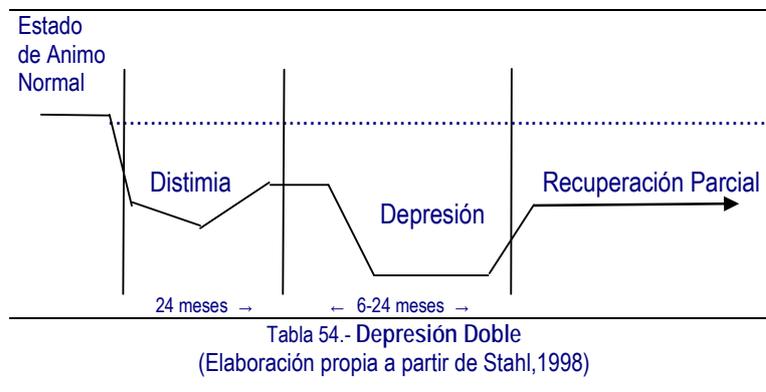
Resulta de interés, por tanto, conocer el patrón de previsión de respuesta en medicación antidepressiva, tabla 53.



Los pacientes tratados por Depresión, en un intervalo que oscila entre $\pm 74-67\%$ responderá en un plazo de 8 semanas, al menos con una reducción del 50% de los síntomas; mientras que en un rango de $\pm 26-33\%$, es posible, que no responda.

Una vez producida la mejoría, la duración del tratamiento no debe ser inferior a 9-12 meses, con la misma dosis que ha resultado eficaz para alcanzar la remisión clínica.

Las oscilaciones entre Depresión, Distimia, y nueva Depresión posterior a Distimia, es un curso propio de las denominadas Depresiones Dobles, cuyo riesgo debe ser prevenido (tabla 54).



Como indicamos en otro momento anterior, aunque los pacientes respondan inicialmente al tratamiento, también podrán presentar una Tasa de Recurrencia de entre 10 – 15 %, con medicación continua durante el año siguiente a la recuperación (Tabla 55).

Seguindo a Vallejo y Urretavizcaya (2002), en sus recomendaciones para el Tratamiento de las recaídas y recurrencias de la depresión: si se realiza una maniobra terapéutica (especialmente farmacológica) durante el episodio, la ausencia de clínica no conlleva la certeza de la resolución de las disfunciones neurobiológicas subyacentes, ya que estas pueden estar sólo compensadas por la maniobra terapéutica. En este contexto nos referimos al curso clínico observable.

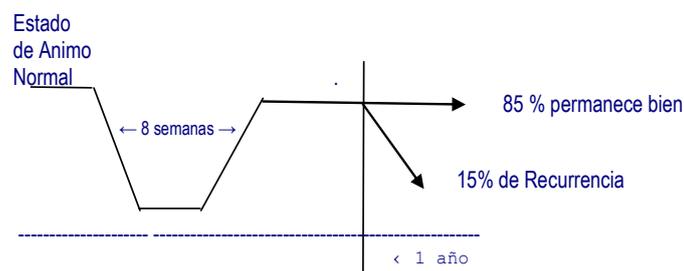


Tabla 55.- Utilización de Medicación Continuada
(Elaboración propia a partir de Stahl,1998)

La sintomatología en la recaída sería secundaria a la misma disfunción neurobiológica que motivó el episodio anterior (es el mismo ciclo depresivo), y la de la recurrencia podría ser debida a una nueva disfunción neurobiológica (es un nuevo ciclo depresivo).

El tiempo transcurrido hasta una nueva reaparición episódica, caracterizado por ausencia sintomática, se determina en términos probabilísticos, es decir, basados en presunción, como una clasificación artificial.

El 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo, presentarán como mínimo, un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación, especialmente entre los 4 y los 6 meses. Algunos autores señalan que 70% de sujetos recuperados de un primer episodio depresivo, sufrirán dos o más episodios posteriores, aunque el segundo puede acontecer muchos años después del primero.

Alvarez et al. (2008), señalan que entre un 30-40% de los pacientes no responden tras un primer tratamiento, y un 5-10% no lo harán tampoco a intervenciones terapéuticas más agresivas.

En su trabajo reciente, estos autores (Alvarez et al., 2008) han señalado una serie de parámetros clave que caracterizan y definen a la depresión resistente: el tratamiento incorrecto, es el origen más común de la falta de respuesta en Depresión Mayor; las dosis recomendadas y la duración de los tratamientos, deben estar basados en los datos científicos; la dosis óptima, debe usarse durante un mínimo de 4 semanas, estimándose como duración adecuada, entre 6 y 8 semanas; las dosis recomendadas, antes de diagnosticar resistencia al tratamiento, deberían alcanzar siempre 300mg/día de imipramina o equivalentes.

La introducción de los ISRS ha simplificado el tratamiento de los pacientes depresivos, pero también ha originado que muchos de estos pacientes sean infratratados. La evaluación de la no adherencia al tratamiento, es esencial, ya que se estima que genera hasta un 20% de las Resistencias.

El riesgo de episodios futuros, puede incrementarse con el número de episodios previos. Cuando un sujeto experimenta un segundo episodio depresivo, la posibilidad de que desarrolle un tercer episodio es del 80-90%, con un 70-80% de posibilidades de que la recurrencia se produzca en los tres los posteriores a la recuperación del episodio.

Con el incremento de episodios, los intervalos libres de síntomas entre episodios se acortan, la respuesta a los antidepresivos puede decrecer y la calidad de vida disminuye con cada nuevo episodio.

Estos datos ilustran la relevancia del tratamiento farmacológico, en la atenuación o para impedir las recaídas - tratamiento de consolidación - y/o las recurrencias - tratamiento de mantenimiento o profiláctico -.

Ambos tipos de tratamiento, que sobrepasan la fase aguda de depresión, pueden incluirse bajo el concepto global de tratamiento prolongado de la depresión (Vallejo y Urretavizcaya, 2000)

Frente a un 70-80% que recaen con placebo, sólo lo hacen un 10-30% de los que toman medicación – como tendremos oportunidad de analizar seguidamente -.

La duración y la dosis del medicamento, una vez sobrepasado el periodo de tratamiento agudo en las primeras 6 semanas, es todavía un capítulo incierto. De cualquier forma, existen algunas evidencias que sostienen que ante una recaída, la reinstauración del tratamiento, cuando éste ya se ha suspendido, es menos eficaz y rápida en controlar la sintomatología, que el aumento de la dosis.

Hasta tal punto es relevante la fase aguda, que los fármacos efectivos en el tratamiento de esta fase de depresión, son generalmente efectivos en la fase de consolidación y mantenimiento.

Resulta necesario comparar la eficacia en el tratamiento de mantenimiento entre diferentes antidepresivos; en la literatura no hay estudios comparativos sobre esta eficacia, salvo algún trabajo con muestras muy pequeñas, siendo una tarea necesaria comprobar la diferente actividad profiláctica de los antidepresivos según el tipo o subcategoría diagnóstica (depresión psicótica, melancólica, neurótica o distimia, reactiva).

Existe, sin embargo, un amplio consenso clínico para prolongar las dosis iniciales, con las que se ha conseguido la respuesta y remisión clínica en el tratamiento de la fase aguda, durante la fase de consolidación (para prevenir recaídas). Este consenso no es consistente para la fase de mantenimiento. En caso de no tolerarse estas dosis, por efectos secundarios o la presencia de otras alteraciones médicas, puede emplearse la dosis que sea bien tolerada, o ensayar otro abordaje farmacológico.

El tratamiento de consolidación requiere que el paciente esté asintomático en el momento de iniciarse. La duración del tratamiento de mantenimiento, una vez logrado el tratamiento de consolidación, depende del número de episodios previos, y el intervalo que separa el inicio del último episodio de finalización del tratamiento de mantenimiento del episodio anterior.

Durante el tratamiento prolongado de la depresión es aconsejable un control somático regular. La decisión de suspenderse el tratamiento de mantenimiento, ha de planificarse siempre de forma cuidadosa y efectuarse de forma progresiva.

Son pocos los pacientes tratados con dosis elevadas de antidepresivos de forma prolongada que llegan a abandonar la medicación exclusivamente por los efectos secundarios. El 10% de pacientes abandonan los tratamientos prolongados generalmente por aumento de peso y disfunciones sexuales (ausencia de orgasmo y retraso en la eyaculación).

Los efectos indeseables de tipo precoz (náuseas, ansiedad, insomnio, somnolencia) suelen disminuir en las primeras semanas de tratamiento. Los efectos indeseables persistentes, o los de inicio tardío (insomnio, somnolencia, incremento de peso, astenia, disfunciones sexuales) son los de mayor impacto en el tratamiento antidepresivo prolongado. El diagnóstico correcto y la valoración de los efectos indeseables es una parte esencial de la estrategia terapéutica.

La propia depresión presenta síntomas que pueden interpretarse como efectos indeseables del tratamiento (cefaleas, disminución del deseo sexual,...). Igualmente, muchos efectos indeseables se asemejan a síntomas secundarios a la depresión (insomnio, somnolencia, disfunciones sexuales). Para evaluar los efectos indeseables paralelos al tratamiento antidepresivo, es fundamental una valoración inicial pre-tratamiento de todos los síntomas (la ausencia de un funcionamiento sexual basal, por ejemplo, oscurece y dificulta la valoración de posibles efectos indeseables en esta área).

El diagnóstico diferencial debe incluir la presencia de sintomatología residual de la depresión, una reintensificación o recidiva, la presencia de medicación concomitante, el posible síndrome de discontinuación, la presencia de procesos comórbidos.

Despejemos a continuación, la utilidad del efecto placebo, a partir de este panorama complejo que supone, también, la medicación.

Índice Terapéutico y Efecto Placebo.-

Un fármaco no debe juzgarse por sus propiedades útiles, sólo, sino también por sus efectos tóxicos (Rang, Dale, Ritter, Moore, 2004), siendo el índice terapéutico de un fármaco el cociente entre la dosis mínima eficaz media y la dosis máxima tolerada media en un grupo de sujetos:

$$\text{Índice Terapéutico} = \text{Dosis no tóxica máxima} / \text{Dosis eficaz mínima}$$

Sin embargo, la variabilidad inter e intra individual, no esta contemplada en esta formula, a pesar de que entre la dosis máxima tolerada y la dosis eficaz mínima existe una sensibilidad individual variable que requiere considerar el Índice Terapéutico, pero contemplando en el mismo, el margen de seguridad entre los acontecimientos adversos y el nivel de toxicidad idiosincrásica capaz de afectar a grupos concretos de individuos (Rang, Dale, Ritter, Moore, 2004).

Casi todas las dianas de acción farmacológica se expresan en isomorfias moleculares distintas, cuyo significado funcional es, en la mayoría de los casos, desconocido. Muchos de los fármacos actualmente disponibles, son relativamente inespecíficos y actúan sobre varias dianas distintas. Las respuestas secundarias, de desarrollo lento, a la interacción primaria del fármaco con su diana o dianas (receptores, canales iónicos, enzimas, moléculas transportadoras), suelen ser importantes (por ejemplo, la demora en el comienzo de la acción de los antidepresivos, la tolerancia y dependencia, etc.).

La supresión prematura del tratamiento antidepresivo está asociada a un elevado índice de recaídas y posterior refractariedad (Hirschfeld, 1994;Gastó, 2008,a). Aunque existe una minoría de pacientes metabolizadores lentos, la Respuesta Parcial es un fenómeno asociado a la supresión o reducción de la dosis: *la subdosificación*.

A las sustancias farmacologicamente inactivas, se le atribuyen, a veces, la capacidad de producir efectos clínicos beneficiosos significativos. El placebo, es una respuesta debida al intento terapéutico del tratamiento, más que a los componentes específicos del tratamiento en sí; un medicamento simulado que no contiene principios activos, aunque el paciente crea que es verdadero.

Se considera que puede alcanzarse un efecto placebo, hasta en un tercio de los pacientes (Rang, Dale, Rotter, More, 2004), aunque en revisiones recientes los efectos encontrados

han sido insignificantes, salvo para el alivio del dolor – efecto de tamaño pequeño, pero significativo - (Hrobjartsson y Grottsche, 2001), y en algunos trastornos psiquiátricos como depresión leve o moderada y algunos del espectro ansiedad, pero no en otros – como en esquizofrenia, episodios maníacos, depresión psicótica – (Sadock y Sadock, 2003).

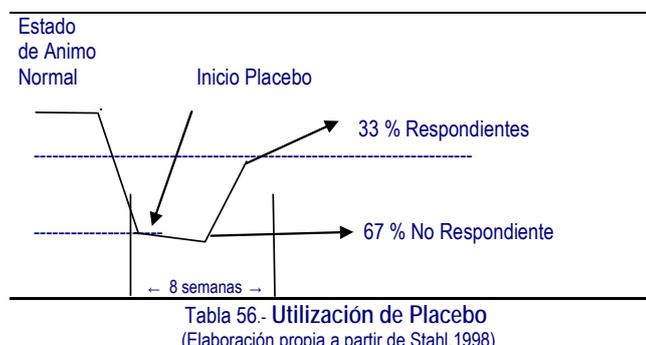
Aunque la sugestión tiene una importancia indudable en la eficacia de los placebos, también la tiene en los fármacos activos. Los placebos también pueden producir efectos biológicos.

Por tanto, los riesgos del placebo y sus efectos adversos, deben también considerarse: puede retrasar el uso de fármacos activos, minar la confianza del paciente, provocar una dependencia al tratamiento en personas que no están enfermas pero pueden llegar a seguir necesitando el ‘placebo’; algunos pacientes pueden no tolerar los placebos a pesar de ser sustancias inocuas, y sufrirán efectos nocebos.

El empleo irracional e inadecuado de psicofármacos en la práctica clínica, por tanto, puede reducir a estos fármacos activos, a meros ‘placebos impuros’ (Roy y Roy, 2007) por indicaciones de uso impropio, empleo en poblaciones a las que no deberían estar dirigidos, aplicación en dosis incorrectas, o con duración inadecuada.

Debiendo precisarse, que las estimaciones sobre la eficacia relativa de placebos, están sobreestimadas. Las valoraciones que se realizan, no están centradas en analizar el efecto verdadero o absoluto del placebo, sino centradas en el efecto percibido, donde la evolución natural de la propia enfermedad, u otras intervenciones simultáneas o paralelas pero presentes, no están identificadas; ni el tiempo transcurrido, entre otras variables, que juegan un papel no evaluado, erróneamente.

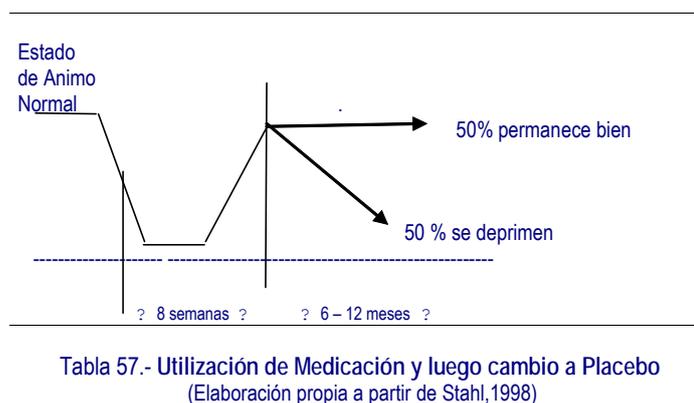
En pacientes a los que se les administra Placebo, el 33% responderá en un plazo de 8 semanas. El 67%, no responderá (tabla 56).



En este contexto de incertidumbre psicofarmacológica y terapéutica, una interrogante acerca de la eficacia de los nuevos antidepresivos, es conocer la relación de la acción, respecto a la gravedad inicial del paciente.

Esta pregunta formulada por Kirsh et al., (2008), surge a partir de los hallazgos en que algunos pacientes tratados con fármacos, mejoraban muy poco frente a placebo. El tamaño del efecto sólo alcanzó relevancia clínica, en pacientes con depresión grave. No se encontraron diferencias entre distintos tipos de fármacos.

Otra alternativa ha sido sustituir en el proceso de intervención, posteriormente, fármacos por placebo, arrojando los siguientes resultados (tabla 57).



De los pacientes que responden al fármaco y luego son cambiados a placebo, el 50% retiene sus garantías terapéuticas durante 1 año; el otro 50% recae en Depresión.

Señalemos, entonces, las características de la Prescripción Razonada, a la vista de estos resultados.

Prescripción Racional.-

La Organización Mundial de la Salud, establece a partir de 1998, el proceso de prescripción razonada, que ofrecemos en la tabla 58.

Para la OMS, prescripción racional es aquella que facilita que los pacientes reciban los fármacos indicados para la situación de su enfermedad, en la dosis que necesitan para cada caso concreto, durante un periodo adecuado y con el menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Es decir, incluye la prescripción efectiva, prescripción segura, prescripción económica, y prescripción razonable , descritas por Turabián Fernandez y Perez Franco (2005).

Para estos autores, sin embargo, los médicos, en general, se habrían convertido en 'camellos de fármacos' en lugar de escuchadores, en un contexto asistencial donde la formación en medicamentos, estaría orientada hacia la descripción de sus características farmacológicas, sin tener en cuenta otras que modifican el encuentro medico-paciente.

El problema ya, no sería si se trata o no de una novedad química el producto que se ofrece al médico, sino si se trata de una novedad farmacológica. Una nueva sustancia, un nuevo uso de un medicamento existente, solo representa un progreso autentico si los pacientes obtienen un beneficio suplementario en relación con tratamientos precedentes.

La efectividad, por tanto, debe medirse por su relevancia clínica, la cual depende de varios factores, entre los que se encuentran los considerados de forma clásica en los estudios teóricos habituales: la magnitud de la diferencia estadística, la gravedad del problema, la vulnerabilidad, la morbilidad generada por el problema, su coste, frecuencia; además de los estipulados por el juicio clínico contextualizado en un marco espacio-temporal concreto, que contemple la aplicabilidad de los resultados.

Sin embargo, comprobamos como los Tranquilizantes ocuparon el tercer lugar - año 2000, de ejemplo -, entre los fármacos mas prescritos, solo superado por analgésicos y anti-inflamatorios (Secades et al., 2003).

Otros autores reflejan el consumo de psicofármacos en una cuota del 78% de los pacientes de Atención Primaria (De la Cruz Godoy et al., 2000), donde el 37% consume psicofármacos, y el 60% de estos, toman ansiolíticos / hipnóticos y el 9% también antidepresivos; el 31 combina ansiolíticos e hipnóticos, con antidepresivos; el 73,1% lleva mas de un año con psicofármacos

Volveremos sobre este asunto, pero centrémonos primero en el Proceso de Prescripción Racional promulgado por la OMS.

Tabla 58.- Proceso de Prescripción Razonada OMS (1998)
(Elaboración Propia)

1.- Definir Problema del Paciente
2.- Especificar el Objetivo Terapéutico.
3.- Comprobar si el tratamiento es adecuado, efectivo y seguro.
4.- Comenzar el Tratamiento.
5.- Dar información, Instrucciones, Advertencias.
6.- Supervisar, Detener, Corregir Tratamiento.

Por 'Buena Prescripción', señala la OMS, la necesidad de comprobar si el tratamiento es adecuado, efectivo y seguro, haciendo inventario de los grupos de fármacos efectivos para cada tipo de tratamiento. Grupos de Fármacos, mas que fármacos individuales, uno a uno – para evitar caer en las 'trampas' del fármaco 'ideal' que analizamos a continuación -. Grupos de fármacos que dispongan de mecanismo de acción semejante, y estructura molecular parecida.

La elección del Grupo Efectivo, debe establecerse según criterios de selección previa, en función del perfil farmacológico, la eficacia, seguridad, conveniencia y coste.

La Eficacia Clínica Comparada del medicamento, debe estar en función de las características del paciente - criterios de inclusión o exclusión, en función de variables como edad, sexo, factores pronósticos, patología asociada, otros tratamientos simultáneos o previos,...-, y las características de la afectación - entre otras, duración e intensidad de los síntomas -.

La Seguridad, esta debe considerar la toxicidad entre sus márgenes, y los efectos indeseados relacionados con el mecanismo de acción, así como la dosis prescrita, más que reacciones alérgicas, de tipo idiosincrásicas, o contraindicaciones por de conveniencia.

El proceso prescriptor, implica también facilitar Información, Instrucciones, y Advertencias en el momento de elección de un medicamento y de su forma farmacéutica, prestando atención a los diversos componentes de un grupo farmacológico concreto que pudiendo compartir semejanzas en sus mecanismos de acción, simultáneamente, ofrecen márgenes diferenciales en su seguridad y conveniencia, debidas a diferencias farmacocinéticas o de comodidad - las cuales repercuten, inmediateamente, en la adherencia al tratamiento -.

Aunque las Pautas de Dosificación estandarizadas, reflejan un promedio estadístico o dosis promedio del fármaco, no ajustadas a las características de dosificación óptima para cada paciente concreto en función de su edad, metabolización, absorción, excreción, enfermedades asociadas, presencia e interacción de otros fármacos, etc.

La duración estándar de un tratamiento, requiere conocimientos e indagación en la fisiopatología de la enfermedad y el establecimiento de un pronóstico, así como análisis de los límites máximos y mínimos de dosis requeridas, considerando el volumen de carga química necesaria para alcanzar la meseta plasmática de concentración, y la velocidad de su incremento, que facilite la adaptación del paciente a los efectos indeseados.

Al analizar el futuro de la farmacoterapia antidepresiva, Baldwin y Thompson (2003), señalaban la necesidad de mejorar la asistencia global de los pacientes con depresión, ya que ésta, está lejos de ser óptima en el momento actual.

Considerar diferentes enfoques terapéuticos alternativos, resulta necesario, potenciando tratamientos existentes, modificando los regímenes antidepresivos utilizados en la actualidad, buscando nuevos objetivos farmacoterapéuticos y tratamientos físicos y psicológicos no farmacológicos.

Sin embargo, las carencias en estas Recomendaciones Mínimas, las hemos presentado a lo largo de estas partes del Programa.

¿ Como debería ser, entonces, el antidepresivo ideal ?. Las características, podemos analizarlas a continuación, en tabla 59.

Los fármacos existentes, están lejos de este ideal. Pero la evolución de los pacientes no va a mejorar solamente por la llegada de tratamientos más efectivos o mejor tolerados. Sería necesario analizar la estructura y composición profesional del tipo de modelo de atención que se desea – biopsicosocial -, y de los niveles de reorganización del proceso asistencial y de sus componentes que resultará necesario efectuar, para disponer de mayores cuotas de eficacia asistencial en salud mental, en Atención Primaria.

Un cambio alternativo, e inmediato, en la prescripción de los antidepresivos existentes, debería pasar por la revisión del tipo de fármaco y dosificación que empleamos, alterando la forma de administración de los antidepresivos, cuando resulta necesario.

Se ha comprobado, por ejemplo, mejoras sustantivas que han logrado alcanzar hasta un 45%, en el plazo de dos semanas, y hasta en solo cuatro días, al analizar las rutinas de prescripción efectuadas en atención primaria, y alterarlas en función de este tipo de análisis.

Tabla 59.- Características del fármaco Antidepresivo Ideal (Baldwin y Thompson, 2003). Elaboración Propia.	
Eficacia	Aceptabilidad
Efectivo en toda la gama de trastornos depresivos: depresión leve, moderada, intensa	Posibilidad de uso en pacientes con enfermedades físicas
Efectivo en remisión de sintomatología aguda	Efectos adversos mínimos
Efectivo en distintos tipos de edad	Interferencia con actividades diarias, mínima
Inicio de acción rápido	Administración única diaria, y con Seguridad en sobredosis
Buena relación coste-efectividad	Ausencia de interacciones con fármacos o alimentos

También las definiciones que empleamos para valorar la remisión - basadas en criterios sintomatológicos, y no en funcionalismo social (Hirschfeld, Montgomery, Keller, et al. 2000), deberían modificarse, junto a otros criterios como la tolerabilidad – pasando del recuento simple de efectos adversos asociados al tratamiento, a sistemas de evaluación detallados para cualquier efecto negativo que tenga lugar -.

Al analizar los Estudios de Utilización de Medicamentos, sin embargo, nos encontramos en muchas ocasiones que se conoce poco – en Atención Primaria, se investiga poco (Villa, 2004) - sobre como comparar distintas alternativas para una misma situación clínica en términos de eficacia, seguridad y coste eficacia.

Ante esta incertidumbre, la variabilidad en la utilización de medicamentos esta servida ya que las decisiones de uso esta muy determinada por el estilo de practica de cada medico (Meneu y Marquez, 2005).

Watkins et al. (2003) encontraron, sobre esto, porejemplo, una relación significativa entre los médicos que tenían mas contacto con la industria farmacéutica y una predisposición mayor a prescribir nuevos fármacos, y ser más complacientes ante demandas no justificadas de los pacientes.

Bien es cierto que la seguridad total en la prescripción, no existe, y tampoco es independiente la seguridad, de la situación psicopatológica concreta a tratar. Los estudios de uso adecuado suelen fallar por tres razones fundamentales: déficits en la definición de estándares de uso adecuado, la calidad de la información de las historias clínicas y las dificultades para estudiar la infrautilización.

Al analizar los Errores de Medicación más frecuentes, encontramos los siguientes resultados (tabla 60). Climent et al. (2008), encuentran que las Dosis Omitidas significan el 31,7% de los errores de medicación; el 28,6% de los errores, son debidos a deficiencias en el horario de toma, y al medicamento que debe ser consumido; el 24,3%, a errores en la vía de administración, dosis erróneas, o duración del tratamiento.

Error	Porcentaje
Dosis Omitida	31,7%
Horario	17,4%
Medicamento Omitido	11,2%
Vía de Administración	8,7%
Dosis Errónea	8,1%
Duración del Tratamiento	7,5%

Otro trabajo en esta misma línea, con otro formato distinto, es el desarrollado atendiendo a los acontecimientos adversos, la patología iatrogénica generada por medicamentos, pero predecible (Otero Lopez et al.2006), que mostramos en tabla 61.

Categoría	Porcentaje
Potencialmente Prevenibles	61,4%
Prevenibles	70,6%

La morbilidad derivada por el uso directo de los medicamentos, es elevada, evitable, y prevenible, en no menos del 70%. Estos errores se cometen por comisión, y por omisión. La prevalencia de pacientes ingresados por Acontecimientos adversos por medicamentos, resulta ser del 6,7%.

Aunque hayamos analizado en algunos apartados previos distintos estudios acerca de la prescripción de psicofármacos en Atención Primaria, conviene efectuar algunas consideraciones de forma particular, como hacemos en el siguiente apartado.

Consideraciones en la Prescripción de Psicofármacos en Atención Primaria.-

Como señalan de forma precisa Ortiz, Lozano, y Fernandez (2005), la evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en Atención Primaria, resultan de interés analizarlos.

Señalan estos autores como durante la década de los ochenta la discusión psicopatológica se centraba en el escaso reconocimiento de la depresión por los médicos de Atención Primaria, y el uso inadecuado de los antidepresivos tricíclicos al emplearse en dosis infraterapéuticas y por periodos de tiempo que muchos autores criticaban de excesivamente breves.

En la década de los 90, con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), y los nuevos antidepresivos con posterioridad, las preocupaciones han ido cambiado.

Estos nuevos fármacos, presentan un mejor perfil de efectos secundarios que sus predecesores, con una posología más sencilla que permite alcanzar dosis terapéuticas desde el primer día de tratamiento, y con un precio mucho mas elevado, han cambiado sustancialmente el panorama terapéutico.

La discusión ahora se centra en el verdadero impacto clínico de este aumento de la prescripción, el posible abuso que se esta haciendo de estos fármacos en indicaciones dudosas y por periodos de tiempo que se pueden prolongar indefinidamente, y sus repercusiones en el gasto farmacéutico.

De esta forma, como comprobamos en la tabla 62, la prescripción de antidepresivos en A.P. ha aumentado un 116%, con incremento progresivo cada año. Este crecimiento es desigual entre los distintos tipos de antidepresivos como observamos, pero el citalopram ha aumentado un 1.445%.

Las ILT y los días de baja, han subido más que el consumo de antidepresivos en el mismo periodo.

Una intervención administrativa adecuada facilitaría conocer que parte de este incremento de la ILT no son capaces de frenar el aumento permanente de la prescripción de psicofármacos que se realiza en Atención Primaria.

Como algunas de las razones de este incremento en la prescripción – que no logra reducir la duración de las Incapacidades Temporales - , los autores (Ortiz, Lozano y Fernández, 2005), señalan: el aumento del número de indicaciones aprobadas para estos fármacos, la ampliación del rango de edad de los pacientes que las toman, el hecho de que cada vez se recetan con mayor frecuencia a niños y adolescentes, la intensa promoción que realiza la industria farmacéutica, su indicación en problemas que no constituyen una entidad clínica aunque se les mencione como ansiedad o depresión.

Tabla 62.- Análisis del Incremento de Antidepresivos y de las ILT psicopatológicas
(Elaboración propia a partir de Ortiz, Lozano y Fernández, 2005)

Tipo de Antidepresivo		Aumento		
ISRS	Crecimiento total de los ISRS	144 %		
	Paroxetina y Fluoxetina, juntos, suponen el 50% del total de los antidepresivos prescritos			
	Crecimiento del Citalopram	1.445 %		
Nuevos Antidepresivos	Crecimiento total de los Nuevos Antidepresivos	801 %		
	Crecimiento de la Venlafaxina	484%		
Tricíclicos, Heterotricíclicos Segunda Generación, IMAO		Ligero retroceso		
Análisis ILT, por causas psicopatológicas, periodo 1996-2001		Año 1996	Año 2001	Aumento
Evolución por 1.000 habitantes		1,76	3,3	187,5%
Días de Baja por 1.000 habitantes		159	272	171,1%

Por otra, los antidepresivos pueden ser efectivos cuando están bien indicados; pero en cerca del 50%, la prescripción de antidepresivos en atención primaria se realizan a sujetos que no cumplen los requisitos necesarios para establecer un diagnóstico psiquiátrico (Pini, Tansella, 1998).

Ortiz Lobo (2004) detectó en Centros de Madrid, como un 24,4% de los pacientes derivados a las Unidades de Salud Mental por su médico de cabecera, no presentaban trastorno mental diagnosticable, aunque la mitad venía con antidepresivos pautados.

El problema de prescribir tratamiento antidepresivo a personas que no lo necesitan, no es solo un asunto de iatrogenia médica, sino que contribuye a patologizar situaciones

emocionales que podrían ser normales, a pesar de su carácter desagradable, pero resultan adaptativas y necesarias para afrontar los avatares vitales, sobre los que la población general desconoce, no es informada, ni sabe como afrontarlas con racionalidad y eficacia.

Valorar y diagnosticar los problemas de ansiedad y depresión en el breve plazo de tiempo disponible supone un reto difícil para el Médico de Atención Primaria, y una habilidad clínica ligada al conocimiento y experiencia, no reducible de forma exclusiva a la medicina.

El marco normativo existente, podría desempeñar un papel de freno en la búsqueda de alternativas. Así comprobamos como la generalidad de autores considera las posibilidades psicoterapéuticas (incluso las denominadas breves) son difícilmente viables en el contexto español de medicina en atención primaria, y la derivación sistemática de todo paciente con dicha enfermedad a los servicios públicos de salud mental es claramente inviable e innecesaria (Baos 2005).

Por todo ello, en un contexto exclusivamente médico, es el médico de familia quien debe conocer y manejar juiciosamente, de acuerdo con el conocimiento científico y las recomendaciones, los dos grupos farmacológicos empleados en el tratamiento de los síndromes depresivos y por ansiedad: antidepresivos en sus diversas formas y benzodiacepinas.

Desde una óptica interdisciplinar, sin embargo, cuando analizamos como se efectúa esta práctica y afrontamiento de la psicopatología desde la actual Atención Primaria, los resultados no se apartan de los mostrados en este Programa, sugiriendo que la intervención exclusivamente médica, no es óptima, ni suficiente.

Comprobemos la Duración de los tratamientos con Antidepresivos y Ansiolíticos-Hipnóticos, por ejemplo:

Tabla 63.- Duración del tratamiento Antidepresivos (Elaboración Propia a partir de Vedia et al., 2005).		
(56,6% duraba más de 6 meses)	< 3 meses	> 1 año
Médicos Atención Primaria	49,2%	22,6%
Psiquiatría	14,7%	56%
Diferencia	34,5% más A.P.	33,4% más en Psiquiatría
Duración del tratamiento Ansiolíticos-Hipnóticos		
(50% duraba mas de 6 meses)	< 3 meses	> 1 año
Médicos Atención Primaria	39,3%	37,6%
Psiquiatría	12,8%	67,6%
Diferencia	26,5% más en A.P.	30% más en Psiquiatría

El infradiagnóstico de las enfermedades depresivas, persiste. A menudo, los pacientes diagnosticados y tratados no reciben la dosis y el tiempo de tratamiento suficientes (Diaz, Lopez, Ruiz-Clavijo, Vargas, 2001).

En la tabla 63, mostramos como en una parte de los resultados encontrados en un estudio efectuado en Cataluña, el 50,2% de los pacientes tomaban un solo fármaco; el 39,2%, tomaban dos; el 9,2%, tres; y, cuatro, el 1,4%.

Por grupos prescritos, el 31,6% son ISRS; el 52,7%, benzodiazepinas. Por Motivos de prescripción: Depresión crónica-distimia en un 35,8%; episodios de DM en un 24,4%; TAG, en un 33,3%.

Pero, el tratamiento prolongado con benzodiazepinas, no estaría en concordancia con la recomendación de que no se utilicen durante periodos superiores a 3 meses, dado que el uso crónico crea tolerancia y dependencia.

Por otra parte, resulta de interés prestar atención a las diferencias de duración en Ansiolíticos – Hipnóticos encontradas en este trabajo: duran mas los tratamientos de psiquiatras que de los médicos de Atención Primaria, quizás por tratar la parte más grave de la enfermedad en los pacientes derivados, quizás por que medico de Atención Primaria, modificaría o retiraría los tratamientos instaurados por otros especialistas, y por ellos mismos.

Los resultados son sorprendentes en Antidepresivos, si consideramos las indicaciones para las que se han prescrito (DM y D. Crónica), siendo las recomendaciones de duración de 6 meses para un primer episodio y cinco años para un segundo.

Un abordaje terapéutico correcto, disminuye la duración del episodio, previene posibles recaídas, reduce el grado de incapacidad, mejorando de manera considerable la situación del paciente. Este abordaje correcto, debe incluir información al paciente, como a la familia.

La combinación de psicofármacos antidepresivos y psicoterapia ofrece resultados positivos en depresiones graves, pero no parece superior a la monoterapia en depresiones leves o moderadas.

Los ensayos clínicos a largo plazo deberían incluir criterios de respuesta, criterios de remisión, criterios de remisión sostenida y fases de continuación y mantenimiento

Recientemente, analizando la eficacia diferencial de distintas psicoterapias breves frente a la farmacoterapia en Depresión, en Atención Primaria, Güemes (2008), pactica una revisión sistemática de la literatura científica, recopilando todos aquellos estudios que cumplían criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados con al menos tres ramas de tratamiento (farmacoterapia, psicoterapia, placebo).

Los resultados que encuentra Güemes (2008), son: variabilidad de diagnósticos y gravedad de los trastornos depresivos; variabilidad de antidepresivos utilizados, y distintos tipos de psicoterapia aplicada; los tiempos de tratamiento, oscilan entre las 8 y 16 semanas.

El análisis de estos datos, permite perfilar algunas conclusiones y apreciaciones, en cuanto a la eficacia comparada de la psicoterapia frente a la farmacoterapia y el placebo en atención ambulatoria:

- Respecto a la gravedad de la depresión, los estudios varían de forma sugerente: no existen diferencias significativas en ninguno de los estudios, entre las tres ramas de tratamiento analizadas. Las tres intervenciones son igualmente efectivas en el tratamiento de la depresión y la distimia, por lo que el manejo clínico podría ser suficiente para este tipo de alteraciones.

Efectuando análisis de subgrupos y diagnósticos más precisos, en el tratamiento de las formas leves, los tres tipos de terapia serían eficazmente semejantes, no así en las de mayor afectación, donde el placebo no es eficaz.

- Respecto a las tasas de pérdida y abandono, el cómputo general de abandonos, debido a los efectos adversos, fue superior en placebo y farmacoterapia, que en psicoterapia.

- Conclusiones: ¿es necesario tratar las depresiones leves, o sería suficiente el manejo clínico solamente?. ¿ Por qué no tratar las depresiones moderadas e incluso graves con psicoterapia en el medio ambulatorio?.

Pero: ¿Qué tipo de profesional, con qué formación sería necesario ?.

Valorando publicaciones recientes en nuestro país, Villalva y Caballero (2006) encuentran:

1.- Los médicos de Atención Primaria, perciben la formación que tienen en fármacos antidepresivos, como buena, muy buena o excelente, en el 90% de los casos; regular e insuficiente, en un 10%.

Sin embargo: el 64,1% de los médicos utiliza antidepresivos para tratar procesos diferentes a la depresión. Cuando el 35,9% de los pacientes cumple criterios de Depresión, el 74,6%, los pacientes son tratados en consulta, y se deriva el 25,4%; no debe extrañar que de los abandonos, el 42% se produzca en la fase inicial, y el 58% restante en la fase de mantenimiento.

2.- El 15% de los médicos considera que ya se concluye el tratamiento cuando se alcanza la recuperación del paciente. Sin embargo, está admitido internacionalmente que el tratamiento debe continuarse al menos 6 meses tras alcanzar la recuperación del proceso agudo.

Cuando para el manejo a largo plazo de la Depresión, por ejemplo, debemos recordar (Baca et al., 2008), que los trastornos afectivos constituyen patologías con altas tasas de recurrencia y cronicidad.

El tratamiento agudo de la enfermedad apenas constituye el inicio de una intervención terapéutica que en numerosos casos va a durar largos años y tendrá una evolución compleja. Los estudios clínicos de que disponemos, hasta ahora, están más enfocados a la fase aguda, centrados en criterios de remisión, más que en criterios de respuesta.

Sin embargo, la depresión multiplica el riesgo de mortalidad cardiaca y la comorbilidad con enfermedades médicas a largo plazo.

3.- El 12,4% de los médicos no explora las actitudes y creencias del paciente acerca de la enfermedad, y el 11,4% no comenta los efectos secundarios del tratamiento.

4.- Los médicos tienen conocimiento del abandono de la medicación tiempo después de producida, y el 29,5% no tiene constancia nunca de este hecho. Las tasas de abandono se sitúan en el 69% de los pacientes.

Siendo estos, resultados en prescripción de psicofármacos ¿es de extrañar el aumento de las ILT en este contexto profesional ?.

Repitamos otro interrogante que queda ahora en manos de la Administración: ¿Qué tipo de profesional, con qué formación está cualificado y resulta de interés para esta tarea de

atención a la psicopatología en Atención Primaria, desde una perspectiva que contemple análisis longitudinales de beneficios directos a corto y medio plazo ?.

Esta interrogante, capaz de desatar gremialismos corporativistas excluyentes en los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud de España, de las distintas Comunidades Autónomas, y especialmente ahondando en grietas entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Trabajo, también el de Economía, del Gobierno de España, sin embargo, ya tiene propuestas de resolución racionales en otros lugares del planeta, menos agitados.

Por ejemplo, a partir de los trabajos desarrollados por la London School of Economics, desde el Centre for Economic Performance's – Mental Health Policy Group, dirigidos por Lord Richard Layard y sus propuestas, presentadas en el décimo seminario para el Desarrollo de Estrategias en Salud Mental, en Enero de 2005, y los sucesivos documentos editados de forma continua desde entonces, que han terminado por generar la implantación actual de los primeros Programas de atención Psicoterapéutica a la Ansiedad y Depresión en los Centros de Atención Primaria de Inglaterra.

Unos pocos argumentos mostrados en 2005, por Lord Layard, en apenas una docena de páginas, fueron suficientes para despertar del letargo administrativo al Gobierno de Gran Bretaña.

Recordemos algunos de estos argumentos, y pongámoslos en contraste con los que ahora presenta la Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC, en España, con bastante más argumentos y muchas más páginas.

1.- La Salud Mental, ¿ es el problema social más grave que tiene la sociedad británica ?.

Supone una inversión del 2% del Producto Interior Bruto del Estado. Genera un sufrimiento innecesario en la población, ocasionando un desgaste permanente de los recursos humanos de las Islas Británicas.

2.- Reducir la incidencia de la depresión, supone acortar, al menos, dos meses de pérdida laboral, por cada afectado. Sin contar con la felicidad incorporada a la vida del paciente y sus familiares.

3.- El coste que supone implementar psicoterapia para los pacientes, aplicada por profesionales psicólogos cualificados, en ansiedad y depresión, permite ahorrar, como mínimo, el mismo gasto en costes laborales, con lo que el tratamiento psicoterapéutico, se amortiza a sí mismo.

4.- Facilita que los ciudadanos descongestionen los despachos Médicos, favoreciendo una mejor intervención de estos profesionales sobre las áreas para las que están cualificados.

5.- Dada la interrelación enfermedad mental – enfermedad física, la intervención especializada sobre la Salud Mental, aporta resultados sobre la salud física, generando mayor beneficio al funcionamiento global del sistema.

6.- Con estos resultados, los beneficios financieros que reporta a la sociedad, doblan los beneficios para el Gobierno, mientras los costes reales del tratamiento, no han crecido, seguirán siendo los mismos.

7.- La psicoterapia, a largo plazo, presenta mayores beneficios que los psicofármacos.

8.- La psicoterapia permite ampliar el campo de acción sanitario a la población no diagnosticada, ni tratada; esta población, actualmente, ocasiona déficits laborales y sociales que repercuten en la economía, de todos.

Con estos razonamientos, su propuesta de aquél entonces 2005, se ejecuta en estos momentos, por el Gobierno Británico:

A.- Contratación en los próximos diez años, de 10.000 psicólogos, que dispongan de dos años de formación postgraduada en psicoterapia; 5.000 de estos profesionales psicólogos cualificados, deberán estar destinados a entrenar a otros profesionales en psicoterapia, y a resolver evaluaciones psicopatológicas en los centros sanitarios.

B.- Doblar, en los próximos diez años, el número actual de psiquiatras; todos los psiquiatras en formación, deberán cursar entrenamiento en Terapia de Conducta, antes de recibir su graduación.

C.- Los médicos de Atención Primaria, deben recibir formación en Terapia de Conducta y Psicofarmacología; ningún médico en formación podrá ser apto para trabajar en Primaria, si no ha desarrollado estancia supervisada en psicopatología, durante un mínimo de seis meses.

D.- Creación de los Centros públicos para el Tratamiento Psicológico, con el objetivo de disponer, en el año 2013, de un centro por cada 250.000 habitantes, al menos. Para alcanzar este objetivo, crear, como mínimo, 40 nuevos Centros públicos para la Terapia de Conducta, cada año.

E.- Difundir por todo el país Programas de Formación en Psicoterapia, al que deben acudir los afectados, por tipos de afectación, principalmente, Ansiedad, Depresión, Estrés Post-traumático.

F.- Establecer para los trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, como intervenciones prioritarias, y por este orden: Terapia de Conducta, Psicofármacos, Programas de Autoayuda basados en Biblioterapia fundamentada en los principios de la Terapia de Conducta.

Mientras confeccionábamos este Informe Final del Programa Nacional “ Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental en Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal “, la Organización Mundial de Psiquiatría, edita en su número de Diciembre (2008) la propuesta de un Nuevo Modelo de Centros de Salud, Mental, polivalente, donde el Médico de Atención Primaria pueda recibir la ayuda de otros médicos especialistas, y todos coincidan en el mismo lugar de trabajo con, al menos, un psiquiatra y seis psicoterapeutas que trabajen en conjunto.

Son dos modelos, dos propuestas, semejantes en varios puntos, pero que representan un modelo de asistencia sanitaria de carácter interdisciplinar, donde todos los tipos de profesionales trabajan juntos, contribuyen al diagnóstico y en la elaboración y selección del tratamiento, y la secuencia del mismo.

El modelo de España, sin embargo, es multidisciplinar, donde todos tienen la posibilidad de reunirse, y las demás cooperaciones, obedecen a la buena voluntad, y al azar que toque de turno.

OBJETIVOS, HIPOTESIS, MATERIAL, METODO y PROCEDIMIENTO

Con esta base teórica de partida, para el desarrollo del Programa Nacional de I+D+i, "Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal", financiado por la Secretaría de Estado para la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo del Gobierno de España, creado, desarrollado y dirigido por Mario Araña Suárez, Director de la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, se procedió a organizar la comprobación de la realidad Diagnóstica y Prescriptiva de los Médicos de Atención Primaria.

Objetivo e Hipótesis.-

El objetivo de nuestra investigación es efectuar un acercamiento empírico para apresar el nivel de conocimiento que sobre aspectos esenciales para la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de Salud Mental, disponen y reconocen estar utilizando u obviando, los Médicos de Atención Primaria, durante el periodo temporal que constituye el abordaje asistencial.

Nuestra Hipótesis General en este trabajo es:

Los Médicos de Atención Primaria pueden reflejar déficits esenciales en la utilización de estrategias para la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de Salud Mental, que son relevantes para la prescripción de Bajas por Incapacidad Temporal.

Para ello, se confeccionó el "Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria" (Cuestionario DP-SMAP, Araña Suárez, 2008), en cuya discusión y reflexión previa, participó también el Dr. Francisco Javier Martínez López.

Para la cumplimentación del Cuestionario DP-SMAP (Araña, 2008) entre Médicos de Atención Primaria, fue organizado un Grupo para la Aplicación de la Prueba, con las siguientes características:

Organización y Aplicación del Cuestionario.-

De entre los miembros que participan en los distintos Grupos de Trabajo organizados y gestionados por la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, y dirigidos por Mario Araña Suárez, fue posible la intervención inicial en las Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla León, Castilla – La Mancha, Murcia, Canarias, Andalucía, Comunidad Valenciana y Canarias.

Los componentes de estos Grupos para la Aplicación del Cuestionario DP-SMAP, disponen de formación y ejercicio profesional en alguna de estas disciplinas: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería o Medicina. Fueron seleccionados por su disponibilidad, y a partir de un requisito previo de amplia experiencia a nivel clínico, y/o valoración pericial jurídico-forense. Dentro del Grupo de Aplicación del Cuestionario, participaron además tres personas con otra titulación, pero ejerciendo tareas de apoyo administrativo. Estas personas participaron en aquellas aplicaciones de tipo pequeño grupo, habiendo recibido formación previa respecto a la actitud y presencia durante aplicación, el cuestionario, las características del Programa, y su no injerencia en el proceso de respuesta.

Los participantes, por Comunidades Autónomas, han sido los siguientes:

A.- Dirección del Grupo de Aplicación del Cuestionario DP-SMAP en todas las Comunidades: Mario Araña Suárez, Psicólogo Clínico Jurídico-Forense, Director de la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, y Director e Investigador Principal del Programa Nacional.

B.- Aplicadores del Cuestionario, por Comunidades Autónomas:

* Cataluña: Mario Araña Suárez, y Dr. Francisco Javier Martínez López, Psicólogo Clínico.

* Castilla La Mancha: Mario Araña Suárez, Francisco Javier Martínez López, Dr. Salvador Porras Obeso – Psiquiatra, Hospital General de Elda, Alicante-, y José Martínez Ribera – Enfermero, Psicólogo Clínico, Hospital General de Elda, Alicante -.

* Comunidad Valenciana: Mario Araña Suárez, Salvador Porras Obeso, José Martínez Ribera.

* Murcia: Mario Araña Suárez, Salvador Porras Obeso, José Martínez Ribera.

* Andalucía: Mario Araña Suárez, Juan Chacón Fernández – Psicólogo Clínico -.

* Galicia: Mario Araña Suárez, Dra. Mónica Antelo – Profesora Titular de Psicología, Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela -, Pilar Rivera – Administrativa, Universidad de Santiago de Compostela -.

* Canarias: Mario Araña Suárez, Alexis Guillén y Marta Araña Cabrera – Administrativos, Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC -.

C.- Muestra y Procedimiento de Aplicación.-

La aplicación del Cuestionario DP-SMAP, se efectuó de forma exclusiva y controlada, a Médicos con ejercicio profesional en Centros de Salud de Atención Primaria, en todas las Comunidades donde se intervino.

Además de en las Comunidades Autónomas que se presentan, se inició la aplicación del Cuestionario DP-SMAP en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad de Castilla León. El proceso de aplicación fue interrumpido de inmediato en estas dos Comunidades Autónomas al detectarse deficiencias en la aplicación y recopilación, no ajustadas a los requisitos explícitos enunciados en fase previa; los aplicadores en estas dos Comunidades, fueron apartados del Programa y ningún dato relacionado con estos lugares, han sido considerados en ninguna parte.

La Aplicación, en las siete Comunidades Autónomas que se presentan, se efectuó de forma individual y directamente en el Despacho del Médico de Atención Primaria, o en algún otro Despacho o Unidad del Centro de Salud, o en Congresos Regionales y Nacionales de Medicina de Atención Primaria (Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha), o en alguna de estas combinaciones en Galicia, Canarias y Castilla-La Mancha: Congresos, y Despachos.

El análisis que presentamos de los cuestionarios, se ha efectuado considerando de forma conjunta las distintas modalidades de recopilación que se ha producido en algunas Comunidades, al considerar de inexistente influencia en el resultado, dadas las características descriptivas básicas del ejercicio profesional que presenta el Cuestionario.

Todos los médicos participantes recibieron información previa, en el momento de la invitación a cumplimentar el Cuestionario, respecto a la pertenencia de este Programa a la Secretaria de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, el título, características y finalidad del Programa "Diagnósticos y Prescripciones efectuados por Médicos de Atención Primaria en asuntos de Salud Mental, y su relación con la Incapacidad Laboral Temporal".

Además de la muestra final recopilada, recibió información de las características del Programa, bien directamente por los aplicadores o a través de los Coordinadores de Centro informados previamente y que ayudaron a concertar muchas citas, la practica totalidad de los Médicos en cada Centro de Salud y Comarca, de entre los visitados.

Los cálculos estimados para determinar la totalidad de la muestra que ha sido informada en la fase de aplicación, han sido considerar, por experiencia, que ha habido un Médico participando, por una media de cada 3 médicos informados del Programa, contemplando la diferencia entre Médicos que han cumplimentado y Médicos que recibieron información pero finalmente no participaron. Esta diferencia está justificada en la libre voluntad de colaborar y las disponibilidades del servicio o jornada de trabajo de cada Médico y Centro de Salud, no siendo de influencia en los resultados finales esta variable a los efectos descriptivos del Cuestionario.

La población médica que recibió información directa acerca del pase del cuestionario, ha sido estimada en un intervalo de entre 3.000 y 5.000 médicos, en su conjunto. Ningún Médico recibió obsequio o regalo alguno por su participación voluntaria y altruista.

El tamaño de la muestra que cumplimentó el Cuestionario en todas las Comunidades, alcanzo la cifra de 917 Médicos de Atención Primaria. De esta cifra total, se han retirado 63 cuestionarios, considerados como mortandad muestral, a partir de una ausencia de respuesta en 13 ítems o más, del total de 43 de que consta la prueba. Representa un 6,87 del total de la aplicación, no teniendo efectos sobre la validez de los resultados, que analizamos a continuación, a partir de 854 Cuestionarios considerados válidos.

Características del Cuestionario.-

El Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria, recoge cuatro categorías de ítems, agrupados respecto a tareas, decisiones, actitudes y percepciones consideradas básicas en el ejercicio profesional de la Medicina, y en relación a la Salud Mental y las Incapacidades Temporales por este motivo.

Los ítems han sido agrupados en cuatro categorías, por su relevancia en los conocimientos y las tareas profesionales necesarias en cada una de ellas. Las Categorías, han sido: Diagnóstico, Terapia, Prescripción Farmacológica y Aspectos Funcionales.

Dentro de la categoría Diagnóstico se han agrupado los ítems relacionados con la etiología y la sintomatología, analizando aspectos como el diagnóstico diferencial, comorbilidad, solapamientos, cronicidad y presentación de síntomas, intensidad y gravedad, síntoma principal, historia biográfica, y seguridad diagnóstica, consideración del curso.

En categoría Terapia, analizamos la implicación de la familia, organización de la vida rutinaria del paciente, empleo del tiempo y empatía, consideración del placebo y análisis de la evolución a través del diagnóstico diferencial, los efectos secundarios, los efectos de la evaluación, y análisis del pronóstico.

En categoría Prescripción Farmacológica, constan los ítems relacionados con innovación farmacológica, pronóstico, cambios en prescripción, elección de la diana terapéutica, prescripción múltiple, contraindicaciones y seguridad en la prescripción, análisis de la dosis: efectos, pronóstico, reducción, tamaño.

En Aspectos Funcionales, contemplamos la coordinación y derivación entre unidades asistenciales, la innovación, formación, vínculos con pacientes, percepción de la cualificación profesional propia, repetición de recetas, limitaciones de la prescripción, y bajas laborales: por situación laboral exclusiva, por evolución terapéutica, prolongación por demora asistencial, por efecto del embarazo.

Los ítems han sido confeccionados como medida objetiva de determinadas conductas básicas que son estándar para el Diagnóstico y la Prescripción, así como en las tareas y asuntos profesionales que están presentes en la relación Salud Mental – Atención Primaria – Incapacidad Laboral Temporal.

La Prescripción que realiza un Médico de Atención Primaria en asuntos de Salud Mental, contempla no sólo fármacos, sino recomendaciones terapéuticas que implican a la familia, análisis de la historia personal, entre otros. Por este motivo, se considera una categoría propia, analizada de forma diferencial: Terapia.

La ubicación de los ítems, respecto a las Categorías en el conjunto de la prueba o Cuestionario, fue ordinal, sin otro criterio previo que su presentación final, al azar. Todos los participantes recibieron el mismo Cuestionario.

La numeración correspondiente a cada Categoría, se recoge en el gráfico siguiente. Como toda prueba psicológica o test, el Cuestionario DP-SMAP recoge una muestra selectiva del conjunto de las conductas profesionales que efectúa el Médico de Atención Primaria, así como respecto a la toma en consideración de aspectos esenciales en la decisión clínica.

Este es el objetivo de la prueba DP-SMAP, y no otro: detectar las conductas representativas que se están ejercitando en Atención Primaria a la hora de efectuar Diagnósticos y todo tipo de Prescripciones, en asuntos de Salud Mental, y las tareas funcionales que acompañan estos comportamientos.

Categoría	Número de Ítem
Diagnóstico	1, 2, 3, 4, 9, 19, 23, 34, 20, 33, 21, 22, 35, 37, 42, 43
Terapia	8, 12, 13, 14, 15, 20, 28, 29, 30, 31, 38
Prescripción Farmacológica	2, 9, 10, 25, 26, 18, 22, 33, 34, 28, 38, 29, 36, 30, 31, 38
Aspectos Funcionales	5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 11, 24, 39, 40, 41, 15, 16, 38, 17, 27
Sinceridad-Fiabilidad Respuestas	32

Algunos ítems están relacionados con dos Categorías, o con dos tipos de tareas diferentes dentro de la misma Categoría. Y así han sido analizados, en relación con cada Categoría, o dentro de la tarea precisa que se evalúa.

Para la determinación del nivel de dificultad de algunos ítems y de la prueba en su conjunto, se ha utilizado el modo de interrogante negativa en algún ítem. A este respecto se ha considerado, para el análisis de los resultados, exclusivamente la respuesta específica facilitada, no el razonamiento en que se sustenta la conducta de respuesta expresada.

La base teórica que motivó la presencia de algún reactivo o ítem expresado de forma negativa, se ajusta al público destino: sujetos – Médicos de Atención Primaria – habituados en su práctica profesional diaria, al establecimiento de hipótesis alternativas causales, en el afrontamiento de cualquier proceso morboso o patógeno, sometiendo a evaluación de forma rápida y continua, información de distinto tipo y características, muchas veces contradictoria en apariencia, pero necesaria, para adoptar decisiones clínicas.

Como elección de respuesta, se ofrece un formato dicotómico Sí/No, como conducta o percepción que está presente o ausente, único objetivo de la detección. La dificultad de la prueba, en su conjunto, se consideró apta, para cualquier médico en ejercicio.

La Sinceridad o Fiabilidad en las Respuestas cumplimentadas, fue controlada con un ítem, el número 32, situado en la parte final del Cuestionario, con la finalidad de que el sujeto al que se le estaba aplicando la prueba de forma voluntaria y desinteresada, pudiera responder con sinceridad y sin presión de tipo alguno, ofreciendo un autoinforme libre de la sinceridad de sus respuestas, y a una altura del Cuestionario, donde ya tenía pleno conocimiento de su contenido, sin dudas que tergiversaran el sentido de su respuesta emitida.

Los cuestionarios con respuesta negativa o sin respuesta en el ítem 32, no fueron analizados, formando parte de ese volumen de mortandad, como muestra no válida, incluidos en el 6,85 % de la totalidad de la muestra inicial que cumplimento el Cuestionario, pero fueron rechazados al hacer el análisis, junto a los que dejaron sin respuesta 13 ítems o más de la prueba.

Tres ítems suplementarios de carácter laboral y demográfico, finalmente, no han sido contemplados en el análisis que mostramos, por su irrelevancia para el objetivo de la detección que presentamos en esta fase: sexo, años de servicio, localidad del Centro de Atención Primaria.

Los resultados se muestran, por cada Comunidad Autónoma, y para cada Categoría de las agrupaciones efectuadas, analizando ítem a ítem, en función del porcentaje de respuesta Sí, No, y proporción dentro del conjunto de cada Comunidad de los que no han contestado por cada ítem concreto.

Ofrecemos los resultados, y análisis comentados, a partir de las Categorías, ítem a ítem. Presentamos para cada ítem, una tabla con los porcentajes de cada tipo de respuesta (No, Sí, No-sabe/No contesta), además de un diagrama de barras y un gráfico de líneas correspondientes, por cada ítem.

Al analizar los resultados, tomamos en consideración el tamaño de las diferencias en las respuestas dicotómicas Si – No, así como el perfil por Comunidades, la relación entre estas, y el perfil general que representan en su conjunto la totalidad de las respuestas aportadas en cada reactivo o ítem.

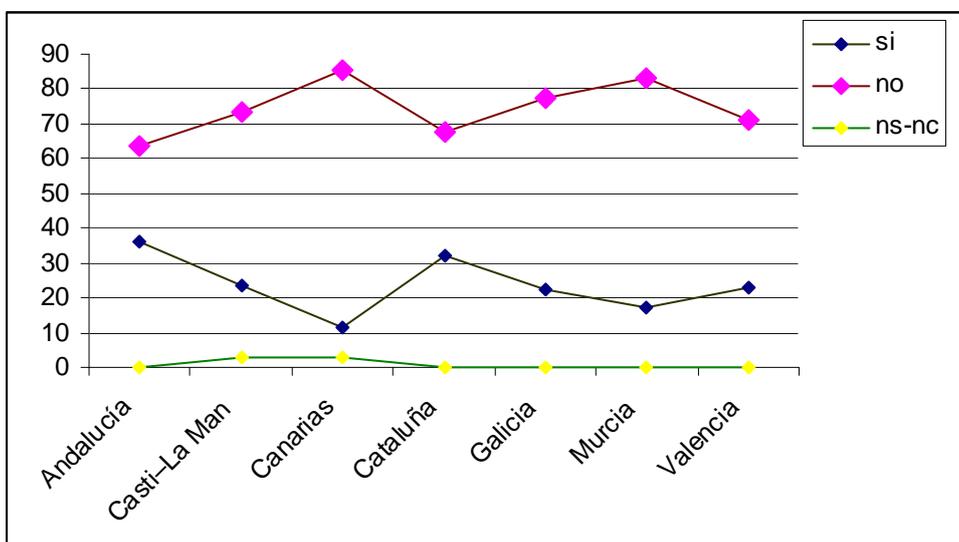
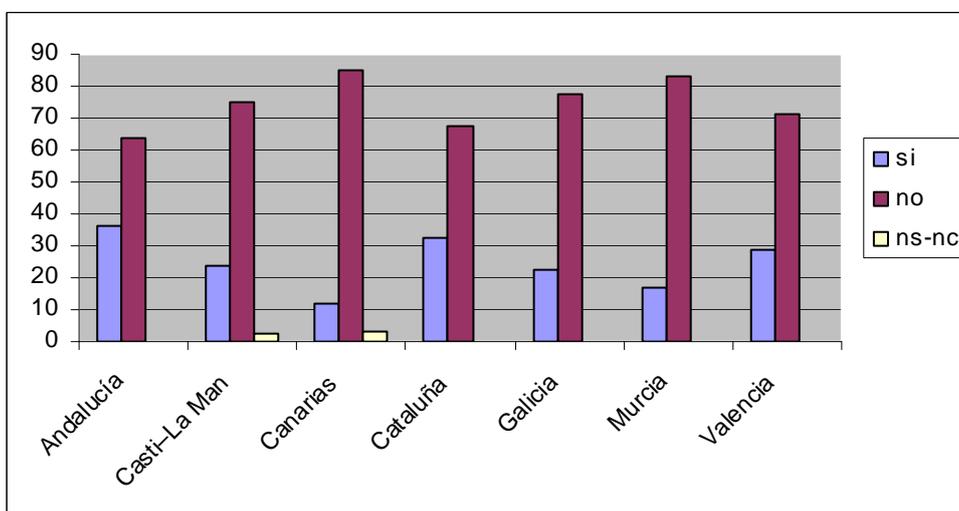
Cuestionario DP-SMAP © Mario Araña, 2008. Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria



Años de Servicio:	Sexo:	Población de Trabajo:	Comunidad	SI	NO
En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente					
El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción					
La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología					
Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas					
De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional					
La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente					
Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta					
Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta					
La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida					
El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción					
Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco					
El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental					
Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables					
Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa					
Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea					
La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata					
En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia					
Una mayor información de las contraindicaciones en cada farmaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz					
El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema					
Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro					
Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa					
La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente					
Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico					
Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta					
La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción					
La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario					
La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal					
La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo					
La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita					
Las dosis mínimas previenen efectos secundarios					
Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro					
Estoy respondiendo este cuestionario con sinceridad					
La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción					
Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción					
Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes					
Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis					
Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan					
Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo					
La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente					
La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública					
La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente					
El problema en salud mental es fácilmente identificable					
En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables					

DIAGNÓSTICO

Síntoma Principal																				
Ítem nº 1: En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente																				
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
36,3	63,7	0	23,6	75	2,8	11,7	85,3	3	32,3	67,7	0	22,4	77,6	0	17	83	0	28,8	71,2	0



Al analizar el ítem 1, en la Categoría Diagnóstico, encontramos un patrón general que muestra diferencias entre las respuestas negativas – consolidadas en un mínimo superior al 63% en todas las Comunidades -, y las afirmativas – con un 21% de media -.

En psicopatología, generalmente, y de forma contraria a la patología médica, el **síntoma no refleja la etiología real del paciente**, ni se presenta, generalmente, como un síntoma solo.

Pero el síntoma principal, es el motivo de consulta en psicopatología, y aunque no presenta en todos los casos una relación exclusiva y directa con la etiología real que lo causa, la misma etiología real en origen puede ocasionar una presentación sintomatológica distinta, en función del momento en que se efectúe la detección clínica.

Más allá de la base teórica intrínseca, el objeto de análisis es contemplar la existencia o no de un perfil diferencial de respuesta entre los médicos de Atención Primaria, y este hecho, sí se confirma: existe variabilidad de respuesta, de forma significativa.

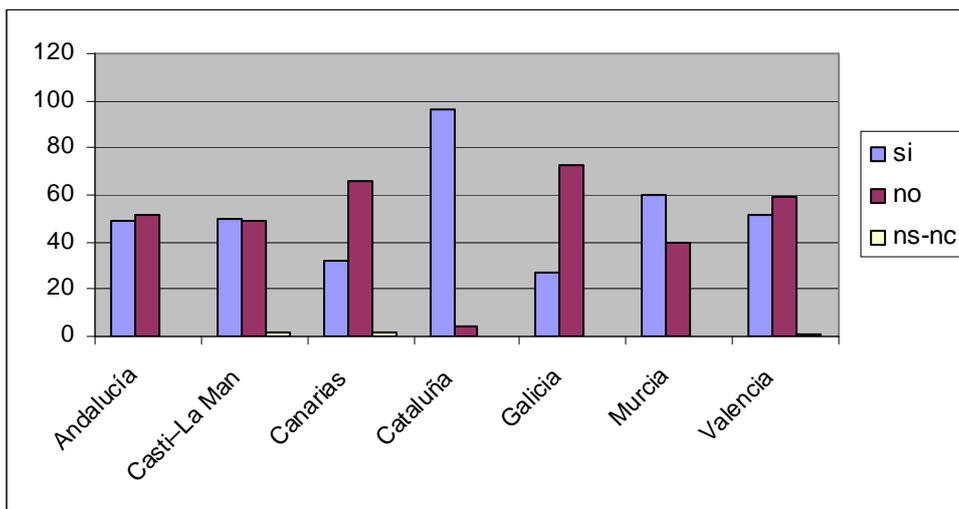
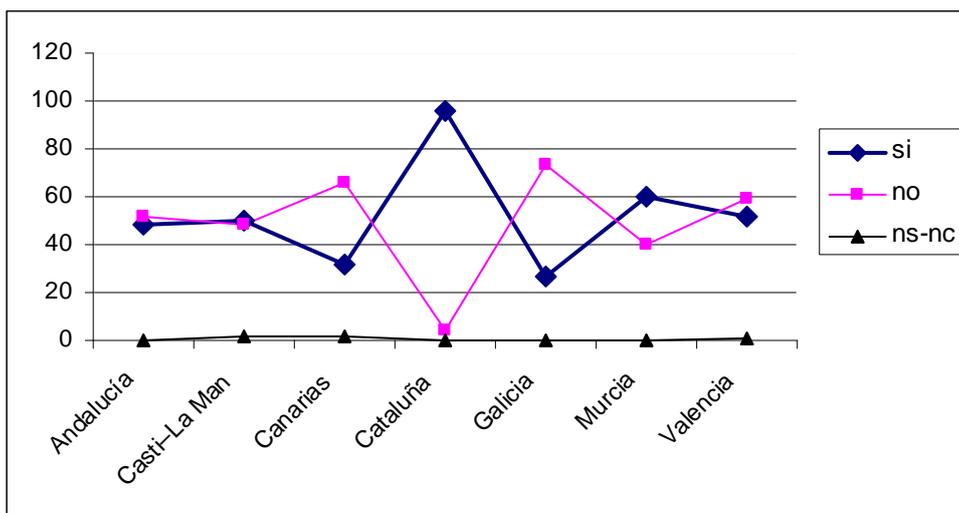
En Comunidades como Andalucía y Cataluña, las respuestas afirmativas – incorrectas -, superan el 30% y en Valencia, se acercan a este porcentaje.

Las consecuencias de este dato detectado, pueden traducirse en una asignación etiológica errónea a un mismo o distinto síntoma presentado como queja principal por un paciente que, no sólo a nivel asistencial sanitario sino a la hora de prescribir Baja Laboral, pueda ser determinante para la duración de la baja, y para la asignación de un diagnóstico, y selección del tratamiento, afectando a la evolución terapéutica del sujeto, o su empeoramiento.

Síntoma Principal

Ítem nº 2: El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
48,7	51,3	0	50	48,6	1,4	31,9	66,1	2	96,1	3,9	0	27	73	0	60	40	0	51,3	58,8	0,9



En el ítem 2, encontramos una postura bien definida, exclusivamente en Cataluña: casi la totalidad confirma **efectuar su prescripción, a partir del síntoma principal**.

Para el resto de las Comunidades, principalmente en Andalucía, Canarias, Valencia, y en algo menos, Murcia, existe en la muestra analizada, un porcentaje de semejanza entre los que confirman que sí les guía el síntoma principal, como diana, y los que no.

Pero el síntoma principal, en psicopatología, puede no ser el componente principal del cuadro real que tiene el paciente, de ahí el requerimiento en psicopatología de trabajar con múltiples fuentes de información y múltiples tipos de datos distintos.

La indagación en psicopatología, viene orientada por la existencia de taxonomías multiaxiales, que requieren una evaluación para descarte, confirmación, o balance, de las repercusiones en el organismo, las causas concomitantes a nivel social, los moduladores socio-culturales – entre ellos la etnia y religiosidad -, y la afectación relacional, junto a características de personalidad, momento y fase en que se encuentra el trastorno, y formas de manifestación.

Es precisamente el Modelo de Salud Bio-Psico-Social, quien detenta esta prioridad, al reconocer como causantes de enfermedad –sobre todo a nivel de psicopatología – la interrelación e interdependencia Bio-Psico-Social.

Este patrón de respuesta que muestran los Médicos de Atención Primaria, en este ítem, ya evoca su confusión, y el nivel de incertidumbre – cuando no, como en el caso de la muestra analizada de Cataluña, su profunda equivocación -.

En esta complejidad politética de la presentación de la sintomatología de cualquier cuadro, pudiendo ser común la categoría diagnóstica y muy diferente la manifestación clínica de la misma, incluso en momentos determinados y en el mismo sujeto, evoca que los Médicos de Atención Primaria presentan, en general, un déficit profundo en esta concepción intrínseca de la interrelación Bio-Psico-Social, que el Modelo de Salud en España, afirma pretender adoptar.

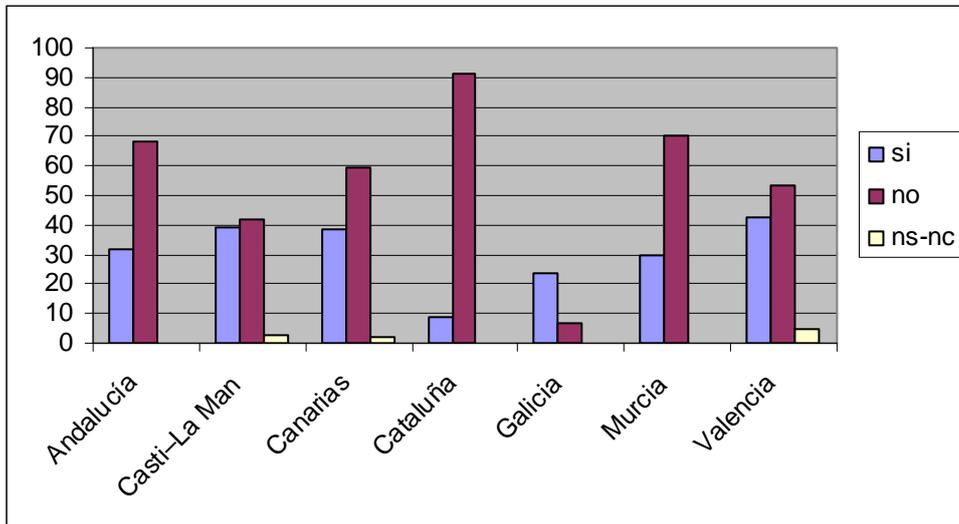
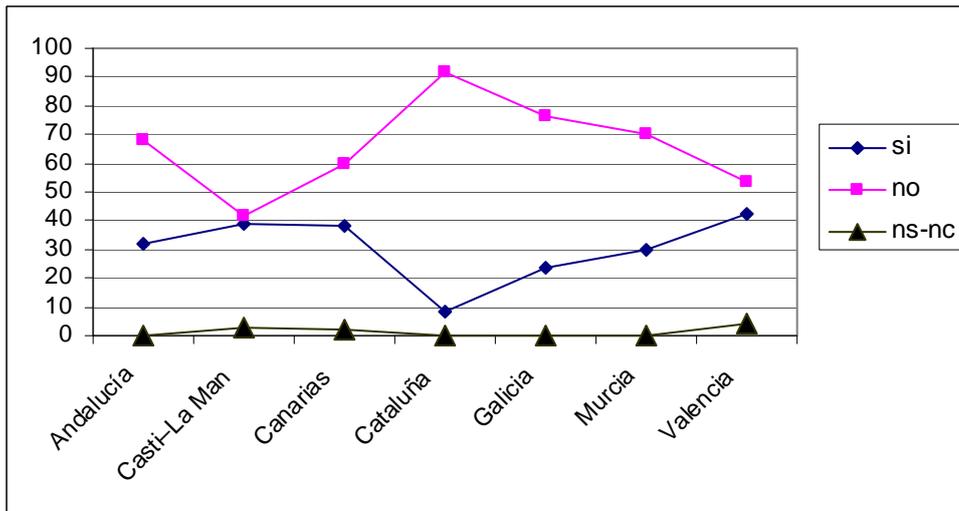
Que, en este contexto, sea el síntoma principal quien guía la elección de una diana terapéutica, como afirman en Cataluña, refleja una visión muy reducida de la sintomatología, y supone un riesgo potencial para la salud del afectado y la cronificación de sus síntomas.

Pudiendo significar una prolongación de bajas laborales, por confusión respecto al cuadro, diagnóstico, síntomas, y cura. Incluyendo la psicofarmacología adecuada.

Historia Biográfica

Ítem nº 3: La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
31,9	68,1	0	38,9	41,7	2,8	38,3	59,7	2	8,5	91,5	0	23,5	76,5	0	30	70	0	42,3	53,2	4,5



En el ítem 3, encontramos un nuevo patrón diferencial, extremadamente acusado en Cataluña. La **historia biográfica**, para ellos, en esta muestra, **no justifica la sintomatología**.

Este hecho supone un atentado al modelo bio-psico-social, además de que elimina la mitad de los Ejes esenciales en la valoración psicopatológica, así como desprecia el aporte significativo y esencial que refleja la historia biográfica, incluso, en la manifestación de los síntomas.

Andalucía, Galicia y Murcia, presentan un patrón semejante, algo menos acusado.

Ninguna Comunidad refleja reconocer con claridad el papel de la historia biográfica en la presentación del cuadro sintomatológico.

Sin embargo, esta historia biográfica, también está presente en múltiples manifestaciones sintomatológicas físicas, como en asma, obesidad, y algunas otras enfermedades, incluso, crónicas.

Las consecuencias, por tanto, de este desajuste que muestran los médicos en este ítem, tiene repercusiones, no solo en el ámbito de la psicopatología, sino en su comportamiento profesional, completo.

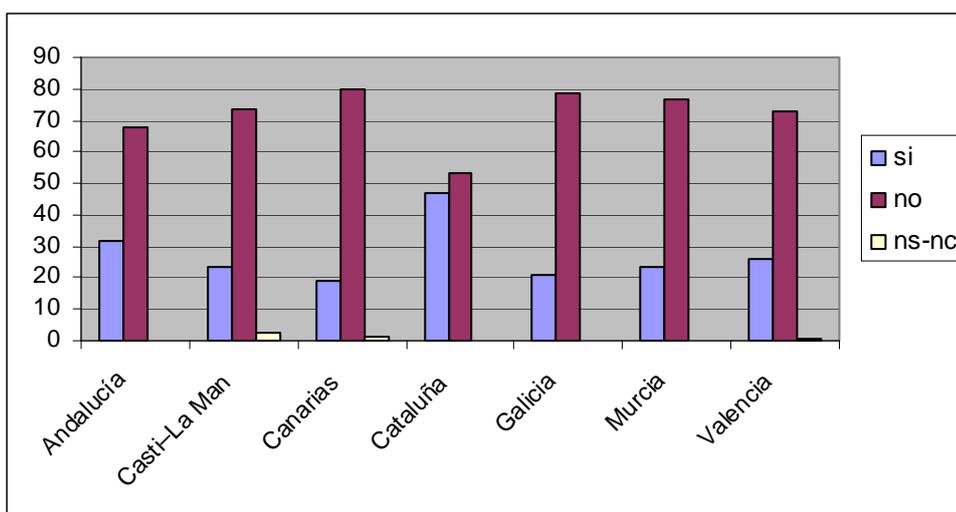
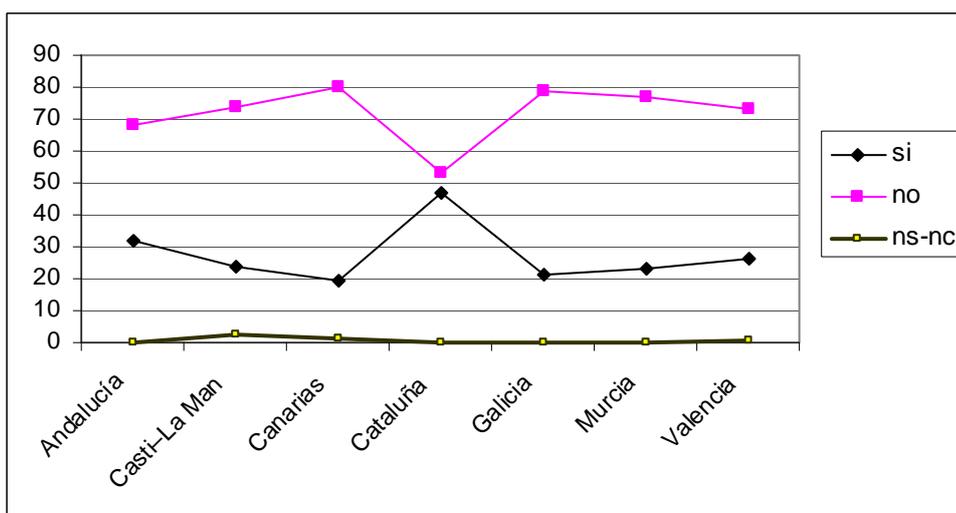
Por que, observemos, el patrón que niega esta interrelación es, en todos los casos, superior al 41%.

Las implicaciones respecto al tratamiento, así como respecto a la asignación de bajas laborales y prescripción de fármacos, son todas. Dificultando, por ejemplo, la posible resolución de algunos casos donde la terapéutica a aplicar, no tiene porque ser química, en primera instancia, ni la Baja Laboral una salida.

Cronicidad, Presentación Continua, Curso

Ítem nº 4: Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
31,9	68,1	0	23,6	73,6	2,8	19,1	79,9	1	46,9	53,1	0	21,2	78,8	0	23,3	76,7	0	26,1	73	0,9



En el ítem 4, nuevamente, Cataluña, presenta un porcentaje que refleja los mayores niveles de confusión, respecto al resto de las Comunidades.

Un problema cronicado, no se reconoce exclusivamente por la presentación de sus mismos síntomas, sino que el solapamiento, la comorbilidad, los distintos momentos y fases por las que pasa un episodio o cuadro, reflejan una variedad patognomónica compleja, donde reside, precisamente, la complejidad de la valoración y detección en psicopatología.

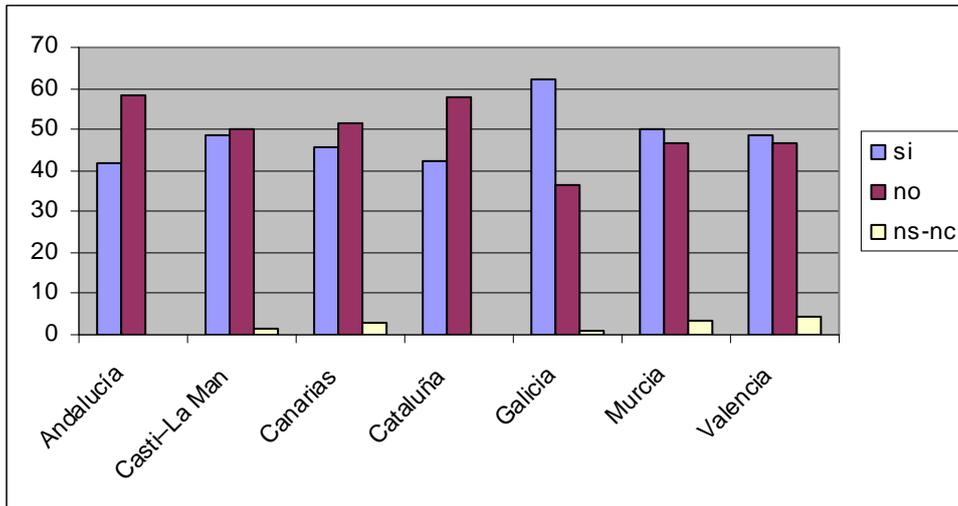
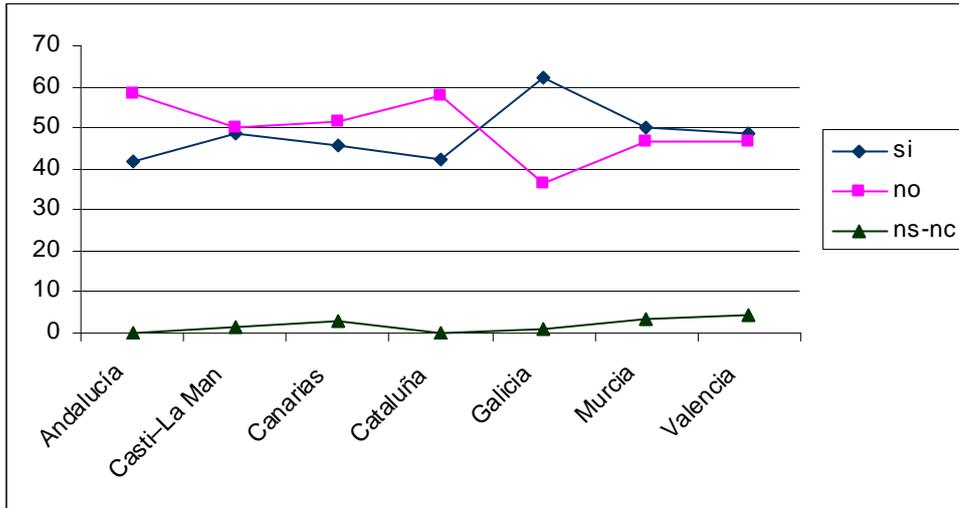
En el resto de las Comunidades, el patrón de respuesta respecto a asignar el mismo número de síntomas y la misma presentación, es más amplio, aunque cinco Comunidades presentan más de 20% de respuestas afirmativas, y la restante, Canarias, se acerca, en un porcentaje relevante, que refleja una confusión importante, respecto al curso evolutivo de la psicopatología.

El diagnóstico múltiple y cambiante, y este proceso de alteración de la intervención médica como un patrón permanente y de una relativa frecuencia, lo encontramos en este ítem, cuyas consecuencias a la hora de la determinación de una baja laboral, puede significar la presencia de nuevos procesos, con distinto diagnóstico y afectación, siendo en realidad, el mismo cuadro presente de forma continua, no tratado de forma adecuada desde el inicio, pero multiplicando el gasto de forma, aparentemente, invisible.

Solapamientos

Ítem nº 19: El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
41,6	58,4	0	48,6	50	1,4	45,7	51,3	3	42,3	57,7	0	62,3	36,5	1,2	50	46,7	3,3	48,6	46,9	4,5



El ítem 19, el solapamiento de síntomas, le produce un problema, a más del 42% de la muestra analizada en cada Comunidad Autónoma, como resultado global, y especialmente en Cataluña y Andalucía que superan el 58%.

Precisamente el solapamiento de síntomas, resulta de un interés primordial, en la detección y descarte de psicopatología, por la presentación conjunta de distintos tipos de síntomas, incluso en el mismo cuadro aunque fuera visible.

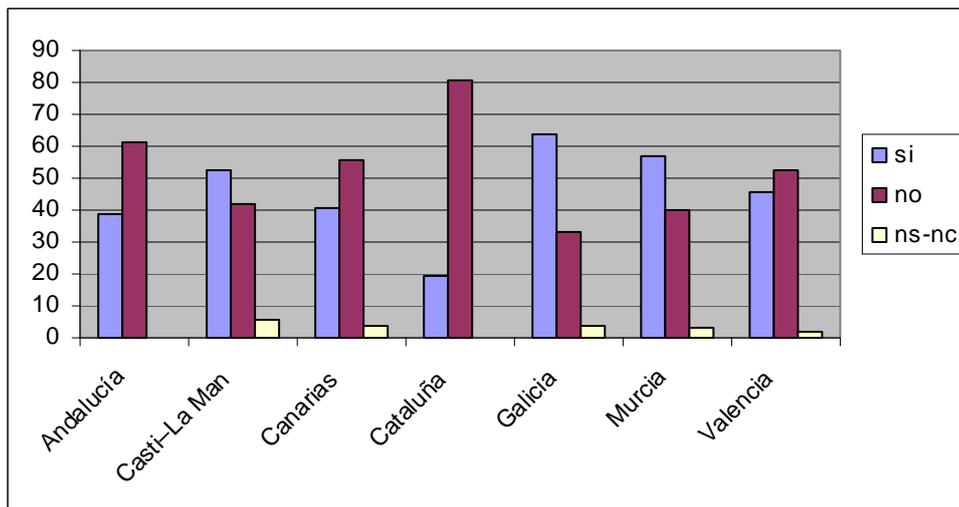
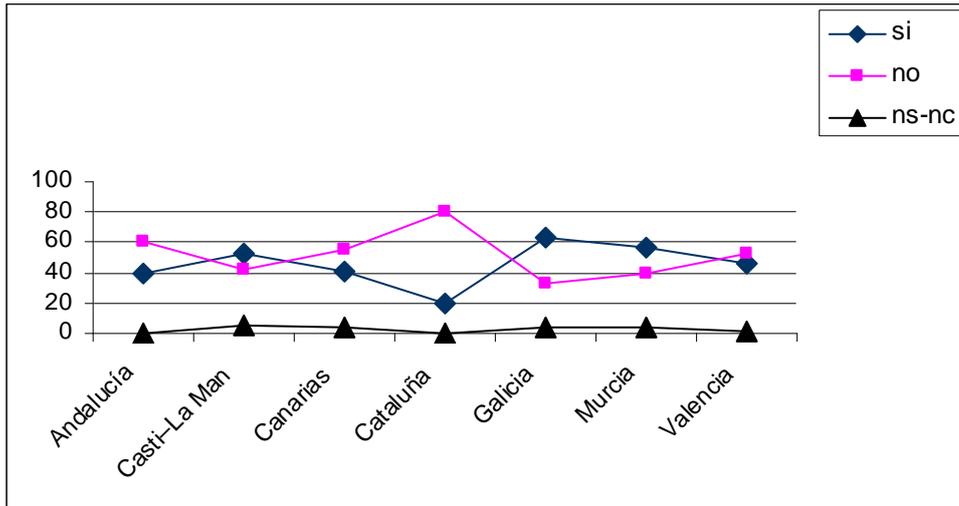
Pero a pesar de esta dificultad profunda en psicopatología, incluso para un alto porcentaje de profesionales cualificados y con años de experiencia clínica específica en psicopatología, destaca Galicia, donde para más del 62%, no tienen dificultad alguna con la diferenciación precisa de síntomas simultáneos, o síntomas enmascarados, camuflados, como en el enroque personalidad-psicopatología, personalidad-abuso de sustancias, o depresión-ansiedad, y en toda la psicopatología general, especialmente en insomnio, alimentación, alergias, recurrencias gripales, etc.

Este solapamiento de síntomas, asume una gran relevancia, a la hora de asignar una baja laboral por incapacidad laboral, o determinar su duración, al igual que el cambio de diagnóstico capaz de generar nuevos procesos administrativos, sin localizar ni tratar las causas psíquicas que origina el malestar, cuando existe.

Solapamientos

Ítem nº 23: Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
38,9	61,1	0	52,8	41,6	5,6	40,4	55,6	4	19,2	80,8	0	63,5	32,9	3,6	56,7	40	3,3	45,9	52,3	1,8



El ítem 23, presenta otra nueva evocación **del solapamiento, de la forma y momento en que se presenta una queja concreta**, y la diferenciación entre quejas que, siendo distintas en origen y consecuencias, refieren una presencia semejante, en apariencia.

Por otra parte, afecta a la terapéutica y al pronóstico, así como al curso y evolución, siendo otro elemento esencial para superar la incertidumbre diagnóstica habitual en psicopatología, principalmente, y en muchas intervenciones exclusivamente orgánicas.

Andalucía, Canarias, y Cataluña, presentan porcentajes más altos que reflejarían que sí contemplan los pequeños matices del síntoma referido, y que estos pequeños matices tendrían un efecto suficiente para determinar un cambio en el diagnóstico.

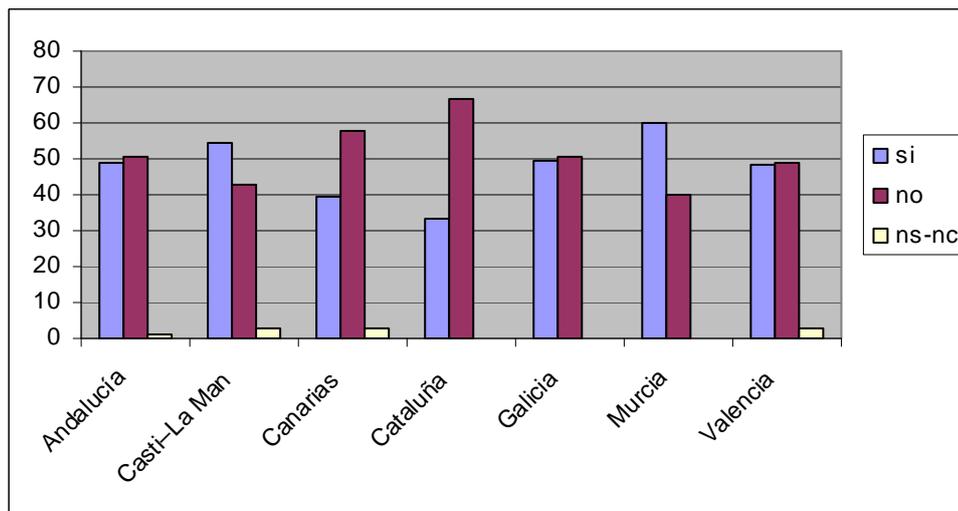
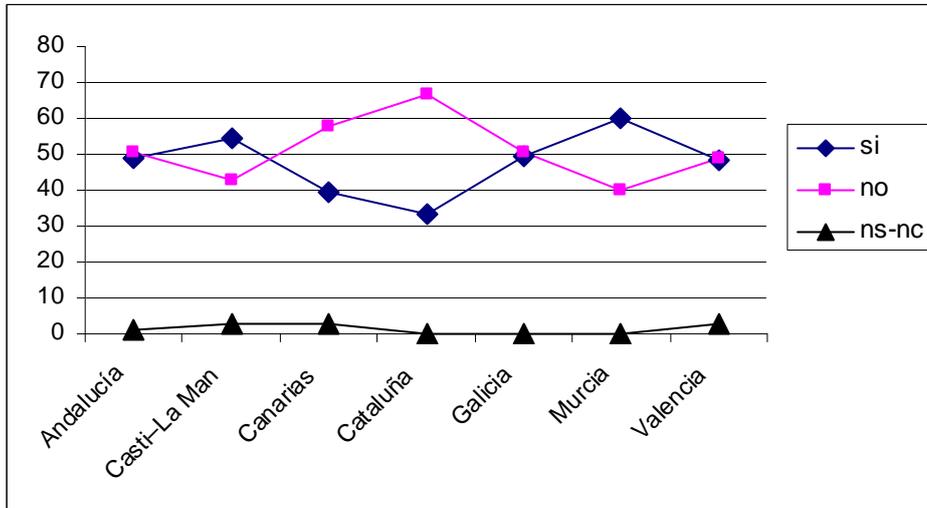
Sin necesidad de regresar para efectuar análisis relacionales entre los distintos ítems, de momento, si queda reflejado como en todas las Comunidades existe un porcentaje que se acerca al 39% en Andalucía y es superior al 40% en Canarias y Valencia, y muy superior al 50% en Murcia, Castilla-La Mancha, y Galicia, que no consideran necesario alterar un diagnóstico, a pesar de que este presente diferencias en sus matices de referencia, capaces de determinar una intervención distinta.

A efectos de baja laboral, sus implicaciones son relevantes, tanto en la conducta de prescribir Incapacidades no siendo necesarias, como en la de evitarlas a pesar de ser apropiadas y necesarias.

Diagnóstico Diferencial, Sintomatología Diferencial

Ítem nº 20: Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
48,7	50,4	0,9	54,2	43	2,8	39,4	57,6	3	33,1	66,9	0	49,4	50,6	0	60	40	0	48,6	48,7	2,7



Item 20: Considerar el diagnóstico diferencial no repercute en la evolución del cuadro.

Para la muestra en Andalucía, Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia y Valencia, en niveles iguales o superiores al 49%, este ítem merece respuesta afirmativa.

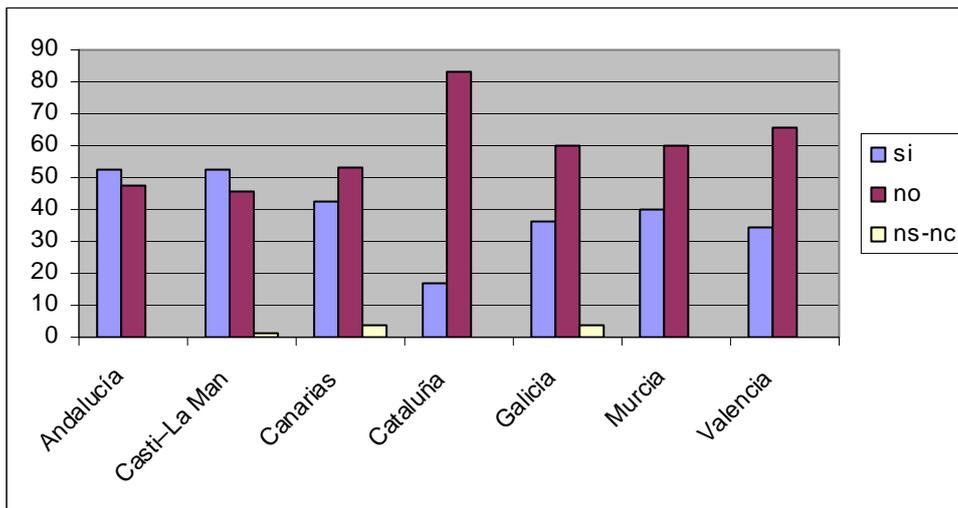
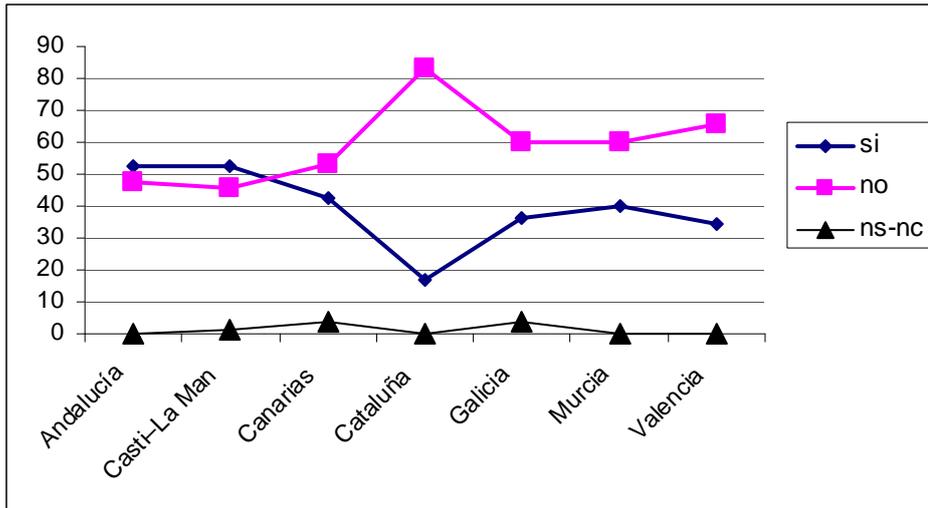
Por tanto, a la hora de efectuar el diagnóstico, muestran una estrategia profesional desajustada, omitiendo un trámite esencial e imprescindible a la hora de detectar la afectación real del paciente, y organizar su abordaje.

Respecto a la prescripción de bajas laborales, la consecuencia inmediata es que estamos ante un alto porcentaje de médicos que presentan un patrón de conducta prescriptora capaz de otorgar Incapacidades Temporales, en pacientes para los que está contraindicado, como sucede con muchos cuadros fóbicos donde la terapéutica pasa por entrenar al paciente para impedir que continúe robusteciendo sus síntomas con su conducta evitativa.

Seguridad Síntomas

Ítem nº 21: Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa

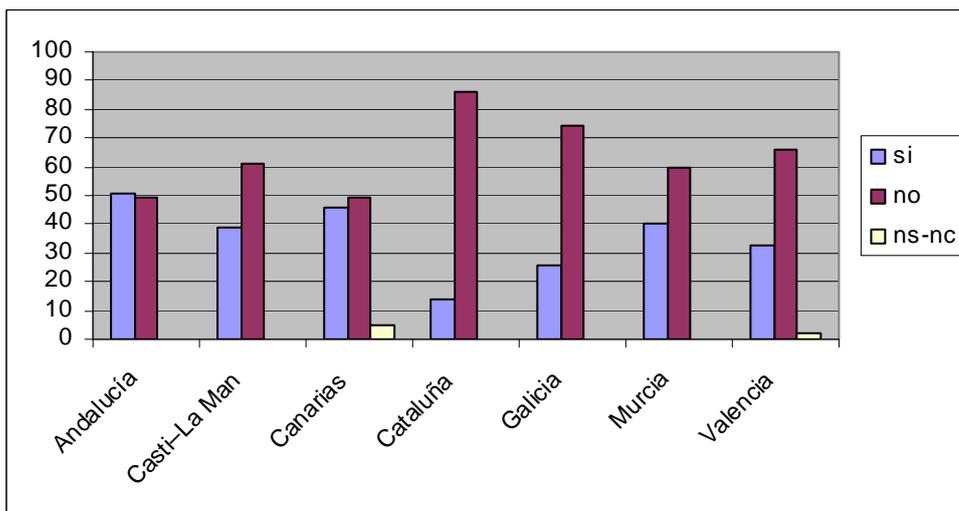
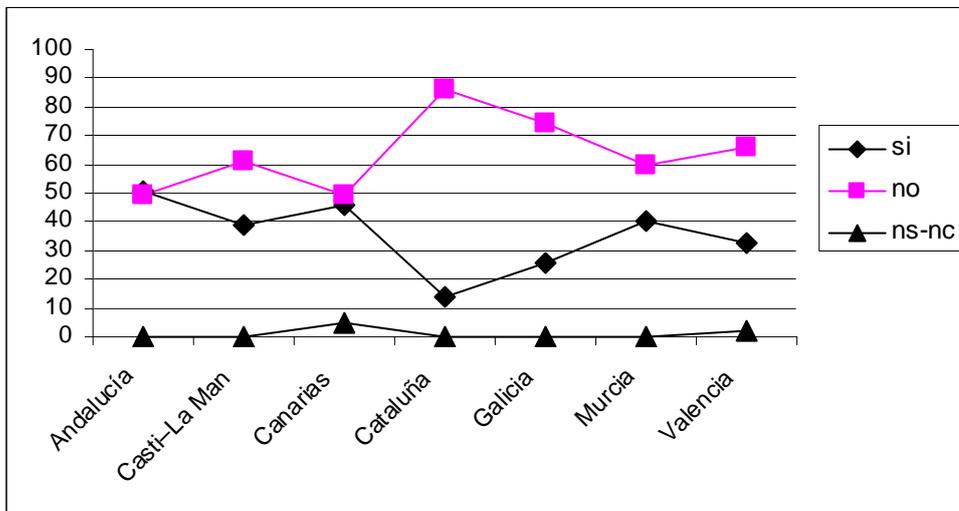
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
52,2	47,8	0	52,8	45,7	1,4	42,6	53,4	4	16,9	83,1	0	36,5	59,9	3,6	40	60	0	34,2	65,8	0



Confianza

Ítem nº 35: Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
50,4	49,6	0	38,9	61,1	0	45,7	49,3	5	13,8	86,2	0	25,9	74,1	0	40	60	0	32,4	65,8	1,8



Ítem 21: Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa.

Esta muestra de Cataluña, sí esta confundida, en un 60%. Es generalizada la alta confusión en todas las Comunidades, todas y cada una, por encima del 46%, pese a las diferencias de respuesta en ítems anteriores, que pudieran hacer creer que el nivel de incertidumbre y confusión era sensiblemente menor.

Item 35: Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes.

Más de un 49% de los Médicos, en todas y cada una de las Comunidades, refiere no confiar en los síntomas de sus pacientes.

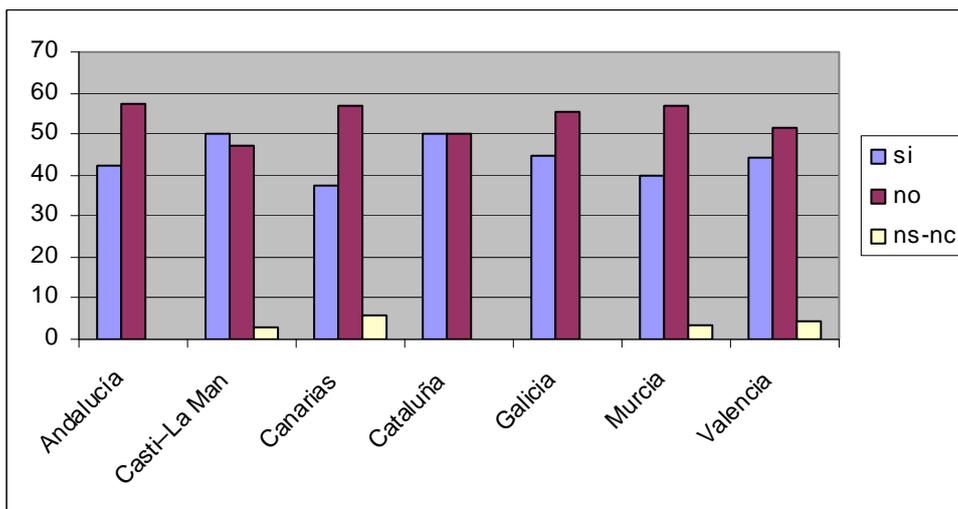
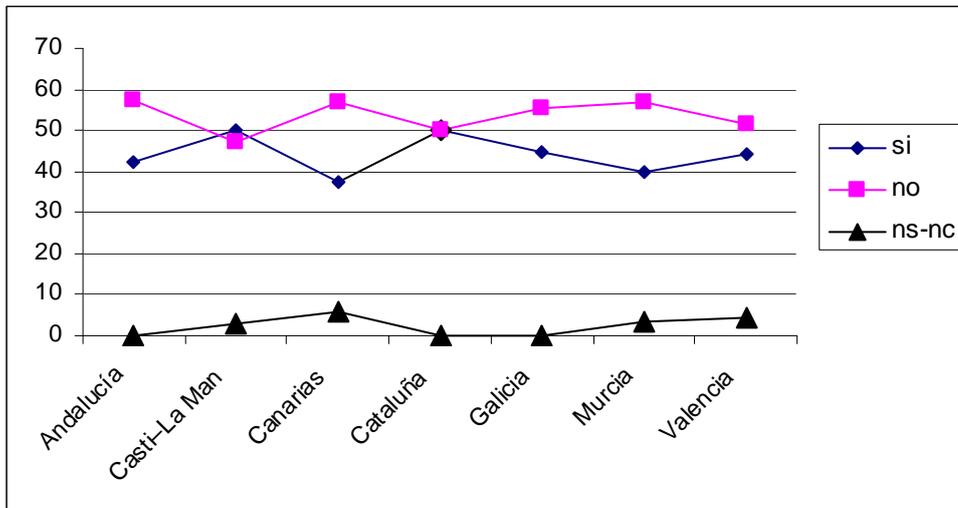
Sin embargo, ese nivel de desconfianza y asepsia necesaria para mantener la distancia clínica suficiente capaz de sostener objetividad en el diagnóstico y abordaje, especialmente a la hora de prescribir Incapacidades, no se tiene como actitud profesional y comportamiento clínico indispensable, en más del 32%, en cinco Comunidades.

En Cataluña, sin embargo, de esta desconfianza protectora, se refiere su presencia, a niveles muy superiores al resto.

Confianza

Ítem nº 37: Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan

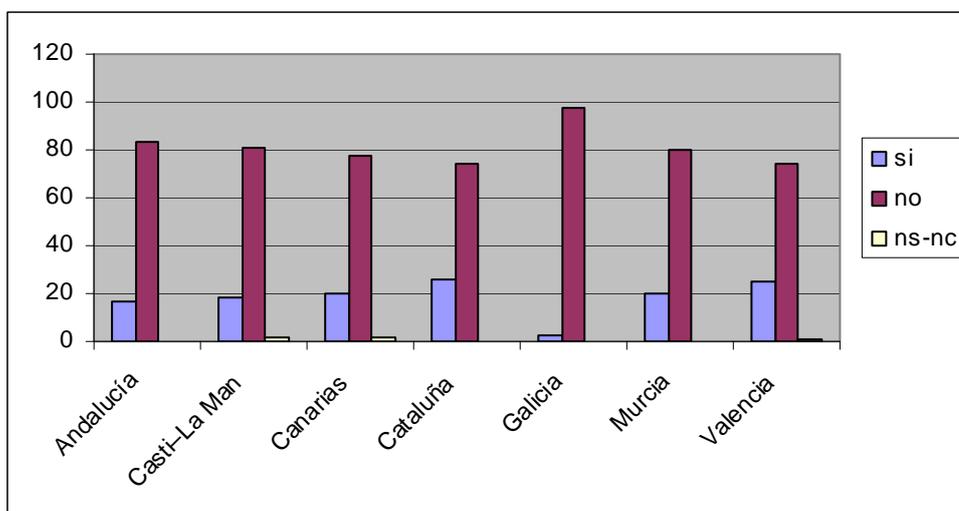
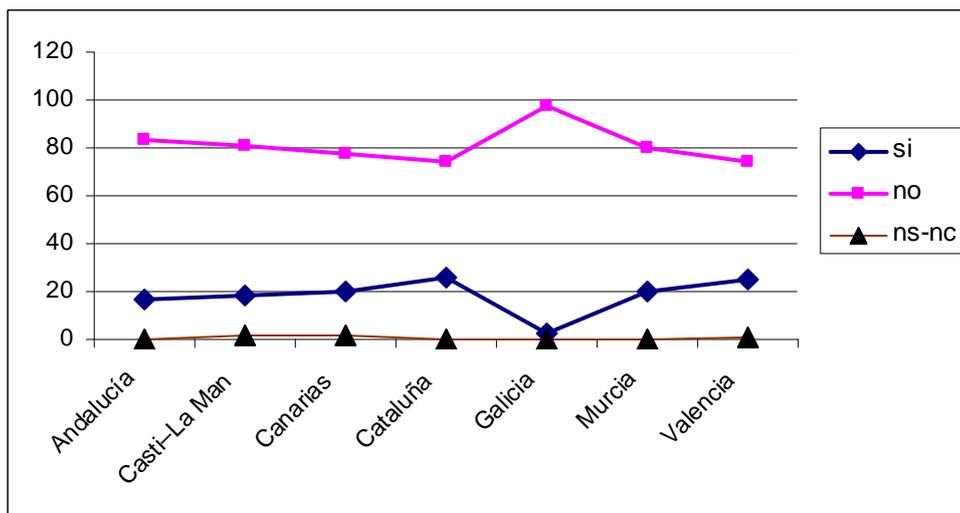
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
42,5	57,5	0	50	47,2	2,8	37,2	56,8	6	50	50	0	44,7	55,3	0	40	56,7	3,3	44,1	51,4	4,5



Confianza

Ítem nº 42: El problema en salud mental es fácilmente identificable

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
16,8	83,2	0	18	80,6	1,4	20,2	77,8	2	26,1	73,9	0	2,3	97,7	0	20	80	0	25,2	73,9	0,9



Ítem 37: Los síntomas referidos por mis pacientes, no me engañan.

Los síntomas, sin embargo, engañan, a la casi totalidad de la mitad de los Médicos de todas las Comunidades. Y lo hacen y en esta proporción – superando el 50% en seis Comunidades - incluso en donde la asepsia es mayor y con diferencia: Cataluña, donde la mitad, muestra esta incertidumbre, o certeza.

Estos resultados reflejan la profunda dificultad que representa la psicopatología para la actividad Médica, por mucho que se esfuercen en diseccionarla.

Ítem nº 42: El problema en salud mental es fácilmente identificable.

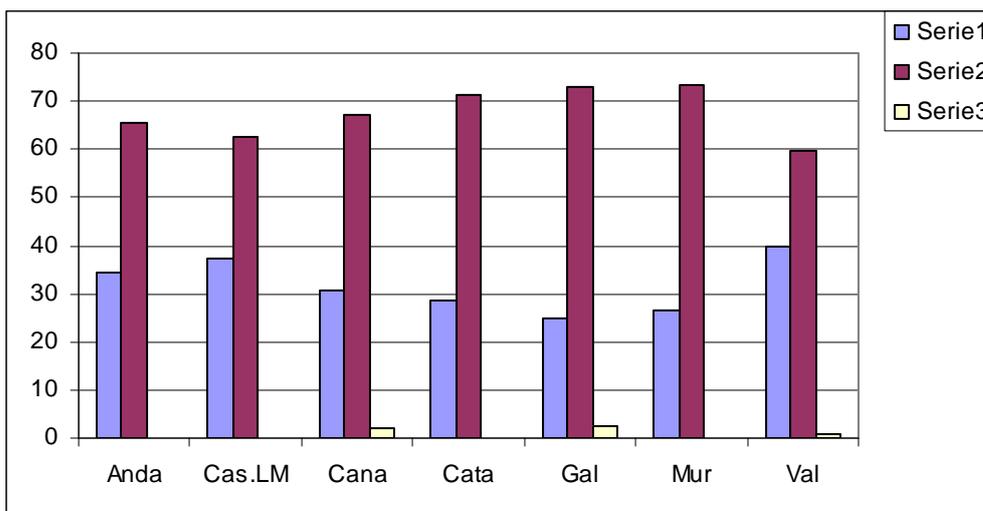
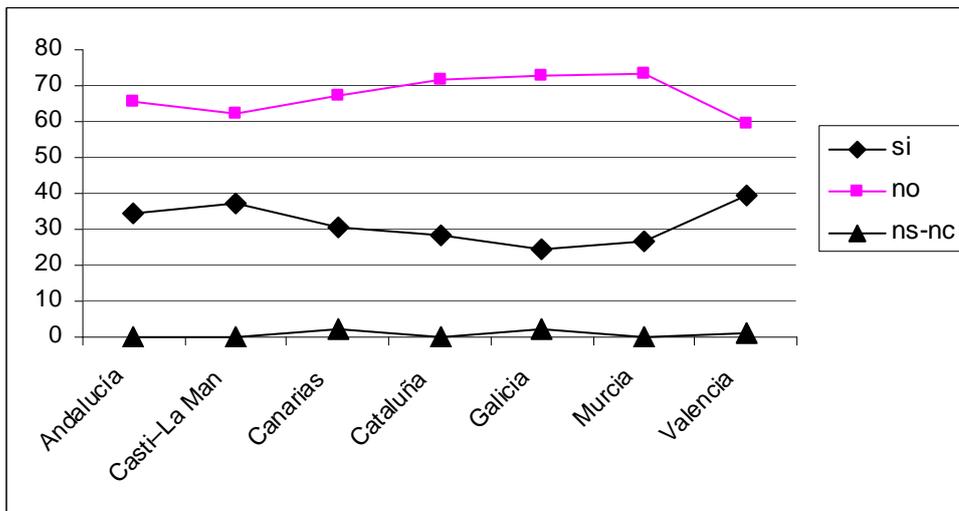
Más del 70% de la muestra, en todas las Comunidades, afirma la dificultad que presenta la Salud Mental a niveles asistenciales.

Es una respuesta coherente, en la que el acuerdo alcanza los niveles máximos, en toda la muestra, incluso en aquella que presenta alguna parte porcentual más ajustada a criterios diagnósticos y prescriptores que puedan considerarse, mejores, dentro de este conjunto de dificultades generalizadas.

Intensidad, Gravedad

Ítem nº 43: En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
34,5	65,5	0	37,5	62,5	0	30,8	67,2	2	28,5	71,5	0	24,7	73	2,3	26,7	73,3	0	39,6	59,5	0,9

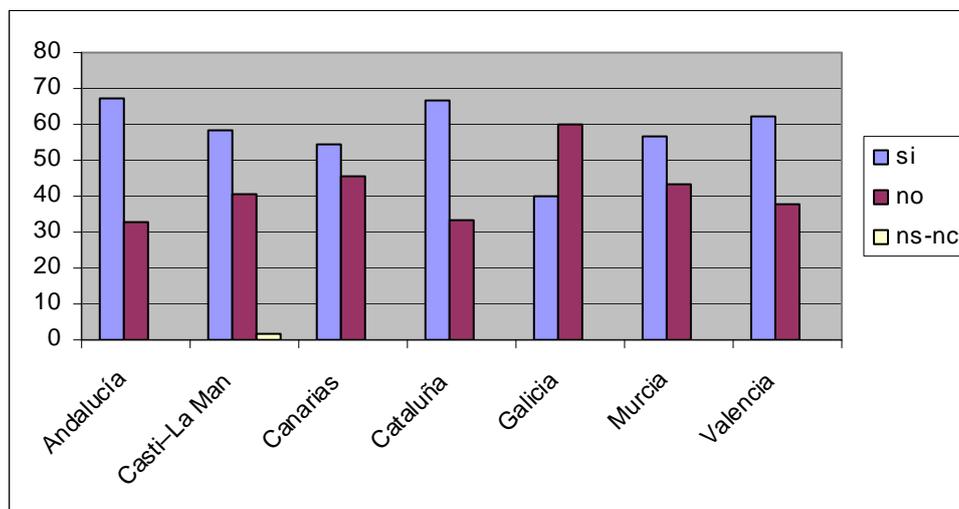
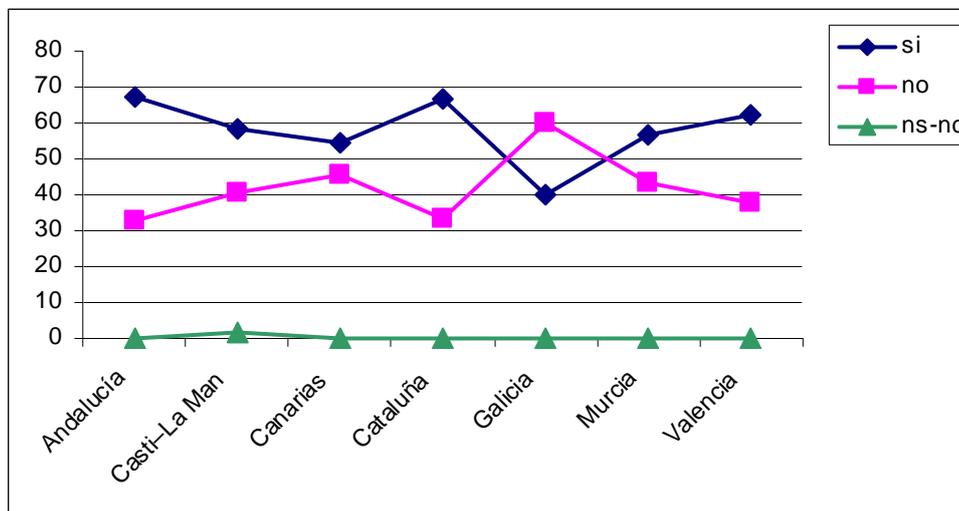


TERAPIA

Tiempo y empatía

Ítem nº 8: Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
67,2	32,8	0	58,3	40,3	1,4	54,2	45,8	0	66,9	33,1	0	40	60	0	56,6	43,4	0	62,1	37,8	0



Ítem 8: Tiempo y Empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de Salud Mental que acuden a su consulta.

Porcentajes del 57% o superiores, reflejan de forma afirmativa todas las Comunidades, menos Galicia, con un 40% y Canarias, con más de un 54%.

Sin embargo, el transcurso del tiempo, es un factor muchas veces robustecedor de la afectación psíquica; en otras, es un factor disparador de otra sintomatología distinta, o cronificador del conjunto psicopatológico, que había venido demandando atención e intervención y no se le facilitó a tiempo, o se le facilitó – con buena voluntad- pero de forma errada.

El peligro de esta concepción basada en que el tiempo es suficiente para la mejora del paciente, conlleva que la ansiedad, por ejemplo, sea un diagnóstico tan poco reconocido, o que las ideas autolíticas no se indaguen en patología depresiva.

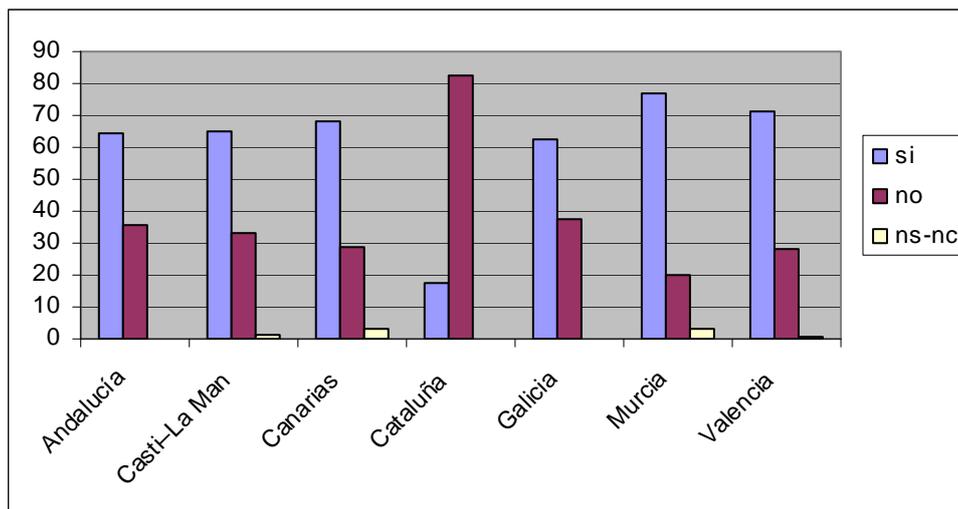
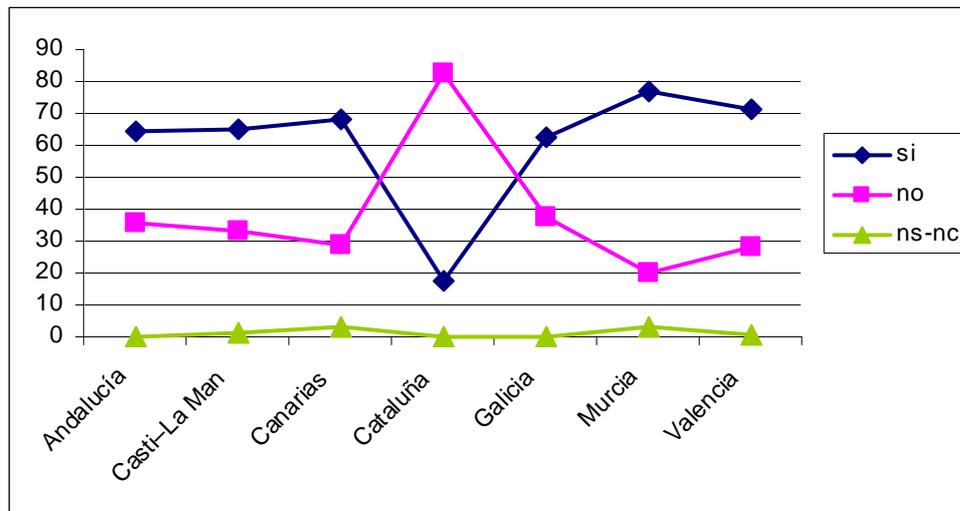
El papel de la empatía, o la confluencia de empatía y tiempo como factores suficientes para la mejoría, y para la mejoría 'real' del paciente, es una asunción que puede alcanzar niveles disparadores de psicopatología gruesa, cuando concurren otros factores de riesgo.

La misma concepción del tiempo y la empatía como factores suficientes, al conjugarse con la prescripción de Incapacidades Temporales, permite sospechar la prolongación, reiteración o frecuencia de estas prescripciones, de forma que puede llegar a ser perjudicial para el paciente, o inútil, y potencialmente muy dañinas para el sistema social en su conjunto.

Organización vida rutinaria

Ítem nº 13: Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables

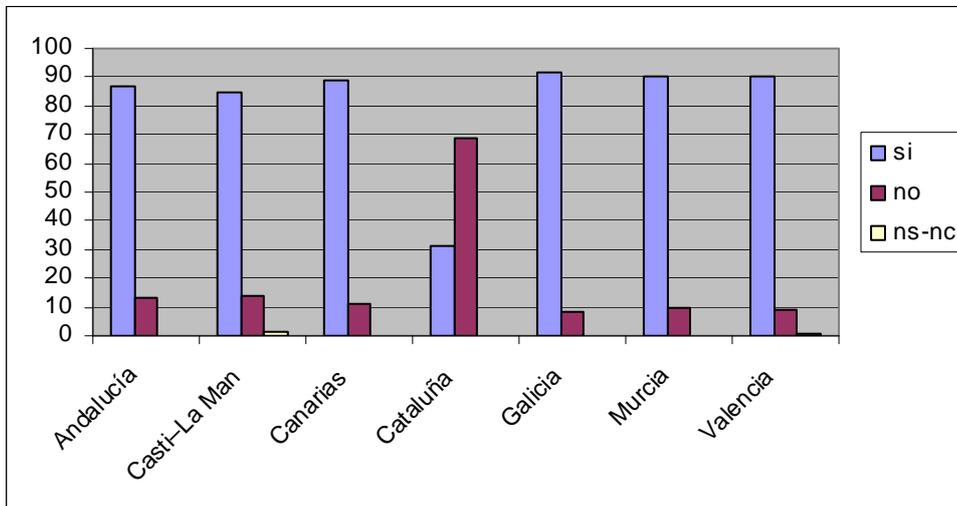
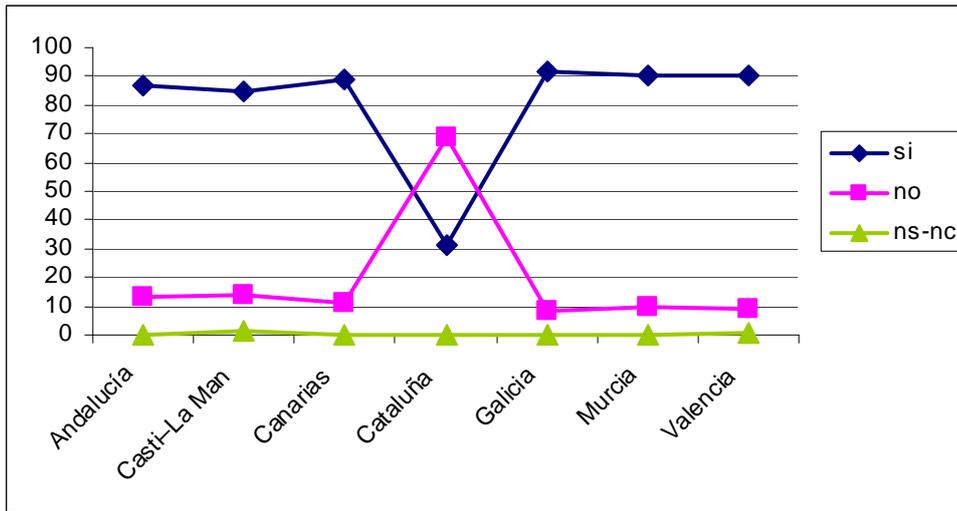
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
64,6	35,4	0	65,3	33,3	1,4	68,1	28,9	3	17,7	82,3	0	62,3	37,7	0	76,7	20	3,3	71,2	27,9	0,9



Implicación Familiar

Ítem nº 14: Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
86,7	13,3	0	84,7	13,9	1,4	89,2	10,8	0	31,5	68,5	0	91,8	8,2	0	90	10	0	90,1	9	0,9



Ítem 13: Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables.

Todas las Comunidades, menos Cataluña, muestran un amplio acuerdo, superior al 60%, y alcanzando niveles de más del 70% en Murcia y Valencia.

Contrasta Cataluña, con su profundo rechazo al papel relevante de la historia biográfica del paciente, y en este ítem, su idéntica postura, respecto a intervenciones terapéuticas que pudieran facilitar el éxito de la intervención, con abordajes sistémicos y centrados en el individuo, desde una óptica integral, no exclusivamente biologicista, reduccionista.

Respecto al resto de las Comunidades que manifiestan el convencimiento de que organizar la vida rutinaria del paciente ofrece garantías terapéuticas, se desconoce como podrían estar poniéndose en práctica este convencimiento, y sobre que criterios se actúa, dadas las profundas carencias en el diagnóstico que reflejan en su conjunto.

Ítem 14: Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa.

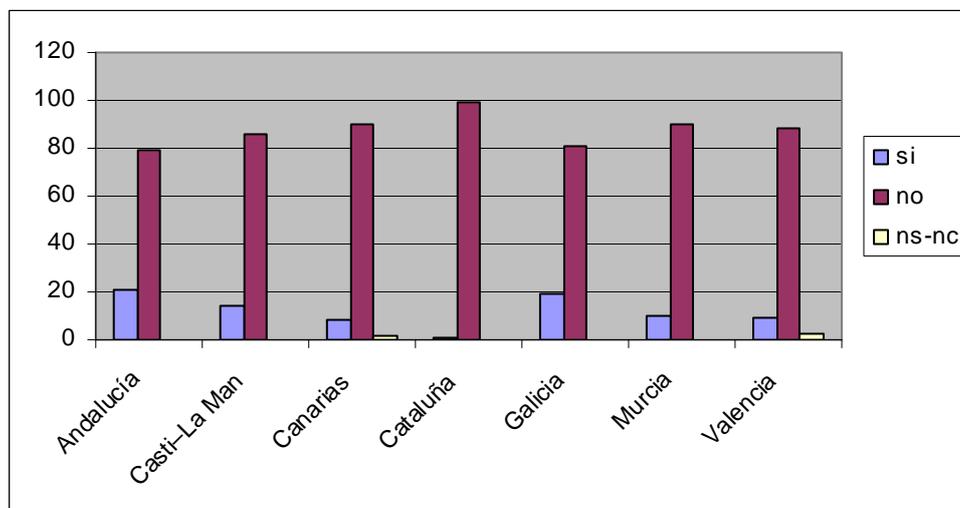
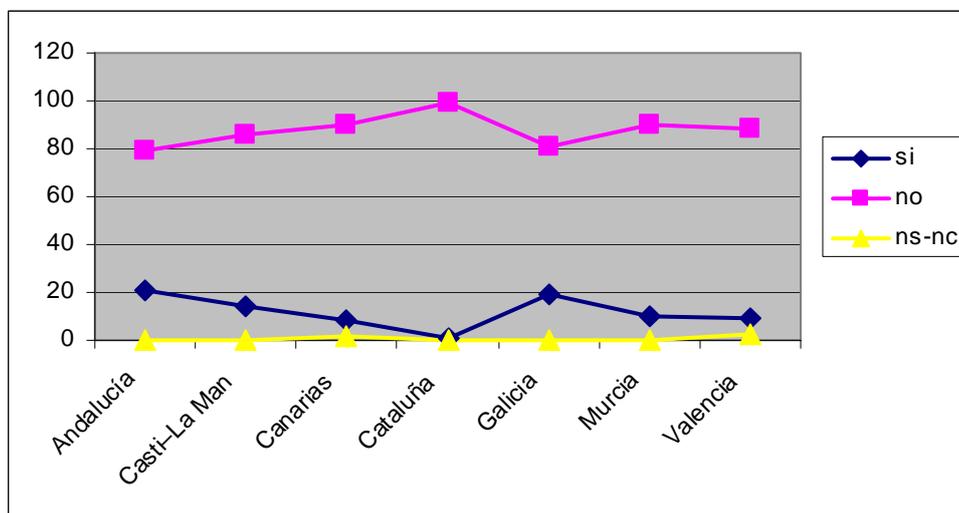
De la misma forma, y siendo estudiantes los que más acuden a consulta para diagnóstico, como analizamos en la parte inicial de este Programa, según la Encuesta Nacional de Salud, y a partir de los déficits en el reconocimiento de síntomas, comorbilidad, solapamientos, etc., sería de interés indagar en otra oportunidad en las características de estas recomendaciones que se efectúan y la salvaguarda de la confidencialidad, como se conjuga.

En cualquier caso, los resultados muestran una tasa muy alta, superior al 85%, en todas las Comunidades, menos en Cataluña, la cual presenta los índices más altos de no implicación de la familia, a pesar del altísimo papel que desempeñan los factores contextuales y relacionales en la génesis y resolución de los conflictos psíquicos. Otra nueva vez, Cataluña, ataca de raíz una columna necesaria de la intervención en psicopatología

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

Ítem nº 10: El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción

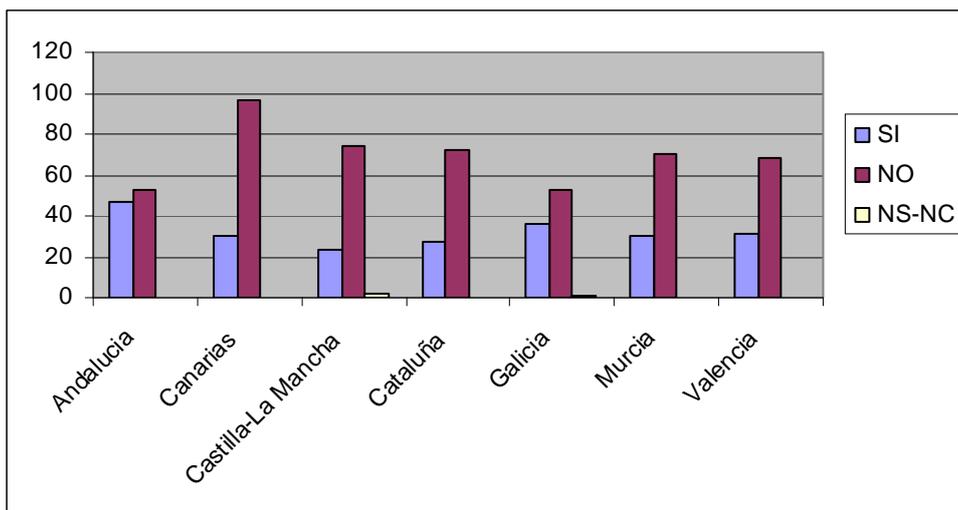
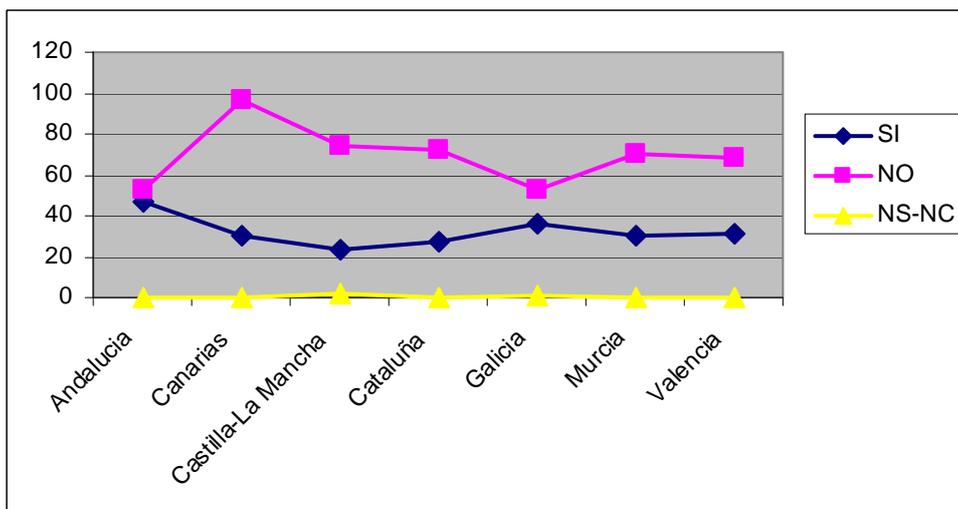
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
21,2	78,8	0	13,8	86,2	0	8,3	90,3	1,4	0,8	99,2	0	18,8	81,2	0	10	90	0	9	88,3	2,7



Limitaciones, Restricción Prescripción

Ítem nº 11: Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
46,9	53,1	0	30,6	96,4	0	23,4	74,6	2	27,7	72,3	0	36,5	52,3	1,2	30	70	0	31,5	68,5	0



Ítem nº 10: El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción

Para la muestra analizada, el grado de innovación que incorpora un producto, no supone una garantía en la prescripción, así lo reflejan las tasas, superiores al 79% en todas las Comunidades.

Sin embargo, se observa un 'aumento espectacular en la comercialización de fórmulas nuevas de medicamentos conocidos' (Lallana y Rabaneque, 2005). Durante el periodo 2000-2003, se comercializaron, por ejemplo, 50 nuevos principios activos, de los cuales el 76% de ellos no suponía mejora terapéutica respecto a los existentes; sin embargo, representaron el 68,5% de los fármacos prescritos como novedades.

Los fármacos pertenecientes al Sistema Nervioso Central, fueron los más utilizados; sin embargo, sólo el 20% aportaban alguna mejora respecto a los existentes en el mercado, y no más del 4% fue clasificado realmente como innovador.

Como conclusión, coincidente con Lallana y Rabaneque (2005): el médico no tiene en cuenta este criterio, a la hora de introducir nuevos fármacos en su vademécum particular.

Pero, a la vista de los resultados que encontramos, cabe afirmarse que conoce, perfectamente, esta realidad.

Ítem nº 11: Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco

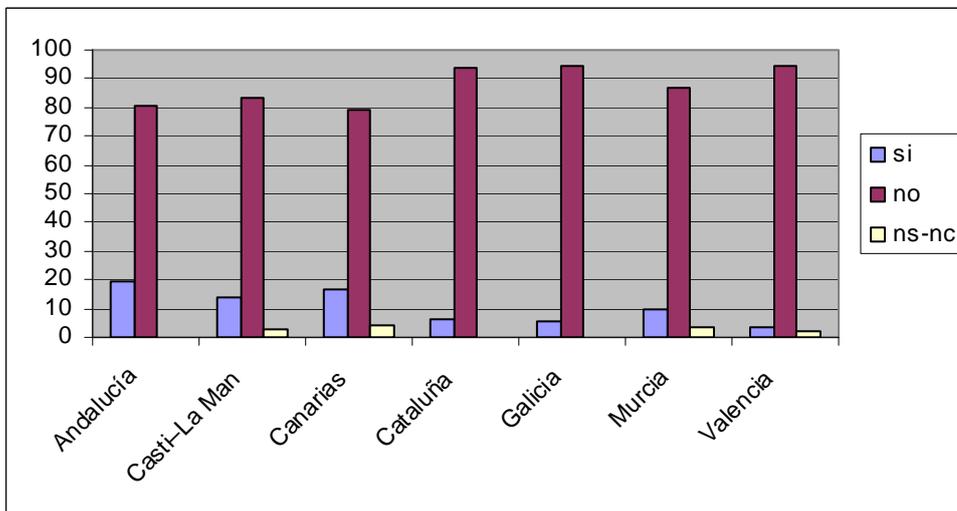
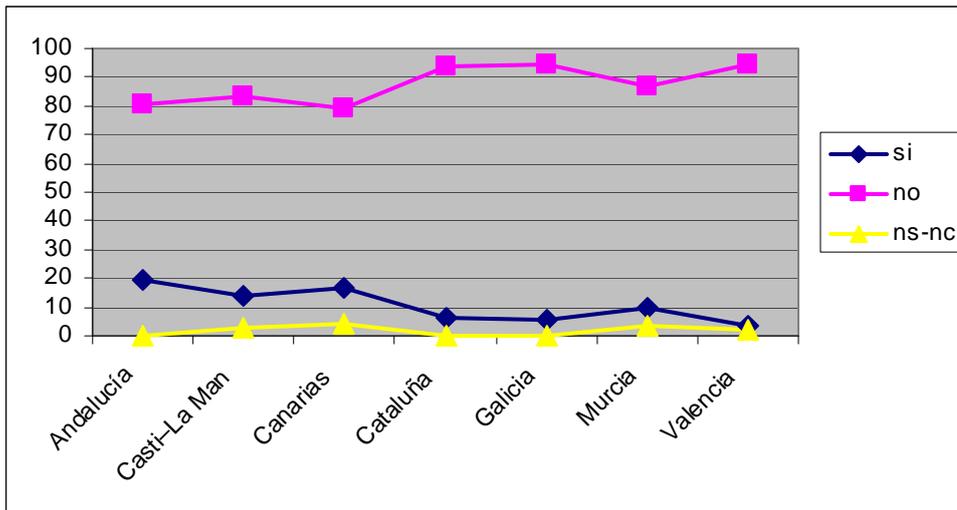
Más del 53% en todas las Comunidades, no se encuentra limitado a la hora de prescribir un fármaco. Murcia, Canarias, Cataluña, Castilla – La Mancha, reflejan porcentajes superiores al 70%.

Este ítem, debe ser comparado con los resultados comprobados anteriormente: la prescripción mantiene un crecimiento continuo, llegando a ser exponencialmente relevante en determinados psicofármacos; los datos confirman que se prescribe, a pesar de que no supongan una garantía innovadora; entre nuestros hallazgos se infiere una posible desconfianza en los efectos terapéuticos reales, cuando no una incertidumbre profesional manifiesta, generalizada.

Pero, en este contexto, no se perciben limitaciones, ni restricciones, que pudieran frenar este comportamiento prescriptor encontrado.

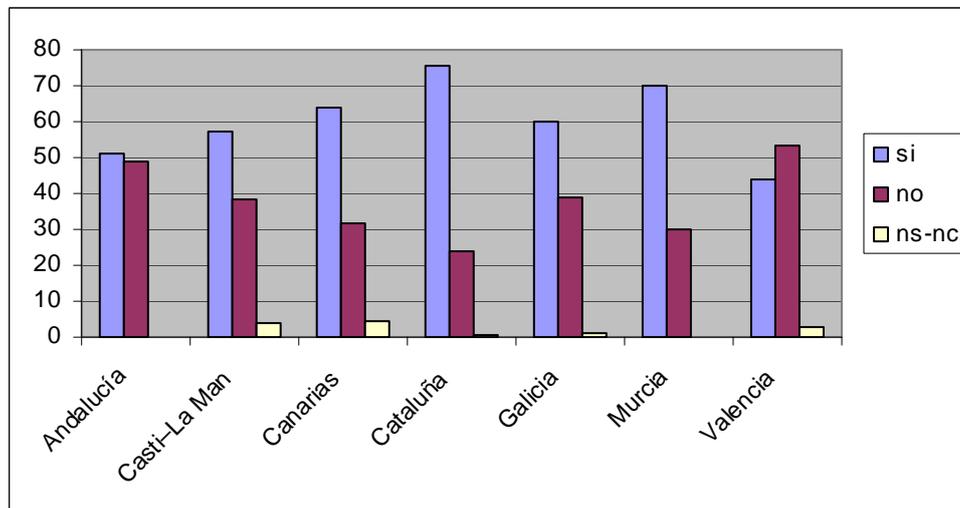
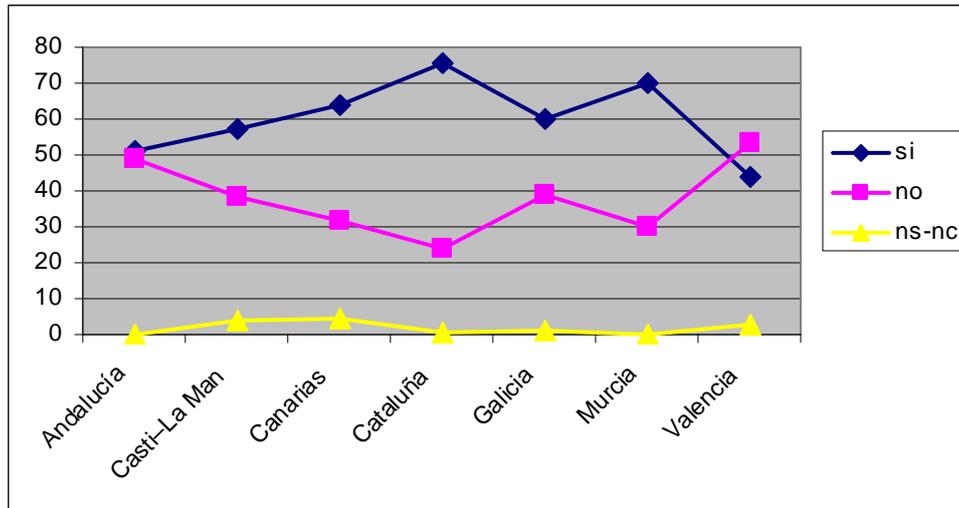
Ítem nº 25: La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
19,5	80,5	0	13,8	83,2	3	16,7	79,1	4,2	6,1	93,9	0	5,9	94,1	0	10	86,7	3,3	3,6	94,6	1,8



Ítem nº 26: La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario

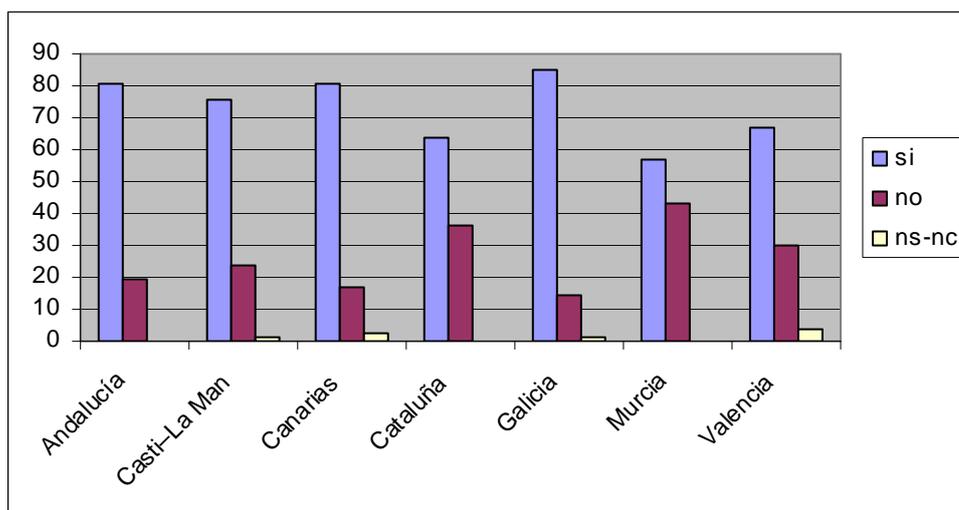
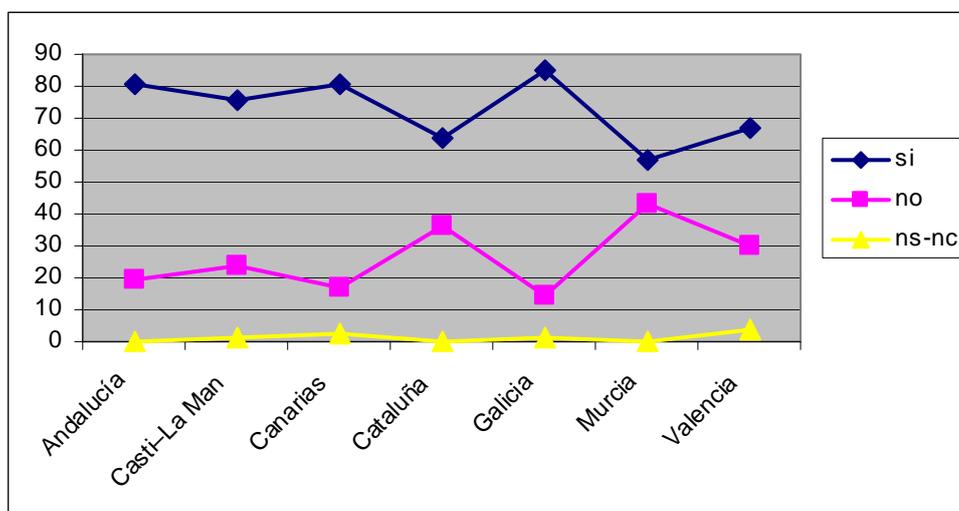
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
51,3	48,7	0	57,4	38,6	4	63,9	31,9	4,2	75,4	23,8	0,8	60	38,8	1,2	70	30	0	44,1	53,2	2,7



Contraindicaciones – Seguridad Prescripción

Ítem nº 18: Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz

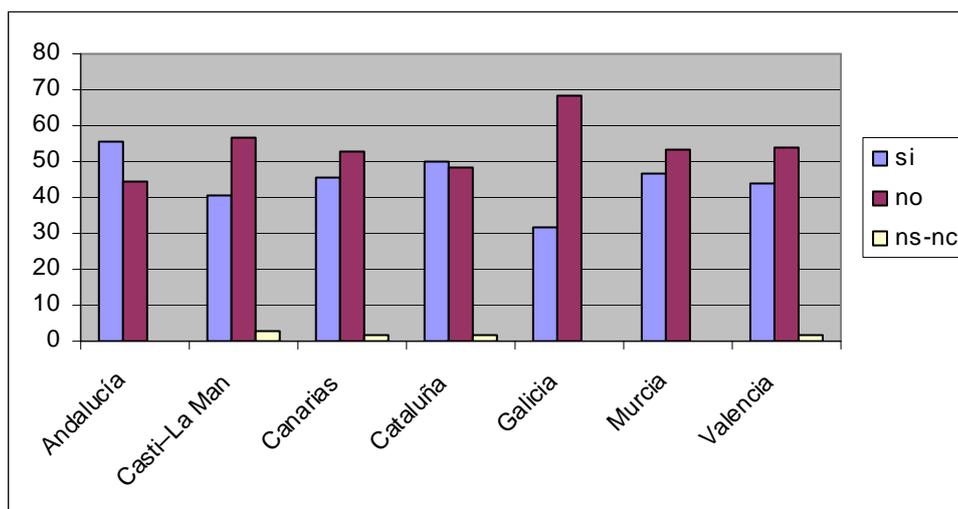
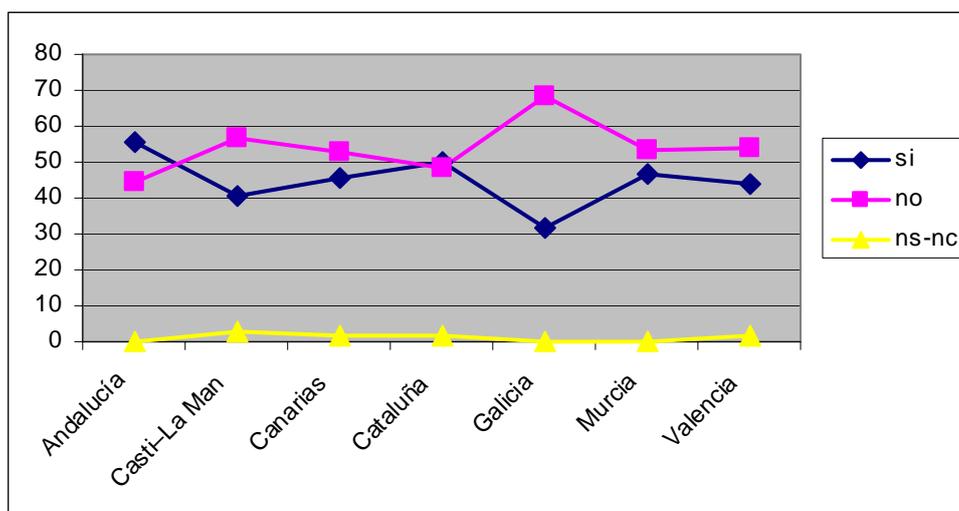
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
80,5	19,5	0	75,5	23,5	1	80,6	16,6	2,8	63,8	36,2	0	84,7	14,1	1,2	56,7	43,3	0	66,6	29,8	3,6



Prescripción Múltiple

Ítem nº 22: La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
55,8	44,2	0	40,4	56,6	3	45,8	52,8	1,4	50	48,3	1,6	31,8	68,2	0	46,7	53,3	0	44,1	54,1	1,8



Ítem 22: La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente.

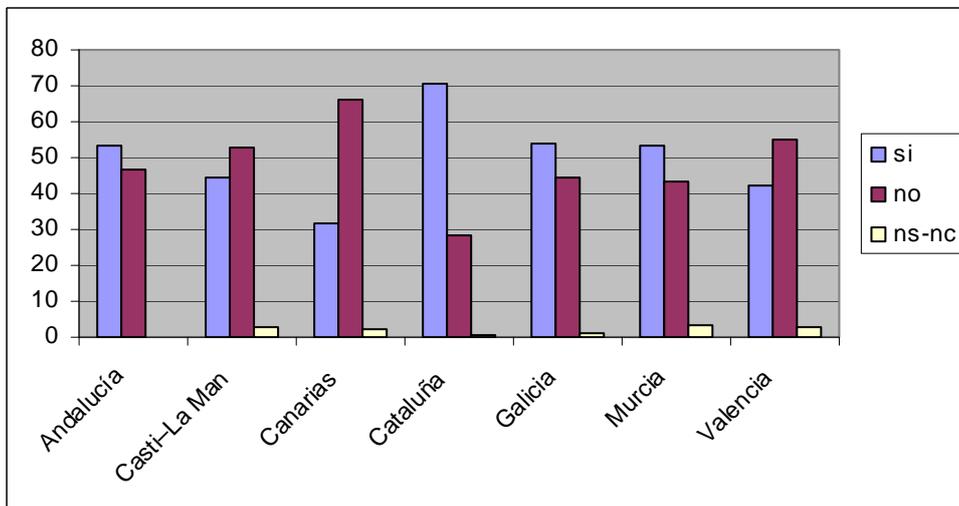
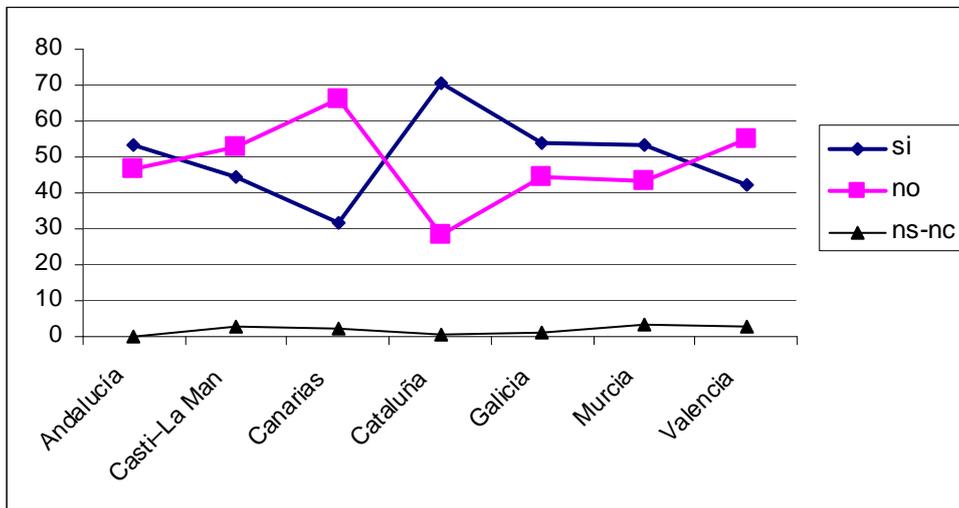
Ítem relacionado con la conducta prescriptora, y también con el análisis del diagnóstico y abordaje de la comorbilidad o co-ocurrencia de trastornos y síntomas, motivo frecuente de una alta subestimación de síntomas, y de una prescripción incongruente, y un aumento consecuente del gasto.

Especialmente en Galicia, pero en las restantes Comunidades muy por encima del 40%, de la muestra de Médicos analizados, se infiere prescripción múltiple en presencia de comorbilidad, cuando precisamente la comorbilidad requiere, principalmente, un diagnóstico más ajustado y fino que permita elegir una prescripción precisa, no necesariamente múltiple, en beneficio del paciente, y por eficacia en el abordaje.

Diagnóstico Diferencial, Sintomatología Diferencial

Ítem nº 33: La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
53,1	46,9	0	44,4	52,8	2,8	31,9	66,1	2	70,8	28,4	0,8	54,1	44,7	1,2	53,3	43,4	3,3	42,3	55	2,7



En el ítem 33, la **presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción**, en más del 50% de cuatro Comunidades: Andalucía, Cataluña, Galicia, Murcia.

En las tres restantes, supera el 42% en Valencia y Castilla – La Mancha, y alcanza el 32% en Canarias.

Confirma los resultados anteriores, respecto a la confusión que presentan en comprender el interés real de un síntoma, así como sugiere la presencia de un déficit prescriptor añadido, que debe ser objeto de análisis de forma posterior, en otro apartado específico.

El cambio en la prescripción, sin embargo, puede estar debido a la presentación de los mismos síntomas, pero por repercusiones adversas o molestas originadas en el medicamento.

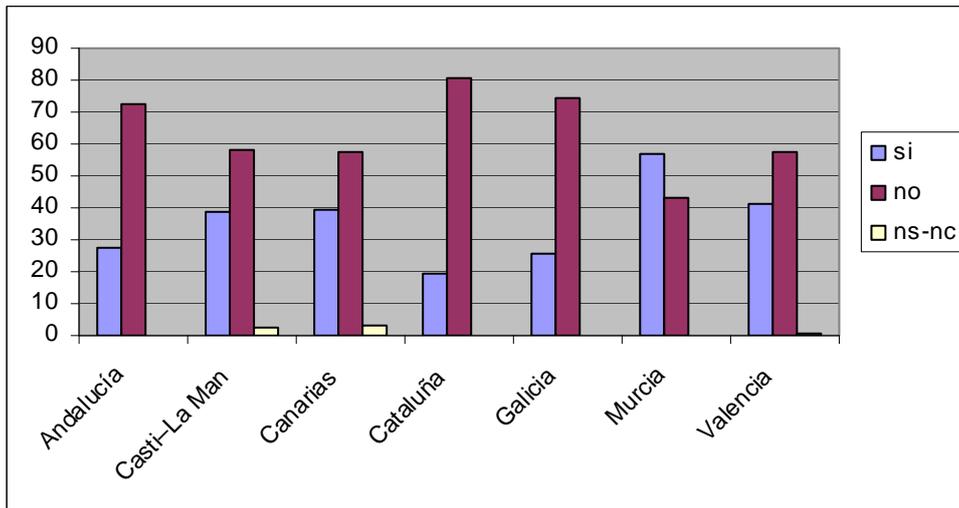
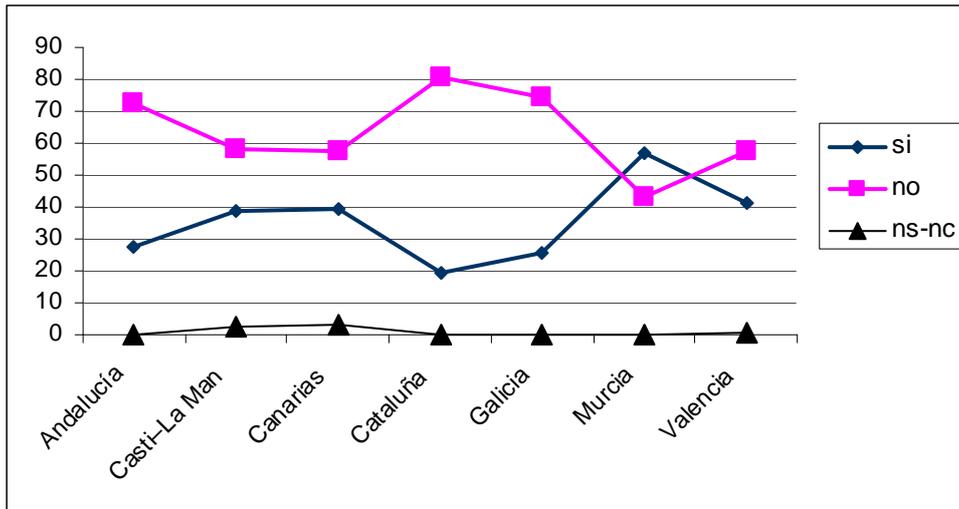
En cualquier caso, a los efectos de la pretensión original de este Programa, los resultados evocan un patrón de incertidumbre y confusión general respecto a la respuesta adecuada, mostrando un alto porcentaje de ambos sentidos de respuestas, respecto al mismo ítem.

No existe, por tanto, una actuación uniforme, en los Médicos de Atención Primaria, precisamente, cuando en la habitualidad se muestra la Medicina como una ciencia segura, basada en argumentos sólidos, y claros.

Solapamientos

Ítem nº 34: Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
27,4	72,6	0	38,9	58,3	2,8	39,3	57,7	3	19,2	80,8	0	25,9	74,1	0	56,7	43,3	0	41,4	57,7	0,9



En el ítem 34, los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción, para una buena parte de los Médicos que han cumplimentado el cuestionario, principalmente en Castilla-La Mancha, Murcia, Canarias, Valencia, Galicia.

Esta ausencia de prolongación de la prescripción es, precisamente, una de las causas del robustecimiento de la cronicidad y severidad de los cuadros diagnósticos. En este contexto, resultaría natural y habitual, que los cuadros se cronifiquen, dificultando un buen pronóstico, y hasta que se produzca una hiperfrecuentación de las consultas, por motivos en apariencia distinto, pero en la base, el mismo.

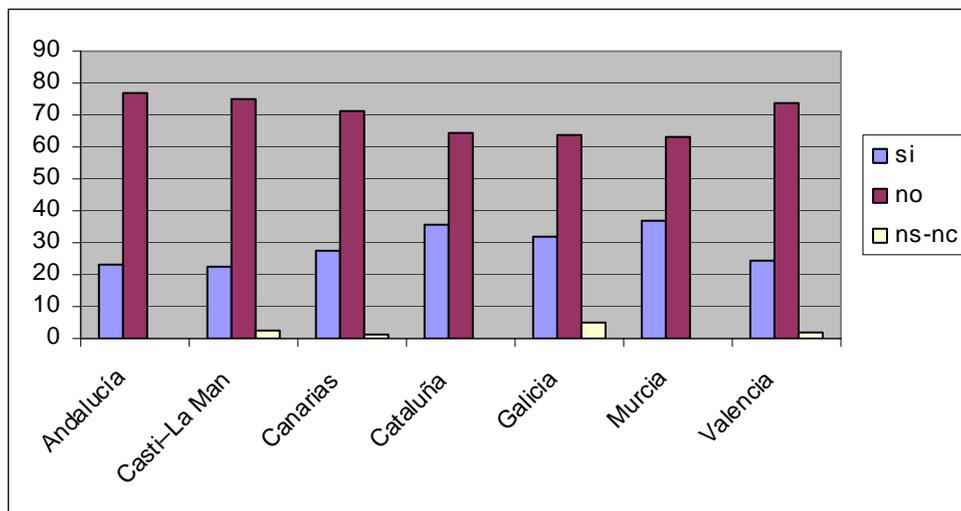
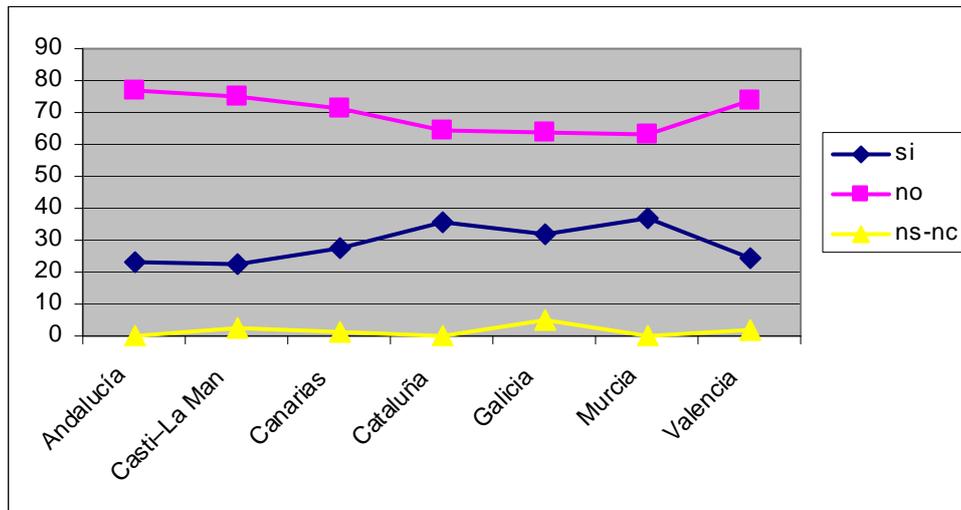
Tanto la prescripción, como el diagnóstico, como el tratamiento generalizado de cualquier tipo de intervención, se convertirían en un ciclo de dependencia motivado por la necesidad de ser diagnosticado e intervenido de forma recurrente, sin expectativa de cura.

Los procesos de Incapacidad Laboral Temporal, como parte integrante de esta conducta prescriptora del Médico de Atención Primaria, estarían afectados por este mismo comportamiento.

Tanto en una dirección, como en otra, el análisis que se efectúe, muestra un alto porcentaje con esta conducta, errada, y perjudicial, para el paciente, y para el sistema.

DOSIS

Pronóstico																				
Ítem nº 28: La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo																				
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
23	77	0	22,2	75	2,8	27,6	71,4	1	35,4	64,6	0	31,8	63,5	4,7	36,7	63,3	0	24,3	73,9	1,8



Ítem 28.- La prescripción farmacológica, garantiza el pronóstico evolutivo.

Si ya existen dificultades para garantizar el pronóstico evolutivo por cualquier prescripción farmacológica en muchas enfermedades, mucho más se complejiza estas carencias en Salud Mental, y sobre todo, cuando encontramos un panorama tan confuso en cuanto a prescripción, no solo en España, sino como un patrón deficiente contundente a nivel internacional.

En este contexto, más del 22% de los Médicos de Atención Primaria en todas las Comunidades, afirma como garantía de la evolución, la prescripción farmacológica. Cuando esta prescripción, se efectúa de manera alterada desde el diagnóstico, en un porcentaje alto, de forma sostenida, como hemos comprobado en anteriores ítems.

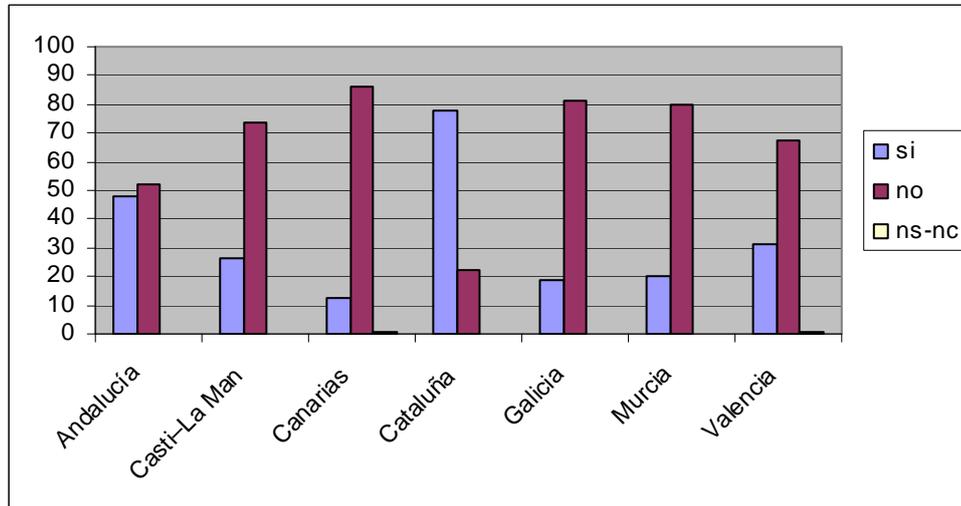
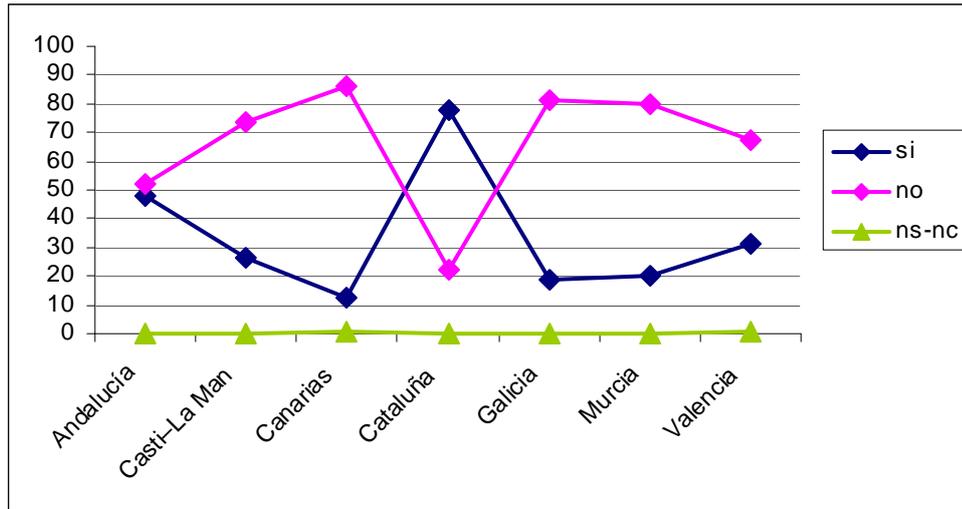
Por otra parte, los porcentajes que niegan esta eficacia garantista de los fármacos, son simultáneamente superiores al 63% en todas las Comunidades, lo cual refleja, por otra parte, un alto nivel de desconfianza en la utilidad de los fármacos, incluso en Cataluña.

La propia evolución de un cuadro puede interferir en los fármacos, los propios fármacos pueden ser contraproducentes en determinadas situaciones clínicas, y por distintos motivos. Los hallazgos previos, mostraban en la literatura científica, situaciones de incongruencia prescriptiva, que tienen su origen, en gran medida, en estas deficiencias que refleja este ítem.

Placebo, prescripción, etica, deontologia

Ítem nº 12: El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
47,8	52,2	0	26,4	73,6	0	12,8	86,2	1	77,7	22,3	0	18,8	81,2	0	20	80	0	31,5	67,6	0,9



Ítem nº 12: El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental.

Destaca Cataluña, donde en un 78% afirman utilizarla con frecuencia y ser una estrategia consolidada. Andalucía en un porcentaje del 48% y existe en un porcentaje cercano o superior al 20% en todas las restantes Comunidades, menos en Canarias, donde su presencia es de cerca del 13%.

La utilidad del placebo, sin embargo, y principalmente en Salud Mental, presenta una controversia notable, sobre todo por sus altos riesgos, actuando en muchas ocasiones como un robustecedor de la cronicidad de los síntomas, en la aparición de otros nuevos, y generando una gran desconfianza, a largo plazo, en la terapia, el terapeuta, y en el propio sistema.

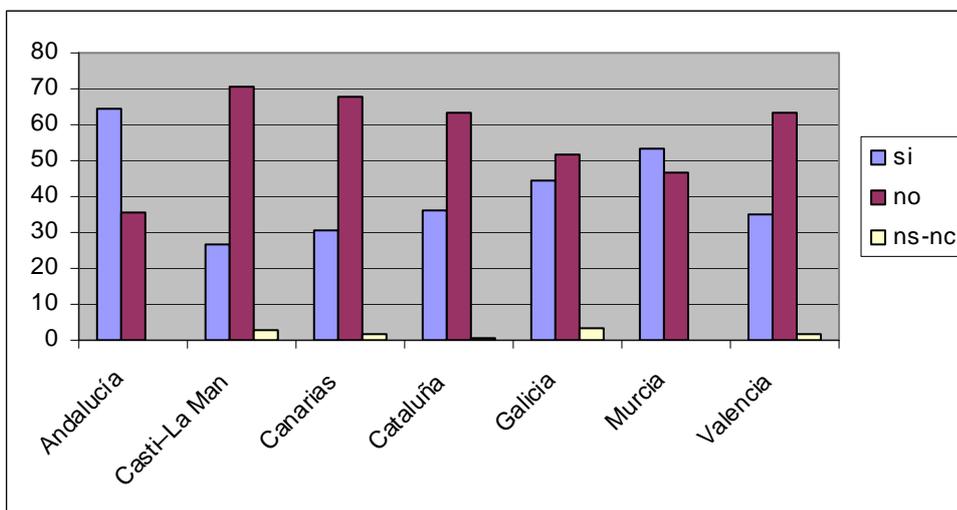
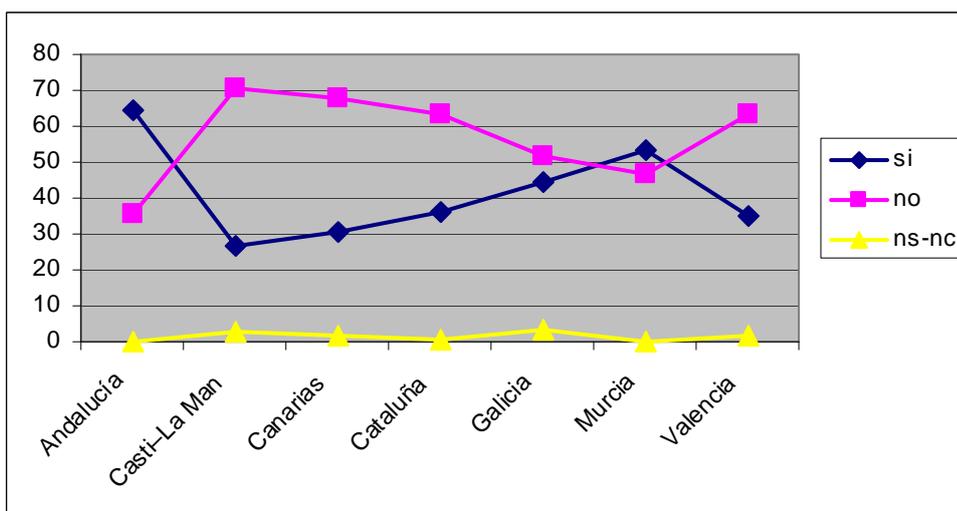
Como estrategia terapéutica, es un comportamiento que podría asemejarse en multitud de ocasiones, a la concepción de Bajas Laborales como criterio beneficioso para el paciente, independientemente de sus circunstancias, generando un fortalecimiento, por contagio, de actitudes hacia la baja laboral, la salud mental, y la asistencia sanitaria, desajustadas, e incorrectas.

Y con la colaboración inadecuada del propio terapeuta. Aunque no lo pretenda

Reducción de la Dosis

Ítem nº 29: La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita

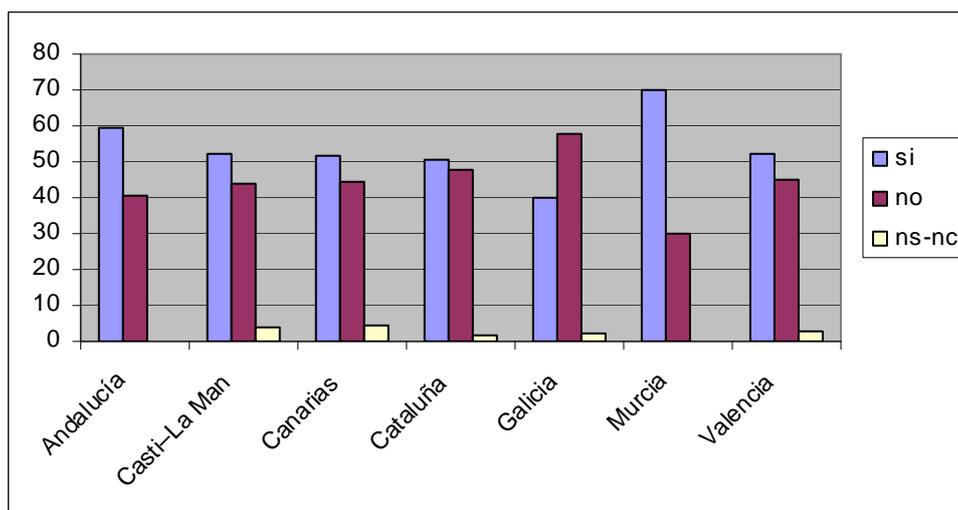
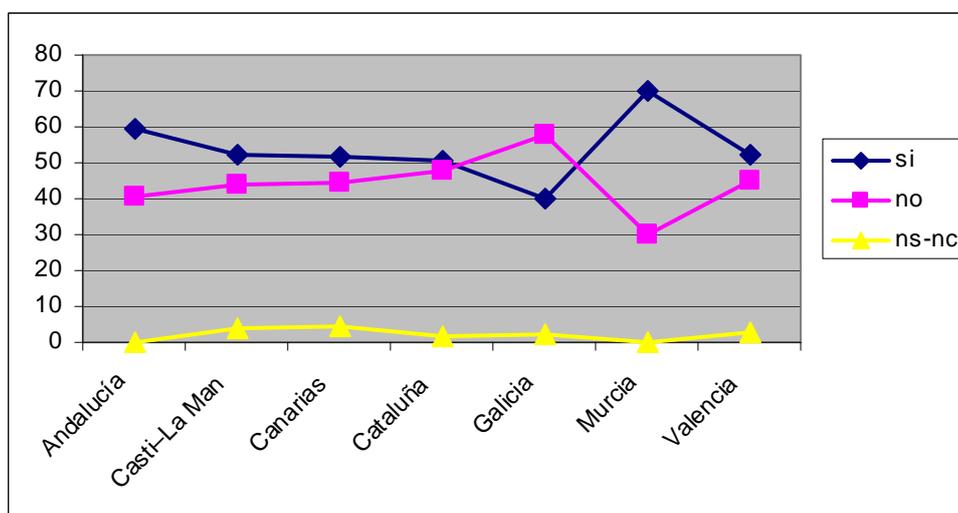
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
64,6	35,4	0	26,6	70,4	3	30,6	68	1,4	36,1	63,1	0,8	44,7	51,8	3,6	53,3	46,7	0	35,1	63,1	1,8



Dosis Mínimas

Ítem nº 30 : Las dosis mínimas previenen efectos secundarios

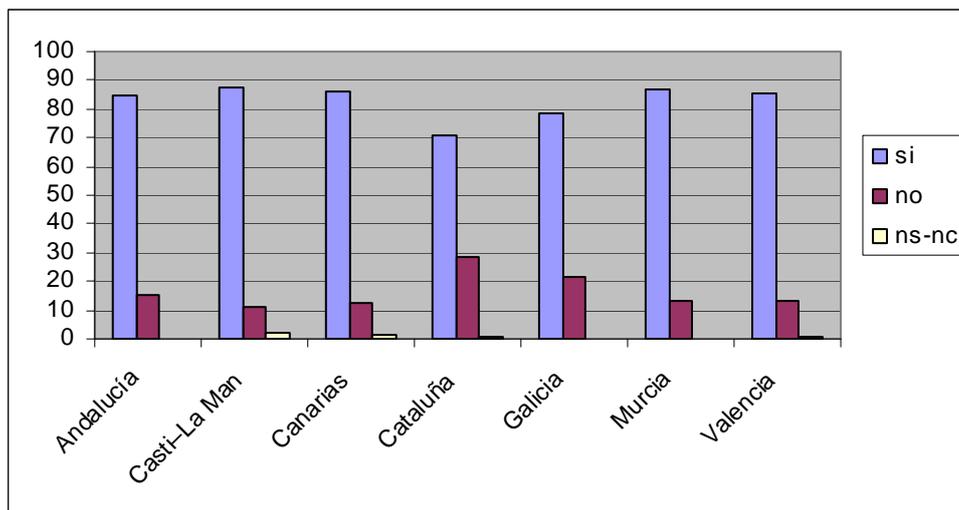
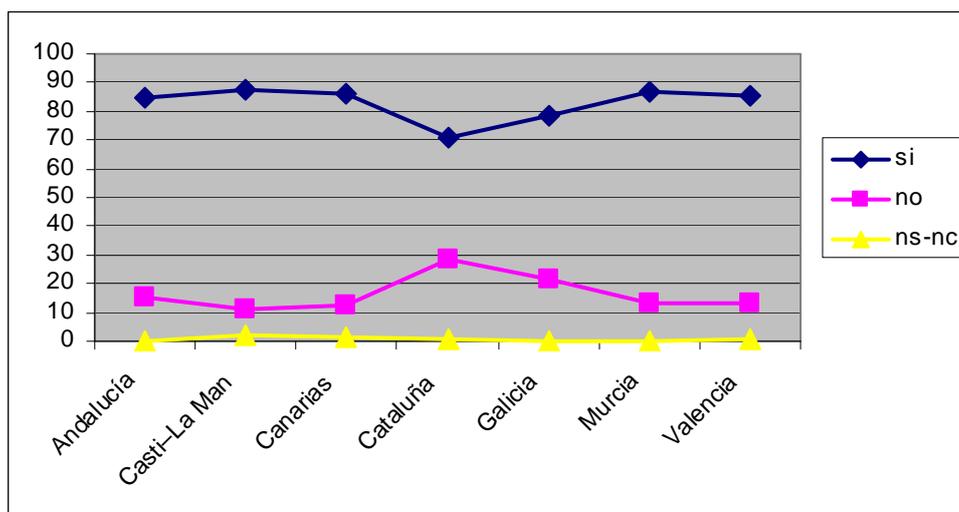
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
59,3	40,7	0	52,1	43,9	4	51,4	44,4	4,2	50,7	47,7	1,6	40	57,6	2,4	70	30	0	52,2	45,1	2,7



Efectos Secundarios

Ítem nº 31 : Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
85	15	0	87,2	10,8	2	86,1	12,5	1,4	70,8	28,4	0,8	78,8	21,2	0	86,7	13,3	0	85,6	13,5	0,9



Ítem 29.- La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita.-

Ya comprobamos en la literatura científica el profundo riesgo que incorpora la reducción de la dosis en el encallamiento de los cuadros, siendo uno de los motivos principales de la falta de resolución longitudinal de la terapia.

Sin embargo, todas las Comunidades muestran un porcentaje mayor del 30% con respuestas afirmativas; en Andalucía y Murcia, superando el 53%. Incluso en las Comunidades más 'biologicistas' como Cataluña, la muestra refleja una tasa superior al 36% de respuestas afirmativas, incorrectas, en este ítem.

Ítem 30.- Las dosis mínimas previenen efectos secundarios.-

La realidad, es totalmente, la contraria. Sin embargo, en Galicia el 40% refleja respuestas afirmativas, en todas las demás superan el 51%, alcanzando Murcia el 70%.

Ítem 31.- Los efectos secundarios del fármaco, interfieren en la evolución del cuadro.

Muchos de los efectos secundarios, desaparecen en la primera semana de tratamiento continuo. En muchos cuadros, los síntomas del cuadro psicopatológico, se confunden con los efectos que provoca el tratamiento, por su similitud o semejanza.

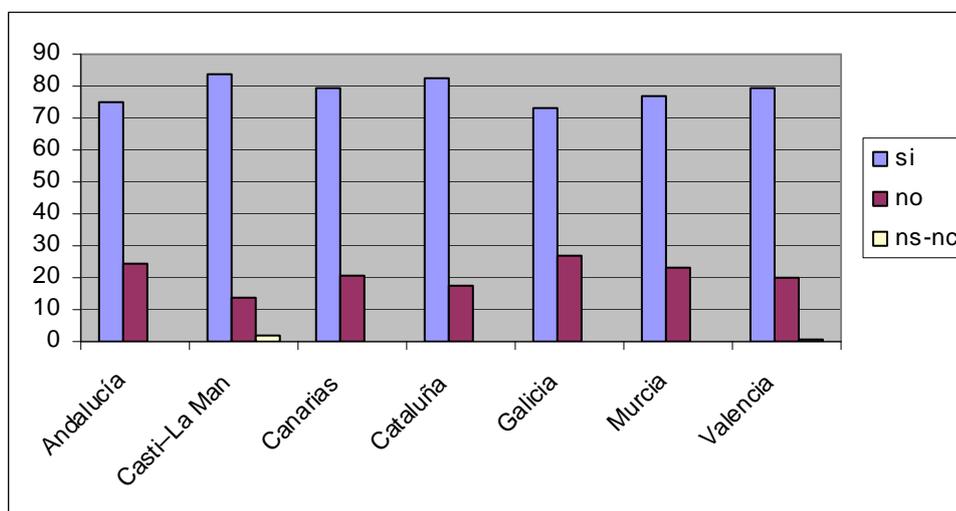
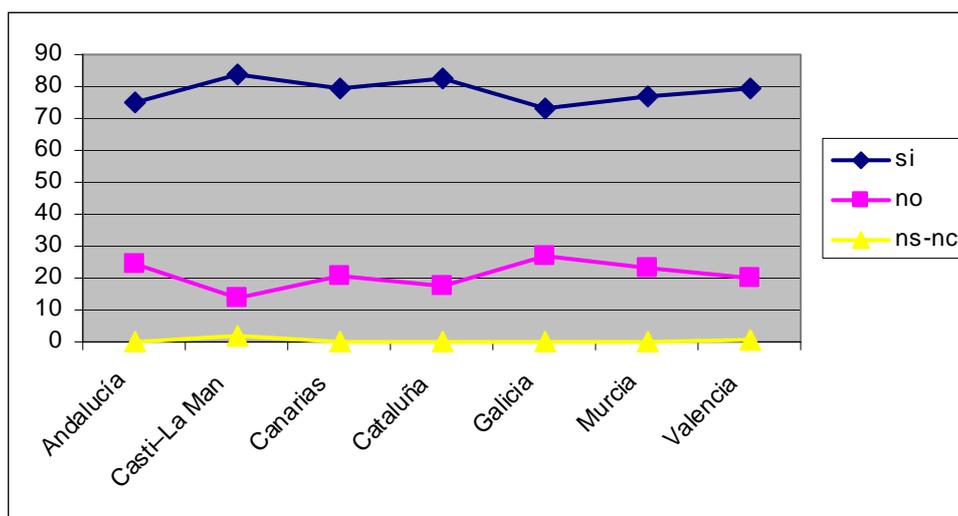
Sin embargo, el patrón de respuestas afirmativas superior al 70%, se produce en todas las Comunidades

Por tanto, los deficits que estamos encontrando a nivel de terapia y prescripción de psicofármacos, reflejan unas deficiencias notables en los Médicos de Atención Primaria, que no se limitan al conocimiento y capacidades para el manejo del diagnóstico, sino que persisten respecto a la utilidad de los fármacos.

Pronóstico

Ítem nº 38 : Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
75,2	24,2	0	84	14	2	79,2	20,8	0	82,3	17,7	0	72,9	27,1	0	76,7	23,3	0	79,3	19,8	0,9



Ítem 38.- Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo.-

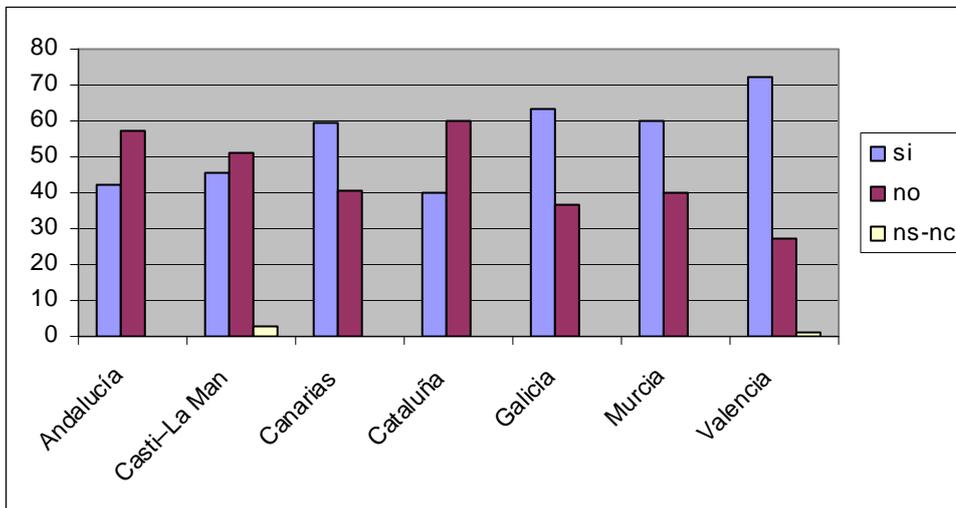
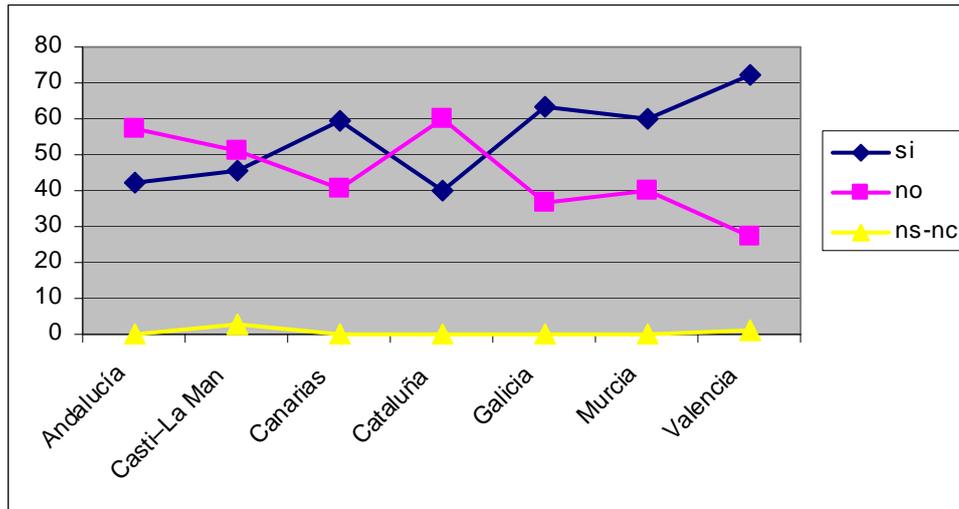
Los efectos de los fármacos son visibles a corto plazo, en la mayoría de las ocasiones, bien como efectos adversos de distinto tipo, bien como efecto apreciable, aunque fuera bajo. Distinto es la continuidad en la toma del fármaco, para garantizar su fortalecimiento, y para que la acción sea perdurable.

Sin embargo, todas las Comunidades muestran más de un 70% de afirmaciones, que pudiera estar representando incluso, un riesgo, para determinadas fases agudas de distintas patologías, cuando se requiere acción inmediata suficiente para frenar los efectos de la sintomatología, a dosis adecuadas, y pudieran no producirse, por ignorancia en la tarea prescriptora esencial.

No es, por otra parte, coherente, esta respuesta, con el resto de las encontradas en otros ítems relacionados.

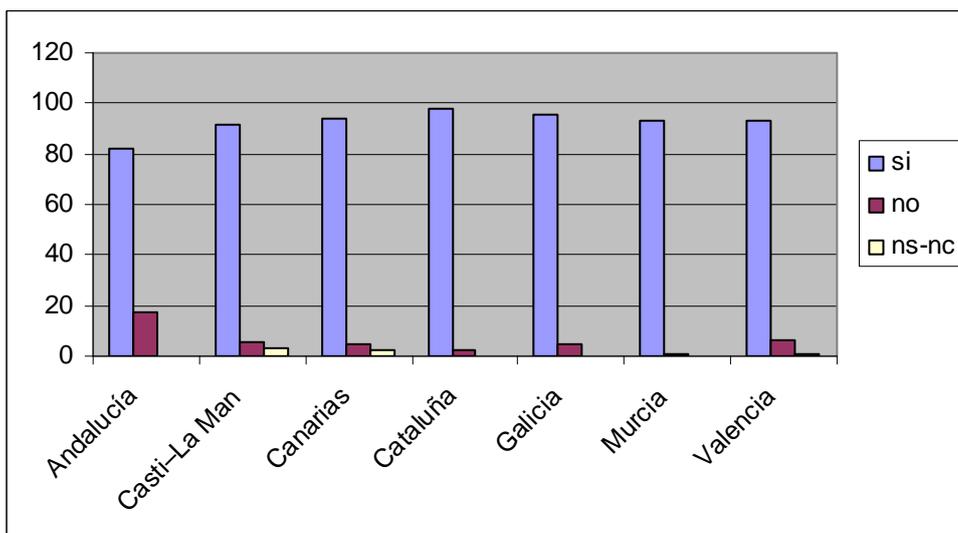
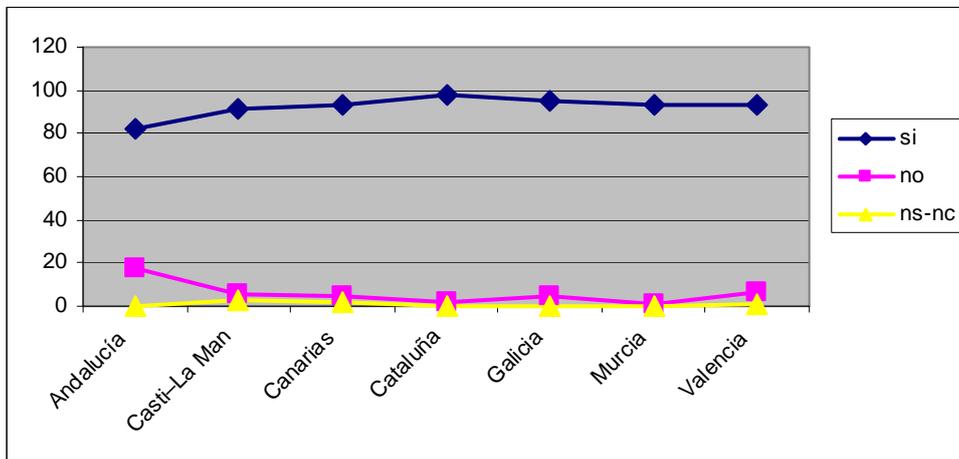
Ítem nº 36 : Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
42,5	57,5	0	45,7	51,3	3	59,7	40,3	0	40	60	0	63,5	36,5	0	60	40	0	72,1	27	0,9



ASPECTOS FUNCIONALES

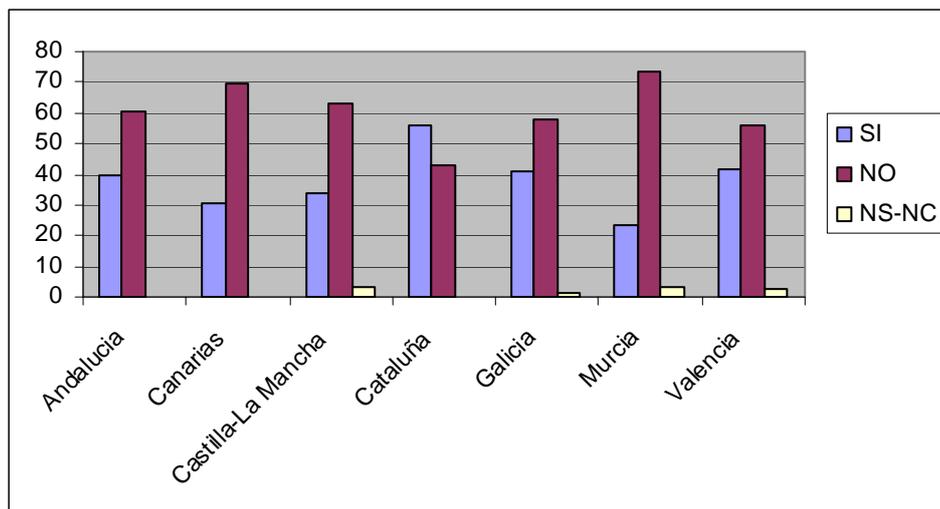
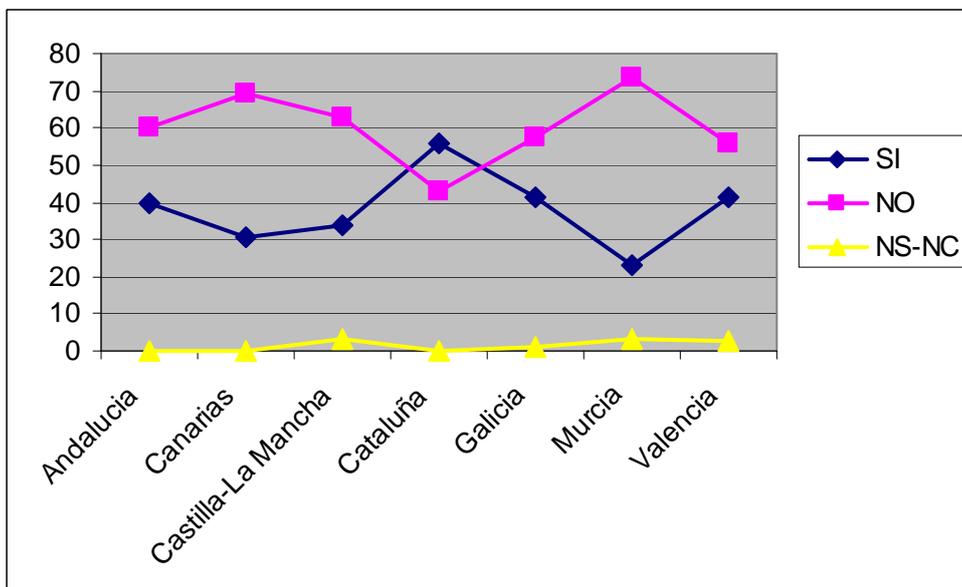
Formación																				
Ítem nº 5: De contar con bonificación-reducción cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional																				
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
82,4	17,6	0	91,7	5,5	2,8	93,6	4,4	2	97,7	2,3	0	95,3	4,7	0	93,3	0,7	0	92,8	6,3	0,9



Coordinación

Ítem nº 6: La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente

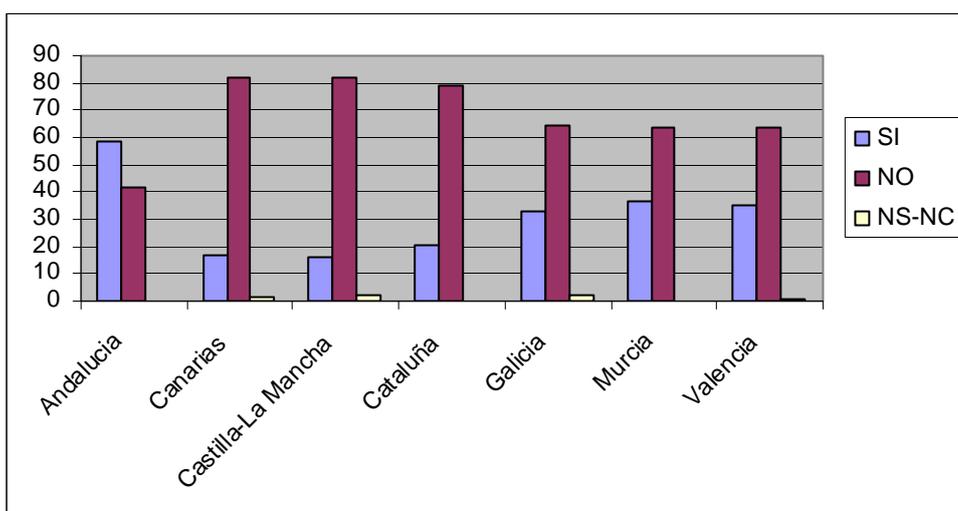
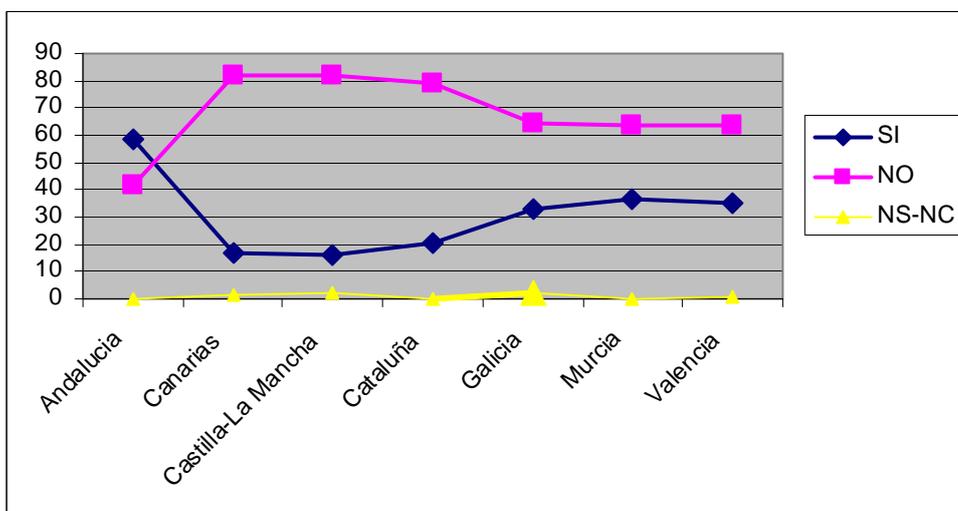
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
39,8	60,2	0	30,6	69,4	0	34	63	3	56,1	43,1	0,8	41,2	57,6	1,2	23,3	73,4	3,3	41,4	55,9	2,7



Acceso al Especialista Directamente

Ítem nº 24: Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por especialista directamente desde la primera consulta

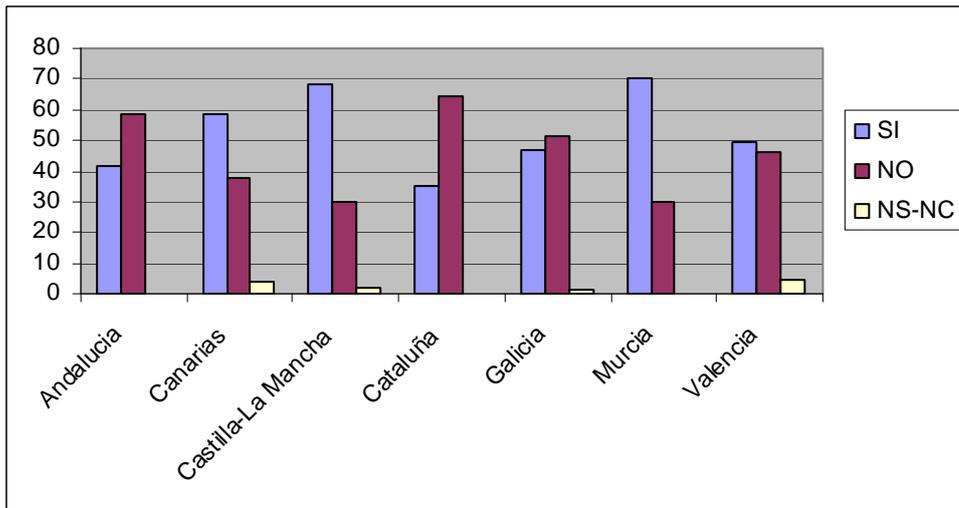
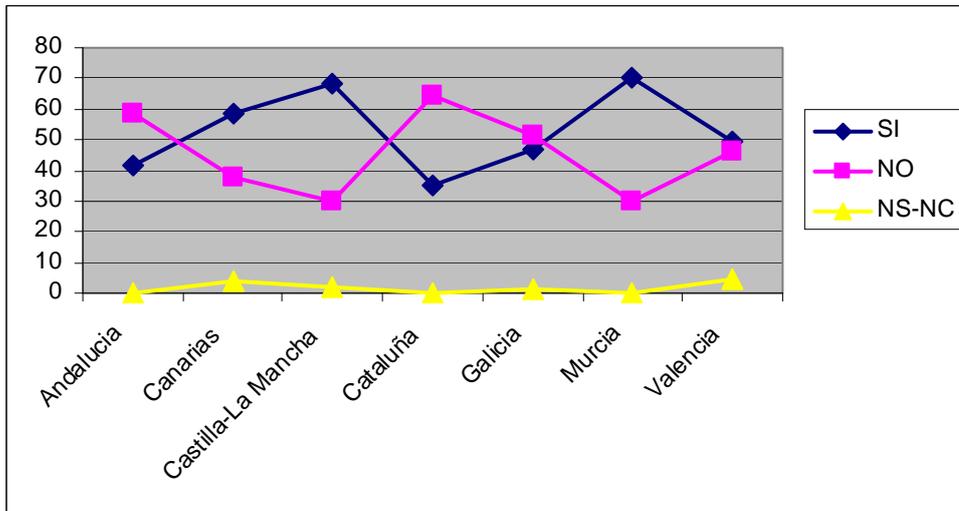
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
58,4	41,6	0	16,7	81,9	1,4	15,9	82,1	2	20,7	79,3	0	32,9	64,7	2,4	36,7	63,3	0	35,1	64	0,9



Nivel Percepción Cualificación

Ítem nº 7: Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
41,6	58,4	0	58,3	37,5	4,2	68,1	29,9	2	35,4	64,6	0	47,1	51,7	1,2	70	30	0	49,5	46	4,5



Ítem nº 5: De contar con bonificación- reducción cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional

La respuesta, es afirmativa, en toda la muestra, en tasas superiores al 83%. Un reconocimiento de su necesidad de formación que se explicita de forma rotunda.

Este dato, habría que situarlo en el conjunto del análisis del tipo de formación que en la actualidad han estado recibiendo los Médicos de Atención Primaria, y de los resultados que se han ido detectando: la formación que tienen en la actualidad, refleja las carencias que se han detectado en este Programa para esta muestra.

Ítem nº 6: La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente

Salvo en Cataluña, los resultados confirman que se percibe como No Eficiente en todas las restantes Comunidades.

Ítem nº 24: Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por especialista directamente desde la primera consulta

En Andalucía, las respuestas negativas han sido del 42%; en el resto de las Comunidades las respuestas negativas no bajan del 63%.

Ítem nº 7: Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta

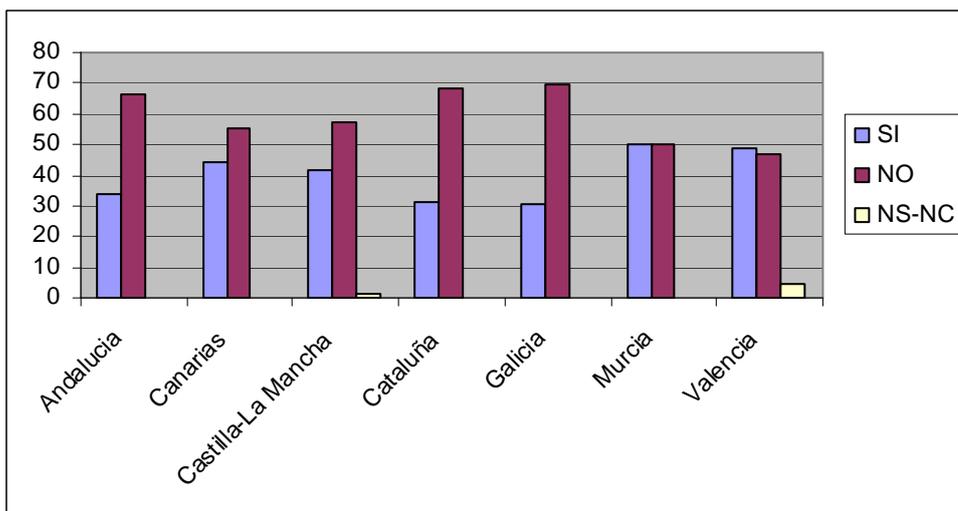
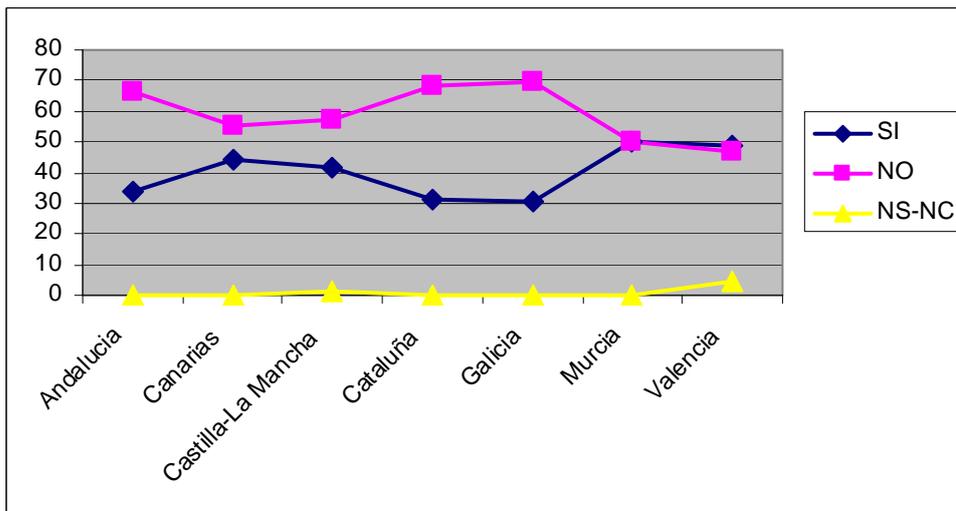
En un promedio global mínimo del 53%, los resultados son afirmativos.

Esta percepción de cualificación suficiente, que podría parecer incongruente con los resultados mostrados anteriormente, sin embargo, a nuestro juicio, pone de manifiesto el desconocimiento que existe respecto a la estructura psíquica, su funcionamiento, el cómo analizarla, cómo evaluarla, qué es relevante en cada comportamiento, cual es el curso o el pronóstico esperable, y que abordaje necesita.

Repetición Recetas

Ítem nº 9: La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
33,6	66,4	0	44,4	55,6	0	41,5	57,5	1	31,5	68,5	0	30,6	69,4	0	50	50	0	48,6	46,9	4,5



En el ítem 9, la repetición de recetas no requiere visita clínica añadida, para un 40% de promedio de todas las Comunidades.

Esta conducta de no comprobar la evolución del cuadro, puede estar representando una asignación errada del diagnóstico y la terapéutica aplicada, y un aspecto intrínseco de rutina consolidada que refleja que no se realiza un seguimiento del paciente, ni una revisión cautelara de la evolución.

Pero el control de los efectos de la propia medicación, la comprobación de la presentación de los síntomas, la simple adherencia y seguimiento del tratamiento, desterrar el porcentaje de incertidumbre que pudiera existir en cualquier intervención clínica, el cumplimiento añadido de la historia clínica, se evoca como un comportamiento que pudiera no estar presente para un 40% de promedio de la muestra en el total de las Comunidades Autonomas.

Respecto a la baja laboral, con el requisito esencial de comprobación de la evolución del cuadro y su reflejo y comunicación escrita, para el 40% de los médicos – de promedio - , es una conducta inexistente.

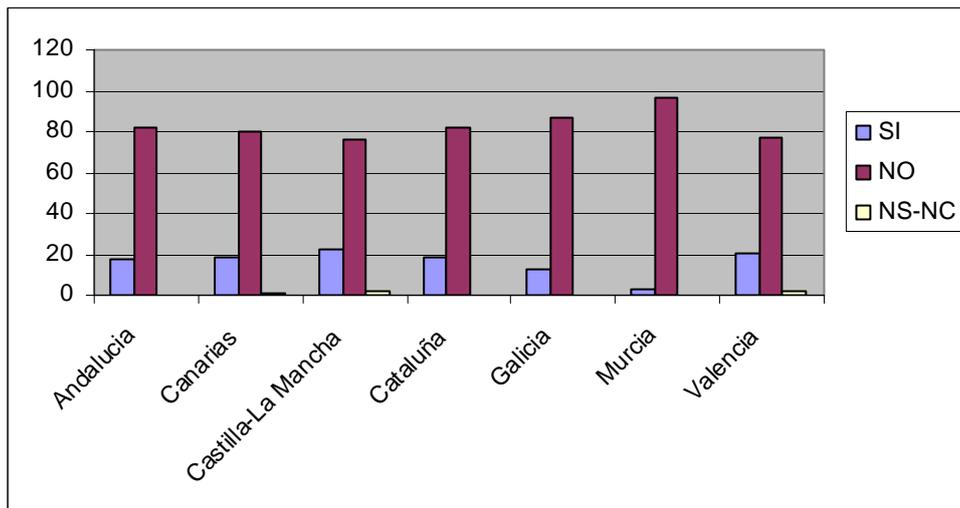
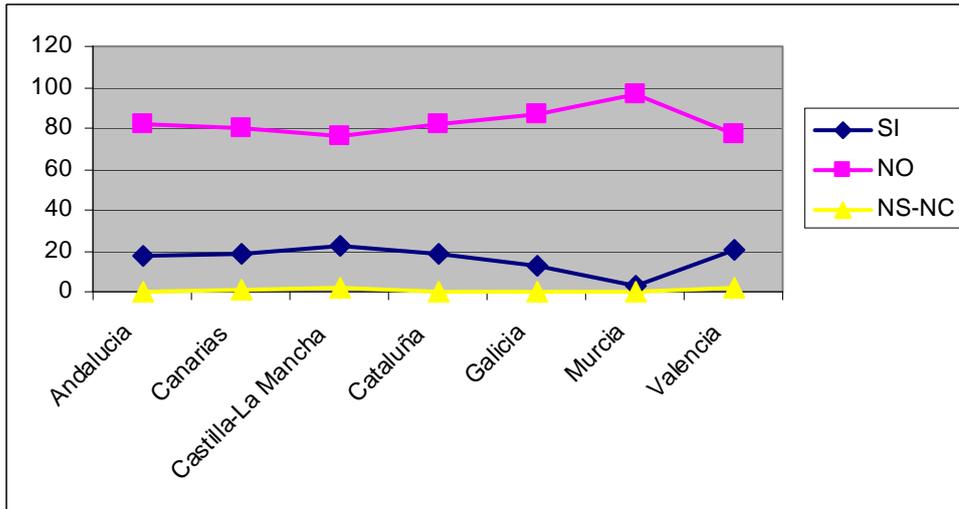
Estando ante un ítem negativo, evaluaríamos en función del patrón inverso de respuesta, reflejando una tendencia semejante: un alto porcentaje, no realiza el control diagnóstico, terapéutico y administrativo, exigible, por ser un comportamiento de rutina profesional, ineludible.

No encontramos justificación, sin embargo, para dar la vuelta al ítem, en cuanto que su carácter de negación, debido al altísimo y prolongado nivel académico, que se requiere para ejercer de profesional en Centros de Atención Primaria, y por ser el trabajo con hipótesis, datos y pesquisa, contrapuestas, un hábito cognitivo básico en el ejercicio de la medicina, ante todas las patologías.

Vínculos Pacientes - Derivación

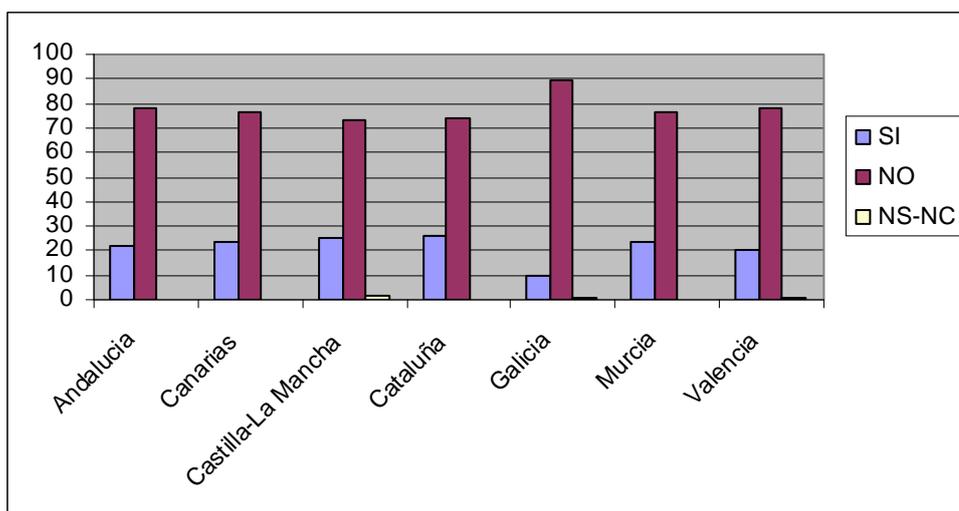
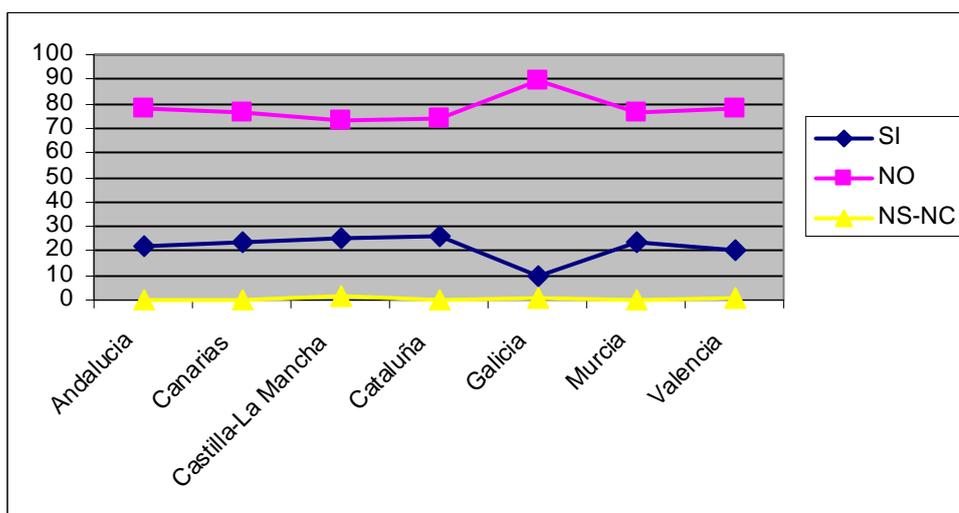
Ítem nº 39: La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
17,7	82,3	0	18,9	79,7	1,4	22,3	75,7	2	18,5	81,5	0	12,9	87,1	0	3,3	96,7	0	20,7	77,5	1,8



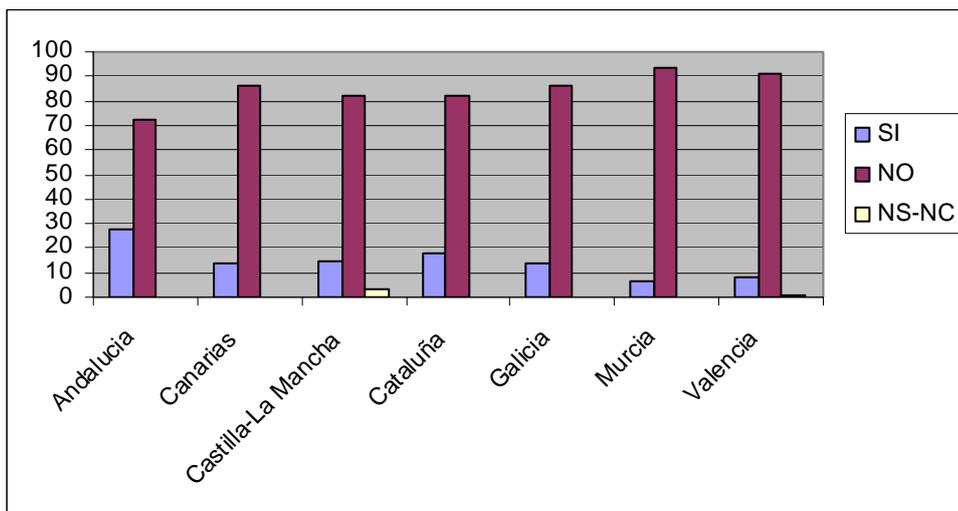
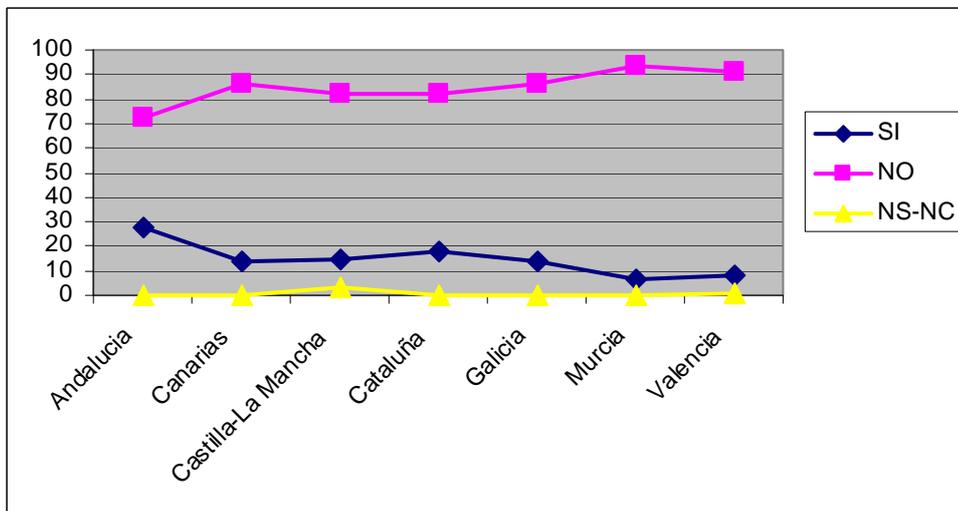
Ítem nº 41: La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
22,1	77,9	0	23,6	76,4	0	24,8	73,2	2	26,1	73,9	0	9,4	89,4	1,2	23,3	76,7	0	20,7	78,4	0,9



Ítem nº 40: La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
27,4	72,6	0	13,9	86,1	0	14,9	82,1	3	17,7	82,3	0	14,1	85,9	0	6,7	93,3	0	8,1	91	0,9



Ítem nº 39: La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente ;

Ítem nº 41: La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente ;

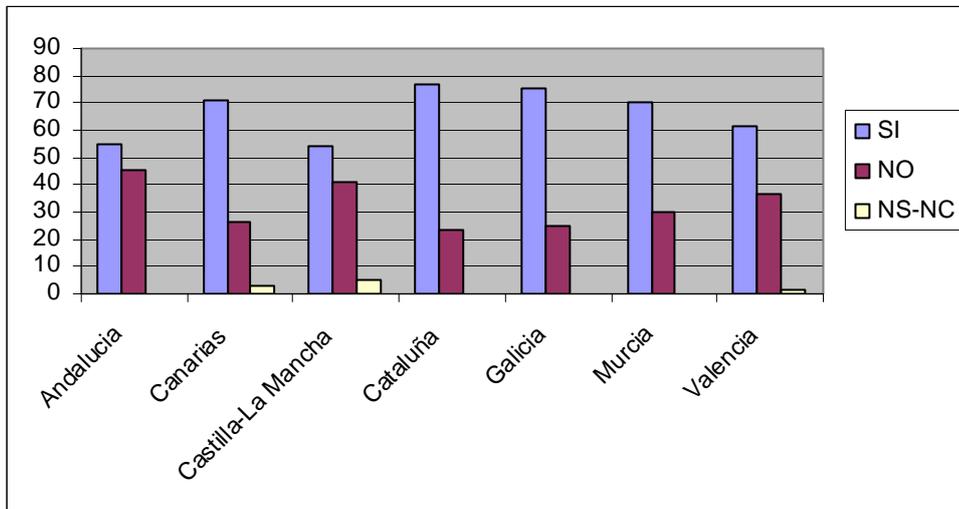
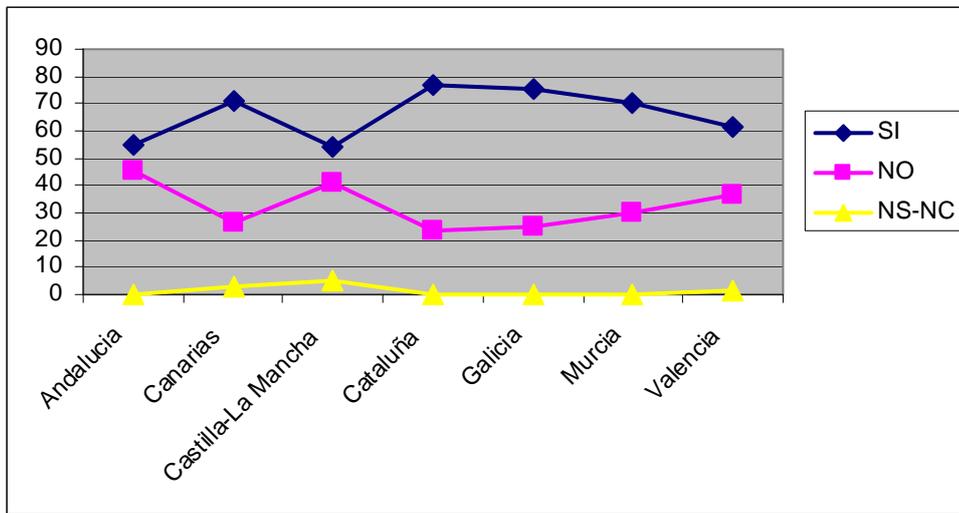
Ítem nº 40: La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública

En estos tres ítems, encontramos respuestas negativas mayoritarias en todas las Comunidades, y superiores al 75% en todas, y para los tres ítems.

Por tanto, aunque había un alto porcentaje de queja respecto a la coordinación actual con las Unidades de Salud Mental, no aparece reflejado que haya impedimento en el Médico de Atención Primaria que ha respondido este cuestionario, a Coordinarse con el Especialista, ni público, ni privado, por deterioro de su capacidad de maniobra con el paciente, ni por el vínculo terapéutico necesario.

BAJA LABORAL

Terapia- Baja Provisional																				
Ítem nº 15: Antes derivar, recomendable comprobar como es evolución, facilitando baja provisional de forma simultánea																				
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
54,9	45,1	0	70,8	26,4	2,8	54,3	40,7	5	76,9	23,1	0	75,3	24,7	0	70	30	0	61,3	36,9	1,8



Ítem 15.- Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja de forma simultánea.

Superan el 54% de respuestas afirmativas, todas las Comunidades; Valencia, supera el 61%, y el 70% o más, reflejan Murcia, Galicia, Cataluña, Castilla-La Mancha.

Si existen motivos suficientes para otorgar la baja laboral y la posibilidad de tener que derivar de forma posterior, en el contexto asistencial y diagnóstico que estamos encontrando de forma empírica, este ítem refleja un margen de maniobra con alto grado de inadecuación a la realidad del paciente que, mientras evoluciona, está en una provisionalidad, que no garantiza ningún margen de mejoría real, dadas las características de estos hallazgos que reflejamos.

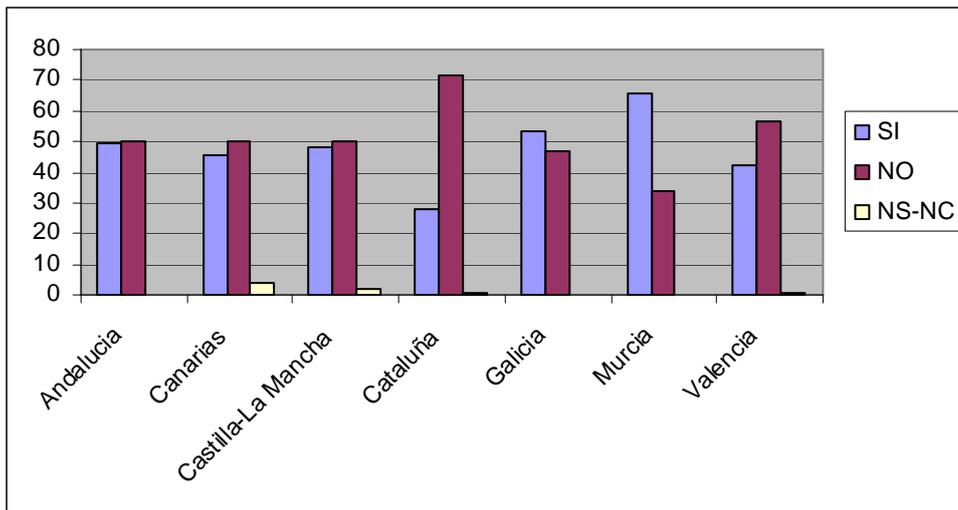
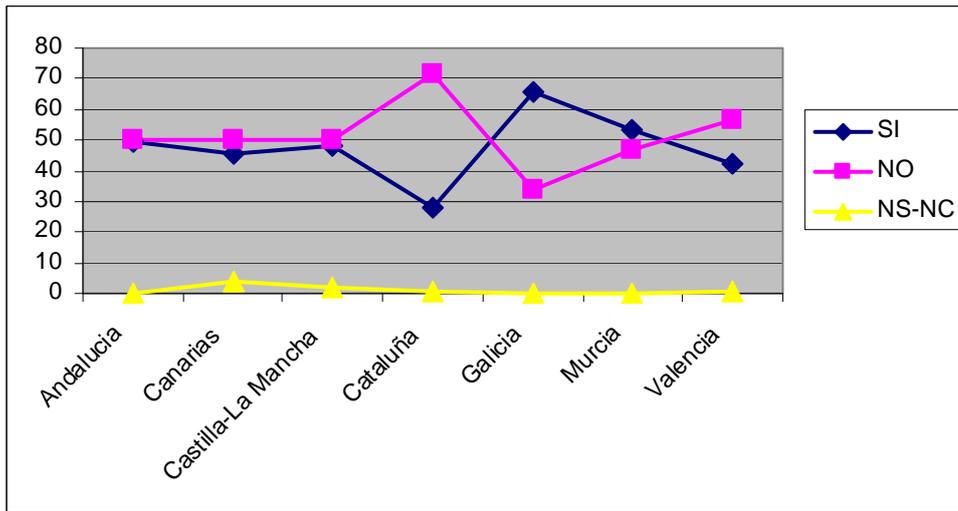
De contar con asistencia profesional adecuada, esta estrategia de prescripción de incapacidades provisionales inciertas, se vería fuertemente afectada, mejorando la calidad de la atención y la seguridad de los diagnósticos e intervenciones.

La repercusión de esta conducta que confirman los Médicos de Atención Primaria, ahonda en los efectos y repercusiones económicas, y vitales, sobre el conjunto de la sociedad, por el uso de una figura, la Incapacidad Laboral, con bastante libertad

Por Situación Laboral Exclusiva

Ítem nº 16: La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata

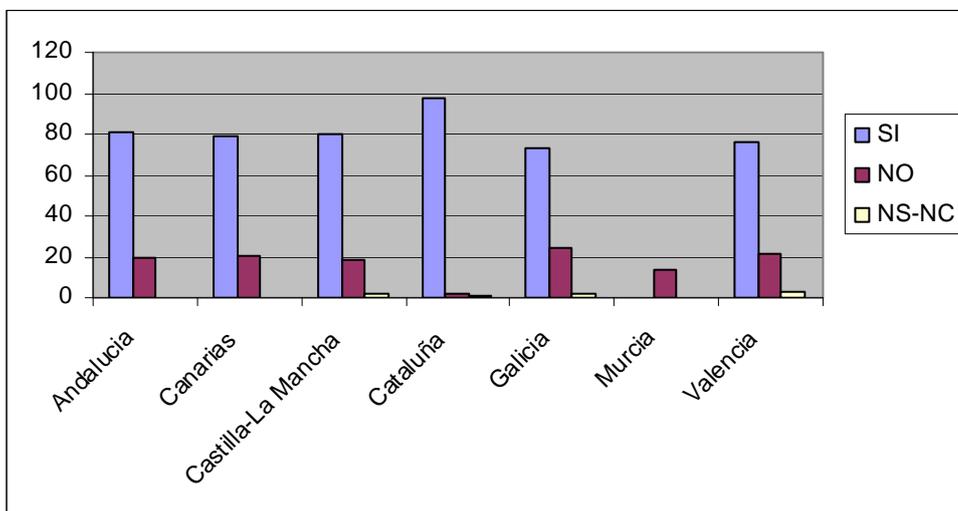
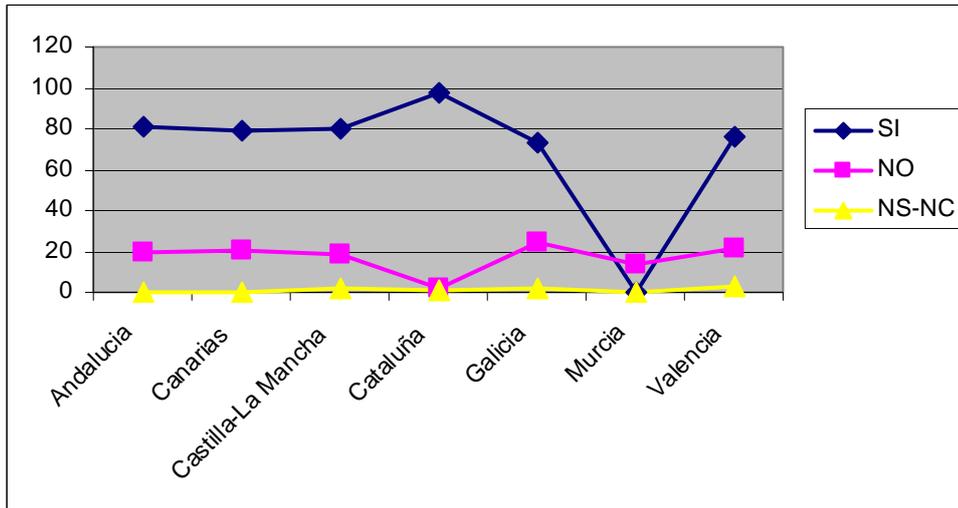
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
49,6	50,4	0	45,8	50	4,2	47,9	50,1	2	27,7	71,5	0,8	65,9	34,1	0	53,3	46,7	0	42,3	56,8	0,9



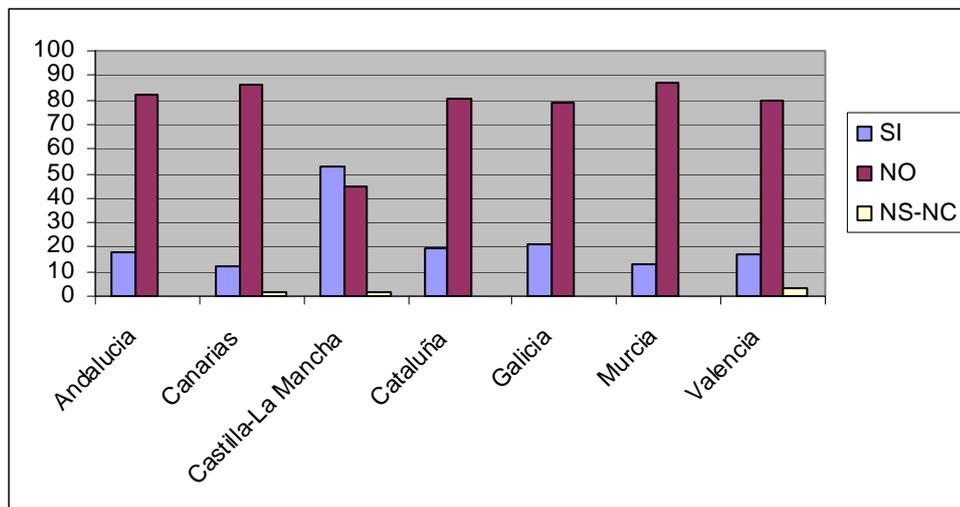
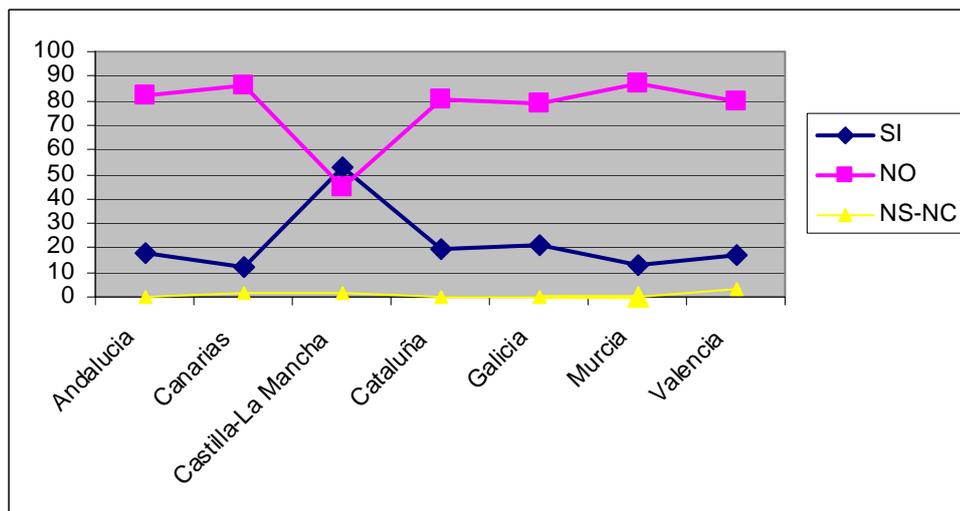
Prolongación Bajas por Demora Asistencial

Ítem nº 27: La demora en la atención en la unidad salud mental, obliga a la prolongación de la baja laboral temporal

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
80,5	19,5	0	79,2	20,8	0	79,8	18,2	2	97,7	1,5	0,8	72,9	24,7	2,4	86,7	13,3	0	75,7	21,6	2,7



Género																						
Ítem nº 17: En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia																						
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia				
17,7	82,3	0	12,5	86,1	1,4	53	45	2	19,2	80,8	0	21,2	78,8	0	13,3	86,7	0	17,1	79,3	3,6		



Ítem nº 16: La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata.-

Los resultados presentan un patrón de respuestas con semejanzas en ambas respuestas: en las Comunidades de Andalucía, Canarias y Castilla – La Mancha, el No apenas sobrepasa, y en Murcia donde el Si predomina en algo.

Cataluña con un 71%, y Valencia con 57% muestran un No como respuesta mayoritaria.

Sin embargo, desde un Modelo de Salud Bio-Psico-Social, tanto como desde una evaluación multiaxial, en psicopatología no puede desconsiderarse la relevancia de las situaciones del entorno y del contexto, como un factor de impacto notable, y suficiente, por sí solo, que podría ocasionar deterioro en la salud, capaz de requerir la Baja Laboral, aunque sólo fuera con carácter momentáneo y circunstancial.

La repercusión de los costes derivados del presentismo, deteriorando el nivel de rendimiento y la productividad, alcanzan una cuantía económica que multiplica el impacto económico real, por situaciones donde la Baja Laboral momentánea, no debería estar restringida, en todos los casos.

Como no lo está, en el ítem siguiente:

Ítem nº 27: La demora en la atención en la unidad salud mental, obliga a la prolongación de la baja laboral temporal

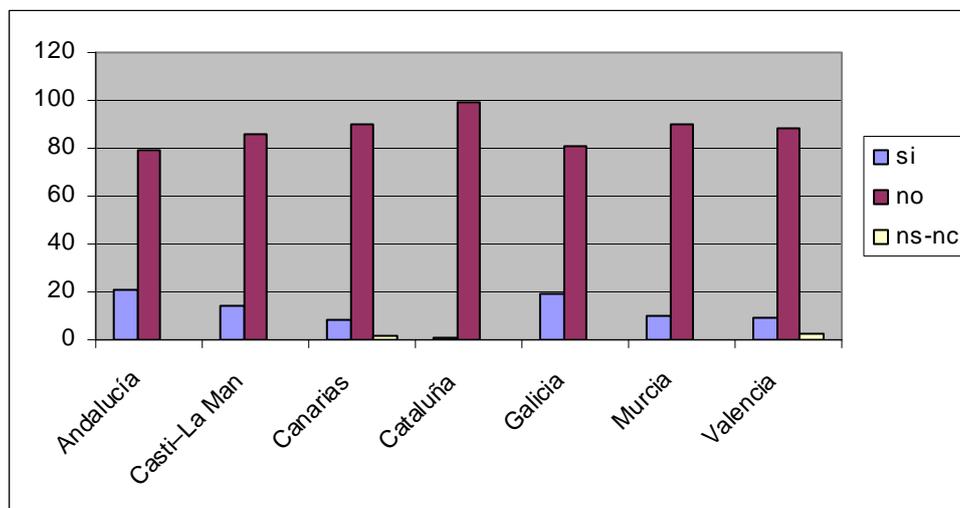
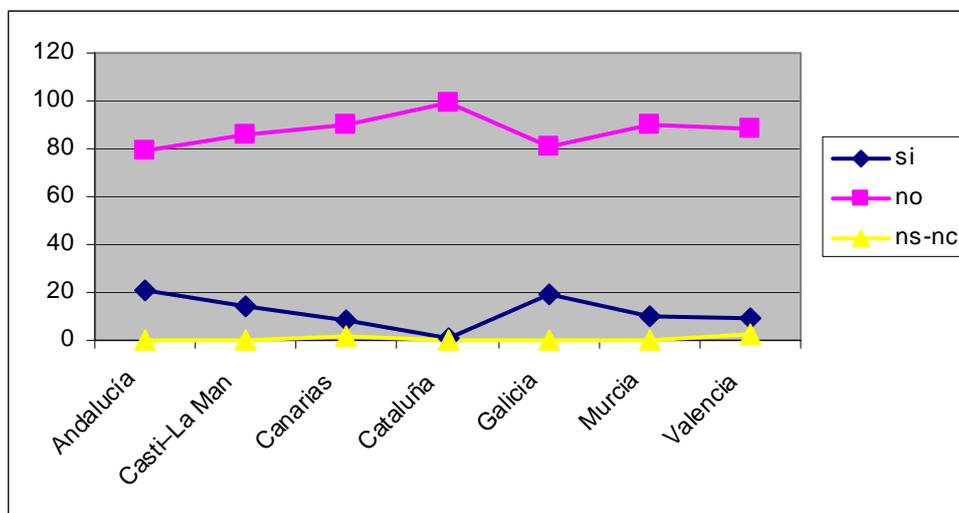
Y, sin embargo, sería objeto de otra reflexión posterior, ítem 17, analizar el rechazo global a que la mujer acceda a esta protección que se da por demoras organizativas del sistema sanitario, pero se niegan en el caso de que los estresores psicosociales momentáneos, pudieran ser un disparador que requiriera, para alguna mujer, esta misma intervención circunstancial:

Ítem nº 17: En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

Ítem nº 10: El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción

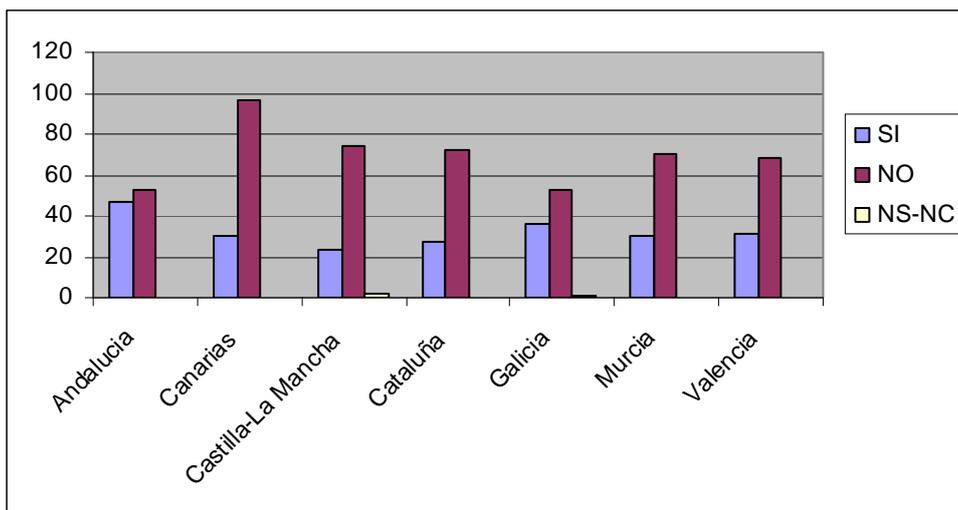
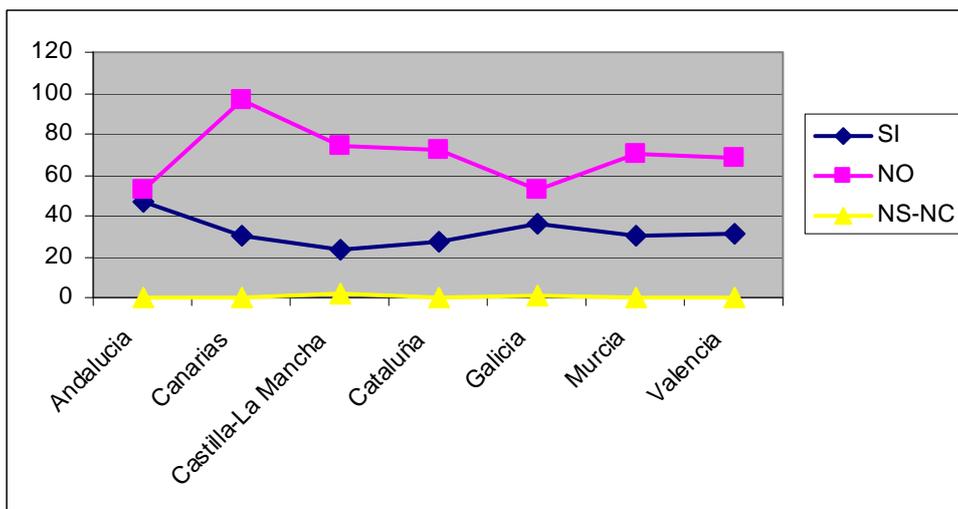
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
21,2	78,8	0	13,8	86,2	0	8,3	90,3	1,4	0,8	99,2	0	18,8	81,2	0	10	90	0	9	88,3	2,7



Limitaciones, Restricción Prescripción

Ítem nº 11: Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
46,9	53,1	0	30,6	96,4	0	23,4	74,6	2	27,7	72,3	0	36,5	52,3	1,2	30	70	0	31,5	68,5	0



Ítem nº 10: El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción

Para la muestra analizada, el grado de innovación que incorpora un producto, no supone una garantía en la prescripción, así lo reflejan las tasas, superiores al 79% en todas las Comunidades.

Sin embargo, se observa un 'aumento espectacular en la comercialización de fórmulas nuevas de medicamentos conocidos' (Lallana y Rabaneque, 2005). Durante el periodo 2000-2003, se comercializaron, por ejemplo, 50 nuevos principios activos, de los cuales el 76% de ellos no suponía mejora terapéutica respecto a los existentes; sin embargo, representaron el 68,5% de los fármacos prescritos como novedades.

Los fármacos pertenecientes al Sistema Nervioso Central, fueron los más utilizados; sin embargo, sólo el 20% aportaban alguna mejora respecto a los existentes en el mercado, y no más del 4% fue clasificado realmente como innovador.

Como conclusión, coincidente con Lallana y Rabaneque (2005): el médico no tiene en cuenta este criterio, a la hora de introducir nuevos fármacos en su vademécum particular.

Pero, a la vista de los resultados que encontramos, cabe afirmarse que conoce, perfectamente, esta realidad.

Ítem nº 11: Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco

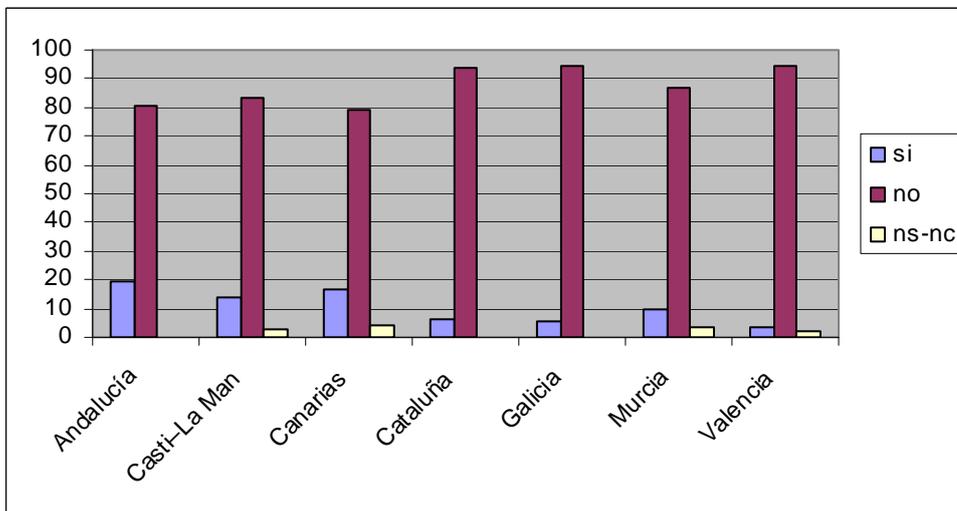
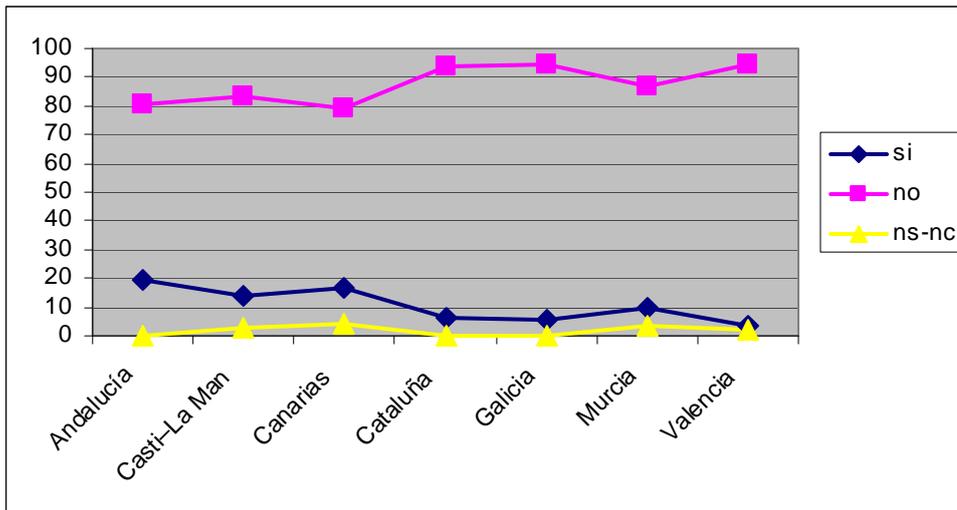
Más del 53% en todas las Comunidades, no se encuentra limitado a la hora de prescribir un fármaco. Murcia, Canarias, Cataluña, Castilla – La Mancha, reflejan porcentajes superiores al 70%.

Este ítem, debe ser comparado con los resultados comprobados anteriormente: la prescripción mantiene un crecimiento continuo, llegando a ser exponencialmente relevante en determinados psicofármacos; los datos confirman que se prescribe, a pesar de que no supongan una garantía innovadora; entre nuestros hallazgos se infiere una posible desconfianza en los efectos terapéuticos reales, cuando no una incertidumbre profesional manifiesta, generalizada.

Pero, en este contexto, no se perciben limitaciones, ni restricciones, que pudieran frenar este comportamiento prescriptor encontrado.

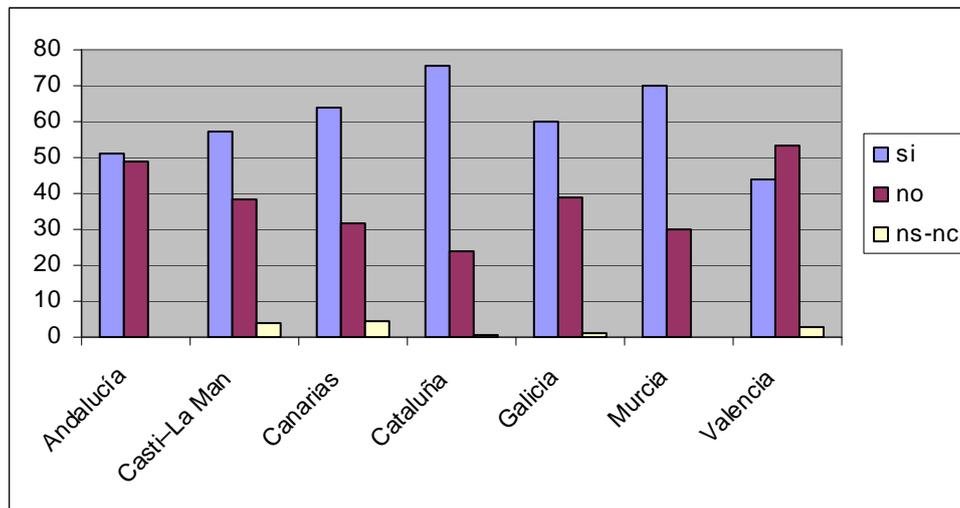
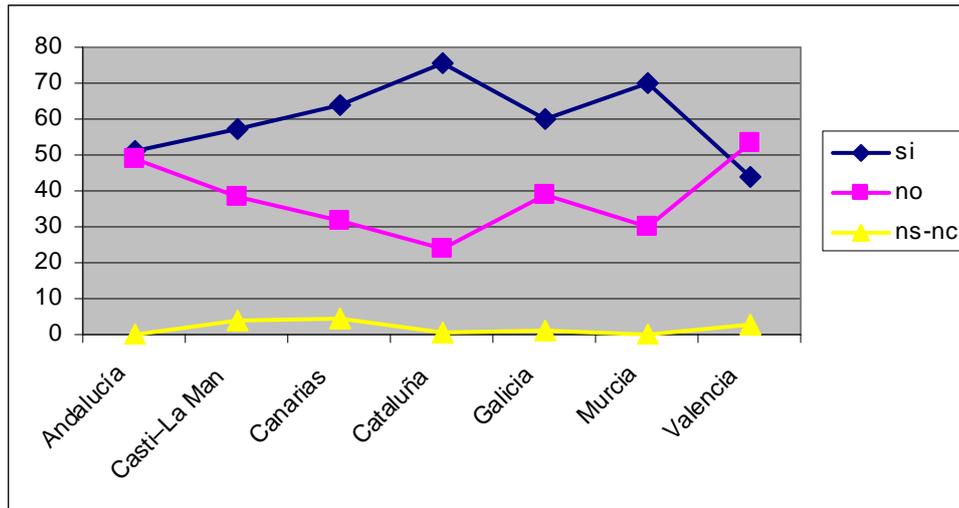
Ítem nº 25: La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
19,5	80,5	0	13,8	83,2	3	16,7	79,1	4,2	6,1	93,9	0	5,9	94,1	0	10	86,7	3,3	3,6	94,6	1,8



Ítem nº 26: La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario

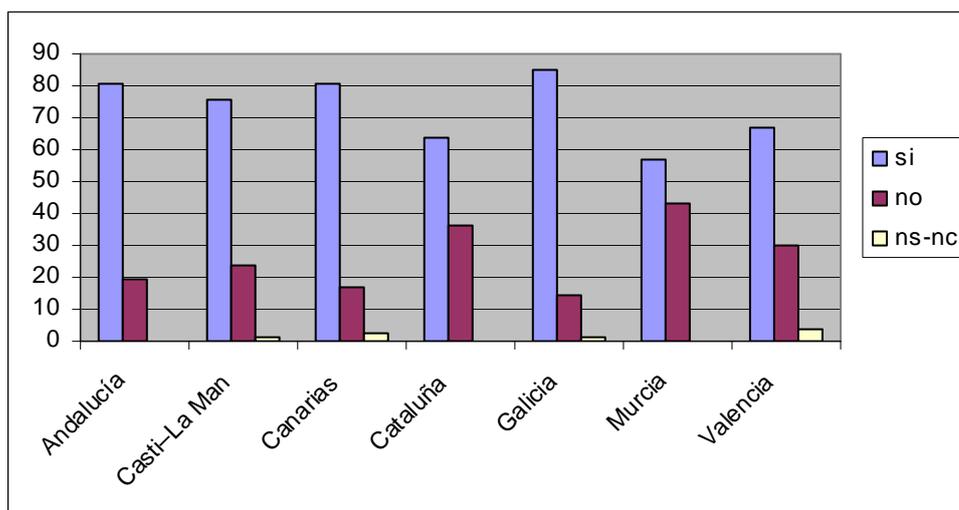
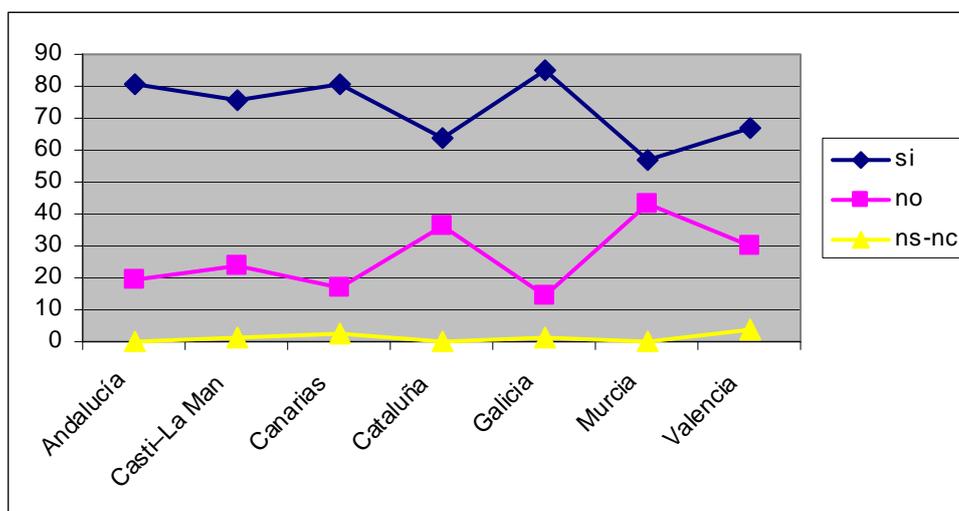
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
51,3	48,7	0	57,4	38,6	4	63,9	31,9	4,2	75,4	23,8	0,8	60	38,8	1,2	70	30	0	44,1	53,2	2,7



Contraindicaciones – Seguridad Prescripción

Ítem nº 18: Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz

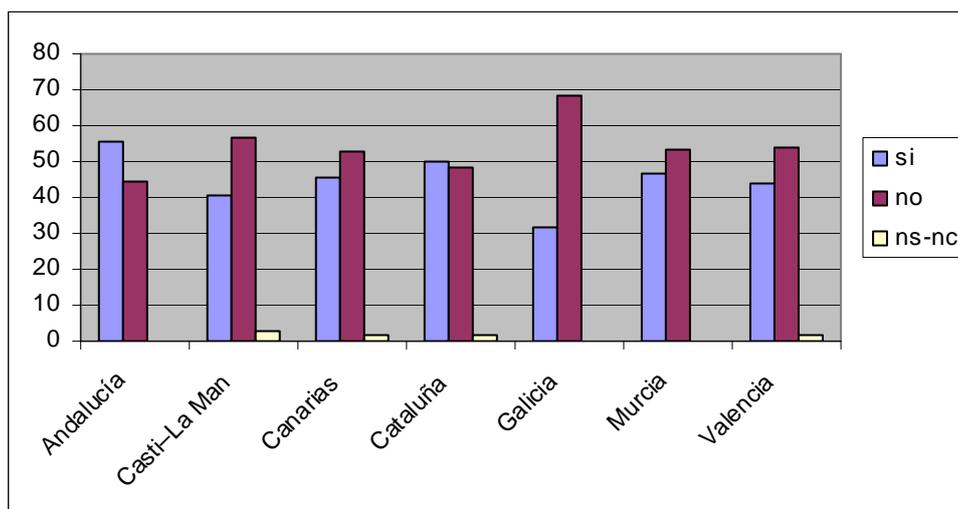
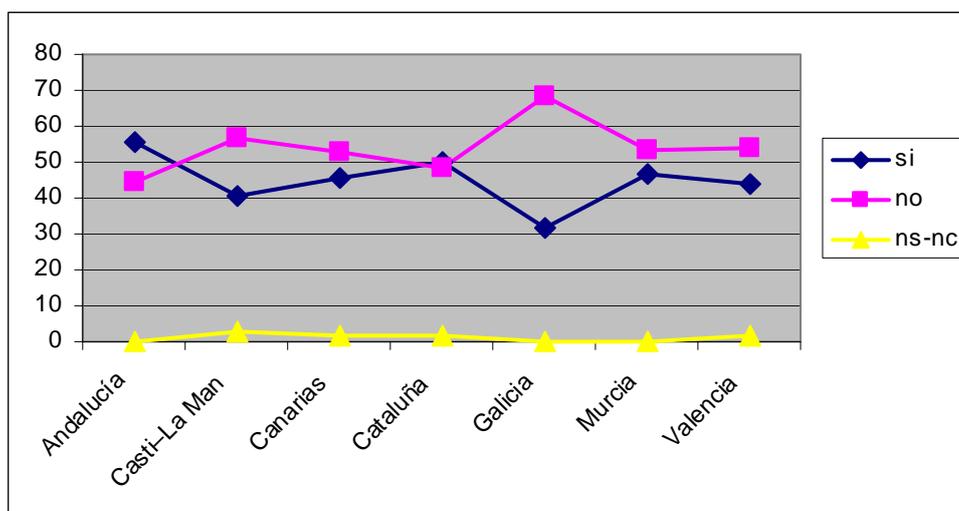
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
80,5	19,5	0	75,5	23,5	1	80,6	16,6	2,8	63,8	36,2	0	84,7	14,1	1,2	56,7	43,3	0	66,6	29,8	3,6



Prescripción Múltiple

Ítem nº 22: La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
55,8	44,2	0	40,4	56,6	3	45,8	52,8	1,4	50	48,3	1,6	31,8	68,2	0	46,7	53,3	0	44,1	54,1	1,8



Ítem 22: La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente.

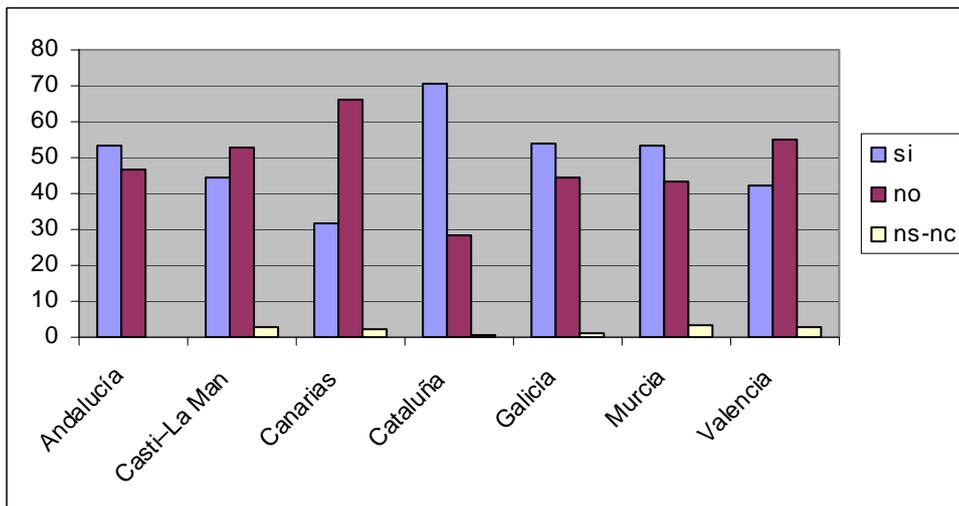
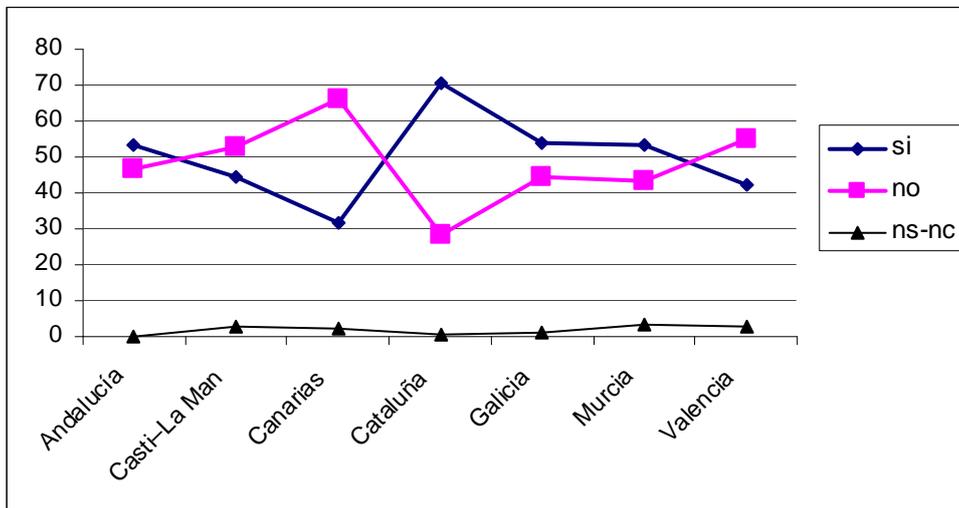
Ítem relacionado con la conducta prescriptora, y también con el análisis del diagnóstico y abordaje de la comorbilidad o co-ocurrencia de trastornos y síntomas, motivo frecuente de una alta subestimación de síntomas, y de una prescripción incongruente, y un aumento consecuente del gasto.

Especialmente en Galicia, pero en las restantes Comunidades muy por encima del 40%, de la muestra de Médicos analizados, se infiere prescripción múltiple en presencia de comorbilidad, cuando precisamente la comorbilidad requiere, principalmente, un diagnóstico más ajustado y fino que permita elegir una prescripción precisa, no necesariamente múltiple, en beneficio del paciente, y por eficacia en el abordaje.

Diagnóstico Diferencial, Sintomatología Diferencial

Ítem nº 33: La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
53,1	46,9	0	44,4	52,8	2,8	31,9	66,1	2	70,8	28,4	0,8	54,1	44,7	1,2	53,3	43,4	3,3	42,3	55	2,7



En el ítem 33, la **presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción**, en más del 50% de cuatro Comunidades: Andalucía, Cataluña, Galicia, Murcia.

En las tres restantes, supera el 42% en Valencia y Castilla – La Mancha, y alcanza el 32% en Canarias.

Confirma los resultados anteriores, respecto a la confusión que presentan en comprender el interés real de un síntoma, así como sugiere la presencia de un déficit prescriptor añadido, que debe ser objeto de análisis de forma posterior, en otro apartado específico.

El cambio en la prescripción, sin embargo, puede estar debido a la presentación de los mismos síntomas, pero por repercusiones adversas o molestas originadas en el medicamento.

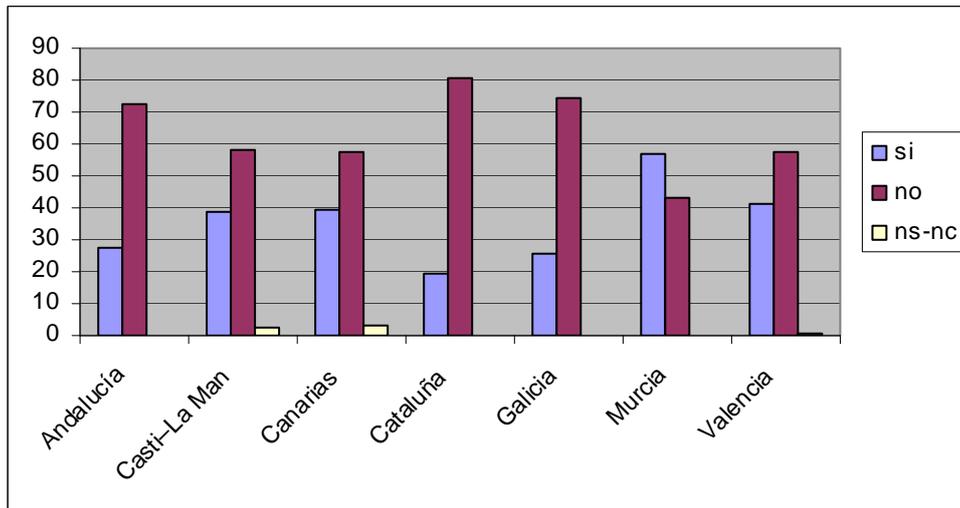
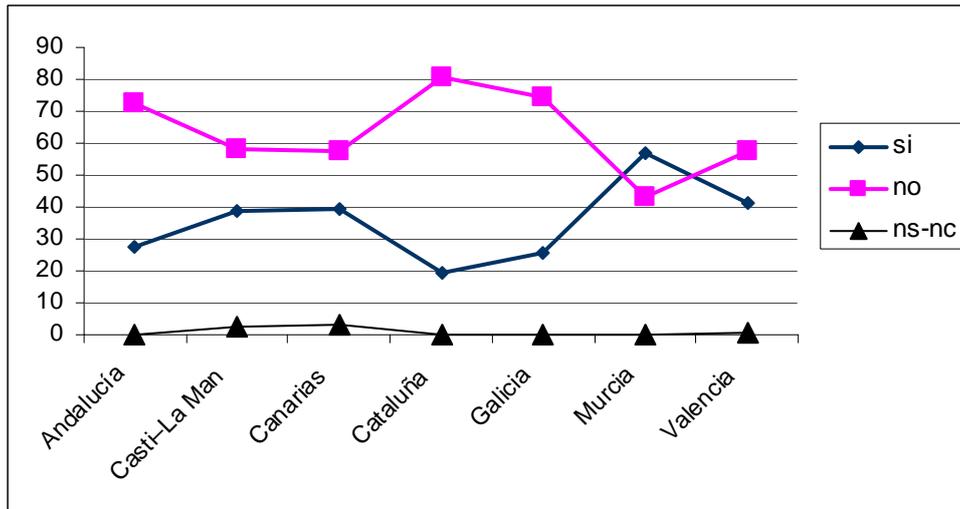
En cualquier caso, a los efectos de la pretensión original de este Programa, los resultados evocan un patrón de incertidumbre y confusión general respecto a la respuesta adecuada, mostrando un alto porcentaje de ambos sentidos de respuestas, respecto al mismo ítem.

No existe, por tanto, una actuación uniforme, en los Médicos de Atención Primaria, precisamente, cuando en la habitualidad se muestra la Medicina como una ciencia segura, basada en argumentos sólidos, y claros.

Solapamientos

Ítem nº 34: Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
27,4	72,6	0	38,9	58,3	2,8	39,3	57,7	3	19,2	80,8	0	25,9	74,1	0	56,7	43,3	0	41,4	57,7	0,9



En el ítem 34, los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción, para una buena parte de los Médicos que han cumplimentado el cuestionario, principalmente en Castilla-La Mancha, Murcia, Canarias, Valencia, Galicia.

Esta ausencia de prolongación de la prescripción es, precisamente, una de las causas del robustecimiento de la cronicidad y severidad de los cuadros diagnósticos. En este contexto, resultaría natural y habitual, que los cuadros se cronifiquen, dificultando un buen pronóstico, y hasta que se produzca una hiperfrecuentación de las consultas, por motivos en apariencia distinto, pero en la base, el mismo.

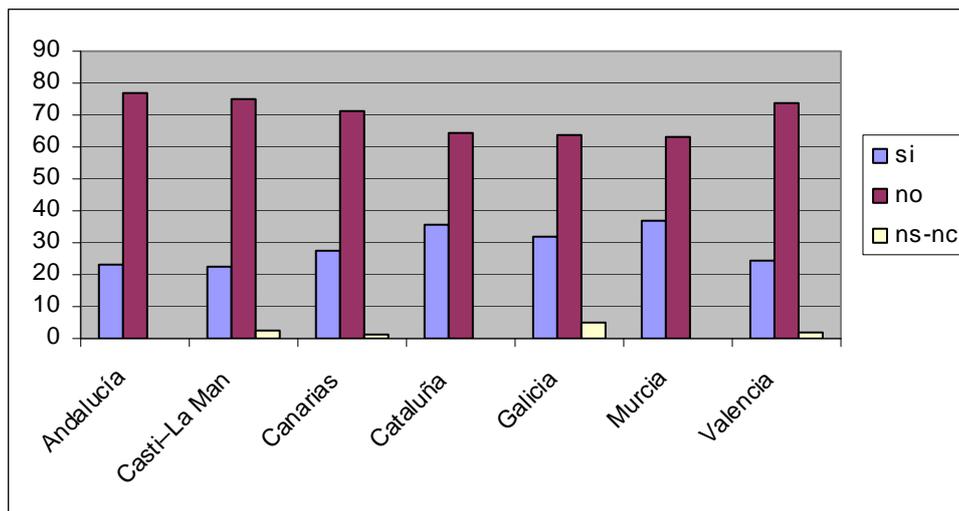
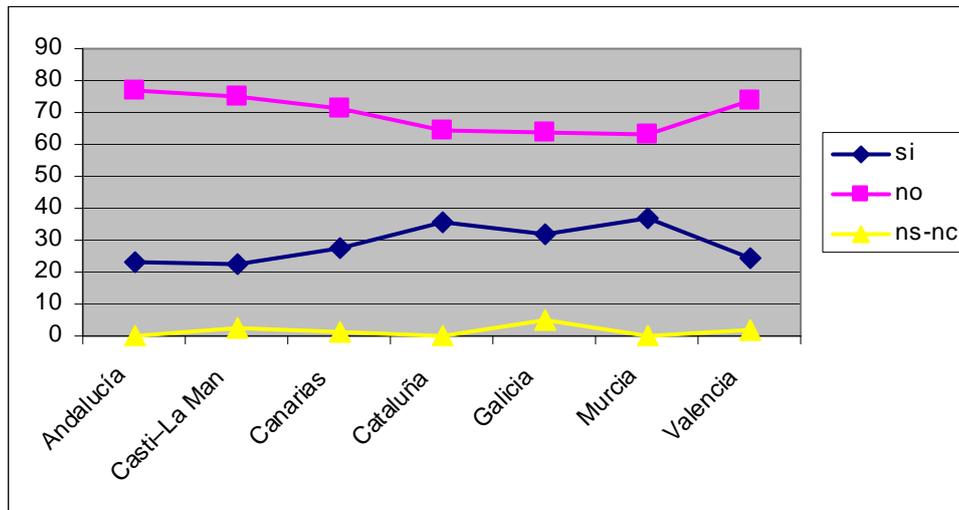
Tanto la prescripción, como el diagnóstico, como el tratamiento generalizado de cualquier tipo de intervención, se convertirían en un ciclo de dependencia motivado por la necesidad de ser diagnosticado e intervenido de forma recurrente, sin expectativa de cura.

Los procesos de Incapacidad Laboral Temporal, como parte integrante de esta conducta prescriptora del Médico de Atención Primaria, estarían afectados por este mismo comportamiento.

Tanto en una dirección, como en otra, el análisis que se efectúe, muestra un alto porcentaje con esta conducta, errada, y perjudicial, para el paciente, y para el sistema.

DOSIS

Pronóstico																				
Ítem nº 28: La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo																				
Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
23	77	0	22,2	75	2,8	27,6	71,4	1	35,4	64,6	0	31,8	63,5	4,7	36,7	63,3	0	24,3	73,9	1,8



Ítem 28.- La prescripción farmacológica, garantiza el pronóstico evolutivo.

Si ya existen dificultades para garantizar el pronóstico evolutivo por cualquier prescripción farmacológica en muchas enfermedades, mucho más se complejiza estas carencias en Salud Mental, y sobre todo, cuando encontramos un panorama tan confuso en cuanto a prescripción, no solo en España, sino como un patrón deficiente contundente a nivel internacional.

En este contexto, más del 22% de los Médicos de Atención Primaria en todas las Comunidades, afirma como garantía de la evolución, la prescripción farmacológica. Cuando esta prescripción, se efectúa de manera alterada desde el diagnóstico, en un porcentaje alto, de forma sostenida, como hemos comprobado en anteriores ítems.

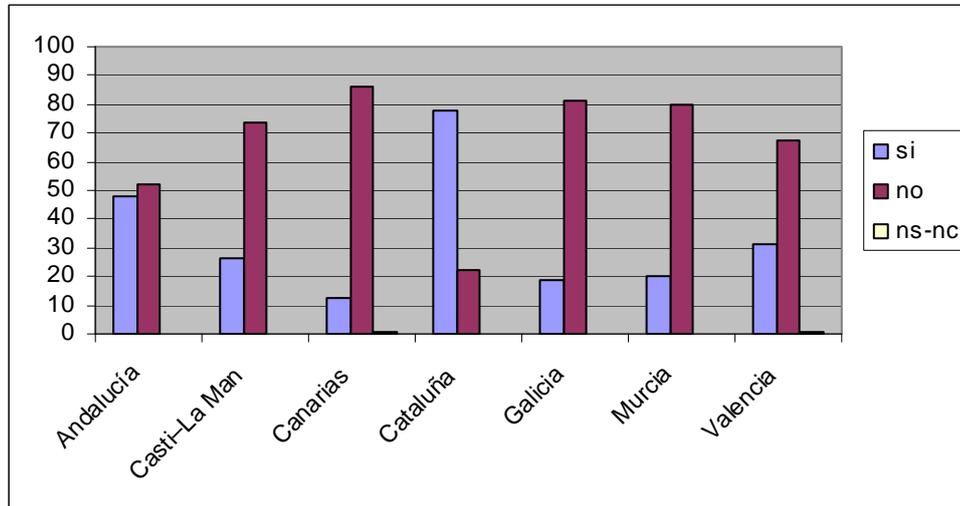
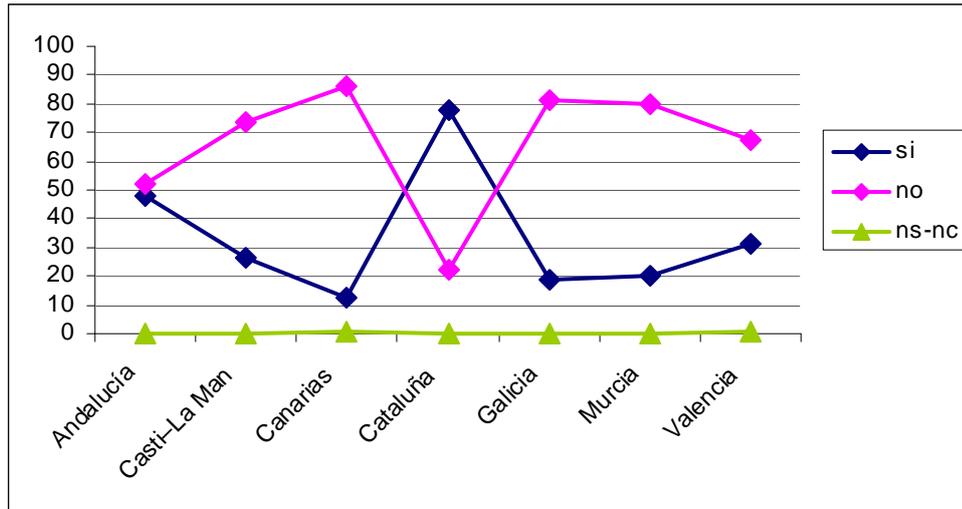
Por otra parte, los porcentajes que niegan esta eficacia garantista de los fármacos, son simultáneamente superiores al 63% en todas las Comunidades, lo cual refleja, por otra parte, un alto nivel de desconfianza en la utilidad de los fármacos, incluso en Cataluña.

La propia evolución de un cuadro puede interferir en los fármacos, los propios fármacos pueden ser contraproducentes en determinadas situaciones clínicas, y por distintos motivos. Los hallazgos previos, mostraban en la literatura científica, situaciones de incongruencia prescriptiva, que tienen su origen, en gran medida, en estas deficiencias que refleja este ítem.

Placebo, prescripción, etica, deontologia

Ítem nº 12: El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
47,8	52,2	0	26,4	73,6	0	12,8	86,2	1	77,7	22,3	0	18,8	81,2	0	20	80	0	31,5	67,6	0,9



Ítem nº 12: El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental.

Destaca Cataluña, donde en un 78% afirman utilizarla con frecuencia y ser una estrategia consolidada. Andalucía en un porcentaje del 48% y existe en un porcentaje cercano o superior al 20% en todas las restantes Comunidades, menos en Canarias, donde su presencia es de cerca del 13%.

La utilidad del placebo, sin embargo, y principalmente en Salud Mental, presenta una controversia notable, sobre todo por sus altos riesgos, actuando en muchas ocasiones como un robustecedor de la cronicidad de los síntomas, en la aparición de otros nuevos, y generando una gran desconfianza, a largo plazo, en la terapia, el terapeuta, y en el propio sistema.

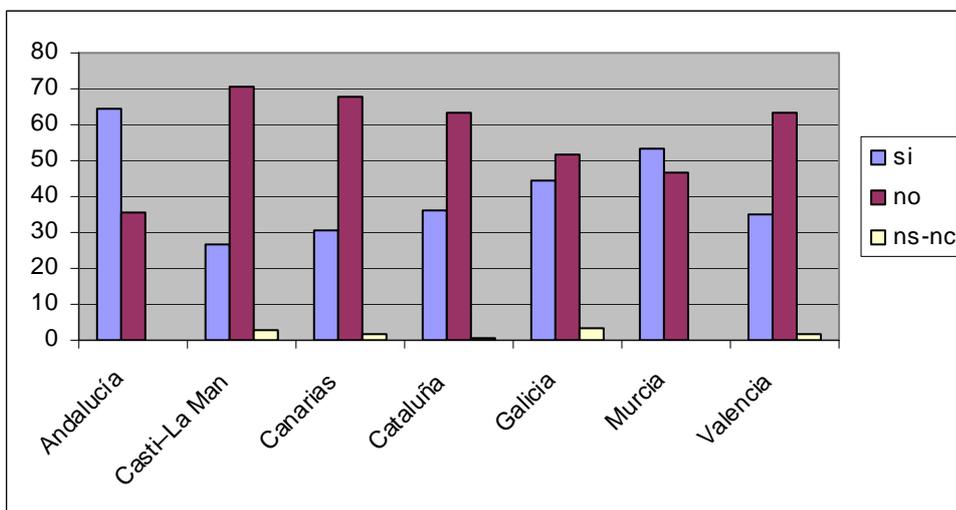
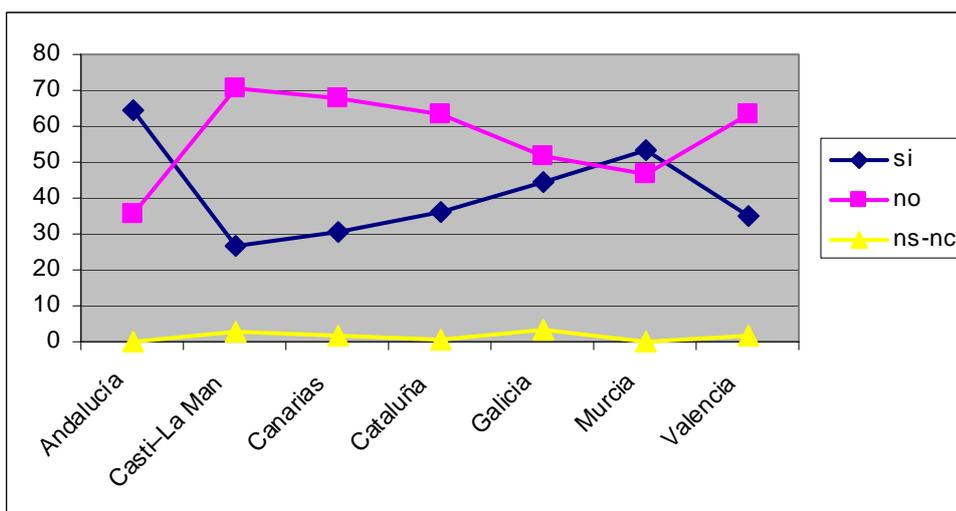
Como estrategia terapéutica, es un comportamiento que podría asemejarse en multitud de ocasiones, a la concepción de Bajas Laborales como criterio beneficioso para el paciente, independientemente de sus circunstancias, generando un fortalecimiento, por contagio, de actitudes hacia la baja laboral, la salud mental, y la asistencia sanitaria, desajustadas, e incorrectas.

Y con la colaboración inadecuada del propio terapeuta. Aunque no lo pretenda

Reducción de la Dosis

Ítem nº 29: La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita

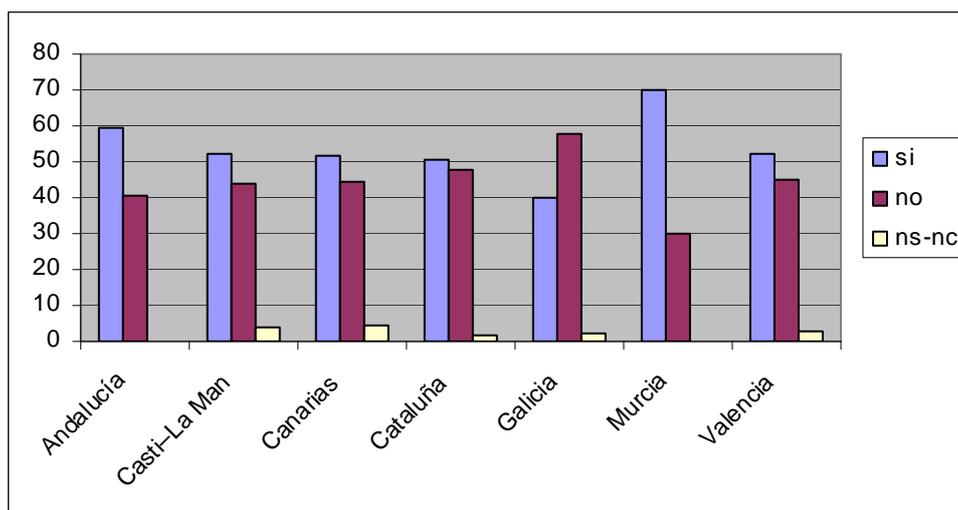
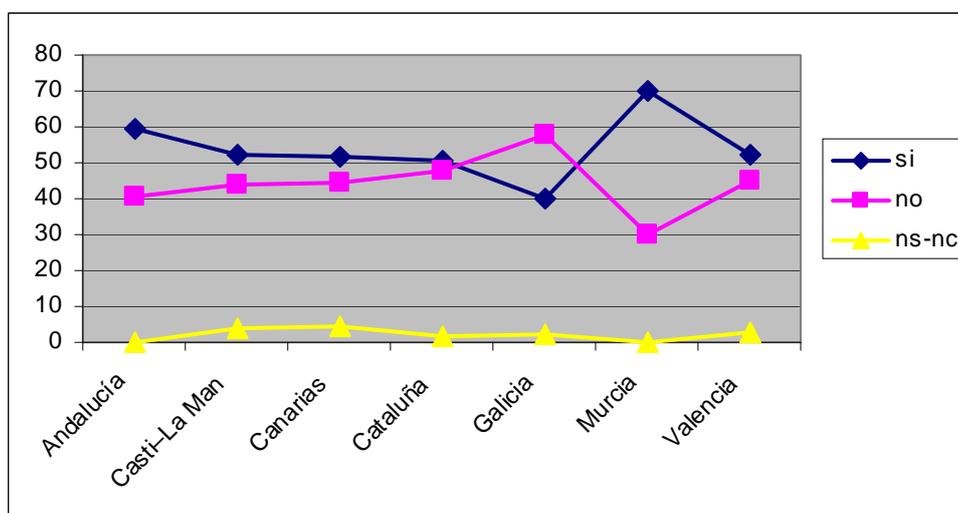
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
64,6	35,4	0	26,6	70,4	3	30,6	68	1,4	36,1	63,1	0,8	44,7	51,8	3,6	53,3	46,7	0	35,1	63,1	1,8



Dosis Mínimas

Ítem nº 30 : Las dosis mínimas previenen efectos secundarios

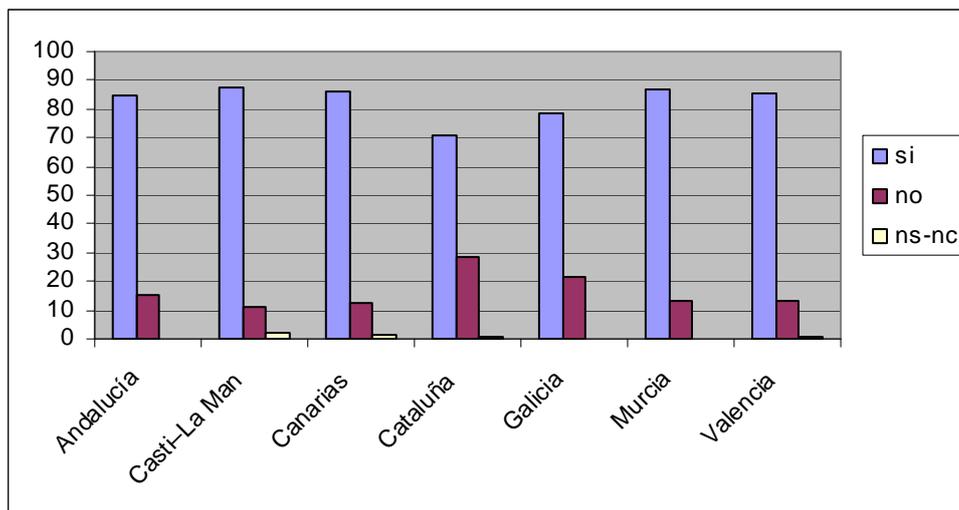
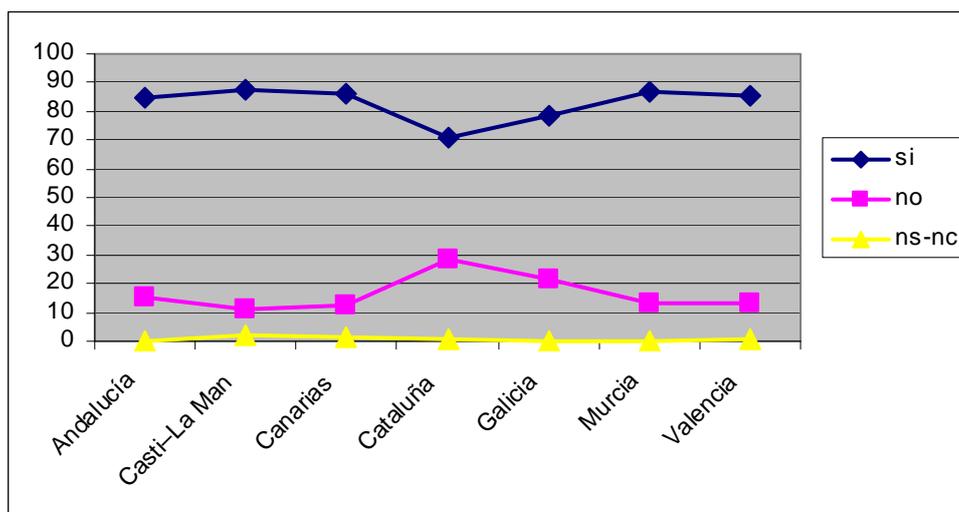
Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
59,3	40,7	0	52,1	43,9	4	51,4	44,4	4,2	50,7	47,7	1,6	40	57,6	2,4	70	30	0	52,2	45,1	2,7



Efectos Secundarios

Ítem nº 31 : Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
85	15	0	87,2	10,8	2	86,1	12,5	1,4	70,8	28,4	0,8	78,8	21,2	0	86,7	13,3	0	85,6	13,5	0,9



Ítem 29.- La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita.-

Ya comprobamos en la literatura científica el profundo riesgo que incorpora la reducción de la dosis en el encallamiento de los cuadros, siendo uno de los motivos principales de la falta de resolución longitudinal de la terapia.

Sin embargo, todas las Comunidades muestran un porcentaje mayor del 30% con respuestas afirmativas; en Andalucía y Murcia, superando el 53%. Incluso en las Comunidades más 'biologicistas' como Cataluña, la muestra refleja una tasa superior al 36% de respuestas afirmativas, incorrectas, en este ítem.

Ítem 30.- Las dosis mínimas previenen efectos secundarios.-

La realidad, es totalmente, la contraria. Sin embargo, en Galicia el 40% refleja respuestas afirmativas, en todas las demás superan el 51%, alcanzando Murcia el 70%.

Ítem 31.- Los efectos secundarios del fármaco, interfieren en la evolución del cuadro.

Muchos de los efectos secundarios, desaparecen en la primera semana de tratamiento continuo. En muchos cuadros, los síntomas del cuadro psicopatológico, se confunden con los efectos que provoca el tratamiento, por su similitud o semejanza.

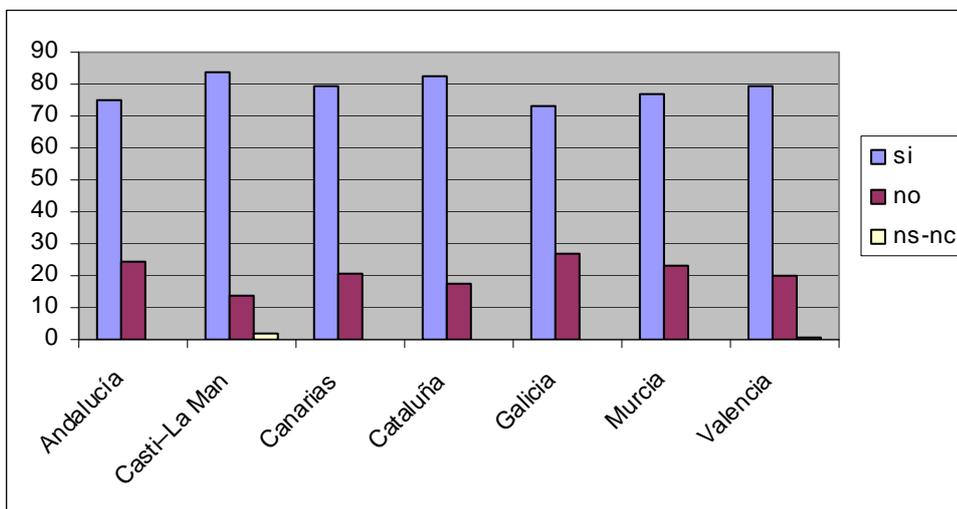
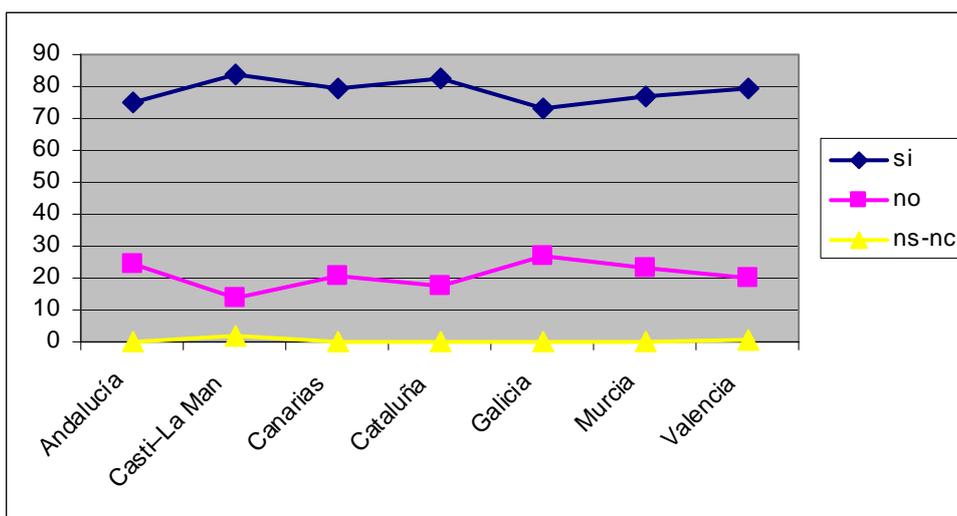
Sin embargo, el patrón de respuestas afirmativas superior al 70%, se produce en todas las Comunidades

Por tanto, los déficits que estamos encontrando a nivel de terapia y prescripción de psicofármacos, reflejan unas deficiencias notables en los Médicos de Atención Primaria, que no se limitan al conocimiento y capacidades para el manejo del diagnóstico, sino que persisten respecto a la utilidad de los fármacos.

Pronóstico

Ítem nº 38 : Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo

Andalucía			Castilla – La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
75,2	24,2	0	84	14	2	79,2	20,8	0	82,3	17,7	0	72,9	27,1	0	76,7	23,3	0	79,3	19,8	0,9



Ítem 38.- Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo.-

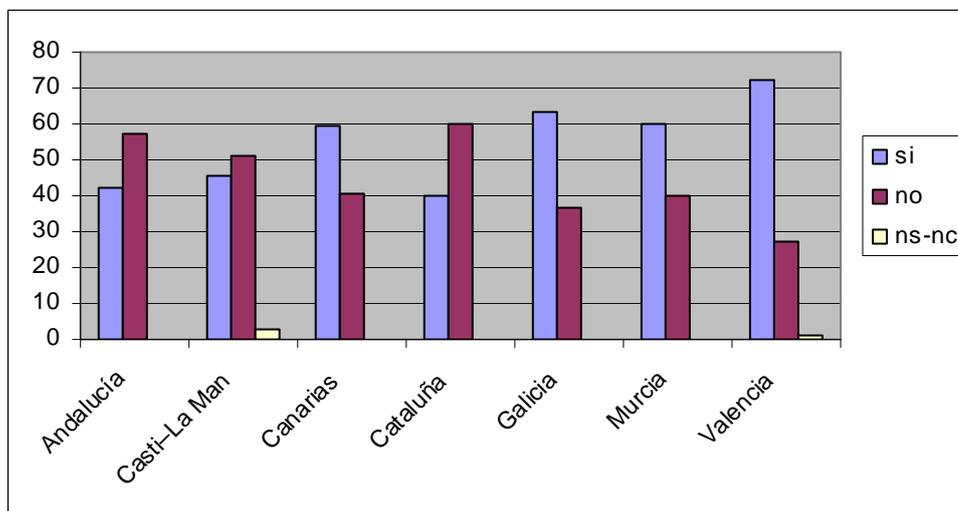
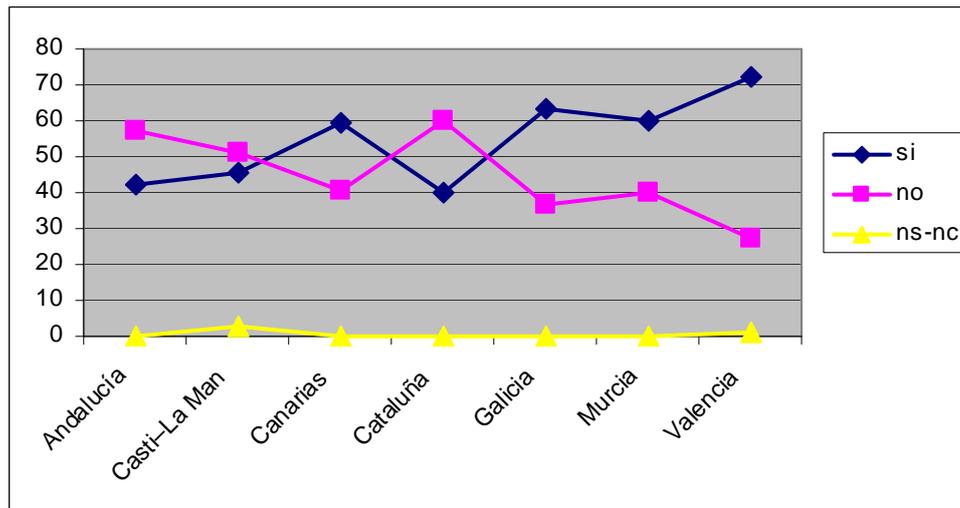
Los efectos de los fármacos son visibles a corto plazo, en la mayoría de las ocasiones, bien como efectos adversos de distinto tipo, bien como efecto apreciable, aunque fuera bajo. Distinto es la continuidad en la toma del fármaco, para garantizar su fortalecimiento, y para que la acción sea perdurable.

Sin embargo, todas las Comunidades muestran más de un 70% de afirmaciones, que pudiera estar representando incluso, un riesgo, para determinadas fases agudas de distintas patologías, cuando se requiere acción inmediata suficiente para frenar los efectos de la sintomatología, a dosis adecuadas, y pudieran no producirse, por ignorancia en la tarea prescriptora esencial.

No es, por otra parte, coherente, esta respuesta, con el resto de las encontradas en otros ítems relacionados.

Ítem nº 36 : Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis

Andalucía			Castilla - La Mancha			Canarias			Cataluña			Galicia			Murcia			Valencia		
42,5	57,5	0	45,7	51,3	3	59,7	40,3	0	40	60	0	63,5	36,5	0	60	40	0	72,1	27	0,9



A la vista de los datos analizados en este Programa, los resultados sugieren la posibilidad de establecer las siguientes **CONCLUSIONES**:

1.- Los datos analizados permiten confirmar la existencia de un déficit entre los Médicos de Atención Primaria para la detección, diagnóstico y abordaje de la Psicopatología o Salud Mental.

Contrariamente a lo esperado, estas deficiencias no se circunscriben de forma exclusiva a la Psicopatología, sino que afectan a la Prescripción de Fármacos, y a las propias concepciones de que disponen los Médicos de Atención Primaria. Y son de aplicación, con repercusión, para el resto de la actividad profesional de carácter orgánico, en aquellos otros tipos de enfermedades donde la presencia de influencia psíquica pudiera no estar presente de forma determinante.

2.- Este hallazgo permite afirmar que la relación de estas carencias con el número y duración de los procesos por Incapacidad Laboral Temporal, es estimable.

Como **propuestas de intervención** que se sugieren para reflexión y mayor consideración:

Una.- Cabría pensar en la necesidad de adoptar medidas para mejorar la idoneidad de los profesionales que actualmente dispensan Bajas por Incapacidad Laboral Temporal en asuntos de Salud Mental.

Dos.- Desde una perspectiva estrictamente sanitaria, cabe reflexionar en el impacto económico que está generando la falta de resolución de los problemas de Salud Mental de la Población, para el conjunto de la Sociedad. Programas Formativos que suplan los déficits concretos mostrados, tanto para la población sanitaria, como empresarial, Administración y población general, resultan de urgencia.

Tres.- Aún desde una mera perspectiva económica, parece confirmarse la necesidad de que en todo los asuntos relacionados con la Salud Mental de la Población que Trabaja, intervengan tanto el Ministerio de Trabajo, como las Entidades Empresariales y Sindicales, a niveles de decisión que pudieran superar las responsabilidades exclusivas actuales del Ministerio de Sanidad.

Cuarto.- Respecto al perfil profesional, los datos presentados avalan la necesidad de efectuar cambios inmediatos en los Centros de Atención Primaria para optimizar este funcionamiento actual, donde el Médico de Atención Primaria necesita compensar su cualificación con formación en Terapia de Conducta y Psicofarmacología, compartiendo su nivel de intervención, de forma interdisciplinar con otros profesionales: Psiquiatras con formación complementaria en Terapia de Conducta, Psicólogos cualificados con formación en Clínica, Terapia de Conducta y Farmacología.

Cinco.- Existen datos suficientes para estimar amortizados estos cambios que se proponen para Atención Primaria, no sólo por la garantía de retorno de la inversión, sino por la

previsible incorporación de beneficios y mejoras, económicas, en la calidad de vida, la calidad del trabajo, la mejoras en la relación y en el bienestar general de la población.

BIBLIOGRAFIA

- Acartuk C, Smit F, Graaf R, Van Straten A, Ten Have M, Cuijpers P(2008). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of Affective Disorders* (aceptado para publicación, pero pendiente de edición).
- Agudelo D, Buela Casal G, Spielberger CD (2007). Ansiedad y Depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* vol 30, nº 2, marzo-abril.
- Agudelo D, Spielberger CD, Buela-Casal G (2007). La Depresión: ¿ un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*, vol 30, nº 3, mayo-junio
- Albarracín G, Rovira J, Carreras L, Rejas J (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Espa Psiquiatr*, 36 (0).
- Alberti C, Benavides FG (2007). Vigilancia epidemiológica de las posibles enfermedades laborales atendidas en la Atención Primaria de Salud. Casos notificados a la Unidad de Salud Laboral de Sabadell, 2001-2005. *Arch Prev Riesgos Labor* 10 (3): 144-147.
- Alvarez E, Baca Baldomero E, Bousoño M, Eguiluz I, Martín M, Roca M, Urretavizcaya M (2008). Depresiones Resistentes. *Acta Esp Psiquiatr* 36 (Suppl. 2).
- Alvarez E., Gastó C (2008). *Sintomatología Depresiva en Atención Primaria*. Editorial Marge -Medica Books, Barcelona.
- Alvarez Theurer E, Vaquero Abellan M (2007). Mejora continua de la calidad de una unidad médica de valoración de incapacidad temporal. *Med Segur Trab*, vol LIII, nº 207: 21-34.
- Antich Arque S., Rodilla Alamá V, Moreno Royo L.(2008). Estudio de la utilización de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos desde farmacias comunitarias. *Farmacia Atención Primaria*, vol 6, nº 1.
- Araña Suárez S M (2007,a). Mecanismos de Producción en Disnea-Ansiedad. *Actas del II Congreso Iberoamericano en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina.
- Araña Suárez S M (2007,b). Hipocapnia: Síndrome Hiperventilatorio-Respiratorio. *Actas del II Congreso Iberoamericano en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina.
- Araña Suárez S M (2007,c). Central Nervous System: Theories and Factors on Dyspnea Production. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol 41, supl 2, November .
- Arroyo Guillamón R., González Lucas R., Vega Piñero M. (2008). Depresión en Atención Primaria. Capítulo IX, en Chinchilla Moreno A., *La Depresión y sus Máscaras*. Editorial Médica Panamericana, Barcelona.
- Artieda L, Extramiana E, Cipriain C, Fernández J (2005). La incapacidad temporal durante el embarazo, ¿elemento de discriminación laboral ? . *Med. Segur. Trab*, vol LI nº 198: 29-39
- Ausió Arumi J. (1998). Prescripción Farmacéutica y médicos de familia. *Aten Primaria* 22
- Ayuso Mateos J.L., Ayuso Gutiérrez J.L.(1998). Uso clínico de los fármacos antidepresivos. En: Vázquez Barquero J.L. ,*Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica, Madrid.

Baena Díez JM, López Mompo C, López Gosp D, Martínez Martínez JL, Ellacuría Torres A., Fuentes Rodríguez S (2003). Buenos días, señor Visitador. ¿Algo nuevo que contar? Análisis de las especialidades farmacológicas presentadas por la industria farmacéutica en un área básica de salud.

Baca Baldomero E., Alvarez E., Bousoño M., Eguiluz I., Martín M., Roca M., Urretavizcaya M. (2008). Manejo a largo plazo de la depresión: recomendaciones finales. *Actas Espa Psiquiatr* 36, (Suppl)

Baos Vicente V. Prescripción de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 2005; 36(5).

Barrett J, Willians J, Oxman T, Frank E, et al. (2001). Treatment of dizziness and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18-59 years. *The Journal of Family Practice*, 50.

Bilsker D (2006). Mental Health Care and the Workplace. *Can J Psychiatry*, vol 51, nº2, February.

Bota RG, Ricci WF (2007). Empathy as a method of identification of the debut of the prodrome of schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71 (4), 312-324.

Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J (2008). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Esp Psiquiatr*, 36 (0)

Calcedo Barba A (2001). La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria: criterios de actuación. *Psiquiatría y Atención Primaria*, Enero 2001.

Carrasco Perera J.L., Garzón de Paz M.A. (1998). Usoclinico de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos. En: Vázquez Barquero J.L., *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica, Madrid.

Chinchilla Moreno A., Pando Velasco M.F., et al. (2008). Aspectos Terapéuticos de la Depresión. En: Chinchilla Moreno A., *La Depresión y sus Máscaras*, Editorial Panamericana.

Climent C., Font-Noguera I., Poveda Andres JL, Lopez Briz E., Peiró S. (2008). Errores de medicación en un hospital terciario con tres sistemas de distribución de medicamentos diferentes. *Farmacia Hospitalaria*, 32 (1).

Cox T, Leka S, Ivanov I, Kortum E (2004). Work, employment and mental health in Europe. *Work & Stress*, vol 18, nº 2, 179-185

Cruickshank G., MacGillivray S., Bruce D., Mather A., Matthews K., Williams B. (2008). Cross-sectional survey of patients in receipt of long-term repeat prescriptions for antidepressant drugs in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 5.

Cuijpers P, Smit F, Oosternbrink J, de Graaf R, ten Have M, Beekman A. (2007). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr Scand* 115.

Del Río J. (2004). *Fármacos antidepresivos y antimaniacos*. En: Florez J (Director). *Farmacología Humana*. Masson, Barcelona.

De la Cruz Godoy MJ, Fariñas Michelena B., Herrera García A, González González MT (2000). Adicciones ocultas, aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. *Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria*

Dewa C (2007). Mental illness and the workplace: a national concern. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 52, nº 6, June.

Díaz A., Lopez A., Ruiz-Clavijo M.T., Vargas ML. Evolución del consumo de antidepresivos en el area de Zamora desde 1996 a 1999. Aten Primaria 2001; 28

Díaz González C.L.(2008). Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos mas prevalentes. Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, Tenerife.

Domínguez Salgado M, Lainez Andrés MJ, Palacios Hernández G, Arriaza Peso E, Garcia-García M, Rejas Gutiérrez J (2005). Productividad Laboral Relacionada con la Salud en una Población Laboral: Resultados del Estudio IMPALA. Med Segur Trab, vol LI nº 200: 00-00

Druss BG, Rask K, Katon W. (2008). Major Depression, Depression treatment and Quality of Primary Medical Care. General Hospital Psychiatry, 30: 20-25

DuPont RL, Rice DP, Millar LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ (1996). Economic Costs of Anxiety Disorders. Anxiety, 2:167-172

Epstein S, Hooper LM, Weinfurt KP, DePuy V, Cooper LA, Harless WG, Tracy CM (2008). Primary Care Physicians Evaluation and Treatment of Depression. Medical Care Research and Review, vol 65, nº 6, December: 674-695

Esteban López S, Abellán Hervás MJ (2001). A propósito de la Incapacidad Temporal (I.T.).Medicina de Familia (And) vol 2, nº 1,Marzo.

Fajutrao LB, Locklear JC, Prialux J, Heyes A (2009). A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 5:3.

Fava M., Davidso K.(1996).Definition and epidemiology of treatment resistant depresión. Pcyhiatry Clinics of North America, 19.

Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Sullana MA, Alonso J (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. Journal of Affective Disorders, 96: 9-20.

Fernández Calvo MA, Fernández Calvo O., Charlín Oato G. (2006). Factores que influyen en la prescripción de los médicos de atención primaria. Farmacia de Atención Primaria, vol 4, nº 3.

Fulford KWM, Thornton T (2007). Fanático de la "Disfunción Perjudicial". Word Psychiatry 5:3, Diciembre.

García-Campillo J, Ayuso Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragones E, Rodríguez Artalejo F, Quail D, Gilaberte I (2008). Relationship of somatic symptoms with depresión severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. Primary Care Companion J. Clin Psychiatry, 10 (5): 355-362 .

García Rodríguez J, Enseñat Sánchez R (2008).Las cuatro preguntas capitales para una gestión eficaz de la incapacidad temporal. Semergen, 34 (5): 264-5

Gastó, C. (2008,a). Uso clínico de antidepresivos. En: Alvarez R., Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Editorial Medica Books, Barcelona.

Gastó, C. (2008,b). Utilidad de los algoritmos en la práctica médica. En: Alvarez R., Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Editorial Medica Books, Barcelona.

Gil García E, Romo viles N, Poo Ruiz M, Meneses Falcón C, Markez Alonso I, Vega Fuente A (2005). Genero y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Aten Primaria, 35(8).

- Giner Ubago, J (Coordinador) (2005). Consenso español sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ars XXI, Barcelona.
- Grolleau A., Cougnard A., Begaud B., Verdoux H.(2008). Congruence between diagnosis of recurrent major depressive disorder and psychotropic treatment in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 117.
- Gross R, Olsson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Lantigua R, Fuentes M, Weissman M. (2005). Social anxiety in primary care. *General Hospital Psychiatry* nº 27: 161-168.
- Hague J.(2005). Alchemy in the 21st century: can you change antidepressants into psychologists?. *Primary Care Mental Health*, 3.
- Hensing, Brage, Nygård, Sandanger y Tellnes (2000). Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men ?. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35: 335-340
- Herrán A., Cuesta Núñez M.J., Vazquez-Barquero J.L. (1998). Trastornos del Estado de Animo. En: Vázquez Barquero J.L. ,*Psiquiatría en Atención Primaria*.Aula Médica, Madrid.
- Hirschfeld, R.M. (1994). Guidelines for the long-term treatment of depresión. *J. Clin Psychiatry*, 55 (suppl).
- Hirschfeld R., Montgomery S., Keller M, et al.(2000). Social functioning in depression: a review. *J. Clinical Psychiatry*, 61.
- Hrobjartsson A.y Grottsche P.C.(2001). Is the placebo powerless?. An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New Engl. J. Medicine*, 3444.
- Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 25: 72-90
- Jeans Christensen A, Sherbourne CD, Roy Byrne PP, Schulman MC, Wu J, Dugdale DC, Lessler D, Stein MB (2006). In Search of mixed anxiety-depressive disorder: a primary care study. *Depression and Anxiety*, 23:183-189.
- Jiménez Villa J (2004). Necesitamos más y mejor investigación en atención primaria. *Aten Primaria* 34 (10).
- Junyent Priu M, Camp Herrero J (2005). ¿Es necesaria la industria farmacéutica en la actividad extraasistencial de los médicos de atención primaria?. *Aten Primaria*, 35 (7).
- Kennedy RE (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry*, 127: 305-315
- Kendell RE (2003). Cinco criterios para mejorar la clasificación de los trastornos mentales. En Helzer JE, Hudziak JJ. *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V*. American Psychopathological Association, Ars Medica, Barcelona, España.
- Kirsh I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore T, Jonson BT.(2008). Inicial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Medicine*, 5.
- Koopmans PC, Roelen CAM, Groothoff JW (2008,a). Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med*, 65: 494-499
- Koopmans PC, Roelen CAM, Groothoff JW (2008,b). Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*, 81: 711-719

- Kupfer D.J. (1991). Long-term treatment of depresión. *J. Clin.Psychiatry*, 52 (suple)
- Kupfer DJ, Frank E.(2003). Comorbidity in depression. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (suppl 418).
- Krupa T, Reg OT (2007). Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 52, nº 6, June.
- Lallana Alvarez MJ, Rabanaque Hernandez MJ (2005). Variabilidad en la utilización de nuevos mediamentos en un area de atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*, 79.
- Lara Muñoz MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* vol 30, nº 5, Septiembre-Octubre.
- Lim D, Sanderson K, Andrews G(2000). Lost Productivity Among Full-Time Workers with Mental Disorders. *J Mental Health Policy Econ*, 3, 139-146
- López Castromán J, Baca García E, Botillo Martín C, Quintero Gutiérrez J, Navarro Jiménez R, Negueruela López M, Pérez Rodríguez M, Basuarte Villamar I, Fernández del Moral A, Jiménez Arriero M, Gonzalez de Rivera JL (2008). Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (4).
- Lopez-Muñoz F., Alamo C. (2007). Historia de la Psicofarmacología. Tomo III. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Madridejos Mora R (2003). La regulación de la visita médica: necesaria pero no suficiente. *Aten Primaria* 32(10).
- Markez I, Romo N, Poo M, Vega A, Meneses C, Gil E (2004) Genero y prescripción de psicofármacos. *Norte de Salud Mental*, nº 19.
- Martín M, Baca Baldomero E, Alvarez E, Bousoño M, Eguluz I, Roca M, Urretavizcaya M (2008). Factores de riesgo y predictores de evolución en la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (Suppl. 2).
- McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME(1999). Depression in aPrimary Care Clinic: the Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 55: 1-10.
- Meneu R., Márquez-Calderón S. (2005). La incertidumbre sobre la efectividad y seguridad de los fármacos. Relevancia de los estudios de utilización de medicamentos. *Farmacia Hospitalaria*, 29(4).
- Montes JM, Sáiz J, de Dios C., Esquiaga E, García A, Argudo I, Carrillo A, Cebollada A, RamosJ, Valle J (2008). Perfil de los pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: un estudio transversal en la Comunidad de Madrid. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (5).
- Moré Herrero MA, Jiménez Arriero MA, Muñoz Rodríguez PE, Muñoz de Morales A, Zufía García J (2008). Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario rederivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (4): 210-217.
- Moussavi S., Chatteraji S, Verdes E. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370.

- Nesse RM, Jackson ED (2006). Evolution: psychiatric nosology's missing biological foundation. *Clin Neuropsychiatry*, 3: 121-131
- Nesse RM (2007). La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla. *World Psychiatry* 5:3, Diciembre
- Niles BL, Mori DL, Lambert JF, Wolf EJ (2005). Depression in Primary Care: Comorbid Disorders and Related Problems. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol 12, nº 1, March.
- Ocio León S, Hervía Moroto A, Fernández Menéndez JA (2001). Abordaje de los trastornos afectivos en Atención Primaria: estudio comparativo de los pacientes derivados a salud mental en los años 1991-1998. *Psiquis*, 22 (6): 225-232
- OMS, Organización Mundial de Salud (1998). Guía de la Buena Prescripción. Organización Mundial de la Salud. Suiza.
- OMS, Organización Mundial de Salud (2003). Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos S.A., Asturias.
- OMS, Organización Mundial de Salud (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra, Suiza.
- Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis Doctoral. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2004.
- Ortiz Lobo A., Lozano Serrano C., Fernández Jiménez G. (2005). La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996-2001). *Semergen*, 31 (10).
- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. (2006). Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*, vol 30 nº 3
- Pini S., Tansella M. Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En Vazquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid, Grupo Aula Médica, 1998.
- Roy V., Roy T. (2007). El placebo en psiquiatría: contexto histórico. En: López-Muñoz F., Alamo C.. *Historia de la Psicofarmacología*, tomo III. Editorial Panamericana, Madrid.
- Perlick D, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7: 126-135.
- Pettit J.W., Boleas Z.R., Joiner T.E. (2004). Tratamientos combinados para la depresión. En: Sammons M.T., Schmidt N.B. (Eds). *Tratamientos combinados de los trastornos mentales*. Biblioteca Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Phrma, Pharmaceutical Research Manufacturers of America. (2007). Productivity Impact Model Calculating the Impact of Depression in the Workplace and the Benefits on Treatment. Phrma, Pharmaceutical Research Manufacturers of America. (Washington, USA).
- Plana P, Pagés C, Pou M, Yeter A, Corominas J (2001). La incapacidad temporal: un instrumento para la vigilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor* 4 (2):61-66.
- Rang H.P., Dale M.M., Ritter J.M., Moore P.K. (2004). *Farmacología*. Editorial Elsevier, Madrid.

Rapee RM, Barlow DH (1991). *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. New York, NY: Guilford Publications Inc.

Rivas P, Molina JM, Alarcón L, Campos M, Hernandez A, Massalleras M, Panadera B, Sanchez S (2008). Salud Mental e Incapacidad Temporal en población laboral de Catalunya. *Arch Prev Riesgos Labor*, 11 (2): 81-86.

Robins E, Guze SB (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J. Psychiatry*, 126.

Rodríguez Ortiz de Salazar B, Jardón Dato E, Maqueda Blasco J, Alvarez Saenz JJ (2005). Riesgos Laborales durante el embarazo. *Med Segur Trab*, vol LI, nº198: 53-65.

Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollin SD, Warden D, Biggs MM, Wilson KS, Shelton RC, Luther JF, Thomas B, Trivedi M (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders* 87: 43-55

Sadock B.J., Sadock V.A. (2007). *Kaplan & Sadock, Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.

Sala Franco, T; Salas Baena, A. (2007). *La incapacidad temporal: aspectos temporales, sanitarios y de la Seguridad Social*. Tirant Lo Blanch, Valencia.

Sanderson K, Andrews G (2006). Common Mental Disorders in the Workforce: Recent Findings from Descriptive and Social Epidemiology. *Can J Psychiatry* vol 51, nº 2, February

Secades Villa R, Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, et al. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 2003, vol. 15, nº 4.

Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Diaz Cerezo S (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Ga. Sanit*, 21 (4): 306-13.

Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, Blanca Tamayo M, Serrat Tarrés J, Llopart López JR. (2007). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farm. Hospitalaria*, 31: 101-105

Simpson S, Corney R., Fitzgerald P., Beecham J (2003). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychological Medicine*, 33.

Sobocki P (2008). Public Health implications of depression. *Actas Ep Psiquiatr* 36 (Suppl 1): 17-20

Stahl S. (1998). *Psicofarmacología Esencial. Bases Neurocientíficas y Aplicaciones Clínicas*. Editorial Ariel, Barcelona.

Stein D.J. (2005). *Manual Clínico de los Trastornos de Ansiedad*. Ars Médica, Barcelona.

Stensland MD, Jacobson JG, Nyhuis A (2007). Service utilization and associated direct costs for bipolar disorder in 2004: An analysis in managed care. *Journal of Affective Disorders*, 101: 187-193.

- Ten Have M, Graaf R, Volleberg W, Beekman (2004). What depressive symptoms are associated with the use of care services?. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 80: 239-248.
- Thase M.E. (1999). Redefining antidepressant efficacy toward long-term recovery. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl.6).
- Thase M.E. (2008). Remission is the optimal goal of acute phase antidepressant therapy. *Actas Espa Psiquiatr*, 36 (supple 1).
- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al.(2006). STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implication for clinical practice. *Am. J. Psych.* 2006, 16.
- Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable, relevante?. *Aten. Primaria*, 2005;36(9).
- Urretavizcaya M, Baca Baldomero E, Alvarez E, Bousño M, Eguluz I, Martín M, Roca M (2008). Conceptos prácticos para la clasificación y el manejo de la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (Suppl. 2).
- Valladares A, Dilla T, Sacristán JA (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp. Psiquiatr*, 36(0).
- Vallejo J, Urretavizcaya M (2000). Tratamiento farmacológico prolongado de la depresión. En: Vallejo J. y Gastó C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Editorial Masson, Barcelona.
- Vallejo J, Urretavizcaya M (2002). Tratamiento de las recaídas y recurrencias de la depresión. *Psiquiatría y Atención Primaria*, Enero.
- Van Os TW, Ormel J, Van den Brink RH, Jenner J, Van der Meer K, Tiemens BG, Van der Boorn W, Smit A, Van den Brink W (1999). Training Primary Care Physicians Improves the Management of Depression. *General Hospital Psychiatry*, 21: 168-176.
- Van Os T, Van den Brink RH, Van der Meer K, Ormel J (2006). The care provided by general practitioners for persistent depression. *European Psychiatry*, 21: 87-92.
- Vedia Urgell C., Bonet Monne S., Forcada Vega C., Parellada Esquiú N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(5).
- Villalva Quintana E., Caballero Martínez L. (2006). Estudio del uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de Atención Primaria. *Semergen*, 32(9).
- Wakefield JC (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R definition of mental disorder. *Psychol Rev* 99: 232-247.
- Wakefield JC (1996). DSM-IV: are we making diagnostic progress?. *Contemporary Psychology*, 41: 646-652.
- Wakefield JC (1997). Normal inability versus pathological disability: why Ossorio's (1985) definition of mental disorder is not sufficient. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 4: 249-258
- Wakefield JC (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *Word Psychiatry*, 5:3, Diciembre

Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. (2003) Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 326.

Wazana A., (2000). Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?. *JAMA* 342

Wolf NJ, Hopko DR (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28.