

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

SONDEO SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN AL MALESTAR

EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

ÁREA VII – MIERES

2009



Casona de don Vital Aza Díaz en Mieres

Para :

Grupo Promotor del

Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria. Mieres- Asturias

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Dirección General de Salud Pública

Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud

Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres

Coordinación de Salud Mental del Área VII-Mieres

INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER

Sara Velasco Arias
Consultora de Salud y Género
Diciembre 2009

No menospreciemos como profesionales la importancia y la repercusión de estas patologías.

Se precisa un buen dominio del ARTE y manejo clínico, y un tiempo de atención que raramente se tiene en atención primaria.

Una dificultad es aplicar un modelo biomédico a situaciones que son psicosociales

Médicos y médicas
de Atención Primaria

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	4
2.	INTRODUCCIÓN	7
3.	OBJETIVOS DEL SONDEO	7
4.	MÉTODO	7
	ATENCIÓN PRIMARIA	8
5.	PARTICIPACIÓN EN EL SONDEO.....	8
6.	MAGNITUD DE LA DEMANDA DE CONSULTA.....	9
	Número estimado de pacientes atendidos/as	9
	Proporción de pacientes con malestar sobre total de pacientes	11
	Proporción de mujeres sobre total de pacientes con malestar.....	12
7.	CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN.....	14
	Diagnósticos médicos identificados como malestar	14
	Concordancia de los diagnósticos con el concepto de “malestar”	14
	Recursos terapéuticos utilizados y psicofármacos.....	19
	Dificultades o puntos críticos y marco conceptual del profesional.....	22
	Sobre-utilización de recursos, hiperfrecuentación, policonsumo de fármacos	27
	Satisfacción de los/as profesionales con los tratamientos disponibles y percepción sobre los pacientes	29
	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	31
	SALUD MENTAL	32
8.	PARTICIPACIÓN EN EL SONDEO.....	32
9.	MAGNITUD DE LA DEMANDA DE CONSULTA.....	33
10.	CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN.....	35
	Diagnósticos médicos identificados como malestar	35
	Concordancia de los diagnósticos con el concepto de “malestar”	37
	Recursos terapéuticos utilizados y psicofármacos.....	37
	Sobre-utilización de recursos, hiperfrecuentación, policonsumo de fármacos	39
	Satisfacción de los/as profesionales con los tratamientos disponibles y percepción de los pacientes	40
	Dificultades y puntos críticos identificados.....	41
11.	PROPUESTAS DE MEJORA.	42
	ANEXO I. CUESTIONARIO DE SONDEO DE SITUACIÓN	46
	ANEXO II. PLAN DE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS.....	47

1. Resumen

- Se ha realizado un sondeo a profesionales de atención primaria (AP) y salud mental (SM) del Área de Mieres, sobre el proceso de atención a pacientes con cuadros de malestar (trastornos mentales comunes, somatizaciones, dolor sin causa orgánica y síndromes funcionales), con el fin de detectar el perfil de atención, puntos críticos y necesidades. Los datos recogidos no son registro de actividades, sino estimaciones subjetivas de los profesionales. Su valor es, por tanto, el de estimar su percepción del proceso para valorar las necesidades sentidas.
- El perfil ampliamente mayoritario en AP, es un médico, médica o enfermera, de edad entre 40 y 57 años, que atiende entre 20 y 60 pacientes con cuadros de malestar por semana. Hay un pico de una médica que atiende 145 pacientes con malestar y un médico, 175 a la semana. Los médicos estiman atender mayor número de estos pacientes que las médicas. En Salud Mental, el número de pacientes con malestar es algo menor (media de 29 pacientes para psiquiatras y psicólogos).
- Son en AP, entre el 15% y el 25% de sus pacientes, aunque existe amplia variabilidad en esta estimación (desde el 5% hasta el 80%). Y en SM, son mayor proporción (media de 50% de sus pacientes y mediana entre 60% y 85%). De ellos, entre el 70% y el 95% son pacientes mujeres.
- No ha aparecido ninguna discordancia con el uso del término "cuadros de malestar", que ha sido perfectamente entendido por los profesionales, tanto de AP como de SM, para unificar los diagnósticos anotados en AP de ansiedad y depresión (por el 88% de los profesionales), síntomas somáticos sin causa orgánica (47%), dolor (42%) y síndromes funcionales (37%). En SM, el 100% se han referido a ansiedad depresión y menor proporción a dolor (21%), somatizaciones (21%) y síndromes funcionales (21%). Se ha encontrado que las médicas y enfermeras se refieren el doble a casos de dolor que los médicos, y ellos el doble a casos de síndromes funcionales (como fibromialgia) que ellas. En SM también se ha encontrado leve diferencia por sexos en los diagnósticos referidos. No hay elementos para interpretar este resultado que queda como una incógnita para posibles estudios de género.
- El 96% de los médicos/as de AP dicen utilizar tratamientos farmacológicos. Los cuadros de malestar son tratados con psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos) prescritos por el 93%, analgésicos por el 71% y algunos otros tratamientos sintomáticos. El 54% de los médicos/as utilizan sólo estos tratamientos farmacológicos. Y el 43% usan además otros abordajes de corte psicosocial, fundamentalmente escucha activa, dedicación de tiempo y apoyo psicológico-. Lo hacen cuando el tiempo en consulta se lo permiten y con limitaciones de formación. No se aprecia que dispongan de un recurso para abordaje psicosocial claro o eficaz que, sin embargo, es una necesidad sentida

ampliamente declarada. Además, un 14% dice indicar fisioterapia y un 11% dice derivar a salud mental.

- En salud mental, se utilizan psicofármacos, y psicoterapia. Ahora bien, cuanto mayor es el volumen de consulta, menos se utiliza psicoterapia.
- Las dificultades principales descritas en AP para la atención a pacientes con malestar se pueden clasificar en dos grupos, que se corresponde fielmente con dos marcos teóricos subyacentes:
- el grupo de médicos/a que han apuntado usar sólo tratamientos farmacológicos, parecen moverse en un concepto biologicista de la enfermedad que no incluye lo psicosocial en la práctica médica. Centran las dificultades en que consideran que “no están realmente enfermos”, en el comportamiento exigente de los pacientes, escasez de tiempo y falta de recursos de otros niveles asistenciales.
- Mientras, el grupo de médicos/as que intentan atender también los aspectos psicosociales con terapias no farmacológicas, muestra en su discurso una concepción biopsicosocial de la enfermedad, que incluye los aspectos psicosociales en la práctica médica, crítica con la insuficiencia de abordaje de estos aspectos. Centran las dificultades en la complejidad de las dolencias de estos pacientes, considerando su enfermedad de origen psicosocial, y la escasez de instrumentos y recursos para abordar lo psicosocial.
- Ambos grupos, junto a las enfermeras, los pediatras y los profesionales de salud mental, se quejan de la falta de tiempo en consulta y de la falta de formación específica, ambas dificultades son un clamor unificado.
- El 67% de los y las profesionales de AP no está satisfecho/a con los tratamientos de que dispone para estos cuadros. Lo está regular, el 9% y sí lo están el 16%. Por profesiones, las enfermeras no está satisfecha ninguna. Los médicos se muestran levemente más satisfechos que las médicas. En salud mental, no está satisfecho el 64% de los profesionales.
- El 71% de los y las profesionales de AP encuentra a estos pacientes difíciles, incómodos o frustrantes y los son, incluso en SM, para el 43% de los profesionales, y “a veces”, para el 21%.
- Entre el 98% y el 100% de los encuestados están muy o bastante de acuerdo con que estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de primaria y que circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias. Y que usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario y tiende al policonsumo de fármacos y de psicofármacos.
- El y la pediatra de la muestra, difieren algo del perfil anterior. Incluyen en los cuadros de malestar trastornos de conducta y de la conducta alimentaria, tics y cefaleas y dolores abdominales recurrentes. Son los únicos que estiman atender niños y niñas al 50%. No usan

tratamientos farmacológicos y sí dedicación de tiempo y terapias de modificación de conducta. No perciben a los/las pacientes como difíciles y se muestran satisfechos con los tratamientos de que disponen. Parecen moverse en un marco conceptual biopsicosocial de la enfermedad, Se quejan, esos sí, como todos los demás, de falta de tiempo y formación específica.

Puntos críticos que derivan en prioridad del problema por su relevancia:

1. **Gran magnitud** de la demanda de los cuadros de malestar. Alta proporción de mujeres, con potencial significado de género.
2. **Sobre-consumo** de recursos sanitarios.
3. **Sobre-prescripción de psicofármacos**
4. **Insatisfacción de los profesionales** con los tratamientos de los que disponen y percepción de estos pacientes como **difíciles, incómodos o frustrantes**.
5. **El riesgo de burn out** del profesional es muy alto, debido que este tipo de pacientes frustrantes e insatisfactorios, alcanza a veces la mitad, o más, de los pacientes que atienden.
6. Se aprecia la **complejidad de los cuadros** y dificultades para atenderlos con los métodos y tratamientos biomédicos disponibles.
7. No se está disponiendo de **abordajes no farmacológicos eficaces y satisfactorios**.
8. Necesidad de **reenfocar el método de atención**, con inclusión de abordaje de lo psicosocial.
9. Necesidad de más **tiempo en consulta, de coordinación entre niveles asistenciales y de formación** específica.

Propuestas de mejora.

1. **Cambios en el ámbito social**, desmedicalizar la vida, buscar alternativas de mayor autonomía y autorresponsabilidad de las personas y educación sanitaria.
2. **Métodos y enfoque clínico**, integrando los aspectos psicosociales, terapias no farmacológicas para estos problemas que se perciben con origen psicosocial y psicosomático.
3. **Organización**. Más tiempo en consulta. Cooperación o integración entre niveles asistenciales, especialmente entre Salud Mental y Primaria, con trabajo multidisciplinar y protocolos primaria/especializada. Establecer copago.
4. **Formación específica** de los profesionales.

2. Introducción

Para incorporar al más amplio análisis de situación sobre los síndromes del malestar en el Área VII-Mieres, -que recoge información de la situación epidemiológica y atención en consultas-, se ha realizado un sondeo sobre características estimadas por los/las profesionales sobre el proceso de atención al malestar, tanto en atención primaria y Gerencia, como de Salud Mental.

En este informe se exponen los resultados de este sondeo.

3. Objetivos del sondeo

General:

- Estimar características percibidas por los y las profesionales del proceso de atención a los síndromes del malestar y las necesidades sentidas con respecto a la atención a los procesos de malestar.

Específicos:

- Estimar la concordancia de los cuadros clínicos que atienden los y las profesionales con el concepto de "cuadros del malestar"
- Obtener una estimación directa de los y las profesionales sobre la magnitud de las demandas por malestar en las consultas del Área.
- Estimar los recursos terapéuticos habitualmente utilizados.
- Estimar la satisfacción y dificultades encontradas para atenderlos.
- Recoger las propuestas de mejora para la atención a los síndromes del malestar.

4. Método

Se ha diseñado un cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas y cerradas para profesionales, que pretende recoger sus estimaciones sobre el proceso de atención (**ANEXO I. Cuestionario**).

Se ha distribuido a través de la Gerencia de Atención Primaria de Mieres, a los profesionales sanitarios de atención primaria, y a través de la Gerencia de Atención Especializada, a los profesionales de Salud Mental.

En el cuestionario se ha definido el proceso de salud sobre el que pretendemos intervenir, de la siguiente manera:

"Proceso de atención a los cuadros clínicos de dolor sin causa orgánica, síndromes funcionales, fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable, malestar, depresión, ansiedad y somatizaciones que agrupamos como cuadros de malestar".

Se han analizado los resultados que se presentan en este informe desglosados primero para atención primaria y Gerencia de Primaria y después para Salud Mental.

ATENCIÓN PRIMARIA**5. Participación en el sondeo.**

Se han recibido **48 cuestionarios** de profesionales de primaria del Área VII. Son **45** procedentes de los 6 centros de salud del Área y **3** de Responsables de la Gerencia de AP. Se distribuyeron 122 cuestionarios, por lo que la participación ha sido del **39,3% (Tabla 1)**.

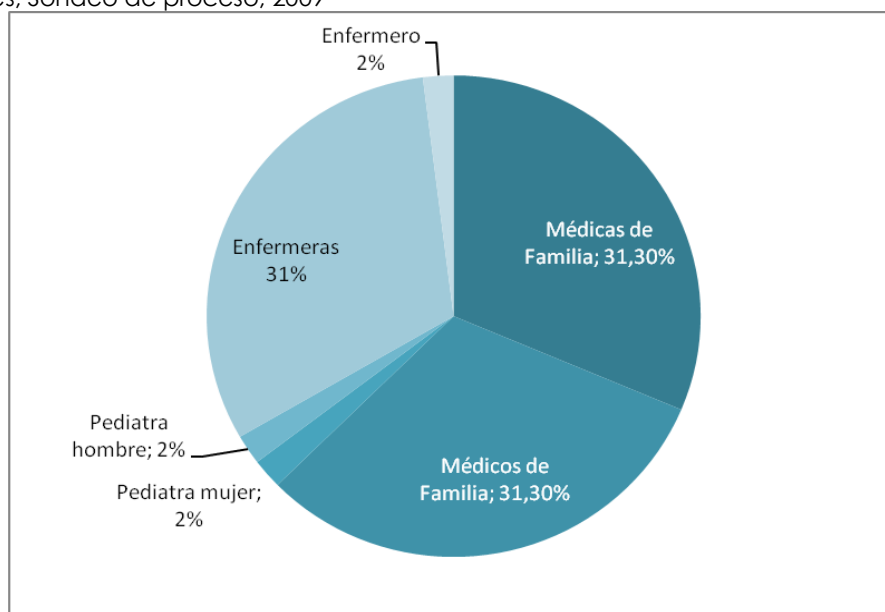
Tabla 1. Distribución de participantes en el sondeo por profesiones y sexos en Atención Primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

	Nº de médicos/as de Familia		Nº de pediatras		Nº de Enfermeras/os		TOTAL
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Centros de salud	13	15	1	1	14	1	45
Gerencia	2				1		3
Total Nº	15	15	1	1	15	1	48
Total %	31,25%	31,25%	2,08%	2,08%	31,33%	2,08%	100%
Totales %	62,5%		4,16%		33,33%		100%

Destaca la **alta proporción paritaria de médicos y médicas**, así como la participación de enfermería, muy feminizada, cómo lo está la propia profesión.

La **edad** del profesional está entre **40 y 57 años** (a excepción de una enfermera con 34 años y un médico con 63 años).

Gráfico 1. Distribución de participantes de AP y Gerencia por profesiones y sexos. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



6. Magnitud de la demanda de consulta

Número estimado de pacientes atendidos/as

A la pregunta sobre la estimación del número de pacientes con los cuadros de malestar que atienden por semana, existe amplia variabilidad en las respuestas. Por ello, en lugar de calcular una media, que no es expresiva de la realidad sondeada, se han buscado los tramos de número de pacientes que actúan como medianas. Se calculan sobre los 45 cuestionarios de profesionales asistenciales de centros de salud. La distribución de respuestas dentro de estos tramos se expresa en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Distribución de nº de profesionales según el número de pacientes con cuadros de malestar (PM) que estiman atender por semana. Por profesiones y sexos en Atención Primaria.

Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Tramos según nº de pacientes con malestar / semana	Médicos/as de Familia		Enfermeras/os		Pediatras		TOTAL
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Entre 3 y 15 PM/semana	6	4	5				15
Entre 20 y 35 PM/semana	2	5	3				10
Entre 40 y 60 PM/semana	3	5	3				11
Entre 145 y 175 PM/semana	1	1					2
N/C			4	1	1	1	7
Nº Total	12	15	15	1	1	1	45

Si bien todos los y las médicos han respondido a la pregunta, existen 4 enfermeras que no han podido estimar el número de pacientes por semana. Una de ellas es enfermera pediátrica y, en realidad, dice no atender a este tipo de pacientes. Las otras dicen no poder estimar el número. El único enfermero que ha entregado cuestionario ha respondido con signos de interrogación a todas las preguntas.

El y la pediatra han respondido que "varios", por lo que se contabiliza como N/C.

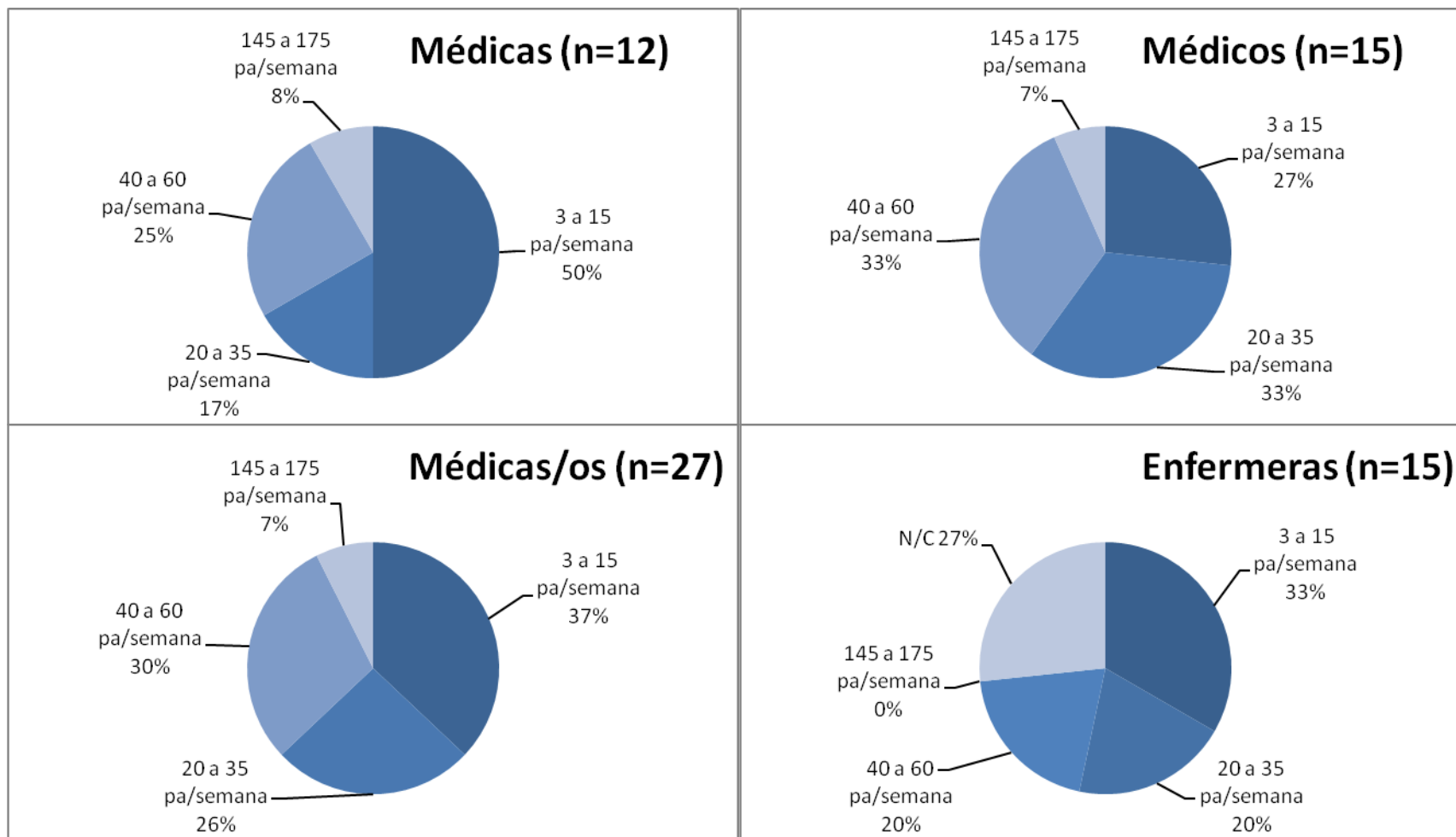
Los cuestionarios de Gerencia, lógicamente, no han estimado esta pregunta.

Por ello, **sólo las categorías de médicos, médicas y enfermeras** aportan algún significado y son las que se describen en los siguientes gráficos porcentuales.

En síntesis, el **56% de los médicos y médicas** estiman que atienden entre **20 y 60 pacientes con cuadros de malestar a la semana**. Y el **37% atienden entre 3 y 15 pacientes/semana**. Es de resaltar que un **7%** estiman atender entre **145 y 175** pacientes/semana.

Y también llama la atención que los médicos perciben atender más (**66%**, atienden entre 20 y 60 p/s) que las médicas (**42%** atienden entre 20 y 60 p/s) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de tramos según el nº de pacientes con malestar atendidos por semana, por cada una de las profesiones que responde la pregunta: médicos, médicas, médicos/as y enfermeras en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



Proporción de pacientes con malestar sobre total de pacientes

También existe variabilidad en la estimación de la proporción de pacientes con cuadros de malestar, sobre el total de los pacientes que atienden a la semana.

La **media** de porcentaje de pacientes con malestar sobre el total de sus pacientes es:

- **28% para médicos, médicas y pediatras**, con un rango del **5% al 80%**.
- **46% para las enfermeras**, con un **rango del 5% al 50%**.

Debido al amplio rango de variabilidad, de nuevo la media es poco expresiva y se han agrupado los porcentajes respondidos por los y las profesionales en cuatro tramos que contienen todos los porcentajes más respondidos y que se comportan como medianas. El fin es poder mostrar lo más cercano a la realidad de las respuestas (**Tabla 3**).

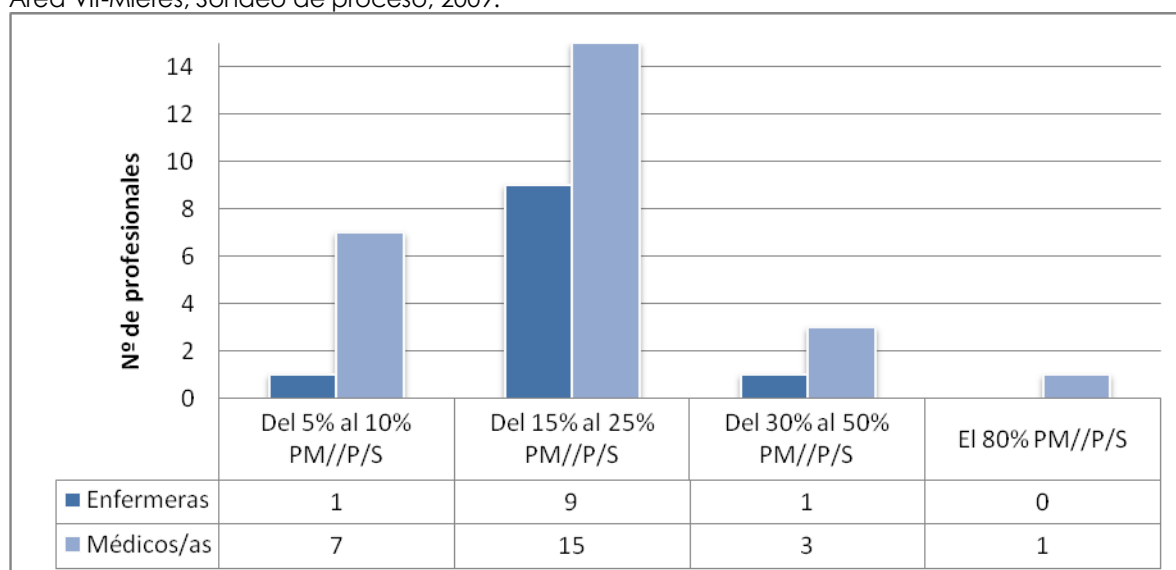
Tabla 3. Distribución por profesiones de la proporción de pacientes con malestar (PM), sobre total de pacientes atendidos a la semana (P/S) en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Tramos de porcentajes	Médicas	Médicos	Médicos/as	Enfermeras
Del 5% al 10% de PM//P/S	2	5	7	1
Del 15% al 25% de PM//P/S	7	8	15	9
Del 30% al 50% de PM//P/S	2	1	3	1
El 80% de PM//P/S	0	1	1	0
N/C	2	0	2	0
Total	13	15	28	11

En el siguiente gráfico se visualiza cómo la mayoría de los médicos y médicas, incluidos los dos pediatras, así como las enfermeras, estiman que son **cuadros de malestar entre el 15% y el 25% de sus pacientes**.

Gráfico 3. Distribución entre médicas/os y enfermeras, de los tramos de porcentajes de pacientes con malestar, sobre total de pacientes atendidos a la semana en atención primaria.

Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.



Hay que señalar que la información que ofrecen las respuestas al cuestionario, es sobre la **estimación subjetiva** de los y las profesionales, no son registros de actividad. Esto hace que no puedan ser tomados como indicadores de la actividad asistencial, sino como reflejo de la **percepción e interpretación de los y las profesionales** sobre lo que les impacta en su práctica.

Los y las profesionales parecen apuntar más proporción de pacientes, cuanto mayor es el número atendido por semana. Es probable que sea la **mayor carga asistencial** y, en consecuencia, **el tiempo** del que dispongan para atenderles, lo que aumenta la proporción percibida de cuadros de malestar, seguramente, proporción objetivamente mayor.

Podría ser, también, que la variabilidad tuviera que ver con las **dificultades para atenderles y la insatisfacción con los recursos terapéuticos**. Ahora bien, estos últimos, como veremos después, - son prácticamente unánimes, son declaradas por la inmensa mayoría, independientemente del volumen de pacientes que estimen atender.

Proporción de mujeres sobre total de pacientes con malestar

En este dato disminuye mucho la variabilidad.

La **media** de porcentaje de mujeres sobre el total de pacientes con malestar es:

- **72% y mediana de 90% para las médicas y pediatra mujer**
- **68% y mediana de 80% para los médicos, y pediatra hombre**
- **68% y mediana de 90% para las enfermeras,**

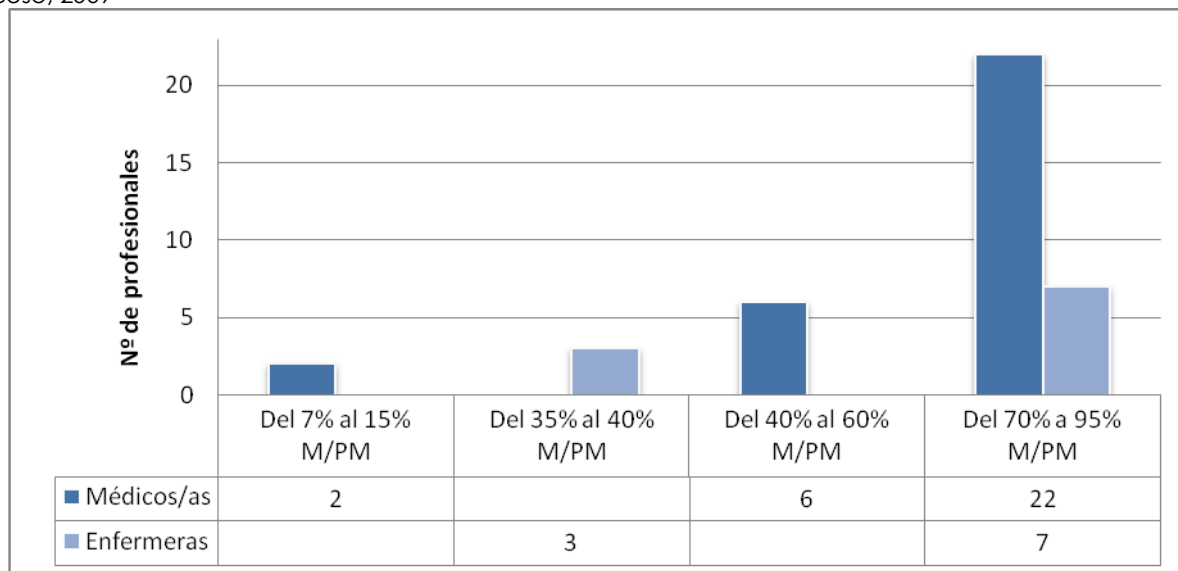
En la siguiente tabla se muestra la distribución de número de profesionales que estiman el porcentaje de mujeres con malestar en cada tramo.

Tabla 4. Distribución de número de profesionales según tramo de porcentaje de mujeres (M) sobre pacientes con malestar (PM) en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Tramos de porcentajes	Médicas	Médicos	Pediatra (mujer)	Pediatra (hombre)	Médicos/as	Enfermeras
Del 7% al 15% M/PM	1	1			2	
Del 35% al 40% M/PM						3
Del 40% al 60% M/PM	3	1	1	1	6	
Del 70% a 95% M/PM	9	13			22	7
N/C	1					2
Total	13	15	1	1	28	12

En el siguiente **Gráfico 4**, se muestra sólo por profesiones, las frecuencias de la estimación de proporción de pacientes mujeres.

Gráfico 4. Distribución entre médicos/as y enfermería de atención primaria de los porcentajes de mujeres (M) sobre pacientes con malestar (PM) en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



Queda visible que la gran mayoría, tanto de médicos/as como enfermeras, encuentran que entre el **70% y el 95% de los pacientes con malestar son mujeres**. Este hecho, bastante unánime, es de gran **relevancia**, ya que fundamenta la **prioridad** como problema de salud de las mujeres, a la vez que exige la **búsqueda de las causas** de esta prevalencia tan feminizada de las demandas. El potencial explicativo del **análisis de género** podrá ser más eficaz en un problema tan feminizado.

Así mismo, indica que los **métodos** para mejorar la atención, han de ser específicamente pensados para las mujeres.

7. Características del proceso de atención

Diagnósticos médicos identificados como malestar

Resultados de la pregunta abierta sobre *¿Cuáles son los diagnósticos médicos en estos/as pacientes que atiendes?*

Concordancia de los diagnósticos con el concepto de “malestar”

No ha existido ninguna respuesta discordante con la identificación de estos diagnósticos como **cuadros del malestar**. Los y las profesionales encuestados coinciden, sin dificultad, en el **lugar común de este término “malestar”**, que no corresponde al paradigma biomédico y que, sin embargo, han aceptado para los padecimientos de sus pacientes. Incluso, 8 profesionales (**19%**), han utilizado el término **“malestar”** para describir parte de los cuadros clínicos que observan.

Este es otro **factor favorable al proyecto** de intervención: la concordancia con el pequeño **giro de marco teórico** que implica la confluencia con el **término de malestar**, aceptado sin haberse expresado ninguna dificultad, sin duda favorecido por la vigencia conceptual de los principios de modelo biopsicosocial.

- **Frecuencia de los distintos diagnósticos**

Todos los profesionales han respondido a la pregunta, excepto una enfermera y el único enfermero varón de la muestra. Se calculan los porcentajes de respuesta en base a los 43 profesionales que han contestado (**Tabla 5**).

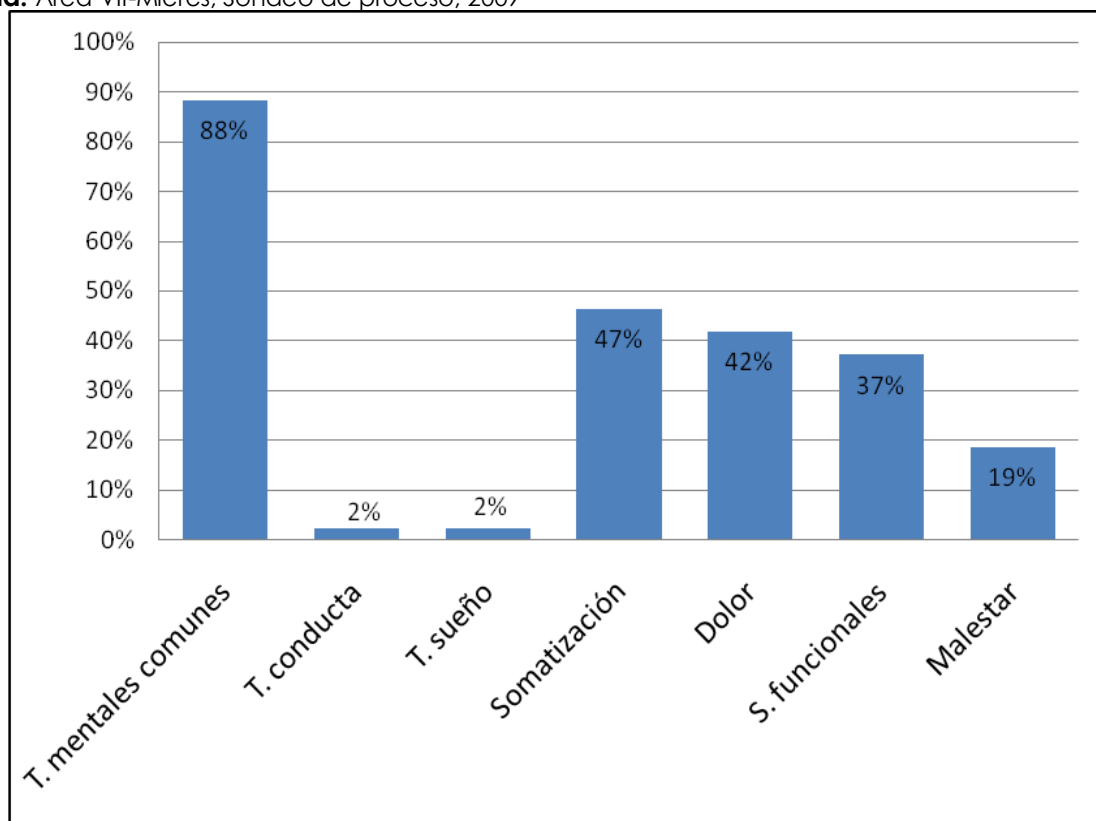
Tabla 5. Distribución de número y % de profesionales que responden atender a cada diagnóstico (multi-respuesta) y grupo diagnóstico como “cuadros del malestar” en atención primaria. Base n=43 profesionales que responden a la pregunta. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Diagnósticos y GRUPOS DIAGNÓSTICOS	Nº Médicas	Nº Médicos	Nº Enfermeras	Nº Peditra (mujer)	Nº Peditra (hombre)	Nº Total	% de profesionales que apuntan el diagnóstico	% de profesionales que apuntan el GUPO DIAGNÓSTICO
GRUPO DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES	12	14	12			38		88%
Trastornos del ánimo		1				1	2%	
Depresión	9	13	5			27	63%	
Ansiedad	10	11	10			31	72%	
Trastorno de adaptación	1	1	1			3	7%	
GRUPO DE SÍNT. PSICOLÓGICOS Y T. DE CONDUCTA					1	1		2%
Trastornos de conducta					1	1	2%	
Anorexia/trastornos e conducta alimentaria					1	1	2%	
GRUPO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO			1			1		2%
Insomnio / dificultad para dormir o mantener el sueño			1			1	2%	
GRUPO DE SÍNT. SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA	6	7	6	1		20		47%
Obesidad		1				1	2%	
Mareos / vértigos	2		2			4	9%	
Palpitaciones / taquicardia	1					1	2%	
Problemas digestivos/dispepsia	2	1				3	7%	
Somatizaciones varias	2	5	4	1		12	28%	
GRUPO DE DOLOR	6	3	7	1	1	18		42%
Cefalea / jaqueca / migraña	4	1	2	1	1	9	21%	
Dolor músculo-esquelético	4	3	1		1	9	21%	
Dolor abdominal	4			1	1	6	14%	
Dolor torácico no cardíaco	1					1	2%	
Dolor varios		1	4			5	12%	
GRUPO DE SÍNDROMES FUNCIONALES	3	8	5			16		37%
Fibromilagia	2	4	5			11	26%	
Síndrome de fatiga crónica		2				2	5%	
Síndrome de colon irritable		3				3	7%	
Varios síndromes funcionales		2				2	5%	
GRUPO DE MALESTAR	4	3	1			8		19%
Malestar	3	2	1			6	14%	
Problemas sociales	1					1	2%	
No Contesta			2			2	5%	

Los perfiles de diagnósticos que mencionan como cuadros de malestar, son muy parecidos por profesiones y sexos.

Si consideramos por separado el grupo de **trastornos mentales comunes, es referido por el 88% de los y las profesionales**. Los grupos de **trastornos somáticos sin causa orgánica** evidenciable o **somatizaciones (47%), dolor (42%), síndromes funcionales (37%) y malestar (19%)** son referidos por los profesionales de primaria con mucha mayor frecuencia que lo será en salud mental (**Gráfico 5**).

Gráfico 5. Porcentaje de profesionales que responde cada grupo de diagnósticos en Atención Primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



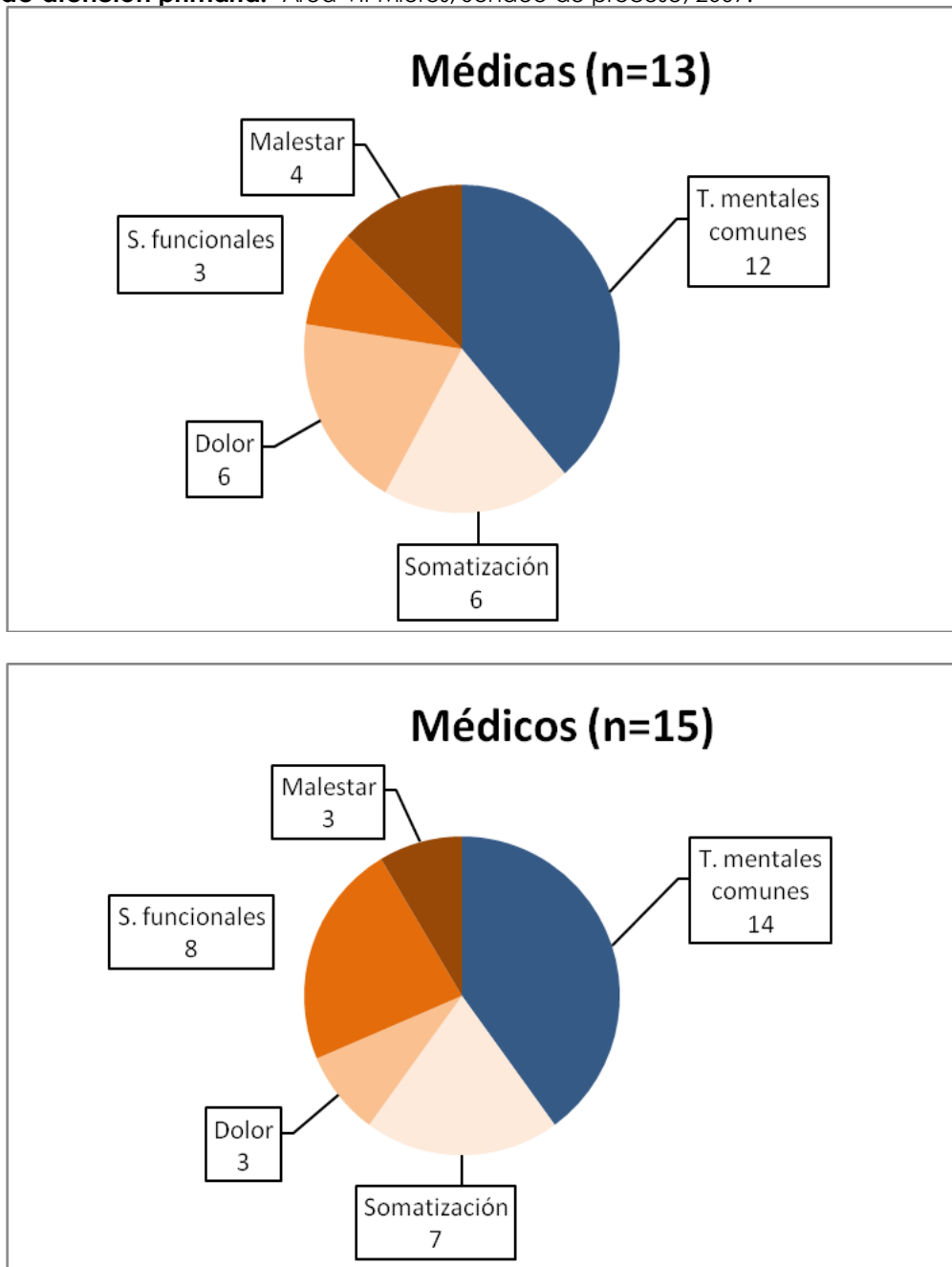
Por **sexos**, se aprecia una leve diferencia en los diagnósticos.

Más **mujeres médicas y enfermeras** incluyen el **dolor y el malestar** como cuadros observados, mientras que más **hombres médicos** se han referido a los **síndromes funcionales** (fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable y otros).

Es necesario ver cómo es la diferencia por sexos entre los médicos, ya que la relación que las enfermeras tienen con los diagnósticos es diferente, además de que el 100% de las enfermeras (que responden) son mujeres.

En el siguiente gráfico 6 se compara la distribución de diagnósticos en números absolutos de médicas y médicos, excluyendo a los pediatras que han dado otro tipo de diagnósticos.

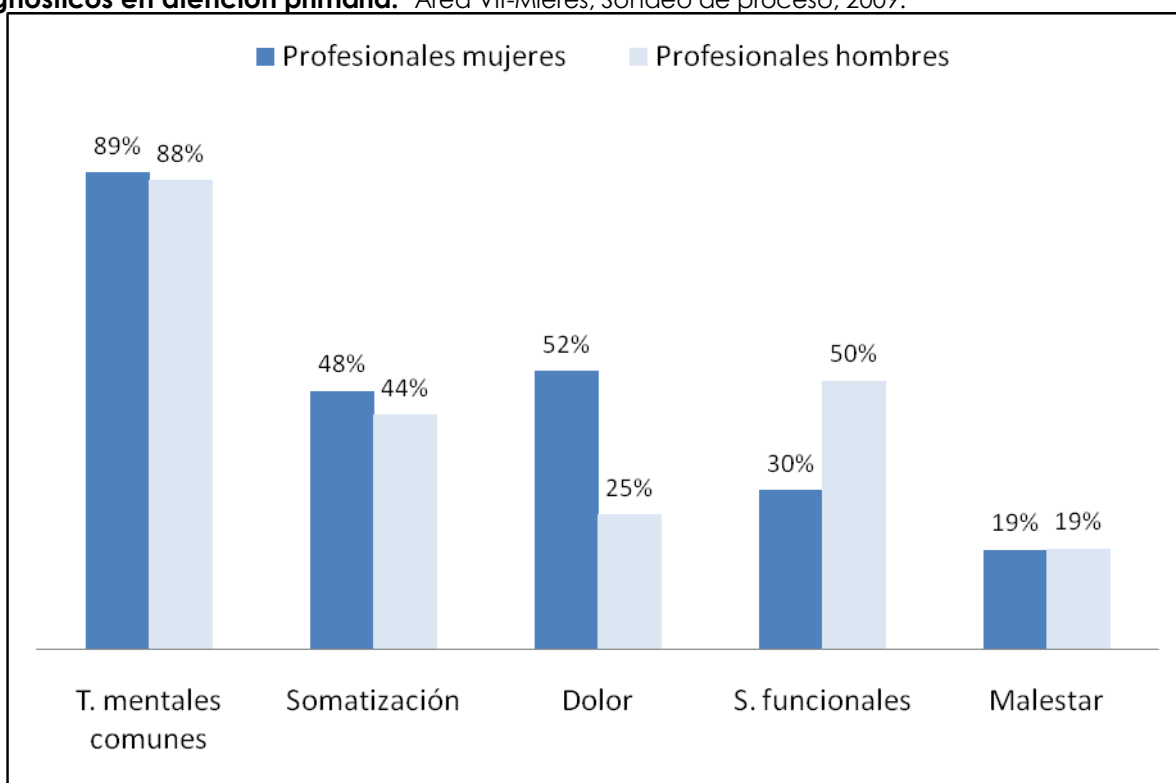
Gráfico 6. Distribución de grupos diagnósticos (multirrespuesta) referidos por médicos y médicas de familia de atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.



Se sigue observando una diferencia pequeña en los diagnósticos de **dolor, mayor en médicas** y de **síndromes funcionales, mayor en médicos**.

Si se explora el dato en porcentaje por sexos de todos los profesionales, incluyendo médicas, enfermeras y pediatra mujer, y para ellos, médicos y pediatra varón, aparece la misma diferencia.

Gráfico 7. Porcentaje de profesionales de ambos sexos que responden los distintos grupos diagnósticos en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.



Se repite la diferencia por sexos con el mismo perfil: casi igual porcentaje en trastornos mentales comunes, somatizaciones y malestar, pero el **doble de diagnósticos de dolor por mujeres** y **mayor frecuencia de síndromes funcionales por hombres**.

De nuevo, no es seguro que esta diferencia sea significativa con el pequeño tamaño de la muestra y tratándose de una pregunta abierta que no es exhaustiva. Se trata de una estimación rápida que hace el profesional al contestar. En este sentido, estos datos hablan más sobre qué diagnósticos están impactando más a los profesionales, y no tanto de la proporción numérica real de estos diagnósticos en las consultas. Por todo ello, el dato, queda sólo señalado como una posible incógnita a evaluar e interpretar en el futuro.

Merecen mención los diferentes cuadros aportados por los dos **pediatras** de la muestra (una mujer y un hombre). En niños y niñas, los cuadros frecuentes, que también han asociado al término de malestar, difieren en que no aparecen trastornos mentales comunes, sino **trastornos de conducta, anorexia, bulimia, tics**; grupo del **dolor** -dolores musculoesquelético, abdominal, cefaleas, y grupo de **somatizaciones**.

Recursos terapéuticos utilizados y psicofármacos

La pregunta se formula *¿De qué tipo de tratamientos dispones y cuáles sueles utilizar?*

Del mismo modo que las demás respuestas al cuestionario, las respuestas no son exhaustivas.

Los tratamientos anotados no son un registro de actividad, sino aquellos que los y las profesionales **perciben** que disponen de modo general.

- **Médicos y médicas**

En la siguiente **Tabla 6**, se recogen los resultados numéricos de los médicos y médicas de familia que refieren tratamientos. Los pediatras se diferencian en sus terapias por atender población infantil. Y las enfermeras (el único enfermero varón no responde tampoco a esta pregunta) no prescriben tratamientos farmacológicos, por lo que se han recogido aparte.

Tabla 6. Número y porcentaje de médicas/os de familia que utilizan diversos tipos de tratamientos en cuadros de malestar en Atención Primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Tratamientos	Nº Médicas	Nº Médicos	Nº Médicos/as	% de médicos/as que usan ttº	% de médicos/as que usan el grupo de ttº
GRUPO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	12	15	27		96%
Psicofármacos (ansiolíticos/antidepresivos)	11	15	26	93%	
Analgésicos (AINES/ pregabalina...)	10	10	20	71%	
Relajantes musculares	2		2	7%	
Placebos	1		1	4%	
GRUPO TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS	5	6	11		39%
Psicoterapia breve		2	2	7%	
Terapia cognitiva breve	1		1	4%	
Apoyo psicológico	1	2	3	11%	
Escucha activa/dedicación de tiempo	2	1	3	11%	
Entrevista clínica		1	1	4%	
Fisioterapia	2	2	4	14%	
DERIVACIÓN A SALUD MENTAL	2	1	3		11%
No contesta	1		1	4%	
TOTAL	13	15	28		

El **96%** de médicos y médicas utilizan **tratamientos farmacológicos** en los cuadros de malestar.

El **93%** utilizan habitualmente **psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos)**.

Le siguen los **analgésicos** prescritos por el **71%** de los médicos/as.

Apenas se refieren otros fármacos, (relajantes musculares, sintomáticos diversos) en porcentajes pequeños.

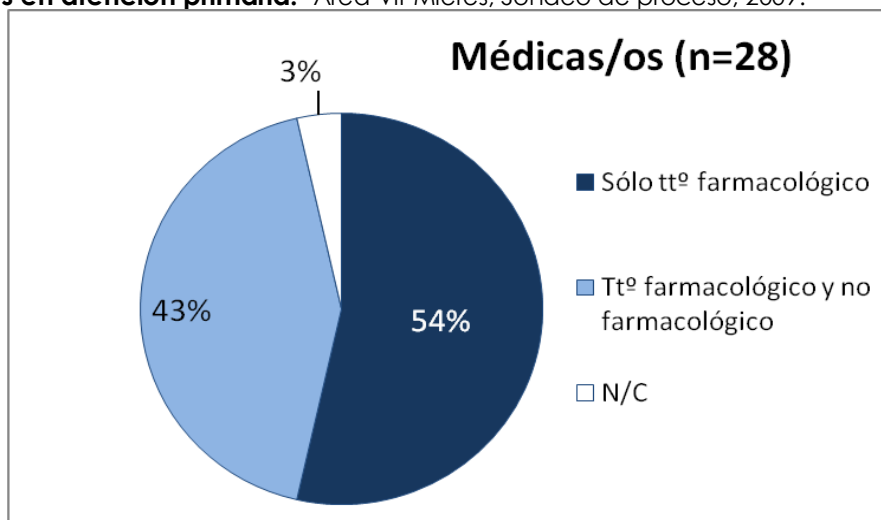
Es interesante que una médica anota si lo que prescribe ¿son **placebos**?

El **54%** de médicos/as de familia utiliza **sólo tratamientos farmacológicos** (Gráfico 8), pero un **43%** disponen de **otros tratamientos**, una variedad de abordajes del aspecto psicosocial, que refieren como **escucha activa** o dedicación de **tiempo para hablar** (11%) y **apoyo psicológico** (11%). Y referidos por 1 a 2 médicos, **entrevista clínica y psicoterapia breve**.

Dicen recurrir a derivación a **fisioterapia** el **14%** y a **Salud Mental** el **11%** (Tabla 6).

No se aprecian prácticamente diferencias por sexo del profesional.

Gráfico 8. Porcentaje de médicos/as de familia que utilizan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.



¿Cuáles son los factores que influyen en que una parte de los médico/as utilice sólo tratamientos farmacológicos (psicofármacos y analgésicos) y otra parte sí utilicen abordajes de tipo psicosocial?

Parece relacionarse, pero sólo en algunos casos, con el **volumen de consulta**, y con la proporción de pacientes con malestar sobre el total de sus pacientes, aunque calculadas las medias de volumen de pacientes, son prácticamente iguales en ambos. Es, desde luego, probable que influyan **factores organizativos y de carga asistencial** para usar sólo farmacología, pero esto no se aprecia en la estadística del cuestionario, aunque sí lo dicen en las observaciones abiertas literales.

No se ha encontrado en la muestra ninguna relación con el **sexo**, ni con la **edad** de los médicos y médicas, ni **volumen** de pacientes o tipo de diagnósticos, ni con el grado de **satisfacción o dificultad** que encuentran en estos pacientes.

Sin embargo, sí se aprecia **diferencia cualitativa en el discurso de ambos grupos**. En la pregunta abierta sobre dificultades, puntos críticos, y en observaciones, que se analizan en el siguiente apartado, se encuentra **diferencia entre ambos grupos en el marco conceptual** sobre la enfermedad y sobre el campo de tratamiento que compete al médico/a.

- **Pediatras**

Ambos pediatras declaran no utilizar tratamientos farmacológicos con niños y niñas con cuadros de malestar, sin embargo, utilizan **escucha activa y psicoterapia breve**.

- **Enfermeras**

Las enfermeras no prescriben y esta es la respuesta en el 50% de los casos. Puede que la pregunta haya estado planteada de forma que no se ha adaptado a posibles respuestas de estrategias de enfermería, y esto haya disminuido las respuestas.

Con las reservas necesarias porque esto resta coherencia a la pregunta y que puede considerarse menos exhaustiva aún que las respuestas de los médicos/as, se encuentra que el **50%** de las enfermeras dicen utilizar algunos **recursos terapéuticos**. Los que han aparecido son **escucha activa y dedicación de tiempo (21%)**, seguido de **educación sanitaria (14%)**. Le siguen **psicoterapia breve, musicoterapia y relajación referidos puntualmente (7% cada tipo) (Tabla 7)**.

Esto parece estar indicando **escasez de recursos específicos** para abordaje de pacientes con malestar por parte de enfermería de AP. Es un punto crítico, ya que el **potencial de enfermería para aplicar abordaje psicosocial** con el tipo de pacientes más frecuentes, es muy alto.

Tabla 7. Número y porcentaje de enfermeras que utilizan diversos tipos de tratamientos en cuadros de malestar en Atención Primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Tratamientos	Nº Enfermeras	% sobre 14 Enfermeras
GRUPO TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS	7	50%
Escucha activa/dedicación de tiempo	3	21%
Educación Sanitaria	2	14%
Psicoterapia breve	1	7%
Musicoterapia	1	7%
Relajación/respiración	1	7%
Otros	1	7%
No contesta	0	0%
TOTAL	14	

*El único enfermero de la muestra no contesta a la pregunta.

Dificultades o puntos críticos y marco conceptual del profesional

Se analizan las respuestas a la pregunta abierta: *¿Puedes explicar cuáles son las dificultades y puntos críticos que crees que existen en la atención a este tipo de pacientes?*

- **Médicos/as de familia**

Se han analizado¹, manteniendo desagregadas las respuestas en los dos grupos significativos:

1. Médicos/as que dicen utilizar sólo tratamientos farmacológicos
2. Médicos/as que dicen utilizar también tratamientos no farmacológicos de corte psicosocial.

Se encuentra un discurso diferente en ambos grupos que puede explicar la diferente aplicación de terapias no farmacológicas.

En síntesis, las diferencias que se encuentran son de marco conceptual. El grupo de médicos/as que refiere utilizar sólo **tratamientos farmacológicos**, muestran un discurso de **concepción biologicista**, que no incluye lo psicosocial en la práctica médica. Centran las dificultades en que consideran que "no están realmente enfermos", y en el **comportamiento exigente de los pacientes**, y escasez de tiempo y recursos de otros niveles asistenciales, aunque después, en las propuestas de mejora, sí hablan de la necesidad de formación específica.

Y el grupo de médicos/as que refiere usar **abordajes no farmacológicos** muestra en su discurso una **concepción biopsicosocial de la enfermedad**, que incluye los aspectos psicosociales en la práctica médica, crítica con la insuficiencia de abordaje de estos aspectos. Centran las dificultades en la **complejidad de las dolencias de estos pacientes**, considerando su enfermedad de origen psicosocial, y la escasez de instrumentos y recursos para abordarlos, y, también, esos sí, en las **insuficiencias de tiempo y formación** médica.

Aunque esto era esperable, es interesante que aparezca al realizar análisis del discurso en las respuestas de los cuestionarios y que haya sido el único factor significativo relacionado con la existencia de estos dos tipos de práctica, ya que no se ha encontrado relación con ninguna de las variables disponibles exploradas (sexo, edad del profesional, volumen de pacientes o tipo de diagnósticos).

En la siguiente **Tabla 8** se exponen la transcripción literal de todas las respuestas, agrupadas en las categorías de concepto de enfermedad, naturaleza de los cuadros de malestar,

¹ Se ha utilizado el método para detectar marcos teóricos de salud, subyacentes al discurso, publicado por Velasco, en *Sexos Género y Salud. Teoría y Métodos para la Práctica Clínica y Programas de Salud* (2009). El método fue probado para analizar los marcos teóricos y modelos de atención a los cuadros de malestar en: VELASCO, Sara. RUIZ, M^o Teresa. ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. "Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres". *Rev Esp Salud Pública*, 2006; 4(80): 317-333. www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS8_04C_317.pdf

características de los y las pacientes y de la actuación del profesional, de organización y de formación. Para cada categoría se ha interpretado el marco conceptual subyacente

Tabla 8. Dificultades y puntos críticos dichos por los médicos y médicas. Sobre 28 médicos/as de atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

	Médicos/as que sólo utilizan tratamientos farmacológicos	Médicos/as que utilizan además otros tratamientos de corte psicosocial
	Dificultades y puntos críticos	Dificultades y puntos críticos
Concepto de enfermedad	<p>Concepción biologicista de la enfermedad. La dolencia no existe. El paciente no está enfermo porque no hay enfermedad orgánica.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Incapacidad para convencer al paciente que su dolencia no existe.</i> <i>Hacerles ver que no están realmente enfermos.</i> <i>Convencerme que es un trastorno funcional, convencer al paciente de que se trata de algo funcional.</i> <i>Que son síntomas inespecíficos, somatizaciones.</i></p>	<p>Concepto biopsicosocial de la enfermedad. Existe dolencia aunque sea de origen psicosocial.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>No menospreciemos como profesionales la importancia y la repercusión de estas patologías.</i> <i>...que nos crea que su dolencia no es de origen somático...</i></p>
Dificultades por la naturaleza de los cuadros de malestar	<p>Reconocen la naturaleza psicosocial de la enfermedad como dificultad, pero encuentran que no concierne al trabajo del médico/a.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Problemas socio-familiares asociados</i> <i>Y yo no puedo solucionarles lo que tengan en casa (si es que lo tienen)</i> <i>Imposibilidad de solucionar el problema de base (no adaptación) a los problemas de la vida diaria y del entorno.</i> <i>Son problemas de personalidad o sociales.</i></p>	<p>Identifican la insuficiencia del modelo biomédico y la necesidad de abordaje multidisciplinar dentro de la tarea médica.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Aplicar un modelo biomédico a situaciones que son psicosociales</i> <i>... enfoque multidisciplinar.</i> <i>...saber manejarlos adecuadamente.</i> <i>Nuestra escasa formación para ganarnos la confianza del paciente ...</i></p>
Dificultades por las características del paciente y de la actuación del profesional	<p>Queja por las características hiperdemandantes de los y las pacientes, queja de su comportamiento.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Nada les vale, todos somos inútiles.</i> <i>Pacientes insatisfechos, muy demandantes de atención, de diagnósticos que pretenden curación y muy consumistas de atención</i> <i>Tiempo escaso en consulta, dificultad en estos pacientes para entrevista clínica estructurada, múltiples demandas al mismo tiempo</i> <i>Falta de concreción en los síntomas y hiperfrecuentación, aumento pruebas complementarias, más consumo de medicamentos</i> <i>Hiperfrecuentación</i> <i>Cómo evitar "multi-consultas".</i> <i>Demanda de medicación</i></p>	<p>Identifican las complicaciones del paciente como parte de su dolencia. Incluyen la capacidad del profesional para tratar al paciente.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Suelen ser pacientes difíciles por cuadros muy complicados y de difícil abordaje.</i> <i>Quieren resultados terapéuticos eficaces de un día para otro.</i> <i>Que se crean ellos que tienen ese problema.</i> <i>Buscan diferentes opiniones hasta que encuentra una satisfactoria.</i></p> <p><i>Identificarlos y saber manejarlos adecuadamente.</i></p>

	Médicos/as que sólo utilizan tratamientos farmacológicos	Médicos/as que utilizan otros tratamientos de corte psicosocial
Dificultades por recursos y formación	<p>Los recursos que se echan en falta son el tiempo y apoyo externo a la propia consulta. El abordaje psicosocial se espera de otros niveles asistenciales, no se incluye en la propia práctica. No mencionan insuficiencias de formación del médico.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Tiempo en consulta.</i> <i>Falta apoyo psicoterapia, desinformación.</i> <i>Educación sanitaria.</i></p>	<p>Identifican dificultades organizativas (tiempo, presión asistencial, circulación de pacientes). Insuficiencias de otros niveles asistenciales. Pero también insuficiencias en la propia práctica, incluyendo el abordaje psicosocial en la práctica médica; insuficiencia de formación propia.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Gran presión asistencial y por tanto falta de tiempo. Más recursos.</i> <i>Tiempo de atención, enfoque multidisciplinar</i> <i>Atender en las guardias a patologías no urgentes que deberían ser tratadas por un solo médico (el de cabecera).</i></p> <p><i>Tiempo (el más importante), no disponen de terapias ocupacionales, no disponen de más de un psicólogo en S. Mental.</i> <i>... demora en la atención por parte del CSM...</i> <i>Falta de unidades de apoyo con tratamiento psicoterapia, fisioterapia, etc...</i></p> <p><i>...saber manejarlos adecuadamente.</i> <i>Nuestra escasa formación para ganarnos la confianza del paciente ...</i> <i>Más formación.</i></p>
Observaciones	<p>Entender el problema desde el punto de vista de la demanda y gasto de medicación.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Hay quien alude a principios de igualdad, de universalidad, gratuidad... A mí una medicina me cuesta el 40% ¿dónde está la gratuidad? Antes, pues no había medios, no se veía tanto de esto. Hay que pasear, hablar con otros, etc. Y dejarse de venir a pedir medicamentos.</i></p>	<p>Entender el problema desde el punto de vista de la complejidad de estos pacientes la dedicación que requieren y ser consciente de las reacciones que provocan en el profesional.</p> <p>-----</p> <p><i>Dicen:</i> <i>Este tipo de pacientes exigen mucha dedicación (=tiempo de consulta; al no disponer del mismo, nos generan rechazo, pues alteran todo el orden de la agenda de consulta.</i></p> <p><i>No menospreciemos como profesionales la importancia y la repercusión de estas patologías.</i></p>

- **Pediatras**

Los dos pediatras de la muestra, no usan tratamientos farmacológicos, aprecian las dificultades en el tiempo de consulta y la formación del médico. No perciben a los/las pacientes como difíciles y se muestran satisfechos con los tratamientos de que disponen, los cuales son del orden de dedicación de tiempo, psicoterapia y modificación de conducta. Observan que *“muchas veces, los estudios complementarios son curativos”* y que se producen *“consultas con múltiples especialistas con la consecuente iatrogenia”*. Dicen también que *“se precisa un buen dominio del ARTE y manejo clínico, y un tiempo de atención que raramente se tiene en atención primaria”*.

En todo ello subyace un marco conceptual **biopsicosocial** de la enfermedad, están reconociendo el **componente psicosocial de los cuadros**, e incluyen el abordaje de este aspecto en su práctica, por lo que los tratan en ese campo. Muestran visión crítica sobre los efectos adversos de la organización que produce escasez de tiempo, iatrogenia y falta de formación para el manejo clínico.

- **Enfermeras**

Las dificultades expresadas por las enfermeras son muy similares a las de los médicos/as:

Organización y recursos:

Falta de tiempo (repetido por casi todas)

Dificultades en el abordaje de las patologías, falta de tiempo.

Paciencia, tiempo, recursos.

Complejidad y comportamiento de los pacientes:

Son pacientes difíciles en los que es lento llegar al problema real.

Creo que los pacientes en general abusan del uso de todo tipo de recursos sanitarios y creo que un copago sanitario sería una de las medidas a tomar en serio.

Falta de enfoque psicosocial y formación:

Comunicación, prejuicios, empatía, déficit de conocimientos en cuanto al abordaje a seguir.

Mejorar la empatía, psicoterapia.

Falta de formación.

Cambios sociales y grupos de autoayuda.

Faltaría existencia grupos autoayuda y redes sociales con recursos.

La percepción por parte de la sociedad que todos sus problemas se resuelven en el sistema sanitario. Por otra parte es lo que se vende desde los responsables políticos.

Si el 80% son mujeres y la causa principal es una sobrecarga del papel tradicional y como cuidadora, si no se resuelven las causas proporcionando más apoyo y recursos, difícilmente se atajarán las consecuencias: dolores y malestar por agotamiento físico y psico-emocional.

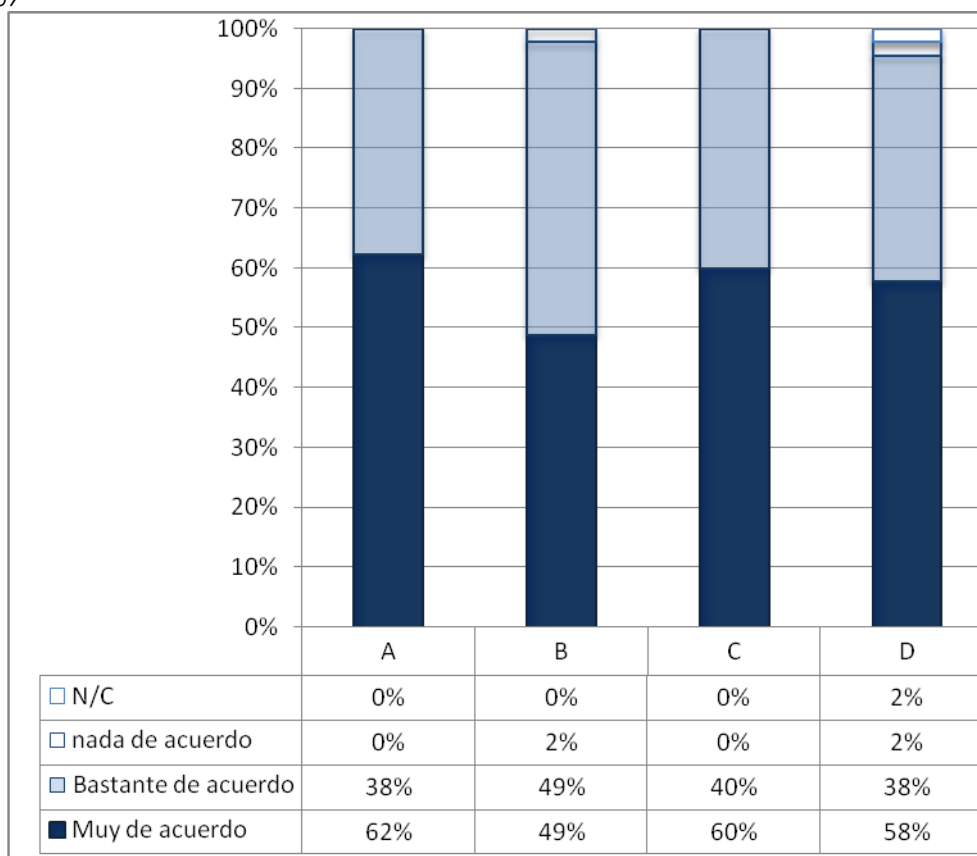
Sobre-utilización de recursos, hiperfrecuentación, policonsumo de fármacos

Para estimar la percepción de los y las profesionales sobre los indicadores indirectos de malestar psicosocial, que se concretan en la hiperfrecuentación, el múltiple uso de servicios y pruebas complementarias y el policonsumo de fármacos y psicofármacos, se proponen en el cuestionario cuatro frases y se solicita el grado de acuerdo con cada una.

Las preguntas son:

- A: Estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de AP.
- B: Se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario.
- C: Circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.
- D: Este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos.

Gráfico 9. Grado de acuerdo con afirmaciones sobre sobreutilización de recursos (hiperfrecuentación, multiuso de servicios y pruebas complementarias y policonsumo de fármacos y psicofármacos) por pacientes con malestar en Atención Primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



A: Estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de AP.

B: Se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario.

C: Circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.

D: Este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos.

La percepción de los/las profesionales sobre **la sobrecarga de uso y consumo de recursos sanitarios**, es casi unánime. El **100% están muy o bastante** de acuerdo con que estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de AP y circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.

El **98% está muy o bastante** de acuerdo con que se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario y el **96% está muy o bastante** de acuerdo con que este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos.

Este es otro **punto crítico sobre la relevancia** de desarrollar acciones y métodos que mejoren estos indicadores.

Satisfacción de los/as profesionales con los tratamientos disponibles y percepción sobre los pacientes

Para indagar en el grado de satisfacción con los tratamientos disponibles y la percepción subjetiva de los y las profesionales sobre estos pacientes, se ha preguntado:

¿Estás satisfecho/a con los recursos terapéuticos de que dispones para esos pacientes?

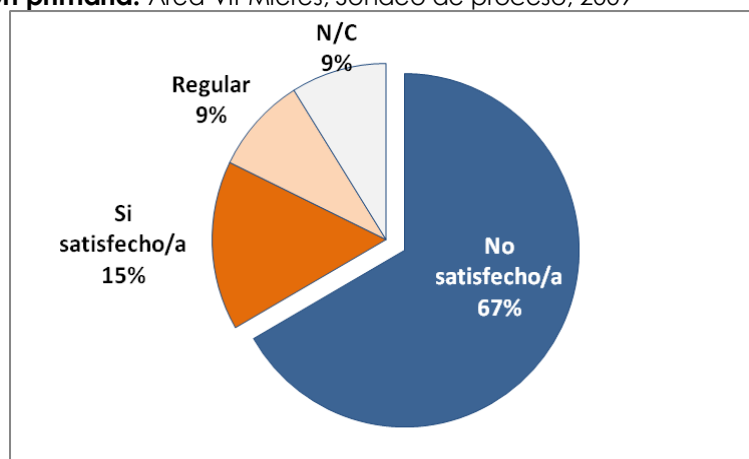
Las respuestas son que **'no' están satisfechos el 67% de los profesionales, 'sí', el 16% y 'regular' el 9% (Tabla 9).**

Por profesiones, las enfermeras no está satisfecha ninguna. Entre los médicos está satisfechos 6 de 18. Por sexos, entre médicos, hay más varones satisfechos (5 hombres y una mujer).

Tabla 9. Satisfacción de profesionales con tratamientos disponible y percepción de dificultad con pacientes con malestar en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Satisfacción con tratamientos disponibles			Los/las pacientes resultan difíciles ó incómodas/os ó frustrantes		
	Nº de respuestas	% de respuestas		Nº de respuestas	% de respuestas
No	30	67%	No	9	20%
Sí	7	16%	Sí	32	71%
Regular	4	9%	A veces	3	7%
N/C	4	9%	N/C	1	2%
Total	45	100%	Total	45	100%

Gráfico 10. Satisfacción de los/las profesionales con tratamientos habituales para pacientes con malestar en atención primaria. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



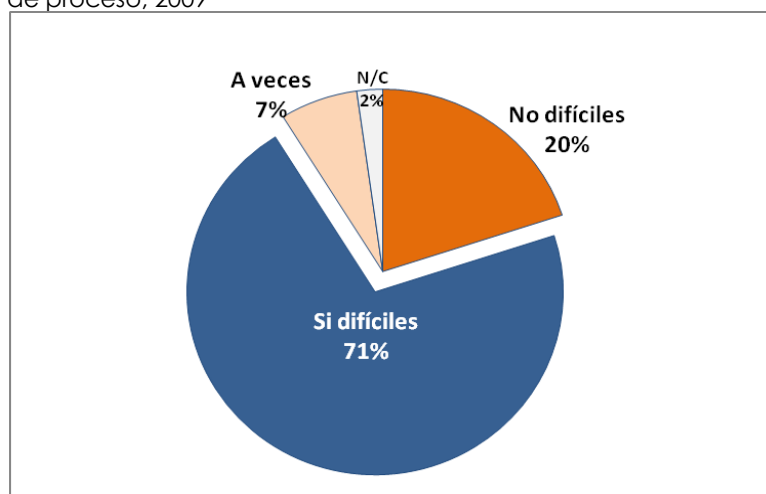
Merece la pena comentar quiénes contestan sí estar satisfechos con los tratamientos disponibles, hace minoría en la muestra. Son 4 médicos varones y una médica que estiman tener pocos pacientes con malestar por día (entre 2 y 5), que sólo usan tratamientos farmacológicos, que no los encuentran difíciles, incómodos o frustrantes a. También se muestra satisfecho un médico varón que, aún atendiendo a unos 10 pacientes con malestar por día, siendo el 30% de

sus pacientes y usando tratamientos farmacológicos y psicoterapia, no los encuentra difíciles, aunque querría más tiempo en consulta para atenderles. También este perfil es diferente a la mayoría. Y por último, el pediatra, que no prescribe psicofármacos y realiza psicoterapia y modificación de conducta, no encuentra difíciles a estos pacientes, "siempre que no sea un día de consulta multitudinaria", sí está satisfecho, aunque también requeriría más tiempo en consulta.

Respecto a la pregunta: *¿Te resultan difíciles, incómodos/as frustrantes?*

Las respuestas son: 'sí' el 71%; 'no' el 20%. Y un 7% 'a veces' (Tabla 9 y Gráfico 11).

Gráfico 11. Percepción de dificultad de los/las pacientes con malestar en atención primaria.
Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



Por profesiones, de nuevo para la gran mayoría de las enfermeras son difíciles, incómodos ó frustrantes (11 de 15). Y para los médicos (21 de 28). Hay cierta diferencia por sexos, algunas médicas aprecian dificultad algo más que los médicos (12 médicas de 13 y 9 médicos de 15).

Resalta que ambos pediatras no los perciben difíciles.

Los/las pacientes resultan difíciles ó incómodos/os ó frustrantes		
	Nº médicas	Nº médicos
Sí	12	9
No	1	4
A veces	0	2
N/C	0	0
Total	13	15

Es otro **punto crítico**, la **insatisfacción elevada de los y las profesionales** con los tratamientos disponibles y las percepciones que les causan estos pacientes, entre **frustrantes, incómodos, pesados, difíciles**. Es relevante porque es otro **factor que aumenta las posibilidades de impacto positivo** de iniciativas que proporcionen abordajes más satisfactorios y mejoren la percepción de los profesionales sobre sus pacientes.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Han respondido al cuestionario tres personas responsables en la Gerencia de Atención Primaria de Mieres..

Sus respuestas han sido completamente sintónicas con las recibidas de los profesionales asistenciales de primaria y coinciden con el perfil tipo que ha resultado del sondeo.

Estiman que los y las profesionales están atendiendo entre un 30% y un 70% de casos de malestar sobre el total de casos atendidos, de los cuales entre el 70% y el 80% son mujeres.

Los diagnósticos que consideran más frecuentes dentro de estos cuadros son ansiedad, depresión, dolor y síntomas anímicos varios.

Están muy de acuerdo con que estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de primaria. Que usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario. Que circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias. Y que tiende al policonsumo de fármacos y de psicofármacos.

Consideran que los tratamientos principalmente usados son farmacológicos y que la prescripción de psicofármacos es excesiva. Saben que los tratamientos no son satisfactorios para los profesionales y que las dificultades para la atención son la *falta de recursos sociales fuera del ámbito sanitario y un enfoque erróneo en el ámbito sanitario, por dificultad para identificar la causa del malestar y desconocimiento de manejo de la problematiza psicosocial.*

Y por último, las propuestas de mejora se cifran en un *cambio socio-político-sanitario, integrar niveles asistenciales, cambiar el enfoque y formación de los profesionales.*

SALUD MENTAL

8. Participación en el sondeo

Se han recibido **15 cuestionarios** de profesionales del Servicio de Salud Mental de Mieres.

La proporción de **respuestas del 75%** sobre el total de 20 profesionales en plantilla, permite suponer que los resultados serán suficientemente expresivos y representativos de las estimaciones en el servicio.

Al mismo tiempo, el alto porcentaje de respuestas, indica la buena relación y **vinculación eficaz con la Gerencia de Atención Especializada** de donde procede la demanda directa de los cuestionarios, además de **interés** de los y las profesionales de SM en el Proyecto.

Ambos son **factores favorables** para la futura eficiencia del proyecto.

Tabla 10. Proporción de participación de salud mental en el sondeo por profesiones y sexos.
Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009.

Profesión	Nº cuestionarios	Sexo			Nº de profesionales en plantilla	Porcentaje de respuestas /plantilla
		Mujer	Hombre	N/C		
Psiquiatría	6	2	2	2	8	75%
MIR	1	1	0		1	100%
Psicología clínica	2	1	1		3	67%
Enfermería	4	4	0		6	67%
Trabajo social	2	2	0		2	100%
Total	15	10	3	2	20	75%

Una de las enfermeras que responde al cuestionario, atiende sólo a pacientes con trastornos mentales graves (esquizofrenia, retraso mental y trastorno bipolar) por lo que, aún siendo muy interesantes sus respuestas, se excluye a partir de aquí en el cálculo de resultados, ya que la información requerida se refieren exclusivamente a la atención a pacientes con trastornos mentales comunes, objetivo del sondeo. Los cálculos serán sobre **14 cuestionarios**,

9. Magnitud de la demanda de consulta

Se ha tratado de estimar la magnitud de la demanda de pacientes con los diagnósticos médicos que corresponden a cuadros de malestar. Los indicadores para cada uno de los 14 profesionales encuestados se recogen en la **Tabla 11**

Tabla 11. Nº de pacientes con cuadros de malestar por semana, proporción sobre total de pacientes y proporción de mujeres, por profesionales y sexos, en salud mental.

Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Nº	Profesión	Sexo	Nº pacientes con cuadros de malestar/semana	% de pacientes con cuadros de malestar/ Total de pacientes atendidos	% mujeres/total de pacientes con malestar
1	Psiquiatra	Hombre	40	60,00%	75,00%
2	Psiquiatra	Hombre	15	20,00%	90,00%
3	Psiquiatra	Mujer	20	33,00%	65,00%
4	Psiquiatra	Mujer	6	10,00%	60,00%
5	Psiquiatra	N/C	40	60,00%	75,00%
6	Psiquiatra	N/C	40	40,00%	80,00%
7	MIR	Mujer	50	80,00%	60,00%
8	Psicóloga Clínica	Mujer	15	60,00%	90,00%
9	Psicólogo Clínico	Hombre	35	85,00%	70,00%
10	Enfermera	Mujer	3	30,00%	60,00%
11	Enfermera	Mujer	3	30,00%	60,00%
12	Enfermera	Mujer	25	60,00%	70,00%
13	T. Social	Mujer	20	60,00%	80,00%
14	T. Social	Mujer	15	60,00%	90,00%
	Total		327		

- **Número estimado de pacientes atendidos/as**

La variabilidad en el número de pacientes atendidos por día y semana es amplia entre unos profesionales y otros. Puede deberse al posible reparto de la atención por tipos de patologías, tiempos y tipos de consulta y otros factores organizativos y de trayectoria profesional dentro del servicio. No disponemos de información para hacer ningún tipo de valoración sobre esta variabilidad.

Atienden una **media de 29 pacientes por semana** para psiquiatras y psicólogos. Oscilando entre:

- **6 y 50 pacientes** por semana para los/las **psiquiatras**,
- **15 y 30 pacientes** por semana para los/las **psicólogos/as**.

Sobre una **media de 13 pacientes por semana** para enfermeras y trabajadoras sociales la mitad que la de los facultativos oscila entre:

- **3 y 25 pacientes** por semana para las **enfermeras**,
- **15 y 20** para las **trabajadoras sociales**.

- **Proporción de pacientes con malestar, sobre total de pacientes**

También es bastante variable la proporción de pacientes con cuadros de malestar, sobre el total de pacientes atendidos (Gráfico 12).

La **media es de 49,4% sobre el total de los pacientes.**

La **mediana está entre 60% y 85%.**

Aunque con un **rango mínimo de 10% y máximo de 85%.**

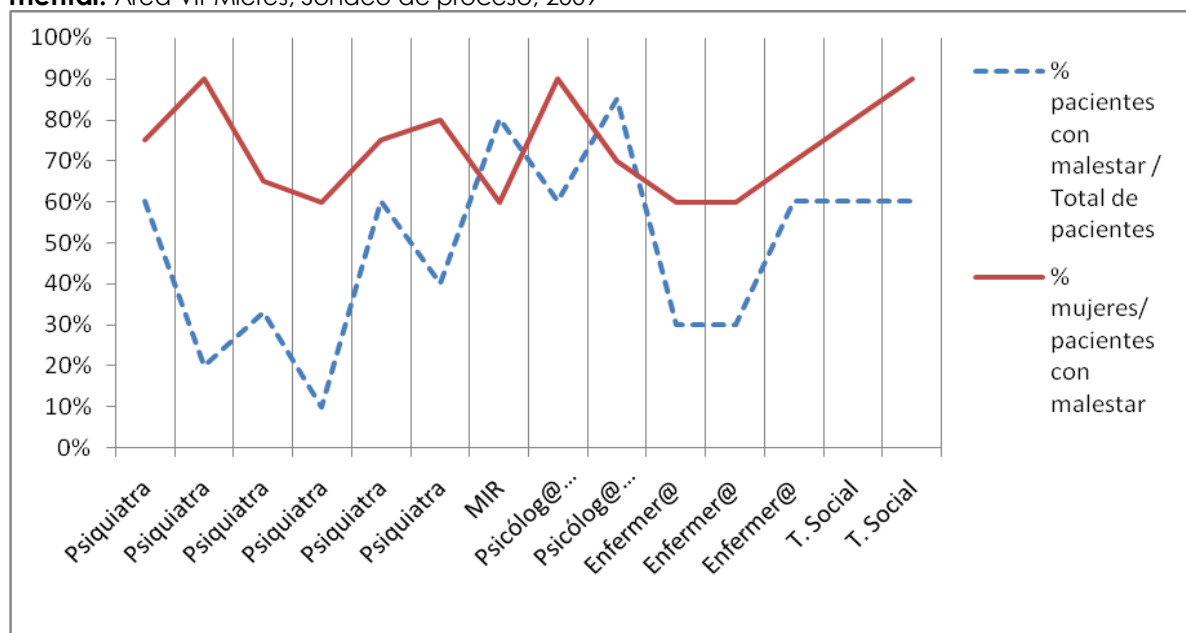
- **Proporción de mujeres sobre total de pacientes con malestar**

Donde hay menos variabilidad es en la estimación de la proporción de pacientes mujeres (Gráfico 12).

La **media es del 73,2% mujeres.**

El rango está entre un **mínimo de 60%** y un **máximo de 90%.**

Gráfico 12. Porcentajes de pacientes con malestar y de pacientes mujeres en consultas de salud mental. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



A pesar de la variabilidad entre profesionales, las medias (50% de sus pacientes) y medianas apuntan a la esperada alta frecuencia de consultas por cuadros de malestar, (trastornos mentales comunes, dolor, somatizaciones y fibromialgia) y la altísima proporción de mujeres entre ellos (entre el 60% y 90%). Apoya la **relevancia del problema, tanto por la magnitud de la demanda, como por la relevancia de género debida a la mayor frecuencia en mujeres.** También han apuntado que están observando un **incremento de pacientes con somatizaciones e hiperfrecuentación.**

10. Características del proceso de atención

Diagnósticos médicos identificados como malestar

En el cuestionario se plantea la pregunta:

¿Cuáles son los diagnósticos médicos en estos/as pacientes que atiendes?

Es una pregunta abierta a todos los diagnósticos que los y las profesionales reconozcan como cuadros de malestar. Los GRUPOS DIAGNÓSTICOS se han establecido previamente en el **Plan de códigos (ANEXO II. Plan de códigos de diagnósticos)**, aunque no se les han presentado a los profesionales antes del sondeo, dejando la respuesta abierta.

- **Frecuencia de los distintos diagnósticos**

En la siguiente tabla 12 se recogen el número y porcentaje de profesionales que ha referido cada uno de los diagnósticos y de los grupos diagnósticos.

Tabla 12. Diagnósticos médicos (multi-respuesta) en pacientes con “cuadros del malestar” en consultas de salud mental*. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Diagnóstico y GRUPOS DIAGNÓSTICOS	Nº de profesionales que apuntan el diagnóstico	% de profesionales que apuntan el diagnóstico	% de profesionales que apuntan el GUPO DIAGNÓSTICO
GRUPO DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES	14		100%
Trastornos del ánimo	4	28,6%	
Depresión	7	50,0%	
Ansiedad	13	92,9%	
Crisis de pánico /trastorno de angustia	2	14,29%	
Trastorno de adaptación	1	7,14%	
GRUPO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA	3		21%
Somatizaciones	3	21,4%	
GRUPO DE DOLOR	3		21%
Dolor músculo-esquelético	1	7,1%	
Otros dolores	2	14,2%	
GRUPO DE SÍNDROMES FUNCIONALES	3		21%
Fibromialgia	3	21,4%	

*Corresponden a las consultas de psiquiatría, MIR, psicología clínica, enfermería y trabajo social.

El **100%** de los/as profesionales de salud mental encuestados reconocen como diagnósticos de malestar los **trastornos mentales comunes –ansiedad** (mencionados por el **92,9%** de los/las profesionales) en primer lugar, seguido de **depresión (50%** de los encuestados/as), **trastornos del ánimo (28,6%) ataques de pánico y/o trastornos de angustia (14,2%)** y **trastornos de adaptación (7,1%)**.

Otros grupos diagnósticos como **dolor, somatizaciones y síndromes funcionales** aparecen con menor frecuencia que en AP, en el **21%** de los cuestionarios.

- **Diferencias de diagnósticos según sexo del profesional**

En cuanto a diferencias de diagnósticos estimados por profesiones y sexos, existen algunas leves diferencias que pueden ser interesantes para el trabajo de sensibilización a realizar, y potencialmente explicadas por factores de género, con las absolutas reservas necesarias por el pequeño tamaño de la muestra, que sólo permite plantearlo como un punto a indagar, junto a una observación similar en AP.

Por profesiones, **las enfermeras y trabajadoras sociales** visibilizan como cuadros de malestar, el **dolor y la fibromialgia**, además de **ansiedad y depresión**. **Psiquiatras y psicólogos** parecen ceñirse más a los **diagnósticos psicopatológicos**, con alguna excepción.

Pero esta diferencia podría **obedecer más al sexo que a la profesión**, ya que enfermería y trabajo social son 100% mujeres además de una psiquiatra mujer y una psicóloga. A parte de ello, un psiquiatra hombre, también añaden dolor y fibromialgia (**Tabla 13**). Esta diferencia por sexos no es significativa y se puede apuntar sólo como una posible incógnita sobre la influencia del sexo del profesional en la forma de establecer o percibir los diagnósticos, a explorar con estudios de género.

Tabla 13. Diagnósticos médicos en pacientes con “cuadros del malestar” (multi-respuesta) por profesiones y sexos en salud mental. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Nº	Profesión	Sexo	Diagnósticos	
1	Psiquiatra	Hombre	Ansiedad, trastornos del ánimo	
2	Psiquiatra	Hombre	Depresión,	Dolor músculo-esquelé., Fibromialgia
3	Psiquiatra	Mujer	Ansiedad,	Dolor Somatizaciones
4	Psiquiatra	N/C	Ansiedad, trastornos del ánimo	
5	Psiquiatra	N/C	Ansiedad, trastornos del ánimo	
6	Psiquiatra	Mujer	Ansiedad, trastornos del ánimo	
7	Psicólogo Clínico	Hombre	Ansiedad, Depresión	
8	MIR	Mujer	Ansiedad, Depresión	
9	Psicóloga Clínica	Mujer	Ansiedad, Depresión,	Dolor
10	Enfermera	Mujer	Ansiedad	Dolor
11	Enfermera	Mujer	Ansiedad,	Dolor
12	Enfermera	Mujer	Ansiedad, Trastorno de adaptación	Dolor
13	T. Social	Mujer	Ansiedad, Depresión, Crisis de angustia	Fibromialgia
14	T. Social	Mujer	Ansiedad, Crisis de angustia	Dolor Fibromialgia

Concordancia de los diagnósticos con el concepto de “malestar”

No ha existido ninguna respuesta discordante con la identificación de estos diagnósticos como **cuadros del malestar**. Es decir, los y las profesionales de salud mental encuestados coinciden, sin dificultad, en el **lugar común de este término “malestar”**, que no corresponde al paradigma biomédico y, sin embargo, han aceptado el término para los padecimientos de sus pacientes.

Recursos terapéuticos utilizados y psicofármacos

Lógicamente, en salud mental, los recursos terapéuticos son los **psicofármacos y psicoterapia**.

Como se aprecia en la siguiente **Tabla 14**, todos los psiquiatras prescriben psicofármacos y todos utilizan psicoterapia, **excepto un psiquiatra y la médica MIR que dicen utilizar sólo psicofármacos**. Y es evidente que en el caso de esta última, debe estar relacionado con que es la persona que atiende el **mayor número de pacientes** con cuadros de malestar, **10 por día**, que ha identificado como cuadros de ansiedad y depresión, los cuales son el **80% de sus pacientes**. Parece lógico pensar que la carga de pacientes no le permite utilizar otra cosa que tratamiento farmacológico.

También entre los **dos psicólogos**, ambos utilizan psicoterapia, aunque los y las pacientes que atienden suelen venir ya con tratamiento de psicofármacos instaurado.

Se aprecia también que las **estrategias de enfermería y las entrevistas de apoyo psicosocial**, que consumen más tiempo por paciente, son las usadas por estas profesionales que atienden la mitad que los facultativos de pacientes con malestar por día.

En definitiva, se puede anotar un **punto crítico**, bien conocido: una dificultad principal para tratamiento de psicoterapia y estrategias psicosociales, está relacionada con el **tiempo** disponible en consulta y el **volumen de pacientes** atendidos. A mayor número de pacientes, más uso de tratamientos farmacológicos y menos psicoterapia. Aunque veremos a continuación que los profesionales suman también dificultades de otra índole.

Tabla 14. Tipo de tratamientos habituales en cuadros de malestar y volumen de consulta por profesiones y sexos en salud mental. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Nº	Profesión	Sexo	Tipo de tratamientos habituales/Nº de consultas por malestar por día / % de pacientes con malestar sobre total de pacientes
1	Psiquiatra	Hombre	Farmacológico, Psicoterapias 8 pacientes/día, 60% de sus pacientes
2	Psiquiatra	Hombre	Farmacológicos 3 pacientes/día, 20% de sus pacientes
3	Psiquiatra	Mujer	Farmacológico, Psicoterapias 4 pacientes/día, 33% de sus pacientes
4	Psiquiatra	Mujer	Farmacológico, Psicoterapias 2 pacientes/día, 10% de sus pacientes
5	Psiquiatra	N/C	Farmacológico, Psicoterapias 8 pacientes/día, 60% de sus pacientes
6	Psiquiatra	N/C	Farmacológico, Psicoterapias 8 pacientes/día, 40% de sus pacientes
7	MIR	Mujer	Farmacológico 10 pacientes/día, 80% de sus pacientes
8	Psicóloga Clínica	Mujer	Psicoterapias 3 pacientes/día, 20% de sus pacientes
9	Psicólogo Clínico	Hombre	Psicoterapias (psicofármacos previos) 7 pacientes/día, 85% de sus pacientes
10	Enfermera	Mujer	Estrategias de enfermería en salud mental 1 pacientes/día, 30% de sus pacientes
11	Enfermera	Mujer	Estrategias de enfermería en salud mental 1 pacientes/día, 30% de sus pacientes
12	Enfermera	Mujer	Estrategias de enfermería en salud mental 5 pacientes/día, 60% de sus pacientes
13	T. Social	Mujer	Entrevistas de apoyo psicosocial 4 pacientes/día, 60% de sus pacientes
14	T. Social	Mujer	Entrevistas de apoyo psicosocial 3 pacientes/día, 60% de sus pacientes

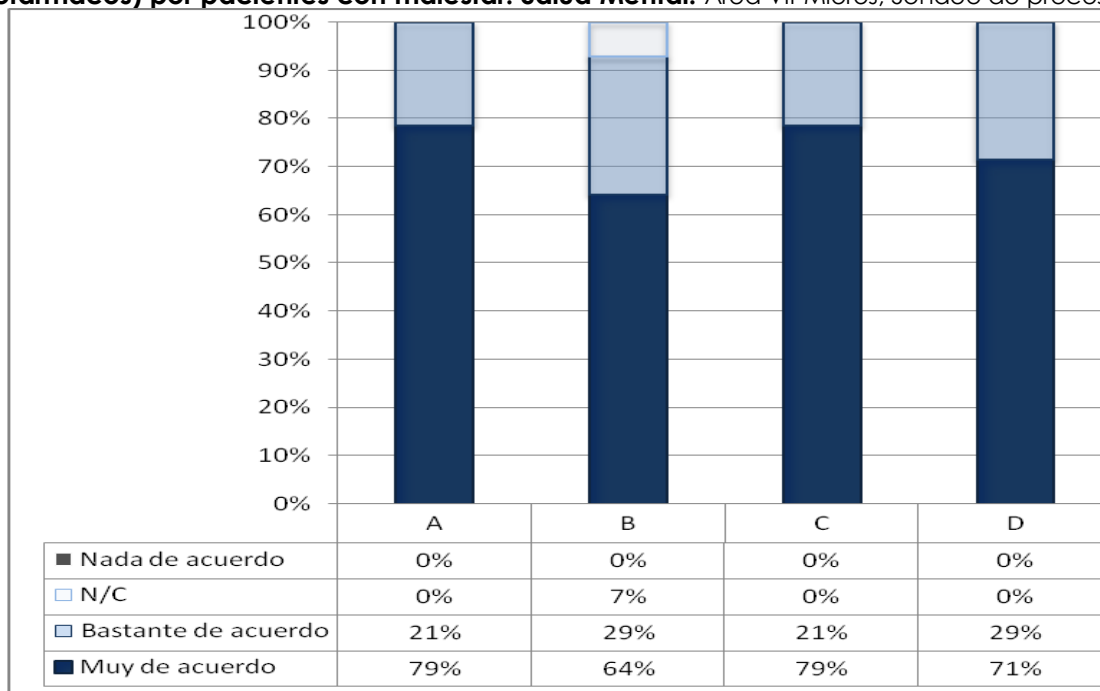
Sobre-utilización de recursos, hiperfrecuentación, policonsumo de fármacos

Para estimar la percepción de los y las profesionales sobre los indicadores indirectos de malestar psicosocial, que se concretan en la hiperfrecuentación, el múltiple uso de servicios y pruebas complementarias y el policonsumo de fármacos y psicofármacos, se proponen en el cuestionario cuatro frases y se solicita el grado de acuerdo con cada una.

Las preguntas son:

- A: Estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de AP.
- B: Se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario.
- C: Circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.
- D: Este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos.

Gráfico 13. Grado de acuerdo con afirmaciones sobre sobreutilización de recursos (hiperfrecuentación, multiuso de servicios y pruebas complementarias y policonsumo de fármacos y psicofármacos) por pacientes con malestar. Salud Mental. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009



A: Estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de AP.

B: Se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario.

C: Circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.

D: Este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos.

La percepción de los/las profesionales respecto a este otro **punto crítico**, de las características de los cuadros de malestar, que se resumen a **la sobrecarga de uso y consumo de recursos sanitarios**, que es otra de las características que convierte en **relevante desarrollar acciones y métodos** que mejoren estos indicadores, es casi unánime. El **100%** están muy o bastante de acuerdo con la primera, tercera y la cuarta afirmación; el **93%** muy o bastante de acuerdo con la segunda.

Satisfacción de los/as profesionales con los tratamientos disponibles y percepción de los pacientes

Para indagar en el grado de satisfacción con los tratamientos disponibles y la percepción subjetiva de los y las profesionales sobre estos pacientes, se ha preguntado:

¿Estás satisfecho/a con los recursos terapéuticos de que dispones para esos pacientes?

Las respuestas son que 'no', el **64,3% de los profesionales**; 'más o menos', el **21,4%** y 'sí', sólo el **7,14%** (es un solo profesional) (Tabla 15).

Y a la pregunta: *¿Te resultan difíciles, incómodos/as frustrantes?*

Las respuestas son que 'sí' y que 'no' en igual porcentaje, el **43%**. Y un **14,3%** 'a veces'.

Las respuestas afirmativas y negativas, están repartidas por igual entre las distintas profesiones, aunque son algunos psiquiatras los que los encuentran "incómodos", "pesados" o "frustrantes" y alguna enfermera los encuentra "difíciles".

Tabla 15. Satisfacción de los/las profesionales con tratamientos disponibles y percepción sobre pacientes con malestar en salud mental. Área VII-Mieres, Sondeo de proceso, 2009

Satisfacción con tratamientos disponibles			Los/las pacientes resultan difíciles ó incómodos/os ó frustrantes		
	Nº de respuestas	% de respuestas		Nº de respuestas	% de respuestas
No	9	64,29%	No	6	42,86%
Sí	1	7,14%	Sí	6	42,86%
Más o menos	3	21,43%	A veces	2	14,29%
N/C	1	7,14%			
Totales	14	100,00%	Totales	14	100,00%

Es otro **punto crítico, la insatisfacción elevada de los y las profesionales** con los tratamientos disponibles y las percepciones que les causan estos pacientes, entre **frustrantes, incómodos, pesados, difíciles**. Esto es muy relevante ya que, la mayoría, son mucho más de la mitad de los y las pacientes que atienden.

Apunta a que **no se está disponiendo de abordajes eficaces**, acordes con las características de estos cuadros, lo que probablemente se relaciona a su vez, tanto con la insatisfacción de los y las profesionales, como con la sobreutilización de recursos por parte de los pacientes que no ven resueltos sus problemas.

Es un **factor que aumenta las posibilidades de impacto positivo** de iniciativas que proporcionen abordajes más satisfactorios y mejoren la percepción de los profesionales sobre sus pacientes.

Dificultades y puntos críticos identificados

A la pregunta abierta sobre cuáles son las dificultades que encuentran en la atención a los y las pacientes con cuadros de malestar, -que son las que seguramente motivan la insatisfacción-, y que pueden ser identificados como **puntos críticos**, se dicen las siguientes:

Dificultades:

- **Organizativas:**

- *Falta de tiempo.*
- *Falta de personal suficiente.*
- *Dificultades de organización del sistema*
- *Imposibilidad de consultas programadas cercanas.*

- **Características de los/las pacientes:**

- *"La propia psicopatología" (Psiquiatra)*
- *"Se cronifican en su malestar y son muy disfuncionales en su vida" (Psiquiatra).*
- *"La interferencia de factores sociales y laborales" (Psiquiatra)*
- *"Demandan demasiada atención" (Enfermeras).*

- **Crítico con el marco teórico y modelo de atención hegemónico, biologicista y medicalizador:**

- *"Contexto biologicista" (Psiquiatra)*
- *"Excesiva medicalización" (Enfermera).*
- *"Exceso de medicalización, se olvidan los aspectos sociales" (Trabajadora social).*
- *"No hay atención integral". (Trabajadora social)*
- *"La mayor dificultad es que cuando llegan a salud mental debido a estos cuadros o por otros motivos, suelen haber recibido diversos tratamientos farmacológicos, desvinculando así el malestar de sus circunstancias personales y limitando su capacidad de afrontamiento. De este modo reencuadrar los síntomas se hace mucho más difícil, y no suelo encontrar respaldo por otros profesionales" (Psicóloga).*

- **Problemas en la respuesta terapéutica de los/las profesionales:**

- *"Falta de ciertas técnicas terapéuticas" (MIR).*
- *"Formación" (Psiquiatra)*
- *"Falta de criterios comunes" (Enfermera).*
- *"La demanda no se responde con el problema real, por tanto la respuesta no es válida. Su dificultad y su miedo de las cosas que les ocurren. No son capaces de verbalizar o tardan tiempo en expresarlas y las expresan con el malestar y con cuadros de malestar. Por tanto, muchas veces se intervienen profesionalmente y no damos las respuestas adecuadas al verdadero problema que sufren". (Trabajadora social)*

11. Propuestas de mejora.

Pregunta abierta es: *¿Qué sugerirías para mejorar la atención y conseguir mayor efectividad en estos procesos de salud?*

ATENCIÓN PRIMARIA Y GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Soluciones sociales**

- Cambio socio-político-cultural.
- Disminuir la medicalización de la vida diaria y que sepan afrontar frustraciones sin falta de fármacos
- Veo difícil conseguirlo si la sociedad, el entorno y lo que se les ofrece desde los medios de comunicación y las altas esferas no cambia.
- Educación sanitaria para que el usuario sepa utilizar bien los recursos existentes.
- Educación sanitaria desde edades tempranas. Haciendo consciente a las personas de la importancia del autocuidado y de la responsabilidad de sus acciones.
- Programas/Cursos tiempo libre para distintos grupos de edad.
- En las zonas rurales hacer asociaciones con actividades de ocio y así ocupan el tiempo libre.
- Fomentar actividades de ocio,

- **Métodos y enfoque clínico**

- Cambio de orientación en la atención. No medicar, sino escuchar y ofrecer ayuda
- Abordaje integral (test personalidad, situación social, personal, conocimiento de todo tipo de condicionantes externos, etc)
- Programas para potenciar la desmedicalización y creación de más grupos de apoyo.
- Buen enfoque del problema desde el principio. Ahondar en el origen psicológico de base (personal/familiar/social)
- Mayor apoyo psicológico.
- Apoyo psicólogo
- Terapia de apoyo.
- Psicoterapia y psicoterapeutas para patologías psicosomáticas de mayor demanda,
- Psicoterapia, apoyo psicosocial, colaboración entre equipos multidisciplinares.
- Alternativas terapéuticas no farmacológicas (psicoterapia, RHB, talleres, charlas...)
- Mejor abordaje sobre todo habilidades en comunicación
- Protocolo uniforme para información/educación

- **Tiempo en consulta**

- Mayor tiempo en consulta (Reiterado por la mayoría)
- Poder dedicarles más tiempo en cta.
- Tiempo en consulta para abordaje adecuado.
- Disponibilidad de tiempo
- Disponer de más tiempo Consulta multidisciplinar.

- *Disponer de más tiempo por consulta, más personal.*
- *Tener más tiempo en consulta y formación.*
- *Tener más tiempo para escuchar y mejorar las habilidades comunicativas*
- *Necesitaríamos más tiempo de atención y más conocimientos unificados.*
- *Poder disponer de mucho más tiempo en las consultas.*
- *Dedicación más tiempo en consulta*
- **Cooperación entre niveles asistenciales**
 - *Integración de niveles asistenciales*
 - *Protocolos primaria especializada.*
 - *Mayor conexión AP-CS Mental (psicólogo-psiquiatra), terapias ocupacionales.*
 - *Coordinación con otros niveles asistenciales... Paciencia (y tiempo para administrarlo en la consulta)*
 - *Atención multidisciplinar que incluyera psicólogos y fisioterapeutas.*
- **Copago**
 - *Un copago acorde con la renta. Así, sabríamos lo que le cuesta al sistema y lo aprovecharíamos mejor.*
 - *Copago sanitario*
- **Formación**
 - *Formación en los EAP.*
 - *Formación para abordaje de este tipo de patologías*
 - *Mayor formación por nuestra parte para el manejo de este tipo de patología.*
 - *Formación en el manejo de las patologías.*
 - *Formación de los profesionales*
 - *Formación de los profesionales*

En síntesis, cada grupo de propuestas se repite varias veces y muestran un perfil completamente sintónico.

1. Cambios en el ámbito social en el sentido de desmedicalizar la vida, buscar alternativas de mayor autonomía y autorresponsabilidad de las personas y educación sanitaria.

2. Métodos y enfoque clínico integrando los aspectos psicosociales, psicológicos, integrando terapias no farmacológicas para estos problemas que se perciben con origen psicosocial y psicosomático.

3. Organización. Más tiempo en consulta es un clamor, que demuestra este punto crítico.

Cooperación o integración entre niveles asistenciales, especialmente entre salud mental y Primaria, con trabajo multidisciplinar y protocolos primaria/especializada.

Establecer copago.

4. Formación específica de los profesionales, lo cual se muestra como el segundo clamor en este sondeo.

EN SALUD MENTAL

Las propuestas son:

- **Organización: Tiempo, continuidad y coordinación con AP**
 - *“Atención programada con citas breves pero frecuentes que eviten la demanda a capricho, la hiperfrecuentación, pero al mismo tiempo eviten acting del terapeuta cansado/contratransferencia que procede de una simplificación del problema” (Psiquiatra).*
 - *“Seguimiento en plazo largo de tiempo”. (Psiquiatra).*
 - *“Trabajo en equipo”. (Trabajadora social).*
 - *“Mayor coordinación con primaria”. (Psiquiatra).*
 - *“Coordinación entre distintos niveles asistenciales” (Trabajadora social).*
“Coordinación con AP y otras especialidades”. (Psiquiatra).
 - *“Dotar al centro de profesionales especializados: psicólogos, DUE especialistas”. (Enfermera).*
 - *“Medios profesionales y materiales” (Enfermera).*
 - *“Que existiesen recursos comunitarios y redes de apoyo no sanitarias” (Psiquiatra).*
- **Métodos:**
 - *“Abordaje psicosocial integral” (Trabajadora social).*
 - *“Hacer devoluciones que incluyan las circunstancias personales, sociales, económicas”. (Psiquiatra).*
 - *“No recurrir como primera elección a medicalizar el malestar o el sufrimiento”. (Psiquiatra).*
 - *“Tratar en lo posible de evitar la medicalización del problema que no sean orgánicos, como problemas familiares, laborales, etc. y estresantes” (Trabajadora social).*
 - *“Tratar de hacer bien las valoraciones de los casos (Trabajadora social).*
 - *“Tratamiento tanto en AP como en salud mental” (Psiquiatra).*
 - *“Derivar a profesionales especializados”. (Psiquiatra).*
 - *“Programas específicos con terapias” (Psiquiatra).*
 - *“Dinámica de grupos” (Enfermera).*
 - *“Educación para la salud” (Enfermera).*
 - *“Técnicas de relajación”. (Enfermera.)*
- **Formación:**
 - *“Formación continuada específica” (Psiquiatra)*
 - *“Entrenamiento a profesionales de AP en la detección de estos pacientes” (Psiquiatra).*

Las **propuestas** son totalmente armoniosas entre todos los profesionales. Apuntan todas en las mismas líneas:

1. Organizativa: aumentar los recursos humanos disponibles; mejorar la coordinación inter-servicios y especialmente con atención primaria; trabajar en equipo, y dotar la atención de pacientes con malestar de consultas más frecuentes y seguimiento a largo plazo que permitan su mejor tratamiento y disponer de recursos comunitarios de apoyo.

2. Método de atención: Utilizar modelo biopsicosocial que integre en la práctica los factores psicosociales causales o asociados; evitar la tendencia al recurso de medicalización; tratamiento también en atención primaria; métodos o programas específicos de atención; técnicas de grupos dinámicos, educación para la salud, relajación...

4. Formación: Para todo ello se precisa formación adicional a la ya disponible.

ANEXO I. CUESTIONARIO DE SONDEO DE SITUACIÓN

Sobre proceso de atención a dolor, síndromes funcionales, malestar, depresión, ansiedad y somatizaciones. Área VII -MIERES, 2009

Con el fin de realizar un análisis de situación sobre la atención a los anteriores problemas de salud prevalentes en las consultas de atención primaria en el Área Sanitaria de Mieres, solicitamos la colaboración de los las profesionales.

Este cuestionario trata de sondear la opinión de los y las profesionales, recabando información cualitativa sobre la realidad del proceso de atención a los cuadros clínicos de **dolor sin causa orgánica, síndromes funcionales, fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable, malestar, depresión, ansiedad y somatizaciones** que agrupamos como cuadros de malestar.

Profesión:--> Sexo:--> Edad:-->

¿Puedes estimar el número aproximado de pacientes que atiendes en la consulta con los cuadros de malestar que hemos nombrado arriba?

Número por día:--> Número por semana:-->

¿Qué porcentaje estimas que son sobre el total de pacientes atendidos por semana?--> %

¿Qué proporción son mujeres?:--> %

¿Cuáles son los diagnósticos médicos más frecuentes en estos/as pacientes que atiendes?:-->

¿De qué tipos de tratamientos dispones y cuáles sueles utilizar?:-->

¿Sueles prescribirles psicofármacos?:-->

¿Estás satisfecha/o con los recursos terapéuticos de que dispones para estos pacientes?:-->

¿Te resultan difíciles, incómodos, frustrantes?:-->

¿Puedes explicar cuáles son las dificultades y puntos críticos que crees que existen en la atención a este tipo de pacientes? -->

Elije el grado en que concuerdas con las siguientes frases (marca con una X):

	Nada de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
Estos/as pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios de primaria.			
Se usan con ellos/as más pruebas complementarias de las que el médico/a consideraría necesario.			
Circulan más de lo necesario por las consultas de especialidades y urgencias.			
Este tipo de pacientes tiende al policonsumo de fármacos y de psicofármacos.			

¿Qué sugerirías para mejorar la atención y conseguir mayor efectividad en estos procesos de salud?-->

Observaciones: -->

ANEXO II. PLAN DE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos abordados como síndromes de malestar y CÓDIGOS

• <u>GRUPO DE TRASTORNOS MENTALES</u>	100
• Trastornos del ánimo.....	101
• Depresión.....	102
• Ansiedad.....	103
• Crisis de pánico / angustia	104
• Trastorno de adaptación	105
• Miedos / fobias.....	106
• Agorafobia.....	107
• Neurosis	108
• Hipocondría	109
• Manías y obsesiones.....	110
• Histeria	111
• Síntomas conversivos	112
• <u>GRUPO DE SÍNTOMAS Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y DE CONDUCTA.....</u>	200
• Agresividad	201
• Aislamiento social / soledad / exclusión	202
• Alteración de la concentración / déficit de atención	203
• Apatía / falta de interés	204
• Baja autoestima	205
• Crisis de identidad	206
• Estrés	207
• Duelo	208
• Ganas de llorar / llanto incontrolado	209
• . Inestabilidad	210
• . Inseguridad	211
• . Irritabilidad.....	212
• . Mala tolerancia a aceptar normas / inadaptación	213
• . Malestar psicológico	214
• . Miedo a estar sola	215
• . Nerviosismo.....	216
• . Sensación de muerte inminente.....	217
• . Sentimiento de culpa.....	218
• Fallos de memoria	219
• Cambios de humor.....	220
• Tristeza / decaimiento.....	221
• Síndrome de rumiación	222
• Consumo de tóxicos.....	223

• <u>GRUPO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO</u>	300
• Insomnio / dificultad para dormir o mantener el sueño	301
• Pesadillas nocturnas.....	302
• Miedo a dormir sola/o	303
• Miedo a no dormir	304
• <u>GRUPO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS SON CAUSA ORGÁNICA</u>	400
• Pérdida de peso.....	401
• Disminución del apetito	402
• Síndrome constitucional (falta de apetito, cansancio y adelgazamiento)	403
• Obesidad.....	404
• Cansancio / astenia.....	404
• Disnea / dificultad para respirar / falta de aire	406
• . Mareos / vértigos	407
• . Palpitaciones / taquicardia	408
• . Opresión precordial.....	409
• . Síntomas musco-esquelético.....	410
• . Problemas digestivos.....	411
• . Problemas ginecológicos.....	412
• . Síntomas urinarios.....	413
• Prurito (picazón de la piel)	414
• Parestesia.....	415
• . Náuseas	416
• Dificultades de deglución.....	417
• Enuresis	418
• Somatizaciones otras	419
• <u>GRUPO DE DOLOR</u>	500
• Cefalea / jaqueca / migraña	501
• Dolor músculo-esquelético,....	502
• Dolor abdominal	503
• Dolor pélvico.....	504
• Dolor torácico no cardiaco.....	505
• Gastralgia	506
• Dolor otros.....	507
• <u>GRUPO DE SINDROMES FUNCIONALES</u>	600
• Fibromilagia.....	601
• Síndrome de fatiga crónica.....	602
• Síndrome de colon irritable.....	603
• Síndrome de piernas inquietas.....	604
• Síndrome temporomandibular.....	605
• Dispepsia no ulcerosa	606

- GRUPO DE PROBLEMAS SEXUALES 700
- Impotencia..... 701
- Deseo sexual inhibido 702

- GRUPO DE OTROS 800
(Codificar correlativos otros que aparezcan en literal)

- . Sin respuesta 900

El presente listado contiene los cuadros clínicos cuyo componente psicosocial y subjetivo permite generalizarlo como síndromes del malestar para tratarlos con el modelo biopsicosocial, además de la atención biomédica no excluyente.

Es el listado planteado en el modelo teórico (Velasco, 2006), ampliado con los diagnósticos y síntomas que médicos/as de atención primaria, recogieron en una muestra de 400 casos en que aplicaron el modelo biopsicosocial (Murcia, 2005). Es un listado en construcción.