

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Departamento de psicología



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TESIS DOCTORAL

Abordaje de problemas psicológicos y de salud  
mental en sistemas públicos de salud: hacia la  
implementación de estrategias y tratamientos  
basados en la evidencia

Córdoba, 2015

Doctoranda: Eliana Moreno  
Director: Juan Antonio Moriana

TITULO: *El abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia*

AUTOR: *Eliana María Moreno Osella*

---

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2016  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

[www.uco.es/publicaciones](http://www.uco.es/publicaciones)  
[publicaciones@uco.es](mailto:publicaciones@uco.es)

---





### **TÍTULO DE LA TESIS:**

Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia.

**DOCTORANDA: Eliana María Moreno**

### **INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS**

La Tesis Doctoral “*Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia*” presentada por la doctoranda Eliana Moreno es un trabajo que cuenta con todos los prerequisites científico-académicos para ser defendido como Tesis Doctoral. Derivado de la misma se ha publicado en la *Revista Salud Mental* (indexada en JCR) el artículo “*El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria*”. También está aceptado para su publicación en la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (también indexada en JCR) el artículo “*Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental*” derivado de la presente tesis; y actualmente se encuentra un tercer artículo en revisión en otra revista indexada en JCR. Asimismo resultados expuestos en ella han sido presentados en varios congresos y jornadas sobre el tema en ponencias, comunicaciones y posters y en otras revistas menores como *Infocop Online*.

La doctoranda ha sido constante en su trabajo que ha requerido realizar tanto estudio de campo como complejos análisis para sistematizar la información relacionada con este tema. Tengo el convencimiento de que con un poco más de tiempo, dado que ya tiene publicado o aceptado varios trabajos en revistas de JCR podría haber conseguido presentar esta tesis por compendio de artículos, pero debo reconocer que en su formato extenso aporta una cantidad de información que quizás hubiera sido sintetizada en exceso con el otro tipo de formato y que en este pone en valor muchos de sus resultados.

Por todas estas razones pienso que esta Tesis Doctoral supone un avance en su campo que ha sido demostrado por la producción y calidad asociada a sus estudios por lo que recomiendo su aceptación y permiso para realizar el acto de defensa pública para la obtención del título de doctor.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 24 de noviembre de 2015

Firma del director  
Fdo.: Juan Antonio Moriana Elvira



*Dedicado a mi hijo y a la memoria de mi abuelo. Faros de luz,  
dirección y sentido para lo que hago.*

## AGRADECIMIENTOS

*Con estas breves palabras quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en esta etapa, y especialmente, a quienes me han ayudado a conciliar trabajo, ocio, familia y vocación.*

*A quienes han estado cerca, en la distancia... mi familia y mis amig@s. Por mantener vivo este lazo que me une a mi tierra y mis raíces, y me recuerdan quien soy y hacia donde voy.*

*A todas las personas que han entrado en mi vida y me han dado apoyo, sostén y fuerzas para seguir construyendo en esta tierra que poco a poco voy sintiendo mía.*

*A l@s compañer@s y amig@s con quienes hemos compartido experiencias, reflexiones y consejos, por ayudarme a crecer. Especialmente a Juan Antonio, por ser mi guía en este camino, por haberme dado libertad y orientación para desarrollar estas ideas y alcanzar las metas.*

Mi más sincero agradecimiento a los profesionales y directivos de los centros de atención primaria que participaron e hicieron posible parte de este trabajo; y a la Universidad de Córdoba, por haber contribuido a mi formación profesional.

Este trabajo ha sido desarrollado en parte, gracias a la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad (Proyecto PSI2014-56368-R).

# ÍNDICE

Resumen .....	15	
Introducción .....	17	
Bloque I		
MARCO TEÓRICO		
<b>Capítulo 1</b>		
<b>Conceptualización e impacto de los problemas de salud mental en la sociedad actual .....</b>		<b>25</b>
1.1. La delimitación del concepto de salud mental y su evolución .....	26	
<i>Modelo médico psiquiátrico .....</i>	<i>27</i>	
<i>Trastornos comunes y problemas menores de salud mental .....</i>	<i>29</i>	
1.2. Prevalencia de los problemas de salud mental .....	33	
<i>Estadísticas a nivel mundial .....</i>	<i>33</i>	
<i>Estadísticas a nivel Europeo .....</i>	<i>34</i>	
1.3. Impacto y costes globales de los problemas de salud mental .....	35	
<i>Costes directos e indirectos .....</i>	<i>37</i>	
<i>Costes a nivel europeo .....</i>	<i>39</i>	
<i>Conclusión .....</i>	<i>41</i>	

## Capítulo 2

<b>Políticas, planes y estrategias de salud mental</b> .....	43
2.1 La Reforma Psiquiátrica .....	44
<i>La reforma psiquiátrica en España</i> .....	46
2.2. Importancia de las políticas de salud mental .....	47
<i>Planes y estrategias a nivel mundial</i> .....	48
<i>Planes y estrategias a nivel Europeo y Nacional</i> .....	51
<i>Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud</i> .....	51
2.3. Evaluación de políticas y servicios .....	54
<i>Conclusión</i> .....	56

## Capítulo 3

### **Tendencias actuales en el abordaje de los problemas de salud mental: un enfoque sanitario e integral de la atención a la salud**

.....	57
3.1 Integración de la salud mental en atención primaria .....	58
<i>Fundamentos para la integración de la salud mental en atención primaria</i> .....	61
<i>Diez principios para llevar a cabo la integración de la salud mental en atención primaria</i> .....	64
<i>Experiencias de integración en distintos países</i> .....	68
3.2. Tratamientos psicológicos en el sistema público de salud: el modelo propuesto en Reino Unido .....	71
<i>Fundamentos para el desarrollo del Programa IAPT</i> .....	71
<i>Proceso de implantación</i> .....	73
<i>Componentes clave</i> .....	75
<i>Resultados del programa</i> .....	78
<i>Algunas críticas al programa IAPT</i> .....	79

3.3. Modelos de atención colaborativa .....	80
<i>Atención colaborativa</i> .....	80
3.4. Modelo de atención escalonada .....	81
<i>Componentes de la atención escalonada</i> .....	82
<i>Pasos y niveles</i> .....	84
<i>Resultados y limitaciones de la atención escalonada</i> .....	87
<i>Conclusión</i> .....	90

## Capítulo 4

<b>Salud mental basada en la evidencia</b> .....	91
4.1. Salud mental basada en la evidencia .....	92
4.2. Guías de práctica clínica .....	94
<i>metodología de desarrollo de las guías</i> .....	97
<i>Las guías de salud mental</i> .....	102
<i>Problemas y preocupaciones actuales en torno a las guías</i> .....	106
<i>Conclusión</i> .....	108

## Capítulo 5

<b>El problema de la implementación de las evidencias</b> .....	109
5.1. Definición conceptual .....	110
5.2. Variables que influyen en el cambio de las prácticas .....	113
<i>Barreras y facilitadores</i> .....	113
5.3. Modelos de implementación .....	116
5.4. Clasificación de estrategias de implementación .....	118
5.5. Estrategias de implementación en el campo de la salud mental .....	121
5.6. Manuales y recursos de implementación .....	122
<i>Conclusión</i> .....	126

## Bloque II

### METODOLOGÍA

#### Capítulo 6

<b>Introducción al bloque II. Presentación de los estudios</b> .....	<b>129</b>
6.1. Fundamentación general de los estudios .....	129
6.2. Objetivos e hipótesis .....	130
6.3. Procedimiento general .....	132

#### Capítulo 7

<b>Estudio 1</b> .....	<b>137</b>
7.1. Fundamentación .....	138
7.2. Objetivos e hipótesis .....	139
7.3. Participantes .....	140
7.4. Instrumento .....	141
7.5. Procedimiento .....	143
7.6. Resultados .....	145
7.7. Discusiones y conclusiones .....	162

#### Capítulo 8

<b>Estudio 2</b> .....	<b>175</b>
8.1. Fundamentación .....	176
8.2. Objetivos e hipótesis .....	177
8.3. Método .....	179
8.4. Procedimiento .....	179
8.5. Resultados .....	187
8.6. Discusiones y conclusiones .....	194

## Capítulo 9

<b>Estudio 3</b> .....	<b>199</b>
9.1. Fundamentación .....	200
9.2. Objetivos e hipótesis .....	201
9.3. Método .....	203
9.4. Procedimiento .....	203
9.5. Resultados .....	208
9.6. Discusiones y conclusiones .....	115

## Bloque III

### DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

## Capítulo 10

<b>Discusiones y conclusiones finales</b> .....	<b>223</b>
10.1. Discusión y conclusiones finales .....	224
10.2. Síntesis de los principales aportes .....	229
10.3. Limitaciones y líneas futuras de investigación .....	230
Referencias bibliográficas .....	233
Anexos .....	257

# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

## Índice de Tablas

### Bloque I

<b>Tabla 1</b> Relación y análisis de manuales de implementación y de desarrollo de GPC de distintos sistemas de salud .....	<b>123</b>
--	------------

### Bloque II

<b>Tabla 2</b> Síntesis de objetivos, hipótesis y estudios que componen la Tesis Doctoral .....	<b>133</b>
---	------------

### Estudio 1

<b>Tabla 3</b> Existencia de guías o protocolos para PSM por Centro de Salud .....	<b>153</b>
--	------------

<b>Tabla 4</b> Funcionamiento de grupos psicoeducativos por Centros de salud .....	<b>155</b>
--	------------

<b>Tabla 5</b> Relación entre formación en puesto de trabajo y herramientas diagnósticas .....	<b>158</b>
--	------------

<b>Tabla 6</b> Relación entre formación en puesto de trabajo y herramientas de intervención .....	<b>159</b>
---	------------

<b>Tabla 7</b> Relación entre formación en puesto de trabajo y contención a los pacientes .....	<b>161</b>
---	------------

<b>Tabla 8</b> Relación entre formación en puesto de trabajo y satisfacción de los usuarios .....	<b>161</b>
---	------------

### Estudio 2

<b>Tabla 9</b> Guías incluidas en el estudio .....	<b>179</b>
--	------------

<b>Tabla 10</b> Descripción de las categorías y subcategorías diseñadas para la extracción y análisis de los datos .....	<b>182</b>
--	------------

<b>Tabla 11</b> Clasificación y descripción cualitativa de los recursos de implementación incluidos en el estudio .....	<b>184</b>
<b>Tabla 12</b> Número total y porcentaje de recursos de implementación asociados a cada guía clínica .....	<b>188</b>
<b>Tabla 13</b> Síntesis cuantitativa de las características generales de los recursos .....	<b>190</b>
<b>Tabla 14</b> Síntesis cuantitativa de las estrategias de implementación identificadas .....	<b>192</b>
<b>Estudio 3</b>	
<b>Tabla 15</b> Categorías de análisis de los recursos de implementación dirigidos a usuarios .....	<b>206</b>
<b>Tabla 16</b> Síntesis de las características generales de los recursos incluidos en el estudio .....	<b>211</b>
<b>Tabla 17</b> Síntesis de las estrategias de implementación y objetivos específicos de los recursos incluidos en el estudio .....	<b>214</b>

## Índice de Figuras

### Bloque I

<b>Figura 1</b> Brechas entre el impacto y la atención de los problemas de salud mental a nivel mundial .....	<b>36</b>
<b>Figura 2</b> Objetivos del Plan de Salud Mental 2013-2020 de la OMS .....	<b>49</b>
<b>Figura 3</b> Síntesis de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental 2006 ....	<b>52</b>
<b>Figura 4</b> Síntesis de la línea estratégica sobre atención a los trastornos mentales del Plan de Salud Mental 2009-2013 .....	<b>53</b>
<b>Figura 5</b> Desarrollo cronológico de la implantación del programa IAPT .....	<b>75</b>
<b>Figura 6</b> Terapias de alta y baja intensidad aplicadas dentro del sistema de atención escalonada del NHS. ....	<b>83</b>
<b>Figura 7</b> Paso 1 de la atención Escalonada .....	<b>84</b>
<b>Figura 8</b> Paso 2 de la atención Escalonada .....	<b>85</b>
<b>Figura 9</b> Paso 3 de la atención Escalonada .....	<b>86</b>

<b>Figura 10</b> Paso 4 de la atención Escalonada .....	<b>86</b>
<b>Figura 11</b> Modelo tradicional vs. tendencias actuales para el abordaje de trastornos comunes de salud mental en los sistemas sanitarios. ....	<b>88</b>
<b>Figura 12</b> Otros objetivos de las guías de práctica clínica .....	<b>95</b>
<b>Figura 13</b> Características generales de las guías clínicas .....	<b>95</b>
<b>Figura 14</b> Características que deben tener las guías de práctica clínica para ser consideradas como confiables y seguras .....	<b>96</b>
<b>Figura 15</b> Características de los distintos tipos de guías producidas por el NICE .....	<b>105</b>
<b>Bloque II</b>	
<b>Estudio 1</b>	
<b>Figura 16</b> Frecuencia de problemas de salud mental .....	<b>146</b>
<b>Figura 17</b> Comparación prevalencia de distintos motivos de consulta de salud mental .....	<b>147</b>
<b>Figura 18</b> Características de los usuarios .....	<b>148</b>
<b>Figura 19</b> Uso de Psicofármacos en Atención Primaria .....	<b>151</b>
<b>Figura 20</b> Aceptación/adherencia a psicofármacos .....	<b>152</b>
<b>Figura 21</b> Contención a los pacientes. Comparación por sexo. ....	<b>159</b>
<b>Estudio 2</b>	
<b>Figura 22</b> Representación esquemática de la estrategia de localización de recursos .....	<b>180</b>
<b>Figura 23</b> Proceso de selección de los recursos .....	<b>187</b>
<b>Figura 24</b> Evolución anual en la publicación de recursos de implementación asociados a las guías clínicas. ....	<b>193</b>
<b>Estudio 3</b>	
<b>Figura 25</b> Representación esquemática de la estrategia de localización de recursos dirigidos a usuarios. ....	<b>204</b>
<b>Figura 26</b> Proceso de identificación y selección de los recursos dirigidos a los usuarios .....	<b>209</b>
<b>Figura 27</b> Proporción de recursos de implementación según tipo de destinatario .....	<b>210</b>

# RESUMEN

El objetivo de esta Tesis, es conocer el tipo de abordaje que se realiza sobre los problemas psicológicos y de salud mental en distintos contextos sanitarios. En primer lugar, analizar las características de los tratamientos que se aplican en atención primaria a nivel local. En segundo lugar, profundizar en el conocimiento de estrategias utilizadas para mejorar la implementación de tratamientos eficaces en sistemas públicos de salud de referencia.

Para ello se diseñaron tres estudios interrelacionados. El primero, explora las características de los tratamientos brindados en atención primaria para atender problemas menores de salud mental. Los resultados constataron la existencia de una notable brecha entre las recomendaciones y la práctica real, y dejaron en evidencia importantes déficits en la calidad de los tratamientos ofrecidos. En el segundo y tercer estudio, se identificaron, seleccionaron y sintetizaron elementos claves de las estrategias y recursos de implementación utilizados por el NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), para promover la puesta en práctica de tratamientos basados en la evidencia en los sistemas públicos de salud, utilizando la metodología de revisiones sistemáticas.

Como conclusión, destacamos el importante valor de la evaluación y monitorización de los tratamientos y abordajes que se aplican en los sistemas de salud, para conocer el grado de acuerdo que existe entre el tipo de atención que se brinda en los contextos reales de trabajo y las recomendaciones y planes vigentes. Así mismo, las estrategias y recursos de implementación que se utilizan en sistemas más avanzados, pueden servir de orientación para el desarrollo de planes y estrategias a nivel local, que mejoren la puesta en práctica y la calidad de los tratamientos ofrecidos en los sistemas públicos de salud.



# INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental se encuentran dentro de las diez principales causas de invalidez e incapacidad a nivel mundial. Afectan considerablemente a la calidad de vida de las personas que los padecen, de sus familiares y cuidadores, y representan un importante impacto social y económico que repercute en los sistemas sanitarios.

En las últimas décadas ha aumentado el interés por estos problemas y especialmente, por conocer el estado de la situación en torno a su prevalencia, abordaje y tratamiento desde los sistemas públicos de salud. Desde hace unos años se vienen publicando informes desde diferentes organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) o el Parlamento Europeo, que ponen en evidencia la elevada prevalencia de estos trastornos en la población, en contraposición con el escaso número de personas afectadas que reciben un tratamiento adecuado para estos problemas. La preocupación por esta situación ha derivado en la definición de una serie de recomendaciones y objetivos a llevar a cabo para mejorar, no solo la calidad de los tratamientos ofrecidos, sino también el acceso a los mismos.

Este último punto es el eje central que, de manera general, ha motivado el desarrollo del presente trabajo: el problema del acceso de los usuarios a tratamientos eficaces para problemas de salud mental. Dentro de ellos, nos centraremos en los trastornos comunes de salud mental o desórdenes emocionales, que están representados principalmente por los distintos tipos de trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Estas condiciones están altamente extendidas en la actualidad y especialmente en las sociedades modernas. Si bien, habitualmente se presentan con una sintomatología de menor severidad, en comparación con otros trastornos mentales graves. La no atención de los mismos o una atención inadecuada puede cronificar, agravar o complicar el cuadro clínico de base. Por otra parte, a mayor nivel de complejidad requerida para atender estos problemas, mayores son los costes personales y sociosanitarios que se deben asumir. Por todo esto, cobra una especial relevancia la atención adecuada y oportuna de estas condiciones de salud.

En torno a esta cuestión, se desarrollan diversos modelos, enfoques o teorías explicativas. En este caso, el enfoque general desde el cuál nos posicionamos para llevar a cabo nuestros estudios y el análisis de los resultados alcanzados, es un enfoque sanitario. Esto implica la consideración de aspectos relacionados principalmente con la organización de la asistencia y las características de los recursos y estrategias que se ponen en marcha para ofrecer la atención en distintos niveles y contextos. Desde este enfoque, y siguiendo un modelo de atención integral de la salud, consideramos que el acceso a tratamientos eficaces y de calidad para los trastornos comunes de salud mental, es un reto a alcanzar en muchos países y además, un derecho de los afectados (igual que el derecho a tratamiento para otros tipos de problemas de salud en general) que debería garantizarse desde los servicios públicos de salud.

En este escenario nos planteamos una serie de objetivos mas concretos que orientan el desarrollo de los tres estudios principales que componen esta Tesis Doctoral.

El primer estudio es una aproximación al conocimiento de la realidad inmediata. Tiene el objetivo de constatar el tipo de intervenciones que se ofrecen para abordar los problemas comunes de salud mental en nuestro contexto más próximo. Para ello se diseñó un estudio empírico, donde se elaboró y aplicó un cuestionario a médicos de atención primaria. Se recogió información sobre las características de los tratamientos brindados en este nivel y se analizó el grado de acuerdo entre las intervenciones que se llevan a cabo en la práctica cotidiana y las recomendaciones e indicadores de calidad expresados en diversos documentos oficiales. Los resultados expuestos a continuación, constataron la existencia de una notable brecha entre las recomendaciones y la práctica real, y dejaron en evidencia importantes déficits en la calidad de los tratamientos ofrecidos para atender estos trastornos altamente frecuentes en las consultas de atención primaria.

Estos hallazgos se encuentran en consonancia con las investigaciones más actuales, que además coinciden en reconocer que la mera existencia de desarrollos científicos, recomendaciones o la disponibilidad de guías de tratamientos basados en la evidencia, no es suficiente para que se produzca su traslado a la práctica cotidiana. Para que exista una aplicación real de las recomendaciones y de las evidencias en el día a día, es necesario llevar a cabo estrategias activas y específicamente orientadas a promoverlas. Estos elementos son el punto de partida del planteamiento de los estudios siguientes.

El segundo y tercer estudio pretenden profundizar en el conocimiento de las estrategias o recursos de implementación que se utilizan para promover la puesta en práctica de las recomendaciones y mejorar el acceso a tratamientos eficaces en los sistemas públicos de salud. Para su desarrollo, se utilizó la metodología de revisiones sistemáticas siguiendo el modelo PRISMA, que permite identificar, seleccionar y extraer elementos claves de diversos documentos y materiales relevantes, siguiendo criterios de rigurosidad y transparencia en el proceso de revisión.

Ambos estudios, se focalizan en la recopilación y descripción de las características de los recursos y estrategias de implementación de las recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de trastornos comunes de salud mental utilizadas por el NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), uno de los organismos de referencia a nivel internacional. El Estudio 2 aporta un análisis y síntesis general de todos los materiales y estrategias identificadas, que podrían ayudar al diseño de acciones y herramientas concretas para favorecer la puesta en práctica de las recomendaciones en distintos contextos.

Teniendo en cuenta el modelo de atención integral de la salud, que otorga un papel importante a la participación de los afectados en la recuperación de su propia salud, se plantea el tercer estudio, que pretende profundizar en el conocimiento del rol que desempeñan los usuarios en los procesos de implementación. Un elemento al que se le ha prestado escasa atención y en consecuencia existe muy poca literatura sobre el tema.

Una vez planteado el contexto de surgimiento y características de los estudios que componen esta tesis, a continuación, se define la organización general y los principales contenidos desarrollados en este trabajo.

El Bloque I corresponde al marco teórico, que está dividido en cinco capítulos. En el primero de ellos se exponen las definiciones y el marco conceptual de partida, haciendo un recorrido por las principales transformaciones y reformas del sistema sanitario, desde el modelo de psiquiatría hasta la concepción actual de salud mental y atención integral. Desde una visión crítica, se presentan datos epidemiológicos acerca del impacto y los costes que suponen estos problemas a escala mundial, y en contraposición, la escasa cobertura sanitaria que reciben. A continuación, en el Capítulo 2, se presenta una síntesis de los lineamientos más importantes relacionados con las políticas y estrategias de salud mental vigentes a nivel mundial y europeo. Éstas sirven de punto de partida para comprender las recomendaciones y acciones que

actualmente se están llevando a cabo para promover la descentralización y mejorar el acceso al tratamiento en algunos servicios públicos de distintos países.

En el Capítulo 4 se presentan las características esenciales de la metodología basada en la evidencia y su aplicación en el campo de la salud mental. Se describe el proceso de desarrollo de guías de práctica clínica, tomando como referencia la metodología usada por el NICE. Por otra parte, en el último capítulo teórico se exponen las dificultades actuales en torno a la implementación de las evidencias disponibles. Se explican las principales barreras para la implantación y las tendencias actuales que orientan el diseño de estrategias para disminuirlas.

El Bloque II corresponde a la metodología. En primer lugar se define el objetivo general y las hipótesis de partida de este trabajo. Se presentan las características generales del diseño de los estudios y los procedimientos llevados a cabo. A continuación, en el capítulo 7, 8 y 9, se explican con mayor detalle cada uno de los estudios que componen esta Tesis Doctoral y se muestran los principales resultados, discusiones y conclusiones de cada uno de ellos.

En el Bloque III se presentan las discusiones y conclusiones finales, realizando una síntesis de las principales aportaciones e implicaciones prácticas que se derivan de este trabajo.

De la presente Tesis se han originado los siguientes artículos científicos que se adjuntan como anexos.

1. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35 (4), 315-328.
2. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2013). Los problemas de salud mental en Atención Primaria. Un análisis de la demanda y de la

percepción de los médicos de familia. *Infocoponline - Revista de Psicología*.

3. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). Estrategias para la implementación de guías clínicas de Trastornos Comunes de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (en prensa).
4. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). La participación de los usuarios en la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental: Revisión y compilación de estrategias y recursos (en revisión).

Bloque I

MARCO TEÓRICO



# Capítulo 1

## Conceptualización e impacto de los problemas de salud mental en la sociedad actual

En este primer capítulo se definen las bases conceptuales del término salud mental, haciendo un paralelismo entre el enfoque biomédico o psiquiátrico tradicional y el enfoque integral de salud mental. Desde este último nos posicionaremos para desarrollar nuestro trabajo, ya que permite considerar como objeto de estudio tanto a los trastornos comunes como a los problemas menores, que afectan al bienestar psicológico de las personas. En un segundo momento se presentan datos epidemiológicos que reflejan la prevalencia de estos trastornos a escala mundial y muestran el impacto que suponen principalmente a nivel socio económico y en términos de cargas para el sistema sanitario.

## **1.1. La delimitación del concepto de salud mental y su evolución**

La salud mental ha sido definida de distintas formas por estudiosos procedentes de diferentes disciplinas y contextos, lo que ha dado lugar a una importante variedad de acepciones. Por otra parte, este concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo, de la mano de los cambios producidos en la manera de concebir los procesos de salud–enfermedad y en consonancia con los avances científicos, sociales y políticos.

Pese a esta diversidad, un punto de coincidencia es la referencia a una noción amplia y más compleja que la simple carencia de un desorden mental. Actualmente, las distintas definiciones incluyen las ideas de bienestar subjetivo, autodeterminación, autonomía, competitividad, dependencia intergeneracional y potencial emocional, entre otros (OMS, 2001a). Toman también como referencia la idea de equilibrio, satisfacción, afectividad, interacción o afrontamiento de las demandas externas. Por otra parte, se reconoce que el estado de salud mental de una persona o el desarrollo de un trastorno está influido no solamente por factores individuales, como la capacidad de gestionar emociones o pensamientos, sino también por factores determinantes externos, sociales, económicos, culturales o políticos (OMS, 2013a).

En líneas generales, la OMS entiende que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud y la define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad (OMS, 2009; OMS, 2014).

Esta es una de las definiciones internacionales más aceptadas y utilizadas hoy en día. Sin embargo, aún coexisten diversos enfoques y modelos, éstos determinan la manera de entender los problemas de salud mental, proporcionando una mirada mas amplia o mas restrictiva acerca de las

condiciones o trastornos que se incluyen dentro de este constructo. Estos marcos de referencia conceptuales también condicionan la manera de plantear su abordaje en la práctica. En este sentido, pueden influir sobre la definición de criterios de priorización para el acceso a la atención pública, por ejemplo, algunos sistemas pueden ofrecer tratamiento únicamente para aquellos problemas de salud mental con diagnóstico clínico firme emitido por un médico. Mientras que otros, pueden iniciar el proceso asistencial, ante la detección de factores de riesgo, la presencia de síntomas aislados detectados por alguno de los miembros del equipo de salud. Del mismo modo, estos marcos conceptuales pueden influir sobre el tipo de tratamientos que se ofrecen en la cartera de servicios pública. Por ejemplo, algunos sistemas pueden ofrecer tratamientos de tipo más biomédicos o farmacológicos, mientras que otros pueden aplicar modelos e intervenciones más psicosociales o integrales según el marco conceptual de referencia en el que apoyen.

A continuación, se presenta una breve descripción de los movimientos conceptuales más relevantes, haciendo un recorrido desde el modelo médico-psiquiátrico tradicional hasta el modelo de salud mental integral que utilizaremos como referencia en esta Tesis Doctoral.

### ***Modelo médico psiquiátrico***

El modelo de la psiquiatría tradicional asocia la “salud mental” a términos de carácter psicopatológicos, poniendo mayor atención sobre condiciones bien establecidas y de importante complejidad y/o severidad. Según Ortuño (2009), desde el surgimiento de las clasificaciones internacionales (como la Clasificación Internacional de las Enfermedades –CIE- o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM- ) se propuso el uso del término “trastorno” en lugar del de “enfermedad mental”, ya que este último se aplica a estados donde es posible identificar una alteración física de base, y esto no ocurre en la mayoría de los trastornos mentales. Desde este modelo, la noción de “trastorno” implica la identificación de síntomas y signos psicopatológicos, que suelen aparecer

agrupados, formando cuadros clínicos definidos o síndromes. Los criterios de estos sistemas nosológicos, exigen la presencia de una serie de síntomas determinados para poder diagnosticar un trastorno concreto. Estos presentan una utilidad práctica y para la investigación, ya que permiten organizar información, unificar conceptos y terminología para facilitar la comunicación entre profesionales o establecer pronósticos sobre la posible respuesta al tratamiento (Vázquez, Sánchez & Romero, 2014). Sin embargo, estas categorías nosológicas no son estáticas, sino que experimentan cambios a lo largo del tiempo, de manera tal, que se introducen nuevos trastornos, síntomas o categorías o se eliminan otros en las actualizaciones o nuevas versiones de los manuales. Estos cambios en ocasiones se han recibido como mejoras o han sido bien aceptados, pero en otros momentos han suscitado numerosas críticas o desacuerdos en la comunidad científica y entre los profesionales. Como es el caso de la última versión del DSM-5 (Alarcón, 2013).

Desde esta perspectiva clínica y psicopatológica, algunos autores destacan que hay una falta de acuerdo sobre los criterios que definen a las diferentes categorías diagnósticas, y dificultades para definir los límites de un determinado trastorno o para establecer claramente las fronteras entre los distintos cuadros. Esto se debe a que las categorías no son mutuamente excluyentes ni exhaustivas (Castro, 2014). Por otra parte, el uso de “etiquetas diagnósticas” y la clasificación puede estar asociada con la estigmatización social, que conlleva cierto riesgo de discriminación y dificultades de integración social para las personas con problemas mentales.

Las numerosas críticas y deficiencias detectadas en los sistemas tradicionales, han llevado al surgimiento de nuevos modelos o propuestas. Uno de estos es el proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC), del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Otro de los enfoques que surge como alternativa a los sistemas psicopatológicos vigentes, es el modelo transdiagnóstico, que se explicará más adelante en el apartado siguiente.

Según Insel et al. (2010), la finalidad principal del RDoC es la búsqueda de una mayor precisión diagnóstica, en el pronóstico y en el tratamiento de los trastornos mentales, semejante a la precisión y especificidad presente en otras enfermedades médicas. Desde esta perspectiva se impulsa la investigación en distintos factores moleculares determinantes como los marcadores genéticos, la neuroimagen o la ciencia cognitiva, con el objetivo final de llegar a una comprensión más profunda de las bases biológicas y psicosociales de los distintos trastornos (Insel, 2014). De manera general, podría considerarse que el diagnóstico y la definición de los trastornos mentales “graves” como esquizofrenia, trastorno bipolar o esquizoafectivo, presentan una mayor precisión y especificidad en comparación con otro tipo de trastornos. El abordaje tradicional de este tipo de trastornos suele ser de tipo psiquiátrico y farmacológico, y se desarrolla en el contexto de una atención especializada. En esta línea, el RDoC podría tener una importante implicación principalmente para el estudio de los trastornos mentales graves, aunque podemos considerar que en esencia, representa una vuelta al modelo biomédico tradicional, con un mayor rigor y sistematización.

### ***Trastornos comunes, desórdenes emocionales y problemas menores de salud mental***

En contraposición con los modelos psicopatológicos biomédicos más tradicionales, surgen propuestas y enfoques más flexibles o integradores. Uno de estos es el modelo transdiagnóstico, que pretende organizar los aportes provenientes de estudios empíricos de diversas disciplinas como las ciencias biológicas y las ciencias del comportamiento para explicar los procesos psicopatológicos que se encuentran en la base de distintos cuadros o trastornos. Desde esta perspectiva, se considera que determinados constructos psicológicos básicos pueden constituir factores etiológicos o de mantenimiento de cuadros psicopatológicos diversos, en contraposición con la idea de que cada trastorno presenta procesos específicos bien diferenciados (Vázquez et al., 2014). Esta línea puede tener importantes implicaciones para la práctica clínica, ya que propone el

desarrollo de módulos de intervención o terapias, que puedan aplicarse a distintas personas independientemente del diagnóstico específico o problema que presenten (p.e. enseñanza de estrategias de regulación emocional). Este modelo puede ser mejor aplicado en personas con desordenes emocionales. Dentro de este tipo de desórdenes Barlow et al. (2010) incluyen a aquellas personas que experimentan intensos niveles de emociones como pánico, ansiedad, depresión o miedo. Estas podrían calificarse como emociones negativas, que se encuentran en la génesis, mantenimiento o desarrollo de diversas patologías (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002). Las experiencias de este tipo afectan al afrontamiento de situaciones de la vida diaria y se viven como desagradables y limitantes. En líneas generales, podríamos considerar que dentro de los desordenes emocionales se encuentran los distintos tipos de ansiedad y depresión, que pueden manifestarse con distintos grados de intensidad y frecuentemente se presentan en comorbilidad. Estos problemas también han sido denominados por otros autores como “problemas menores” o trastornos comunes.

Los trastornos comunes de salud mental, representan condiciones de carácter menos severas, pero son considerablemente mas frecuentes en la población. Dentro de ellos se incluyen trastornos altamente prevalentes, como la depresión y los distintos tipos de trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, fobias, ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), y trastorno de estrés postraumático (TEP) (NICE, 2011a). Las recomendaciones mas actuales sugieren que los tratamientos de primera línea para estos problemas son esencialmente, las terapias de baja intensidad como la autoayuda guiada o la consejería, y distintos tipos de terapias psicológicas. El ámbito en el que deberían aplicarse es preferentemente la Atención Primaria o los contextos comunitarios, aunque en casos de mayor severidad se considera adecuado el uso de psicofármacos -habitualmente en conjunto con las anteriores- o se recomienda la aplicación de intervenciones mas especializadas en el segundo nivel de atención (NICE, 2011b). Para este tipo de trastornos, también se aconseja el inicio de la intervención desde el momento de

la detección de síntomas leves o moderados o ante la sospecha de presencia de un trastorno común.

Siguiendo en esta línea, y en contraste con el modelo de psiquiatría tradicional, Retolaza (2004) introduce la noción de “*problemas menores*”. Dentro de ellos incluye sintomatología propia de los trastornos comunes, pero con un tipo de presentación de carácter menos específico y habitualmente asociada a procesos adaptativos (como desarraigo por cambio de residencia, nacimiento de un hijo, salida de los hijos del hogar, etc.) o problemas psicosociales (como problemas en las relaciones familiares, problemas laborales, legales, etc.). Según este autor, estos son los problemas y síndromes más frecuentes en la población y en los servicios de salud en general, además pueden cronificarse si no reciben el abordaje adecuado. Las intervenciones aconsejadas para ellos son los tratamientos breves y/o de tipo psicoeducativos, la orientación, el consejo o el desarrollo de habilidades. La delimitación diagnóstica de estos casos es imprecisa, presenta una mayor sensibilidad, pero menor especificidad, ya que no puede tipificarse en las nosografías tradicionales como la CIE o el DSM. En esta misma línea, Echeburúa, Corral y Salaberría (2010), sugieren que actualmente existen nuevas demandas de tratamientos y nuevos problemas de salud mental, relacionados con situaciones de sufrimiento o infelicidad y que requieren de atención. En las clasificaciones nosológicas tradicionales estas condiciones se tipifican como problemas adaptativos dentro de los *códigos Z*, y que representan alrededor de un 20% de las consultas de Atención Primaria y deberían ser atendidas en contextos diferentes a los contextos de centros especializados.

El abordaje de estas condiciones debería ser esencialmente integral y psicosocial; y dirigirse no solamente al tratamiento de las personas afectadas, sino también a la población general y al trabajo comunitario a través de acciones de promoción y prevención.

Este mismo autor menciona que el uso del término “salud mental”, reduce el estigma atribuido por la sociedad a los trastornos mentales, en contraste con el

término psiquiátrico tradicionalmente utilizado. Los problemas psicológicos progresivamente se han ido aceptando y normalizando dentro de la población, y la demanda relacionada con este tipo de dificultades ha aumentado hasta tal punto que supone una carga elevada de las consultas, tanto a niveles especializados como en atención primaria.

Los trastornos “graves” tienen una prevalencia sensiblemente inferior a los “comunes o menores” afectando entre un 2 y un 3% de los pacientes que consultan en servicios de atención primaria o general. Retolaza (2004) informa que como mínimo, un 20% de los pacientes que acuden al médico generalista o de familia, presentan algún tipo de trastorno psíquico incluido en las nosografías psiquiátricas actuales, como el CIE-10 (OMS, 1992) o DSM-5 (*American Psychiatry Association*, 2014). Además, se puede considerar que existe aún un 10% más de personas que presentan síntomas inespecíficos, ligeramente por debajo del umbral necesario para cumplir con criterios diagnósticos bien establecidos, pero que generan una elevada demanda de atención en los servicios de salud.

Las diferencias conceptuales expuestas permiten ilustrar y delimitar distintos niveles de atención e intervención según criterios de complejidad y características particulares de los casos. El nivel especializado parece tener un grado de organización y jerarquización clara, además de definición concreta de la población destinataria. Sin embargo, actualmente, el debate se centra en torno al tratamiento de problemas menores y a las dificultades de integración de los servicios de salud mental en el sistema general de salud y en Atención Primaria. Esto podría deberse principalmente a las características de organización de estos servicios, a la diversidad y amplitud de usuarios y a las deficiencias en la definición de roles profesionales y delimitación de competencias y funciones para el abordaje de problemas de salud mental en los distintos niveles de atención.

## **1.2. Prevalencia de los problemas de salud mental**

### ***Estadísticas a nivel mundial***

El año 2001 constituyó un importante hito para la salud mental a escala internacional. La publicación de diversos informes de la OMS sobre la carga mundial que suponían los trastornos mentales y su impacto, demostraron la importancia de estos problemas para la sociedad y el sistema sanitario. Además, la presentación de recomendaciones destinadas a establecer criterios unificados y guías para orientar acciones políticas, llamaron la atención de los especialistas y autoridades sobre la necesidad de redefinir objetivos e incluir a la salud mental como un tema prioritario para la salud pública.

Gracias a estos informes se sabe que los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales causas de morbilidad e invalidez a escala mundial, en personas entre 15 y 44 años de edad. Lo que representa el 12 % de la carga total de morbilidad mundial. Además, se prevé que estos números aumentarán al 15% en el año 2020 y que más del 25% de la población padecerá un trastorno mental en algún momento de su vida (OMS, 2001a). Desde este primer informe mundial, se han sucedido una serie de actualizaciones que reflejan datos estadísticos sobre prevalencia e incidencia, así como sobre el estado de las políticas sanitarias y el abordaje de estos trastornos en los distintos países. Estos datos constituyen importantes herramientas para el desarrollo y planificación de servicios y estrategias de salud mental (WHO, 2015).

En el 2008 la OMS reflejaba que aproximadamente en el mundo 154 millones de personas sufren depresión, 25 millones esquizofrenia, 91 millones de personas están afectadas por el consumo de alcohol y 15 millones por otros trastornos debidos al consumo de drogas. Además, 50 millones de personas sufren de epilepsia y 24 millones de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Alrededor de 877.000 personas mueren por suicidio cada año. Considerando estadísticas de distintos países, la prevalencia de trastornos

mentales en un año oscila entre el 4% (China) y el 26% (Estados Unidos). En España esta cifra es del 9,2%. Por otra parte, las personas con trastorno mental como depresión mayor o esquizofrenia, muestran tasas más elevadas de discapacidad y mortalidad, y presentan entre un 40 y un 60% más de probabilidades de muerte prematura, en comparación con la población general (OMS, 2013a).

La variabilidad en la prevalencia entre los países podría deberse a diferencias culturales y socioeconómicas, a las limitaciones de los instrumentos de diagnóstico y a los posibles sesgos de información. Otro elemento que se relaciona con la carga de los problemas mentales lo constituye el hecho de que la población mundial envejece rápidamente. Siguiendo los datos de este mismo informe, el número de personas de 60 años o más aumentará considerablemente en los próximos años, estimando que en los países menos desarrollados, la población de edad avanzada se cuadruplicará en el año 2050. Entre las personas mayores, la prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria puede llegar al 33%, y los diagnósticos más comunes serían depresión y demencia. En el otro polo de la distribución etaria, la prevalencia de trastornos mentales en niños, detectada en atención primaria, se encontraría entre un 20 y 30% y los diagnósticos más comunes serían los de ansiedad, depresión, trastornos de conducta y déficit de atención/ hiperactividad.

### ***Estadísticas a nivel Europeo***

En referencia al contexto Europeo, se estima que uno de cada cuatro europeos padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Estos problemas, en su conjunto, representan el grupo de enfermedades más extendida (DeVicente & Berdullas, 2009; DeVicente & Magán, 2009). Como ejemplo, se informa que el suicidio en Europa, sigue siendo una causa frecuente de muertes prematuras, representando más de 50.000 muertes al año, más que las producidas por accidente de tráfico. Se considera, además, que 9 de cada 10 casos presentan antecedentes de trastorno mental, siendo el más frecuente la depresión. Uno de

los informes mas actuales sobre el impacto de la crisis económica sobre la salud mental en España (Gili, García Campayo & Roca, 2014) indica que en los últimos años ha habido un incremento de los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, con un aumento paralelo en el consumo de psicofármacos.

Las estadísticas en torno a estos trastornos dejan en evidencia la necesidad de atención sobre los mismos, lo que comienza a movilizar a distintos estamentos hacia la generación de políticas sanitarias para abordarlos. En este sentido, el Parlamento Europeo (2009), comienza a considerar a la salud mental como una prioridad básica, instando a los Estados miembros a que adopten las medidas necesarias para promoverla, con el fin de prevenir su incidencia y mejorar el bienestar general de las personas. En consecuencia se plantean una serie de acciones prioritarias a nivel nacional y europeo que apuntan a la necesidad de introducir cambios, principalmente estructurales y organizacionales, dentro de los sistemas de salud pública, para que puedan ofrecer atención de calidad y tratamientos eficaces para los problemas de salud mental de la población.

### **1.3. Impacto y costes globales de los problemas de salud mental**

El impacto de los trastornos mentales se extiende más allá de lo que es representado por los cálculos sobre la carga de la enfermedad; ya que muchas personas sufren un importante deterioro a nivel laboral, económico, familiar y social, y pueden ser discriminados por la sociedad a causa de sus condiciones. Tal como se muestra en la Figura 1, una situación que agrava aún mas el panorama, es el hecho de que en la actualidad solo una pequeña minoría de quienes sufren problemas psicológicos o mentales, reciben el tratamiento más básico; pese a la existencia de tratamientos eficaces para la mayoría de ellos. Se calcula que al rededor del 75% de las personas con trastornos mentales, no recibe ningún tipo de tratamiento o atención (OMS, 2015a). De manera mas específica, se estima que en los países de bajos ingresos, entre un 76 y un 85% de las personas con

trastorno mental grave no reciben tratamiento; en los de ingresos mas elevados entre un 35 y 50%. Aun más complicado es el panorama si consideramos que aquellos que son atendidos, reciben una atención de escasa calidad (OMS, 2013a).

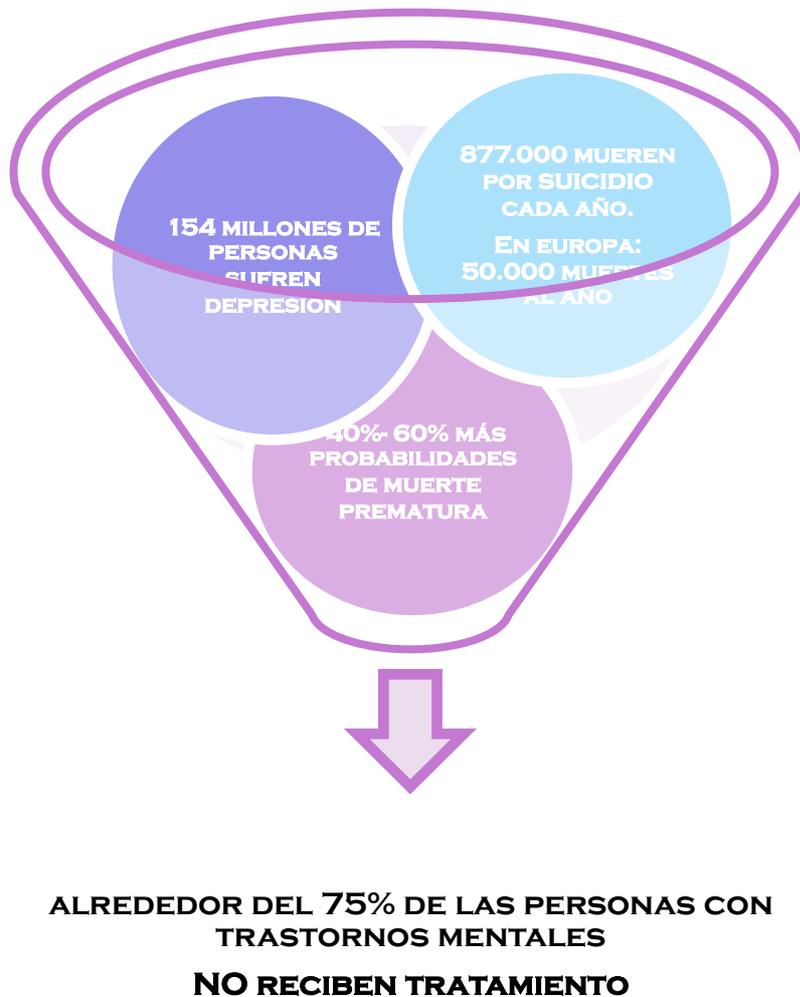


Figura 1. Brechas entre el impacto y la atención de los problemas de salud mental a nivel mundial.

La OMS considera que las repercusiones económicas y sociales son muy elevadas e importantes y, además de los costes financieros, reconoce otros menos evidentes como la reducción en la calidad de vida global y la tensión emocional padecida tanto por los pacientes como por las personas de su entorno, principalmente sus familiares y cuidadores (OMS, 2001a).

### ***Costes directos e indirectos***

Los costes económicos derivados de estas patologías son múltiples y complejos y pueden generarse de manera directa o indirecta. Por ejemplo, los costes directos están asociados al uso de los servicios sociales y sanitarios, como el tiempo de atención del profesional o la cantidad de citas médicas, también se incluyen aquí los gastos ocasionados por el internamiento u hospitalización, el uso de medicación, etc. Por otro lado, los costes indirectos son ocasionados por la disminución en la productividad laboral, las bajas laborales asociadas a un problema mental, la pérdida de empleo, las repercusiones sociales en las familias o la muerte prematura de las personas afectadas.

Algunos estudios muestran que los costes causados por el absentismo laboral y la baja productividad debido a enfermedades mentales, como ansiedad o depresión, disminuyen cuando se implementan estrategias de atención de estas patologías en el contexto laboral y/o en la atención primaria (Dewa, Hoch, Lin, Paterson & Georing, 2003; Rost, Smith & Dickinson, 2004).

Un estudio sobre costes directos en pacientes que demandan atención por problemas mentales en atención primaria (Sicras et al., 2007) muestra que todos los componentes del coste anual por paciente es significativamente superior en estos usuarios, en comparación con los costes de pacientes sin problemas mentales. En este estudio se consideran como coste, los recursos sanitarios utilizados en atención primaria por los pacientes que presentan algún tipo de problema mental (según la Clasificación Internacional de la Atención Primaria-CIAP-2), incluyendo la cantidad de visitas realizadas en el centro, las derivaciones efectuadas a especialistas, las solicitudes de pruebas complementarias y la prescripción farmacéutica. Sicras et al. (2007), consideran que la utilización general de los recursos sanitarios es mayor en los pacientes que demandan atención por problemas mentales en atención primaria, y los costes totales suponen una diferencia de 72,6 euros más por paciente y por año, siendo la mayor diferencia la observada en el coste farmacéutico. Las personas que

presentan problemas mentales solicitan y realizan más cantidad de visitas en atención primaria. Las derivaciones al especialista son mayores en este grupo y las causas principales de derivaciones hacia servicios de salud mental son las supervisiones de casos y la confirmación diagnóstica. Probablemente las dificultades para realizar diagnósticos y tratamientos efectivos en este nivel, junto con la falta de conocimientos en esta materia, influye sobre las derivaciones y el pedido de pruebas complementarias.

En este sentido, Fogarty, Sharma, Chety y Culpepper (2008) encontraron que la presencia de trastornos de ansiedad generalizada y estrés postraumático, se asocian con un mayor uso de los servicios de salud, como así también a una mayor cantidad de consultas ambulatorias a servicios de salud mental, mayores hospitalizaciones y consultas a centros de atención primaria.

Otro estudio realizado con pacientes hiperfrecuentadores en centros de atención primaria (Rodríguez, Cebrià, Corbella, Segura & Sobreques, 2003) afirma que estos pacientes son motivo de preocupación para el sistema sanitario, ya que consumen más del 50% del tiempo de consulta de los médicos de familia, generando dificultades a nivel organizativo, administrativo y económico, además se considera que influyen como precipitantes del *burnout* profesional. A lo largo de las investigaciones se ha relacionado al paciente hiperfrecuentador con diversas variables externas e internas. Entre las externas, se asocia la hiperfrecuentación con el sexo femenino, la elevada edad respecto al grupo normativo, el tipo de familia y la presencia de alguna patología crónica. Dentro de las variables internas, se encuentra que el 68% de estos pacientes poseen algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión, la ansiedad y el estrés los principales trastornos asociados. Además se relaciona la hiperfrecuentación con rasgos de personalidad esquizoides y/o compulsivos, y/o dependientes, presentando un funcionamiento crónico y descompensado de la personalidad. Las variables internas asociadas a factores psicológicos y de salud mental de estos pacientes, influyen sobre su capacidad de afrontar diversos acontecimientos

vitales y los predispone a buscar apoyo y ayuda en profesionales de la salud para aliviar su malestar.

Una contención y orientación adecuadas podrían poner fin a las consultas habituales, al ayudar a resolver sus conflictos emocionales y su malestar interno. Sin embargo, el sistema de salud y los médicos de familia, no siempre se encuentran preparados para dar respuestas eficaces a estas complejas demandas, por esta razón, los recursos humanos y económicos se ven mal utilizados y desgastados, mientras los problemas se cronifican.

### ***Costes a nivel europeo***

Con respecto a los costes económicos de la salud mental en Europa, se estima que estos representan entre el 3 y el 4% del Producto Interior Bruto (PIB). En el año 2006, el coste de las enfermedades mentales en la Unión Europea (UE) fue de 436.000 millones de euros. Cabe mencionar, que gran parte de estos costes no pertenecen al sistema sanitario, sino que son ocasionados principalmente por las bajas laborales y las jubilaciones anticipadas por invalidez. Por todo esto, el informe del Parlamento, destaca que las enfermedades mentales ocupan el primer lugar en términos de morbilidad.

Siguiendo con la línea planteada anteriormente, el gasto sanitario público en España antes del año 2008, era de alrededor del 6% del PIB, la Red Europea de Economía en Salud Mental (MHEEN) estima que el gasto público en salud mental es un 5% del gasto sanitario total, encontrándose ambos índices muy por debajo de la media europea, y mostrándose insuficientes en relación a la carga socio-sanitaria que los problemas de salud mental representan (Pastor, 2008). Actualmente, el impacto económico de los trastornos comunes de salud mental (ansiedad y depresión) representa al 8% del PIB, superando al de otras enfermedades físicas (Parés et al., 2014). En este mismo estudio se muestra que los trastornos del estado de ánimo suponen un gasto de 10.763 millones de euros, y los trastornos de ansiedad 10.365. Otro dato de importancia según Pastor

(2008), es el relativo al gasto en psicofármacos, donde, se estima que la mitad de los escasos recursos destinados a salud mental se gastan en esta partida, por lo que no quedarían recursos suficientes para financiar programas o dispositivos para el adecuado abordaje de estos problemas. Se advierte que la prescripción de antidepresivos sigue aumentando en España en la última década, y que solo uno de cada 3 enfermos mentales recibe tratamiento con un mínimo de calidad (Araña, 2008; Gili et al., 2014).

Según un informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2005) sobre los recursos de salud mental en España, en este país se cuenta con 6,5 psiquiatras y 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, siendo este número inferior a la media del contexto europeo, que cuenta con 11 psiquiatras y 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Estas cifras reflejan un distanciamiento de la media europea del 76% en el caso de los psicólogos. Del mismo modo, el número de trabajadores sociales y enfermeros dedicados al área de la salud mental es inferior a la media europea en un 95,7% y un 73,8%, respectivamente (Infocop online, 2007). Según Araña (2008) debido a las deficiencias en el sistema y a la falta de recursos sanitarios, el 40% de las personas que padece depresión no reciben el tratamiento adecuado, si estas recibieran atención sanitaria especializada y específica podría reducirse el coste que generan y el número de paciente.

Salvador-Carulla (2007) menciona que los estudios sobre costes en España aún son insuficientes y los datos encontrados al respecto provienen principalmente de organizaciones y grupos de trabajo mas o menos independientes, por lo que el Sistema Nacional de Salud carece de una información oficial más exhaustiva sobre indicadores básicos de salud mental y recursos. Todos estos datos son fundamentales a la hora de planificar acciones concretas y diseñar políticas ajustadas a las necesidades de cada contexto.

## **Conclusión**

Teniendo en cuenta los conceptos de salud mental analizados y los criterios de impacto y prevalencia asociados a los trastornos comunes, a lo largo del presente trabajo centraremos nuestra atención sobre ellos. Entendiéndolos desde un punto de vista amplio, integral y flexible. Incluyendo tanto la presencia de trastornos establecidos, principalmente ansiedad y depresión, como síntomas (“*menores*”) de carácter leve o moderado, que no son suficientes como para conformar un cuadro clínico completo o un diagnóstico firme según los sistemas de clasificación vigentes. Pero que se acompañan de sufrimiento y malestar, o pueden ser lo suficientemente disruptivos como para afectar la calidad de vida de una persona o alterar su nivel de funcionamiento diario.

A la luz de los datos expuestos y haciendo un balance entre las tasas de prevalencia y los costes, la respuesta sanitaria no parece estar resultando eficaz, más bien, se refleja la necesidad de introducir cambios sustanciales en la manera de tratar los problemas de salud mental, principalmente de aquellos que se encuentran más extendidos entre la población y generan una creciente demanda en los servicios de salud.



## Capítulo 2

# Políticas, planes y estrategias de salud mental

A lo largo de este capítulo se hará un breve recorrido por el complejo proceso de transformaciones que ha implicado la reforma psiquiátrica, desde el punto de vista, fundamentalmente, de la evolución en las políticas sanitarias y la reestructuración de los servicios de salud mental. Para aproximarnos a la situación actual, se presentará una síntesis de los principales objetivos y componentes de las estrategias y planes de salud mental vigentes a nivel mundial y europeo. Por último, se analizarán algunas dificultades para llevar a cabo investigaciones en este campo y algunas limitaciones a la hora de evaluar las características y resultados de los planes o estrategias que se implementan en distintos contextos y niveles.

## 2.1 La Reforma Psiquiátrica

A lo largo del tiempo se han producido importantes avances y cambios en las políticas, sistemas y servicios de salud mental a escala mundial. El proceso de transformación organizativa en materia de salud mental es lo que se conoce como Reforma Psiquiátrica y en ella influyen distintos factores y condicionamientos históricos, sociales, sanitarios y propiamente psiquiátricos (Aparicio, 1993). Estos cambios han sido impulsados por el aumento en el conocimiento de datos epidemiológicos sobre la carga de los problemas psicológicos y de salud mental y la toma de conciencia sobre el impacto que éstos causan en la salud de las personas y en la sociedad (*Comission of the European Communities, 2004; Lethinen & Riikonen, 2000; OMS, 2001a; Saraceno et al., 2005*). El desarrollo de investigaciones sobre diagnóstico y tratamientos eficaces para estos problemas, también han generado transformaciones, aunque en algunos contextos aún son modestas y continúan luchando por ganar espacio en el terreno de la prácticas profesionales.

En la mayor parte de los países las reformas del sector de la salud responden a cambios generales del Estado o de la Constitución, y forman parte de un proceso de modernización de los Sistemas involucrados (Infante, de la Mata, y López, 2000). Las políticas de salud mental también se encuentran vinculadas a reformas generales, a cambios legislativos o se relacionan con reestructuraciones específicas del sistema de salud.

Las políticas y sistemas de salud mental comenzaron su proceso de reforma hace varias décadas, y atravesaron distintas etapas con el objetivo de cambiar, principalmente, la tradicional estructura de los manicomios y defender los derechos humanos básicos de los enfermos mentales. En este sentido, la reforma psiquiátrica se ha considerado como un proceso de “desinstitucionalización”, y como la transformación del hospital psiquiátrico y la implantación de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (Salvador et al., 2002).

De un modo amplio, se considera que la primera fase de reformas comienza con la necesidad de proponer estrategias alternativas al hospital psiquiátrico tradicional. Esto impulsa la puesta en marcha de diversas experiencias de servicios y programas de salud mental comunitaria y promueve el abordaje de estos problemas desde una perspectiva de salud pública. En este sentido, los distintos países plantearon objetivos y metodologías diferentes para el traslado de la atención desde las instituciones a la comunidad.

En un segundo momento de reforma, los esfuerzos se centraron en revisar la legislación vigente y proponer alternativas de políticas que impulsaran el cambio en los sistemas y programas locales y nacionales de salud mental. En los 90 los avances científicos en las áreas de biología molecular, rehabilitación psicosocial y servicios, permitieron mejorar la comprensión de las enfermedades mentales y desarrollar nuevos modos de intervención, tratamiento y programas innovadores. A finales de la década de los 90, después de valorar los resultados de las estrategias implementadas hasta el momento, se advirtió la necesidad de aumentar los esfuerzos para mejorar las políticas y estrategias de salud mental.

En una nueva fase de reforma, que persiste hasta la actualidad, se plantea como objetivo principal la transformación de los servicios de salud mental, la lucha contra la discriminación y el estigma y el aumento de la accesibilidad al tratamiento de estos problemas. Asimismo, se están haciendo importantes inversiones en programas de evaluación de los sistemas asistenciales de diversos países. Esto supone el compromiso y gestión de los gobiernos e implica además a las instituciones y a todos los actores involucrados en el tratamiento de estos problemas a escala nacional e internacional (Almeida, 2005).

En esta línea, la OMS pone de manifiesto que actualmente, para aumentar la disponibilidad de servicios en materia de salud mental, todavía hay que superar cinco obstáculos básicos: la no inclusión de la atención a la salud mental en los programas de salud pública; los problemas de organización actuales de los

servicios de salud mental; la falta de integración de los tratamientos en la atención primaria; la escases de recursos humanos formados, la falta de iniciativas en la salud mental pública. Reconoce además, que los recursos financieros necesarios para esto son relativamente modestos (OMS, 2015b).

### ***La reforma psiquiátrica en España***

En España, el proceso de reforma comenzó a desarrollarse en la década de los 80, impulsada por el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”. Los puntos clave de este documento se refieren a la recomendación de integrar la salud mental en el sistema sanitario general, intervenir de manera integral, y dentro de lo posible, tratar al paciente sin sacarlo de su entorno. Sin embargo, en esta fase inicial, los objetivos no se definieron de manera operativa, ni se planteó de forma clara la posibilidad de evaluar su implementación y desarrollo (SESPAS, 2002).

Con la Declaración de Helsinki (OMS, 2005a) se propusieron iniciativas en distintos países a través de un Plan de Acción Europeo, con el objetivo de incluir a las personas con problemas mentales en la sociedad y concretar políticas más centradas en mejorar su asistencia y calidad de vida. Esto impulsó la concreción de un plan de salud mental en España, con objetivos y acciones claramente delimitadas. Sin embargo, según Balanza (2008), en este país actualmente existen temas pendientes para la reforma, como la desigualdad en el desarrollo y calidad de los servicios de salud mental en distintas comunidades autónomas. Además, los recursos asignados para la atención de los trastornos mentales están aún muy por debajo de lo que le correspondería en función de la carga de las enfermedades atribuibles a los trastornos mentales. Por otra parte esta autora afirma que se han producido avances en la atención de los trastornos “graves”, y queda pendiente la tarea de generalizar modelos de atención de calidad para los llamados problemas “menores” de salud mental.

En esta línea, Desviat (2011) analiza los avances y asuntos pendientes que aún quedan por resolver tras más de tres décadas desde la reforma psiquiátrica en España y las propuestas de la Ley General de Sanidad. Destaca que la reforma implicó un doble desafío, por un lado, desmontar un sistema antiguo construido en torno al hospital psiquiátrico, y por otro, construir un nuevo modelo asistencial. Parece haber consenso en reconocer que el primer objetivo se ha cumplido, sin embargo el problema actual se relaciona con las deficiencias a la hora de plantear y construir un nuevo modelo inspirado en los puntos clave que dieron origen a la reforma.

## **2.2. Importancia de las políticas de salud mental**

Según al OMS (2001b), las políticas de salud mental describen valores, objetivos y estrategias gubernamentales para reducir la carga que representan los problemas de salud mental y mejorar la salud integral. A su vez también definen una visión de futuro que orienta las estrategias y el establecimiento de programas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastorno mental y el fomento de la salud mental en la comunidad. En la formulación de políticas se especifican criterios unificados aplicables en los programas y servicios, vinculados a los objetivos, la visión y los propósitos comunes. Además es necesario el planteamiento de una visión y estrategias integrales, la utilización de los recursos existentes para lograr los máximos beneficios y garantizar la prestación de servicios eficaces para quienes lo necesitan.

Los sistemas de salud a nivel mundial, desde hace ya varios años, vienen sufriendo importantes modificaciones y rápidas transformaciones (Almeida, 2005; SESPAS, 2002; Shorter, 2007). En este proceso de cambio se considera que la descentralización de los servicios de salud es una tendencia fundamental a nivel mundial (OMS, 2008a), constituyendo una oportunidad para lograr la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general y en los de atención primaria en particular.

Los sistemas mas progresistas reconocen en sus políticas y en sus normativas, que la salud mental es un elemento esencial de la salud general, por lo que promueven la integración de la salud mental en los niveles administrativos, jurídicos, de gestión y de prestación de servicios de salud general (OMS, 2001b).

La OMS (2001b) considera que la legislación en materia de salud mental aporta a los países y regiones un marco normativo consistente y de continuidad a largo plazo. Las leyes específicas orientan las políticas y estrategias que consolidan los principios, valores, metas y objetivos fundamentales para la ejecución y la articulación de programas y prácticas concretas en el ámbito de la salud mental. En este contexto jurídico se apoya la toma de decisiones necesarias para garantizar el acceso a los servicios de manera equitativa y eficaz.

Este marco de normas explícitas constituye una de las herramientas fundamentales para el desarrollo de políticas que tienden a garantizar el acceso a la salud de una manera integral y consolidar la idea de la salud mental como un aspecto importante e inseparable de la salud general y un derecho de los ciudadanos.

### ***Planes y estrategias a nivel mundial***

En el año 2001 la OMS publica un proyecto de política de salud mental, que cuenta con un paquete de orientaciones dirigidas a ofrecer información, asesoramiento y asistencia a los encargados del diseño de políticas y a aquellos interesados directos en la formulación y ejecución de políticas, planes, legislación y servicios integrales y eficaces de salud mental. Este documento pone en evidencia que pese a los importantes avances científicos en materia de intervenciones eficaces para la mayoría de los problemas mentales, solo una pequeña minoría de quienes lo necesitan reciben el tratamiento adecuado (OMS, 2001a). Considera que más del 40% de los países carecen de políticas de salud

mental; más de un 30% carecen de un programa de salud mental; y más del 25% carecen de medicación psiquiátrica básica en atención primaria. Las necesidades de tratamiento para los problemas de salud mental hoy en día no están cubiertas en la mayoría de los países, principalmente en aquellos en vías de desarrollo (Thornicroft, 2007; Wang et al., 2007) En este mismo sentido, Hamid, Abanilla, Bauta y Huang (2008) refieren que la mayoría de los países carecen de expertos en políticas de salud mental o de los recursos necesarios para diseñar sus propios instrumentos de evaluación de políticas y sistemas.

Tras mas de una década desde ese primer informe de la OMS, el Atlas de salud mental de 2014 reconoce que si bien ha habido un aumento en el número de países que tienen sus propios planes y políticas de salud mental independientes, aún son muchos los países cuyas leyes y políticas presentan una débil aplicación. Tal vez por ello, el primero de los cuatro objetivos mundiales para los estados miembros es el de fortalecer el liderazgo y la eficacia en la gestión de la salud mental (ver Figura 2); y uno de sus indicadores de cumplimiento es la existencia de planes y leyes nacionales de salud mental congruentes con los principios de los Derechos Humanos (OMS, 2013a; WHO, 2015).

### **Plan de acción integral sobre la Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013a)**

#### **Objetivos:**

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Figura 2. Objetivos del Plan de Salud Mental 2013-2020 de la OMS

En relación al segundo objetivo, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental, la integración de los tratamientos en hospitales generales y en atención primaria, la continuidad asistencial en distintos niveles y el fomento de la autoasistencia, por ejemplo a través del uso de tecnologías móviles y electrónicas. Por otra parte, **reconoce que para mejorar la calidad de los servicios es necesaria la incorporación de protocolos y prácticas basadas en la evidencia y la aplicación del enfoque basado en la recuperación que otorgue un papel importante a la participación de los usuarios** y a la atención de sus necesidades particulares.

De manera general, este mismo organismo define una serie de recomendaciones que constituyen componentes claves para el desarrollo de sistemas de salud mental, estos elementos son los siguientes (OMS, 2001a):

- Proporcionar tratamiento para los trastornos mentales en Atención Primaria.
- Garantizar una mayor accesibilidad a las medicinas psicotrópicas esenciales
- Proporcionar atención en la comunidad
- Educar a la población
- Implicar a la comunidad, familias y usuarios
- Establecer legislaciones, políticas y programas nacionales de salud mental
- Desarrollar los recursos humanos
- Establecer vínculos con otros sectores
- Evaluar la salud mental comunitaria
- Apoyar la investigación en salud mental

Siguiendo estos lineamientos se han diseñado los planes de salud mental de distintos países y concretamente los principales documentos, estrategias y planes a nivel Europeo y Nacional. Los mismos se describen a continuación.

## ***Planes y estrategias a nivel Europeo y Nacional***

En Europa, a partir de los puntos más relevantes tratados en la conferencia de Helsinki (OMS, 2005a) se desarrolló el Libro Verde de la Salud Mental (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) para dejar planteada la importancia de la salud mental para las agendas políticas europeas y trazar los lineamientos de las estrategias a implementar en esta materia. En este libro se inspira la Estrategia de Salud Mental 2006, de España y distintos planes de las Comunidades autónomas.

## ***Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud***

Teniendo en cuenta lo antes descrito, en España se plantean distintas estrategias y se desarrollan políticas que tienen la finalidad de mejorar las condiciones de salud mental de la población, disminuir la estigmatización y ofrecer mejores servicios para su tratamiento. En el artículo 43 de la Constitución Española, se reconoce que todas las personas gozan del “Derecho a la protección de la salud” y se expresa que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El artículo 148.21 menciona que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene.

En base a distintos informes (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005; Comisión de Comunidades Europeas, 2005; OMS, 2001a,b,2005a) y contando con esta legislación, en el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Estrategia en Salud Mental proponiendo principios, objetivos y acciones concretas para mejorar el abordaje de estos problemas en todo el territorio nacional. Esta estrategia se fundamenta en los principios de:

- Respeto a los Derechos humanos
- Enfoque de salud pública, atención multidisciplinar y comunitaria en asociación con la sociedad civil
- Evaluación de resultados

Los objetivos generales en los que se sustenta la estrategia se refieren a incorporar la promoción de la salud mental, erradicar el estigma y discriminación, prevenir la enfermedad mental y el suicidio, mejorar la atención de la salud mental en la atención primaria, lograr una atención comunitaria efectiva, establecer relaciones intersectoriales, mejorar la formación de los profesionales, e instaurar un sistema de información adecuado. Para esto se diseñaron seis líneas estratégicas básicas, los elementos claves de cada una de ellas se presentan en la Figura 3.

### **Estrategia en Salud Mental 2006**

**Línea 1:** se refiere a la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.

**Línea 2:** trata sobre la atención a los trastornos mentales.

- Necesidad de desarrollo de procedimientos de detección y tratamiento precoz en atención primaria
- Mejorar la continuidad asistencial
- Disminuir el número de hospitalizaciones
- Protocolizar la atención de problemas prevalentes o de mayor complejidad
- Establecer planes individualizados de atención
- Aumentar los programas de intervención familiar.

**Línea 3:** se refiere a la coordinación interinstitucional e intrainstitucional.

- Necesidad de implantar mecanismos de coordinación asistencial, y entre los dispositivos y niveles sanitarios.

**Línea 4:** se aborda la formación del personal sanitario.

- Necesidad de potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario en la atención adecuada de los problemas de salud mental de la población,
- Disponer de un plan de formación continuada
- Revisión de los perfiles profesionales necesarios,
- Revisión del actual modelo de especialidades de psiquiatría y psicología clínica.

**Línea 5:** menciona la necesidad de potenciar la investigación en salud mental, ofreciendo apoyo y promoción a los proyectos de investigación-acción multidisciplinarios y de coordinación entre áreas.

**Línea 6:** plantea mejorar los sistemas de información en salud mental, a

- Necesidad de aumentar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada para estos problemas en el Sistema Nacional de Salud.

Figura 3. Síntesis de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental 2006

Las intenciones expresadas en estas estrategias generales y las líneas planteadas, fundamentaron los planes de acciones regionales y locales diseñados en distintas comunidades autónomas.

En el año 2008 se revisan los objetivos del Plan 2006 y se realiza una actualización en base a las nuevas evidencias científicas y a nuevos datos estadísticos. Estos cambios quedan plasmados en el documento “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013”, que actualmente se encuentra nuevamente en revisión. De manera global, las líneas estratégicas se reducen a cinco, y se modifican algunos objetivos de cada una de ellas. En la Figura 4 se resumen los principales elementos introducidos en la línea estratégica 2, relacionada con la atención a los trastornos mentales, fundamentalmente los referidos a trastornos comunes, cuyos contenidos pueden ser más relevantes para el planteamiento de nuestro trabajo de Tesis Doctoral.

### **Estrategia en Salud Mental 2009-2013**

#### **Línea Estratégica 2: “Atención a los trastornos mentales”**

Objetivo general: Mejorar la calidad, equidad y continuidad de la atención

Principales recomendaciones:

- Desarrollo concreto y específico (en las Comunidades Autónomas), de la cartera de servicios y funciones de la atención primaria y especializada en salud mental.
- Mejora del acceso a dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores.
- Uso de formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad asistencial. Se proponen dos planes de atención individualizada: Plan Integrado de Atención para pacientes con Trastorno Mental Grave y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común. Este último, es un documento que recoge un acuerdo paciente-profesional sobre referentes, encuadre, duración de la intervención, sesiones...
- Protocolización de procesos de atención, p.e. atención a trastornos comunes en adultos.
- Implantación de guías de práctica clínica para los trastornos más graves y prevalentes (entre ellos ansiedad y depresión).
- Valoración e implantación de experiencias de gestión por procesos o vías clínicas.
- Presencia de equipos multidisciplinares.

*Figura 4.* Síntesis de la línea estratégica sobre atención a los trastornos mentales del Plan de Salud Mental 2009-2013

### **2.3. Evaluación de políticas y servicios**

El planteamiento de políticas y programas explícitos de salud mental es tan importante como la monitorización y evaluación de su implementación en la práctica. Sin embargo algunos estudios mencionan las dificultades que presentan las investigaciones que tienden a evaluar sistemas y políticas de salud mental, tales como la falta de unidad de criterios en los instrumentos de evaluación, coste de las metodologías implementadas, dificultad para definir claramente indicadores, etc. (Guimón et al., 2002)

En relación con esto, Cooper (2003) hace una revisión crítica de las investigaciones basadas en la evidencia sobre políticas de salud mental. Este autor concluye que las contribuciones de dichas investigaciones han sido modestas. Sugiere que en un futuro, deberían plantearse de forma independiente de las presiones comerciales (sobre todo de la industria farmacéutica) y de las presiones políticas y que deberían extenderse los estudios a la atención primaria y la prevención en salud mental. Este autor también menciona la importancia de que los profesionales de la salud mental se comprometan a realizar investigaciones sobre los servicios sanitarios, abordando cuestiones de salud pública. De este modo pueden convertirse en promotores de cambios y avances en las estructuras políticas y sociales, fundamentando decisiones políticas y de gestión de la salud mental, a nivel institucional, local o nacional.

En relación con la evaluación de las políticas y sistemas, la OMS presentó, en 2005, un Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS). Esta herramienta permite obtener información relevante acerca de las características, componentes clave y funcionamiento de los sistemas de salud mental de cualquier país o región. Además, está diseñado para evaluar fortalezas y debilidades de los mismos, con el objeto de fortalecerlos. Este instrumento se encuentra dividido en 6 secciones interdependientes y conceptualmente relacionadas que permiten obtener datos sobre: política y marco legislativo,

servicios de salud mental, salud mental en la atención primaria, recursos humanos, educación pública y relación con otros sectores y evaluación e investigación (OMS, 2005b).

Hamid, Abanilla, Bauta y Huang (2008), realizaron una investigación para demostrar la utilidad y limitaciones de la IEMS-OMS, aplicando el modelo en la evaluación de sistemas de salud mental de cuatro países muy diferentes culturalmente: Irak, Filipinas, Japón y la ex República Yugoslava de Macedonia. Encontraron que esta herramienta era útil para realizar una evaluación multidimensional sobre los seis elementos clave mencionados anteriormente, evaluar fortalezas y debilidades de los sistemas, y establecer criterios comunes para realizar comparativas entre sistemas de distintos países. Sin embargo, presenta limitaciones, ya que no incluye en la evaluación los valores culturales y contextuales, ni los procesos de desarrollo político de los países. En algunas culturas los sistemas familiares, el nivel de estrés social y la espiritualidad pueden funcionar como sistemas de apoyo social que afectan el curso de las enfermedades mentales y el uso de los servicios de salud mental. Por su parte los cambios de poder político, las situaciones de guerra, las influencias internacionales, entre otros, son antecedentes socio históricos que influyen sobre la construcción de los modelos y políticas de salud de los países. Es por ello que la evaluación de estos sistemas y normativas deberían obtener, además de la información que recaba la IESM-OMS, datos cualitativos que permitan conocer con mayor profundidad la realidad de las distintas regiones o países.

Distintos elementos de la IESM-OMS se consideraron como base para la construcción del un instrumento de evaluación utilizado en el Estudio 1 de esta Tesis Doctoral, tomando indicadores principalmente de la sección sobre salud mental en atención primaria. Además, dicha herramienta sirvió como guía para el análisis de elementos legislativos y normativos vigentes a nivel nacional y regional.

## **Conclusión**

La información presentada pretende ayudar a la toma de conciencia acerca del importante papel que juegan las políticas, planes y estrategias de salud mental en la transformación de los servicios que se ofrecen a la población. Desde un enfoque sanitario, consideramos a las políticas sanitarias, por un lado, como un reflejo de los paradigmas predominantes en una determinada época y contexto, que influyen sobre la manera de disponer y organizar los recursos, y a su vez determinan el tipo de atención que se brinda. Por otro lado, se reconoce el potencial transformador de las mismas, capaces de impulsar la concreción de cambios y mejoras en los sistemas e introducir innovaciones en el modo de abordar y tratar los problemas de salud mental desde los servicios públicos de salud.

Los avances y reformas que se han dado en los últimos tiempos, principalmente en Europa, y concretamente en España en materia de definición de planes y estrategias político-sanitarias, pueden considerarse como las bases en torno a las cuales es necesario seguir introduciendo cambios que permitan mejorar el acceso y aumentar las opciones de tratamiento dentro del sistema público de salud. Esta apreciación se complementa con la idea expresada por el Subdirector General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental:

«Para mejorar los servicios de salud mental no se necesitan tecnologías sofisticadas y caras... sino aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para prestar un paquete integrado de servicios asistenciales» (OMS, 2015a).

En esta línea, en el capítulo siguiente se exponen las tendencias políticas y organizativas más actuales, que comienzan a instaurarse en algunos sistemas de referencia.

## Capítulo 3

# Tendencias actuales en el abordaje de los problemas de salud mental: un enfoque sanitario e integral de la atención a la salud

En el marco de la atención a los problemas de salud mental coexisten diferentes enfoques y sistemas de organización, que a su vez tienen un desarrollo particular en diferentes países. Dentro de ellos se encuentran sistemas que han demostrado cierta eficacia en su forma de funcionamiento o que pueden ser considerados como referentes, por el modo en que están introduciendo innovaciones en la manera de ofrecer servicios de salud mental, o por el tipo de tratamientos que incorporan. Centrando nuestra atención en los problemas comunes y teniendo en cuenta estudios y recomendaciones internacionales, en este capítulo resumiremos los elementos claves de tres tendencias políticas y organizativas fundamentales: la integración de la atención a la salud mental en atención primaria, la introducción de modelos de colaboración o atención escalonada y el acceso a tratamientos psicológicos basados en la evidencia.

### **3.1 Integración de la salud mental en atención primaria**

A continuación se presentan una serie de datos epidemiológicos que reflejan el impacto que generan los problemas de salud mental, y principalmente los trastornos comunes, en el uso de los servicios sanitarios en el primer nivel de atención. En este sentido, una tendencia actual es el desarrollo de estrategias de integración de la atención de los problemas de salud mental en atención primaria, debido a que este nivel es la puerta de acceso al sistema público de salud (Berlinck, Magtaz & Teixeira, 2008; Camacho, Caballero & Venegas, 2009; Magruder & Yeager, 2007; OMS, 2007, 2008; OPS, 2008).

Los trastornos mentales son muy frecuentes en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria. Por esta razón se hace necesaria en este nivel su identificación y tratamiento adecuado. Alrededor del 24% de los usuarios que consultan en los centros de salud padecen trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes son trastornos depresivos, ansiedad y los debidos al consumo de sustancias (OMS, 2001a).

Serrano et al. (2009), encontró que de un total de 3.815 pacientes de 77 centros de atención primaria de Cataluña, el 45,1% padeció al menos un trastorno mental a lo largo de toda su vida; y el 30,2% presentó al menos un trastorno mental en los últimos 12 meses. Al igual que la OMS, este estudio puso de manifiesto que las patologías más comunes encontradas en pacientes de atención primaria, fueron depresión mayor, trastorno de pánico, fobia específica y trastornos de ansiedad generalizada. Además, se observó una alta comorbilidad entre la presencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, y entre los trastornos mentales y enfermedades crónicas.

Otros estudios acerca de la demanda asistencial de problemas de salud mental en atención primaria (Latorre, López, Montañés & Parra, 2005; López, Serrano, Valverde, Casabella & Mundet, 2006) encontraron que, los problemas señalados como muy frecuentes fueron, en primer lugar, los trastornos de

ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, seguidos por los somatomorfos. Y el grupo farmacológico más usado fueron las benzodiazepinas. En el estudio de Latorre y colaboradores, la mayoría de los médicos encuestados opinó que los problemas de salud mental, en general, están relacionados con al menos una de cada cinco consultas en atención primaria. De este modo, se resalta la alta prevalencia de estos problemas en el primer nivel asistencial. Otros estudios como los de Álvarez y Crespo (2002), Martín et al. (2002) o Vindel, Salguero, Maewood, Dongil y Latorre (2012), muestran resultados similares que apoyan estos datos.

Con respecto a las características de los abordajes que se realizan en atención primaria para los problemas mentales, los modelos más utilizados son los de cooperación o colaboración entre niveles (Luciano et al., 2009). De este modo, los médicos de familia son los responsables de la detección y asistencia a los trastornos mentales que no requieran intervención especializada. Además ellos son quienes valoran la necesidad de derivación, interconsulta, supervisión de los casos, etc. Sin embargo, estos modelos según Pastor (2008) han presentado dificultades y deficiencias en su implementación en la práctica en España. Esto se debe principalmente a la escasez de recursos y a la falta de competencias profesionales específicas para el abordaje psicosocial de los problemas menores. Otros estudios hacen referencia a las deficiencias que existirían en la coordinación entre salud mental y los servicios de atención primaria, como así también la percepción negativa que tienen los médicos de familia acerca de esta interacción y las barreras de la atención compartida (Iglesias et al., 2004; Lester, 2005).

En este sentido, distintas investigaciones señalan que los médicos de familia presentan importantes dificultades para detectar, analizar y diagnosticar adecuadamente los problemas de salud mental (Aragonés, Piñol & Labad, 2006; Collings, 2005; Latorre et al., 2005) derivando en situaciones como la infradiagnóstico de este tipo de cuadros, principalmente cuando los pacientes presentan trastornos como los somatomorfos (Latorre et al., 2012).

Junto con esto, se encuentran dificultades para implementar las intervenciones adecuadas (Fernandez et al., 2006; Vindel et al., 2012). Ortiz, González y Rodríguez (2006) mencionan que existe una excesiva cantidad de pacientes que no presentan trastorno mental diagnosticable y sin embargo tienen un tratamiento farmacológico pautado por el médico de familia. Sostienen además, que muchos de estos médicos prescriben psicofármacos y derivan a salud mental en un mismo acto, en vez de realizar la derivación (que suele demorarse en el tiempo) a los servicios especializados para que valoren la necesidad del tratamiento psicofarmacológico.

Siguiendo en esta línea, Secades et al. (2003) mencionan que la prescripción de psicofármacos en atención primaria es excesiva, se estima que entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen medicación psicotrópica, y además existen deficiencias en su seguimiento. Del mismo modo, López et al. (2006) y Villalba y Caballero (2006) encontraron que existe un escaso control y seguimiento de los pacientes tratados con psicofármacos en el primer nivel. Señalan que uno de los principales problemas podría deberse a la falta de protocolos destinados al control de estos pacientes, a las deficiencias en la organización de los servicios y a la falta de formación continua y adecuada para los profesionales de atención primaria, en estas temáticas.

Respecto de la actitud de los médicos de familia hacia los problemas de salud mental en atención primaria, Clatney y Mac Donald (2008) y Latorre et al. (2005) refieren que estos profesionales presentan una actitud positiva hacia la enfermedad mental y se encuentran interesados en tratar estos problemas.

En España, un estudio de Araña (2008), refleja los déficits en las acciones de los médicos de atención primaria, en todas las comunidades del Estado, en relación a diagnóstico psicopatológico, prescripción de psicofármacos, terapia y aspectos funcionales relacionados con la incapacidad laboral. Los médicos de atención primaria presentan un grave déficit en su formación para la detección,

diagnóstico y gestión de los problemas de salud mental, detectándose errores en la prescripción de fármacos debidos a la prescripción en función del síntoma principal del paciente, lo que representa una visión muy reducida de la complejidad del trastorno y el riesgo potencial de cronificación de la sintomatología y del tratamiento (DeVicente & Berdullas, 2009).

### ***Fundamentos para la integración de la salud mental en atención primaria***

Teniendo en cuenta los datos antes expuestos y las recomendaciones de los planes y estrategias a nivel global, se considera que la descentralización de los servicios de salud es una de las tendencias actuales mas importantes y que podría tener un mayor impacto sobre la atención de los trastornos comunes de salud mental. Además, la oferta de tratamientos en este primer nivel, promueve la igualdad de acceso y garantiza de este modo el derecho a la salud de las personas.

Según la OMS (2007), el término Atención Primaria de la salud se refiere al “cuidado esencial de la salud”, implicando que es universalmente accesible a los individuos y las familias dentro de su propia comunidad. En este sentido brindar servicios de salud mental en atención primaria implica diagnosticar y tratar a la gente con problemas de salud mental; incorporando estrategias de prevención de los desórdenes mentales y asegurando que los trabajadores de atención primaria sean capaces de aplicar soluciones psicosociales y que manejen habilidades y técnicas comportamentales en el trabajo diario (por ejemplo, entrevistas, consejo y habilidades interpersonales), con el fin de mejorar los resultados de salud integral en atención primaria de la salud (OMS, 2007).

Las personas que padecen algún problema de salud física o mental suelen acudir inicialmente en busca de tratamiento a atención primaria o a urgencias de hospitales generales. Los servicios de salud frecuentemente son capaces de manejar episodios agudos de enfermedad mental con buenos resultados. Sin embargo, presentan dificultades para brindar una asistencia adecuada a personas con desórdenes mentales crónicos y para tratar eficazmente estas patologías. Esta

situación lleva a los pacientes a entrar en un círculo de admisión-alta-admisión, que limita sus posibilidades de recuperación. En este marco cobra importancia la inclusión de servicios de salud mental en el primer nivel de atención, como así también la creación de un abordaje integrado y complementario entre atención primaria, servicios comunitarios y hospitales generales.

Incorporar servicios especializados de salud, tanto como servicios de salud mental, en atención primaria es una de las recomendaciones más importantes del cuidado de la salud de la OMS. (OMS, 2001a). A continuación se presentan las razones y ventajas que justifican la incorporación de servicios de salud mental en atención primaria (OMS, 2007):

La carga de los trastornos mentales es muy elevada a nivel mundial y produce importantes consecuencias económicas y sociales que afectan al individuo, su familia y a la sociedad en general.

Los problemas de salud física y mental están entrelazados, por esto la integración de la salud mental en la atención primaria ayuda a garantizar que las personas sean tratadas de una manera holística. Los problemas de salud mental suelen presentar comorbilidad con algunos problemas de salud física lo que conlleva serias implicaciones para la identificación, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Existe una distancia significativa entre la prevalencia de trastornos mentales y las personas que reciben tratamiento. Muchas de las personas con trastornos mentales no reciben el tratamiento que necesitan. La incorporación de asistencia a estos problemas en atención primaria reduciría la brecha.

La atención primaria de la salud mental mejora la accesibilidad a la asistencia adecuada, ya que las personas afectadas pueden recibir tratamiento cerca de sus hogares, mantenerse cerca de sus familias y continuar con sus

actividades cotidianas. Además facilitaría la gestión y seguimiento a largo plazo de los casos.

La atención primaria de la salud mental promueve el respeto de los derechos humanos, ya que disminuye el estigma y la discriminación y elimina el riesgo de violación de derechos humanos que pueden ocurrir en los hospitales psiquiátricos o en otros centros no especializados.

La atención primaria de la salud mental es asequible y rentable ya que estos servicios son menos costosos que los hospitales psiquiátricos tanto para los pacientes, las comunidades y los gobiernos.

La atención primaria de la salud genera buenos resultados. Las personas que padecen problemas de salud mental obtienen buenos resultados en salud al ser tratados en APS, sobre todo cuando estas intervenciones se realizan en contacto con servicios especializados y con el segundo nivel de atención.

Recientemente, la OMS ha publicado una serie de informes que establecen principios generales necesarios para desarrollar reformas en el sector salud, y de este modo, lograr la inclusión de los servicios de salud mental en atención primaria (OMS, 2008a,b). El primero de ellos, también ofrece ejemplos de cómo distintos países y sistemas han llevado a cabo transformaciones para integrar la salud mental en el primer nivel.

Según el modelo de integración desarrollado por la OMS (2008a), la atención primaria de la salud mental es un elemento fundamental. Esta, se ubica en la base de una pirámide de atención de salud, y debe contar con el apoyo e interacción de otros niveles asistenciales como los servicios hospitalarios, la atención comunitaria y los servicios informales (como asociaciones, ONG, etc.) para satisfacer el espectro completo de necesidades de salud mental de la población. Además, asume la enorme importancia que tiene la promoción del auto-cuidado en todos los niveles de atención, para facilitar la autogestión de los

tratamientos, la adhesión terapéutica y la comprensión sobre los propios problemas de salud de los pacientes.

El modelo de integración de la OMS se basa en el principio de que ningún servicio por sí mismo puede satisfacer todas las necesidades de salud mental, por este motivo, la interrelación entre ellos es un aspecto fundamental. Los elementos esenciales en esta interrelación son el apoyo, la supervisión, la colaboración, el intercambio de información y formación continua. Estos principios han dado lugar al desarrollo de otras de las tendencias organizativas actuales, la introducción de modelos de atención colaborativa o escalonada, que explicaremos más adelante en este mismo capítulo.

### ***Diez principios para llevar a cabo la integración de la salud mental en atención primaria***

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han publicado diversos artículos (OMS, 2008a; OPS, 2008), en los que resaltan experiencias innovadoras en el abordaje de problemas de la salud mental y reestructuraciones importantes en los sistemas y servicios de salud mental en distintos países, de ellos se han mencionado ya algunos ejemplos. En uno de los informes más recientes se describen una serie de principios que han sido puestos en marcha en aquellos países donde se ha logrado integrar la salud mental en la atención primaria de manera exitosa.

La variedad cultural y socio económica de los distintos países es muy marcada, sin embargo, cada uno de ellos ha considerado su propio contexto, necesidades y recursos para proponer e implementar estrategias innovadoras y exitosas para el cambio. Los elementos comunes y que favorecen la obtención de resultados positivos en este proceso de cambio se resumen en los 10 Principios para la integración de la salud mental que se presentan a continuación:

## **1. Implementar políticas, planes y programas de atención primaria de la salud mental**

Se refiere a la necesidad de que el gobierno y la estructura política se comprometan a crear una política formal y una legislación concreta para integrar la atención de la salud mental en los servicios de atención primaria. Las políticas nacionales de salud y sus directivas pueden facilitar esta integración y constituyen un elemento fundamental para el fomento de mejoras en este sentido. A su vez, este progreso puede favorecerse o iniciarse gracias a la identificación de las necesidades a nivel local.

## **2. La promoción es necesaria para cambiar las actitudes y el comportamiento**

Las acciones de promoción de la salud mental implican la difusión de información capaz de sensibilizar a las autoridades, a los políticos u otros líderes locales, e influir sobre la toma de decisiones y generar cambios. Por esto constituye un aspecto importante para facilitar la integración de la salud mental en la atención primaria. Los principales argumentos de sensibilización son los relativos a las estimaciones de la prevalencia de los trastornos mentales, la carga que impone si no se tratan, las violaciones de los derechos humanos que a menudo ocurren en los hospitales psiquiátricos, y la existencia de tratamientos efectivos que pueden emplearse en atención primaria.

## **3. Formación adecuada de los trabajadores de atención primaria**

La formación permanente de estos trabajadores en temas de salud mental es un requisito previo esencial para la integración. De este modo la práctica y el desarrollo de habilidades específicas deben recibir supervisión de especialistas. Se sugiere la implementación de modelos de colaboración o de atención compartida, en la que las consultas y las intervenciones se realizan entre los trabajadores de atención primaria y especialistas en salud mental, que constituye una forma positiva de proporcionar la formación y apoyo continuos.

#### **4. Las tareas de atención primaria deben estar delimitadas y ser factibles**

Normalmente, la atención primaria funciona mejor cuando los trabajadores tienen claramente delimitadas sus funciones y sus tareas son factibles para ser realizadas. Deben tomarse decisiones acerca de las áreas específicas de responsabilidad, así como también debe hacerse una evaluación de los recursos humanos y financieros, y una cuidadosa consideración de los puntos fuertes y débiles con que cuenta en la actualidad el sistema de salud, para abordar la salud mental.

#### **5. Los profesionales de la salud mental y los servicios especializados deben estar disponibles para dar apoyo a la atención primaria**

La integración de los servicios de salud mental en atención primaria es esencial, pero debe ir acompañada de servicios complementarios, en particular los componentes de atención secundaria a los que se pueda referenciar y solicitar apoyo y supervisión. Este apoyo puede provenir de la comunidad, centros de salud mental, hospitales de nivel secundario, o profesionales cualificados.

#### **6. Los pacientes deben tener acceso a los fármacos psicotrópicos en la atención primaria**

Se refiere a la importancia de contar con psicofármacos disponible en atención primaria, sin la necesidad de pasar por hospitales de Salud Mental. Para ello es necesario que se examinen y actualicen la legislación y los reglamentos para permitir que los trabajadores de atención primaria puedan prescribir y dispensar medicamentos psicotrópicos.

#### **7. La integración es un proceso, no un evento**

Incluso cuando existe una política, la integración toma tiempo y por lo general implica una serie de acontecimientos, como reuniones con las partes interesadas y la superación del escepticismo y la resistencia. El comienzo de este proceso lo constituye la aceptación general de la necesidad de integración de la salud mental, después los acuerdos formales y la asignación de presupuesto y

finalmente la formación de los trabajadores y la cobertura de la necesidad de personal adicional.

#### **8. Es necesaria la presencia de un coordinador de servicios de salud mental**

El cambio en el contexto o el surgimiento de problemas inesperados puede poner en peligro la implementación del programa de integración de la salud mental y la consecución de resultados, por lo que se hace necesaria la presencia de un coordinador capaz de guiar la dirección de los programas y afrontar los desafíos para impulsar el proceso de integración de la salud mental.

#### **9. Se requiere la colaboración con otros sectores no sanitarios, como organizaciones no gubernamentales o trabajadores comunitarios**

Estos sectores brindan ayuda a los pacientes ofreciendo acceso educativo, social y laboral necesario para su recuperación y su plena integración en la comunidad. Las organizaciones no gubernamentales, los trabajadores de salud comunitarios y los voluntarios, a menudo desempeñan un papel importante en el apoyo a la atención primaria contribuyendo en disminuir la necesidad de hospitalización de los pacientes.

#### **10. Necesidad de recursos financieros y humanos**

Aunque la atención primaria de la salud mental es rentable, los recursos financieros son necesarios para establecer y mantener un servicio. Se deben cubrir costes de formación y contratación de especialistas en salud mental que proporcionen apoyo y supervisión dentro del programa de integración de la salud mental.

## ***Experiencia de integración en distintos países***

En los últimos años se vienen produciendo importantes reformas en los sistemas y servicios de salud mental a nivel mundial. Algunos países han implementado estrategias que han favorecido la integración de la salud mental en la atención primaria de una manera eficaz. A continuación se mencionan ejemplos de buenas prácticas en diferentes países.

En América del Norte, según Magruder y Yeager (2007) la línea emergente y que tiende a afianzarse en la próxima década, es la formación de enfermeras y otros profesionales de atención primaria de la salud en la utilización de nuevas tecnologías, para el abordaje basado en la evidencia de los problemas de salud mental. Como ejemplo de estas tecnologías puede mencionarse el uso de los programas informáticos que permiten obtener datos útiles a través del uso de registros médicos electrónicos o el uso del ordenador portátil; existen además programas informatizados de evaluación y diagnóstico de problemas mentales, desarrolladas específicamente para atención primaria. El uso de teléfonos móviles y correo electrónico mejora la interacción y comunicación con los pacientes y facilita la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con problemas de salud mental. En este sentido distintas investigaciones comprueban la eficacia del uso del teléfono como apoyo al tratamiento de la depresión, tanto para el seguimiento como para la aplicación de protocolos y el apoyo entre pares; la respuesta al tratamiento mejora con la asistencia telefónica supervisada. En esta línea también se están utilizando programas de ordenador para abordar algunos trastornos de ansiedad con terapia cognitivo-conductual computarizada. El uso de internet también está siendo cada vez más utilizado como una modalidad que promueve la autogestión del tratamiento. La tendencia es el aumento en la utilización de estos recursos en la gestión de los problemas de salud mental en atención primaria.

Desde otra perspectiva un informe de la OMS (2008a) menciona que Australia constituye un ejemplo de cómo puede brindarse atención para los

problemas de salud mental de las personas mayores en atención primaria. La política de este país reconoce que los médicos generalistas, de atención primaria, son el primer punto de contacto para las personas que sufren algún problema mental y por ello deben ser capaces de reconocer, gestionar y referenciar estos problemas de manera adecuada. Se implementan acciones educativas y formativas para los médicos generalistas, para adecuar sus funciones a estas necesidades. La gestión de los tratamientos se desarrolla junto con profesionales especializados en geriatría como enfermeros, psicólogos y psiquiatras. Como ejemplos representativos de integración de la salud mental en atención primaria en Latinoamérica cabe destacar las experiencias de Brasil y Chile.

En el caso de Brasil, es importante resaltar las importantes reformas que sufre el sistema de salud de este país desde el desarrollo del Sistema Unificado de Salud, en 1988, que implicó la reforma psiquiátrica junto con cambios en las políticas de salud mental. En este contexto se desarrollaron diferentes experiencias y prácticas innovadoras como la creación de Centros de Atención Psicosocial, que implicaron la construcción de nuevos dispositivos de salud mental. Actualmente hay 1000 centros de atención psicosocial que brindan cuidados intermedios y pueden constituir la puerta de entrada a los servicios de salud mental ya que funcionan de manera integrada con las acciones en Atención Primaria de la Salud. Los equipos básicos de salud mental incluyen profesionales como psicólogo, psiquiatra y trabajador social (Berlinek et al., 2008; Luzio & L'Abate, 2006).

Uno de los elementos clave de este modelo es la interacción y las consultas conjuntas entre los médicos de familia de atención primaria y los profesionales especializados de salud mental. Esta interacción además de facilitar la atención y tratamiento constituye una herramienta de capacitación y supervisión para los profesionales de atención primaria, para que adquieran mayor competencia y autonomía en la gestión de los problemas de salud mental (OMS, 2008a).

Por otro lado el Sistema de Salud de Chile ha experimentado cambios estructurales en los últimos años, modificando la orientación, organización y gestión de sus servicios. Según Scharager y Molina (2007), se cambia el modelo de consultorio y el enfoque biomédico tradicional, por el de centros de salud y enfoque biopsicosocial de carácter más integral, lo que implica innovaciones en las políticas de salud mental y la incorporación de psicólogos en los servicios de APS. En el 2000 surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) que forma parte del Plan Nacional de Salud, este nuevo enfoque incorpora la organización de redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios; además se constituyen equipos multidisciplinarios de salud mental en los distintos niveles de atención. De este modo los CAPS ponen en práctica acciones médicas y psicosociales para abordar problemas de salud mental a cargo de psicólogos u otros profesionales del equipo.

Con la incorporación del psicólogo en estos equipos se redefinieron perfiles, funciones y expectativas respecto a su ejercicio profesional. En la mayoría de los Centros de Salud de Chile actualmente existen y se están implementando programas de salud mental. Sin embargo, los psicólogos hoy en día encuentran dificultades para actuar conforme a una visión comunitaria y de promoción de salud, limitando sus acciones a la atención clínica directa e individual de los trastornos mentales, los autores atribuyen estas dificultades a la deficiente formación y a la falta de claridad en la definición de perfiles de admisión para el puesto.

### **3.2. Tratamientos psicológicos en el sistema público de salud: el modelo propuesto en Reino Unido**

De manera complementaria a la información desarrollada en el apartado anterior, en un artículo de revisión sobre los avances de los últimos 40 años en política, práctica e investigación en salud mental en atención primaria, Gask (2007) refleja el estado de la situación que fundamenta los cambios y acciones que comienzan a desarrollarse en el Reino Unido. Menciona que la práctica clínica tradicionalmente le ha otorgado un papel central a los médicos de cabecera en la atención de la salud mental además, reconoce que se ha encontrado un alto grado de variabilidad en los tratamientos dispensados. Por otra parte, y en consonancia con las ideas que venimos presentando hasta el momento, menciona que los estudios epidemiológicos revelan la existencia de un alto grado de necesidades no satisfechas en la atención de estos problemas.

A raíz del conocimiento de las diversas debilidades del sistema y servicios de salud mental en el Reino Unido, el Gobierno británico inicia un cambio de radical importancia. En un principio se propone prestar ayuda psicológica gratuita a la población de trabajadores que presentan ansiedad o depresión derivados de problemas psicosociales, como problemas económicos, pérdida de empleo o conflictos familiares (Infocop, 2009). Una vez iniciada esta etapa, este sistema de salud da un paso más en la concreción de las recomendaciones internacionales que hemos visto hasta el momento, incorporando un nuevo programa de mejora del acceso a terapias psicológicas, el IAPT “*Improving Access to Psychological Therapies*”.

#### ***Fundamentos para el desarrollo del Programa IAPT***

Este programa tiene el objetivo inicial de ayudar a que los centros de atención primaria implementen las guías de práctica clínica del NICE para el tratamiento de adultos con trastornos de ansiedad y depresión. En este sentido, pretende mejorar el cumplimiento de las principales recomendaciones,

relacionadas con la aplicación de terapias psicológicas en la mayoría de trastornos comunes de salud mental. Para ello, plantean una reorganización de los servicios y del sistema de atención donde también existe una importante participación del sector de voluntariado, ONGs, fundaciones, asociaciones de afectados, etc. quienes ofrecen, principalmente, tratamientos de baja intensidad. Actualmente, este programa está ampliando su cobertura a otros colectivos, como la atención a niños y adolescentes y a otros tipos de problemas como trastorno bipolar o trastorno mental grave, y comienza a ofrecer una mayor gama de tipos de terapias psicológicas dentro de los servicios de atención primaria, secundaria y en el tercer sector (*National Health Service, 2015*).

Según Clark (2011), este proyecto tiene sus raíces en una serie de cambios políticos y evoluciones científicas que se han ido dando en las últimas décadas. Uno de ellos es la fuerte evidencia que sustenta la eficacia de las terapias psicológicas, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Psicoterapia Interpersonal, el *Counselling* o la Terapia Dinámica Breve, para tratar trastornos comunes de salud mental. Junto con la evidencia acerca de que algunas personas con trastornos leves, responden positivamente a terapias de baja intensidad. El segundo elemento, es la evidencia acerca de que la implementación de tratamientos psicológicos tiene un efecto sobre la reducción del gasto público, por ejemplo a largo plazo, disminuye los costes médicos, mejora la productividad de las personas y facilita la vuelta al trabajo en casos de bajas asociadas a estos problemas. Este segundo elemento ha sido fundamental para que gestores y políticos comenzaran a prestar atención a este tipo de tratamientos e iniciaran un camino de cambios para poder incorporarlos en la cartera de servicios sanitarios.

Este mismo autor, explica que las principales características del programa tiene sus orígenes en la experiencia que se llevó a cabo en 2006 en dos centros pilotos, Doncaster y Newham. El primero fue un referente en las terapias de baja intensidad y mas específicamente en la implementación de estrategias a través del uso del teléfono. Newham, inicialmente fue el prototipo de la aplicación de terapias de alta intensidad aunque luego incorporó también las de baja

intensidad. Para evaluar la eficacia de los tratamientos y las respuestas a este modelo de abordaje se diseñaron estudios controlados que arrojaron buenos resultados clínicos en ambos centros piloto, el 55% de paciente de Newham y el 56% de Doncaster mostraron resultados de recuperación. Otros datos de vital importancia para este proyecto, indicaron que también había una mejora en la identificación de trastornos comunes en atención primaria, sobre todo en el centro piloto que usó como base el sistema de clasificación CIE. Junto con un mayor acceso de personas afectadas a los tratamientos, durante el primer año se atendieron 3,500 personas. Con estas experiencias, se demostró que el sistema escalonado y la aplicación de terapias de baja intensidad fueron claves para el manejo de un elevado número de pacientes. También se implantó un sistema de seguimiento sesión a sesión, que sentó las bases para la protocolización posterior de un complejo sistema de evaluación, registro y recolección de información clínica de los pacientes.

### ***Proceso de implantación***

El programa IAPT se presenta de manera oficial en el año 2007, en el día mundial de la Salud Mental. A partir de allí comienzan a ponerse en marcha diversas reformas y se introducen innovaciones en la organización de la atención y en la formación de los trabajadores para mejorar la aplicabilidad de las recomendaciones de las guías clínicas del NICE. Byng y Gask (2009) y Clark (2011) describen las principales etapas que ha implicado la implantación de este ambicioso proyecto, poniendo de manifiesto el complejo proceso que ha supuesto. En la Figura 5, se muestra un resumen de los principales elementos de este proceso.

La etapa inicial, implicó la creación de una red de unidades de ayuda psicológica y la incorporación de 3,600 terapeutas, el 60% eran profesionales destinados a ofrecer terapias de alta intensidad y el 40% terapeutas para terapias de baja intensidad. Estos servicios también se incorporaron a los centros de atención primaria, donde se formaron equipos de salud para la detección de

problemas de salud mental. En esta primera fase, la formación de los profesionales con acreditación oficial, conformó una de las acciones fundamentales. En este momento se estableció también que los servicios operarían en base al modelo de atención escalonada, que se explicará detenidamente más adelante, al tratarse de otra de las tendencias actuales (Byng & Gask, 2009).

Además de la incorporación de psicólogos al sistema, se incorporaron otras figuras profesionales como los terapeutas que ofrecen tratamientos de baja intensidad. Estos pueden proporcionar una amplia gama de intervenciones breves basadas en la evidencia derivadas de la terapia cognitivo conductual, tales como la autoayuda guiada, la TCC computarizada, biblioterapia, activación conductual o resolución de problemas. En un principio la atención estaba centrada en casos simples de ansiedad y depresión o la aplicación de las TCC como complemento del tratamiento farmacológico tradicional. Progresivamente se fue ampliando la oferta a otros tipos de terapias y trastornos más específicos como fobias o trastorno de estrés postraumático.

Para favorecer la concreción de todos estos cambios en la organización, atención y formación, se publicaron también una serie de manuales, recursos y materiales de apoyo a la implementación, dirigidos principalmente, a los gestores y a los profesionales.

A lo largo de 2015 el programa completará la cobertura de atención psicológica para adultos. Sin embargo, la implementación del proyecto global se encuentra todavía en desarrollo, ya que se prevé el despliegue de los servicios y de la cobertura en fases posteriores. Para ello se ampliará la oferta de distintos tipos de terapias psicológicas, junto con la inclusión de trastornos mentales de mayor severidad y la atención a personas con condiciones físicas crónicas y a pacientes con síntomas sin explicación médica (somatizaciones). Se prevé también, completar la ampliación de la cobertura a población infanto juvenil en los próximos años (NHS, 2015). Una tendencia fundamental en materia

económica y organizativa es la previsión de la descentralización de la gestión y de los fondos del programa IAPT (Clark, 2011).

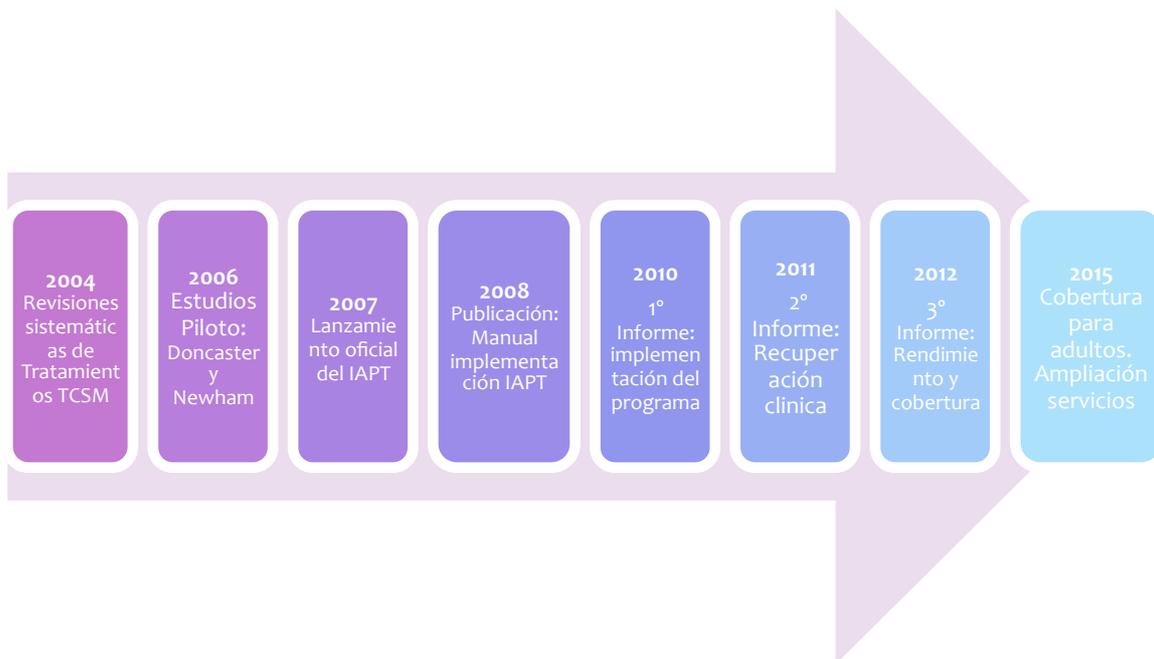


Figura 5. Desarrollo cronológico de la implantación del programa IAPT

### ***Componentes clave***

Los elementos mas importantes en torno a los cuales se organiza y estructura gran parte de este programa están relacionados en primer lugar, con la formación, que ha requerido importantes inversiones estratégicas y económicas para el sistema. Los otros aspectos son la monitorización de los resultados y la aplicación de un sistema de atención escalonada. Los dos primeros componentes se explican mas detenidamente a continuación, y la atención escalonada se desarrollará en un apartado diferente, debido a que también constituye otra de las tendencias organizativas actuales.

#### ***Formación***

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los componentes clave del programa IAPT es la formación y el desarrollo de la fuerza de trabajo. En este sentido, se considera que los profesionales deben tener capacidad y habilidades para aplicar los distintos tipos de terapias recomendadas en las guías NICE,

ajustándose las necesidades y características de la población destinataria y siguiendo un enfoque de atención por pasos o niveles. Para lograr este objetivo, desde el inicio del programa se pusieron en marcha estrategias para formar a los trabajadores que se incorporarían al sistema y a los que ya estaban dentro de él. Según Clark (2011), el programa de entrenamiento inicial se focalizó en las TCC, ya que son el tipo de terapia más recomendado en las guías del NICE para el tratamiento de distintos tipos de trastornos de ansiedad y depresión. Durante los primeros dos años se definieron grupos de expertos y se elaboraron numerosos materiales de apoyo para la implementación y el entrenamiento. El Departamento de Salud, en colaboración con otras entidades, desarrolló sistemas de formación con acreditación oficial, teniendo en cuenta las siguientes líneas generales:

- Definición de planes de formación específicos y diferentes para terapeutas de alta y baja intensidad
- Los planes delimitan contenidos, competencias y habilidades que deben desarrollarse a lo largo de la formación.
- Definición de nuevos perfiles profesionales y currículum, relacionados con el trabajo con terapias de baja intensidad. El mismo es relativamente nuevo, por lo que requirió mayores esfuerzos y la elaboración y publicación de diversos materiales de apoyo para su implementación.
- Ambos tipos de currículo combinan el entrenamiento en las universidades y la práctica en los servicios,.
- Las prácticas implican un sistema organizado de tutorización, observación y supervisión de casos (Department of Health, 2008a).

Actualmente el programa de formación del IAPT implica la capacitación continua de nuevos trabajadores que se van incorporando al sistema y la actualización de los que ya están trabajando, a través de cursos breves sobre terapias diferentes a las TCC, como la terapia interpersonal, terapia de pareja, terapia dinámica interpersonal, que también son recomendadas en las guías NICE

para el tratamiento de trastornos comunes. La finalidad es la de ampliar la oferta y las opciones terapéuticas en la cartera de servicios públicos.

### ***Sistema de registro y monitorización***

Otro de los componentes clave es la utilización de un sistema de registro de información rutinaria, que permite la monitorización de los resultados para valorar el funcionamiento de los servicios. Para esto se elaboró un sistema Nacional de registros de datos del IAPT, que sirve para medir el rendimiento de los servicios y también como una herramienta de manejo clínico, que recoge información sobre el progreso, recuperación o recaídas de los usuarios (NICE, 2011c). Para apoyar la puesta en marcha del registro de datos y la evaluación de resultados, se diseñó un manual (National IAPT Programme, 2011) que especifica el procedimiento para la recolección de datos, define una serie de indicadores que deben aplicarse en todos los servicios para asegurarse la consistencia en el registro. Además, aporta instrumentos de evaluación (cuestionarios, escalas, pruebas...) que los profesionales deben aplicar en el seguimiento, sesión a sesión de los pacientes.

Incluye medidas tales como:

- *Datos de los usuarios:* datos sociodemográficos (edad, sexo, etnia, empleo, orientación sexual...)
- *Medidas de discapacidad:* comorbilidades con enfermedades físicas, mentales, discapacidad intelectual o sensorial,
- *Datos de referencias/derivaciones:* diagnóstico provisional, datos para calcular tiempos de espera o prioridad para el tratamiento.
- *Datos de la sesión:* información clínica de paciente y sobre el trabajo del terapeuta, se recogen en cada sesión tanto cara a cara como contactos telefónicos, vía mail, etc. Se registran datos clave para medir la recuperación e indicadores de resultados del tratamiento.

Para medir los resultados clínicos y de recuperación se han desarrollado distintos cuestionarios que se aplican para la identificación de síntomas de ansiedad o depresión, para valorar la severidad de los mismos o para monitorizar cambios. Estos cuestionarios además, permiten la toma de decisiones clínicas y compartidas entre terapeuta y usuario, por ejemplo acerca de cambios en la intervención, derivación a otro servicio o sobre el paso de un nivel a otro de tratamiento, dentro del modelo de atención escalonada.

Este sistema de registro también permite que otros involucrados, como servicios sociales o de empleo, gestores o supervisores, etc. accedan a información que puede serles de utilidad. Los datos recogidos, posteriormente son sistematizados y en base a ellos se elaboran informes sobre acceso, eficiencia o eficacia de los distintos servicios, esto completa un círculo de planificación-implantación-evaluación-mejora-planificación...

### ***Resultados del programa***

Los resultados de este programa se reflejan en una serie de informes oficiales. Los efectos derivados de la primera fase, quedaron plasmados en el informe de Glover, Webb y Evison (2010) que recoge datos descriptivos acerca de la cantidad de pacientes atendidos, el tipo de terapias y trastornos más frecuentes y refleja una mejora principalmente en la equidad en el acceso al tratamiento. Un segundo reporte (Gyani, Shafran, Layard & Clark, 2011) observa la variabilidad en los datos de recuperación de los pacientes e identifica elementos que influyen sobre las tasas de recuperación, como la cantidad de sesiones por paciente, la cantidad de derivaciones o pasos en la intervención o la severidad inicial de los casos. El tercer informe de resultados publicado en 2012 (Department of Health, 2012) ofrece información sobre el rendimiento y cobertura del programa acumulados en los primeros tres años. Menciona que se han atendido alrededor de un millón de personas, de las cuales 680.000 han terminado el tratamiento, mostrando tasas de recuperación de entre 45 y 65%. Estos datos han podido demostrarse a partir del desarrollo de estudios controlados y aleatorizados en

distintos centros del país. Por otra parte, se ha entrenado a cerca de 4.000 nuevos profesionales que aplican las terapias de acuerdo a las recomendaciones del NICE. Menciona además que estas mejoras han tenido una repercusión importante y beneficios económicos para el sistema.

En términos económicos y a nivel general se estima que la puesta en marcha de este enfoque de abordaje de los problemas comunes de salud mental podría ahorrarle al sistema de salud del Reino Unido, hasta unos 272 millones de Libras y en líneas generales aportarle al sector público unos beneficios de alrededor de 700 millones (NHS, 2015).

### ***Algunas críticas al programa IAPT***

Este programa implicó una rápida introducción de nuevas fuerzas de trabajo en el sistema de salud, que generaban la necesidad de adaptar los roles profesionales, cambios en el uso del lenguaje biomédico tradicional y el desarrollo de habilidades para gestionar el trabajo en equipo e incorporar otros sistemas de registro y derivación. Si bien es cierto que se han mostrado una serie de resultados positivos aportados por este modelo, también existen algunas críticas al mismo.

Los principales cuestionamientos se relacionan con el uso de un excesivo “control” sobre las prácticas que promueve una excesiva burocratización y vigilancia de la actividad clínica (Rizq, 2011,2012) y el peso de los discursos y paradigmas dominantes en el sistema de salud que dejan poco margen a los trabajadores para aplicar las terapias (Altson, Loewenthal, Gaitanidis & Thomas, 2015). Otros autores hacen referencia a las limitaciones de la aplicabilidad de las recomendaciones en pacientes con condiciones complejas. Mencionan que la eficacia de los tratamientos ha sido comprobada en situaciones experimentales altamente controladas, por lo cual, los resultados en contextos reales y en casos de pacientes con sintomatología o situaciones sociales complejas, son deficientes (Cairns, 2014).

### **3.3. Modelos de atención colaborativa**

Otra de las tendencias actuales en la organización de servicios de salud mental son los modelos de atención colaborativa y escalonada, que habitualmente se desarrollan en conjunto o como modelos complementarios. Estos se aplican fundamentalmente para el abordaje de trastornos comunes como ansiedad y depresión, e implican la interacción entre distintos niveles de atención y la coordinación entre diferentes figuras profesionales. A continuación se mencionan las principales características de ambos modelos y se describen con mayor detenimiento los componentes de la atención escalonada.

#### ***Atención colaborativa***

Este modelo es altamente recomendado para el abordaje de trastornos comunes de salud mental en adultos, adolescentes y personas mayores y ha demostrado que su aplicación mejora el acceso a tratamientos de calidad incluso en colectivos minoritarios, también facilita el manejo de pacientes con condiciones físicas crónicas (Katon et al., 2010; Unützer, Schoenau, Druss, & Katon, 2006).

Implica la participación de un equipo multiprofesional, donde se ponen en marcha mecanismos para facilitar la comunicación interprofesional y se llevan a cabo planes estructurados de atención a los pacientes. Aunque existen diferentes maneras de llevar a cabo estos programas, todos ellos comparten dos elementos comunes. En primer lugar, la gestión de la atención por una enfermera, trabajador social, psicólogo u otro profesional entrenado para la identificación, coordinación de un plan de tratamiento, educación y seguimiento del paciente. El segundo elemento es la interconsulta entre el proveedor de servicios y un especialista de salud mental, habitualmente un psiquiatra.

Este enfoque se ha utilizado principalmente para el manejo de la depresión en atención primaria y existe abundante evidencia científica que apoya su eficacia en este y otros contextos, e incluso para el manejo de otros tipos de trastornos como ansiedad (Bijl, van Marwijk, de Haan, Van Tilburg & Beekman, 2004; Woltmann et al., 2012). Sin embargo, algunos autores también reconocen que es un sistema complejo que requiere de formación específica y la designación de referentes para cada caso junto con la supervisión permanente de expertos (Turpin, Richards, Hope & Duffy, 2008). Para que este sistema funcione también es necesaria una definición clara de los diferentes roles y competencias profesionales, capacitación continua y flexibilidad en el trabajo.

Unützer et al. (2006) mencionan que el modelo de atención escalonada puede considerarse como una variante, que intenta maximizar el coste-efectividad de la atención colaborativa al presentar un proceso de atención por pasos sucesivos.

### **3.4. Modelo de Atención escalonada**

Turpin, Richards, Hope y Duffy (2008), definen a la atención escalonada como un modelo que facilita la implementación de guías clínicas y terapias basadas en la evidencia para el abordaje de trastornos comunes, a partir de la aplicación progresiva de intervenciones de baja y alta intensidad. Siguiendo una lógica que va desde el tratamiento menos restrictivo o de mayor autogestión para el paciente, hasta tratamientos mas restrictivos o intensivos. La evaluación sistemática y continua de los resultados del paciente son fundamentales para la toma de decisiones clínicas. Estos mismos autores mencionan que existen al menos dos formas de implementar este modelo:

1. Enfoque puramente escalonado: donde se aplica en primer lugar y a todos los pacientes, tratamientos de baja intensidad. Lugo se valora la

posibilidad de ascender al paciente a tratamientos mas intensivos o especializados cuando no responden adecuadamente a este primer nivel.

2. Enfoque estratificado: se valoran los síntomas y riesgos para determinar el nivel en el que paciente debe iniciar la intervención, de acuerdo a sus necesidades.

Ambos enfoques presentan ventajas y limitaciones y en algunos sistemas (como el NHS) se utilizan simultáneamente.

### ***Componentes de la atención escalonada***

Este modelo se basa en dos principios fundamentales (Department of Health, 2008b):

- El tratamiento debe dar los mejores resultados posibles con el menor coste o carga posible para el paciente.
- Debe existir una revisión sistemática y programada para detectar la necesidad de pasar de un nivel a otro.

### ***Vías de atención y tipos de tratamientos***

Las guías del NICE presentan numerosos materiales de implementación para facilitar la puesta en marcha de las recomendaciones. Uno de estos materiales son los *pathways* o vías de atención que describen los pasos o tareas que deben aplicarse en distintos momentos del proceso asistencial. En estas vías se describe el procedimiento de intervención escalonado para cada trastorno y se definen los criterios de asignación de los casos a cada tipo de tratamiento o nivel. De modo tal que los usuarios pueden comenzar su proceso asistencial en cualquier punto del proceso de acuerdo a sus necesidades. Para llevar a cabo este tipo abordaje es fundamental la flexibilidad en la aplicación de diversas opciones terapéuticas y la formación de lo profesionales.

En la Figura 6, se enumeran los tipos de terapias de baja y alta intensidad que utiliza el NHS para el abordaje de Problemas comunes de salud mental. Esta síntesis ha sido elaborada en base al documento del departamento de salud del NHS que describe el proceso de implementación del IAPT (DH, 2008b):

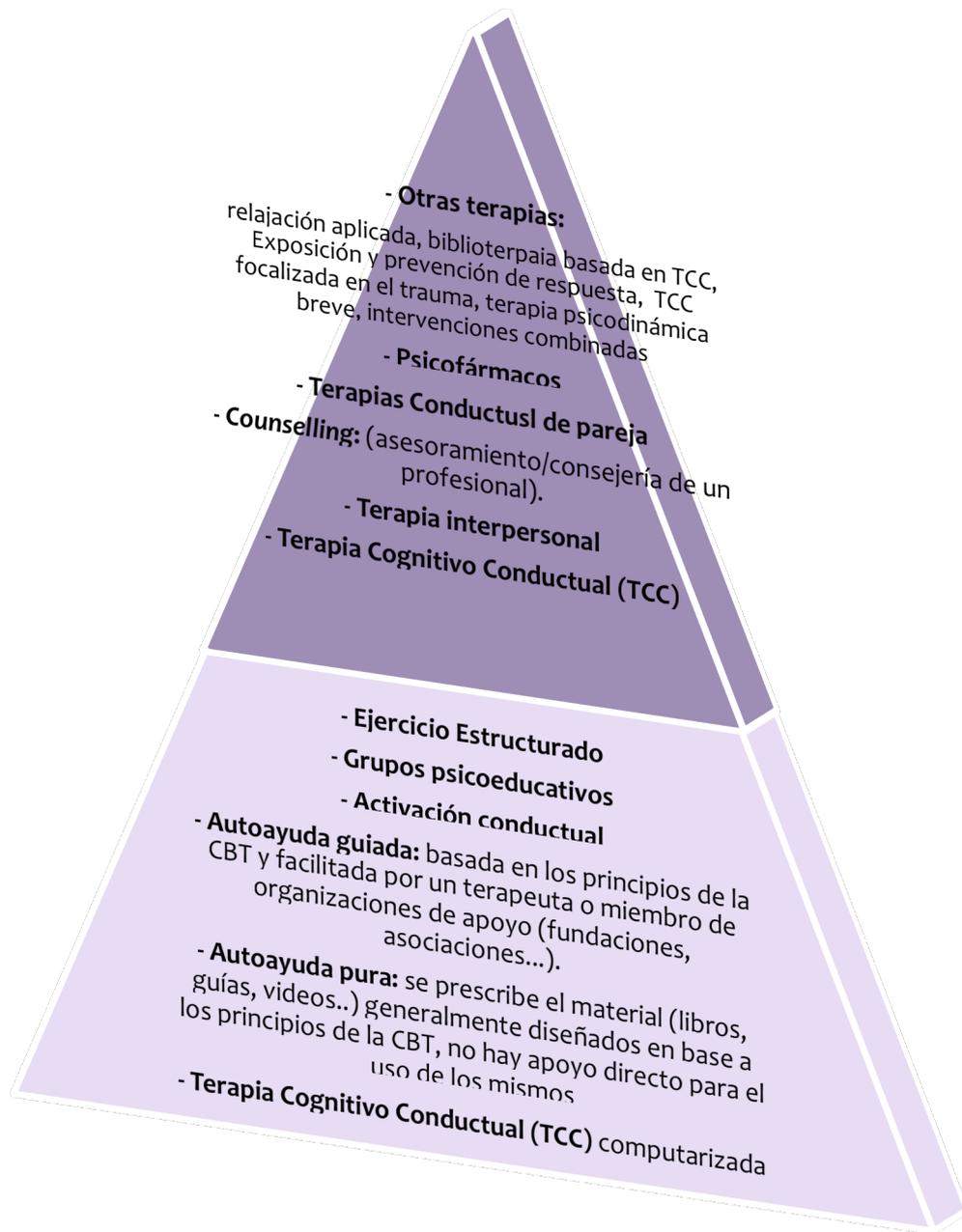


Figura 6: Terapias de alta y baja intensidad aplicadas dentro del sistema de atención escalonada del NHS.

## ***Pasos o niveles de atención***

Existe cierta variabilidad en la implementación de estos tratamientos y en la aplicación del modelo en los distintos servicios, ya que los mismos deben ser diseñados y adaptados a las características y recursos de cada centro y a las necesidades de la población de referencia.

A continuación se presentan una serie de cuadros que resumen los elementos fundamentales de cada paso de la atención escalonada. Se definen los tipos de destinatarios, trastornos o gravedad de los síntomas que se tienen en cuenta para la asignación a cada nivel, el objetivo, el lugar en el que habitualmente se lleva a cabo la intervención, el tipo de tratamientos administrados y el perfil profesional de cada nivel. La información para la elaboración de estos cuadros ha sido extraída del Manual de implementación de la atención escalonada para el tratamiento de trastornos comunes de salud mental del Sistema de Salud del Reino Unido (NICE, 2011c).

**Paso 1**

**Destinatarios:** personas con sospecha o síntomas de TCSM

**Objetivos:**

- Aumentar el número de personas identificadas, evaluadas y tratadas
- Identificar riesgos y prevenir daños evitables
- Aumentar las posibilidades de elección de los usuarios y mejorar su experiencia en el uso de los servicios
- Mejorar la comunicación entre servicios.

**Contexto de la atención:** principalmente atención primaria

**Tipo de intervención:** identificación, evaluación, psicoeducación, supervisión, derivación o referencia a otras evaluaciones o intervenciones.

Elementos claves para su implementación: formación de los profesionales en sensibilización e identificación de TCSM, evaluación y derivación.

Figura 7. Paso 1 de la atención Escalonada

## Paso 2

**Destinatarios:** personas con síntomas menores (que no cumplen criterios diagnósticos para establecer un diagnóstico claro), leves o moderados de TCSM.

**Objetivos:**

- Aumentar el número de personas identificadas, evaluadas y tratadas de acuerdo a las recomendaciones de las guías
- Aumentar el número de personas que muestran mejoras clínicas o recuperación
- Mejorar el bienestar emocional, la calidad de vida y la capacidad de funcionamiento en personas con problemas comunes de salud mental
- Mejorar las posibilidades de elección de los pacientes y la experiencia con el uso de servicios
- Mejorar la comunicación entre servicios

**Contexto de la atención:** atención primaria o contextos comunitarios.

**Tipo de intervención, de baja intensidad:** autoayuda guiada individual, TCC computarizada, actividad física estructurada, grupos de autoayuda basado en grupos de pares, asesoramiento (*counselling*) no directivo (en el domicilio p.e. para mujeres embarazadas o post parto), prescripción de antidepresivos junto con intervención psicológica, grupos de autoayuda.

**Perfil profesional:** terapeutas que promueven bienestar psicológico (*Psychological Wellbeing Practitioners*), también enfermeros u otros profesionales con formación de postgrado en salud mental.

Figura 8. Paso 2 de la atención Escalonada

### Paso 3

**Destinatarios:** personas con TCSM moderado a grave.

**Objetivos:** \*la mayoría son similares a los descritos en el paso 2, además menciona:

- Disminuir el número de pacientes con recaídas
- Identificar riesgo de daño y prevenirlos
- Prevenir bajas laborales por enfermedad
- Mantener actividades de educación, empleo o significativas para la persona
- Disminuir el desempleo de larga duración, la cantidad de personas sin hogar y las rupturas familiares.

**Contexto de la atención:** Servicios psicológicos del IAPT, atención primaria, servicios especializados.

**Tipo de intervención:**

- Intervenciones psicológicas de alta intensidad
- Intervenciones farmacológicas: generalmente en combinación con terapias psicológicas.
- Servicios de apoyo adicionales: apoyo a educación/empleo, grupos de apoyo (en ONGs)

**Perfil profesional:** profesionales con formación específica en el área de la salud mental: psicólogos, trabajadores sociales o médicos con formación de posgrado...

Figura 9. Paso 3 de la atención Escalonada

### Paso 4

**Destinatarios:** personas con TCSM con deterioro funcional severo o condiciones complejas

**Objetivos:** \*idem paso 3

**Contexto de la atención:** servicios especializados

**Tipo de intervención:**

- El tipo de intervenciones puede ser similar a los pasos 2 o 3, pero varía la intensidad, número de sesiones, los tratamientos habitualmente son combinados y con atención planificada.
- Tratamientos psicológicos de alta intensidad, altamente especializado
- Intervenciones farmacológicas
- Respuesta y atención en crisis
- Servicios de apoyo adicional: \*idem paso 3, además de programas de rehabilitación
- Otros servicios: incluye p.e. terapias electro convulsivas, atención residencial

**Perfil profesional:** Profesionales especializados, principalmente psicólogos, psiquiatras.

Figura 10. Paso 4 de la atención Escalonada

Al igual que en el modelo colaborativo, otro componente fundamental para llevar a cabo estos pasos de una manera eficiente, es la aplicación de procedimientos rigurosos y sistematizados de registro y análisis de los resultados clínicos. Estos datos son básicos para la toma de decisiones compartidas entre el terapeuta y el paciente, acerca del cambio en la intervención o el paso de un nivel a otro de atención. En esta línea, uno de los objetivos de este modelo es ampliar la oferta y opciones terapéuticas y promover la elección de los usuarios sobre el tipo de terapias que más se ajustan a sus necesidades o preferencias.

### ***Resultados y limitaciones del modelo de atención escalonada***

De manera amplia, se considera que la implementación de este tipo de servicios para abordar los problemas comunes de salud mental en atención primaria, puede disminuir costes económicos directos e indirectos y aportar los siguientes beneficios (NICE, 2011c):

- Disminuir las derivaciones a atención secundaria y servicios especializados
- Reducir el uso de servicios hospitalarios
- Evitar costes asociados al uso inadecuado de psicofármacos
- Reducción en el número de visitas a médicos de cabecera

Entre los costes indirectos se encuentran:

- Ahorro derivado de la mayor empleabilidad de las personas afectadas
- Disminución del número de bajas asociadas a TCSM
- Facilitación de la vuelta al trabajo de las personas afectadas

En esta misma línea, diversos estudios destacan que el modelo de atención escalonada puede ser potencialmente eficaz para el abordaje de trastornos comunes (principalmente para el manejo de la depresión) tanto en la población en general de adultos como en grupos específicos, como personas mayores o mujeres embarazadas o en periodo de posparto (Bower & Gilbody, 2005a,b; Honikman, van Heyningen, Field, Baron & Tomlinson, 2012; Oxman, Dietrich &

Schulberg, 2003); también muestra beneficios en la atención de problemas de sueño (Espie, 2009). Si bien estos autores destacan beneficios clínicos o económicos, también subrayan que es necesario continuar investigando de manera más rigurosa su efectividad. En este sentido, uno de los metaanálisis más recientes sobre el tema destaca que aún no está suficientemente demostrada la eficacia de la atención escalonada, sobre todo, en comparación con otro tipo de terapias, o por ejemplo, en comparación con la intervención con terapias psicológicas de alta intensidad solas (van Straten, Hill, Richards & Cuijpers, 2015). Estas, a su vez, constituyen líneas para futuras investigaciones al respecto.

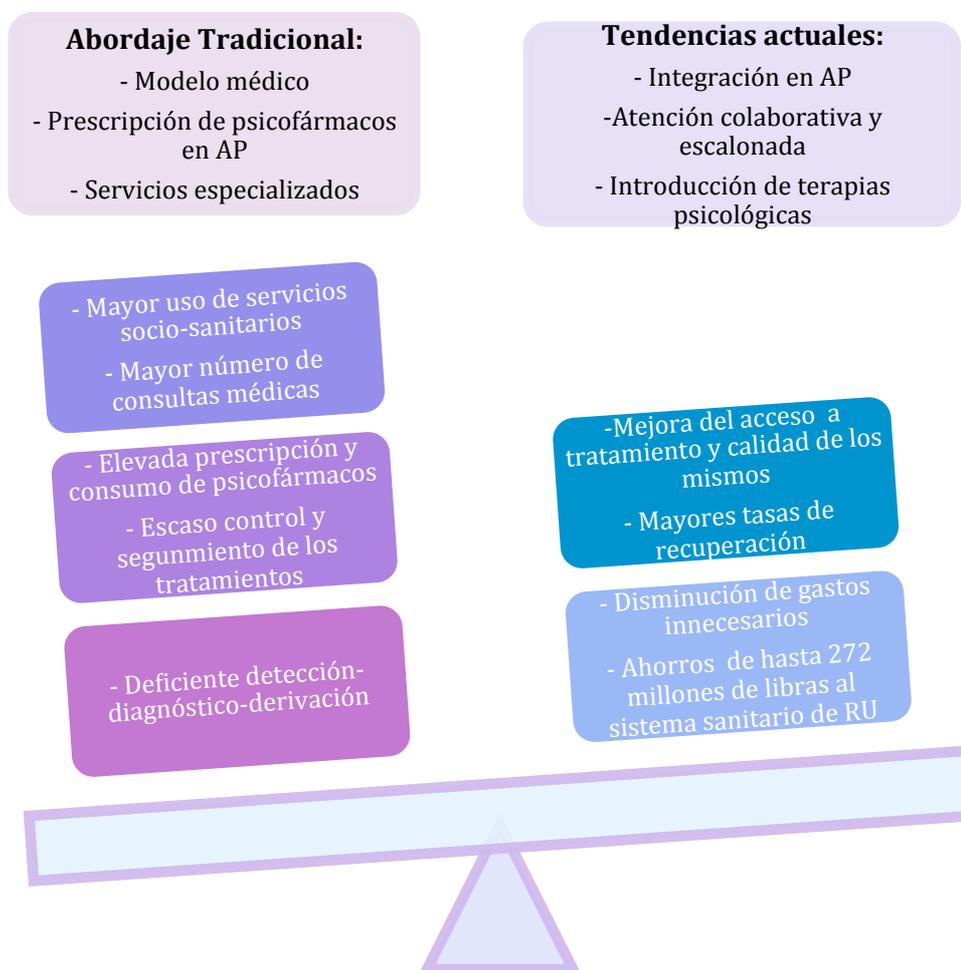


Figura 11. Modelo tradicional vs. tendencias actuales para el abordaje de trastornos comunes de salud mental en los sistemas sanitarios.

Existe abundante evidencia que muestra la eficacia de algunas de las tendencias actuales y, aunque otros modelos o acciones específicas requieren

aún mayor investigación, los datos sugieren los potenciales beneficios de su uso. Por su parte, a lo largo de los capítulos iniciales ha quedado reflejado en numerosas investigaciones e informes las limitaciones que supone la aplicación del modelo tradicional de atención y los problemas de acceso que genera para los afectados. Pese a todo esto, como puede observarse en la Figura 11, la balanza todavía se inclina hacia la persistencia de las prácticas más tradicionales, en detrimento de la implementación de modelos de organización y tratamiento más eficientes. Sobre este último aspecto volveremos en el capítulo final, para analizar las barreras que dificultan la puesta en marcha de abordajes de mayor eficacia.

## ***Conclusión***

En este capítulo se han dejado planteadas las tendencias actuales que algunos países están desarrollando para lograr mejoras y ofrecer tratamientos eficaces y de bajo coste integrados en la atención pública de la salud. Tal como se refleja en las experiencias descritas, la introducción de nuevos paradigmas, los cambios en la organización, la redefinición de roles profesionales o la incorporación de innovaciones en las prácticas, requieren tanto de decisiones político-sanitarias que se orienten hacia ellos, como del desarrollo de estrategias de implementación bien diseñadas. Los ejemplos presentados, demuestran que no existe una única manera o enfoque a seguir para el abordaje de los trastornos comunes y que es importante conocer las necesidades y recursos presentes en cada país o región para iniciar el camino de cambios hacia la integración de la salud mental en atención primaria. Estas experiencias, sin duda, pueden servir de orientación para la reforma de otros sistemas.

Por su parte, el análisis de los beneficios y limitaciones de la aplicación de los distintos modelos y las críticas descritas, nos hacen reflexionar acerca de la importancia de la evaluación de los resultados de los programas y acciones que se aplican. Estos datos, constituyen los pilares fundamentales para la toma de decisiones políticas y para impulsar el desarrollo de estrategias de salud mental basadas en la evidencia. En el capítulo 4 se profundizará sobre este último aspecto.

## Capítulo 4

# Salud mental basada en la evidencia

Desde hace varias décadas ha comenzado a instaurarse una cultura de la calidad en los sistemas de salud, preocupada por la eficacia y eficiencia de los servicios. Esto ha favorecido el desarrollo de recomendaciones y guías clínicas que promueven la aplicación de intervenciones con apoyo en evidencias científicas. En este capítulo se presenta una síntesis de la metodología basada en la evidencia aplicada al ámbito de la salud mental. Se exponen los componentes más importantes de las guías de práctica clínica de salud mental y se describe el proceso de desarrollo de las mismas. Finalmente se analizan algunas limitaciones y dificultades actuales en torno a ellas.

#### 4.1. Salud mental basada en la evidencia

En los sistemas de salud en general hay un creciente interés por la incorporación de la cultura de la calidad en los servicios. Estos criterios nacen vinculados a la empresa privada y paulatinamente se han ido trasladando al sector de los servicios y a la sanidad pública en los países más desarrollados.

El surgimiento de un modelo europeo para la calidad (*European Foundation for Quality Model*, 1992) impulsó la preocupación por trasladar dicho modelo desde el ámbito empresarial a los servicios públicos e instaurar esta cultura en los sistemas de salud (Lorenzo, Solves, Buil, & Marín, 1999). El concepto de calidad parece complicado de unificar, aunque según Jiménez (2004) desde un punto de vista sanitario este concepto tiene relación con el conocimiento actualizado y el empleo de la tecnología correspondiente para tratar los problemas de salud. Además ésta no puede separarse de la noción de eficiencia ya que deben tenerse en cuenta los gastos y recursos disponibles. Vinculada a la salud general y a la salud mental, la dimensión de calidad comienza a adquirir naturaleza ética ya que se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas y aumentar la igualdad en el acceso al tratamiento más eficaz (Tamarit, 2004).

El concepto de eficiencia significa conseguir los efectos máximos en términos de servicios ofrecidos o de resultados alcanzados para un determinado nivel de recursos o presupuesto (Jenkins, Mc Daid, Brugha, Cutler & Hayward, 2007). Desde el surgimiento de la medicina basada en la evidencia, en el campo de la salud mental se han desarrollado diversas investigaciones que tienden a evaluar el costo y la eficacia de los tratamientos (Andrews Sanderson, Corry & Lapsley, 2004; Chisholm, Sanderson, Ayuso-Mateos & Saxena, 2004; Pirraglia, Rosen, Hermann, Olchanski & Neuman, 2004; Simon, Katon & Von Korff, 2001).

Las tendencias más modernas en salud indican que las prácticas deben estar basadas en la evidencia. Este es uno de los principios y enfoques transversales en los que se basa el Plan de Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013a),

que considera que las estrategias e intervenciones tanto clínicas como preventivas o de promoción de salud mental, tienen que basarse en pruebas científicas. Según numerosos autores, el desarrollo de herramientas que ayuden a aplicar información científica para la toma de decisiones en la práctica clínica, se incluyen dentro de lo que se conoce como Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE), que también permite la aplicación de esta información en la gestión de servicios y definición de políticas sanitarias (Bonfill, 2000; Carrión-Camacho et al., 2013; Consejería de Salud, 2012; Echevarría, García & Zarco, 2001).

Según Echevarría et al. (2001), la ASBE aplica los conocimientos y desarrollos científicos de la eficacia y efectividad dentro de las prácticas clínicas y en la gestión sanitaria con el objetivo principal de disminuir la variabilidad en la toma de decisiones, para ello se apoya en las siguientes acciones básicas:

- Desarrollo de bases de datos de los procesos asistenciales
- Desarrollo de formación para profesionales y usuarios en la gestión de la calidad
- Elaboración de estándares y guías de práctica clínica

De este modo el objetivo mas importante es el desarrollo y aplicación de herramientas y sistemas que ayuden tanto a los profesionales como a los gestores a tomar decisiones basadas en criterios científicos. Para esto es necesario contar con instrumentos aplicados, una estructura y cultura de organización acorde a estas innovaciones y sistemas de evaluación y monitorización. Una de las herramientas fundamentales que se utilizan para favorecer la gestión y la práctica apoyada en pruebas, son las Guías de Práctica Clínica (GPC).

## 4.2. Guías de práctica clínica

Actualmente existe abundante literatura y proliferación de estudios en torno al tratamiento de la mayoría de problemas de salud. Este hecho junto con el aumento en el acceso a información de distintas fuentes, hace que sea cada vez más difícil para los profesionales mantenerse actualizados de manera rápida y segura sobre aspectos clínicos aplicables a su práctica cotidiana. Como respuesta a esta situación se plantean las revisiones sistemáticas y los meta análisis, como formas de resumir y actualizar información científica relevante y de calidad. Este tipo de estudios son la base para la elaboración de la mayoría de guías de práctica clínica, aunque las mismas también pueden basarse en la opinión de expertos o en el consenso. Desde este punto de vista, las guías clínicas pueden considerarse como herramientas prácticas, que reúnen una síntesis de las evidencias disponibles sobre el tratamiento de distintos tipos de problemas o condiciones de salud.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, un referente importante en torno al establecimiento de criterios para el desarrollo de GPC, ha publicado recientemente una actualización de la definición, junto con una actualización de los criterios para valorar la alta-baja calidad de las mismas y para la distinción entre guías basadas en la evidencia y otras formas de presentación de las orientaciones clínicas (*Institute of Medicine IOM, 2011*). Define a las guías de práctica clínica como “documentos dirigidos a optimizar la atención del paciente, a través de la inclusión de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las distintas opciones de atención alternativas”. Esta definición, traducida desde su fuente original, hace mayor hincapié en la metodología de la revisión sistemática como elemento clave para encuadrar a un determinado documento en la categoría de GPC.

Este mismo organismo informa que las GPC están orientadas a disminuir la variabilidad y las prácticas inadecuadas y mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, aunque, de manera más específica y mas allá de los aspectos

estrictamente clínicos, también tienen otros objetivos, que se describen a continuación en la Figura 12.

**Otros objetivos de las GPC**  
*(Institute of Medicine, 2011)*

- Orientar la toma de decisiones basadas en la evidencia, tanto del profesional como del paciente, en cuanto a la atención y los resultados que se esperan conseguir.
- Proporcionar una base para medir, evaluar y mejorar el desempeño del proveedor y la calidad de la atención.
- Pueden constituir un marco de apoyo para la resolución de demandas por negligencia, al considerar las recomendaciones de las guías como estándares para la atención.
- Definir las mejores prácticas de salud para favorecer la educación de los pacientes, cuidadores y también en las acciones de educación a través de los medios de comunicación.
- Ayudar a los responsables políticos en la asignación de los recursos sanitarios.

Figura 12. Otros objetivos de las guías de práctica clínica

Por su parte, Moreno y Romero (2012) consideran que estas herramientas deben tener las siguientes características generales (Figura 13):

**Características de las Guías Clínicas**

- Claridad y sencillez en su estructura y presentación
- Especificidad
- Aplicabilidad
- Fiabilidad
- Flexibilidad
- Participación de equipos multidisciplinares

Figura 13. Características generales de las guías clínicas

Los componentes antes citados, a su vez, están relacionados con la calidad de las guías. Además, el modo en que cada guía ha sido elaborada determina no solo sus características y atributos, sino también el grado de adhesión que puede encontrar en los profesionales. Esto constituye un elemento clave para su implementación, ya que su estructura y características pueden aumentar las posibilidades de aplicación, o por el contrario aportar barreras para su uso en la práctica efectiva.

En esta misma línea, el IOM (2011) pone de manifiesto que una de las preocupaciones actuales se relaciona con la calidad y los procedimientos que se utilizan para desarrollarlas. En este sentido, menciona distintos atributos que las guías deberían contener para ser confiables o seguras (ver Figura 14).

### **Características de las guías confiables y seguras**

*(Institute of Medicine, 2011)*

- Basadas en una revisión sistemática de la evidencia existente
- Desarrolladas por un grupo bien informado y multidisciplinario de expertos y representantes clave de grupos de afectados;
- Considerar las preferencias de los pacientes o subgrupos de pacientes;
- Basadas en un proceso explícito y transparente que minimice las distorsiones, prejuicios y conflictos de intereses;
- Proporcionar una explicación clara de las relaciones lógicas entre las opciones de tratamiento alternativo y los resultados de salud, y proporcionar datos tanto de la calidad de la evidencia como de la fuerza de las recomendaciones;
- Deben ser reconsideradas y revisadas cuando existan nuevas evidencia importante que ameriten la modificación de recomendaciones.

*Figura 14.* Características que deben tener las guías de práctica clínica para ser consideradas como confiables y seguras

De este modo, comienza a gestarse una tendencia a incluir el aspecto de la metodología de la elaboración y la calidad de las mismas como un elemento fundamental para distinguir entre lo que “verdaderamente” debería considerarse como guías de práctica clínica, y lo que constituyen otros tipos de orientaciones o recomendaciones clínicas que se generan en base a otro tipo de fuentes diferente a la evidencia científica, como por ejemplo, en la opinión de los expertos.

### ***Metodología de desarrollo de las guías***

Como se anticipaba en el apartado anterior, la rigurosidad en el procedimiento de elaboración de las guías es fundamental para garantizar la calidad y mejorar sus posibilidades de aplicabilidad en la práctica.

Uno de los referentes en la producción e implantación de guías dentro de su sistema de salud es el *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE (OMS, 2013b), que elabora, publica e implementa guías clínicas de alta calidad sobre una amplia variedad de problemas de salud. Incluyendo también, un importante número de guías de salud mental. Por otra parte, produce diferentes tipos de herramientas como guías de salud pública o de tecnologías y procedimientos de intervención. Junto con esto elabora recursos para apoyar y facilitar la puesta en prácticas de los distintos tipos de guías. Sobre este aspecto, relacionado con los materiales y recursos de implementación se profundizará en el último capítulo.

Para explicar las principales características del procedimiento de elaboración de guías utilizaremos como base la metodología aplicada por este organismo, que se describe en diferentes manuales y que coincide con la metodología propuesta por otras entidades como el Cochrane (Higgins & Green, 2011; NICE, 2009c, NICE, 2012).

En líneas generales, el proceso de elaboración de las GPC cuenta con 7 etapas o pasos que se describen a continuación.

### 1. Definición del alcance y ámbito de aplicación:

Delimitación de los aspectos que la guía debe o no cubrir, relacionados con la población destinataria, nivel de atención, tipos de intervenciones que se incluyen (diagnóstico, terapias, etc).

### 2. Conformación del grupo de desarrollo de las guías:

Conformación del equipo multidisciplinario: profesionales de la salud, profesionales de otros campos (como informáticos, economistas o especialistas en revisión sistemática), pacientes cuidadores, representantes de ONGs, gestores...

### 3. Desarrollo de preguntas de revisión y planificación de la revisión

### 4. Identificación y revisión de la evidencia

En relación a las etapas 3 y 4, el sistema mas utilizado para la localización y revisión de la mejor evidencia se basa en un enfoque de preguntas sobre los temas claves que se quieren indagar. Las preguntas pueden estar relacionadas con el ámbito de aplicación o alcance de una determinada guía, con aspectos económicos o con aspectos clínicos. El planteamiento de las pregunta clínicas, suele referirse a alguna de las siguientes áreas: intervención, diagnóstico o pronóstico. Generalmente la mayoría de las preguntas de revisión de una guía clínica se relacionan con la intervención.

Para formular las preguntas relacionadas con la intervención de manera adecuada, se utiliza un modelo estructurado denominado PICO (*patient, intervention, comparison and outcomes*), éste se divide en 4 componentes:

1. Los pacientes: la población en estudio
2. Las intervenciones: lo que se hace
3. Los comparadores: las principales opciones de tratamiento alternativas
4. Los resultados: las medidas que dicen que tan efectivas son las intervenciones

Generalmente, para dar respuesta a las preguntas de revisión sobre la intervención se consideran los Ensayos Controlados Aleatorizados-ECA (*Randomised Controlled Trial-RCT*) porque este tipo de estudios ofrecen una estimación imparcial de los efectos de una intervención. Sin embargo, en algunos casos puede existir evidencia científica no aleatorizada sobre los efectos de un determinado tratamiento, que pueden ser suficientes para demostrar su eficacia y que no sea necesario contar con ECAs.

## 5. Desarrollo de las recomendaciones

Esta tarea se lleva a cabo teniendo en cuenta las evidencias clínicas y el estudio de los costes que implicaría implementar ciertas opciones de tratamiento. La evaluación de coste-efectividad requiere la aplicación de modelos de análisis económicos ejecutados por expertos. Tras realizar un balance de la calidad de la evidencia clínica y económica, junto los beneficios y riesgos, se determina la “fuerza” de cada recomendación.

## 6. Redacción de la guía

Aquí se tiene en cuenta que el estilo sea entendible, claro y conciso, para facilitar una rápida comprensión y fácil aplicación.

## 7. Proceso de consulta y publicación

Se lleva a cabo una revisión del borrador donde se aportan sugerencias, correcciones o mejoras. Participan los distintos interesados e implicados, como pacientes, cuidadores, profesionales expertos en la materia, etc. Tras este periodo de revisión y corrección la guía se publica. Además las guías son revisadas y actualizadas ante el surgimiento de nuevas evidencias.

En estos puntos se resume un complejo proceso utilizado para la producción de las guías, sin embargo, para que este proceso se ponga en marcha también cuenta con una estructura organizativa donde se definen grupos de trabajo y roles claramente delimitados, donde se llevan a cabo las diferentes tareas a lo largo de las distintas etapas.

Con respecto a la evaluación de la calidad de las evidencias, este organismo clasifica niveles y grados en base al tipo y calidad de los estudios analizados. Generalmente, el grado de evidencia se representa con una letra mayúscula (A, B, C o GPP). El grado A, incluye Ensayos Controlados Aleatorizados-ECAs- (*Randomized Controlled Trials-RTC-*). El grado B, se apoya en diseños de estudios controlados no aleatorizados, estudios cuasiexperimentales (*quasi-experimental study*), estudios descriptivos o comparativos (*descriptive, comparative studies*), correlacionales (*correlation*) o de caso control (*case-control*). El grado C se basa en la opinión de comités de expertos, clínicos con experiencia y/o autoridades competentes. Finalmente, el grado GPP incluye recomendaciones de buenas prácticas basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía (*Guideline Development Group*).

La calidad de los estudios y el tipo de evidencia se analiza de manera exhaustiva en la versión completa de cada guía (*Full guideline*). El análisis de la evidencia incluye información tal como tipo de estudios incluidos y excluidos,

número de sujetos, comparación entre tipos de terapias, resultados, tipo de control, selección de la muestra, grado de calidad de los estudios, etc., y se presenta de manera explicativa y narrada dentro del texto de la guía completa. Haciendo una revisión de las distintas guías de salud mental disponibles, se observa que existe cierta heterogeneidad en el modo de presentación de esta información. Algunas además de esta clasificación de la evidencia, presentan tablas o gráficos que definen el grado o nivel de calidad de los principales estudios (bajo, muy bajo, moderado o alto) dentro del texto o en anexos complementarios (p.e. en las guías de Enuresis, Depresión o TDAH) y otras no presentan esta información.

Uno de los criterios de evaluación de la calidad de las guías actualmente muy utilizado son los que establece el grupo AGREE, *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation* (Brouwers et al, 2013) que evalúa las siguientes dimensiones:

- **El alcance y el objetivo general de la guía**, que está relacionado con cuestiones clínicas, como el tipo de tratamientos y trastornos, y con la población de pacientes a los que se dirigen las recomendaciones.
- **La participación de los distintos grupos de interesados**: evalúa el grado en que la guía representa los puntos de vista de los afectados o potenciales usuarios y los procesos de participación de estos en el desarrollo de la guía.
- **El rigor en la elaboración**: evalúa el proceso metodológico utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular y actualizar las recomendaciones.
- **La claridad y presentación**: se refiere a la adecuación del estilo de redacción y lenguaje utilizado acorde al tipo de público al que se dirige y al formato de la guía.
- **La aplicabilidad**: evalúa las estructuras organizacionales, conductuales y financieras que requiere la aplicación efectiva de la guía en la realidad.
- **La independencia editorial**: valora los posibles sesgos en la elaboración de las recomendaciones o posibles conflictos de interés.

Más allá de la rigurosidad metodológica y estructura organizativa que requiere la elaboración de estos materiales, el procedimiento descrito se apoya en estrategias y decisiones político sanitarias fomentadas desde el sistema de salud pública, que apuesta por la toma de decisiones basadas en la evidencia científica y el análisis de los costes-efectividad, para hacer accesible a la población los mejores tratamientos disponibles.

### ***Las guías de salud mental***

La introducción de la metodología basada en la evidencia ha abonado el terreno para la proliferación de guías sobre distintos tipos de problemas de salud en general. Junto con esto, se reconoce que también ha habido una importante proliferación en el desarrollo de guías clínicas para la mayoría de los problemas de salud mental en general (Bauer, 2002).

Actualmente, existen abundantes estudios y tratamientos que han demostrado ser eficaces para el abordaje de los problemas psicológicos más frecuentes y para los trastornos comunes de salud mental (Barlow, Bullis, Comer & Ametaj, 2013; Clark, 2011; Fernandez et al, 2006; Hollon, Stewart & Strunk, 2006; Gask, 2007; Kazdin, 2008; Moriana & Martínez, 2011; Pérez-Álvarez, Fernandez & Amigo, 2003 a, b, c.; Scharanger & Molina, 2007). Un hito importante en el desarrollo de este tipo de evidencias lo constituyen los informes publicados por el Grupo de Trabajo sobre la Promoción y Difusión de Tratamientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*) que se encuentra dentro de la división 12 de la APA. El objetivo principal de este grupo es difundir los tratamientos psicológicos con apoyo empírico y la elaboración de criterios para evaluar científicamente las distintas opciones de intervención disponibles, para facilitar la toma de decisiones acerca de aquellos más efectivos. Según Mustaca, (2004a,b), los primeros informes de este organismo publicados en 1995, enumeraban 25 tratamientos psicológicos con apoyo empírico, en 1998 esa cifra aumentó a 71, y

en 2001 se identificaron 108 tratamientos psicológicos con apoyo empírico para adultos y adultos mayores. Actualmente, esta entidad ofrece información sobre el nivel de evidencia de numerosos tratamientos psicológicos para 17 tipos de trastornos diferentes, entre los que se encuentran trastornos comunes de salud mental como depresión, ansiedad generalizada, fobia social, fobias específicas, ansiedad mixta, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de estrés postraumático e insomnio. En esta línea, difunde listados de tratamientos e informa sobre el grado de evidencia de los mismos a la vez que ofrece acceso a distintos recursos de lectura complementaria (Morian y Martínez, 2011), como manuales, herramientas de evaluación, videos, libros de autoayuda, estudios, revisiones o meta análisis relacionados con cada tipo de tratamiento. Los informes más recientes de la APA se orientan a facilitar la incorporación de las evidencias en el desarrollo de guías clínicas y su integración dentro del sistema sanitario (APA, 2006). En este sentido, algunos autores mencionan que esta incorporación de las evidencias a la práctica es aún limitada, muchos psicólogos muestran mayor confianza en la experiencia clínica que en la literatura científica, por lo que aún muestran resistencia a incorporar las evidencias (Baker, McFall & Shoham, 2008). En esta misma línea Kazdin (2008) refiere que existen dudas acerca de la aplicabilidad de las evidencias y preocupación por la importante brecha existente entre las evidencias y la práctica. Otra dificultad para la aplicación práctica de las evidencias reside en que la complejidad de las casuísticas que se dan en los contextos reales de trabajo no están bien recogidos o abordados en los tratamientos manualizados o en las guías clínicas (Duncan & Reese, 2013).

Otro de los sistemas más avanzados y abarcativos en el desarrollo de guías es el NICE, que elabora herramientas para el tratamiento farmacológico, psicológico y psicosocial, tanto de trastornos graves como de trastornos comunes de salud mental, y ofrece recomendaciones para el manejo en situaciones de crisis, autolesiones o conductas violentas en pacientes con estas patologías. Además, cubre tanto a población infanto juvenil, adultos y mayores de 65 años. Considera también algunas condiciones específicas como por ejemplo, pacientes

con problemas de salud mental y enfermedades físicas crónicas, o mujeres embarazadas o en periodo de posparto con depresión o ansiedad. Una característica de las guías que produce es el rigor metodológico con el que se desarrollan y el carácter aplicado de las mismas, que las convierte en referentes para la práctica en diversos ámbitos (NICE, 2012).

Por otra parte, se producen distintas versiones de guías sobre un mismo tópico o trastorno, por ejemplo, la versión completa y la guía clínica propiamente dicha, que se dirige a los profesionales, y la versión corta o de comprensión rápida que es una versión adaptada para los usuarios. Con respecto a los distintos tipos de guías de salud mental que produce se encuentran guías clínicas, guías de salud pública y de evaluación de tecnología o procedimientos. En la siguiente Figura se describen las características de cada una de ellas.

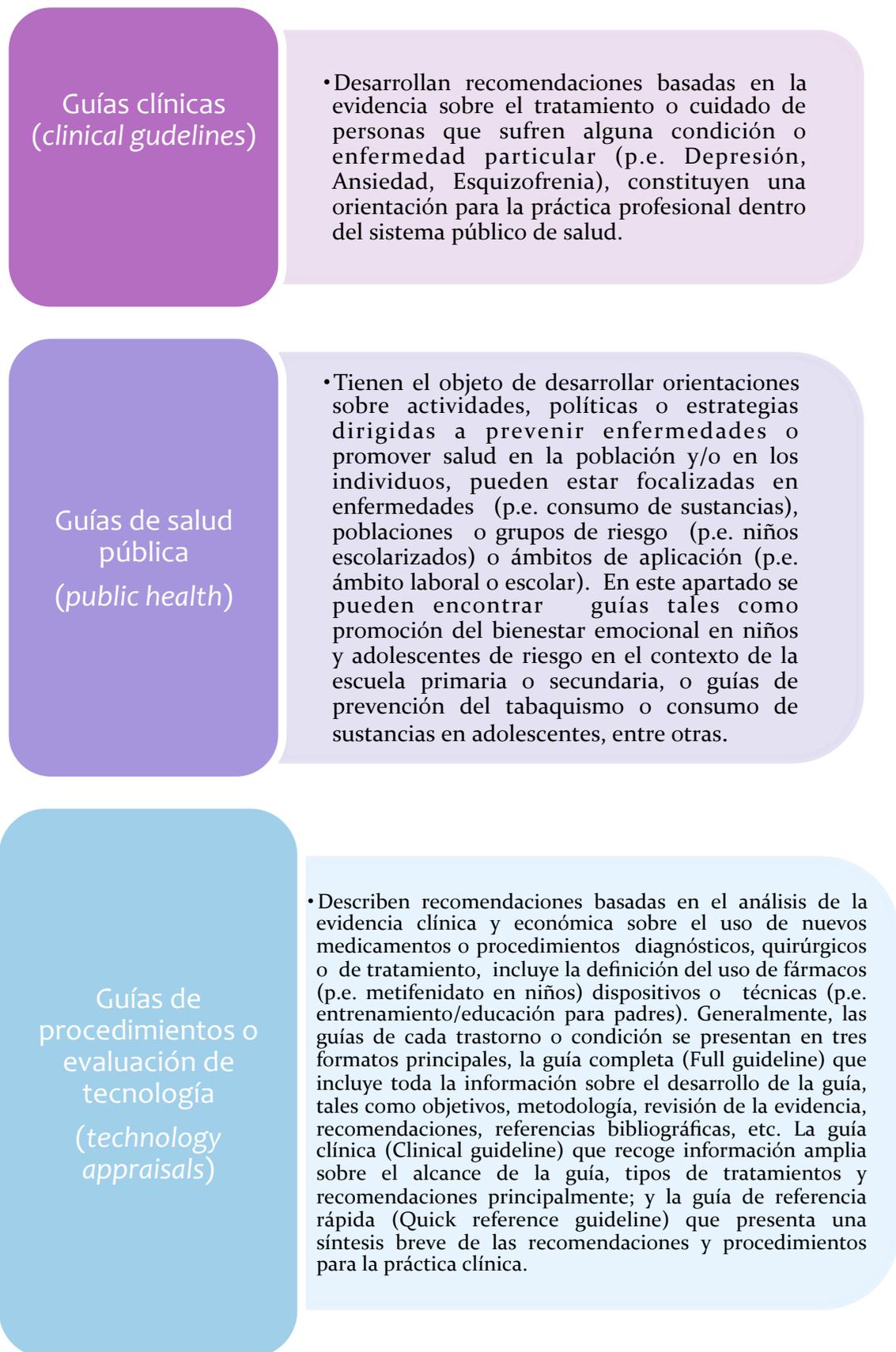


Figura 15. Características de los distintos tipos de guías producidas por el NICE

Los distintos tipos de guías pretenden abarcar diferentes niveles y aspectos de la asistencia, como los procedimientos de evaluación y diagnóstico, las opciones terapéuticas propiamente dichas y las acciones preventivas o de educación para la salud en grupos mas amplios de la población. Además, son aplicables a distintos contextos.

### ***Problemas y preocupaciones actuales en torno a las guías***

La literatura mas reciente sobre el tema coincide en reconocer la importante proliferación de guías de salud mental, sin embargo, los problemas actuales en torno a ellas se relacionan con dos cuestiones fundamentales: en primer lugar, los aspectos vinculados a la calidad de las mismas; y en segundo lugar, los problemas que conlleva la aplicación práctica de las recomendaciones disponibles. A continuación se abordará el primero de estos problemas y en el último capítulo se profundizará en el análisis de las barreras y estrategias de implementación mas relevantes.

Continuando con la línea argumental antes presentada, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, uno de los referentes mas importantes en torno a criterios de desarrollo de GPC (*Institute of Medicine, 2011*), informa que en los últimos años se ha experimentado un crecimiento importante en el número de GPC existentes en los distintos países, y señala que la base de datos de la Red internacional de guías (*Guideline International Network's*) cuenta actualmente con al rededor de 3.700 guías. Pese a que la cantidad es elevada, se advierte que el impacto en la práctica por el uso de las mismas y los resultados sobre los pacientes es aún limitada. La adhesión e implementación es baja y los tratamientos más eficaces aún no están disponibles en la sanidad pública de la mayoría de los países. Por su parte Chambless (2001), resalta que se encuentran importantes problemas en la metodología de desarrollo de las guías, en la validez externa, la fiabilidad y la transparencia en los procesos de revisión.

Los estudios de revisión de Kendall, Glover, Taylor y Pilling (2011), y Franx et al. (2011), analizan el desarrollo de las GPC de salud mental en los últimos 10 años en Reino Unido y en los Países Bajos. Ambos países producen sus propias guías y también elaboran materiales de apoyo para su implementación dentro de sus sistemas de salud. Sin embargo, ambos coinciden en detectar problemas metodológicos en el proceso de desarrollo de las guías, por ejemplo sesgos en la manera de incluir las evidencias en las guías y dificultades en los sistemas de actualización de las recomendaciones. Concretamente en los países Bajos se cuestiona la falta de rigor metodológico en el proceso de elaboración, que repercute sobre la calidad y se resaltan las deficiencias en las estrategias de difusión y aplicación de las mismas. Por otra parte, destacan que la rigurosidad metodológica y la participación de los usuarios en los procesos de desarrollo e implantación son desafíos actuales que mejorarían la calidad y eficacia real de las mismas.

En esta misma línea, los estudios que revisan la adherencia de los profesionales a las recomendaciones y el grado de aplicación de las mismas en la práctica cotidiana, destacan que la incorporación de las prácticas basadas en la evidencia es baja y que aún existen importantes barreras para su aplicación. Además, aún hay una carencia de conocimientos acerca de los efectos de la aplicación de las guías a largo plazo y sobre cuáles son las mejores manera de aplicarlas para obtener los máximos beneficios (Barbui et al., 2014).

El reto actual para las administraciones es introducir planes o programas sistematizados de evaluación de la viabilidad y la puesta en marcha de programas sistema implementación que tengan en cuenta tanto las necesidades de formación de los profesionales como la necesidad de que los gestores y políticos asuman responsabilidades en el apoyo a la implantación de las prácticas basadas en al evidencia en sus sistemas de salud (Bauer, 2002; van Dijk et al., 2015; Sandstrom, William, Svensson & Borglin, 2014; Rebergen et al., 2006). Por otra parte, se advierte sobre el despilfarro de recursos humanos y económicos que implica la baja aplicación de las guías que se producen (Bird et al., 2014).

## ***Conclusión***

A lo largo de este capítulo queda reflejada la tendencia actual en la producción y aplicación de guías clínicas como un modo de unificar criterios para la atención a los pacientes y como un medio para favorecer la introducción de tratamientos basados en el evidencia en los sistemas de salud. También se observa que mas allá de su utilidad estrictamente clínica, estas herramientas pueden ayudar a la organización de la atención y mejorar el acceso a tratamientos de mayor calidad. Sin embargo, en base a la literatura recogida, se observa que existe un interés importante en la producción de este tipo de herramientas por parte de distintos organismos y sistemas, pero poca atención a la calidad y rigor metodológico en el proceso de desarrollo de las mismas. Junto con esto, resulta preocupante el hecho de que esta producción, en la mayoría de los casos, no se acompaña de acciones o estrategias que favorezcan la aplicación efectiva de las recomendaciones disponibles. En el último capítulo de esta tesis nos centraremos en este problema de vigencia actual.

## Capítulo 5

# El problema de la implementación de las evidencias

En el capítulo anterior ha quedado plasmado que se produce una enorme cantidad de publicaciones y progresos científicos y tecnológicos, que generan rápidos avances en el campo de la salud en general. Sin embargo, el traslado de estas innovaciones al ámbito de la práctica cotidiana es más lento o incluso, nunca llega a concretarse. Aún existe una importante brecha entre la cantidad de material y recomendaciones que se publican y los recursos que realmente se utilizan. Para que se produzca el trasvase desde los avances científicos y técnicos a la práctica, es necesario que se lleven a cabo acciones específicas y bien diseñadas que promuevan la adhesión por parte de los profesionales. Esto es un desafío actual y una tarea pendiente en numerosos sistemas de salud. En este último capítulo, nos centraremos en la definición del concepto de implementación y en los principales elementos que influyen en este proceso. Tanto las barreras que dificultan la introducción de las innovaciones en la práctica, como las estrategias que se utilizan para contrarrestarlas.

## 5.1. Definición conceptual

### *Relevancia actual del tema*

El IOM (*Institute of Medicine*, 2011) pone de manifiesto que una de las preocupaciones más recientes con respecto a las Guías de Práctica Clínica, es el problema de su implantación. La sola existencia de guías, materiales o procedimientos de buena calidad, no garantiza su uso en la práctica cotidiana, y por lo tanto no garantiza que llegue a los destinatarios finales, es decir, a los usuarios o pacientes. Esta situación se acentúa en el ámbito de la salud mental, donde coexisten importantes resistencias por parte de los profesionales, junto con otras dificultades derivadas de las propias características de las guías, de la organización de la atención, de la complejidad de los casos y tipos de problemas que se abordan y de las características de los propios usuarios (Baker et al., 2008; Kazdin, 2008; Duncan & Reese, 2013).

En este sentido, algunos autores inciden en la responsabilidad que implica la puesta en marcha de acciones para la implementación, principalmente en aquellos organismos que producen sus propias guías (Flodgren, Eccles, Grimshaw, Leng & Shepperd, 2013; Gagliardi, Brouwers, Palda, Lemieux-Charles & Grimshaw, 2011). Ya que el hecho de no ocuparse de la aplicación de las recomendaciones, genera el derroche de los recursos utilizados en su desarrollo (Bird et al., 2014).

### *Concepto de implementación*

Grol, Wensing, Bosch, Hulscher y Eccles (2013) mencionan que la implementación es un proceso sistemático y planificado que permite la introducción de innovaciones o cambios, con el objetivo de que estas ocupen un lugar estructural en las prácticas profesionales, en el funcionamiento de las organizaciones o en la estructura de la atención sanitaria. Esta definición pone en evidencia la complejidad de este proceso y la necesidad de que las

innovaciones pasen a formar parte de las rutinas, procedimientos y funcionamiento dentro de una determinada organización o servicio. Sin embargo, el mero conocimiento o difusión de un nuevo material o guía no provoca estas transformaciones estructurales.

El proceso de implementación puede dirigirse a favorecer la introducción de distintos tipos de innovaciones. Por ejemplo, ayudar a aplicar guías clínicas basadas en la evidencia, utilizar nuevos procedimientos de evaluación, cribado, nuevas metodologías, programas asistenciales o preventivos, o a la introducción de protocolos o procesos asistenciales. También pueden dirigirse a eliminar prácticas inadecuadas o poco seguras.

Según estos mismos autores, la definición conceptual de este término puede ser compleja, ya que actualmente distintos países y autores, adoptan terminologías diferentes para referirse a este elemento. En este sentido, se utilizan términos tales como diseminación, difusión, adopción, transferencia de conocimientos o innovaciones de atención. Todos ellos son similares entre sí, aunque existen algunos matices que los distinguen y, según el país de referencia o el contexto, se aplican unos términos en lugar de otros. Por ejemplo, el uso de transferencia del conocimiento o innovaciones de atención suele ser más utilizado en el contexto de las enfermedades crónicas o en el ámbito de la salud mental en los países bajos.

A continuación se presenta una relación de los distintos conceptos que suelen utilizarse asociados al de implementación. Los mismos han sido traducidos y adaptados de las definiciones propuestas por Davis y Taylor-Vaisey (1997).

**Adopción:** se refiere a la generación de normativas o sistemas que fomenten el compromiso de los profesionales para cambiar sus prácticas en la línea de las recomendaciones.

**Difusión:** se refiere a la distribución de información acerca de la existencia de una determinada guía o sobre su contenido general. Habitualmente se dirige a un público amplio, a través de medios masivos de comunicación , páginas web, encuentros o presentaciones oficiales de programas o planes nacionales o locales.

**Diseminación:** acciones de divulgación orientadas a un público mas específico, por ejemplo para los profesionales que aplicarían las guías. Con el objetivo de mejorar su conocimientos sobre las recomendaciones o sus habilidades para aplicarlas.

**Implementación:** son acciones mas complejas y activas que las anteriores y se orientan a la puesta en práctica de las guías. Implica la identificación de barreras y la aplicación de distintas estrategias administrativas, educativas y comunicativas para favorecer el cambio de las prácticas y mejorar la aplicación de las recomendaciones.

Pese a la existencia de múltiples definiciones, distintos autores reconocen que estas siguen siendo imprecisas, y refieren que la coexistencia de terminologías diversas dificultan la investigación y el desarrollo en este campo, por lo que plantean la necesidad de unificar criterios para la definición conceptual y para el desarrollo de modelos comprensivos de los procesos de implementación (Powell et al., 2015).

## 5.2.. Variables que influyen en el cambio de las prácticas

### *Barreras y facilitadores*

Uno de los problemas centrales para la implementación se relaciona con las variables asociadas al cambio de las prácticas. Es decir, aquellos factores, elementos o características que aumentan o disminuyen las posibilidades de que los profesionales, gestores o usuarios incorporen los nuevos conocimientos o tecnologías en su quehacer cotidiano. Los distintos autores que han estudiado estas variables, generalmente lo han hecho en términos de barreras o facilitadores de los cambios, que se traducen en una mayor o menor adhesión a las guías o recomendaciones.

En un estudio que explora los patrones de implementación de las guías en el sistema de salud del Reino Unido, Sheldon et al. (2004), analizan que la incorporación de las recomendaciones ha implicado cambios sustanciales en la estructura, organización, burocracias y acciones clínicas concretas. Mencionan que los cambios en las prácticas se ven facilitados cuando los profesionales y los distintos grupos interesados, perciben que las orientaciones tienen un claro apoyo científico o resultan ventajosas, y cuando existe acuerdo y apoyo desde los profesionales y gestores. En contraposición, cuando la aplicación de una determinada guía es compleja o requiere de la interacción entre distintos niveles y profesionales, o la toma de decisiones grupales, la aplicación es mas variable. Por otra parte, el grado de promoción activa que se lleve a cabo también puede influir sobre su aplicabilidad.

En esta línea, Rashidian, Eccles y Russell (2008), analizan las barreras que afectan a la aplicación de guías en el contexto de la atención primaria. Encuentran que las principales variables que influyen se relacionan con las características de las propias guías, por ejemplo, la credibilidad de las fuentes, la credibilidad de los contenidos de las mismas, las características de la presentación que se hace de la información. También consideran factores

relacionados con la organización, las características de la enfermedad o trastornos que aborda la guía y las estrategias de difusión que se apliquen.

Habitualmente los determinantes de una mejor o peor adhesión son producto de la interacción de múltiples componentes, que tiene lugar en distintos niveles. Estos factores están relacionados con las características de los pacientes, la organización, los equipo de trabajo, el sistema de atención, entre otros (Grol & Grimshaw, 2003). Para planificar acciones de implementación es fundamental el conocimiento de los elementos que obstaculizan el desarrollo de las prácticas mas efectivas. En consonancia con los aportes anteriormente citados, Grol y Wensing, (2013) identifican los siguientes elementos que pueden facilitar (u obstaculizar) el cambio:

#### Las innovaciones en sí mismas

La recomendaciones o guía basadas en la mejor evidencia disponible, formuladas de manera adecuada, con información creíble, y adaptada a las necesidades de la práctica clínica y acorde a las normas y valores del grupo al que se dirigen, pueden facilitar su aplicación.

#### El grupo de profesionales o usuarios de las guías o innovaciones

Los conocimientos, herramientas, habilidades, opiniones, valores, rutinas personalidad, pueden facilitar u obstaculizar la implementación.

#### Los pacientes

Sus actitudes, comportamientos, conocimientos, necesidades o preferencias pueden estimular o dificultar la implementación.

### El contexto social e inmediato de la práctica

Se refiere a la actitud de los colegas, la cultura de trabajo o clima institucional, la opinión de líderes o referentes locales, o el estilo de liderazgo puede influir.

### El contexto organizativo, económico y administrativo

Este puede reforzar o disminuir el poder de la innovación que se quiere introducir.

### Los métodos o estrategias de implementación y diseminación que se aplican

Estos pueden tener mayor o menor efecto, o provocar una mayor o menor intensidad y duración de los cambios.

Las distintas estrategias se diseñan teniendo en cuenta estos elementos claves, pero en términos generales, todas ellas están orientadas a disminuir o eliminar estas barreras para el cambio y a favorecer una adhesión efectiva a las nuevas recomendaciones. De este modo, la implementación requiere de la implicación de diversos actores que juegan distintos papeles en este proceso, como usuarios, políticos, gestores, profesionales... También requiere de acciones en distintos niveles y que abarquen diferentes aspectos tales como los económicos, organizacionales, estructurales, entre otros.

### 5.3. Modelos de implementación

Siguiendo los planteamientos de Grol et al. (2013) se considera que los diferentes modelos provienen de la participación de diversas disciplinas y campos. Estos han contribuido al desarrollo de marcos conceptuales sobre la implementación. Por ejemplo, los aportes provenientes del área de los profesionales de la salud, han orientado el desarrollo de estrategias centradas en la formación continua y la generación de consensos de expertos para incorporar nuevas prácticas. Los investigadores del ámbito de la atención sanitaria, han contribuido a medir la calidad de las guías o el funcionamiento de los servicios y al desarrollo de mapas de asistencia y políticas sanitarias. Los expertos del mundo de la gestión, aportan conocimientos sobre los sistemas más eficientes de organización de la atención o servicios. El área de la economía sanitaria, aporta información sobre el uso de incentivos, tasas, control y estimación de costes. Por último, la perspectiva de los usuarios o pacientes, ha implicado la incorporación de cuestiones éticas y de derechos, mostrando la importancia de su participación en la toma de decisiones sobre su propia salud. Esta última representa una tendencia que recientemente ha comenzado a cobrar una mayor relevancia en el ámbito de la investigación.

Además de las distintas disciplinas que aportan conocimientos útiles y de carácter aplicado para el diseño de acciones de implementación, se encuentran diferentes enfoques teóricos, que aportan elementos fundamentales para la comprensión de los procesos de cambio de las prácticas y sobre los elementos que intervienen en ellos. Desde esta perspectiva el Grupo de trabajo sobre implementación de GPC del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) presenta una clasificación de las distintas teorías según el énfasis que éstas hacen en los siguientes aspectos:

- **Individuales** (de los pacientes o profesionales): se refiere a los mecanismos que influyen en la toma de decisiones, como habilidades, actitudes o motivación. Dentro de estas se encuentran modelos cognitivos, educacionales, actitudinales y motivacionales.
  
- **Contexto e interacción social:** se relaciona con la influencia que ejercen personas claves, líderes de opinión, redes sociales, factores culturales. Dentro de estas se encuentran los modelos de aprendizaje social, liderazgo, redes e influencia social y participación del paciente.
  
- **Contexto organizativo y económico:** se refiere a la influencia que ejercen los aspectos estructurales, administrativos, económicos y de organización. Aquí se encuentran modelos centrados en la innovación de la organización, gestión de la calidad, complejidad, aprendizaje organizacional (relacionado con los sistemas de educación continuada) y los modelos de la disciplina económica.

Algunos de los autores de referencia en torno a los enfoques de implementación en el ámbito de la salud mental son Powell, Proctor y Glass (2012). Según estos autores, los modelos conceptuales pueden usarse para explicar las relaciones hipotéticas entre las variables que podrían funcionar como moderadores o mediadoras de los resultados de la implementación. Informan que es importante la aplicación de múltiples estrategias para lograr distintos tipos de resultados. De este modo, consideran que los resultados del proceso de implementación pueden observarse a través de distintos indicadores y en diferentes niveles, por ejemplo, en un mayor o menor grado de aceptabilidad de las guías o sostenibilidad de los cambios, en mayores o menores costes o grados de eficiencia o seguridad de las intervenciones. Los resultados, también pueden repercutir en los pacientes, influyendo en la reducción de los síntomas, en la mejora de la calidad de vida, o en la satisfacción con los servicios recibidos.

En las distintas investigaciones sobre el tema, las estrategias de implementación son los elementos claves que pueden ser manipulados para conseguir distintos tipos de resultados. Por este motivo en el siguiente apartado se presenta una síntesis de las estrategias más relevantes en el campo de la salud y, puntualmente, en el ámbito de la salud mental.

#### **5.4. Clasificación de estrategias de implementación**

Los aportes teóricos y conceptuales presentados, han dado lugar al desarrollo de distintos tipos de estrategias de implementación. La existencia de múltiples intervenciones de este tipo, ha dado lugar a que algunos autores y grupo de investigación elaboren taxonomías y sistemas de clasificación para ordenarlas y agruparlas siguiendo criterios que ayuden a su aplicación en la práctica o en la investigación.

En este sentido, uno de los sistemas de mayor relevancia en la revisión sistemática de las evidencias científicas lo constituye el Cochrane. Dentro de esta red internacional se encuentra el grupo de colaboración EPOC -*Effective Practice and Organization of Care*- que desarrolla revisiones sistemáticas sobre los distintos tipos de intervenciones que se llevan a cabo para mejorar la práctica profesional y la organización de los servicios. Ofrece además, una base de datos con numerosos estudios sobre la eficacia de distintas intervenciones y estrategias. Por otra parte, ha desarrollado una de las taxonomías más utilizadas para la clasificación de estrategias de implementación (EPOC, 2002, 2011; Mazza et al., 2013).

Este sistema de clasificación resume las estrategias de implementación en 5 categorías principales y otras subcategorías. A continuación se presenta una traducción y adaptación de aquellas que consideramos más relevantes para este trabajo.

## 1. Estrategias dirigidas a los profesionales

Dentro de ellas se encuentran:

- Distribución de material educativo
- Encuentros educativos
- Procesos de consenso local
- Visitas con fines educativos
- Uso de líderes de opinión local
- Auditorías y *feedback*
- Sistemas de recordatorios (habitualmente con sistemas informáticos y aplicaciones para móviles)
- Acciones dirigidas a grupos focalizados
- Uso de medios masivos de comunicación

## 2. Estrategias financieras

Por ejemplo, uso de incentivos, tasas, penalizaciones, etc. Dentro de estas también se definen algunas intervenciones financieras dirigidas a los usuarios como el pago de tasas, co pago, premios, penalizaciones, etc.

## 3. Estrategias Organizativas

Se dividen en aquellas dirigidas a los proveedores de servicios y las dirigidas a los usuarios.

a) Dirigidas a los proveedores:

- Conformación de equipos multidisciplinarios
- Sistemas de integración formal de los servicios, por ejemplo el desarrollo de vías de atención, procesos asistenciales o *pathways*.
- Sistemas para garantizar la continuidad de la atención: p.e. sistemas de seguimiento o manejo de los casos

b) Dirigidas a los usuarios:

- Gestión de medicamentos por mail
- Presencia de mecanismos eficientes para recoger quejas y sugerencias
- Participación de los usuarios en la planificación y organización de servicios

#### 4. Estrategias estructurales

- Cambios en el contexto de prestación de los servicios
- Cambios en la infraestructura física, equipamiento, tecnologías, etc.
- Cambios en sistemas de registros
- Presencia de mecanismos para evaluar y monitorizar la calidad

#### 5. Estrategias reguladoras

Relacionadas con la modificación de normas o leyes para mejorar los servicios. Por ejemplo: cambios en responsabilidades medicas, gestión de las reclamaciones de pacientes, regulación de habilitaciones o licencias profesionales.

Destaca el hecho de que a pesar de que actualmente se reconoce que los usuarios pueden tener un papel muy importante en los procesos de implantación de las guías clínicas, se mencionan muy pocas acciones dirigidas a ellos. Las estrategias más utilizadas y más estudiadas en la literatura, son las dirigidas a los profesionales y a la organización. En esta línea, las estrategias que han mostrado mayor eficacia, son aquellas de carácter más complejas, que emplean diferentes tipos de acciones orientadas a distintos niveles y destinatarios, ya que se dirigen a disminuir el impacto de múltiples tipos de barreras (Mazza et al., 2013). Por lo cual, el efecto aislado de cada una de ellas no es tan potente como la influencia de la combinación sistemática y organizada de múltiples intervenciones contenidas en un plan de implementación bien diseñado.

## 5.5. Estrategias de implementación en el ámbito de la salud mental

Los estudios relacionados con modelos o estrategias de implementación son limitados. Hay pocas investigaciones formales o sistemáticas acerca de la aplicación de las guías en general, y menos aún, dirigidas a profundizar en el conocimiento de los procesos de implementación de guías clínicas en el ámbito de la salud mental (Brussamento et al., 2012; Legido et al., 2012; Powell, 2014, 2015). Se considera que la investigación sobre implementación en el campo de la salud mental es un terreno poco explorado y de potencial interés en la actualidad. En este sentido, uno de los equipos de investigación que ha publicado trabajos específicos en este área, es el liderado por Powell. Uno de sus estudios (Powell et al. 2012) recopila y clasifica una serie de estrategias de implementación utilizadas tanto en el ámbito de la salud en general, como en salud mental. El objetivo se centra en la reorganización y la presentación de nuevas categorías de análisis, tomando como punto de partida la taxonomía del grupo EPOC. Incluye 68 estrategias y las agrupa en 6 procesos clave de implementación donde se incluyen los siguientes, ordenados desde los más estudiados y aplicados a los menos abordados en la literatura:

- Planificación
- Educación
- Evaluación y monitorización de la calidad
- Financiación
- Estructurales
- Contexto político

Coinciden en gran medida con la taxonomía propuesta por el grupo EPOC, aunque dentro de las subcategorías y definiciones pueden encontrarse algunas diferencias.

En otro estudio, este mismo autor, se centra de manera más específica en el terreno de la salud mental (Powell et al., 2014). Presenta una revisión sistemática de estudios sobre la eficacia de distintas estrategias de implementación en este

ámbito. Incluye 11 estudios; 8 de ellos se relacionan con la implementación de intervenciones en población infanto juvenil y en distintos contextos, como el escolar, centros de día, servicios de salud mental comunitarios. Los otros 3, se focalizan en la intervención en población adulta, en contextos de servicios más especializados, hospitales o clínicas psiquiátricas. Los principales resultados muestran que uno de los elementos que mejoran la eficacia de la implementación, es el hecho de que las acciones (por ejemplo las de tipo educativas) sean activas. Es decir, que promuevan la participación de los implicados. Otro elemento que influye en la aplicabilidad de las guías, son sus características internas y formato de presentación. También consideran que las estrategias multifacéticas son más eficaces que aquellas que se presentan de manera aislada o se dirigen solo a un nivel o destinatario. Destacan la importancia de que se identifiquen las barreras específicas de cada contexto para adaptar las acciones a cada realidad. En líneas generales, se plantea la necesidad de que se investigue más en esta línea, debido a la escasez de investigaciones en este campo y a la baja calidad y rigurosidad metodológica en los estudios analizados.

## **5.6. Manuales y recursos de implementación**

Estas estrategias se ponen en práctica con mayor o menor grado de sistematización y con mayores o menores beneficios, en distintos sistemas sanitarios. Teniendo en cuenta el importante papel que desempeña la puesta en práctica de las recomendaciones, es adecuado pensar que este proceso debería formar parte del mismo proceso de desarrollo de las guías clínicas. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, existe evidencia de que los mismos organismos que producen las GPC no se ocupan de su implantación. A pesar de ello, es posible encontrar algunos sistemas de salud, productores de guías, que publican manuales donde se describe el proceso de desarrollo de las guías, los procesos de implementación y otros materiales relacionados con ellas.

Con la finalidad de conocer un poco más acerca de estos materiales, se ha llevado a cabo una revisión de los distintos manuales publicados por organismos públicos de referencia. Tras esta exploración, encontramos que existe variabilidad en el abordaje que se hace sobre el tema de la implementación en cada uno de ellos. Principalmente, en cuanto a la extensión y profundidad con que se aborda esta cuestión. En este sentido, algunos sistemas publican manuales sobre la metodología de desarrollo de las guías y en ellos incluyen algún apartado sobre cuestiones relacionadas con la implementación. Por ejemplo, algunos dedican 4 o 10 páginas a desarrollar estos temas. Mientras que otros sistemas, además, publican manuales o guías dedicadas exclusivamente a esta cuestión. En este último caso, el objetivo principal suele ser el de ofrecer información para facilitar el diseño de planes de implementación. Con respecto al contenido, todos los manuales detectados mencionan, en mayor o menor extensión, la importancia de la identificación de las barreras de implementación y presentan una relación de las distintas estrategias disponibles para afrontarlas. En la Tabla 1 se presenta un síntesis de los elementos más importantes de los distintos manuales examinados.

**Tabla 1**

*Relación y análisis de manuales de implementación y de desarrollo de GPC de distintos sistemas de salud*

<b>Sistema de salud</b>	<b>Nombre del material</b>	<b>Tipo / Extensión/páginas dedicadas a implementación</b>	<b>Contenido</b>
<b>Australia</b>	<i>How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. Handbook series (2000)</i>	Manual de implementación 103 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptos generales</li> <li>- Barreras</li> <li>- Explicación de cada tipo de estrategia y eficacia</li> <li>- Costes de implementación</li> <li>- Evaluación del proceso</li> </ul>
<b>Canadá</b>	<i>Handbook on Clinical Practice Guidelines (2007)</i>	Manual de metodología de desarrollo de GPC 41 p Capítulo; 10 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptos generales</li> <li>- Identificación de barreras</li> <li>- Estrategias</li> <li>- Desarrollo de plan de implementación</li> </ul>
<b>Escocia</b>	<i>SIGN 50: A guideline developer's handbook (2014)</i>	Manual de metodología de desarrollo de GPC. 62 p. Capítulo: 4 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disseminación de las guías</li> <li>- Barreras : internas y externas</li> <li>- Estrategias y elaboración de recursos</li> </ul>

<b>España</b>	Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico (2009)	Manual de implementación 114 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptos generales</li> <li>- Barreras</li> <li>- Estrategia y eficacia</li> <li>- Desarrollo de plan y evaluación del proceso</li> </ul>
<b>Nueva Zelanda</b>	<i>Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines</i> (2001)	Manual de metodología de desarrollo de GPC. 157 p. Capítulo; 10 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseminación y niveles de implementación</li> <li>- Barreras : de las propias guías, del contexto organizativo y las actitudes profesionales.</li> <li>- Estrategias y eficacia de cada una de ellas.</li> </ul>
<b>Reino Unido</b>	<i>Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods guides</i> (2014)	Manual de metodología de desarrollo de GPC 247 p. Capítulo: 4 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación general de los recursos desarrollados para apoyar la implementación de cada guía, p.e. plantillas para estimar costes.</li> </ul>
	<i>Into practice guide</i> (2013)	Guía de implementación 48 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirigido a gestores</li> <li>- Beneficios de la aplicación de cada guía</li> <li>- Recursos que son necesarios para la aplicación</li> <li>- Uso de estándares de calidad para evaluar la aplicación</li> <li>- Identificación de barreras</li> </ul>
	<i>How to change practice. Understanding, identify and overcome barriers to change</i> (2007)	Guía práctica de implementación 48 p.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirigido a profesionales sanitarios</li> <li>- Identificar barreras: Profesionales (motivación, creencias, habilidades..) y externas (entorno financiero y político)</li> <li>- Técnicas para identificar barreras</li> <li>-Estrategias para disminuir barreras.</li> </ul>

Como puede observarse en la síntesis de la información, todos los manuales analizados, ofrecen información teórica sobre distintos aspectos de la implementación, y resaltan como elemento clave el tema de las barreras y estrategias de implementación.

En líneas generales, los manuales específicos de implementación (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009; *National Health and Medical Research Council*, 2000; NICE, 2007, 2013) ofrecen también información de carácter más práctico, con el objeto de orientar el diseño y evaluación de planes

para la puesta en marcha o la aplicación de estrategias y acciones más específicas. Todos ellos resaltan la importancia de una evaluación exhaustiva de las barreras propias de cada contexto y en distintos niveles y, aunque esta últimas se presentan organizadas o clasificadas de distinta manera, todas ellas coinciden en mayor o menor medida en su contenido.

También queda reflejado que uno de los sistemas mas avanzados en este sentido es el NICE, que cuenta con manuales sobre la metodología de desarrollo de las GPC, y además, ofrece guías de carácter mas aplicado sobre la implementación de las mismas, junto con información sobre los recursos que produce para apoyar este proceso. Por otra parte, es el único organismo que incluye contenidos sobre la evaluación nivel local de los costes que supone la puesta en marcha de las recomendaciones y de los recursos e infraestructura necesarios para un adecuado funcionamiento..

## ***Conclusión***

Teniendo en cuenta la información desarrollada en este capítulo, podemos considerar que la aplicación de las guías, innovaciones o recomendaciones en el terreno real de trabajo, no es una cuestión de decisiones individuales de los profesionales. Sino mas bien, una cuestión de planificación y organización de los servicios. La implementación es un elemento clave para introducir procedimientos, tratamientos o modelos de abordajes más eficientes y más seguros para los usuarios. Pese al importante papel que desempeña, aún son escasos los sistemas de salud que incorporan este tipo de estrategias, y como hemos reflejado, también existen limitaciones en la investigación en esta línea.

A lo largo de los estudios que componen esta Tesis se explorarán las barreras de implementación que se encuentran en contextos asistenciales reales, y se profundizará en el conocimiento de los procesos y recursos de implementación que se usan para favorecer la aplicación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental.

# Bloque II

## METODOLOGÍA



# Introducción al bloque II

## Capítulo 6

### Presentación de los estudios que componen la Tesis Doctoral

#### **6.1. Fundamentación general de los estudios**

Tal y como se ha reflejado en los capítulos teóricos, nos encontramos en un momento de transformación de los sistemas sanitarios y de intento de mejora de los servicios de salud mental. En este contexto, se proponen nuevos modelos de abordaje centrados en la introducción de la atención psicológica en el primer nivel de atención. Junto con esto, desde hace algunos años se está adoptando el modelo de la medicina basada en la evidencia y de la atención sanitaria basada en evidencias en el ámbito de la salud mental en la mayoría de los países. En este sentido, ha habido importantes avances en el desarrollo de tratamientos y guías de práctica clínica aplicables a diversos tipos de trastornos, incluyendo problemas menores y trastornos comunes. Sin embargo, se han puesto de manifiesto las

limitaciones encontradas en los procesos de desarrollo de las guías, que afectan a su calidad y a la confianza en las mismas. Además, se advierte que uno de los problemas mas preocupantes en la actualidad, son las importantes deficiencias en la implementación tanto de modelos eficaces de atención para estos trastornos, como para la implantación de las evidencias e innovaciones en los contextos reales de trabajo. Esta situación repercute sobre el tipo de atención, mas tradicional, que se continua ofreciendo en los servicios a pesar de los avances científicos y técnicos. Estos déficits de implementación impactan de manera significativa sobre los destinatarios finales de la prestación sanitaria, ya que disminuyen las posibilidades de acceso a los tratamientos mas seguros y de mayor calidad para los usuarios. Es por ello que centraremos nuestra atención en estos últimos aspectos, como eje central para el planteamiento de nuestros estudios.

A continuación se exponen los objetivos de esta Tesis Doctoral y el diseño general de los estudios propuestos para alcanzarlos. En la Tabla 2, se presenta una síntesis de estos elementos y de la producción científica derivada de este trabajo.

## **6.2. Objetivos generales e hipótesis de partida**

### ***Objetivos generales***

1. Revisar el estado actual de las investigaciones sobre modelos de abordaje de problemas comunes de salud mental e identificar tendencias y recomendaciones a nivel nacional e internacional.
2. Evaluar y analizar las principales características, componentes y estrategias empleadas para el tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria a nivel local.
3. Profundizar en el conocimiento de la aplicación de la metodología basada en la evidencia y el desarrollo de GPC en el campo de la salud mental.

4. Analizar las características, componentes y resultados de las estrategias de implementación de GPC de trastornos comunes de salud mental en sistemas sanitarios de referencia.

Para alcanzar los objetivos generales propuestos se diseñan tres estudios interrelacionados.

**Estudio 1:** El primer estudio pretende profundizar en el conocimiento del abordaje que se lleva a cabo para el tratamiento de problemas comunes de salud mental en un contexto real, como los centros de atención primaria de la salud de Córdoba, con la finalidad de analizar cómo se articulan e implementan los tratamientos, guías de práctica clínica y procesos asistenciales disponibles en este sistema sanitario. Partimos de la hipótesis general de que existen múltiples barreras en el contexto real (internas, estructurales y organizativas) que dificultan la aplicación efectiva de las recomendaciones (internacionales, nacionales y autonómicas).

**Estudio 2:** El segundo estudio pretende identificar y sintetizar elementos claves de las estrategias de implementación de GPC para trastornos comunes de salud mental que se están utilizando en sistemas de referencia, como el británico. Con el fin de aportar alternativas que podrían ser aplicables a distintos contextos sanitarios. Partimos de la hipótesis general de que los sistemas mas avanzados utilizan planes y estrategias sistematizadas de implementación y diseñan recursos y materiales de apoyo para la puesta en práctica de las recomendaciones.

**Estudio 3:** El último estudio se encuentra en consonancia directa con el anterior, y tiene el objetivo de profundizar en el conocimiento del papel que desempeñan los usuarios en las estrategias de implementación de GPC para el tratamiento de trastornos comunes de salud mental. Partimos de la hipótesis general de que los sistemas mas avanzados involucran a los usuarios en los procesos de implementación de recomendaciones a través de múltiples estrategias.

### 6.3. Procedimiento general

Para llevar a cabo el estudio 1 se planteó un diseño *ex post-facto* retrospectivo. Debido a la ausencia de instrumentos específicos para la recogida de información sobre la atención a trastornos comunes de salud mental en atención primaria, se elaboró un cuestionario *ad-hoc*, que fue aplicado a los médicos de familia de los centros de atención primaria de Córdoba. De este modo, se obtuvo información clave que fue analizada estadísticamente e interpretada en base a una revisión exhaustiva de la literatura sobre el tema. Como producto de este primer estudio se publicaron los siguientes artículos.

1. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35 (4), 315-328.
2. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2013). Los problemas de salud mental en Atención Primaria. Un análisis de la demanda y de la percepción de los médicos de familia. *Infocoponline - Revista de Psicología*.

Para el desarrollo de los estudios 2 y 3 se utilizó la metodología de Revisión Sistemática, siguiendo criterios claves del modelo PRISMA -*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*- (Urrutia & Bonfil, 2010), que permitieron sistematizar la identificación, selección y evaluación de los diversos recursos de implementación. Los elementos identificados se analizaron de manera cuantitativa y cualitativa y se interpretaron a la luz de un marco conceptual comprensivo sobre las estrategias de implementación. Como producto de estos estudios se elaboraron los siguientes artículos científicos.

3. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). Estrategias para la implementación de guías clínicas de Trastornos Comunes de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. (en prensa).
4. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). La participación de los usuarios en la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental: Revisión y compilación de estrategias y recursos (en revisión).

**Tabla 2***Síntesis de objetivos, hipótesis y estudios que componen la Tesis Doctoral*

Estudio	Objetivo general	Hipótesis de partida	Producción científica
<b>Estudio 1</b>	1. Revisar el estado actual de las investigaciones sobre modelos de abordaje de problemas comunes de salud mental e identificar tendencias y recomendaciones a nivel nacional e internacional.	Existencia de múltiples barreras (internas, estructurales y organizativas) que dificultan la aplicación efectiva de las recomendaciones.	1. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. <i>Salud Mental</i> , 35 (4), 315-328.
	2. Evaluar y analizar las principales características, componentes y estrategias empleadas para el tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria a nivel local.		2. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2013). Los problemas de salud mental en Atención Primaria. Un análisis de la demanda y de la percepción de los médicos de familia. <i>Infocoponline-Revista de Psicología</i> .
<b>Estudio 2</b>	3. Profundizar en el conocimiento de la aplicación de la metodología basada en la evidencia y el desarrollo de GPC en el campo de la salud mental.	Los sistemas mas avanzados utilizan planes y estrategias sistematizadas de implementación y diseñan recursos y materiales específicos para este fin.	3. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). Estrategias para la implementación de guías clínicas de Trastornos Comunes de Salud Mental. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> (en prensa).
<b>Estudio 3</b>	4. Analizar las características, componentes y resultados de las estrategias de implementación de GPC de trastornos comunes de salud mental en sistemas sanitarios de referencia.	Los sistemas mas avanzados involucran a los usuarios en los procesos de implementación de recomendaciones a través de múltiples estrategias.	4. Moreno, E., y Moriana, J.A. (2015). La participación de los usuarios en la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental: Revisión y compilación de estrategias y recursos. (en revisión)



# **Estudios que componen la Tesis Doctoral**



## **Capítulo 7**

### **Estudio 1**

# **Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria**

## 7.1 Fundamentación

Los problemas de salud mental son frecuentes en el ámbito de la atención primaria, y tienen un elevado impacto en la carga y costes sanitarios en este nivel. Por este motivo, distintos países han introducido reestructuraciones significativas, con el fin de integrar el abordaje de los trastornos comunes en este nivel asistencial.

Una de las tendencias actuales más importantes que se está desarrollando a nivel mundial en sistemas avanzados, es la descentralización e integración de tratamientos eficaces para problemas psicológicos, emocionales y comunes de salud mental en los servicios de atención primaria.

Existen diversas iniciativas y experiencias en distintos países que aplican estrategias de integración y constituyen modelos de buenas prácticas. En este sentido, sistemas como los de Chile, Brasil, Inglaterra o Australia, han demostrado que es posible la incorporación de servicios de salud mental en atención primaria. Uno de los modelos de atención más extendidos es el de cooperación entre niveles, donde los médicos de familia canalizan y/o intervienen sobre ellos, con el apoyo de profesionales especializados del segundo nivel de atención. Distintos estudios indican que en España, la implementación de estas tendencias presenta diversas dificultades y limitaciones. En líneas generales, se considera que pese a los esfuerzos, aún existe un limitado acceso a tratamientos adecuados para los problemas de salud mental en muchos sistemas de diversos países.

Por otro lado, numerosos informes señalan que las investigaciones orientadas a evaluar estas políticas y estrategias son escasas y presentan importantes limitaciones. Todo esto justifica la necesidad de desarrollar investigaciones sistemáticas destinadas a evaluar las características de la realidad asistencial de los problemas de salud mental en distintos contextos.

## 7.2. Objetivos e hipótesis

### *Objetivo general*

Explorar las características de los tratamientos administrados y el nivel de formación de los médicos de familia para el abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria, valorar la calidad de las intervenciones y el grado de implementación de las principales estrategias y recomendaciones nacionales, internacionales y locales.

### *Objetivos específicos*

- Conocer las principales características, incidencia y prevalencia de problemas psicológicos y de salud mental en los usuarios de los centros de atención primaria de la salud de Córdoba.
- Indagar acerca de las estrategias y técnicas de abordaje de los problemas psicológicos o de salud mental empleados por médicos de familia en atención primaria.
- Analizar la realidad asistencial de los servicios de atención primaria para el abordaje de problemas psicológicos y de salud mental, desde el punto de vista de los médicos de familia.
- Conocer la opinión de los médicos de familia sobre la inserción de profesionales de la psicología en el ámbito de atención primaria de la salud o de otras propuestas que mejoren la atención al usuario.
- Analizar el grado de implementación y desarrollo de los principales planes y estrategias de salud mental establecidos a nivel nacional y local -Estrategia en Salud Mental 2007, y II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía- PISMA (Valmisa et al., 2008).

- En función de los resultados, aportar sugerencias y alternativas de mejora para aumentar la calidad de la atención pública sanitaria de los problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria.

### ***Hipótesis***

- Los problemas “menores” de salud mental (como la presencia de síntomas inespecíficos o los problemas psicosociales) son altamente frecuentes en las consultas de atención primaria, y presentan una prevalencia superior a los trastornos de salud mental tipificados.
- Los problemas de salud mental en general, ocupan gran parte del tiempo de consulta de los médicos de familia.
- La prescripción de psicofármacos en atención primaria es mas elevada que el ofrecimiento de otro tipo de opciones terapéuticas (por ejemplo psicoeducativas) .
- La formación en el puesto de trabajo aumenta la percepción de autoeficacia en la atención de problemas de salud mental: tales como la percepción de autoeficacia relacionada con el diagnóstico y tratamiento, la contención a los pacientes y la percepción de satisfacción de lo usuarios

### **7.3. Participantes**

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 77 médicos de familia de los centros de salud de la ciudad de Córdoba. Estos representan el 50% del universo total de médicos de familia que trabajan en los CAPS (154 facultativos). El instrumento se aplicó en 12 de los 13 centros de la ciudad pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz.

#### 7.4. Instrumento

Se elaboró un autoinforme tipo encuesta *ad-hoc* autoadministrada, que se adjunta en el Anexo 1.

Para la construcción de este instrumento se tomaron como base algunos ítems e indicadores del *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS) versión 2.2 (2005). Este instrumento consta de 6 secciones y permite hacer evaluaciones de sistemas sanitarios a nivel nacional y regional. Para la elaboración del nuevo cuestionario se incluyeron los siguientes ítems del WHO-AIMS:

1. De la sección 3 “**Salud mental en atención primaria**”, se tomaron los siguientes indicadores que evalúan la “Atención primaria de la salud mental brindada por los médicos”:
  - Formación para la atención primaria de la salud mental
  - Vínculo con los servicios de salud mental
  - Fármacos psicotrópicos brindados por el médico de familia
  - Protocolos de evaluación y tratamiento en atención primaria
  - Interacción entre los médicos de atención primaria y los servicios de salud mental
  - Atención primaria de la salud mental brindada por personal no médico (enfermeras)
  
2. De la Sección 4 “**Recursos Humanos**”, se tomaron los indicadores relacionados con “Formación y actualización para profesionales en temas de salud mental”.
  
3. Finalmente, de la sección 6 “**Evaluación e Investigación**” se consideraron los indicadores que evalúan “Investigaciones sobre salud mental”.

Teniendo en cuenta las limitaciones del WHO-AIMS y las recomendaciones señaladas por Hamid et.al. (2008), que indican la necesidad de complementar la información recogida con análisis más específicos de cada realidad local. Se decidió usar como guía para la elaboración de los ítems de nuestro instrumento, algunos elementos de documentos claves (tales como, políticas de salud mental, planes y estrategias vigentes, informes de gastos sanitarios) para orientar el análisis de datos de tipo más descriptivos y cualitativos.

El cuestionario elaborado para este estudio (Anexo 1) consta de 35 ítems con opciones de respuesta dicotómica (Sí-No), escala de frecuencia, tipo likert y respuestas ipsativas que pueden ser contestadas en 15 minutos aproximadamente. Este instrumento evalúa de manera general la percepción de los médicos sobre el impacto y la demanda de los problemas psicológicos y de salud mental en los centros de atención primaria, y las características de las intervenciones que se realizan.

El cuestionario se divide en los siguientes 5 ejes:

1. **Características de los problemas de salud mental:** los ítems están orientados a evaluar la frecuencia de los problemas de salud mental en el centro de salud, los tipos de problemáticas, el perfil de usuarios y la demanda.
2. **Características de la intervención:** evalúa las características de las intervenciones médicas en relación a los problemas de salud mental, por ejemplo prescripción de psicofármacos, tiempo de consulta, utilización de guías/protocolos, interacción con los niveles especializados.
3. **Formación:** valora el nivel de formación de los médicos en temas relacionados con salud mental, tanto en sus estudios de grado y posgrado, como en la capacitación en su puesto de trabajo.
4. **Percepción de autoeficacia y satisfacción con la tarea:** valora la percepción subjetiva de los médicos respecto de la suficiencia de la formación específica recibida para abordar problemas de salud mental, la

percepción sobre los resultados obtenidos y el nivel de desgaste emocional.

5. **Valoración de cambios:** recoge la opinión de los médicos sobre las estrategias y acciones que contribuirían a mejorar la calidad de los servicios prestados en atención primaria para el abordaje de los problemas de salud mental, así como también su opinión a cerca de la necesidad de incorporación de la figura del psicólogo en los centros de salud.

## 7.5. Procedimiento

Se presenta el diseño de un estudio ex post-facto retrospectivo de grupo único (León y Montero, 2000) compuesto por las siguientes fases.

### *Fases del estudio*

**1ª Fase:** Revisión bibliográfica en bases de datos. Delimitación conceptual y definición en términos operativos.

**2ª Fase:** Gestión de la autorización para la realización del estudio con la participación de los médicos de familia de los centros de salud del Distrito Sanitario de Córdoba. Una vez obtenida la autorización, toma de contacto con el Comité de Investigación del Distrito a fin de obtener información sobre distribución de profesionales y centros, y datos de contacto de los directores de cada centro.

**3ª Fase:** Elaboración del cuestionario. Revisión del cuestionario por distintos expertos ajenos a la investigación y administración de prueba piloto con un médico de familia ajeno al estudio. Se valora su viabilidad y comprensión, y se resuelven críticas y/o sugerencias.

**4ª Fase:** Administración de los cuestionarios. Para llevar a cabo la recogida de información se desarrollaron distintas estrategias a fin de captar la mayor cantidad de respuestas posibles.

### ***Estrategias para la recogida de información***

**Estrategia 1:** toma de contacto inicial (por vía telefónica, correo postal y/o correo electrónico) con los Directores de cada Centro de Atención Primaria a fin de explicar los objetivos de la investigación y solicitar la colaboración de los médicos de familia. Se distribuyeron los cuestionarios en cinco centros distintos y se recogieron posteriormente. Con esta estrategia se logró una tasa de respuesta de 27, sobre 154 médicos de familia (un 17,5%), y con un tiempo de respuesta entre 10 y 45 días.

**Estrategia 2:** Previo contacto y autorización de los Directores de cada Centro de Atención Primaria, se concretaron reuniones de 20 minutos (tiempo necesario para rellenar la encuesta) con los médicos de familia de los 8 centros de salud restantes. De este modo se rellenaron de manera voluntaria los cuestionarios y se recogieron en la misma reunión. Con esta estrategia se logró una tasa de respuesta de 50, sobre un total de 154 médicos (32,4%).

En total respondieron a la encuesta 77 médicos de familia de un total de 154 (50%), y de manera voluntaria lo hicieron también 6 pediatras interesados en el planteamiento de la investigación.

**5ª Fase:** Posteriormente se volcaron los datos para su tabulación, procesamiento y análisis usando el programa estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 15.

**6ª Fase:** Elaboración de discusiones y conclusiones del estudio

**7ª Fase:** Redacción del informe de investigación y elaboración de artículo científico.

## **7.6. Resultados**

A continuación se muestran los resultados obtenidos a partir del análisis de la totalidad de ítems del cuestionario aplicado. Se presentan los resultados descriptivos de frecuencias, porcentajes, valores mínimos y máximos, medias y desviación típica; además de representaciones gráficas y tablas. Por otra parte, se desarrollan asociaciones entre variables según las hipótesis de partida y tablas de contingencia.

Con respecto a los datos aportados por los pediatras es importante considerar que este grupo se ofreció a responder al cuestionario motivados por su propio interés, conforman un grupo reducido ya que en proporción hay bastantes menos pediatras que médicos de familia. Además, como el cuestionario no fue diseñado para su perfil, algunas preguntas dejaron numerosos datos perdidos. Por este motivo se analizarán solo aquellos datos que puedan ser de interés en comparación con los datos del grupo de médicos de familia.

### **7.6.1. Características sociodemográficas básicas**

#### ***Edad***

La edad media del grupo de médicos de familia es de 50,9 años, con una desviación típica de 5,3 y un rango mínimo-máximo de 28 a 62 años de edad.

#### ***Sexo***

La distribución por sexo refleja cierta homogeneidad, con una presencia de 42 hombres (54,5%) y 35 mujeres (45,5%).

#### ***Otros estudios***

Con respecto a la variable otros estudios, del total de médicos de familia solo 10 de ellos (12,9 %), han realizado otros estudios complementarios, entre los

que se encuentran la formación en urgencias (3), criminología (2), doctorado en medicina (2), psiquiatría (1), modificación de conducta (1) y otro (1).

### ***Antigüedad en el puesto de trabajo***

Encontramos una media de 19,8 años de antigüedad en el puesto de trabajo, con una desviación típica de 7,8 y un rango mínimo-máximo de 6 meses a 31 años de antigüedad.

## **7.6.2. Características de los problemas de salud mental**

### ***Frecuencia de los problemas de salud mental***

La primera pregunta de este eje se refiere a la frecuencia con que se encuentran los problemas de salud mental en el centro de salud de pertenencia y en comparación con otros problemas de salud. Esta pregunta tiene 5 opciones de respuesta que van desde nada frecuentes a muy frecuentes. El 48,1% de los médicos de familia informa que estos problemas son muy frecuentes en su centro, y un 41,6 % los considera frecuentes, mostrando una tendencia a otorgar importancia a la prevalencia de estos problemas en atención primaria. En la Figura 16 pueden observarse las respuestas a este ítem.

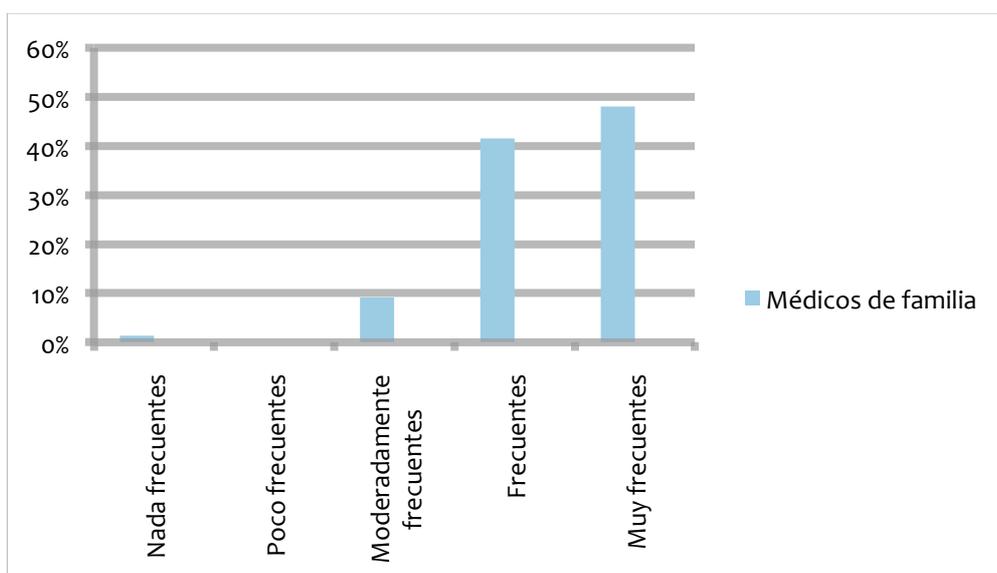


Figura 16. Frecuencia de problemas de salud mental

### ***Uso de criterios diagnósticos unificados***

Para conocer el modo en que se diagnostican los problemas de salud mental en atención primaria, se preguntó acerca del uso de criterios diagnósticos unificados (pe. CIE, DSM). El 66,2% de los médicos de familia informa que sí utilizan estos recursos, el 32% restante no los emplea.

### ***Prevalencia de distintos motivos de consulta de salud mental***

Se pidió a los médicos de familia que discriminaran la presencia de 3 tipos distintos de motivos de consulta relacionados con salud mental (diagnósticos formales, síntomas inespecíficos y problemas psicosociales) y que expresaran su prevalencia aproximada en porcentajes.

Este grupo informa que los problemas psicosociales (p.e. problemas en las relaciones familiares, separación, etc.) y la presencia de síntomas inespecíficos (como tristeza, angustia) tienen una prevalencia media mas elevada (39,4% y 39,2% respectivamente) en los usuarios de atención primaria, que los trastornos bien establecidos y con diagnósticos formales (p.e. Trastornos Depresivo Mayor, Fobia) que representan un 22,7 % del total de motivos de consulta relacionados con salud mental. Estas diferencias pueden apreciarse en la Figura 17.

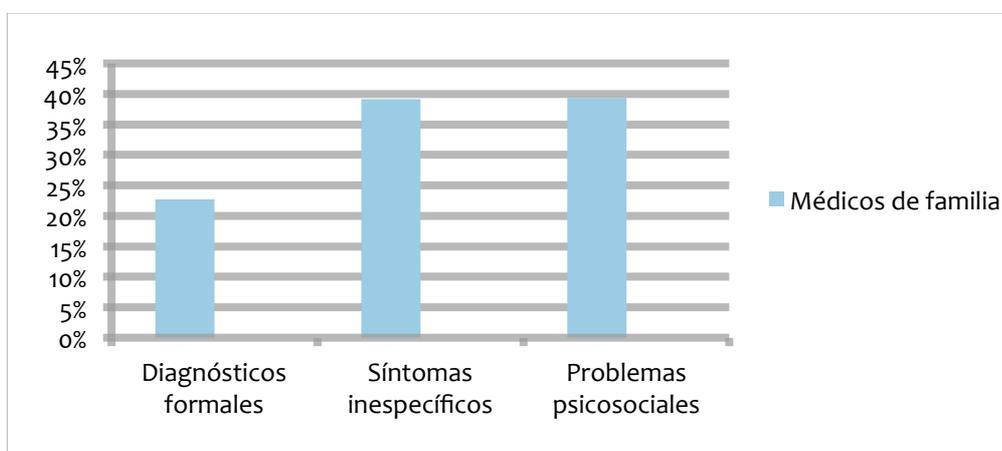


Figura 17. Comparación prevalencia de distintos motivos de consulta de salud mental

### **Características de los usuarios**

Con respecto a las características de los colectivos que consultan por problemas de salud mental en los centros de salud, se preguntó sobre el sexo y la edad de los mismos. Los médicos de familia informan que el 69,9 % de las consultas son realizadas por mujeres, con una desviación típica de 11,3, siendo este porcentaje superior al de los hombres que representan el 29,7 % de las consultas, con una desviación típica de 10,3.

En cuanto a la edad de los usuarios, los adultos entre 36 y 60 años representan la mayor parte (44,3%) de las consultas por problemas de salud mental, seguido de los adultos mayores (61 años y más) con el 28,3%. La distribución de estas características puede observarse en la Figura 18.

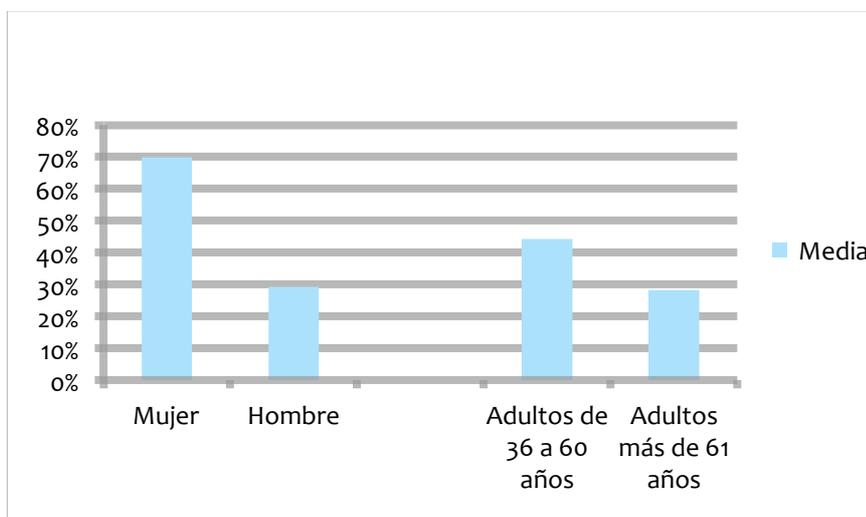


Figura 18. Características de los usuarios

### **Diagnósticos**

Se preguntó sobre la frecuencia con que aparecen distintos diagnósticos de salud mental en el centro de salud. Los Trastornos de Ansiedad serían los más frecuentes con una media de 39,3% y una desviación típica de 14,4, seguido de los

Trastornos del Estado de Animo con una frecuencia media de 30,1%, y una desviación típica de 12,3.

### ***Características de las consultas por problemas de salud mental***

Se pidió a los médicos de familia que, considerando un día normal de trabajo estimaran, de manera aproximada, la cantidad de pacientes atendidos. La media de pacientes atendidos al día fue de 48, con una desviación típica de 8,6 y un rango mínimo máximo de 20 a 70.

Se les pidió también que informaran sobre qué porcentaje aproximado de esas consultas se deben a problemas de salud mental directamente, es decir cuando el motivo de consulta principal expresado por el paciente es un problema de salud mental. Además se solicitó que estimaran que porcentaje aproximado es ocasionado por consultas de salud mental de manera indirecta, (o sea, cuando el motivo de consulta expresado es otro problema de salud, aunque el consultante presente síntomas o patología mental). Los **motivos directos** representan una media del 16,1% de las consultas, con una desviación típica de 13,5 y un rango mínimo máximo de 1 a 65. Los **motivos indirectos** arrojan una media de 27,6% de las consultas por problemas de salud mental, con una desviación típica de 20,3 y un rango mínimo máximo de 1 a 80.

A continuación se preguntó a los médicos si consideran que los pacientes que padecen algún problema de salud mental **acuden con más frecuencia** al centro de salud que otros pacientes. El 94,8% considera que las personas con problemas de salud mental generan una mayor demanda y acuden con más frecuencia al centro de salud, estimando además que el porcentaje de esta diferencia es 54,3% más que otros pacientes, con una desviación típica de 65,2, y un rango mínimo máximo de 10 a 400 veces más que otros pacientes.

### **7.6.3. Características de la Intervención**

El cuestionario presenta preguntas orientadas a conocer las características de las intervenciones que realizan los médicos de familia para abordar los problemas de salud mental en atención primaria.

#### ***Uso de psicofármacos***

Se pidió a los médicos que estimaran el número de recetas que extienden en un día normal de trabajo; obteniendo una media de 110 recetas por día y por médico, de ellas un 23,4% son de psicofármacos. Con respecto a la estimación del coste diario que suponen estos psicofármacos a la Seguridad Social, encontramos que el 74% de los médicos de familia no fueron capaces de estimar dicho coste, quedando 57 datos perdidos en este ítem. Las 20 respuestas obtenidas arrojan un coste medio de 932,5 euros por día y por médico en psicofármacos, aunque se observa una desviación típica totalmente desproporcionada de 2238,9 y un rango mínimo máximo de 30,8 a 10.000 euros diarios.

Se indagó además, con que frecuencia se recetan distintos tipos de psicofármacos en atención primaria. Encontramos que los psicofármacos más recetados son los ansiolíticos, seguidos de los antidepresivos, los antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y finalmente los antiepilépticos.

En la Figura 19 se observa la distribución del uso de los distintos psicofármacos en atención primaria.

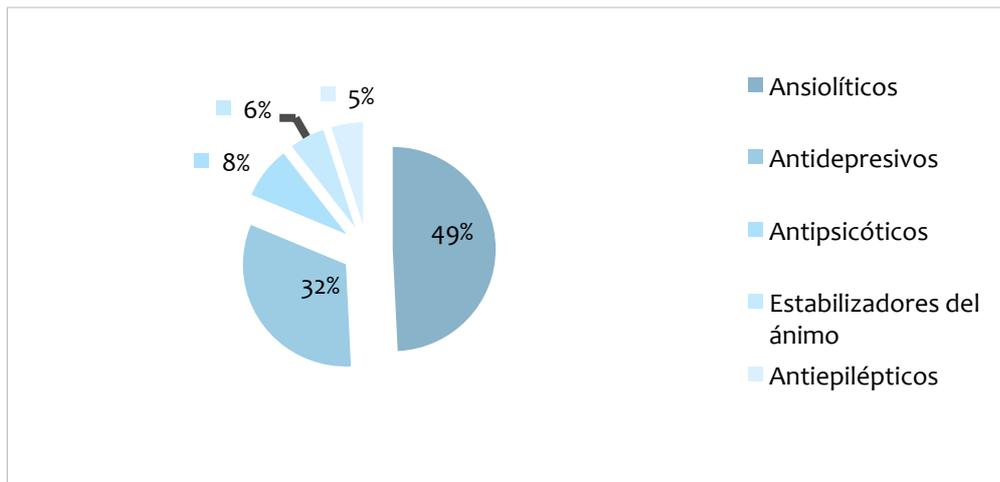


Figura 19. Uso de Psicofármacos en Atención Primaria

Siguiendo en esta línea, a los médicos de familia se les preguntó, sobre los pacientes que son tratados con psicofármacos y qué porcentaje aproximado de estos considera que podría solucionar su problema con otro tipo de intervención (p.e. psicológica o social) y sin el uso de psicofármacos. Los médicos refieren que una media del 39% de los pacientes tratados con medicación psicotrópica, podría resolver su problema sin hacer uso de ella, arrojando además, un rango mínimo máximo de 0 a 90% y una desviación típica de 21,3.

### **Consentimiento informado**

Otro de los ítems del cuestionario evalúa si se trabaja el consentimiento informado en la prescripción de psicofármacos en atención primaria. Entendiendo por éste el hecho de brindar información clara, completa y exhaustiva a cerca de las características, efectos positivos o secundarios y limitaciones del uso de psicofármacos, y brindar información clara y completa a cerca de las distintas alternativas de tratamiento, sus características, beneficios y limitaciones; de manera escrita y/o verbal. En este sentido, el 79,2% de los médicos de familia indica que no se trabaja el consentimiento informado con los pacientes, frente a un 20,8% que sí refiere realizar esta práctica.

## ***Adherencia a los psicofármacos***

Se preguntó también acerca del grado de adherencia y/o aceptación de los pacientes al uso de psicofármacos. Se pidió que lo reflejaran en una escala tipo *likert* de cinco alternativas de respuesta que va desde ninguna aceptación a total aceptación. Los datos se concentran en el 51,9% que refiere mucha aceptación y el 42,9% que informa mediana aceptación, como se observa en la Figura 20.

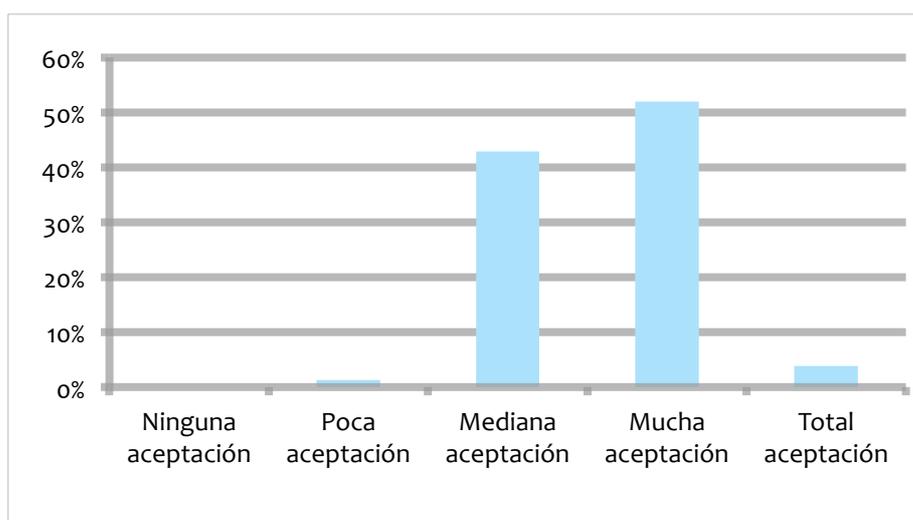


Figura 20. Aceptación/adherencia a psicofármacos

## ***Tiempo de consulta***

En otro ítem se preguntó a los médicos acerca del tiempo promedio que emplean habitualmente en una consulta. Éstos informan una media de 6 minutos empleados en una consulta por problemas de salud en general y una media de 13,1 minutos para el abordaje de los problemas de salud mental.

Siguiendo en esta línea se indaga si consideran tener el tiempo necesario para atender de modo adecuado los problemas de salud generales y los problemas de salud mental en particular. Se encuentran respuestas similares para ambas preguntas. El 96,1% de los médicos de familia considera no contar con el tiempo necesario para tratar los problemas de salud general y el 97,4% refiere no contar

con el tiempo suficiente para tratar los problemas de salud mental de manera adecuada.

### ***Características de los tratamientos administrados***

Se preguntó sobre la **existencia de protocolos y/o guías de tratamiento** establecidas para el abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes en sus centros de salud. **El 70,1% informa que no existen dichas herramientas**, el 29,9% restante expresa que si existen guías y/o protocolos en su centro de salud. Tal como puede observarse en la Tabla 3 encontramos respuestas contradictorias entre profesionales de un mismo centro de salud.

**Tabla 3**

*Existencia de guías o protocolos para PSM por Centro de Salud*

Centro de salud		¿Existen guías o protocolos para PSM?		Total
		Sí	No	Sí
Poniente	Recuento	3	9	12
	% de Centro de Salud	25,0%	75,0%	100,0%
Santa Victoria	Recuento	0	3	3
	% de Centro de Salud	,0%	100,0%	100,0%
Centro	Recuento	4	6	10
	% de Centro de Salud	40,0%	60,0%	100,0%
Lucano	Recuento	1	5	6
	% de Centro de Salud	16,7%	83,3%	100,0%
Fuensanta	Recuento	4	5	9
	% de Centro de Salud	44,4%	55,6%	100,0%
Huerta de la Reina	Recuento	1	3	4
	% de Centro de Salud	25,0%	75,0%	100,0%
Levante Norte	Recuento	1	4	5
	% de Centro de Salud	20,0%	80,0%	100,0%
Levante Sur	Recuento	1	3	4

	% de Centro de Salud	25,0%	75,0%	100,0%
Occidente	Recuento	2	5	7
Azahara	% de Centro de Salud	28,6%	71,4%	100,0%
Guadalquivir	Recuento	4	6	10
	% de Centro de Salud	40,0%	60,0%	100,0%
La Marina	Recuento	1	6	7
	% de Centro de Salud	14,3%	85,7%	100,0%
Ciudad Jardín	Recuento	1	5	6
	% de Centro de Salud	16,7%	83,3%	100,0%
Total	Recuento	23	60	83
	% de Centro de Salud	27,7%	72,3%	100,0%

Se preguntó si algún profesional del centro de salud realiza **psicoterapia** (p.e. enfermero, médico, otro). El 84,4% refiere que no se realiza psicoterapia en su centro de salud; y el 15,6% informa que si se desarrolla esta práctica clínica. La opinión de este grupo de médicos de familia acerca de si deben realizar tratamientos de psicoterapia refleja que el 50,6% considera que no deben realizar este tipo de intervención, y un 46,8% considera que si deben hacerlo.

Con respecto al funcionamiento de algún **grupo psicoeducativo** en el centro de salud en los últimos seis meses (p.e. grupos de relajación, para personas con problemas de salud mental crónicos, etc.). El 81,8% refiere que en su centro no han funcionado grupos psicoeducativos, y un 16,9% informan que en su centro si se ha desarrollado esa actividad. En este ítem también pueden apreciarse contradicciones entre los datos informados por profesionales de un mismo centro de salud. En la Tabla 4 observamos la relación de estas respuestas por centro de salud.

**Tabla 4***Funcionamiento de grupos psicoeducativos por Centros de salud*

Centro de Salud		¿Ha funcionado algún grupo psicoeducativo en los últimos 6 meses?			Total
		Sí	No	No contesta	Sí
Poniente	Recuento	0	12	0	12
	% de Centro de Salud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Santa Victoria	Recuento	0	3	0	3
	% de Centro de Salud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Centro	Recuento	0	10	0	10
	% de Centro de Salud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Lucano	Recuento	1	5	0	6
	% de Centro de Salud	16,7%	83,3%	,0%	100,0%
Fuensanta	Recuento	1	8	0	9
	% de Centro de Salud	11,1%	88,9%	,0%	100,0%
Huerta de la Reina	Recuento	1	3	0	4
	% de Centro de Salud	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
Levante Norte	Recuento	1	4	0	5
	% de Centro de Salud	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
Levante Sur	Recuento	2	2	0	4
	% de Centro de Salud	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Occidente Azahara	Recuento	0	7	0	7
	% de Centro de Salud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Guadalquivir	Recuento	5	5	0	10
	% de Centro de Salud	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
La Marina	Recuento	0	6	1	7
	% de Centro de Salud	,0%	85,7%	14,3%	100,0%
Ciudad Jardín	Recuento	4	2	0	6
	% de Centro de Salud	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
Total	Recuento	15	67	1	83
	% de Centro de Salud	18,1%	80,7%	1,2%	100,0%

### ***Cooperación entre niveles***

Se preguntó sobre la frecuencia con que **se trabaja en equipo** para el abordaje de los problemas de salud mental en el centro de salud de pertenencia. Se pidió que representaran la respuesta en una escala de 5 alternativas que van desde nunca a siempre. El 83,2% de las respuestas se concentran en las opciones nunca y casi nunca.

Con respecto al **porcentaje de pacientes que se derivan a los servicios especializados de salud mental**, se obtuvo una media de **16,4%** pacientes derivados, sobre el total de pacientes que son atendidos por problemas de salud mental en el centro de salud.

Se preguntó sobre el número aproximado de interacciones (reuniones, sesiones de formación, coordinación de actividades, etc.) realizadas con los equipos básicos de salud mental, considerando el último semestre. Se obtuvo una media de 0,1 interacción, es decir, que **no ha habido coordinación con salud mental en los últimos seis meses de trabajo**.

#### **7.6.4. Formación e investigación**

El cuestionario indaga acerca de la **formación de grado, posgrado o como médico interno residente (MIR)**, para el diagnóstico, y tratamiento de los problemas de salud mental. En caso de haber recibido formación, se pide la valoración de su calidad en una escala de 0 a 10.

Se obtuvieron resultados similares en ambos elementos evaluados. El 67,5% y el 68,8% de los médicos, informa haber recibido formación para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, respectivamente, evaluando con una media de 6 puntos, sobre 10, la formación en diagnóstico y una media de 5,8 para el tratamiento de los problemas de salud mental.

### ***Formación en el puesto de trabajo***

En relación a la formación recibida en el puesto de trabajo, se preguntó a los médicos de familia si en los últimos 3 años habían recibido algún tipo de formación sobre temas generales de salud mental en atención primaria. Un **62,3%** respondió de forma negativa. El **37,7%** que respondió de manera afirmativa valoró su calidad con una media de 5,2 puntos.

### ***Participación en investigaciones de salud mental***

Con respecto a la **participación**, en alguna ocasión, **en investigaciones sobre temas de salud mental**, el **81,8%** responde **no haber participado nunca en este tipo de actividades**. En cuanto a la participación en alguna ocasión, de supervisiones con los equipos de salud mental, el **74%** no lo ha hecho nunca.

Cuando se indaga si creen que **necesitan recibir más información sobre temas de salud mental**; el **96,1%** de los médicos de familia refiere tener esta necesidad.

#### **7.6.5. Percepción de autoeficacia y satisfacción con la tarea**

Otra información que recoge el cuestionario se relaciona con la percepción de autoeficacia y la satisfacción percibida por los médicos de familia sobre la tarea que realizan con los problemas de salud mental.

### ***Herramientas para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental***

Se preguntó si consideraban tener herramientas y conocimientos suficientes para diagnosticar eficazmente los problemas de salud mental en atención primaria. El **53,2%** de los médicos de familia informa no tener esas

herramientas, y el 46,8% considera que sí posee los conocimientos y herramientas necesarias para hacer un diagnóstico eficaz de los problemas de salud mental. Esta diferencia en las respuestas aumenta cuando se pregunta del mismo modo, cerca de poseer las herramientas y conocimientos necesarios para realizar intervenciones adecuadas sobre los problemas de salud mental. El 59,7% considera que no posee los conocimientos ni las herramientas suficientes para realizar una intervención adecuada sobre estos problemas; y un 40,3% afirma si poseerlos.

A continuación intentamos relacionar las respuestas a la pregunta sobre la formación en el puesto de trabajo con la percepción de autoeficacia de los médicos de familia para diagnosticar e intervenir sobre estos problemas. Como se observa en las Tablas 5 y 6, la prueba de Chi-cuadrado para contrastar la relación entre las dos variables no es significativa, lo que nos lleva a adoptar la hipótesis alternativa y considerar que la formación en el puesto de trabajo no influye de manera positiva (no aumenta) la percepción de autoeficacia de los médicos.

**Tabla 5**

*Relación entre formación en puesto de trabajo y herramientas diagnósticas*

		¿Cree que tiene herramientas y conocimientos suficientes para diagnosticar PSM?		Tota	Chi-	gl	p
		Sí	No	l	Cuadrado		
Formación en el puesto de trabajo temas SM	Sí	12	17	29	0,540	1	0,463
	No	24	24	48			
Total		36	41	77			

**Tabla 6.**

*Relación entre formación en puesto de trabajo y herramientas de intervención*

		¿Cree que tiene herramientas y conocimientos suficientes para intervenir en PSM?			Chi-cuadrado		
		Sí	No	Total	gl	p	
Formación en el puesto de trabajo temas SM	Sí	11	18	29	0,105	1	0,746
	No	20	28	48			
Total		31	46	77			

**Ofrecer contención y apoyo a los pacientes**

A continuación se pidió que valoraran en una escala tipo likert de 5 niveles (de “nunca” a “siempre”) en qué medida creen que logran contener y brindar apoyo a los pacientes que padecen algún problema de salud mental. Las respuestas se concentran en las opciones “muchas veces” (53,2%) y “a veces” (44,2%). En la Figura 21 puede observarse las características de las respuestas comparadas entre hombres y mujeres.

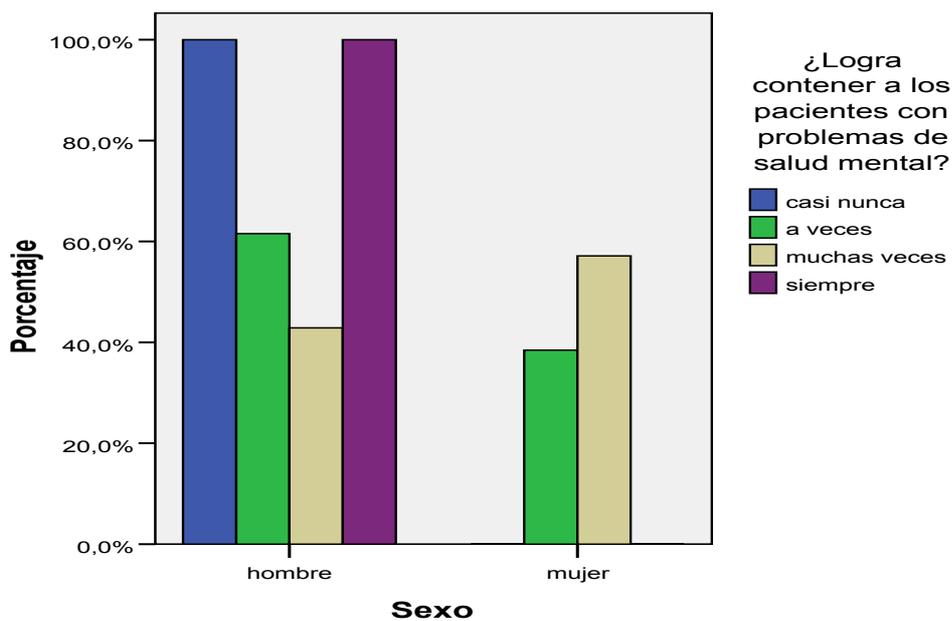


Figura 21. Contención a los pacientes. Comparación por sexo.

## **Satisfacción**

Se preguntó a los médicos de familia si se sienten satisfechos con el trabajo que realizan con los problemas de salud mental. Observamos que el 50,6% no se siente satisfecho con la tarea que realiza y un 49,4% si siente satisfacción con la tarea realizada con los problemas de salud mental. También quisimos conocer si el hecho de atender estos problemas les genera **desgaste emocional**, encontrando que un 74% de los médicos de familia refieren sentir desgaste emocional al trabajar con estas problemáticas en atención primaria, sin embargo el 26% restante informa no percibir este desgaste. Al primer grupo se les pidió que valoraran en una escala de 0 a 10 el grado de desgaste emocional percibido, arrojando una media de 6,4 puntos, con una desviación típica de 1,8 y un rango mínimo máximo de 1 a 10.

Por otra parte se preguntó a los médicos de familia acerca de la percepción que tienen sobre la **satisfacción de los usuarios con la atención recibida** en el centro de salud para el tratamiento de los problemas de salud mental. Un 54% cree que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio recibido y un 42,9% considera que los usuarios no se sienten satisfechos.

Así mismo, nos interesaba conocer la relación entre la formación recibida en el puesto de trabajo con la percepción de capacidad de contención de los médicos de familia y la percepción sobre el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida para los problemas de salud mental. Como se muestra en las Tablas 7 y 8, al realizar las tablas de contingencia y aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado encontramos que la relación entre estas variables no es significativa, lo que nos lleva en ambos casos a aceptar como válida la hipótesis alternativa y considerar que la formación en el puesto de trabajo no aumenta la percepción de autoeficacia relacionada con la capacidad de contención de los médicos de familia. Del mismo modo tampoco aumenta de manera significativa la percepción de satisfacción de los usuarios con el tratamiento de los problemas de salud mental.

Tabla 7

*Relación entre formación en puesto de trabajo y contención a los pacientes*

	¿En que medida cree que logra contener a los pacientes con PSM?					Total	Chi-cuadrado	gl	p
	Casi nunca		Muchas veces		Siempre				
	Sí	No	A veces	veces					
Formación en el puesto de trabajo temas SM	0	10	19	0	29	3,510	3	0,320	
	1	24	22	1	48				
Total	1	34	41	1	77				

Tabla 8

*Relación entre formación en puesto de trabajo y satisfacción de los usuarios*

	¿Cree que los pacientes se sienten satisfechos con el servicio recibido para los PSM en AP?			Total	Chi-cuadrado	gl	P
	Sí	No	Sí				
	Formación en el puesto de trabajo temas SM	17	10				
	25	23	48				
Total	42	33	77				

### 7.6.6. Valoración de cambios

Se preguntó la opinión de los médicos acerca de si creen que la incorporación de psicólogos en atención primaria beneficiaría la prestación de servicios de salud. El 97,4% considera que sí mejorarían los servicios con la incorporación de estos profesionales en el sistema, y un 2,6% cree que no beneficiaría.

## 7.7. Discusión y conclusiones

Uno de los principales objetivos de este estudio pretendía conocer las características y prevalencia de los problemas psicológicos y de salud mental en los usuarios de los centros de salud de Córdoba. Los médicos de los centros de salud consideran que **los problemas de salud mental son muy frecuentes** o frecuentes en este nivel asistencial. Distintas investigaciones epidemiológicas (DeVicente y Magán, 2009, OMS, 2001,2008, Serrano et al.,2009) han dejado en evidencia la importante prevalencia de estos problemas en su conjunto tanto en la población como en los servicios sanitarios y en la atención primaria. En este sentido, **los de mayor prevalencia serían los llamados problemas “menores” de salud mental**, representados por los problemas psicosociales (40,7%) y la presencia de síntomas inespecíficos (38,9%), y finalmente los menos frecuentes, serían los trastornos con criterios diagnósticos formales (22,7%). Esto coincide con los datos aportado por Retolaza (2004), quien informa que los problemas “menores” son los más frecuentes en los servicios generales de salud y los de mayor gravedad tienen una prevalencia sensiblemente inferior.

Este dato contrasta una de nuestras hipótesis de trabajo, por lo que podemos afirmar que los problemas “menores” de salud mental son altamente frecuentes en las consultas de los centros de salud y tienen una prevalencia significativamente superior a los trastornos formales tipificados.

Cabe mencionar aquí que diversos estudios (Aragonés et al., 2006; Araña, 2008; Latorre et al., 2005; Collings, 2005) señalan las dificultades que presentan los médicos de familia para el diagnóstico adecuado de los problemas de salud mental, indicando una tendencia a considerar como trastornos aquellos problemas o síntomas que no cumplen los criterios para tales etiquetas. Por otra parte, según Retolaza (2004) la delimitación diagnóstica de los problemas menores es difícil de establecer con precisión y claridad. Una de las razones para estas dificultades se encuentra en que éstos no se contemplan en los sistemas de clasificación diagnósticas tradicionales. Por ejemplo, los problemas psicosociales

vienen descritos en los códigos Z del manual DSM-IV-TR sin embargo estos, rara vez son utilizados. En caso de establecerse, estos códigos se asocian a una patología mental tipificada en los ejes I o II y por si mismos no adquieren mayor relevancia clínica ni para su definición diagnóstica ni para su tratamiento. Por todo esto, la identificación de estos problemas suele ser compleja y subestimada. Es posible entonces, que la prevalencia de los problemas “menores” (síntomas y problemas psicosociales) sea aún mayor que la señalada por los encuestados.

Además, es importante considerar que **los médicos de familia informan que para establecer el diagnóstico la mayoría utiliza criterios unificados** como la CIE-10 o el DSM-IV-TR, pero todavía hay un porcentaje significativo que no usa estos recursos, lo que aumenta las posibilidades de error en los diagnósticos. Esta falta de definición y claridad en la identificación de casos y en el diagnóstico, tanto de trastornos bien establecidos como de problemas menores, adquiere relevancia en cuanto que constituye **el primer paso del proceso asistencial**. De modo tal que al existir fallos en las etapas iniciales o básicas del proceso, el tratamiento posterior y el pronóstico podrían estar sesgados u orientados de una manera errónea.

**Los trastornos de mayor prevalencia según este estudio, serían los trastornos de ansiedad**, seguidos de los **trastornos del estado de ánimo**, los trastornos de somatización y finalmente las esquizofrenias y otras psicosis. Estos datos coinciden con los aportados por los estudios de Latorre et al. (2005), López et al. (2006), que informan que en España los problemas más frecuentes en atención primaria son los trastornos de ansiedad, la depresión y los somatomorfos, respectivamente (básicamente los también llamados Trastornos Comunes de Salud Mental).

Otros estudios sobre prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria arrojan datos diferentes. De este modo, encontramos que según la OMS a escala mundial, la patología más frecuente sería la depresión. Esto se corresponde con los datos de Serrano et al., (2009) que encontró que este

trastorno es el más frecuente en Cataluña, aunque también observa una alta comorbilidad de estos con los trastornos de ansiedad.

Del análisis de los datos se desprende que **los colectivos que consultan con mayor frecuencia por problemas de salud mental serían las mujeres, los adultos entre 36 y 60 años y los adultos mayores**. En algunos estudios se ha asociado la hiperfrecuentación con el sexo femenino, sin embargo para hacer un análisis más completo de la variable sexo sería necesario introducir una perspectiva de género, debido a los sesgos que pueden presentar las encuestas en salud y la opinión de los profesionales (Grupo Género y Salud Pública de SESPAS, 2000). La incorporación de un análisis con enfoque de género, es de actual relevancia, aunque excede los objetivos del presente estudio, por lo que se propone como una vía para futuras investigaciones.

Cabe destacar que en general los adultos entre 36 y 60 años que consultan por problemas de salud mental se encuentran en una franja productiva, por lo que estos datos pueden relacionarse también con los estudios sobre coste indirecto de estos problemas (Dewa et al., 2003, Rost et al., 2004). Estos indican que la presencia de problemas mentales en estos colectivos influye sobre la disminución en la productividad, el absentismo, las jubilaciones anticipadas, las bajas laborales y la pérdida de empleo. Por su parte la OMS (2008) también señala que los adultos mayores constituyen un colectivo que demanda asistencia de salud mental de manera creciente debido al envejecimiento acelerado de la población mundial.

Estos datos permiten identificar grupos de riesgo para el diseño de estrategias preventivas y de intervención orientadas a disminuir los costes directos e indirectos asociados a los distintos colectivos en riesgo.

Otro de los objetivos planteados en este estudio pretendía analizar la realidad asistencial de los servicios de atención primaria en el abordaje de problemas psicológicos y de salud mental desde el punto de vista de los médicos

de familia. En este sentido, encontramos que **por día y profesional se atienden una media de 48 pacientes**. Este dato es indicativo de la sobrecarga que afrontan diariamente estos profesionales, quienes además reciben diversidad de problemáticas, usuarios y necesidades que deben ser resueltas. Esta situación genera dificultades para atender adecuadamente a los pacientes y limitaciones para implementar tratamientos de calidad. Por otra parte **aproximadamente la mitad de estas consultas se relacionan, directamente o indirectamente, con problemas de salud mental**. Estos datos confirman nuestra segunda hipótesis de trabajo, que señala que los médicos de familia ocupan gran parte del tiempo diario de atención a estas problemáticas, ya sea abordándolas de manera directa y específica, o indirectamente ocupando tiempo a la escucha o contención de los pacientes.

Además, **estos profesionales consideran que los pacientes que padecen algún problema de salud mental acuden con más frecuencia al centro de salud**. Esto coincide con los resultados aportados por diversas investigaciones sobre pacientes hiperfrecuentadores (Fogarty, 2008, Rodríguez et al., 2003, Sicras, 2007) que afirman que los pacientes que tienen algún problema de salud mental ocupan más del 50% del tiempo de consulta de los médicos de familia, sobrecargan los servicios de salud e influyen sobre el *burnout* profesional.

Siguiendo en esta línea, encontramos muy significativo que **los médicos de familia emplean un tiempo promedio de consulta de 6 minutos para los problemas de salud en general y una media de 13 minutos para intervenir sobre los problemas de salud mental**. En ambos casos consideran que este tiempo es evidentemente insuficiente para tratar de manera adecuada a los pacientes y cubrir sus necesidades. Uno de los requisitos básicos para la puesta en marcha del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión Somatizaciones, es que el profesional (capacitado) cuente con tiempo suficiente para atender al usuario. Así mismo se considera que las condiciones para la realización de tratamientos psicoterapéuticos, requerirían disponer de un espacio tranquilo donde poder desarrollar la actitud de escucha sin ningún tipo de interferencia y

con un tiempo mínimo de consulta de 20-30 minutos (Consejería de Salud, 2002). Igualmente, el proceso asistencial aconseja la implementación de la terapia psicológica no reglada por parte de los médicos de familia. Esta se basa en la relación médico-paciente e implica establecer actitudes de escucha activa, empatía y asertividad con los pacientes. Menciona además la implementación de una serie de técnicas (como la terapia de apoyo, la entrevista de contención, alianza terapéutica, adherencia al tratamiento, redefinición, resolución de problemas, etc.), que requieren habilidades personales y profesionales muy definidas y un tiempo y clima terapéutico imposible de lograr en las circunstancias antes descritas.

Estas circunstancias indican que **aunque un profesional esté capacitado y sea competente para realizar su tarea, con el nivel de sobrecarga y falta de tiempo señalada, sería muy difícil que pudiera realizar su trabajo adecuadamente.** Por otra parte cabría esperar que estas situaciones fueran precipitantes del nivel de desgaste emocional referido por los médicos.

El tercer objetivo de este estudio pretendía indagar sobre las estrategias y técnicas de abordaje de los problemas psicológicos o de salud mental empleados por los médicos de familia en atención primaria.

**Los médicos de familia extienden una media de 110 recetas por día y por médico, una cuarta parte de estas son de psicofármacos, siendo los más recetados los ansiolíticos y los antidepresivos.** La mayoría de estos profesionales informa que no utiliza el consentimiento informado con los pacientes cuando prescribe medicación psicotrópica. Es decir, que no se informa de forma oral y/o escrita, de manera clara, completa y detallada sobre los efectos, beneficios, o alternativas de tratamiento. Esto influye sobre la capacidad de los pacientes de ejercer conductas de autocuidado con respecto a su salud. Y por otra parte se limitan las posibilidades de elección informada de alternativas de tratamientos más acordes con las creencias, valores, características, posibilidades

y necesidades de la persona. Esto podría relacionarse con los datos de este estudio, que indican que existe un elevado grado de aceptación y/o adherencia al uso de psicofármacos por parte de los pacientes. Posiblemente la falta de conocimiento o acceso a abordajes alternativos, puede favorecer que los pacientes acepten el uso de psicofármacos con mayor facilidad y/o naturalidad.

Esta situación adquiere mayor relevancia si consideramos que los médicos de familia nos informan que **un número significativo de estos pacientes, tratados con psicofármacos, podría resolver su problema sin hacer uso de ellos**. Lo que indica que **se estaría haciendo un uso excesivo de los mismos**, y de este modo se estarían medicalizando problemas “menores” de salud mental contando con la “adhesión no informada” de los pacientes. Además, no se estaría brindando el tratamiento adecuado para estos problemas, ya que la medicación actúa principalmente reduciendo síntomas, pero no resuelve los problemas de base desencadenantes de esos síntomas. Lo que conlleva un riesgo de cronificación y un aumento del coste para la salud de la persona y del sistema sanitario. Estos datos contrastan nuestra tercera hipótesis, referida a que existiría una prescripción de psicofármacos mayor que la existencia de patologías mentales tipificadas que lo justifiquen.

Estos datos coinciden con los resultados aportados por los estudios de Secades (2003), López et al. (2006), Villalba y Caballero (2006), Ortiz et al. (2006) que señalan la prescripción excesiva de psicofármacos en atención primaria, aún cuando los diagnósticos no son claros o no requieren tal intervención. Esto podría explicarse por la posible falta de formación continua y específica o por la deficiente organización de los servicios. Otro eje de análisis para explicar o comprender esta situación podría centrarse en la delimitación de funciones, roles y tareas según las competencias profesionales de cada disciplina. Existen disciplinas, como la psicología, cuya formación aporta los conocimientos teóricos, prácticos y técnicos orientados específicamente al abordaje de los problemas de salud mental en general y de los problemas menores en particular. Cuenta con un bagaje técnico que permite actuar sobre los problemas adecuando las estrategias

a una gran diversidad de problemáticas y pacientes brindando tratamientos e intervenciones de distinto nivel de complejidad, alternativos al uso de psicofármacos. En este sentido, los médicos de familia podrían estar asumiendo una responsabilidad profesional que excede su campo de actuación y conocimientos.

El quinto objetivo planteado hace referencia al **análisis del grado de implementación y desarrollo de los principales planes y estrategias en materia de salud mental.**

**La mayor parte de los médicos de familia informa que no existen guías o protocolos de Intervención en sus centros de salud para el abordaje de los problemas de salud mental en atención primaria.** Estas respuestas son contradictorias entre profesionales de un mismo centro de salud. Esto podría estar indicando un desconocimiento de la existencia o de los contenidos y alcance del proceso asistencial diseñado para el abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes en atención primaria (ansiedad, depresión, somatizaciones) puesto en marcha desde el año 2002. En este sentido cabe preguntarse por las características del proceso de implantación, su difusión, capacitación etc., y las estrategias generales de monitorización que debieron ser implementadas en las distintas etapas de desarrollo del proceso.

Además la gran mayoría de los médicos informa que nunca o casi nunca se trabaja en equipo dentro del centro de salud para abordar los problemas de salud mental, que no se realiza psicoterapia y no se han desarrollado grupos psicoeducativos en los últimos 6 meses. También en estas respuestas encontramos algunas contradicciones entre profesionales de un mismo centro, por lo que estas actividades o prácticas pueden no tener una difusión adecuada dentro de la institución.

Dentro de los indicadores y principios de buenas prácticas planteadas en el proceso asistencial se considera que los abordajes de los problemas de salud

mental deben realizarse de un modo integral, involucrando a todo el equipo de profesionales, además deben desarrollarse intervenciones psicoterapéuticas tanto a nivel individual como familiar y grupal. Puntualmente menciona a los grupos psicoeducativos, presentando un anexo que contiene una guía que define las características de los pacientes, objetivos y técnicas a desarrollar para este tipo de intervención. También reconoce que tanto las/los enfermeras/os como los médicos de familia pueden realizar psicoterapia para el abordaje de los problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones. Sin embargo, según los resultados encontrados en este estudio, todas estas estrategias son escasamente implementadas.

El grado de cooperación entre el nivel de atención primaria y especializada se refleja en el número de interacciones que realizan estos profesionales en un período de tiempo, y representa uno de los indicadores de calidad más importantes de la gestión por procesos integrados (Junta de Andalucía, 2002). Las interacciones se refieren a interconsultas, reuniones formales e informales, supervisiones de casos, etc. En este sentido encontramos que **se realizan muy pocas derivaciones de casos a los servicios especializados**. Este hecho llama aún más la atención si tenemos en cuenta que casi la totalidad de los médicos de familia se encuentra sobrecargado y sin tiempo suficiente para sus consultas. Sin embargo este tipo de acciones, como la derivación, que podrían descongestionar la carga de pacientes, no son empleadas habitualmente. Posiblemente los médicos encuentran barreras o dificultades para derivar a sus pacientes o hacer el posterior seguimiento. Otra de las problemáticas que pueden encontrarse es no contar con (o desconocer) protocolos claros de actuación en este sentido. Hubiera sido de interés indagar más en profundidad cuales son las barreras más frecuentes que encuentran estos médicos de atención primaria para realizar las derivaciones, sin embargo, esto puede plantearse como un tema de interés para futuras investigaciones.

Siguiendo en esta línea, la mayoría de los médicos de familia informan que nunca han realizado actividades de supervisión de casos, o investigaciones, y que

no se ha producido ninguna actividad de coordinación (reuniones, actividades, formación, etc.) con los equipos especializados en los últimos 6 meses.

Estos datos coinciden con los estudios de Iglesias et al. (2004), Lester (2005), Luciano et al. (2009) que hacen referencia a las dificultades que presentan los modelos de atención basados en la cooperación y se refieren principalmente a los distintos obstáculos y deficiencias que existen en la coordinación de acciones entre niveles. Estos modelos exigen un elevado nivel de formación, organización y recursos materiales y técnicos para funcionar adecuadamente. Estos modelos defienden la realización de acciones conjuntas, y la articulación entre los niveles no puede depender exclusivamente de la voluntad e iniciativa de los profesionales, sino que debe existir una estructura técnica y organizativa gestionada y dirigida. El contenido de los procesos asistenciales integrados contempla y deja plasmadas estas intenciones. Sin embargo, es evidente que la implementación en la práctica no alcanza el nivel de funcionamiento requerido para garantizar los mínimos de calidad descritos en los indicadores

Con respecto a la formación de grado, posgrado o MIR para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, la mayoría de los médicos de familia reconoce haber recibido dicha capacitación y la valoran de una manera satisfactoria. Sin embargo, más de la mitad de los facultativos no ha recibido formación sobre estos temas en su puesto de trabajo. Algunos estudios mencionan que existirían una relación entre la formación de los profesionales y su desempeño para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental (DeVicente & Berdullas, 2009, López et al. 2006 y Villalba y Caballero 2006). En esta línea, al comienzo del trabajo nos planteamos la hipótesis de que la formación en el puesto de trabajo aumenta la percepción de autoeficacia en la tarea. Se establecieron análisis de correlación para contrastar esta hipótesis, y conocer si existe relación entre recibir formación en el puesto de trabajo y la percepción de contar con herramientas para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, percepción de autoeficacia en la contención a los pacientes y con la percepción de satisfacción de los usuarios. En todos estos

análisis no se encontraron datos significativos, por lo que no puede afirmarse que en este estudio exista relación entre la formación en el puesto de trabajo y las variables antes mencionadas. Esto puede deberse a que las características y/o contenidos de la formación recibida no se ajustaban a las necesidades de estos profesionales. En este sentido, si bien se reconoce la importancia e influencia positiva que puede tener la formación en el puesto de trabajo, es necesario contar con una evaluación previa de las áreas y necesidades a desarrollar y planificación de estas acciones de manera continua y dirigida hacia los objetivos.

En relación con el dato anterior, **más de la mitad de los médicos de familia considera que no tiene las herramientas ni conocimientos suficientes para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental de manera adecuada.** Solo la mitad de estos profesionales se siente satisfecho con la tarea que realiza con estos problemas y cree que los pacientes se sienten satisfechos con el servicio recibido. En contraste con los datos anteriores, la mayoría de los médicos de familia se siente capaz de contener y brindar apoyo a sus pacientes.

Este último dato llama la atención, ya que estos profesionales cuentan con **poco tiempo para las consultas**, presentan un nivel de sobrecarga asistencial y desgaste emocional significativo y un gran porcentaje de ellos considera no poseer las herramientas teóricas ni técnicas para tratar estos problemas, sin embargo se sienten capaces de brindar apoyo y contención en los problemas de salud mental la mayoría de las veces. Es posible suponer que los médicos de familia atribuyan esa autoeficacia a habilidades personales, y no necesariamente a competencias profesionales. Esto podría coincidir con investigaciones que refieren que los médicos de familia presentan una buena predisposición para el abordaje de los problemas de salud mental, esta actitud influiría positivamente en las estrategias o habilidades personales que ponen en funcionamiento para atender estos problemas ( Clatney y MacDonald, 2008, Latorre et al., 2005).

Finalmente y en relación con la opinión sobre la **incorporación de psicólogos en el sistema sanitario**, casi la totalidad de los encuestados considera que la **incorporación de estos profesionales beneficiaría la prestación de los servicios de salud**. Esto indicaría la apertura a nuevas formas de trabajo, contando con equipos multidisciplinares que permitan abordar los temas de salud desde una mirada más integral. Posiblemente la incorporación de estos profesionales también descongestionaría la carga asistencial de los médicos de familia y contribuiría a mejorar su calidad asistencial general.

A modo de conclusión podemos considerar que este estudio refleja la alta prevalencia de los llamados problemas menores (presencia de síntomas inespecíficos y problemas psicosociales) de salud mental en los centros de atención primaria de Córdoba y el alto impacto relacionado con el consumo de recursos y servicios del sistema sanitario.

Las características de las intervenciones de los médicos de familia para estos problemas no se ajustan a la evidencia científica sobre tratamientos eficaces. Reflejan un **uso inadecuado en la prescripción de psicofármacos**, relacionados con las deficiencias en el consentimiento informado y la **medicalización de un alto porcentaje de problemas “menores” de salud mental**. El desconocimiento de las normativas y procesos internos existentes, la falta de tiempo para las consultas y la deficiente formación específica en temas de salud mental son limitaciones de gran importancia para brindar una atención de calidad. Las distintas actividades de cooperación e interacción entre el primer nivel y los niveles especializados han mostrado ser insuficientes y en algunos casos nula. Mostrando una deficiente implantación del modelo de cooperación y de los procesos asistenciales integrados, lo que conlleva costes importantes para el sistema sanitario y para los usuarios.

Existe una amplia evidencia científica sobre tratamientos eficaces para la mayoría de los problemas de salud mental frecuentes en atención primaria, sin embargo la sanidad pública aún no los ha incorporado en su cartera de servicios.

En este sentido es necesario evaluar desde el punto de vista de los costes-beneficios las políticas de salud mental implementadas hasta el momento y replantear las estrategias vigentes. Este estudio deja planteado un eje de análisis, que es necesario profundizar, sobre la adecuación de las competencias profesionales de los médicos de familia para implementar tratamientos eficaces en los problemas de salud mental. Por otra parte los sistemas públicos de salud de diversos países, como Inglaterra, Australia, Brasil y Chile comienzan a incorporar la figura del psicólogo en los equipos de atención primaria para mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud mental.



## **Capítulo 8**

### **Estudio 2**

**Estrategias de implementación de guías  
y tratamientos eficaces para trastornos  
comunes de salud mental**

## 8.1. Fundamentación

Tanto en el marco teórico de referencia de esta Tesis Doctoral, como en los resultados del primer estudio desarrollado ha quedado plasmado el elevado impacto que suponen los problemas comunes y menores de salud mental y la sobrecarga que generan en los sistemas sanitarios, principalmente en atención primaria. Junto con esto, se han reflejado las importantes deficiencias que persisten en la actualidad para el abordaje de los mismos a nivel global, en distintos países, y en concreto, hemos podido comprobar que esta situación se da también en la realidad analizada. Por su parte, los sistemas mas avanzados, han comenzado a incorporar modelos de atención basados en la evidencia con la intención de mejorar la prestación de los servicios (WHO, 2003; OMS, 2004; Echeburúa E, Corral P, Salaberría, 2010). Esto ha promovido un aumento en la producción de guías de práctica clínica desde diversos ámbitos (Grol & Grimshaw, 2003). Si bien la proliferación de guías podría considerarse como un avance sustancial hacia la mejora de la atención, las dificultades fundamentales que se presentan hoy en día son los déficits para lograr que los tratamientos eficaces sean accesibles para la población. Ya que existe un bajo nivel de cumplimiento y empleo de las recomendaciones en la práctica profesional habitual. En este sentido, se reconoce que los propios organismos y sistemas, no ponen en marcha mecanismos adecuados para implantar las guías que ellos mismos producen (Gagliardi et al., 2011; Flodgren et al., 2013).

Como consecuencia de estas carencias en los procesos de implementación, son escasos los sistemas que incorporan y aplican guías de práctica clínica de manera eficaz dentro de sus servicios.

En respuesta a esta situación, comienzan a surgir iniciativas para mejorar los procesos de implantación. Sin embargo, los estudios relacionados con modelos o estrategias de este tipo son limitados, hay pocas investigaciones formales o sistemáticas acerca de la aplicación de las guías y menos aún dirigidas a profundizar en el conocimiento de los procesos de implementación de guías

clínicas en el ámbito de la salud mental (Powell et al., 2014; Powell et al., 2015; Brusamento et al., 2012; Legido-Quigley, 2012). Como se ha mencionado en el marco teórico de esta Tesis, uno de los organismos de referencia en la producción de guías de práctica clínica es el *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE (OMS, 2013). Este organismo, además de desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia, dispone de un conjunto de recursos y herramientas orientadas a favorecer la implementación práctica de las guías que produce, tanto de salud en general como de salud mental. Si bien estas estrategias presentan alcances y limitaciones (Flodgren et al., 2013; Michie et al, 2007; Sheldom et al., 2004) podrían constituir un modelo potencialmente aplicable a otras realidades. Por todo esto, parece adecuado centrar nuestra atención en el conocimiento de estas estrategias y recursos.

## **8.2. Objetivos e hipótesis**

### ***Objetivo general***

Sintetizar y describir las características claves de los recursos diseñados por el NICE para la implementación de guías de práctica clínica para el tratamiento de trastornos comunes de salud mental en adultos. Con esta revisión, se pretende mejorar la comprensión de las estrategias que sustentan la puesta en práctica de las guías.

### ***Objetivos específicos***

- Identificar materiales, recursos, herramientas que se usan como apoyo para la implementación de GPC de trastornos comunes de salud mental.
- Cuantificar y describir las principales características de los distintos tipos de recursos y sintetizar elementos claves del diseño de los mismos.

- Identificar distintos tipos de acciones o estrategias diseñadas/aplicadas para favorecer la implementación de las GPC de trastornos comunes de salud mental.
- Analizar y sintetizar los componentes claves de las estrategias de implementación utilizadas.
- Elaborar un compendio o listado de estrategias y recursos de apoyo a la implementación de recomendaciones para el tratamiento de trastornos comunes, aplicable a otros contextos o sistemas.

### ***Hipótesis***

- Los sistemas de referencia en este campo, desarrollan planes altamente sistematizados para la implementación de guías y recomendaciones basadas en la evidencia para la mayoría trastornos comunes de salud mental.

El grado de complejidad y sistematización de esos planes y estrategias se relacionan con los siguientes factores:

- Aplican múltiples estrategias, dirigidas a diferentes tipos de destinatarios (p.e. profesionales, usuarios) y a distintos niveles (p.e. formación, organización).
- Diseñan diferentes tipos de materiales y recursos,
- Diseñan materiales con características específicas según los destinatarios y el contexto de aplicación.

### 8.3. Método

Se llevó a cabo un estudio de revisión y compilación de recursos de implementación. Con la finalidad de garantizar una mayor transparencia y rigurosidad en el proceso, se siguieron las principales recomendaciones y criterios claves del modelo PRISMA -*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Urrutia & Bonfill, 2010; Liberati et al., 2009).

### 8.4. Procedimiento

Se revisaron instrumentos, materiales y documentos asociados a la implementación de las guías clínicas de trastornos comunes de salud mental elaborados por el NICE. La principal fuente de información utilizada fue la base de datos de la página web de este organismo. En la Tabla 9 se presenta la relación de las guías de práctica clínica incluidas en el estudio.

**Tabla 9**

*Guías incluidas en el estudio*

Trastorno que cubre cada guía
Depresión en Adultos (D) ( NICE, 2009a)
Depresión en adultos con Condiciones Físicas Asociadas (DCF) (NICE, 2009b)
Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno Dismórfico Corporal (TOC) (NICE, 2005a)
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) Trastorno de Pánico (NICE, 2011b)
Trastorno de Ansiedad Social (TAS) (NICE, 2013a)
Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) (NICE, 2005b)
Trastornos Comunes de Salud Mental (TCSM) (NICE, 2011a)

## ***Estrategia de búsqueda***

Se consultó de manera exhaustiva la página oficial del NICE y una vez identificada cada guía clínica, se desplegó el apartado “*tools and resources*”, que contiene subapartados con acceso a documentos, materiales y recursos elaborados o seleccionados para la implementación de cada una de las guías objeto de este estudio, por ejemplo: *Audit support, Baseline assesment tools, Clinical audit tools, Costing reports, Costing templates, "Do not do", Pathway, Podcast, Quality Standards*. La estrategia de identificación de los recursos se presenta de manera esquemática en la Figura 22.



Figura 22. Representación esquemática de la estrategia de localización de recursos.

Una vez localizados todos los recursos y herramientas asociados a cada guía clínica, se eliminaron las duplicaciones y se aplicaron los criterios de elegibilidad.

### ***Criterios de elegibilidad***

Se diseñaron una serie de criterios para la inclusión y exclusión de recursos y materiales, que se aplicaron a todos los elementos localizados.

### ***Criterios de inclusión***

- a) Todos los elementos dirigidos a gestores, profesionales, usuarios o público en general, relacionados (directa o indirectamente) con la implementación/implantación de guías clínicas de Trastornos Comunes de Salud Mental en adultos.

- b) Distintos tipos de recursos o materiales, como por ejemplo: guías clínicas, artículos científicos, informes, manuales, herramientas, recursos *on-line*, material audiovisual, material de formación.

### ***Criterios de exclusión***

Se excluyeron aquellos recursos:

- a) No relacionados con trastornos comunes de salud mental
- b) No relacionados con la implementación
- c) Asociados a cuestiones legislativas o normativas puras
- d) Dirigidos específicamente a población infanto/juvenil o adultos mayores de 65 años.

### ***Extracción de los datos***

Debido a la gran cantidad de recursos identificados y la complejidad de los mismos, se siguieron una serie de pasos para aislar y organizar la información relevante.

**Paso 1.** Se introdujeron todos los elementos identificados en una base de datos diseñada para la ordenación de la siguiente información general: nombre, año de publicación, idioma (inglés, galés, otro), formato (word, Excel, pdf, ppt, audio, video, otro), páginas/extensión, referencias breves.

**Paso 2.** Todos los recursos que cumplían criterios de inclusión fueron analizados exhaustivamente en base a una serie de categorías y subcategorías diseñadas ad-hoc a partir de algunos criterios claves de las taxonomías propuestas en estudios de referencia (Grol & Grimshaw, 2003; Powell et al., 2012; Powell et al., 2015;). Las mismas han servido para extraer datos específicos de cada uno (como tipo de material, objetivos, población destinataria, ámbito de aplicación) y para ayudar a la toma de decisiones acerca de su reagrupación en el paso siguiente.

**Paso 3.** Una vez examinadas las características de cada recurso, éstos se reagruparon en las categorías de análisis definidas a partir de la taxonomía propuesta por el grupo de colaboración Cochrane EPOC -*Effective Practice and Organization of Care*- (EPOC, 2002, 2011; Mazza et al., 2013), que permite analizar una serie de acciones y estrategias para el cambio de las prácticas clínicas. En la Tabla 10 se relacionan y describen las categorías usadas en los pasos 2 y 3, para el análisis de los materiales incluidos en este estudio.

**Tabla 10**

*Descripción de las categorías y subcategorías diseñadas para la extracción y análisis de los datos*

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías/descripción</b>
<b><i>Categorías elaboradas a partir de la taxonomía del grupo EPOC</i></b>	
<b><i>Tipo de estrategias</i></b>	<p><b>Dirigidas a los profesionales:</b> distribución de material educativo, encuentros educativos, <i>feedback</i> y auditorías, sistemas de recordatorios.</p> <p><b>Dirigidas a los usuarios:</b> material adaptado y de fácil comprensión para pacientes, cuidadores y familiares.</p> <p><b>Dirigidas a la organización de la atención:</b> Integración de servicios, continuidad de la atención, planificación, evaluación de necesidades.</p> <p><b>Estrategias estructurales:</b> presencia y organización de mecanismos de monitorización de la calidad.</p>
<b><i>Categorías diseñadas ad-hoc</i></b>	
<b><i>Tipo de recursos</i></b>	<p><b>Guía/manual:</b> documento que contiene orientaciones sobre algún tópico en particular</p> <p><b>Informe:</b> documento que reúne información extraída de evaluaciones, auditorías, análisis de situación relacionadas con la implementación de GPC</p> <p><b>Artículo:</b> expone información resultante de un estudio científico</p> <p><b>Herramienta aplicada:</b> incluye instrumentos de uso práctico, aplicables para la evaluación y recogida de datos, y para llevar a cabo acciones formativas.</p> <p><b>Información:</b> recurso en soporte escrito o digital de divulgación de información general sobre algún tópico.</p> <p><b>Cursos:</b> recurso de formación <i>online</i> con contenidos especializados sobre algún tópico o trastorno.</p> <p><b>Organización de Servicios:</b> facilitar la organización de la atención o la toma de</p>

<b>Objetivos</b>	<p>decisiones sobre aspectos de gestión .</p> <p><b>Formación y aprendizaje:</b> promover la capacitación y acceso a información para profesionales</p> <p><b>Evaluación/estimación de costes económicos:</b> facilitar la recogida de información y cálculo de costes de implementación de determinadas guías o recomendaciones</p> <p><b>Aplicación clínica:</b> favorecer la aplicabilidad en la práctica de las recomendaciones</p> <p><b>Evaluación de la práctica clínica:</b> valorar el grado de ajuste de las prácticas profesionales a las recomendaciones de las guías.</p> <p><b>Evaluación de servicios:</b> valorar el funcionamiento de la atención y rendimiento de programas o servicios.</p>
<b>Población destinataria</b>	<p><b>Profesionales:</b> Personal sanitario involucrado en la atención directa a los usuarios</p> <p><b>Gestores:</b> personas implicadas en la toma de decisiones y/o planificación de acciones y servicios sanitarios</p> <p><b>Usuarios:</b> principalmente pacientes, familiares o cuidadores que reciben la atención o servicios sanitarios</p> <p><b>Público general:</b> personas que potencialmente podrían ser usuarios del servicio o atención</p>
<b>Ámbito de aplicación</b>	<p><b>Nacional:</b> el recurso o material puede ser aplicado de manera general en todo el territorio Nacional</p> <p><b>Servicios:</b> el recurso o material está diseñado para ser aplicado específicamente en un sector o servicio particular (p.e. para evaluar necesidades o conocer el funcionamiento o rendimiento de un servicio)</p> <p><b>Multicéntrico:</b> el recurso o material puede aplicarse en distintos centros (p.e. centros de atención primaria, hospitales...)</p>

Para facilitar el proceso de extracción y análisis de los datos se elaboró un sistema de listas de control (*checklist*). En los casos de dudas acerca de la categorización de algún elemento, estas se resolvieron por consenso con un experto del ámbito de la gestión sanitaria, ajeno a la investigación.

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo, cualitativo y cuantitativo, donde se recogieron medidas de frecuencia y porcentajes. En la Tabla 11 se recoge una síntesis cualitativa de las características de los principales recursos incluidos en este estudio, ordenados en base a las categorías de análisis mas relevantes.

**Tabla 11**

*Clasificación y descripción cualitativa de los recursos de implementación incluidos en el estudio.*

Tipo de intervención/ Estrategia (EPOC)	Distribución de material educativo	Nombre del recurso o Material	Objetivo/ Tipo de recurso	Descripción
<b>Dirigidas a los profesionales</b>		Casos clínicos	Formación- Aprendizaje/ Guía y ppt	Herramienta educativa de aplicación grupal o individual. Presenta casos clínicos con una estructura de preguntas y respuestas que ayudan a comprender la información y la toma de decisiones clínicas en un determinado contexto. Ofrece ejemplos prácticos relacionados con la detección y el tratamiento de TCSM en atención primaria (principalmente TAG y T. de Pánico).
		Competencias para Tratamiento Cognitivo Conductual	Formación/ Documentos	Enlace a manuales y materiales para el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión. Ofrece acceso a documentos que describen competencias generales y específicas de los terapeutas, necesarias para aplicar determinadas técnicas o tratamientos cognitivo conductuales. También presenta herramientas para la autoevaluación de competencias profesionales y detección de necesidades de formación.
		Guías clínicas	Aplicación clínica/ Guía	Ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo y tratamiento de personas con trastornos Comunes de salud mental.
		Recursos educativos on-line	Formación- Aprendizaje/ Cursos	Acceso a cursos de formación <i>on-line</i> , gratuitos, con acreditación, sobre distintos temas de salud. La mayoría de los cursos están organizados en conjunto entre el NICE y el <i>British Medical Journal-BMJ Learning</i> ). Se ofrecen cursos p.e. sobre TDAH, autismo en atención primaria, trastorno bipolar, depresión, psicosis, demencia, etc. También hay cursos relacionados con la gestión/ implementación.
		Set de diapositivas	Formación- Aprendizaje/ Información ppt	Serie diapositivas y notas, dirigidas a dar a conocer o presentar las distintas Guías de TCSM a profesionales, trabajadores o público interesado. Puede ayudar a la difusión local de la guía.

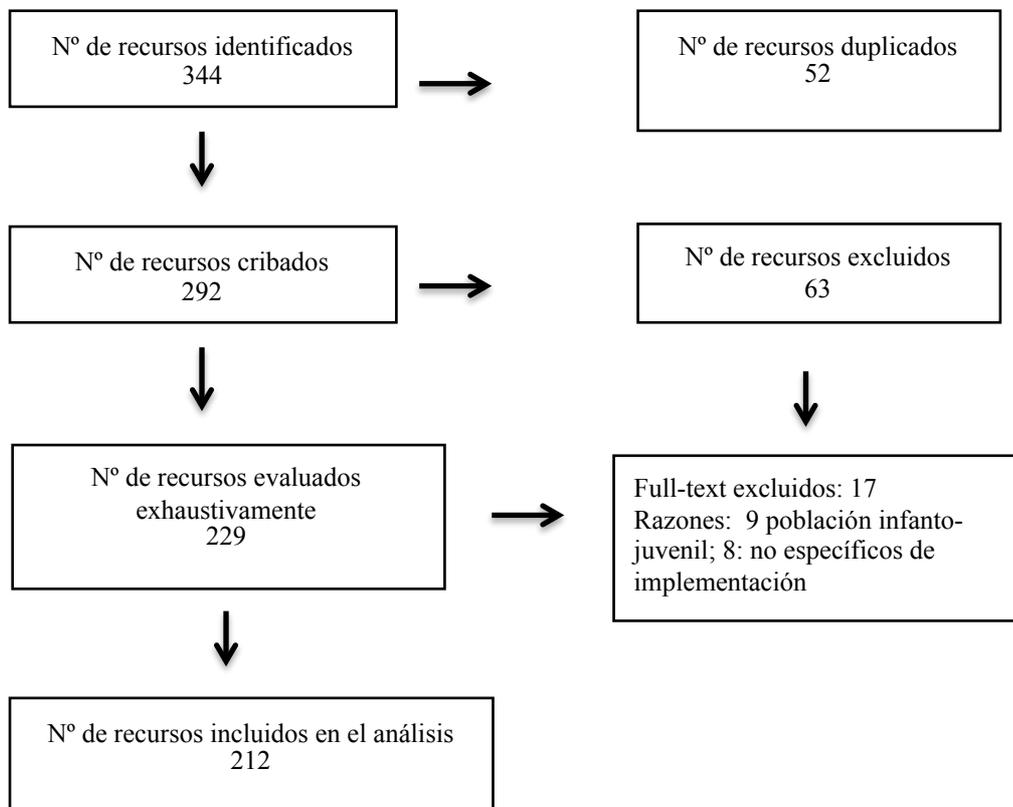
<i>Encuentros educativos</i>	Aprendizaje compartido	Formación entre pares/ Información <i>on-line</i>	Base de datos con acceso a experiencias de buenas prácticas seleccionadas en encuentros de profesionales, relacionadas con la aplicación/implementación de guías clínicas o recomendaciones en contextos reales de trabajo.
<i>Feedback y auditorías</i>	Herramientas para establecer línea base	Evaluación de la práctica clínica/ Herramienta aplicada	Instrumento para establecer línea base sobre las prácticas en un determinado servicio o centro. Hoola de cálculo que permite identificar el grado de cumplimiento de las recomendaciones y determinar áreas que requieren mayor evaluación o análisis. Esta información permite priorizar acciones de implementación y mejora.
	Herramientas de evaluación clínica	Evaluación de la práctica clínica/ Herramienta aplicada	Instrumento para desarrollar auditorías clínicas. Consta de una serie de plantillas de cálculo, información sobre estándares clínicos y formularios para la recogida de datos. Luego de ingresar los datos recogidos se genera de manera automática un informe de resultados.
	Apoyo a auditorías	Evaluación de servicios/ Documentos	Documentos, cuestionarios o herramientas para la recogida de datos, orientados a apoyar los procesos de evaluación interna o auditorías en determinados servicios u organizaciones, aplicables a la realidad local.
<i>Sistemas de recordatorio</i>	“Lo que no se debe hacer”	Aplicación clínica/ Información <i>on-line</i>	Información <i>on-line</i> para la puesta en práctica de las recomendaciones de las guías. Especifica aquellas prácticas que no deben llevarse a cabo de manera rutinaria en relación a diferentes tópicos. P.e. “No ofrecer de manera rutinaria antidepresivos a personas con síntomas menores (persistentes) de depresión o depresión leve”.
	<i>Do not do</i>		
<b><i>Dirigidas a los usuarios</i></b>	Guía de autoayuda	Aplicación clínica/ Guía	Guía con enlace a recursos <i>on-line</i> gratuitos de autoayuda, dirigida a personas con TCSM, familiares o cuidadores. Ofrece acceso a información sobre características del trastorno, manejo de síntomas, grupos de autoayuda, folletos, videos, libros interactivos. Algunos de los recursos están disponibles en diferentes idiomas, en formato escrito y de audio
	<i>Podcast</i>	Información/ Audio	Recursos de audio con entrevistas a usuarios o profesionales. Ofrecen información sobre las características de algunos trastornos, síntomas, manejo, experiencia.

<b>Dirigidas a la organización de la atención</b>	<i>Integración de servicios y Continuidad de la atención</i>	Vías de atención <i>Pathways</i>	Aplicación clínica/ Información <i>on-line</i>	Diagramas de flujo que exponen de manera resumida los pasos o decisiones que deben tomarse a lo largo de todo el proceso de atención (detección, diagnóstico, tratamiento, derivación) de trastornos comunes de salud mental en atención primaria, secundaria y en otros servicios.
	<i>Planificación</i>	Guías para la puesta en marcha	Organización de servicios/ Guías	Documentos con orientaciones prácticas sobre: cómo aplicar estándares de calidad; cómo afrontar barreras para el cambio de las prácticas profesionales; cómo evaluar el grado de aplicación de las recomendaciones, cómo evaluar la eficacia de los procesos de implementación. Incluye enlaces a otros recursos y ejemplos de casos aplicados. Dirigido a personas que tienen alguna responsabilidad en la puesta en marcha o implementación de guías clínicas.
	<i>Evaluación de necesidades</i>	Guías para gestores	Organización de servicios/ Guías	Recursos diseñados para ayudar a la toma de decisiones sobre la puesta en marcha de servicios o la implantación de determinadas guías y recomendaciones. Incluye herramientas para evaluar necesidades y costes de implementación.
		Informes de coste	Evaluación de costes/ Documento	Documentos de apoyo con datos sobre la estimación de costes de implementación de determinadas guías, recomendaciones o tratamientos.
		Plantillas de coste	Estimación de costes/ Herramienta aplicada	Instrumento para estimar costes económicos de implementación de determinadas guías o recomendaciones a nivel local, de centros o servicios. Además ofrece un video tutorial sobre como utilizar esta herramienta.
<b>Estrategias estructurales</b>	<i>Mejora de la calidad</i>	Base de datos sobre rendimiento de servicios	Evaluación de servicios/ Documentos	Acceso a documentos clave, informes, auditorías y artículos científicos, relacionados con resultados de la implementación de guías o recomendaciones y sobre el rendimiento de servicios a nivel nacional principalmente. Incluye, p.e. resultados de encuestas de satisfacción, indicadores del rendimiento de distintos programas (IAPT), artículos sobre detección o prevalencia de determinados trastornos.
		Estándares de calidad	Evaluación de la práctica clínica/ Guía	Define normas y criterios de calidad para mejorar la atención o prestación de servicios. Describe indicadores concretos para evaluar el grado de ajuste de las prácticas a las recomendaciones y a los criterios preestablecidos.

## 8.5. Resultados

### 8.5.1. Proceso de selección

En la Figura 23 se muestra el proceso de selección de los recursos. Inicialmente se identificaron 344 elementos, tras eliminar las duplicaciones quedaron 292 materiales que fueron evaluados teniendo en cuenta el título y resumen. En este primer cribado se eliminaron 63 documentos que no cumplían criterios de inclusión. Posteriormente se evaluaron en profundidad 229 recursos, de los cuales 17 fueron excluidos por las siguientes razones: : a) estar dirigidos a población infantojuvenil; b) no estar relacionados directa o indirectamente con la implementación de guías de trastornos comunes de salud mental. Finalmente, se incluyeron 212 recursos en el análisis.



**Figura 23.** Proceso de selección de los recursos

## 8.5.2. Características generales

### *Relación cuantitativa de los recursos asociados a cada guía clínica*

Del total de los 212 elementos analizados, encontramos que las guías que tienen mayor cantidad de recursos de implementación asociados son, en primer lugar, la de Trastorno de Ansiedad Generalizada, con 71 recursos, seguidos de 52 recursos que se relacionan con la guía de Depresión. Por otro lado, las guías con menos recursos de implementación serían las de Ansiedad Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estrés Postraumático y Depresión con condiciones físicas asociadas . En la Tabla 12 se presenta una síntesis cuantitativa de los recursos asociados a cada una de las guías.

**Tabla 12**

*Número total y porcentaje de recursos de implementación asociados a cada guía clínica*

<b>Problema que cubre la guía</b>	<b>Recursos</b>	<b>Nº (%)</b>
Depresión en Adultos (D)	52	(24,5%)
Depresión en adultos con Condiciones Físicas Asociadas (DCF)	12	(5,6%)
Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno Dismórfico Corporal (TOC)	16	(7,5%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Pánico	71	(33,5%)
Trastorno de Ansiedad Social (TAS)	21	(9,9%)
Trastorno de Estrés Postraumático (TEP)	13	(6,1%)
Trastornos Comunes de Salud Mental (TCSM)	27	(12,7%)

### ***Tipos de recursos encontrados***

Teniendo en cuenta la clasificación según el tipo de recurso, los más frecuentes son las **herramientas aplicadas**, que representan casi un 34% del total. Estas incluyen instrumentos eminentemente prácticos que se aplican para la evaluación y recogida de datos (como plantillas de cálculo de costes o cuestionarios) o herramientas para llevar a cabo acciones formativas (por ejemplo, set de diapositivas).

En segundo lugar, destacan los **informes** que representan casi un 18%, seguidos de los **artículos** que suponen un 16%. Como ejemplo de estos últimos podemos citar los resultados de informes sobre la prestación de servicios, resultados de auditorías clínicas, informes de costes, entre otros.

El acceso a **información** y los **manuales o guías de implementación** representan proporciones similares, entre un 15 y 14% respectivamente y los  **cursos** son el tipo de recurso significativamente menos frecuente.

### ***Ámbito de aplicación de los distintos materiales***

En relación al ámbito de aplicación, el más frecuente es el alcance nacional (41%). Aquí se encuentran materiales como guías, recomendaciones, informes/artículos estadísticos o de costes. Un 37,2% pueden aplicarse a nivel multicéntrico, y un 18,8% están diseñados para ser aplicados más específicamente a nivel de servicios. por ejemplo los materiales para hacer auditorías clínicas.

En la Tabla 13 se presenta una síntesis cuantitativa de los principales datos extraídos de los recursos incluidos en el estudio, ordenados en cada una de las categorías y subcategorías de análisis.

**Tabla 13***Síntesis cuantitativa de las características generales de los recursos*

<b>Categorías y subcategorías elaboradas ad-hoc</b>	<b>Total Nº (%)</b>
<b><i>Tipo de recurso</i></b>	
Guías/manuales	30 (14,1%)
Informe	38 (17,9%)
Artículo	34 (16,0%)
Herramienta Aplicada información	72 (33,9%)
Cursos	32 (15,0%)
	6 (2,8%)
<b><i>Objetivo específico</i></b>	
Organización Servicios	6 (2,8%)
Formación/aprendizaje	33 (15,6%)
Estimación Costes	13 (6,1%)
Aplicación Clínica	93 (43,8%)
Evaluación Práctica CI	29 (13,6%)
Evaluación Servicios	38 (17,9%)
<b><i>Población destinataria</i></b>	
Profesionales	91 (42,9%)
Gestores	80 (37,7%)
Usuarios y público general	41 (18,8%)
<b><i>Ámbito de aplicación</i></b>	
Nacional	87 (41,0%)
Servicios	40 (18,8%)
Multicéntrico	79 (37,2%)
No Especificado	6 (2,8%)

### 8.5.3. Estrategias de implementación

En la Tabla 14 se muestra una relación de la cantidad de recursos asociados a los distintos tipos de estrategias desarrolladas y empleadas por el NICE, estas últimas han sido categorizadas en base a la taxonomía propuesta por el grupo EPOC.

En relación a las estrategias empleadas, destacan en primer lugar, aquellas **dirigidas a los profesionales**, que contienen la mayoría de los materiales disponibles. Aquí encontramos recursos orientados a favorecer la formación y el aprendizaje, a través del diseño y difusión de material educativo y el acceso a información de pares sobre experiencias de buenas prácticas, en conjunto representan un 26,4% de los recursos. Además localizamos herramientas y documentos para llevar a cabo acciones de evaluación de la práctica profesional a nivel local y auditorías clínicas, además del uso de sistemas de recordatorio que representan un 4,2% y un 3,8% respectivamente.

En segundo lugar identificamos materiales asociados a dos estrategias claves, las **intervenciones estructurales** y las **organizativas**. En la primera de ellas encontramos recursos como el acceso a bases de datos y estándares de calidad. Con respecto a la organización de la atención, uno de los principales elementos diseñados para facilitar la integración y continuidad asistencial son las vías de atención (*Pathways*) que representan un 15,5%. Por otra parte, hay un 5,1% de herramientas e informes para la estimación de costes, y un 3,3% de recursos orientados a mejorar las acciones de planificación a través del diseño de guías específicas para gestores.

La estrategia que encuentra menor cantidad de recursos de implementación asociados es aquella centrada en los **usuarios**, que solo recoge el 18,8% de los materiales disponibles.

**Tabla 14***Síntesis cuantitativa de las estrategias de implementación identificadas.*

<b>Tipos de estrategias</b> (Categorías elaboradas según taxonomía EPOC)	<b>Total N° (%)</b>
<b><i>Dirigidas a los profesionales</i></b>	<b>65 (30,6%)</b>
Distribución de material educativo	32 (15%)
Encuentros educativos	16 (7,5%)
<i>Feedback</i> y auditorías	9 (4,2%)
Sistemas de recordatorio	8 (3,8%)
<b><i>Dirigidas a los usuarios</i></b>	<b>40 (18,8%)</b>
<b><i>Dirigidas a la organización de la atención</i></b>	<b>51 (24%)</b>
Integración de servicios y continuidad de la atención	33 (15,5%)
Planificación	7 (3,3%)
Evaluación de necesidades	11 (5,1%)
<b><i>Estrategias estructurales (mejora de la calidad)</i></b>	<b>56 (26,41%)</b>

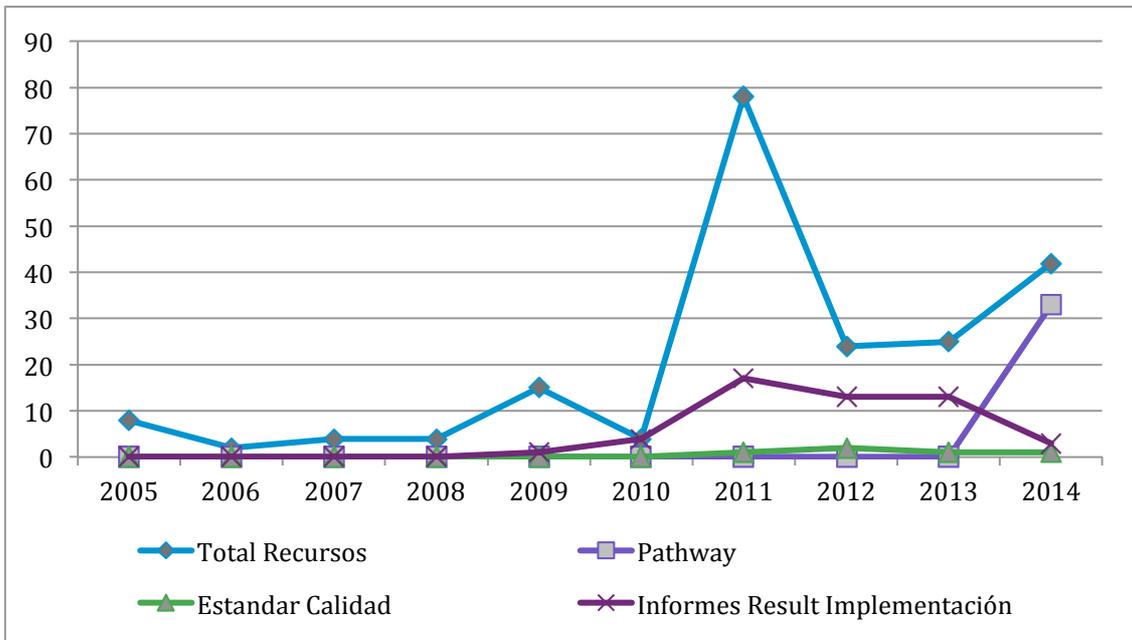
#### **8.5.4. Evolución temporal en la publicación de recursos**

En la Figura 24 se expone la tendencia temporal en la producción y publicación de recursos de implementación desde el año 2005 (fecha de inicio de la publicación de recursos actualmente vigentes) hasta el 2014 (fecha de la revisión).

Se observan diferencias significativas en la cantidad de material publicado a lo largo del tiempo. Podemos distinguir tres momentos claves, un primer periodo desde 2005 a 2010; un aumento en la publicación de recursos en el año 2011 y un tercer momento desde el año 2012 a 2014. El momento de menor producción se encuentra en este primer periodo, con una media de 6,1 recursos publicados por año y un rango mínimo máximo de 2-15. En el año 2011 se produce

un pico en la producción, experimentando un aumento a 78 recursos publicados. A partir del 2012, si bien hay un descenso con respecto al año anterior, continúa una tendencia ascendente hasta el 2014 y un aumento en la producción general, con una media 30,3 publicaciones por año y un rango mínimo máximo de 24-42 recursos.

Se observa también una tendencia en el tipo de recursos que se publican a lo largo del tiempo. Los recursos que más se han desarrollado en el primer periodo son informes de costes de implementación, recordatorios de “lo que no se debe hacer” (“do not do”) y herramientas de evaluación para auditorías clínicas y económicas. Este tipo de recursos habitualmente se producen y difunden junto con la guía clínica a la que se asocian. Los informes de resultados de implementación o sobre el uso de servicios, comienzan a publicarse en el segundo periodo, a partir de 2010, con un aumento significativo en 2011. En el tercer periodo, se producen y publican los estándares de calidad (en 2011 y 2012, principalmente), y las vías de atención que han empezado a diseminarse en el año 2014.



**Figura 24.** Evolución anual en la publicación de recursos de implementación asociados a las guías clínicas.

## 8.6. Discusión y conclusiones

### *Discusión*

Como aspecto fundamental destacamos la importante cantidad de recursos, materiales y documentos diseñados y empleados por este organismo para ayudar a la puesta en práctica de guías de tratamiento para trastornos comunes de salud mental. Con este hallazgo confirmamos una de nuestras hipótesis iniciales.

Encontramos que existe también una importante variedad dentro de los elementos compilados. Algunos de ellos pueden considerarse complementarios o tener un carácter multifacético o multinivel, como las vías de atención, los estándares de calidad o las herramientas de evaluación, entre otros. En algunos casos, esto ha generado dificultades en el proceso de categorización debido a solapamientos con respecto a los objetivos o alcance. Sin embargo, las categorías diseñadas *ad-hoc* han permitido realizar un análisis más profundo de cada material y facilitar el proceso de clasificación.

De manera más específica, podemos sintetizar los principales hallazgos alcanzados en los siguientes elementos claves.

En primer lugar, observamos que la mayor cantidad de recursos de implementación se asocian a guías clínicas de trastornos mentales altamente prevalentes en Europa y a escala global y que implican un elevado impacto a nivel sanitario (NICE, 2011a; Retolaza, 2009). De esto se desprende que la valoración del impacto y los costes asociados a cada tipo de patología, sería un punto clave para orientar la toma de decisiones acerca de la distribución de los recursos y para el desarrollo de estrategias que mejoren el acceso a tratamientos eficaces dentro del sistema público de salud.

En segundo lugar, consideramos que los recursos recopilados representarían el mayor nivel de concreción de las estrategias de implementación del NICE, al tratarse de herramientas prácticas, de fácil acceso y aplicación que sirven de apoyo para la puesta en marcha de las guías en el contexto real de trabajo. Por otra parte, están diseñados de manera específica y dirigidos a distintos colectivos. De este modo, los profesionales, gestores y usuarios desempeñan papeles claramente definidos y complementarios dentro del proceso de puesta en práctica de las recomendaciones. Si bien los recursos para profesionales y gestores son los más abundantes, también se encuentran materiales dirigidos a los usuarios. Estos pretenden ayudar a los pacientes, familiares y cuidadores en la gestión de los síntomas a través de videos, libros, información o enlaces. Aunque en este estudio localizamos pocos materiales de este tipo, la literatura apoya las acciones que incluyen a los usuarios como elemento clave del proceso de implantación (Grol & Grimshaw, 2003), por ello se estima que profundizar en esta línea podría ser una interesante vía para futuras investigaciones.

En consonancia con el análisis sobre las características de los recursos, encontramos que el tipo de materiales mas frecuentes son las herramientas aplicadas. La mayoría de estos instrumentos tienen la finalidad de evaluar los costes de la puesta en marcha de las guías, detectar necesidades o conocer el funcionamiento de distintos centros o servicios. La aplicación conjunta de estas herramientas permite mejorar la comprensión de las características de la realidad local y estimar el impacto que supondría la implantación de una determinada guía o recomendación en ese contexto particular. En esta línea, distintos estudios consideran que las acciones dirigidas a aumentar el conocimiento de la propia situación, son potencialmente eficaces (Flodgren et al, 2013; Powell et al, 2012), ya que promueven que la puesta en práctica de las guías se haga de manera mas flexible y ajustada a las necesidades y recursos de cada contexto, disminuyendo de este modo las barreras para su aplicabilidad. Otros autores resaltan la necesidad de que se desarrollen mas acciones de este tipo, dirigidas a generar actitudes proactivas por parte de los profesionales y gestores, en la evaluación de

costes y en la valoración de las implicaciones que podría suponer la implantación a nivel local (Grol & Gromshaw, 2003; Gagliardi et al, 2011; Michie et al, 2007; Sheldom, 2004). Esta estrategia se complementa con la publicación de informes, artículos y manuales que mejoran la comprensión de la realidad global y sirven de apoyo a la implementación.

Un tercer eje de análisis se relaciona con las estrategias de implementación utilizadas por este organismo. En este sentido, cabe destacar que los recursos no están diseñados o planteados de manera aislada, sino que se encuentran integrados en una serie de estrategias claves dirigidas a disminuir barreras internas (principalmente de los profesionales), organizativas y estructurales que dificultan la puesta en práctica de tratamientos basados en la evidencia (Flodgren et al, 2013; Rashidian et al, 2008). En esta línea, incidimos en tres estrategias fundamentales. En primer lugar, las intervenciones dirigidas a los profesionales, que se centran en la distribución de materiales e información para mejorar la formación y el manejo de las recomendaciones, y favorecer la toma de decisiones basadas en la evidencia en la práctica habitual. Junto con esto, se llevan a cabo acciones para adaptar el formato de presentación de las guías, para hacerlas más claras, simples y accesibles. Este tipo de acciones disminuyen las barreras y favorecen el cambio de las prácticas por parte de los profesionales <sup>11,20</sup>. De este modo, además de la presentación tradicional de la GPC en formato escrito en papel o pdf, se ofrecen también resúmenes online, y referencias breves sobre “lo que no se debe hacer” en la atención habitual de ciertos trastornos.

Por otra parte encontramos las estrategias estructurales y organizativas. Consideramos que las mismas deberían analizarse en conjunto ya que las acciones y materiales diseñados para ellas pueden aplicarse y actúan de manera sinérgica y complementaria en la práctica. Dentro de éstas, subrayamos el papel que desempeñan las vías de atención (*Pathways*), que muestran de manera gráfica y rápida los pasos y decisiones a seguir a lo largo de todo el proceso asistencial. Estas se presentan en formato digital, en pdf y en formato app de aplicación para móvil. Aunque algunos autores sugieren que este recurso

presenta algunas limitaciones y requiere de mejoras, se considera que estos diagramas de flujo pueden facilitar la aplicación de las recomendaciones, aumentar el acceso a tratamientos no farmacológicos y mejorar la coordinación entre niveles (Byng & Gask, 2009; Kendrick & Pilling, 2012; Thwaites & Travers, 2009). Conjuntamente se aplican intervenciones focalizadas en la evaluación de necesidades y del rendimiento de los servicios. Esto se complementa con las estrategias de evaluación y mejora continua de la calidad, que definen una serie de estándares e indicadores para medir el grado de ajuste de las actuaciones profesionales a las recomendaciones de las guías. De este modo se pretende optimizar la monitorización de la práctica y el funcionamiento de los servicios.

Por último, observamos que la evolución cronológica en la publicación de recursos no se presenta como un simple aumento en la cantidad de material producido. Sino que existe un proceso complejo de implementación, con fases en el diseño de los recursos y en la aplicación de las estrategias, en consonancia con las recomendaciones de los estudios más actuales (Rashidian et al, 2008; Powell et al, 2014). Encontramos que en una primera fase se difunden, junto con la publicación de cada guía, una serie de herramientas básicas dirigidas fundamentalmente, a informar sobre su contenido y facilitar la estimación de los costes que supondría su implantación en un determinado servicios o realidad. En una segunda fase, se pone el acento en la publicación de informes de resultados sobre la puesta en marcha de guías y servicios, y se apuesta por la definición y divulgación de una serie de estándares de calidad que acompañan a cada una de las guías clínicas. En la actualidad, la tendencia más reciente es el diseño y publicación de las vías de atención, que intentan promover la integración del tratamiento de problemas comunes de salud mental en un contexto de atención escalonada y en distintos servicios.

## ***Conclusiones***

El abordaje de los trastornos comunes de salud mental es complejo e implica coordinación e interacción entre profesionales y niveles, esto hace que la aplicación de las guías clínicas sea variable y encuentre múltiples barreras para su puesta en práctica efectiva. A lo largo de este estudio se aprecia que la elaboración de guías no es suficiente para que se produzca su traslado a la práctica habitual. Sino que es necesario incorporar de manera activa y dirigida, modelos, estrategias y recursos que aumenten las posibilidades de aplicación real de las guías disponibles.

La síntesis de las estrategias y recursos de implementación presentados en este estudio, son potencialmente aplicables a otros contextos y servicios. Así mismo, podrían orientar a profesionales y gestores en la toma de decisiones informadas, y ser utilizadas en la planificación y diseño de acciones ajustadas a cada realidad. De este modo, podrían favorecer la aplicabilidad de las guías clínicas y mejorar el acceso a tratamientos eficaces en los sistemas públicos de salud.

## Capítulo 9

### Estudio 3

**El papel de los usuarios en los procesos  
de implementación de guías y  
tratamientos eficaces para problemas  
menores y trastornos comunes de salud  
mental**

## 9.1. Fundamentación

Actualmente, existe un amplio consenso a la hora de reconocer los beneficios de incluir a los usuarios, familiares y cuidadores en la planificación y diseño de los servicios y políticas sanitarias (Crawford et al, 2002; Tait & Lester, 2005; Tambuyzer & Van Audenhove, 2012). En esta línea, distintos sistemas de salud aplican acciones tales como ofrecer información y educación, favorecer la colaboración en la toma de decisiones o promover el autocuidado (Coulter & Ellins, 2007; Gillard et al, 2013; Van Dulmen et al, 2013). Sin embargo, una de las acciones mas fomentadas ha sido el aumento de la participación de los usuarios en el proceso de desarrollo de las guías de práctica clínica (Harding, Pettinari, Brown, Hayward & Taylor, 2011), posiblemente motivado por el hecho de que esto además, constituye un criterio de calidad de las mismas (Guyatt et al, 2008; Guyatt, Oxman, Kunz, Vist, Falck-Ytter & Schünemann, 2008).

Distintos autores consideran que las guías clínicas pueden ser instrumentos que favorezcan la participación y la toma de decisiones compartidas. Las características de su diseño y el modo como se realice su implantación, pueden favorecer la construcción de un rol mas activo de los usuarios (Van Dulmen et al, 2013; Guyatt et al, 2008). En este sentido, se reconoce que las estrategias dirigidas a grupos específicos de la población, y la utilización de materiales concretos diseñados para cada tipo de destinatario son las que han demostrado una mayor eficacia (Van Dulmen et al, 2013; Dwamena et al, 2012). Entre las intervenciones focalizadas en los usuarios descritas en la literatura, se encuentran, por ejemplo, el uso de versiones adaptadas de las guías, aplicación de premios, tasas, copago, mecanismos para obtener *feedback* o recoger/canalizar quejas y sugerencias. Como se ha mencionado anteriormente, el NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*- está considerado como uno de los organismos de referencia en la producción de guías basadas en la evidencia y tiene una importante trayectoria en la inclusión de pacientes o afectados en los procesos de consulta y diseño de las recomendaciones. Para ello aplican distintos

tipos de acciones e incorporan programas destinados a facilitar la participación de los usuarios en una variedad de contextos y niveles.

Sin embargo, si bien comienzan a surgir estudios relacionados con las estrategias de implementación en general, hay un desarrollo muy limitado con respecto a aquellas dirigidas a los usuarios de servicios (EPOC, 2002 y 2011; Flodgren et al, 2013; Grol & Grimshaw, 2003; Gagliardi et al, 2011; Mazza et al, 2013; Powell et al, 2013; Powell et al, 2014; Rashidian et al, 2008) y de manera mas concreta, no se han localizado estudios relevantes de este tipo relacionados específicamente con problemas comunes de salud mental. En el estudio 2 de esta Tesis Doctoral, se llevó a cabo una compilación de estrategias y materiales de implementación y, entre otros hallazgos, se encontró que los recursos menos frecuentes eran los focalizados en los usuarios en comparación con los dirigidos a otros destinatarios.

En este contexto, surge la necesidad de profundizar en la comprensión de estrategias mas específicas y menos conocidas o desarrolladas, como por ejemplo aquellas dirigidas a los usuarios de los servicios para problemas menores o comunes de salud mental.

## **9.2. Objetivos e hipótesis**

### ***Objetivo general***

Describir las características de las estrategias y recursos de implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental del NICE dirigidos a los usuarios.

## ***Objetivos específicos***

- Identificar y recopilar recursos y materiales de implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental diseñadas por el NICE específicamente para los usuarios
- Sintetizar y describir sus características, principalmente, aquellas relacionadas con el diseño y aplicación de los mismos
- Analizar los elementos clave de las estrategias utilizadas para implicar a los usuarios en la puesta en práctica de las recomendaciones.
- Analizar el papel que desempeñan los usuarios en el proceso de implementación y su relación con los principios fundamentales del enfoque de atención centrada en la persona.

## ***Hipótesis***

- Los sistemas avanzados involucran más a los usuarios en los proceso y planes de implementación de guías de práctica clínica para trastornos comunes de salud mental.

La inclusión de los usuarios en los proceso de implementación se relacionará con los siguientes factores:

- Diseñan estrategias dirigidas específicamente a los usuarios de servicio en sus planes de implementación.
- Diseñan distintos tipos de recursos, materiales, herramientas de apoyo para la implementación para los usuarios.
- Diseñan materiales y recursos específicos para usuarios, atendiendo a características particulares de los mismos (tipo de trastorno, grupo al que pertenecen, etc)
- El objetivo principal de la mayoría de recursos y estrategias que aplican, es el aumento de la participación de los usuarios en la toma de decisiones compartidas, en consonancia con los principios fundamentales de la atención centrada en la persona.

### 9.3. Método

Se llevó a cabo una revisión y compilación de recursos y materiales de implementación dirigidos a usuarios de servicios, diseñados o seleccionados por el NICE para la implantación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental en adultos. Al igual que en el estudio 2, se siguieron los criterios y recomendaciones clave de la declaración PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010; Liberati et al., 2009) para garantizar la sistematización y rigor metodológico en el proceso de revisión.

### 9.4. Procedimiento

#### *Estrategia de búsqueda*

La principal fuente consultada fue la página oficial del NICE. La localización de los recursos se llevó a cabo a través de dos estrategias.

1. La primera, dirigida a la identificación de los materiales de implementación de las siete guías de trastornos comunes de salud mental disponibles. En parte, esta estrategia es similar a la aplicada en el estudio 2, aunque aquí se prestó un especial interés a la identificación de materiales y recursos dirigidos a usuarios.
2. La segunda, orientada a ampliar la estrategia 1 para localizar otros recursos diseñados para mejorar la participación de los usuarios en el proceso de puesta en práctica. Para ello, se identificó el apartado “*Service Delivery, Organization and staffing*”, se desplegó la pestaña “*Patient and Service user care*” y se localizaron los materiales asociados. En la Figura 25 se muestra una síntesis esquemática de esta estrategia.

Una vez localizados todos los elementos, se eliminaron las duplicidades y se aplicaron los criterios de elegibilidad.



**Figura 25.** Representación esquemática de la estrategia de localización de recursos dirigidos a usuarios.

### ***Criterios de elegibilidad***

El proceso de selección se llevó a cabo en dos fases.

**1º Fase.** Con el objetivo de poder llevar a cabo un análisis preliminar general, se seleccionaron todos los materiales de implementación identificados con la estrategia 1, y atendiendo a los mismos criterios de inclusión y exclusión del estudio 2.

**2º Fase. Refinamiento.** Se realizó un nuevo cribado, donde se seleccionaron únicamente aquellos elementos que cumplían los criterios de inclusión para un análisis específico.

### ***Criterios de inclusión***

- a) Recursos y materiales diseñados o dirigidos específicamente a usuarios de servicios, familiares o cuidadores, relacionados (directa o indirectamente) con la implementación/implantación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental en adultos.
- b) Distintos tipos de recursos dirigidos a usuarios, tales como guías clínicas, artículos científicos, informes, manuales, herramientas, recursos on-line, material audiovisual, material de formación.

### ***Criterios de exclusión***

- a) Materiales o recursos dirigidos exclusivamente a profesionales, gestores u otros destinatarios distintos a los usuarios.
- b) Elementos no relacionados con trastornos comunes de salud mental;
- c) No relacionados con la implementación.
- d) Asociados a cuestiones legislativas o normativas puras.
- e) Dirigidos a población infante/juvenil o mayor de 65 años.

En la Figura 26 se muestra una síntesis cuantitativa del procedimiento de identificación y selección realizado siguiendo el modelo PRISMA.

### ***Extracción de los datos***

Debido a la complejidad de los elementos localizados, la extracción de la información relevante se llevó a cabo en tres pasos.

**Paso 1.** Se introdujeron todos los elementos identificados en una base de datos diseñada para la ordenación de la siguiente información general: nombre, año de publicación, idioma, páginas/extensión, referencias.

**Paso 2.** Tras la revisión de distintos modelos y taxonomías para la clasificación de acciones y estrategias de implementación, se construyó una plantilla *ad-hoc* con una serie de categorías y subcategorías específicas. Se tomaron como referencia elementos del protocolo de revisión del grupo de colaboración Cochrane EPOC -*Effective Practice and Organization of Care*- (EPOC, 2002, 2011) y de otros estudios relevantes (Flodgren, Eccles, Grimshaw, Leng & Shepperd; Mazza et al., 2013; Powell et al., 2015). Todos los recursos que cumplían criterios de inclusión fueron analizados exhaustivamente en base a estas categorías. En la Tabla 15 se muestra una relación y descripción de las mismas.

**Paso 3.** Para facilitar el proceso de extracción y análisis de los datos se elaboró además un sistema de listas de control. En los casos de dudas acerca de la categorización de algún elemento, estas se resolvieron por consenso con un experto del ámbito de la gestión sanitaria, ajeno a la investigación.

**Tabla 15**

*Categorías de análisis de los recursos de implementación dirigidos a usuarios*

<b>Categorías/ Descripción</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>Tipo de recurso</b>	
Característica general o estructura de presentación.	Guía,Manual/Libro,Documento/Folleto/Curso/PáginaWeb/Instrumento (escala/cuestionario/autorregistro/otro)/ Video/podcast/ Otro.
<b>Formato</b>	
Soporte o medio en el que se ofrece el recurso.	Interpersonal (presencial/telefónico)/ Pdf, Word, Excel /Audio, visual/Web, on-line/ Otro
<b>Fuente</b>	
Organismo, institución, grupo que desarrolla el recurso.	<i>Local clinicians/Local expert body/National profesional expert body/National government expert body/International profesional expert body/International government expert body/No Government Organizations GNOs, Fundations,National Association/Agency, National company.</i>
<b>Idioma</b>	Inglés/Galés/Otros
<b>Destinatarios</b>	
Grupo específico de la población a la que se dirige el recurso.	Profesionales/Gestores /Usuarios: pacientes/afectados, familiares, cuidadores.
<b>Tipo de estrategia de implementación</b>	<b>I Desarrollo y distribución de material educativo:</b> Diseño y entrega de formatos de manuales, herramientas u otros materiales de soporte para hacer mas fácil la comprensión de las guías o sus recomendaciones.
Intervención/es o acción/es orientada/s a facilitar la puesta en práctica de las recomendaciones	<b>II Preparar a los usuarios para una participación activa:</b> Estrategias/acciones orientadas a favorecer que los usuarios desarrollen una actitud mas activa en el cuidado de su propia salud. <b>III Desarrollo y aplicación de herramientas y sistemas de monitorización de la calidad:</b> Acciones dirigidas a introducir sistemas y procedimientos para evaluar la calidad de la atención. Favorecer el uso de

de las guías.	protocolos, estándares o medidas que permitan evaluar el rendimiento de los servicios y el grado de ajuste de las prácticas a las recomendaciones de las guías.
---------------	---

**Objetivo específico**

Finalidad o propósito específico al que se dirige el recurso.

**Relacionados con Estrategia I:**

Ofrecer **Información/educación** adaptada y de fácil comprensión, sobre distintas cuestiones:

- a) Sobre el contenido de las guías/recomendaciones
- b) Sobre la evidencia que apoya a las recomendaciones
- c) Características del trastorno/condición (síntomas, evolución, pronóstico, etc)
- d) Información sobre la intervención (tratamiento/s, procedimiento/s, opciones, características, pros-contras...)
- e) Información relacionada con atención social (sobre recursos, ayudas, servicios disponibles).

**Relacionados con Estrategia II:**

- a) **Autocuidado:** Materiales/acciones dirigidas a promover una actitud mas activa por parte del afectado, en el cuidado de la propia salud o en la autogestión de diversas condiciones de salud. Incluye por ejemplo:

- a.1) Programas de entrenamiento (relajación, resolución de problemas, etc)
- a.2) Material para el autorregistro o automonitorización de síntomas
- a.3) Material sobre el manejo de síntomas o situaciones especiales (p.e.crisis, recaídas).

- b) **Autoayuda:** Recursos/acciones orientadas a fomentar el apoyo y la ayuda entre pares o guiado por profesionales.

- b.1) Acceso a libros/guías de autoayuda
- b.2) Acceso a grupos de pares
- b.3) Ofrecer apoyo-atención interactiva: telefónica, telemática (chats, mails, blogs).
- b.4) Mixto/sin especificar

**Relacionado con la Estrategia III:**

- a) Definir Estándares de calidad (versión para usuarios): recursos diseñados para promover la capacidad de los usuarios de evaluar/demandar servicios, atención y tratamientos de calidad y acordes a las recomendaciones de las guías.

**Estrategias analíticas**

El análisis de los datos se llevó a cabo en dos momentos.

1. En un primer momento se realizó un análisis cuantitativo general, donde se extrajeron medidas de frecuencia y porcentajes sobre todos los recursos incluidos en la primera fase de selección.
2. En un segundo momento, tras la fase de refinamiento, se realizó un análisis descriptivo de tipo mixto, cualitativo y cuantitativo sobre los datos

extraídos de los recursos dirigidos únicamente a los usuarios. Se recogieron medidas de frecuencia y porcentajes en relación a las categorías previamente diseñadas.

## **9.5. Resultados**

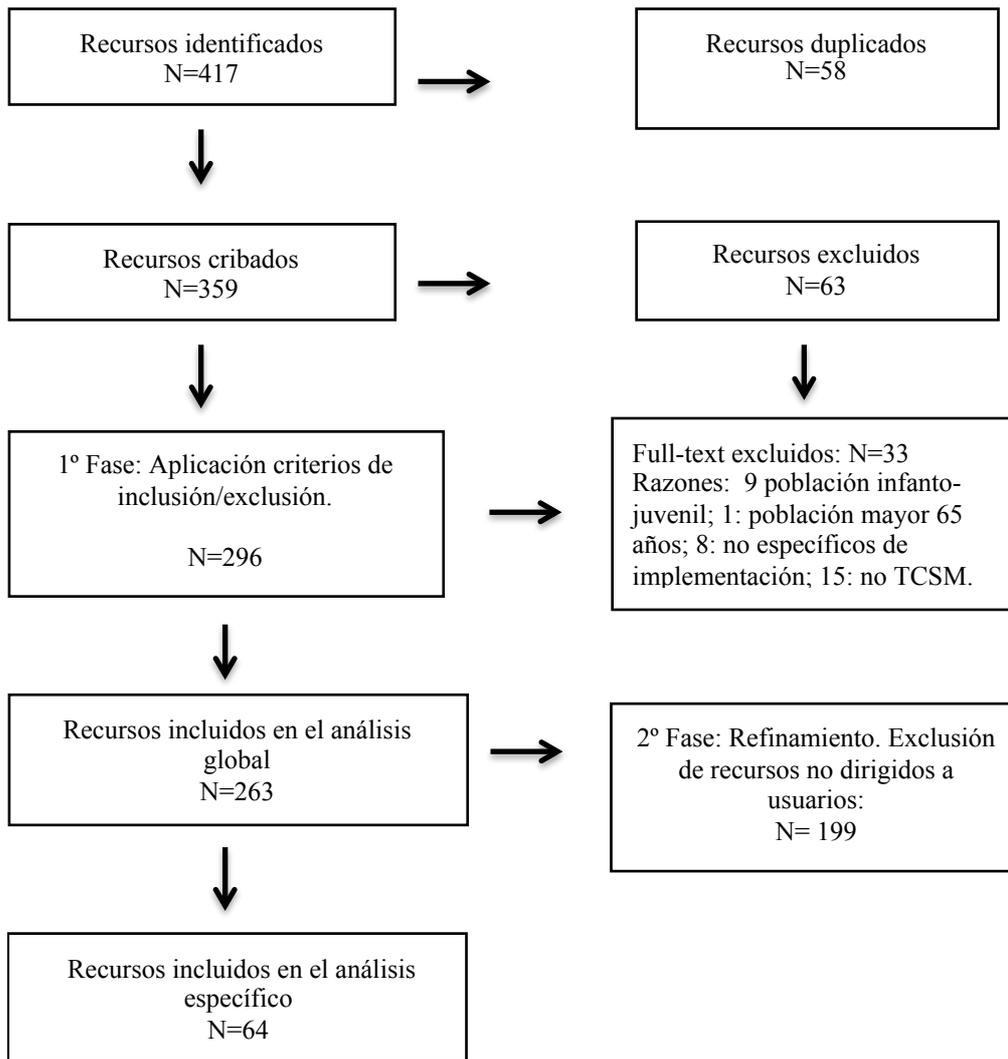
### **9.5.1. Proceso de selección**

Inicialmente se identificaron 417 recursos; tras eliminar las duplicidades quedaron 359, de los cuales se excluyeron 63 teniendo en cuenta título y resumen. Después del primer cribado se eliminaron 33 documentos que no cumplían con los criterios de inclusión de la fase 1. Las razones para su exclusión fueron las siguientes:

- a) estar dirigidos a población infantojuvenil o mayor de 65 años;
- b) no estar relacionados directa o indirectamente con la implementación y
- c) no estar relacionados con trastornos comunes de salud mental.

Como resultado de esta primera fase se incluyeron 263 recursos, con los cuales se llevó a cabo un análisis preliminar de todos los materiales disponibles dirigidos a distintos destinatarios.

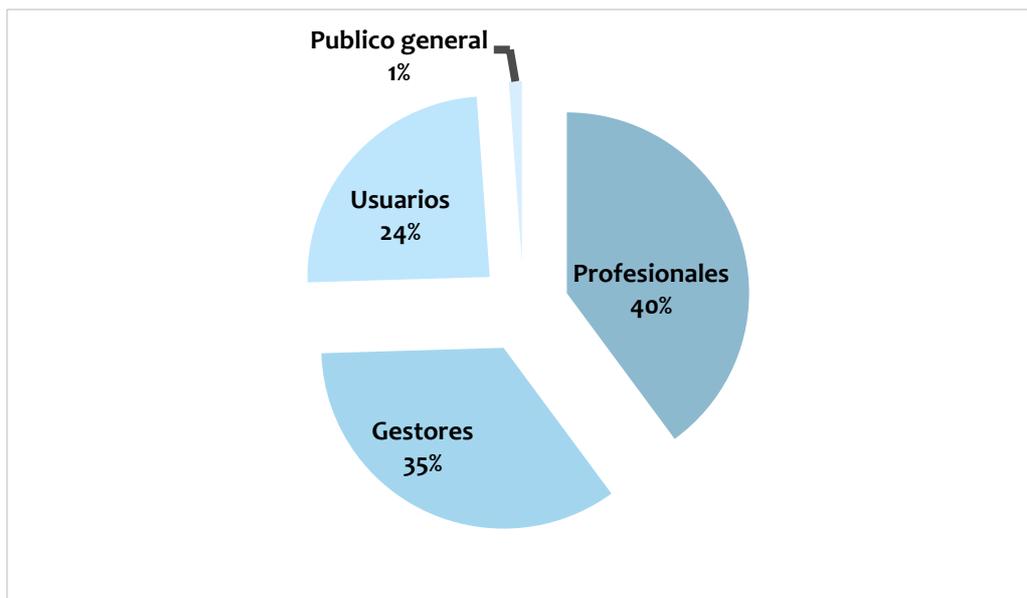
En la 2ª fase de refinamiento se seleccionaron 64 recursos dirigidos específicamente a usuarios de servicios, que fueron analizados exhaustivamente. Se excluyeron principalmente, todos aquellos elementos no dirigidos a usuarios. En la figura 1 se muestra el proceso de selección siguiendo el enfoque PRISMA.



**Figura 26:** Proceso de identificación y selección de los recursos dirigidos a los usuarios

### 9.5.2. Resultados del primer análisis cuantitativo general

Se realizó un análisis global con los 263 recursos de implementación detectados, donde se calculó la proporción de recursos dirigidos a cada tipo de destinatario. En la Figura 27 se muestran estos datos cuantitativos. Encontramos que la mayoría están diseñados para ser utilizados por profesionales y gestores, y solo un 24% del total se dirigen a los usuarios.



**Figura 27.** Proporción de recursos de implementación según tipo de destinatario

### 9.5.3. Resultados del análisis específico

#### 9.5.3.1 Características generales de los recursos dirigidos a usuarios

##### *Tipos de recursos*

Los más frecuente son las **guías o manuales** que representan casi un 40% del total, dentro de éstas se incluyen:

a) La versión adaptada de cada una de las guías clínicas para trastornos comunes de salud mental (ansiedad y depresión). Estas presentan una síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia y de tratamientos disponibles, en un lenguaje comprensible y adecuado a las necesidades de información de los usuarios y del público en general.

b) Guía de estándares de calidad, que explican de manera sencilla el tipo de intervención/es y de atención que debe recibir el afectado, de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos.

c) Guía de autoayuda, que contiene enlaces a la mayor parte de los recursos analizados que se describen mas adelante.

El segundo tipo de recurso mas utilizado es el **enlace a páginas webs** de diversos organismos o fundaciones especializadas (29,7%) que a su vez, contienen información y materiales específicos para promover el autocuidado en los usuarios.

Por otra parte, los **videos y podcast** representan el 12,5% de los materiales. Ofrecen información visual o de audio, principalmente sobre experiencias de diversos afectados con el trastorno o tratamiento, también se utiliza como medio para enseñar distinto tipo de habilidades (sociales, relajación...).

Además, se encuentran **otros materiales** como **libros, folletos, instrumentos** (p.e. de autoevaluación/ monitorización de síntomas) y **cursos** de formación dirigidos a pacientes, familiares o cuidadores. En la Tabla 16 se presenta una síntesis de la cantidad y porcentaje de recursos agrupados en cada una de las categorías generales analizadas.

**Tabla 16**

*Síntesis de las características generales de los recursos incluidos en el estudio*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Nº (%)</b>
<b>Tipo de recurso</b>	Guía/Manual	25 (39%)
	Libro /Documento	4 (6,2%)
	Folleto	4 (6,2%)
	Curso	1 (1,5%)
	Página web	19 (29,7%)
	Instrumento (escala/cuestionario/autorregistro/otro)	2 (3,1%)
	Video/podcast	8 (12,5%)
	Otro: Línea de autoayuda	1 (1,5%)

<b>Formato</b>	Interpersonal (presencial/telefónico)	1 (1,5%)
	Pdf/Word/Excel	32 (50%)
	Audio/visual	8 (12,5%)
	Web/on-line	23 (36%)
<b>Fuente</b>	Clínicos locales	1 (1,6%)
	Cuerpos Nacionales de expertos/profesionales	7 (10,9%)
	Cuerpos Nacionales de expertos gubernamentales	30 (46,9%)
	Cuerpos Internacionales de expertos/profesionales	1 (1,6%)
	Organizaciones no Gubernamentales/ Fundaciones/ Asociaciones Nacionales	18 (28,1%)
	Organismo/Empresa Nacional	7 (10,9%)
<b>Idioma</b>	Inglés	54 (84,3%)
	Galés	10 (15,6%)
	Otro (*Traducción del contenido <i>on-line</i> a distintos idiomas)	19 (29,7%)
<b>Destinatarios</b>	Usuarios/Pacientes	55 (85,9%)
	Usuarios/Familiares y cuidadores	9 (14%)

### **Formato, fuente y destinatarios**

En consonancia con el punto anterior, el formato de presentación mas difundido corresponde a materiales descargables en pdf (50%) y al soporte on-line (36%).

La fuente principal es el propio NICE, que diseña y disemina casi el 47% de los recursos de implementación, seguido del 28,1% que son producidos por Fundaciones u Organismos no Gubernamentales Nacionales (como *Mental Health Foundation, Anxiety UK o Mind*), y casi un 11% están elaborados por cuerpos nacionales de profesionales (como el *Royal College of Psychiatrist*). Los materiales se dirigen especialmente a pacientes y personas que padecen

trastornos comunes de salud mental (85,9%), principalmente algún tipo de ansiedad, y un 14% están orientados al apoyo de los familiares y cuidadores.

### 9.5.3.2 Características específicas de los recursos dirigidos a usuarios

#### *Estrategias y objetivos*

Los elementos analizados se agruparon en torno a tres estrategias clave de implementación, que se sintetizan en la Tabla 17.

La más utilizada es el **desarrollo y distribución de materiales educativos** (64%), que ofrecen principalmente información sencilla sobre el contenido de las guías, las características del trastorno y sobre la intervención.

En segundo lugar, se encuentra la estrategia de **preparar a los usuarios para que puedan asumir un rol más activo y participativo** en el cuidado de su propia salud. Aquí se agrupan materiales cuyo objetivo principal es promover la autoayuda (15,6%) y el autocuidado (11%). Por ejemplo, orientaciones para desarrollar habilidades de relajación o de resolución de problemas, acceso a grupos de pares y blogs de ayuda, instrumentos de autorregistro y tareas para la casa, y asesoramiento para el manejo de síntomas, situaciones de crisis o prevención de recaídas.

La tercera estrategia se refiere al **desarrollo de herramientas y sistemas que permitan la monitorización de la calidad**. Un 9,4% de los materiales corresponde a guías de indicadores de calidad en una versión adaptada para los usuarios.

**Tabla 17**

*Síntesis de las estrategias de implementación y objetivos específicos de los recursos incluidos en el estudio.*

<b>Tipo de estrategia</b> N (%)	<b>Objetivo específico</b> N (%)	<b>Contenido/acción concreta a la que se dirige</b>	<b>N (%)</b>
<b>Desarrollo y distribución de material educativo</b> 41 (64%)	Información/ educación 41 (64%)	Contenido de las guías/recomendaciones	14 (21,9%)
		Características del trastorno/condición (síntomas, evolución, pronóstico, etc)	11 (17,2%)
		Información sobre la intervención (tratamiento/s, procedimiento/s, opciones, características, pros-contras...)	13 (20,3%)
		Información sobre servicios/atención social (recursos, ayudas, servicios disponibles).	3 (4,7%)
<b>Preparar a los pacientes para una participación activa</b> 17 (26,6%)	Autocuidado 7 (11%)	Programas/material de entrenamiento (habilidades de relajación, resolución de problemas, etc)	3 (4,7%)
		Material para el autorregistro o automonitorización de síntomas	2 (3,1%)
		Material/asesoramiento sobre el manejo de síntomas o situaciones especiales (p.e. crisis, recaídas)	2 (3,1%)
	Autoayuda 10 (15,6%)	Material de Apoyo/Acceso a grupos de pares	4 (6,2%)
		Acceso a apoyo-atención interactiva: telefónica, telemática (chats, mails, blogs).	1 (1,6%)
		Mixto, sin especificar	5 (7,8%)
<b>Desarrollo y aplicación de herramientas y sistemas de monitorización de la calidad.</b> 6 (9,4%)	Evaluación de servicios y calidad de la atención 6 (9,4%)	Monitorización de la calidad	6 (9,4%)

## 9.6. Discusión y conclusiones

### *Discusión*

El análisis de los resultados mas relevantes se desarrolla en tres puntos claves. En primer lugar, destacamos que tras la revisión de la literatura sobre el tema y el análisis de las principales taxonomías propuestas, detectamos una importante heterogeneidad en el sistema de clasificación de estrategias e intervenciones dirigidas a los usuarios, y falta de especificad en algunas descripciones. Por esta razón consideramos necesario que se avance en la unificación de criterios para definir acciones dirigidas a los usuarios y en la definición del papel que éstos desempeñan en el complejo proceso de implementación de las guías.

En segundo lugar, se sintetizan los principales hallazgos alcanzados en relación a las características generales de los recursos identificados. En esta línea, según diferentes autores, uno de los materiales de implementación para usuarios mas extendido y señalado es el desarrollo de versiones adaptadas de las guías clínicas (Boivin et al, 2010; Légaré et al, 2011; Flodgren et al, 2013). Sin embargo, en este estudio solo representan una pequeña proporción, en comparación con otras tipologías de guías o manuales detectados como las guías de ayuda, de información o de calidad, y en contraste con una variedad mas amplia de tipos de recursos en general, como las páginas web especializadas, videos, audios, folletos, libros, herramientas de autoevaluación o cursos. Esto pone en evidencia la existencia de múltiples tipos y formatos de presentación de los materiales de implementación, donde el diseño de los mismos es un aspecto relevante a tener en cuenta. En este sentido, todos los recursos localizados están diseñados específicamente para la población a la que se dirigen (pacientes o afectados, familiares, cuidadores o incluso al entorno laboral). Utilizan lenguaje y contenidos sencillos y adaptados a las necesidades de cada caso, los objetivos son concretos y la extensión suele ser mas bien breve. Además, para la elaboración de algunos formatos como los videos o *podcast* habitualmente se utilizan referentes

sociales significativos como transmisores de la información (p.e otros pacientes o miembros de asociaciones de afectados), que pueden mejorar la asimilación de los mensajes por parte de los usuarios. Estos hallazgos confirman dos de nuestras hipótesis. Una de ellas relacionada con la existencia de una variedad de recursos de implementación para los usuarios. En este sentido, encontramos incluso, una mayor diversidad de tipos de recursos que los que se describen en la literatura sobre el tema. En consonancia con esto, también habíamos hipotetizado que los materiales se diseñaban teniendo en cuenta las características de los destinatarios. En este caso, además de confirmar la hipótesis inicial, hemos detectado y descrito características particulares del diseño de los mismos que podrían tener implicaciones prácticas.

En la línea de estos hallazgos, distintos estudios destacan que la aplicación de acciones complejas que abarquen distintos objetivos, niveles y destinatarios, junto con el uso de materiales diseñados de manera específica y teniendo en cuenta las características de la población a la que se dirigen, aumenta la eficacia de las intervenciones (Grol & Grimshaw, 2003; Powell et al, 2014; Rashidian, et al, 2008). Por lo cual, los puntos antes expuestos podrían considerarse como elementos clave a tener en cuenta para la elaboración y diseminación de recursos de implementación.

Con respecto a las fuentes de elaboración, es decir, quienes diseñan o desarrollan estas herramientas, encontramos que si bien el NICE elabora casi la mitad de los materiales localizados, también existe una participación significativa de entidades externas o ajenas al propio organismo productor de las guías. Este hecho, podría interpretarse como el uso de estrategias de implantación relacionadas con la creación de alianzas o asociaciones de colaboración con grupos de profesionales o entidades no gubernamentales (Powell et al, 2015), con la finalidad de producir o difundir materiales que ayuden a la puesta en práctica de las recomendaciones. De este modo, el NICE asume un papel importante en la producción de materiales, pero también en la selección de otros ya existentes. Desde una visión global cabe destacar el valor de que los organismos públicos de

salud asuman responsabilidad en la elaboración de materiales específicos y bien diseñados, para garantizar la adecuación de los contenidos y formatos utilizados. Sin embargo, también es necesaria su implicación en la evaluación de la calidad y clasificación de aquellos recursos desarrollados y difundidos por otras entidades, grupos o empresas. Debido, en primer lugar a la gran cantidad de información y materiales disponibles, sobre todo relacionados con la autoayuda. En segundo lugar, porque en muchas ocasiones los usuarios no cuentan con herramientas suficientes para valorar la idoneidad de los mismos o detectar sesgos en la información. Esto pone de relieve la necesidad de que se definan unos criterios claros de evaluación de la calidad de los recursos. Por otra parte, ofrecer acceso a materiales ya “filtrados” y organizados puede aportar mayor seguridad a los usuarios y aumentar la eficacia de las estrategias de implementación empleadas.

El último eje de discusión se relaciona con las estrategias de implementación empleadas, que pueden resumirse en tres cuestiones claves. La primera, se refiere a la estrategia de brindar información y educación en torno a distintas cuestiones (trastorno, síntomas, evolución, opciones de tratamientos, etc). La segunda, se relaciona con las acciones para aumentar la participación de los usuarios en el cuidado de su propia salud. En este sentido, los recursos de autoayuda y autocuidado permiten a pacientes, familiares o cuidadores aumentar los sentimientos de control y autoeficacia en torno al cuidado de su propia salud, al ofrecer no solamente recursos de apoyo, sino también mejorar las habilidades de afrontamiento y de manejo en diversas áreas. Algunos estudios destacan que los usuarios con problemas de salud mental manifiestan la necesidad de recibir información y aumentar su participación en la recuperación de su propia salud (Banfield, Barney, Griffiths & Christensen, 2014; Owens, Ley & Aitken , 2008; Tlach et al., 2014). Ambos tipos de estrategias contribuyen a mejorar la “alfabetización en salud” (*health literacy*) (Coulter & Ellins, 2007). Estas acciones aumentan la conciencia de los usuarios sobre la propia situación o condición y pueden favorecer la participación en el proceso de toma de decisiones (Berry & Haddock, 2008; Legaré et al., 2009). En esta línea, se reconoce que en la práctica hay un bajo nivel de implementación de la metodología de toma de decisiones

compartidas debido, entre otras cosas, a la escasez de herramientas para implicar a los pacientes en el proceso (Van Dulmen et al, 2013). En dicho contexto cobra una especial relevancia la disponibilidad de instrumentos dirigidos a dotar de recursos a los afectados para que puedan asumir un rol más activo en este proceso de toma de decisiones. Este último elemento es clave en la atención centrada en la persona y un objetivo fundamental de las guías de práctica clínica (Millars et al., 2015). Estos aspectos descritos confirman las hipótesis de que los sistemas más avanzados involucran a los usuarios en el proceso de implementación a través de distintas estrategias y, por otra parte, se confirma que estas estrategias siguen los principios de la atención centrada en la persona.

La tercera estrategia de implementación detectada es la implicación de los usuarios en la evaluación de la calidad de los servicios, que es una de las más actuales, aunque poco mencionada en la literatura (Thornicroft et al, 2010). Las guías de estándares de calidad (NICE, 2011c, 2014) no se orientan simplemente a obtener *feedback* de los pacientes o recoger resultados clínicos, sino que abordan cuestiones más amplias, como el uso del consentimiento informado o la toma de decisiones compartidas. Estas pueden promover el empoderamiento de los usuarios, al ofrecerles una herramienta para contrastar el grado de acuerdo entre las intervenciones y trato que reciben, y las recomendaciones. De este modo pueden juzgar la atención en base a unos criterios claros y demandar una intervención ajustada al cumplimiento de las guías.

### ***Limitaciones***

Una de las principales limitaciones de este estudio se refiere a la utilización de una única fuente de información (la página web del NICE). De esto se desprenden sugerencias para futuras investigaciones, como la ampliación de la estrategia de búsqueda y el incremento de las fuentes de información, con el objetivo de identificar y analizar otros tipos de estrategias y recursos, por ejemplo, de carácter más general (como campañas de sensibilización o publicidad), o de tipo interactivo o presencial (como encuentros, talleres, etc).

## ***Conclusiones***

Este estudio presenta una compilación y síntesis cualitativa de las características de diversos recursos de implementación dirigidos a usuarios que puede contribuir al desarrollo de nuevos materiales y estrategias para la puesta en práctica de guías clínicas. Si bien se centra en la implantación de guías de trastornos comunes de salud mental, algunos resultados claves pueden ser aplicados a otros contextos y trastornos.

El análisis revela que el diseño de los recursos desempeña una función muy significativa. Tanto las características del contenido como del formato pueden mejorar, no solo la implantación de recomendaciones más clínicas, sino también favorecer los procesos de toma de decisiones compartidas y la atención centrada en la persona.

Resaltamos el importante papel que desempeñan los usuarios en el proceso de implementación y, en contraposición, la escasa atención que se ha dedicado a su rol en la literatura. Se sugiere la necesidad de unificar criterios de evaluación de recursos y materiales, y profundizar en la descripción de estrategias de implementación focalizadas en los usuarios.



# Bloque III

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES



## Capítulo 10

### Discusiones y conclusiones finales

En los capítulos anteriores se han presentado de manera detallada los principales resultados, discusiones y conclusiones de cada uno de los estudios que componen esta Tesis. En este capítulo, se presentan las discusiones y conclusiones finales, con el objetivo de integrar y sintetizar los principales hallazgos, implicaciones y limitaciones derivadas de este trabajo de Tesis Doctoral.

### **10.1. Discusiones y conclusiones finales**

El concepto de salud mental y el abordaje de estos problemas ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas, intentando alejarse cada vez más de los modelos biomédicos o psiquiátricos tradicionales en beneficio de una perspectiva más integral y biopsicosocial. Sin embargo, en el terreno de la investigación y, sobre todo, en el de la práctica, estos modelos continúan vigentes. La incorporación de disciplinas como la psicología al campo de la salud mental y en los sistemas de salud pública es reciente en algunos países, y todavía inexistente en otros. Consideramos que el tema elegido para este trabajo puede tener una importante relevancia en el contexto actual de transformación y evolución de diversos sistemas de salud, y en la línea de la descentralización de los servicios y la incorporación de nuevos modelos de atención en el ámbito de la salud mental.

La elección del enfoque para el desarrollo de esta Tesis Doctoral ha sido doble. Por una lado, nos posicionamos desde un enfoque sanitario, preocupados por el funcionamiento y organización de los servicios que prestan atención a los problemas psicológicos y de salud mental. Por otro lado, a partir del enfoque de la metodología basada en la evidencia, nos centramos tanto en los procesos de desarrollo e implementación de guías de práctica clínica, como en las políticas sanitarias y de salud mental basadas en la evidencia.

En los capítulos de marco teórico se ha mencionado que existen importantes limitaciones y dificultades para evaluar las políticas y servicios de salud mental. Debido principalmente, a la ausencia de indicadores claros y a la escasez de instrumentos específicos para ello (Cooper, 2003; Guimón et al, 2002; Hamid et al., 2008). Por este motivo, se recomienda la aplicación de múltiples metodologías de investigación, donde destacan los métodos de recogida de información cualitativa, como las encuestas, entrevistas o grupos focales, que permiten la exploración de las características de cada realidad particular (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009; *National Health and Medical*

*Research Council*, 2000; NICE, 2007, 2013). Junto a lo expuesto anteriormente, se resalta también el papel de la metodología de revisiones sistemáticas, que constituye un procedimiento potente para la identificación y síntesis de las evidencias, avances, tecnologías e innovaciones que se desarrollan en el ámbito de la salud (Knapp, McDaid, Mossialos & Thornicroft, 2007). Esto fundamenta y le da sentido a la elección de este tipo de metodologías y a la elaboración de un instrumento *ad-hoc*, para acercarnos al conocimiento de un objeto de estudio tan complejo como el que nos ocupa.

Hemos planteado un proceso de investigación con una serie de estudios orientados a conocer, por un lado, la situación asistencial en un contexto de salud pública representativo de la realidad (centros de atención primaria de Córdoba). Por otro lado, nos propusimos explorar otras alternativas de abordaje e implementación más eficaces en sistemas avanzados o de referencia (como el NICE). Los resultados del primer estudio, nos han llevado a confirmar la hipótesis inicial de que en la realidad analizada se encontrarían múltiples deficiencias para la implementación de tratamientos eficaces para los problemas de salud mental. Los datos descriptivos corroboran que existe una alta demanda de atención para este tipo de problemas en atención primaria y que dentro de ellos, los más frecuentes son los problemas menores o trastornos comunes; en la línea de numeroso estudios e informes nacionales e internacionales (DeVicente & Magán, 2009, Latorre et al., 2005; López et al., 2006; Serrano, 2006; OMS, 2001,2008,2013,2015; Parlamento Europeo, 2009; WHO, 2015). Junto con esto, se ha constatado la existencia de una importante brecha entre el tipo de intervenciones que se aplican en la realidad asistencial de los centros de salud analizados, y el tipo de abordajes y tratamientos recomendados en los estudios, informes, planes y guías locales, nacionales e internacionales. Mas allá del análisis descriptivo de esta situación, las deficiencias encontradas pueden ser entendidas y analizadas en términos de barreras, que dificultan la implementación de las recomendaciones vigentes.

En el marco teórico de nuestra Tesis hemos definido la implementación como un proceso complejo que tiene el objetivo último de facilitar que las evidencias e innovaciones se apliquen en la práctica (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Grol et al., 2013). Este proceso implica una interrelación entre las barreras que se encuentran en cada realidad y las acciones o estrategias que se aplican para contrarrestarlas. Desde esta perspectiva, en este primer estudio, identificamos diferentes barreras que se asocian a los profesionales, a la organización y a la estructura principalmente. A continuación, presentamos una síntesis de las mismas y un análisis de los posibles efectos que estos factores podrían estar teniendo en el desarrollo de las prácticas profesionales y en la prestación de estos servicios.

Las principales barreras detectadas, relacionadas con los **profesionales** son las siguientes:

- deficiente formación en temas de salud mental en MIR y en el puesto de trabajo,
- escasa información sobre la existencia de guías y recomendaciones,
- percepción de bajo nivel de habilidades para el diagnóstico y tratamiento de estos problemas,
- percepción de un alto grado de desgaste emocional,
- percepción de baja autoeficacia en la tarea.

Los **problemas organizativos y estructurales** mas importantes, serían los siguientes:

- escaso o nulo trabajo en equipo,
- escasas o nulas reuniones de coordinación e intercambio con equipos especializados,
- escasas derivaciones e interconsultas con servicios especializados,
- insuficiente tiempo de consulta,
- falta de personal sanitario formado,
- ausencia de otras figuras profesionales afines (p.e. psicólogos, enfermeros con formación en salud mental).

La combinación de estos factores podría estar favoreciendo el surgimiento de las siguientes prácticas identificadas en este estudio:

1. Excesiva prescripción de psicofármacos como principal modo de abordaje
2. Bajo nivel de aplicación del consentimiento informado, con la consecuente falta de participación de los usuarios en el proceso de toma de decisiones.
3. Bajo nivel de coordinación entre niveles
4. Baja calidad de la prestación que se ofrece

A su vez, la combinación de estas múltiples barreras y su influencia sobre las prácticas, podría estar contribuyendo a generar los siguientes resultados sanitarios,

1. Sobrecarga asistencial e hiperfrecuentación en los servicios
2. Sobrecarga laboral de los médicos de familia
3. Bajo nivel de satisfacción con la tarea
4. Desajuste entre las recomendaciones y la práctica

Estos hallazgos reflejan también la complejidad del funcionamiento de los servicios sanitarios y la presencia de múltiples factores que ejercen influencia en distintos niveles. En la línea de los postulados de Powell et al. (2012, 2015), estas barreras también pueden originar distintos tipos de resultados, tanto en las prácticas directas de los profesionales, como en la prestación de los servicios, e incluso, en los resultados clínicos de los pacientes. Es por ello que los procesos de implementación, orientados a disminuir esas barreras, son también complejos. Tal y como se ha reflejado en los hallazgos de los estudios 2 y 3, los procesos de implantación requieren de la evaluación exhaustiva de las características de cada contexto y del diseño de planes, estrategias y recursos específicos, dirigidos a influir sobre los diversos factores intervinientes y sobre los distintos niveles implicados.

En los estudios de revisión de estrategias y recursos de implementación, hemos confirmado la hipótesis de que los sistemas más avanzados diseñan planes

sistematizados y recursos más especializados. Además ha quedado reflejado el importante papel que estos elementos desempeñan en la disminución o eliminación de barreras. Por otra parte, se han recopilado una serie de estrategias que se aplican para mejorar la puesta en práctica de las guías y recomendaciones de tratamiento de problemas comunes de salud mental. Donde destacan las acciones dirigidas a los profesionales, por ejemplo, educación, formación y apoyo en la toma de decisiones compartidas (entre profesionales y usuarios). Junto con las estrategias organizativas y estructurales, como el diseño de vías de atención y sistemas de recordatorio, que mejoran la coordinación entre niveles y favorecen que la toma de decisiones clínicas sean más acordes a las recomendaciones. Otra estrategia fundamental identificada, es la evaluación y monitorización de la práctica, tanto desde los profesionales y gestores como desde los propios usuarios como reguladores de la prestación que se les brinda.

Como puede apreciarse, las principales estrategias aplicadas desde el NICE (relacionadas con los profesionales, organizativas y estructurales), están dirigidas a disminuir el tipo de barreras detectadas en el primer estudio. Por lo cual, es adecuado pensar que la aplicación de este tipo de estrategias y recursos recopilados, provenientes de un sistema más avanzado, podría contribuir a disminuir las barreras encontradas en contextos reales y más próximos, como el analizado en el estudio 1. Cabe destacar, que esta aplicación no debe ser entendida en términos de trasvase de soluciones desde una realidad a otra. Los elementos claves descritos, pueden ser considerados como orientaciones para el diseño de planes y materiales propios, ajustados a las características y recursos de cada contexto.

En esta línea, consideramos que la evaluación y monitorización de las acciones y tratamientos que se ponen en marcha en un determinado contexto, es una tarea fundamental para conocer la calidad de los servicios que se prestan, y para valorar el grado real de implementación que se hace de las recomendaciones que se diseñan y difunden desde los propios sistemas de salud. Estas acciones permiten conocer además, los alcances, limitaciones y posibles efectos que estas

prácticas pueden tener a nivel de cobertura y calidad de los tratamientos que se ofrecen a los usuarios. Por otra parte, el conocimiento de estos elementos son el punto de partida para el diseño y aplicación de acciones orientadas a disminuir las barreras detectadas y para la introducción de mejoras.

## **10.2. Síntesis de las principales aportaciones**

En líneas generales, podemos considerar que este trabajo de Tesis ha desarrollado diversas contribuciones, principalmente en el conocimiento de barreras y estrategias de implementación en el ámbito de los trastornos y problemas comunes de salud mental. Un campo escasamente abordado en la literatura.

Además, ha desarrollado algunos aportes que podrían tener implicaciones prácticas tanto a nivel de los profesionales, como de los gestores, para orientar la toma de decisiones en términos de organización y planificación de acciones de salud mental en el contexto de los sistemas sanitarios. Estas aportaciones de carácter más aplicado se resumen a continuación.

- Elaboración de un instrumento para la evaluación de la atención a trastornos y problemas comunes de salud mental, en servicios de atención primaria
- Recopilación de estrategias de implementación que se aplican en el ámbito específico de la atención a trastornos comunes de salud mental
- Recopilación de recursos y materiales que se utilizan como herramientas de apoyo a la implementación de tratamientos basados en la evidencia para problemas comunes de salud mental
- Síntesis de elementos claves para el diseño de estrategias y recursos en el ámbito de los problemas comunes de salud mental
- Síntesis de elementos claves para el diseño de estrategias y recursos dirigidos a usuarios, en el ámbito de los problemas comunes de salud mental

### **10.3. Limitaciones y líneas futuras de investigación**

A continuación se presentan las limitaciones de este trabajo de Tesis, las mismas podrían ser mejoradas o resueltas en futuras investigaciones.

La primera de ellas se relaciona con la representatividad de la muestra del primer estudio, que fue realizado con médicos de familia de centros de atención primaria de Córdoba. Podemos suponer que el tipo de tratamientos que se describen en esta realidad asistencial es semejante al que podríamos encontrar en otros centros de otras localidades o ciudades; debido a que los elementos fundamentales del modelo de atención a problemas de salud mental en atención primaria a nivel Nacional, se centran en la figura del médico de familia y en la colaboración entre niveles, igual que en la muestra estudiada. Sin embargo, es importante considerar que también existe cierta variabilidad en la organización de los servicios y distribución de recursos entre Comunidades Autónomas. Por ello, este estudio podría ser considerado como un estudio piloto. La ampliación de la muestra a otros centros de atención primaria de distintas Comunidades Autónomas, podría aportar información más representativa de la realidad Nacional.

Una segunda limitación, se relaciona con el cuestionario utilizado, que ha sido elaborado *ad-hoc*. Consideramos que una nueva revisión por grupos de expertos y su aplicación a otros contextos, podría mejorar la calidad y aplicabilidad de este instrumento. En esta misma línea, una interesante vía para futuras investigaciones es la adaptación del cuestionario a otros grupos de la población involucrados. De acuerdo con los modelos más actuales que se están aplicando en el campo de la salud mental, relacionados con la atención centrada en la persona y la participación de los usuarios en los procesos de toma de decisiones, consideramos que la percepción de los pacientes sobre el tipo de atención que reciben, podría aportar información complementaria y fundamental para la organización y planificación de servicios.

Otras limitaciones podrían relacionarse con las fuentes utilizadas en los estudios de revisión. Nos hemos centrado en una única fuente de información, que ha sido la página oficial del NICE. Si bien esta es una de las pocas instituciones que difunde gran cantidad de información y materiales de acceso abierto y gratuito, solo hemos incluido información publicada *online*, principalmente por las dificultades de acceso a otro tipo de datos o en otros formatos.

Consideramos que una línea para futuras investigaciones sería la revisión de estrategias utilizadas por otros organismos públicos. Esto podría aportar una panorámica comparativa de las acciones y materiales de implementación aplicados en distintos países y contextos.

## ***Reflexión final***

A modo de cierre, quisiéramos hacer una breve reseña al título de esta Tesis: “Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia”. Con él, hemos querido reflejar la motivación que ha guiado este trabajo.

Nuestra intención no ha sido la comparación entre sistemas públicos avanzados versus sistemas más deficitarios. Sino la de conocer distintas realidades sanitarias, con el objetivo de identificar y describir aquellos elementos que influyen sobre la puesta en práctica de los tratamientos más eficaces disponibles. Con la convicción de que el avance en el conocimiento de las características claves de los sistemas que están demostrando ser más eficientes en la atención de los problemas comunes de salud mental, puede orientar la toma de decisiones en términos de políticas sanitarias y aportar luz, sobre los elementos que son necesarios cambiar, para superar barreras de implementación y mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen en los sistemas menos desarrollados.

La salud mental es un problema de salud pública, y un derecho de los afectados. Por esto, consideramos que los sistemas sanitarios deben garantizar la aplicación de tratamientos eficaces y el acceso de los usuarios a una atención adecuada para los mismos.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Alarcón, R. (2013). DSM-5 y la Psiquiatría Latinoamericana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(2), 61-62.
- Almeida, J. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (4-5), 314-326.
- Altson, C., Loewenthal, D., Gaitanidis, J. y Thomas, R. (2015). What are the perceived implications, if any, for non-IAPT therapists working in an IAPT service?. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(4). Doi: 10.1080/03069885.2014.962485.
- Alvarez, E. y Crespo, M. (2002). Detección de los trastornos psicopatológicos en atención primaria: resultados de un estudio epidemiológico en una consulta ambulatoria. *Anales de Psiquiatría*, 18, 398-406.
- American Psychiatry Association, APA. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andrews, G.; Sanderson, K., Corry, J. y Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- American Psychiatry Association, APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Aparicio, V. (1993). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN.
- Aragón, E., Piñol, J, y Labad, A. (2006). The over-diagnosis of depresión in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23 (3), 363-368.
- Araña, M. (2008). *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Disponible en [http://www.seg\\_social.es/stprio0/groups/public/documents/binario/116335.pdf](http://www.seg_social.es/stprio0/groups/public/documents/binario/116335.pdf).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), (2005). El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. Disponible en

<http://www.observatorio-aen.es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-nespa/index.php> .

- Baker, T.B., McFall, R., y Shoham, V., (2008). Current Status and Future Prospects of Clinical Psychology. Toward a Scientifically Principled Approach to Mental and Behavioral Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9 (2): 67-103.
- Balanza, P. (2008). Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España. *Norte de Salud Mental*, 31, 52-56.
- Banfield, M. A., Barney, L. J., Griffiths, K. M., & Christensen, H. M. (2014). Australian mental health consumers' priorities for research: Qualitative findings from the SCOPE for Research project. *Health Expectations*, 17(3), 365-375.
- Barbui, C., Girlanda, F., Ay, E., Cipriani, A., Becker, T., y Koesters, M. (2014). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1: CD009780. Doi: 10.1002/14651858.CD009780.pub2 .
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press, USA.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Annual review of clinical psychology*, 9, 1-27.
- Bauer, M.S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(3): 138-153.
- Berlinck M, Magtaz A, y Teixeira M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 1, (1), 21-28.
- Berry, K., & Haddock, G. (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(4), 419-436.
- Bijl, D., van Marwijk, H., de Haan, M., Van Tilburg, W., y Beekman, A. (2004). Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis

- and treatment of depression in primary care. *European Journal of General Practice*, 10, 6–12.
- Bird, V.J., Le Boutillier, C, Leamy. M., Williams, J., Bradstreet, S., y Slade, M. (2014). Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: standardised measure and reporting guidelines. *British Journal of Psychiatry*, 204(4): 316-321. Doi: 10.1192/bjp.bp.113.128314.
- Bonfill, X., (2000), *Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia: Algunas propuestas para los partidarios de impulsar su formación*, Sanidad y Madrid, España: Ediciones (SANED).
- Bower, P., y Gilbody, s. (2005 a). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 168(1). Doi: 10.1192/bjp.186.1.11.
- Bower, P., y Gilbody, s. (2005 b). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal*, 7495(330), 839–842. Doi: 10.1136/bmj.330.7495.839.
- Brouwers, M., Kho, M.E., Browman, G.P., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers B, Hanna. S., Makarski, J., on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. (2013). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association*, 182:39-842; doi: 10.1503/cmaj.090449.
- Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Panteli, D., Turk, E., Knai, C., Saliba, V., ... Busse, R. (2012). Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. *Health Policy*, 107, 168-183.
- Byng, R. y Gask, L. (2009). Improving access to psychological therapies: implications for mental health care in general practice. *British Journal of General Practice*, 59(1), 640-641.
- Cairns, M. (2014). Patients who come back: Clinical characteristics and service outcome for patients re-referred to an IAPT service. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 1(14). Doi:10.1080/14733145.2013.770895.

- Camacho-Arce, C., Caballero-Baldivieso, D., & Venegas-Arzabe, F. (2009). Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*, 25(6), 511-7.
- Carrión-Camacho, M. R., Martínez-Brocca, M. A., Paneque-Sánchez-Toscano, I., Valencia-Martín, R., Palomino-García, A., Muñoz-Durán, C., ... y Campos-Pareja, A. M. (2013). Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(4), 254-258.
- Castro, L. (2014). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En Caballo, V. E., Torres, I. C. S., & Isabel, J. A. C. (2º edición). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 45-79). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chambless, D. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685.
- Chislom, D., Sanderson K., Ayuso-Mateos, J., y Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression: Population level analysis of intervention Cost-effectiveness in 14 world regions. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327.
- Clatney, L. y MacDonald, M.(2008). Mental health care in the primary care setting family physicians perspectives. *Canadian Family Physician*, 6, (54), 884-889.
- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC) (2011). *Data collection checklist*. Canada: Institute of Population Health, University of Ottawa.
- Collings, S. (2005). Disability and the detection of mental disorder in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, (12), 994-1002.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental*. Brusela: Autor.

- Commission of the European Communities (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxemburgo: Autor.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2012). *Manual básico para una atención en salud mental basada en la evidencia*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud.
- Cooper, B. (2003). Evidence-Based mental health policy: a critical appraisal. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 105-113.
- Coulter, A., y Ellins, J. (2007) Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335, 24-27.
- Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. ... Tyrer P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325, 1-5.
- Davis, D., Goldman, J., y Palda, V. (2007). *Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Canadá: Canadian Medical Association:
- Davis, D., y Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*. 157 (4), 408-416.
- Department of Health. Mental Health Division (2008a). *Commissioning IAPT for the whole community. Improving Access to Psychological Therapies*. London: DH.
- Department of Health (2012). *IAPT three-year report. The first million patients*. Recuperado de <http://www.iapt.nhs.uk/news/iapt-3-year-report--the-first-million-patients-november-2012/> .
- Department of Health. CSIP Choices and Access Team (2008 b). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Commissioning Toolkit*. London: CSIP Wellington House.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 427-436.
- DeVicente, A., y Berdullas, S. (2009). Expertos reclaman un nuevo modelo asistencial con presencia de psicólogos en atención primaria. *Infocop* (42), 39-40.

- DeVicente, A., y Magán, I. (2009). El parlamento Europeo se compromete a priorizar la salud mental. *Infocop* (42), 41-42.
- Dewa, C. S., Hoch, J. S., Lin, E., Paterson, M., & Goering, P. (2003). Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 507-513.
- Duncan, B. L., y Reese, R. J. (2013). Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Irving (Eds.), *Handbook of psychology* (2nd ed., 489-513). New York, NY: Wiley.
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C.M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A... OLomu, A., (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Systematic Review*, doi:10.1002/14651858. CD003267.pub2.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99.
- Echevarria, C., García, J., y Zarco, M.J. (2001). Asistencia basada en la evidencia. Una aplicación de la medicina basada en la evidencia para la gestión científica. *Rehabilitación*, 35(6):329-336.
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) (2002). *EPOC Taxonomy*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Recuperado de: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>
- Espie, C.A. (2009). "Stepped Care": A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. *Sleep*, 32(12), 1549-1558.
- European Organization for Quality (1992). *Modelo Europeo de Excelencia EFQM*. Bruselas: Unión Europea.
- Fernandez, A., Haro, J., Codony, M., Vilagut, G, Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... y Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1), 9-20.

- Flodgren, G., Eccles, M.P., Grimshaw, J., Leng, G.C., y Shepperd, S. (2013). Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database Systematic Review*, 8, 1-12.
- Fogarty, C., Sharma, S., Chety, V., y Culpepper, L. (2008). Mental health conditions are associated with increased health care utilization among urban family medicine patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(5), 398-407.
- Franx, G., Niesink, P., Swinkels, J., Burgers, J., Wensing, M., y Grol, R. (2011). Ten years of multidisciplinary mental health guidelines in the Netherlands. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 371-378
- Gagliardi, A.R., Brouwers, M.C., Palda, V.A., Lemieux-Charles, L., y Grimshaw, J.M., (2011). How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implementation Science*, 6,26.
- Gask, L., (2007). Improving the quality of mental health care in primary care settings: a view from the United Kingdom. *European Journal of Psychiatry*, 21(1), 17-24.
- Gilbody, D. (2004). Review: disease management programmes improve detection and care of people with depression. *Evidence-Based Mental Health*, 7(3) 80.
- Gili, M., García Campayo, J., y Roca, M., (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 4(28), 104-108.
- Gillard, S., Adams, K., Edwards, C., Lucock, M., Miller, S., Simons., L, ... white, S., y The Self Care in Mental Health research team (2012). Informing the development of service supporting self-care for severe, long term mental health conditions: a mixed method study of community based mental health initiatives in England. *British Medical Journal*, 12, 189. doi:10.1186/1472-6963-12-189.
- Glover, G., Webb, M., y Evison F. (2010). Improving access to psychological therapies: a review of the progress made by sites in the first rollout year. North East Public Health Observatory. Recuperado de <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-a-review-of-the-progress-made-by-sites-in-the-first-roll8208-out-year.pdf>.

- Grol, R., Wensing, M., Bosch, M., Hulscher, M., y Eccles, M. (2013a). Theories on implementation of change in healthcare. En Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., y Davis, D. (Second edition), *Improving patient care. The implementation of change in health care* (cap 2). Reino Unido: BMJ Books.
- Grol, R., y Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Research into practice I. Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grol, R., y Wensing, M. (2013b). Principles of implementation of change. Implementation of changes in health care: a complex problem. En Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., y Davis, D. (Second edition), *Improving patient care. The implementation of change in health care* (Cap 1). Reino Unido: BMJ Books.
- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud- Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02.
- Grupo género y salud-SESPAS (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- Guimón, J., Baro, F.C., Becker, T., Breier, P., Czabala, J.C., Dilling, H... y Bramesfeld, A. (2002). Grupo de trabajo de la OMS sobre Evaluación en salud Mental: Reflexiones tras una experiencia de tres años de trabajo. *The European Journal of Psychiatry (edición en español)*, 4(16), 228-235.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Vist, G.E., Falck-Ytter, Y., y Schünemann, H.J. (2008). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*, 336, 995-998.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., ... y GRADE Working group (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924-926.
- Gyani, A., Shafran S., Layard, L., y Clarck D. (2011). Enhancing Recovery Rates in IAPT Services: Lessons from analysis of the Year One data. Recuperado de:

<http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/enhancing-recovery-rates--iapt-year-one-report.pdf>.

Hamid, H., Abanilla, K., Bauta, K., y Huang, K. (2008). Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, (6), 467-473.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getdoc.do?language=ES&reference=A6-0034/2009#title3>.

Harding, E., Pettinari, C.J., Brown, D., Hayward, M., y Taylor, C. (2011). Service user involvement in clinical guideline development and implementation: learning from mental health service users in the UK. *International Review of Psychiatry*, 22, 352-357.

Higgins, J.P. y Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 5.1.0*. The Cochrane collaboration. Disponible en [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)

Hollon, S., Stewart, M., y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

Honikman, S., van Heyningen, T., Field, S., Baron, E., y Tomlinson, M. (2012) Stepped Care for Maternal Mental Health: A Case Study of the Perinatal Mental Health Project in South Africa. *PLoS Medicine* 9(5). doi:10.1371/journal.pmed.1001222.

<http://whqlibdoc.who.int/hg/2001/whonmhmsdmmps.3spa.pdf>.

Iglesias, C., Gonzalez, I., Ardura, J., Naves, C., Franco, A., Alonso, M., y Alvarez-Riesgo, J. (2004). Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documentos de derivación (OMI-AP y tradicional). *Revista de Calidad Asistencial*, 19, 319-322.

Infante, A., De la Mata, I., López, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-2(8), 13-20.

Infocop (2009). Atención Psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido. *Infocop*, (42), 56.

- Infocop Online (2007). *La salud mental está desatendida en España*. Disponible en [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2028](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2028) .
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397.
- Institute of Medicine-IOM (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington DC, USA: The National Academies Press.
- Jenkins, M., Mc Daid, D., Brugha, T., Cutler, P., y Hayward, R. (2007). Base de evidencia en la política y la práctica de Salud Mental. Cap. 5. En M. Kanapp, D. Mc Daid, E. Mossialos, G. Thornicroft, *Salud Mental en Europa: Políticas y práctica. Líneas futuras en Salud Mental*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. 113-140.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 16-23.
- Katon, W.J., Lin, E., Von Korff, M., Ciechanowski P, Ludman, E.J., y Young, B.(2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2611-2620. DOI: 10.1056/NEJMOa1003955.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3),146-159.
- Kendall, T., Glover, N., Taylor, C., y Pilling, S. (2011). Quality, bias and service user experience in healthcare: 10 years of mental health guidelines at the UK National Collaborating Centre for Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 42-351.
- Kendrick, T., y Pilling, S. (2012). Common Mental Health Disorders. Identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *British Journal in General Practice*, 62(594), 47-49.

- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., y Thornicroft, G (2007). Salud Mental en Europa: Políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Latorre, J., López, J., Montañés, J., y Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36 (2), 85-92.
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., y Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45.
- Légaré, F., Boivin, A., van der Weijden, T., Pakenham, C., Tapp, S., & Burgers, J. (2009). A knowledge synthesis of patient and public involvement in clinical practice guidelines: study protocol. *Implementation Science*, 4(1), 30.
- Legido-Quigley, H., Panteli, D., Brusamento, S., Knai, C., Saliba, V., Turk, E, ... y Busse, R. (2012). Clinical guidelines in the European Union: Mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. *Health Policy*, 107, 146-156.
- León, O., y Montero, I. (2000). *Diseño de Investigaciones*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Lester, H. (2005). Shared care for people with mental illness: a GPs perspective. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11; 133-139.
- Lethinen, V., y Riihonen, E., (2000). *Promotion of Mental Health on the European Agenda*. Report. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, department of Prevention and Promotion.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P.C., Ioannidis, J.P., ... y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *British Medical Journal*, 339:b2700.
- López, C., Serrano, R., Valverde, A., Casabella, B., y Mument; X. (2006). ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotrópicos en atención primaria? *Atención Primaria*, 8(37), 446-451.

- Lorenzo, S., Solves, J. J. M., Buil, J., & Marín, J. R. (1999). Concepto y modelos de calidad: hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del psicólogo*, (74), 1.
- Luciano, J., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Pinto-Meza, A., Palao, D., Mercader, M., y Haro, J. (2009). Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Atención Primaria*, 41, 131-140.
- Luzio, C., y L'Abate, S. (2006). A reforma psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e tecnico-asistenciais das experiencias de Sao Paulo, Santos e Campinas. *Interface*, 10(20), 281-98.
- Magruder, K., y Yeager, D. (2007). Mental Health Problems in Primary Care: Progress in North America. *European Journal of Psychiatry*, 21(1), 55-61.
- Martín, C., Pedrosa, R., Herrero, J., Luna, J., Ramírez, P., y Sáez, J., (2002). Atención a la patología mental en un centro de salud rural. *Medicina de Familia*, 3(3), 165-171.
- Mazza, D., Bairstow, P., Buchan, H., Chakraborty, P., Van Hecke, O., Grech, C., y Kunnamo, L., (2013). Refining a taxonomy for guidelinen implementation: results of an exercise in abstract classification. *Implementation Science*, 8, 32-42.
- Michie, S., Pilling, S., Garety, P., Whitty, P., Eccles, M., Jhnston, M., ... y Simmons, J., (2007). Difficulties implementig a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. *Implementation Science*, 2, 8.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: psicopatología de las emociones. En F. Palmero, EG Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Cholíz (eds). *Psicología de la motivación y la emoción* (pp. 571-81). Madrid:McGraw-Hill.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en salud Mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo*. Madrid: FEAFES.
- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces= Evidence-based

- psychology and the design and assessment of efficient psychological treatments. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Mustaca, A.E. (2004). Tratamiento psicológico eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (1), 11-20.
- Mustaca, A.E., (2004). El ocaso de las Escuelas de Psicoterapia. *Revista Mexicana de psicología*, 2 (2), 105-118.
- National Health and Medical Research Council NHMRC (2000). *How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies*. Handbook series on preparing clinical practice guidelines. Canberra, Australia: NHMRC.
- National Health Service NHS (2015). Improving Access to Psychological Therapies. About iapt. Recuperado de <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/> .
- National IAPT Programme Team. Mental Health (2011). *The IAPT Data Handbook. Guidance on recording and monitoring outcomes to support local evidence-based practice*. Version 2.0. Area 226 London: Wellington House.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2011c). *Commissioning stepped care for people with common mental health disorders*. Commissioning guides 41. London: NICE.
- National Institute for Health and Care excellence NICE. (2011a). *Common mental health disorders. Identification and pathway to care*. NICE clinical guideline 123. London: NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2005b). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. NICE clinical guideline 26. London: NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2009b). *Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management*. NICE clinical guideline 91. London: NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2013a). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. NICE clinical guideline 159. London: NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2013b). *Into practice guide*. London: NICE.

- National Institute for Health and Care Excellence NICE. (2014). *Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods guides*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2005a). *Obsessive-compulsive disorder. Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. NICE clinical guideline 31. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2007). *How to change practice. Understanding, identify and overcome barriers to change*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2009a). *Depression in adults. The treatment and management of depression in adults*. NICE clinical guideline 90. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2011b). *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (with or without agoraphobia). Management in Primary, secondary and community care*. NICE clinical guideline 113. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2009c). *The Guidelines Manual*. London: NICE. Recuperado de [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2012). *Process and methods guides. The Guidelines Manual*. London: NICE. Recuperado de <http://publications.nice.org.uk/pmg6>.
- New Zealand Guidelines Group (2001). *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington, New Zealand: Autor.
- Olfson, M. y Marcus, S.C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1456-1463.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2001a). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2001b). *Proyecto de Políticas de Salud Mental. Paquete de Orientación sobre Política y Servicios*. Recuperado de

Organización Mundial de la Salud OMS (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica*. Informe compendiado. Ginebra: Oficina de publicaciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2005a). *Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.feafes.com/FEAFES/DocuemntosElectronicos/capitulo11229/conferencia+ministerial+de+la+OMS.htm>

Organización Mundial de la Salud OMS (2005b). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de salud Mental-Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Versión 2.1.* Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHOAIMS\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud OMS (2008a). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, mas necesaria que nunca. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2008/o8\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud OMS (2008b). *mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2009). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html).

Organización Mundial de la Salud OMS (2013a). *Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2013b). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigación para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: Oficina de Publicaciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Nota descriptiva Nº 220. Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS (2015a). La OMS simplifica el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos. Centro de prensa de la OMS, Recuperado de

- [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental\\_health\\_20101007/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/)). Nota de prensa leído el 17/09/15.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015b). Cifras y datos. 10 datos sobre la salud mental. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index8.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index8.html)
- Organización Mundial de la Salud OMS and world organization of family doctors (Wonca) (2008). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/en/).
- Organización Mundial de la Salud OMS (2007). *Mental Health Policy, Planning and Services Development. Integrating mental health services into primary care*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud OMS (Sin fecha). Glossary. Recuperado de: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm#indicator>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2008). *Innovative Mental Health Programs in Latin America and the Caribbean*. Washington DC: Almeida & Cohen.
- Ortiz-Lobo, A., González-González, R., y Rodríguez-Salvanés, F. (2006). La derivación a salud mental en pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 10, (38), 563-569.
- Ortuño, F. (2009). *Lecciones de psiquiatría. Capítulo 1: La enfermedad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Owens, C., Ley, A., & Aitken, P. (2008). Do different stakeholder groups share mental health research priorities? A four-arm Delphi study. *Health Expectations*, 11(4), 418-431.
- Oxman, T. , Dietrich, A.J., y Schulberg, H.C. (2003). The Depression Care Manager

- and Mental Health Specialist as Collaborators Within Primary Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (5), 507-516.
- Pantoja, T., Valenzuela, L., Léniz, J., y Castañón C., (2012). Guías de Práctica Clínica en el Régimen de Garantías en Salud: una evaluación crítica de su calidad. *Revista Médica de Chile*, 140(11):1391-1400.
- Parés-Badell O., Barbaglia G., Jerinic P., Gustavsson, Salvador-Carulla L., y Alonso J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE* 9(8): e105471. doi: 10.1371/journal.pone.0105471.
- Parlamento Europeo (2009). *Informe sobre la salud mental*. Enero de 2009. Recuperado de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+Vo//ES>
- Pastor, J. (2008). El subdesarrollo de la atención psicológica en la salud mental en España. *Infocop*, (40), 6-7.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J., y Amigo-Vázquez, I. (2003c). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Volumen III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J., y Amigo-Vázquez, I. (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Volumen I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J., y Amigo-Vázquez, I. (2003b). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Volumen II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Pirraglia, P., Rosen, A., Hermann, R., Olchanski, N., y Neuman, P. (2004). Cost utility analysis studies of depression management: a systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 116, (12), 2155-2162.
- Powell, B., Waltz, T., Chinman, M., Damschroder, L., Smith, J., Matthieu, M., Proctor, E., y Kirchner, J., (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science* 10:21. Doi: 10.1186/s13012-015-0209-1.
- Powell, B.J., McMillen, J.C., Proctor, E.K., Carpenter, C.R. Griffey, R.T., Bunger, A.C., ... y York, J. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical

- innovations in health and mental health. *Medical Care Research and Review*; 69. 123-157.
- Powell, B.J., Proctor, E.K., y Glass, J.E. (2014). A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Research on Social Work Practice*, 24,192-212.
- Rashidian, A., Eccles, M.P., y Russell, I. (2008). Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines'prescribing recommendations in primary care. *Health Policy*, 85, 148-161.
- Rebergen, D., Hoenen, J., Heinemans, A., Bruinvels, D., Bakker, A., y van Mechelen, W., (2006). Adherence to mental health guidelines by Dutch occupational physicians. *Occupational Medicine-oxford*, 56(7), 461-468. DOI: 10.1093/occmed/kql042.
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental*, (19), 49-57.
- Rizq, R. (2011). IAPT, anxiety and envy: a psychoanalytic view of NHS primary care mental health services today. *British Journal of Psychotherapy*, 27(1), 37-55.
- Rizq, R. (2012). The gost in the machine: IAPT and organizational melancholia. *British Journal of Psychotherapy*, 3(28), 319-335.
- Rodríguez, C., Cebrià, J., Corbella, S., Segura, J., y Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*, 13, (3).
- Rost, K., Smith, J. L., & Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity a randomized trial. *Medical Care*, 42(12), 1202.
- Roy-Byrne, P., Wagner, A., y Scraunfnagel, B. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting . *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (suplemento 4), 16-22.
- Salvador- Carulla, L. (2007). La economía de la salud mental en España ¿Una asignatura pendiente? *Gaceta Sanitaria*, 4, (21), 314-315.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez, J., Muñoz, P., Gómez, M., y Torres, F. (2002). *La Salud Mental en España: cienienta en el país de las maravillas*. Informe SESPAS. Madrid. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

- Sandstrom, B., William, A., Svensson, B., y Borglin, G. (2014). How do we know if this is the best? Mental health-care professionals' views on national guidelines for psychosocial interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23 (3): 221-231. Doi: 10.1111/inm.12049.
- Saraceno, B., Saxena, S., Caraveo-Adnuaga, J., Kohn, J., Levav, I. Caldás, J.M... y Andrade, L. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4-5, (18), 229-240.
- Scharanger J., y Molina M. (2007). El trabajo de los Psicólogos en los centros de Atención Primaria del Sistema Público de Salud de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (3), 149-Shorter, E. (2007). Salud mental en Europa: Políticas y prácticas. Líneas futuras en Salud Mental. Cap. II. Desarrollo histórico de los Servicios de Salud Mental en Europa, 17-39. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Scottish Intercollegiate Guideline Network SIGN (2014). *SIGN 50: a guideline developer's handbook*. Edinburgo: SIGN.
- Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Fernández Hermida, J. R., Vallejo Seco, G., & Jiménez García, J. M. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15 (4).
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., ... & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 201-210.
- SESPAS, Informe (2002). *Invertir para la salud: Prioridades en Salud Pública*. Disponible en [http://www.sespas.es/ind\\_libo6.html](http://www.sespas.es/ind_libo6.html).
- Sheldon, T.A., Cullum, M., Dawson, D., Lankshear, A., Lawson, K., Watt, I., ... y Writh, J. (2004). What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 329.

- Shorter, E. (2007). Desarrollo histórico de los Servicios de Salud Mental en Europa. En Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., y Thornicroft, G. Salud Mental en Europa: Políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. Cap. II. 17-39. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sicras, A., Rejas, J., Navarro, R., Serrat, J., Tamayo, M., y Diaz, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21 (4), 306 -13.
- Simon, G., Katon, W., y Von Korff, M.(2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1638-1644.
- Tait, L., y Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 168-175. DOI: 10.1192/apt.11.3.168.
- Tamarit, J. (2004). *Calidad Feaps en la gestión de la calidad de los Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Tambuyzer, E., y Van Audenhove, C. (2012). Service user and family carer involvement in mental health care: divergent views. *Community Mental Health Journal*, doi: 10.1007/s10597-012-9574-2.
- The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality Safety Health Care*, 12, 18-23.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 9590, (370), 807-808.
- Thwaites, R., y Travers, P. (2009). Developing clinical pathways within first step. *Cumbria Partnership Journal of Research Practice and Learning*, 1(1),20-22.
- Tlach L, Wüsten C, Daubmann A, Liebherz S, Härter M, Dirmaier J. (2014). Information and decision-making needs among people with mental disorders: A systematic review of the literature. *Health Expectation*.doi: 10.1111/hex.12251.
- Turpin, G., Richards, D, Hope, R., y Duffy R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: Una iniciativa nacional para asegurar la prestación de

- terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271-280.
- Unützer, J., Schoenaum, M., Druss, B., y Katon, W., (2006). Transforming Mental Health Care at the Interface With General Medicine: Report for the Presidents Commission. *Psychiatric Services*, 57(1), 37-47.
- Urrutia, G., Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11) 507-511.
- Valmisa, E., Alén, M., Amo, M., del Pino, R., Díaz, D., Fernández, G., Fornieles, Y., García-Cubillana, P., Rodríguez, M., Ruiz, A., y Sánchez, L. (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- van Dijk, M.K., Oosterbaan, D.B., Verbraak, M.J. Hoogendoorn, AW., Penninx, B.W., y van Balkom, A.J. (2015). Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1): 69-80.
- Van Dulmen, S.A., Lukersmith, S., Muxlow, J., Santa Mina, E., Nijuis-van der Sanden, M.W., van der Wees, G-I-N Allied Health Steering Group. (2013). Supporting a person-centred approach in clinical guidelines. A position paper of the Allied Health Community-Guidelines International Network (GIN). *Health Expectation*, doi: 10.1111/hex.12144.
- van Straten, A., Hill, J., Richards, D.A., y Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45, 231-246. doi:10.1017/S0033291714000701.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IVTR/DSM-5 y la CIE-10. En Caballo, V. E., Torres, I. C. S., e Isabel, J. A. C. (2º edición). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 93-117). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Villalva, E. y Caballero, L. (2006). Estudio sobre el uso del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de atención primaria. *SEMERGEN*, 9, (32), 427-432.

- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Maewood, C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., ... y Gureje, O. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the World Mental Health surveys. *The Lancet*, 9590, (370), 841-850.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, M., y Bauer, M. (2012). Comparative Effectiveness of Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions Across Primary, Specialty, and Behavioral Health Care Settings: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 169 (8), 790-804.
- World Health Organization WHO (2003). *Organization of services for Mental Health. Mental health policy and service guidance package*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization WHO (2015). *Mental Health Atlas 2014*. France: WHO.

# ANEXOS



# ANEXO 1. Cuestionario Estudio 1

## Problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer las características y frecuencia de las demandas de problemas psicológicos y de salud mental en los Equipos de Atención Primaria del Distrito Sanitario de Córdoba; y explorar el tipo de actuaciones profesionales de los médicos de familia en relación a los tratamientos administrados, las estrategias desarrolladas, derivaciones, etc.

A continuación se presentan distintas preguntas donde puede responder (marcando con una cruz o completando numéricamente) lo que considere más cercano a la realidad de su labor asistencial en su Centro de Salud. Esta encuesta es anónima y los resultados obtenidos serán informados a través de los responsables de su Centro. *Muchas gracias por su tiempo y atención.*

Sexo:  H  M Edad: \_\_\_\_\_ Antigüedad en el puesto: \_\_\_\_\_

H	M

Especialidad/es: \_\_\_\_\_ Otros estudios \_\_\_\_\_

### I. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

- 1- Teniendo en cuenta las consultas que realiza en el Centro, y en comparación con otros problemas de salud, considera que los Problemas de Salud Mental (PSM) (tanto los asociados a otras enfermedades como aquellos específicamente psicológicos o de salud mental) son (marque con una "X"):

Nada Frecuentes	Poco Frecuentes	Moderadamente Frecuentes	Frecuentes	Muy Frecuentes

- 2- ¿Utiliza criterios diagnósticos unificados (p.e. CIE-10, DSM-IV TR)? (Marque con una "X"). SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3- En la práctica cotidiana en los centros de salud y en relación a los problemas de salud mental, es posible encontrar *distintos tipos de problemas*, por ejemplo: **a)** Aquellos que **cumplen criterios diagnósticos formales** y son trastornos bien definidos (p.e. episodio depresivo, fobia, etc.). **b) Presencia de síntomas inespecíficos**, sin diagnóstico firme según CIE-10 o DSM-IV-TR (p.e. angustia, tristeza, problemas de sueño, etc.), a veces asociados a otras enfermedades. **c) Problemas psicosociales**, que pueden conllevar síntomas ligados a esos problemas (p.e. separación, problemas en las relaciones familiares o con los hijos, etc.).

- Considerando los problemas de salud mental que atiende en el centro de salud, señale el porcentaje aproximado con que se presentan cada uno de los siguientes *motivos de consulta como problema principal*:

Trastornos con criterios diagnósticos formales	%
Presencia de síntomas inespecíficos	%
Problemas psicosociales	%
	100%

4- Con respecto a las *personas* que consultan por problemas de salud mental, señale la frecuencia aproximada con que estos se presentan en los siguientes *colectivos*:

Hombres	%
Mujeres	%
	100%

Adultos mayores ( 61 y más)	%
Adultos (36 a 60)	%
Jóvenes ( 19 a 35)	%
Adolescentes (11 a 18)	%
Niños (hasta 10)	%
	100%

5- Con respecto a los *diagnósticos* por PSM, señale la frecuencia aproximada con que se presentan los siguientes trastornos:

T. Ansiedad	%
T. Estado de Animo	%
T. Somatización	%
Esquizofrenia y otras Psicosis	%
Otras (especificar).....	%
	100%

6- Considerando *un día normal de trabajo*, señale de manera aproximada:

- ¿Cuántos pacientes ha atendido? \_\_\_\_\_ **al día.**
- ¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan con problemas de salud mental *directamente* (el motivo de consulta principal es un problema de salud mental)? \_\_\_\_\_%
- ¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan con problemas de salud mental *indirectamente* (el motivo de consulta principal es otro problema de salud)? \_\_\_\_\_%

7- ¿Considera que los pacientes que presentan problemas de salud mental, acuden al centro de salud con más frecuencia que otros pacientes en general? **SI** \_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_. En caso afirmativo, estime el porcentaje aproximado de esa diferencia (p.e. un 10% más que otros pacientes...). \_\_\_\_\_% **más que otros pacientes.**

## II. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de conocer las características de las intervenciones médicas en problemas de salud mental en Atención Primaria.

- 1- Estime el número de recetas médicas que extiende en un día normal de trabajo. \_\_\_\_\_ **recetas.**
  - De ellas, cuántas son de psicofármacos? \_\_\_\_\_
  - Sería capaz de estimar el *coste diario* (en euros) que supone prescribir estas recetas de psicofármacos a la seguridad social. \_\_\_\_\_ **euros.**
- 2- Considerando las *recetas de psicofármacos* ¿Qué porcentaje aproximado se prescriben en la primera consulta? \_\_\_\_\_%
- 3- Indique con qué frecuencia aproximada se recetan los siguientes psicofármacos:

Ansiolíticos	%
Antidepresivos	%
Antipsicóticos	%
Estabilizadores del ánimo	%
Fármacos antiepilépticos	%
Otros(especificar).....	%
	100%

4- ¿Se trabaja el “consentimiento informado” en relación a la prescripción de psicofármacos? **SI** \_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_

5- ¿En qué medida hay buena aceptación y/o adherencia al uso de psicofármacos por parte de los pacientes?

Ninguna aceptación	Poca aceptación	Mediana aceptación	Mucha aceptación	Total aceptación

6- Algunos problemas de salud mental, por su gravedad o características, requieren la utilización de psicofármacos para su tratamiento. Sin embargo, otros casos diferentes o de menor gravedad podrían tratarse sin el uso de psicofármacos. De los pacientes que son tratados con psicofármacos en el centro de salud ¿qué porcentaje aproximado considera que podrían solucionar su problema con otro tipo de intervención (p.e. psicológica, social...) sin el uso de psicofármacos? \_\_\_\_\_%.

7- ¿Cuál es el tiempo promedio aproximado que emplea habitualmente en una consulta? \_\_\_\_\_ minutos. ¿Y el tiempo aproximado que emplea en una consulta por problemas de salud mental? \_\_\_\_\_ minutos.

8-¿Cree que cuenta con el tiempo necesario para atender de modo adecuado los problemas de salud en general? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ ¿Y para atender los problemas de salud mental? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

9-- ¿Existen protocolos y/o guías de tratamiento establecidas para el abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes en su Centros de Salud? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

10- ¿Algún profesional del Centro de Salud realiza psicoterapia (enfermero, médico, otro)? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

11- ¿Cree que los médicos deben realizar tratamientos de psicoterapia? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

12- Teniendo en cuenta el último semestre ¿Ha funcionado algún grupo psicoeducativo en el Centro de Salud (p.e. grupo de relajación, grupo para mujeres con problemas de salud mental crónicos, etc.? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

13- Para el abordaje de los problemas de salud mental ¿Con qué frecuencia se trabaja en equipo en el Centro de Salud?

Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

14- ¿Qué porcentaje aproximado del total de sus pacientes, deriva a salud mental? \_\_\_\_\_%.

15- Considerando el último semestre: ¿Aproximadamente, qué número de interacciones (reuniones, sesión de formación, coordinación de actividades, otras) ha realizado con los Equipos de Salud Mental? (escriba una respuesta numérica, p.e. 0, 1, 2, 3...)

### III. FORMACIÓN

1- A lo largo de su *formación de grado, posgrado o MIR*:

- ¿Ha recibido formación técnico/práctica para el *diagnóstico* de problemas de salud mental en AP? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de **0 a 10** \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido formación técnico/práctica para el *tratamiento* de problemas de salud mental en AP? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de **0 a 10** \_\_\_\_\_

2- *En su puesto de trabajo, en los últimos 3 años* ¿Ha recibido formación sobre temas de salud mental en AP?

**SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ En caso afirmativo, valore su calidad en una escala de **0 a 10** \_\_\_\_\_

3- ¿Ha participado alguna vez en investigaciones sobre temas de salud mental? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

4- ¿Ha participado alguna vez en supervisiones de casos, conjuntamente con Equipos de SM? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

5- ¿Cree que necesita recibir mas información sobre temas de salud mental? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

#### IV. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN CON LA TAREA

1- ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para *diagnosticar* eficazmente los problemas de salud mental? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

2- ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos suficientes para realizar una *intervención* adecuada de los problemas de salud mental? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

3- ¿En qué medida cree que logra contener y dar apoyo a los pacientes con problemas de salud mental?

Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

4- ¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza en los problemas de salud mental? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

5- ¿Atender los problemas de salud mental le genera desgaste emocional? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_  
En caso afirmativo, valore el grado de desgaste emocional en una escala de **0 a 10** \_\_\_\_\_

6- ¿Cree que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio que se presta en Atención Primaria para la atención de los problemas de salud mental? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

#### V. VALORACIÓN DE CAMBIOS

1- Ordene (de 1 a 5) las siguientes opciones, considerando en primer lugar (1) aquella que para su juicio mejoraría más la calidad asistencial de los problemas de salud mental en Atención Primaria:

	<b>Formación para médicos de familia en diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.</b>
	<b>Implantación de guías y/o protocolos de abordaje de problemas de SM para médicos de familia.</b>
	<b>Incorporación de psicólogos (clínicos) en Atención Primaria.</b>
	<b>Incorporación de médicos psiquiatras en AP.</b>
	<b>Otras (especificar) .....</b>

2- En otros sistemas de salud de otros países, los psicólogos se encuentran incorporados a los equipos de profesionales de los centros de salud. ¿Cree que la incorporación de psicólogos en los equipos básicos de atención primaria de nuestro sistema beneficiaría la prestación de servicios de salud? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

OBSERVACIONES .....

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

## El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria

Eliana Moreno,<sup>1</sup> Juan Antonio Moriana<sup>2</sup>

Artículo original

### SUMMARY

Mental health concerns have significantly increased worldwide as they impact on individuals and families, society and public health costs, which are very common in the Primary Care sector.

The aim of this study is to determine the general practitioner's perceptions in the prevalence of such disorders in Primary Health Care Centres (PHCC), and to explore the features of the treatments administered. Finally, we aim to evaluate the quality of the interventions and the level of implementation of key strategies and national and international recommendations.

It is a single group *ex post facto* retrospective design. To carry out the research, we developed an ad-hoc self-administered survey including the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems and official health documents indicators.

This survey was applied to 77 general practitioners in PHCC in Córdoba, Spain.

The most relevant results highlighted minor mental health problems (anxiety/depression and psychosocial problems) with a higher prevalence (79.6%) than formal mental health disorders (22.7%). The 43% of the consultations related to demands are directly or indirectly connected with mental disorders. The 23.4% of prescriptions in a typical day at work are psychotropics (sedatives/antidepressants). According to the general practitioners surveyed, 39% of patients treated with psychotropic drugs could solve their problems without taking them. With regard to the interventions, 80% of general practitioners did not work in teams or implement psychoeducational techniques and they did not make any interconsultations from the second level to deal with these problems. The 97.4% of them pointed out that the integration of psychologists in primary care centres would increase the quality of services.

In this study, we find there is a contradiction between the treatments offered (based primarily on the administration of psychotropic drugs) and the recommendations made by national and international organizations. We consider that it is also necessary to revise the characteristics and quality of them and to reconsider professionals' profiles, competences and strategies.

**Key words:** Primary health care, mental disorders, general practitioner, mental health.

### RESUMEN

Actualmente, la preocupación por los problemas de salud mental (PSM) ha aumentado considerablemente a escala mundial debido al impacto que representan a nivel individual, familiar y social y al coste que suponen para los sistemas de salud. Los objetivos de este estudio son conocer la percepción de los médicos de familia sobre la prevalencia de problemas psicológicos y de salud mental en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), explorar las características informadas sobre los tratamientos administrados y valorar el grado de implementación de estrategias y recomendaciones nacionales e internacionales.

El estudio sigue un diseño *ex post facto* retrospectivo de grupo único. Se elaboró un autoinforme incluyendo indicadores del Instrumento de evaluación WHO-AIMS de la OMS y de documentos sanitarios oficiales. Se aplicó a 77 médicos de los CAPS de la ciudad de Córdoba, España.

Los resultados indican que los médicos perciben que los problemas "menores" de salud mental (principalmente síntomas de ansiedad/depresión y problemas psicosociales) tienen una prevalencia (79.6%) superior a los trastornos con diagnósticos formales (22.7%). El 43% de las consultas se relacionarían directa o indirectamente con PSM. Un 80% de los encuestados informa que no trabaja en equipo, no utiliza técnicas psicoeducativas y no realiza interconsulta con servicios especializados para el abordaje de estos casos. Refieren además, que 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos. Más de 50% considera no tener conocimientos suficientes para diagnosticar y/o tratar estos problemas. Y el 97.4% señala que incorporar psicólogos en los CAPS beneficiaría la prestación de servicios.

El estudio pone de manifiesto la existencia de una importante brecha entre las características y calidad de los tratamientos ofrecidos y las recomendaciones de organismos oficiales. Consideramos que es necesario replantear las competencias de médicos y psicólogos y revisar los procesos y estrategias más idóneas para el abordaje de este tipo de problemas en atención primaria.

**Palabras clave:** Atención primaria de la salud, trastornos mentales, médico de familia, salud mental.

<sup>1</sup> Centro de Atención Infantil Temprana de la Universidad de Córdoba (UCA), Córdoba, España.

<sup>2</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Correspondencia: Eliana Moreno, Avda. San Alberto Magno s/n, CAIT-UCA, 14071 Córdoba, España. Tel: +34 957 212-641 (Institucional), +34 690 377887 (móvil-directo). E-mail: elimoreno@gmail.com

Recibido primera versión: 1 de febrero de 2011. Segunda versión: 19 de julio de 2011. Tercera versión: 7 de marzo de 2012. Aprobado: 13 de abril de 2012.



## Anexo 3. Artículo 2

### Los problemas de salud mental en Atención Primaria. Un análisis de la demanda y de la percepción de los médicos de familia

Infocop | 03/01/2013 5:00:00

Recomendar 26

Twitter 15



Eliana Moreno y Juan Antonio Moriana

Universidad de Córdoba

Los trastornos y/o problemas comunes (también llamados "menores") de salud mental, representan uno de los motivos de atención **más importantes** dentro de los servicios de Atención Primaria. Este tipo de problemas con un perfil con características, a veces, más psicosociales que clínicas, saturan en la actualidad las consultas de Atención Primaria.

Esta demanda parece estar relacionada con un **exceso en la prescripción de fármacos** para tratar casuísticas, fundamentalmente asociadas con sintomatología ansioso-depresiva, que quizás pudieran ser atendidas desde un abordaje principalmente psicológico.

Muchos médicos de familia se encuentran **desbordados** por la presión asistencial, por el poco tiempo que tienen para intentar atender a sus pacientes y, en ocasiones, por la falta de formación en técnicas psicológicas que les ayuden a enfrentarse a ellos de forma eficaz.



En la última década, se han desarrollado importantes estudios que ponen de manifiesto la elevada prevalencia e **incidencia** de los problemas de salud mental en la población general. Además, se ha reconocido el papel fundamental que desempeñan los servicios de Atención Primaria de la salud para atender su creciente demanda. En esta línea, han surgido iniciativas y distintos modelos de intervención en países como Chile, Brasil, Australia o Reino Unido, que señalan un cambio hacia un **abordaje más integral y adecuado** de los problemas de salud mental, con la incorporación de profesionales de la psicología y la implementación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia dentro de los sistemas sanitarios públicos.

En el artículo *El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria*, publicado en la Revista *Salud Mental*, analizamos las características de las **demandas** de los pacientes y de las **intervenciones** ofrecidas por una muestra de médicos de familia, para tratar este tipo de problemas y su percepción sobre los mismos. A partir de la mirada de estos profesionales se indagan aspectos como la administración de psicofármacos, el tiempo dedicado a las consultas, la hiperfrecuentación de los pacientes, la interacción con los servicios especializados, la implementación de guías o protocolos de actuación, la formación en temas de salud mental o la opinión que tienen los médicos sobre la posible incorporación de psicólogos a los equipos de Atención Primaria.

En este estudio, se pone de manifiesto la gran prevalencia que presentan los problemas "menores" de salud mental. Es decir, la presencia de **síntomas** que no llegan a constituir trastornos establecidos y tipificados (como síntomas de ansiedad, angustia, depresión, etc.) y la presencia de **problemas psicosociales** (relacionados, por ejemplo, con situaciones como divorcios, problemas familiares, paro, etc.). Un dato especialmente llamativo señala que, los propios médicos consideran que, aproximadamente, un 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver su problema sin hacer uso de ellos. Además, el 79,2% de los encuestados reconoce que no utiliza el consentimiento informado cuando prescribe este tipo de fármacos. Es decir, **no se informa** (de forma oral o escrita) sobre los efectos (primarios y secundarios), beneficios, limitaciones y/o alternativas de tratamiento. Esto podría influir sobre la capacidad de los pacientes para ejercer conductas de autocuidado, limita la capacidad de elección (informada) y favorece la naturalización del consumo de psicofármacos, incluso para afrontar problemas menores asociados a circunstancias vitales. Si ni siquiera se dispone de tiempo para "escuchar" el problema del paciente, mucho menos se tiene para intentar ayudarle a buscar una solución. Lo "fácil y rápido" es la prescripción de fármacos como tratamiento de primera línea o elección.



Podemos considerar que este tipo de intervenciones, no sólo podrían ser inadecuadas, sino que entran en **contradicción** con las principales recomendaciones de organismos internacionales como la OMS.

Cabe preguntarse también, hasta qué punto, intervenciones inadecuadas, además de costosas, pueden incluso llegar a ser iatrogénicas, si tenemos en cuenta que medicalizar problemas menores puede conllevar la **cronificación** de los problemas de base y la limitación para el desarrollo de habilidades de afrontamiento y autodeterminación de las personas (sin menoscabar los posibles efectos secundarios o los relacionados con la tolerancia y abstinencia).

En este estudio, casi la totalidad de médicos de familia consideró que incorporar psicólogos en el sistema sanitario **beneficiaría** la prestación de servicios de salud.



## Anexo 4. Artículo 3

Model  
RPSM-293; No. of Pages 12

ARTICLE IN PRESS

Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2015;xxx(x):xxx-xxx



Revista de Psiquiatría  
y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



### REVISIÓN

## Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental

Eliana María Moreno\* y Juan Antonio Moriana

Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 6 de mayo de 2015; aceptado el 8 de septiembre de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Salud mental;  
Implementación;  
Recursos en salud;  
Guías de práctica  
clínica

#### Resumen

**Introducción:** Pese a que la producción de guías clínicas ha proliferado considerablemente, su aplicación en la práctica es baja y muchos organismos no implementan las guías que producen. El objetivo de este estudio es sintetizar y describir elementos clave de las estrategias y recursos diseñados por el *National Institute for Health and Care Excellence* para la implementación de guías de trastornos comunes de salud mental en adultos, uno de los problemas más prevalentes a escala mundial.

**Método:** Se realizó un estudio de revisión y compilación de recursos de implementación siguiendo el modelo PRISMA. Se localizaron y clasificaron herramientas y materiales con base en la taxonomía propuesta por el grupo EPOC de la Cochrane.

**Resultados:** Se analizaron 212 elementos que se asocian a la implantación de guías de ansiedad generalizada y depresión (33,5 y 24,5%, respectivamente). Destaca la importante variedad de materiales disponibles, integrados en 3 estrategias fundamentales: intervenciones dirigidas a los profesionales (30,6%), estructurales (26,4%) y organizativas (24%). Las herramientas aplicadas son el tipo de recurso más frecuente, que permiten valorar la viabilidad de la puesta en marcha a nivel local.

**Conclusiones:** La elaboración de guías no es suficiente para que se produzca su aplicación en la práctica. Es necesario que se lleven a cabo acciones que favorezcan su implementación. Los recursos y estrategias descritos podrían ser potencialmente aplicables a otros contextos y orientar a gestores y profesionales en el diseño de programas y en la toma de decisiones informadas, para mejorar el acceso a tratamientos eficaces en los sistemas públicos de salud. © 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

#### KEYWORDS

Mental health;  
Implementation;  
Health resources;  
Practice guideline

#### Clinical guideline implementation strategies for common mental health disorders

#### Abstract

**Introduction:** There has been a considerable proliferation of clinical guidelines recently, but their practical application is low, and organisations do not always implement their own ones. The aim of this study is to analyse and describe key elements of strategies and resources designed by

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elumoreno@gmail.com (E.M. Moreno).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.09.001>

1888-9891/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

Cómo citar este artículo: Moreno EM, Moriana JA. Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.09.001>



## ▯ Anexo 5. Artículo 4

User involvement in the implementation of clinical guidelines for common mental health disorders: A review and compilation of strategies and resources

Authors: Eliana María Moreno<sup>1</sup> y Juan Antonio Moriana<sup>2</sup>

### **Abstract**

**Background:** There is now broad consensus regarding the importance of involving users in the process of implementing guidelines. Few studies, however, have addressed this issue, let alone the implementation of guidelines for common mental health disorders. The aim of this study is to compile and describe implementation strategies and resources related to common clinical mental health disorders targeted at service users.

**Method:** The literature was reviewed and resources for the implementation of clinical guidelines were compiled using the PRISMA model. A mixed qualitative and quantitative analysis was performed based on a series of categories developed ad hoc.

**Results:** A total of 263 items were included in the preliminary analysis and 64 implementation resources aimed at users were analysed in depth. A wide variety of types, sources, and formats were identified, including guides (40%), websites (29%), videos, and leaflets, as well as instruments for the implementation of strategies regarding information and education (64%), self-care, or users' assessment of service quality.

**Conclusions:** The results reveal the need to establish clear criteria for assessing the quality of implementation materials in general and standardising systems to classify user-targeted strategies. The compilation and description of key elements of strategies and resources for users can be of interest in designing materials and specific actions for this target audience, as well as improving the implementation of clinical guidelines.

