

Informe SESPAS

Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020



Juan Ángel Bellón^{a,b,c,d,*}, Sonia Conejo-Cerón^{c,d}, Antonina Rodríguez-Bayón^{c,e},
María Isabel Ballesta-Rodríguez^{c,f}, Juan Manuel Mendive^{c,g} y Patricia Moreno-Peral^{c,d}

^a Centro de Salud El Palo, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^b Departamento de Salud Pública y Psiquiatría, Universidad de Málaga, Málaga, España

^c Red de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

^e Centro de Salud San José, Distrito Sanitario Jaén Norte, Servicio Andaluz de Salud, Linares (Jaén), España

^f Centro de Salud Federico del Castillo, Distrito Sanitario Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^g Centro de Atención Primaria La Mina, Institut Català de la Salut, IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de noviembre de 2019

Aceptado el 18 de mayo de 2020

Palabras clave:

Atención primaria
Trastornos de ansiedad
Trastornos depresivos
Trastornos de somatización
Resultados del tratamiento
Reglas de predicción clínica
Prevención primaria

R E S U M E N

En atención primaria solo el dolor crónico supera a la depresión y la ansiedad en la pérdida de años de vida ajustados por calidad. Más del 70% de las personas que sufrían enfermedades mentales comunes consultaron por ello a su médico/a de familia. Sin embargo, «la regla de las mitades decrecientes» es una realidad: menos del 50% de las personas consultantes de atención primaria con enfermedades mentales comunes fueron diagnosticadas correctamente, y de ellas, menos del 50% recibieron un tratamiento (farmacológico o psicológico) adecuado, y de estas, menos del 50% fueron adherentes. Los modelos colaborativos de atención a las enfermedades mentales comunes en atención primaria han demostrado su efectividad en ensayos clínicos, pero su implementación en un contexto más general y real es difícil y su efectividad todavía es poco conocida. Se han desarrollado y validado algoritmos de riesgo para predecir el inicio y el pronóstico de las enfermedades mentales comunes en atención primaria que son útiles para su tratamiento y prevención. Existen evidencias de que las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y de ejercicio físico son efectivas en prevención primaria, incluso en atención primaria, aunque su efecto es pequeño o moderado. Estas intervenciones tienen un gran potencial para ser escalables en las escuelas, el ámbito laboral y la atención primaria; además, cuando se administran mediante tecnologías de la información y la comunicación (p. ej., App), en programas autoguiados o mínimamente guiados, han demostrado su efectividad para el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales comunes. También son muy accesibles y de bajo coste, y contribuyen a la implementación masiva de estas intervenciones en diferentes contextos.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Common mental disorders in primary care: diagnostic and therapeutic difficulties, and new challenges in prediction and prevention. SESPAS Report 2020

A B S T R A C T

In primary health care only chronic pain surpass depression and anxiety in loss of quality-adjusted life years. More than 70% of people suffering from common mental disorders consulted their GPs for this reason. However, 'the declining halves rule' is a reality: less than 50% of primary care attendees with common mental disorders were correctly diagnosed, of these less than 50% received adequate treatment (pharmacological or psychological) and of these less than 50% patients were adherent. Collaborative models of common mental disorders care in primary health care have demonstrated their effectiveness through clinical trials; however, its implementation in a more general and real context is difficult and its effectiveness remains unclear. Risk algorithms have been developed and validated in primary health care to predict the onset and prognosis of common mental disorders; which are useful for their treatment and prevention. There is evidence that psychological and psychoeducational interventions (and possibly those of physical exercise) are effective for the primary prevention of common mental disorders, even in primary health care; although their effects are small or moderate. These interventions have a high potential to be scalable in schools, workplace and primary health care; in addition, when they are administered

Keywords:

Primary health care
Anxiety disorders
Depression disorders
Somatization disorders
Treatment outcome
Clinical prediction rule
Primary prevention

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jabellon@uma.es (J.A. Bellón).

through information and communication technologies (e.g. by App), in self-guided or minimally guided programs, they have demonstrated their effectiveness for the treatment and prevention of common mental disorders. They are also very accessible, have low cost and contribute to the massive implementation of these interventions in different settings.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- La atención primaria inicia los cuidados profesionales de las personas con enfermedades mentales comunes y lleva el mayor peso de su tratamiento.
- Las enfermedades mentales comunes se presentan en atención primaria principalmente con síntomas somáticos, y los/las médicos/as de familia tienen dificultades para precisar diagnósticos psiquiátricos estandarizados.
- En general, la adecuación de los tratamientos de las enfermedades mentales comunes en atención primaria es moderada o deficiente.
- Los modelos colaborativos de atención a las enfermedades mentales comunes en atención primaria acumulan evidencias sobre su efectividad; sin embargo, apenas existen evaluaciones del impacto de su implementación.
- En España se dispone de algoritmos predictivos de enfermedades mentales comunes validados en atención primaria y útiles en la prevención.
- Las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y de ejercicio físico son efectivas en la prevención primaria de las enfermedades mentales comunes, también en atención primaria.
- Las intervenciones psicológicas y psicoeducativas basadas en tecnologías de la información y la comunicación son efectivas tanto para el tratamiento como para la prevención de las enfermedades mentales comunes, y además poseen un gran potencial para su implementación masiva.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud estima que 322 millones de personas en el mundo sufren depresión y 264 millones padecen ansiedad¹. En España, estas estimaciones están alrededor de 2,5 y 2 millones para la depresión y la ansiedad, respectivamente¹. Entre 2007 y 2017, la carga de enfermedad de la depresión, medida en años vividos con discapacidad, se incrementó un 14,1% en las mujeres y un 14,8% en los hombres, ocupando respectivamente el tercero y el quinto puesto en el mundo de 354 enfermedades². En el caso de la ansiedad, el incremento fue del 12,4% en las mujeres y del 13,6% en los hombres, ocupando respectivamente el octavo y decimotercer puesto². Las predicciones de incremento de años vividos con discapacidad para los trastornos depresivos son bastante pesimistas. En los países desarrollados se espera que en el año 2030 la depresión ocupe el primer lugar como causa de años vividos con discapacidad entre todas las enfermedades³. En muchos estudios solo se incluyen como enfermedades mentales comunes los trastornos depresivos y ansiosos. En este manuscrito, desde la perspectiva de atención primaria, incluiremos los trastornos depresivos, ansiosos, adaptativos y de somatización, cuya prevalencia en la población consultante de atención primaria se estima alrededor del 30%⁴.

Depresión y ansiedad en atención primaria

En atención primaria, los trastornos de depresión y ansiedad ocupan el segundo y el tercer puesto en pérdida de años de vida ajustados por calidad⁵. Entre las enfermedades físicas crónicas (bronquitis, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.), solo el dolor crónico supera a los trastornos de depresión y ansiedad en pérdida de años de vida ajustados por calidad⁵. En una muestra poblacional representativa del Reino Unido, utilizando el *Clinical Interview Schedule-Revised* (CIS-R), se encontró una prevalencia de enfermedades mentales comunes del 14%⁶. El 73% de las personas que sufrían alguna enfermedad mental refirieron haber consultado en el último año con su médico/a de familia por tal motivo⁶. Queda claro, en consecuencia, el papel del/ de la médico/a de familia como iniciador/a de los cuidados profesionales de las personas con enfermedades mentales comunes. ¿Cómo es y qué ocurre cuando se produce la interacción de las personas con enfermedades mentales comunes y sus médicos/as de familia?

En el metaanálisis de Mitchell et al.⁷ sobre la validez diagnóstica de la depresión en atención primaria se concluyó que, de cada 100 pacientes que acuden de forma consecutiva a las consultas de atención primaria, aproximadamente 10 tienen depresión, pero el/la médico/a de familia solo la diagnostica en cinco; habría, por tanto, un 50% de falsos negativos. De los otros 90 pacientes que no tienen depresión, el/la médico/a de familia la diagnostica en 17, lo cual supone alrededor del 19% de falsos positivos. Por tanto, existe una limitada validez de los diagnósticos de depresión en atención primaria, aunque deberían tenerse en cuenta algunos matices al respecto. La mayoría de los falsos negativos de depresión de los/las médicos/as de familia corresponden a personas con depresión leve o muy leve, en quienes mantener una espera activa podría ser un plan de tratamiento adecuado según las guías de práctica clínica. Por otra parte, la mayoría de los falsos positivos de los/las médicos/as de familia fueron personas sin depresión, pero con otros problemas de salud mental, en especial trastornos adaptativos, depresión subumbral (existen algunos síntomas depresivos, pero sin reunir los criterios diagnósticos de depresión mayor) y trastornos de ansiedad. La validez diagnóstica de los/las médicos/as de familia respecto a los trastornos de ansiedad es todavía menor que la de los trastornos depresivos, empeorando cuando aquellos son separados en subcategorías diagnósticas (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada y ataques de pánico)⁸.

Se podría interpretar entonces que los/las médicos/as de familia en general perciben el malestar emocional de sus pacientes, pero tienen dificultades en precisar diagnósticos psiquiátricos estandarizados. Las mujeres, respecto a los hombres, sufren más trastornos depresivos y ansiosos¹. Por otra parte, los/las pacientes de atención primaria, cuando se entrevistan con una médica de familia, expresan más sus problemas emocionales y se muestran más colaborativos/as y asertivos/as que cuando lo hacen con un médico de familia varón⁹. Las médicas de familia realizan más preguntas psicosociales y de contenido emocional, son más empáticas y preguntan y dan más consejos sobre estilos de vida y salud mental⁹.

Las dificultades en precisar diagnósticos psiquiátricos estandarizados en atención primaria conlleva algunas consecuencias generadoras de cierta preocupación: 1) de los falsos negativos, la

ausencia de un tratamiento adecuado que contribuya a la resolución del problema de salud mental específico; 2) de los falsos positivos, la atribuible a la medicación prescrita inapropiadamente (efectos secundarios y adicciones a psicótopos) y a la medicalización de las emociones de la vida cotidiana, dificultando el aprendizaje de la resiliencia e incrementando el estigma; 3) de ambos casos, falsos positivos y negativos, el aumento de las visitas inadecuadas a los servicios sanitarios y de los costes debidos a tratamientos, derivaciones a especialistas y bajas laborales innecesarias.

En el metaanálisis de Mitchell et al.⁷ también se puso de manifiesto que cuando los estudios eran prospectivos, según se añadían visitas con el/la médico/a de familia se incrementaban los diagnósticos correctos de depresión. Es decir, los/las médicos/as de familia necesitarían más de una visita para precisar el diagnóstico, lo cual podría ocurrir porque los/las pacientes no refieran síntomas emocionales en la primera visita, o en caso de que sí los refieran, porque el/la médico/a de familia no los atiende. Esto último se podría deber a una falta de formación en abordaje psicossocial o a la escasez de recursos, en especial de tiempo por visita. Aumentar el número de visitas podría ser una forma de compensar los pocos minutos por paciente de los que habitualmente se dispone. En un estudio con una muestra representativa de 333 médicos/as de familia pertenecientes a 38 centros de salud urbanos y rurales de Málaga y Jaén¹⁰ se validó un cuestionario de perfil de práctica profesional, el cual incluía una subescala de orientación biomédica/psicosocial. Solo el 21% de los/las médicos/as de familia tuvieron una orientación psicossocial. La preponderancia de la orientación biomédica de los/las médicos/as de familia contradice la teórica orientación psicossocial de la atención primaria y es también uno de los factores asociados a la baja precisión diagnóstica de las enfermedades mentales comunes en ese ámbito. No obstante, los factores del/de la médico/a de familia, el/la paciente y la organización que dificultan los diagnósticos correctos de las enfermedades mentales comunes son múltiples y están relacionados entre sí. En la [tabla 1](#) se citan algunos de ellos.

Trastornos adaptativos en atención primaria

Los trastornos adaptativos, según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), surgen a partir de un estresor conocido (p. ej., problemas laborales o familiares) en los 3 meses previos y se manifiestan con síntomas emocionales (generalmente depresivos o ansiosos, o ambos) o conductuales (p. ej., conductas agresivas), o ambos. También se requiere para el diagnóstico la presencia de cierto grado de malestar y de deterioro social o laboral. La calidad de vida de los/las pacientes de atención primaria con trastornos adaptativos es mejor que la de los/las pacientes con trastornos de depresión y ansiedad, pero peor que la de aquellos/as sin enfermedad mental. En una muestra representativa de 3815 pacientes consultantes de 77 centros de salud de Cataluña, la prevalencia de trastornos adaptativos fue del 2,9%¹¹; es decir, bastante más baja que la de depresión mayor (9,6%)¹² y la del conjunto de los trastornos de ansiedad (18,5%)⁸. Solo en un 2% de los/las pacientes con trastornos adaptativos había algún registro sugerente de su diagnóstico en las historias clínicas de atención primaria; sin embargo, el 37% tenía prescrita alguna medicación psicotrópica, en especial ansiolíticos¹¹. Entre los factores asociados a este bajo reconocimiento por los/las médicos/as de familia está el que únicamente el 13% de los/las pacientes con trastornos adaptativos consultaron por síntomas emocionales, y que la clasificación internacional de enfermedades de atención primaria (CIAP-2) no contempla un código para este diagnóstico. También es posible que en algunos casos los/las médicos/as de familia prefieran no etiquetarlos en sus historias clínicas a la espera de discernir su evolución espontánea hacia la mejoría o el empeoramiento.

Tabla 1

Obstáculos para el diagnóstico correcto de las enfermedades mentales comunes en atención primaria

Factores del/de la médico/a de familia:

- Deficiencias formativas en salud mental, habilidades de comunicación y abordaje psicossocial.
- Incomodidad del médico ante la sospecha o la presentación de problemas psicossociales en la consulta (perfil biomédico).
- Modelo biomédico de exclusión («primero descartar lo físico») frente al modelo biopsicosocial sin jerarquías («ante lo físico pensar en lo psicossocial y ante lo psicossocial pensar en lo físico»).
- Miedo a los litigios por infradiagnóstico de enfermedad física.
- Estilo de práctica clínica «centrada en el médico» en lugar de «centrada en el paciente»³.
- No estar atentos o desechar «las pistas» psicossociales (verbales y no verbales) que ofrecen los/las pacientes durante las entrevistas.

Factores del/de la paciente:

- El/la paciente con enfermedades mentales comunes se presenta en la consulta con síntomas físicos.
- En el curso de la entrevista, el/la paciente presenta los síntomas emocionales de forma tardía.
- Ser varón, joven o anciano, y de mayor nivel socioeconómico.
- Barreras de comunicación (idioma, sordera, . . .) y culturales.
- Menor gravedad del cuadro psicológico.
- Sin antecedentes de patología mental.
- Sin relación previa con su médico/a de familia.

Factores de la organización:

- Falta de tiempo en la consulta.
- Ausencia o escasa colaboración con el equipo de salud mental.

³ Práctica clínica centrada en el paciente: comprensión global de la persona con un interés genuino por las creencias, las expectativas, las emociones y el impacto de los problemas de salud en el paciente y su entorno, incorporando la prevención y la promoción de la salud, implicando al paciente en la toma de decisiones y tratando de llegar a acuerdos.

Modificada de Bellón JA. Problemas psicossociales. En: Guía de actuación en atención primaria. 4.ª ed. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2011. p. 551-56.

Somatizaciones en atención primaria

Desde un enfoque pragmático existe bastante consenso en atención primaria para definir el término de «somatización» como la presencia de «síntomas somáticos médicamente inexplicables» (MUS, *Medically Unexplained Symptoms*). Es decir, se trataría de pacientes que acuden a visitar a su médico/a de familia con mucha frecuencia, presentando síntomas físicos que no pueden ser atribuidos a una causa orgánica después de la anamnesis, la exploración física y la realización de las pruebas complementarias pertinentes; por ejemplo, un paciente con cefaleas de características tensionales, exploración física (incluida la neurológica) sin hallazgos relevantes y tomografía computarizada craneal normal. Según la gravedad, la somatización puede ser leve (uno o dos síntomas somáticos auto-limitados de pocas semanas o meses de evolución), moderada o grave (recurrente y crónica). La prevalencia promedio de pacientes con MUS en atención primaria es del 3%, pero en función de la mayor a menor gravedad del MUS su prevalencia tendría un rango del 1% al 20%. A pesar de la relativa baja prevalencia de los MUS, la calidad de vida de estos/as pacientes se ve muy afectada y sus costes directos e indirectos son cuantiosos. Además, los/las pacientes con MUS moderados y graves tienen una alta probabilidad de sufrir daños serios a partir de las múltiples pruebas y los tratamientos prescritos por sus médicos/as de familia y los/las numerosos/as especialistas que los/las atienden. Hay un listado de 104 códigos de la CIAP-2 que podrían ser candidatos a síntomas o síndromes somáticos sin explicación médica; en la [tabla 2](#) se recogen algunos con una mayor probabilidad de ser considerados como MUS. También es necesario señalar que, en función del grado de pericia médica, la adecuada elección de pruebas diagnósticas o la proporción de falsos negativos de estas pruebas, la presunta somatización se podría revelar en el tiempo como una enfermedad orgánica (p.

Tabla 2
Síntomas y síndromes físicos con una elevada probabilidad de no ser explicados médicamente

Especialidades médicas	Síntomas y síndromes
Cardiología	Dolor torácico atípico
Neumología	Disnea psicógena, hiperventilación
Reumatología	Fibromialgia
Digestivo	Síndrome de intestino irritable
Ginecología	Dolor pélvico, síndrome premenstrual
Otorrinolaringología	Tinnitus
Neurología	Mareos, cefaleas, pseudoepilepsia, pseudosíncope
Rehabilitación	Lumbalgia crónica
Dermatología	Erupciones o pruritos psicógenos
Endocrinología	Presuntas hipoglucemias clínicas
Medicina interna	Síndrome de fatiga crónica, hipovitaminosis
Odontología	Síndrome de la unión temporomandibular
Urgencias	Síndrome de Munchausen
Medicina ocupacional	Sensibilidad química múltiple
Psiquiatría	Somatización, conversión

Modificada de Blackwell B, Nicholas P, De Morgan P. The primary care patients who have bodily concerns. Arch Fam Med. 1996;5:457-63.

ej., esclerosis múltiple o cáncer). Esta posibilidad es una de las razones por las que los/las médicos/as de familia viven con cierto temor el manejo de las somatizaciones. La otra cara de la moneda serían los pseudodiagnósticos de enfermedades orgánicas (p. ej., los mareos por cervicartrosis o la astenia por una ferropenia, sin anemia, un punto por debajo del umbral diagnóstico), atribuibles también a la baja pericia médica y en este caso a los falsos positivos de las pruebas diagnósticas. Los/las pacientes con MUS perciben que no son tomados en serio por los/las profesionales de la salud, y se sienten estigmatizados/as e insatisfechos/as con sus médicos/as de familia. A su vez, los/las médicos/as de familia se sienten frustrados/as, impotentes y desesperados/as, refiriéndose a ellos/ellas como «agujeros negros» o «pacientes difíciles». En un estudio se grabaron 420 entrevistas de pacientes con MUS y sus médicos/as de familia¹³. El 80% de estos/as pacientes dieron pistas verbales sobre problemas psicosociales que los/las médicos/as de familia no recogieron. Muy pocos/as médicos/as de familia empatizaron y la mayoría ofrecieron explicaciones y alternativas diagnósticas y terapéuticas físicas. Se concluyó que la explicación del alto nivel de intervenciones físicas radica en las respuestas de los/las médicos/as de familia más que en las demandas de los/las pacientes. Estos hallazgos sugieren que la presentación somática de los problemas emocionales puede estar retroalimentada por los/las propios/as médicos/as de familia.

Tratamiento de las enfermedades mentales comunes en atención primaria

Incluso en los países desarrollados, la mayoría de las personas con enfermedades mentales comunes no reciben tratamiento, siendo esta cobertura de tratamiento menor en la ansiedad (20%) que en la depresión (28%)¹⁴. Una vez que se implementan los tratamientos (farmacológicos o psicológicos), la proporción de adecuación del tratamiento en seis países europeos fue moderada (46%) cuando se consideró el nivel especializado y la atención primaria en conjunto; sin embargo, en atención primaria fue deficiente (23%), variando entre países desde el 15% en Bélgica hasta el 37% en Italia¹⁵. En otro estudio realizado en Cataluña, las cifras de adecuación del tratamiento para la depresión mayor variaron entre el 39% cuando se preguntaba a los pacientes y el 55% teniendo en cuenta los datos de la historia clínica¹². Por último, solo el 50% los/las pacientes deprimidos/as a quienes se reco-



Figura 1. Regla de las mitades decrecientes.

mienda tratamiento farmacológico o psicológico lo iniciaron o fueron adherentes¹⁶. Se podría decir entonces que a partir de que las personas con enfermedades mentales comunes consultan con su médico/a de familia se aplicaría «la regla de las mitades decrecientes» (fig. 1): menos de la mitad de las personas serán diagnosticadas; entre ellas, menos de la mitad serán tratadas adecuadamente; y entre estas, menos de la mitad serán adherentes a los tratamientos.

La atención primaria es el lugar principal donde se tratan la mayoría de los trastornos depresivos y ansiosos. El nivel especializado, en una situación ideal, compartiría con la atención primaria solo a los pacientes más graves, de mala evolución y comórbidos de trastornos psiquiátricos. Esto formaría parte de la estrategia de tratamiento por pasos o escalonada. Entre las razones para defender esta estrategia y este reparto de roles entre atención primaria y especialistas de salud mental estarían: 1) para los casos leves-moderados de enfermedades mentales comunes, gran parte de los tratamientos basados en la evidencia serían razonablemente sencillos y asumibles por los/las profesionales de atención primaria (médico/a de familia, enfermeros/as y trabajadores/as sociales); 2) aun en el caso de que se quisiera, no hay suficientes recursos en el nivel especializado para que este pueda absorber el mayor peso de los tratamientos en los casos leves-moderados; y 3) para la mayoría de los/las pacientes, que su médico/a de familia trate sus problemas emocionales les parece adecuado e incluso preferible, y también lo perciben más accesible, lo interpretan como que su problema emocional no es tan grave, les reduce el estigma y además les complace que el/la mismo/a profesional que les atiende habitualmente de sus problemas de salud físicos también lo haga de los emocionales¹⁷.

Hay más de 80 ensayos clínicos que han evaluado modelos colaborativos entre la atención primaria y el nivel especializado para la atención de las enfermedades mentales comunes. La mayoría de ellos provienen de los Estados Unidos. En la tabla 3 se muestran los seis componentes claves del modelo colaborativo. En Europa, su efectividad es menor que en los Estados Unidos, pero en general se puede decir que el modelo colaborativo tiene mayor efectividad que los cuidados habituales, tanto en la depresión¹⁸ como en la ansiedad¹⁹.

En España hay algunas evaluaciones de modelos colaborativos para el manejo de la depresión en el País Vasco²⁰ y en Cataluña²¹, con resultados esperanzadores, aunque también con tamaños del efecto pequeños que se van diluyendo conforme se prolonga el seguimiento. Del modelo colaborativo INDI-i, desarrollado en Cataluña, se está a la espera de los resultados de un estudio de implementación²².

La casi totalidad de la evidencia sobre la efectividad de los modelos colaborativos proviene de ensayos clínicos en contextos selectivos, en los que los/las profesionales de atención primaria tie-

Tabla 3
Principales componentes del modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental

Componentes	Comentarios
Orientado a la población	Identificar y manejar listados de pacientes con un trastorno mental específico Resulta difícil si no hay registros y sin la figura del gestor de casos
Basado en mediciones	Uso de escalas de síntomas para apoyar los diagnósticos y la valoración de la remisión y la recuperación Tener un protocolo de monitorización de la adherencia, del resultado y de la evolución del tratamiento
Orientado a los resultados	Enfoque del tratamiento en un nivel de resultado (remisión y recuperación, calidad de vida y funcionamiento social y laboral) más que en un tipo específico o una dosis de psicofármaco o una psicoterapia Ajustar o cambiar el tratamiento, o consultar con el especialista de salud mental, si el paciente no mejora
Gestor de casos	Habitualmente un/una enfermero/a de atención primaria con entrenamiento (u otro/a de sus profesionales sanitarios) que triángule los cuidados entre paciente, médico/a de familia y especialista en salud mental, que maneje el listado específico de pacientes, su monitorización, y pueda realizar psicoeducación a pacientes y familiares
Colaboración con el equipo de salud mental comunitario	Reuniones periódicas del/de la especialista de salud mental con en el gestor de casos para revisar los/las pacientes que no mejoran Facilitar la derivación a salud mental de los/las pacientes más complejos/as Ocasionalmente sesiones consultivas con determinados pacientes
Intervenciones psicológicas breves	Que estén basadas en la evidencia y teniendo en cuenta las preferencias del/de la paciente Cara a cara (individual o grupal), telefónica, por videollamada o con otros soportes tecnológicos (ordenador o App) Administradas por personal entrenado del centro de salud (enfermería, trabajo social...) o del equipo de salud mental Número limitado de sesiones (4-8) con tratamientos más sencillos (p. ej., solución de problemas, activación conductual, entrevista motivacional...)

Modificada de Kroenke K & Unutzer J. Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2017;32(4):404-410.

nen una clara orientación psicosocial y buena formación sobre el tema, a lo que se añade una gran motivación de los/las especialistas de salud mental participantes. Es esperable, por tanto, que estos modelos colaborativos sean menos efectivos cuando sean implementados en contextos más generales y reales. En Andalucía se hizo una evaluación del modelo colaborativo «proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones» incluyendo 380 centros de salud y 76 unidades de salud mental comunitaria. Se concluyó que solo el 2,3% de los centros de salud implantaron la totalidad del proceso, mientras que el 88% hizo una implantación parcial de alguno de sus elementos: responsable del programa, desplazamiento periódico de especialistas al centro de salud, formación, protocolos, consulta programada de salud mental por los/las médicos/as de familia y grupos psicoeducativos en los centros de salud²³. A partir de estos resultados tan pobres se decidió la incentivación económica de los/las profesionales de atención primaria ligados a indicadores de calidad del proceso. Se podría

concluir que los modelos colaborativos de atención a las enfermedades mentales comunes son fáciles de recomendar, pero difíciles de implementar.

Un metaanálisis ha confirmado la eficacia del tratamiento psicológico de enfermedades mentales comunes mediante App cuando se compara con controles, mientras que no hubo diferencias significativas cuando se comparó con otros tratamientos de conocida efectividad (p. ej., terapias presenciales)²⁴. Las App, por tanto, podrían ser tratamientos especialmente recomendables para aquellos/as pacientes con un mínimo de cultura digital que tengan problemas de accesibilidad a los tratamientos psicológicos habituales. Este tipo de tratamientos autoguiados o mínimamente guiados por profesionales de atención primaria también podrían incluirse entre las opciones de tratamiento disponibles en ese ámbito. En los últimos años están surgiendo muchas App para el tratamiento de las enfermedades mentales comunes; sin embargo, para la gran mayoría de ellas no se dispone de ensayos clínicos que avalen su uso. En España, la App *Sonreír es Divertido* demostró su efectividad y coste-efectividad en el tratamiento de la depresión leve-moderada en atención primaria²⁵.

Predicción de las enfermedades mentales comunes en atención primaria

En el contexto de la salud, los modelos pronósticos o algoritmos de riesgo son herramientas que combinan determinada información de una persona o paciente y, mediante cálculos matemáticos más o menos complejos, calculan una probabilidad individualizada de que suceda un evento específico en el futuro: la aparición de una enfermedad, su mejoría-empeoramiento, la curación o el fallecimiento. Quizás los más conocidos y utilizados en atención primaria sean los algoritmos de riesgo para predecir la aparición o el fallecimiento por enfermedades cardiovasculares (p. ej., los modelos de *Framingham* o *Score*). Antes de aplicar los algoritmos de riesgo en la práctica clínica deben hacerse estudios de cohortes que demuestren su validez interna en una determinada población, así como su validez externa cuando se apliquen en poblaciones diferentes.

En España se han desarrollado y validado diferentes algoritmos para predecir en consultantes de atención primaria la aparición en el próximo año del inicio de episodios de depresión mayor, trastornos de ansiedad y abuso de alcohol (algoritmos *predict*). Partiendo de unos 40 factores de riesgo conocidos para cada uno de esos trastornos, el proceso de análisis y validación seleccionó entre 7 y 12 de ellos, según cada algoritmo específico. La validez discriminante, en términos de área bajo la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), fue de 0,79 para la ansiedad²⁶, 0,82 para la depresión²⁷ y 0,89 para el abuso del alcohol²⁸; por lo tanto, un poco más discriminantes que los del riesgo cardiovascular. El objetivo de conocer la cuantificación del riesgo de incidencia de enfermedades mentales comunes es reducir la probabilidad de su aparición mediante intervenciones preventivas basadas en la evidencia.

En febrero de 2018 se ofrecieron de forma gratuita los algoritmos de riesgo *predict* para que cualquier persona los pudiera usar. Se hizo mediante una web (<http://www.predictplusprevent.com/index.php>) que además contiene un apartado dedicado a la prevención, incluyendo 24 folletos psicoeducativos específicos. Año y medio después, la web ha recibido más de 270.000 visitas.

También teniendo como referencia la población de atención primaria se han desarrollado algoritmos de riesgo para predecir la presencia de un episodio de depresión actual, predecir la evolución de pacientes ya deprimidos/as y la respuesta a los antidepresivos en población clínica con depresión moderada-grave.

Prevención de las enfermedades mentales comunes en atención primaria

En cuanto a la prevención secundaria de las enfermedades mentales comunes, la guía de actividades preventivas de los Estados Unidos (USPSTF, United States Preventive Services Task Force) recomienda el cribado de la depresión en atención primaria mediante escalas de síntomas depresivos. La guía canadiense (CTFPHC, Canadian Task Force on Preventive Health Care) inicialmente también lo recomendó, pero años después se opuso a ello básicamente por dos motivos²⁹: 1) no había un solo ensayo clínico que demostrase su beneficio, y 2) no se tuvo en cuenta el impacto negativo como consecuencia de los falsos positivos del cribado. En el Reino Unido, la guía NICE, en su última revisión de 2018, tampoco recomienda el cribado, indicando solo estar alerta en pacientes que ya han pasado por un episodio depresivo previo, tengan una enfermedad física crónica invalidante o depresión subumbral. En España, en un ensayo pragmático sobre el cribado de depresión en atención primaria en pacientes de alto riesgo, su aplicación respecto al grupo control no mejoró el diagnóstico ni el tratamiento de la depresión³⁰.

La ya comentada «regla de las mitades decrecientes» podría explicar, al menos en parte, la baja reducción de la carga de enfermedad de las enfermedades mentales comunes a pesar de disponer de tratamientos efectivos. Se ha calculado que en el hipotético caso de diagnosticar y tratar correctamente a todos/as los/las pacientes con depresión, la reducción de la carga de enfermedad rondaría el 30%³¹. Esto se debería, entre otras cosas, a que los tratamientos actuales no son todo lo efectivos que nos gustaría³² y a que la proporción de incidencia de casos nuevos de depresión respecto al total (casos ya existentes más lo nuevos) es elevada, alrededor del 40%²⁷. Para reducir esta incidencia, la única manera de conseguirlo es evitando el inicio de la enfermedad mediante prevención primaria.

En las últimas dos décadas se han publicado cientos de ensayos clínicos para evaluar la efectividad de la prevención primaria de la depresión y la ansiedad, así como decenas de revisiones sistemáticas y metaanálisis. A partir de toda esta información se puede concluir que las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y posiblemente las de ejercicio físico son efectivas para la prevención primaria de la depresión y la ansiedad, aunque el tamaño del efecto es pequeño o moderado^{32–34}.

La atención primaria es un sitio ideal donde llevar a cabo estrategias de prevención primaria de muchas enfermedades, incluidas las mentales comunes. Muchas personas con riesgo de enfermedades mentales comunes van a ver a su médico/a de familia, y los centros de salud tienen asignada una determinada población que facilita las actividades comunitarias y la base poblacional de la prevención. Los/las profesionales de atención primaria tienen además la posibilidad de trabajar coordinados con el conjunto de los recursos comunitarios de su zona básica de salud y fomentar su uso (prescripción social). En un metaanálisis sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas y educativas para la prevención primaria de la depresión en atención primaria³⁵ se identificaron 13 ensayos clínicos, de los cuales solo en cuatro las intervenciones fueron implementadas por profesionales de atención primaria. Se concluyó que tales intervenciones fueron efectivas, aunque el tamaño del efecto fue pequeño.

En España se ha llevado a cabo un ensayo clínico (3326 pacientes no deprimidos/as adscritos a 140 médicos/as de familia de 70 centros de salud de siete provincias españolas) en el que los/las médicos/as de familia recibieron una formación específica de unas 8-10 horas y realizaron una entrevista de 10 minutos con estos/as pacientes al inicio y a los 6 y 12 meses. En estas entrevistas, los/las médicos/as de familia, a partir de la información que aportaba el algoritmo de riesgo *predictD*, infor-

maban a sus pacientes de sus respectivos niveles y perfiles de riesgo, tratando de llegar a acuerdos sobre un plan personalizado de prevención. Los/las pacientes fueron evaluados/as cada 6 meses durante 18 meses. Esta intervención, denominada *predictD*, frente al grupo de cuidados habituales, redujo en un 21% y un 23% las incidencias de depresión y ansiedad, respectivamente³⁶. La intervención también fue coste-efectiva³⁷. Las adherencias de los/las pacientes y de los médicos/as de familia fueron muy buenas y no se detectaron efectos secundarios. Los/las médicos/as de familia se manifestaron cómodos/as y muy satisfechos/as con la intervención, y además sugirieron algunas áreas de mejora³⁸.

Aunque los tamaños del efecto de los programas de prevención primaria de enfermedades mentales comunes son en general pequeños, si fueran implementados en grandes poblaciones y esto fuera coste-efectivo, su impacto sobre la salud, la calidad de vida y la reducción de costes podría ser muy relevante en términos absolutos. Además de ser implementados en atención primaria, podría ser pertinente hacerlo en las escuelas³⁹ y en el ámbito laboral⁴⁰, y de una forma más transversal mediante tecnologías de la información y la comunicación.

Conclusiones

Las enfermedades mentales comunes se presentan en atención primaria principalmente con síntomas somáticos, y los/las médicos/as de familia tienen dificultades para diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente. Los modelos colaborativos para la atención de enfermedades mentales comunes en atención primaria son efectivos, pero difíciles de implementar. La aparición de casos nuevos se puede predecir mediante algoritmos de riesgo. La prevención primaria de las enfermedades mentales comunes es efectiva y con un gran potencial para ser implementada masivamente.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as fueron investigadores/as de muchos de los estudios en los que se basa este artículo. J.A. Bellón escribió un primer borrador del manuscrito que el resto de personas firmantes revisaron y modificaron, y todas aprobaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Al Instituto de Salud Carlos III, Fondos FEDER, la Comisión Europea, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, redIAPP e IBIMA, que financiaron o apoyaron muchos de los proyectos de investigación sobre los que se basa este artículo. También a todos/as los/las investigadores/as, centros de salud, médicos de familia y pacientes de atención primaria que han participado en nuestras investigaciones.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. WHO: Geneva; 2017.
2. GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1789–858.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3:e442.
4. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disor-

- ders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:201–10.
5. Fernández A, Bellón JA, Pinto-Meza A, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry.* 2010;196:302–9.
 6. Spiers N, Qassem T, Bebbington P, et al. Prevalence and treatment of common mental disorders in the English national population, 1993–2007. *Br J Psychiatry.* 2016;209:150–6.
 7. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009;374:609–19.
 8. Fernández A, Rubio-Valera M, Bellón JA, et al. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34:227–33.
 9. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:497–519.
 10. Martínez-Cañavate T. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16905234.pdf>.
 11. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry.* 2012;201:137–42.
 12. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32:201–9.
 13. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, et al. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med.* 2005;61:1505–15.
 14. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:415–24.
 15. Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry.* 2007;190:172–3.
 16. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, et al. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord.* 2016;202:145–52.
 17. Chung H, Rostanski N, Glassberg H, et al. Advancing integration of behavioral health into primary care: a continuum-based framework. *New York: United Health Fund;* 2016. p. 31.
 18. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, et al. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2014;77:247–63.
 19. Muntin AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, et al. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2016;17:62.
 20. Calderón C, Balagué L, Iruin A, et al. Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. *Aten Primaria.* 2016;48:356–65.
 21. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Dis.* 2012;142:297–305.
 22. Aragonès E, Palao D, López-Cortacans G, et al. Development and assessment of an active strategy for the implementation of a collaborative care approach for depression in primary care (the INDI-i project). *BMC Health Serv Res.* 2017;17:821.
 23. Aranda JM, González-Villalva A, Ropero V, et al. Modelos de colaboración para la atención a la salud mental en Andalucía: evaluación tras 9 años de implantación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012;32:9–28.
 24. Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, et al. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry.* 2019;18:325–36.
 25. Montero-Marín J, Araya R, Pérez-Yus MC, et al. An Internet-based intervention for depression in primary care in Spain: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2016;18:e231.
 26. Moreno-Peral P, Luna J, de D, Marston L, et al. Predicting the onset of anxiety syndromes at 12 months in primary care attendees. The predictA-Spain study. *PLoS One.* 2014;9:e106370.
 27. Bellón JA, de Dios Luna J, King M, et al. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychol Med.* 2011;41:2075–88.
 28. Bellón JA, Luna JD, King M, et al. Predicting the onset of hazardous alcohol drinking: development and validation of a simple risk algorithm. *Br J Gen Pract.* 2017;67:e280–92.
 29. Thombs BD, Ziegelstein RC. Depression screening in primary care: why the Canadian task force on preventive health care did the right thing. *Can J Psychiatry.* 2013;58:692–6.
 30. Romera I, Montejo AL, Aragonés E, et al. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry.* 2013;13:83.
 31. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, et al. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry.* 2004;184:393–403.
 32. Cuijpers P, Cristea IA. What if a placebo effect explained all the activity of depression treatments? *World Psychiatry.* 2015;14:310–1.
 33. Bellón JA, Moreno-Peral P, Motrico E, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions to prevent the onset of episodes of depression: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S22–32.
 34. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:1021–9.
 35. Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, Rodríguez-Morejón A, et al. Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2017;15:262–71.
 36. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, et al. Intervention to prevent major depression in primary care: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 2016;164:656–65.
 37. Fernández A, Mendive JM, Conejo-Cerón S, et al. A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Med.* 2018;16:28.
 38. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Family physicians' views on participating in prevention of major depression The predictD-EVAL qualitative study. *PLoS One.* 2019;14:e0217621.
 39. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, et al. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Review.* 2017;51:30–47.
 40. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Cortés-Abela C, et al. Effectiveness of psychological and educational interventions for the prevention of depression in the workplace: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45:324–32.