

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE SERVICIOS SANITARIOS  
EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES**

**Antonio Bordallo Aragón**

**2015**



Publicaciones y  
Divulgación Científica

AUTOR: Antonio Bordallo Aragón

 <http://orcid.org/0000-0001-8031-9561>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización

pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

Dña Berta Moreno Küstner con DNI 25050534-S, profesora titular/doctora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga,

Certifica que la tesis titulada "Factores asociados al uso de servicios sanitarios en personas con esquizofrenia y trastornos afines" desarrollada por D. Antonio Bordallo Aragón con DNI 25092044-X ha sido realizada bajo su dirección y que cumple con los criterios necesarios, y que por tanto autoriza su depósito y defensa pública.

En Málaga, 8 de septiembre de 2015



Fdo. Dra Berta Moreno Küstner

Profesora Titular

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga



**Tesis Doctoral**

**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE SERVICIOS SANITARIOS  
EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES**

**Doctorando:**

**Antonio Bordallo Aragón**

**Directora:**

**Dra. Dña. Berta Moreno Küstner**

**Málaga, 2015**



***"La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis, sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos"***

***Teresa de Calcuta***



### **Agradecimientos:**

En primer lugar quisiera agradecer a la Doctora D<sup>a</sup> Berta Moreno Küstner la confianza que ha depositado en mí para el desarrollo de este trabajo así como su apoyo en la dirección del mismo.

A José Manuel García de Cecilia y a Ana Nieto por las horas dedicadas al análisis estadístico de los datos y en intentar “traducir” los mismos a un profano.

A mis compañeros de trabajo tanto en la unidad de gestión clínica de salud mental como en los distintos equipos de Atención Primaria por su colaboración desinteresada y generosa en la realización de este trabajo. Dentro de ellos querría mencionar expresamente a Vanesa Nogueras, María Macías, Nazaret Cantero, María José Bujalance, Jesús Sepúlveda y Francisca Muñoz Cobos porque en estos casos la colaboración solicitada fue aún mayor.

A todos mis amigos y compañeros deportivos por el cierto abandono sufrido durante este último año, y por la comprensión del mismo.

A David Aguilera por su apoyo en el trabajo informático de esta Tesis Doctoral y por su soporte en el día a día con la misma.

Por último y tanto como agradecimiento por su ayuda y su comprensión durante estos meses, y también como dedicatoria, quería mencionar al conjunto de mi familia, especialmente a mis padres Antonio y Estrella, a mis hijos Nikolas y Alba y a Christine.

# ÍNDICE



---

Introducción.....	21
Parte I: Marco Teórico.....	25
1. Atención sanitaria a la esquizofrenia y otros trastornos afines .....	27
1.1 Situación general.....	27
1.2 Situación en la comunidad autónoma de Andalucía.....	29
2. Uso de servicios sanitarios: definición y evaluación de los mismos.....	33
2.1 Definición del uso de servicios sanitarios .....	33
2.2 Generalidades sobre la evaluación de servicios sanitarios.....	34
2.3 Tipos de enfoque en la evaluación de la prestación de servicios sanitarios.....	35
3. Factores relacionados con el uso de servicios sanitarios .....	39
3.1 Modelo conductual del uso de servicios sanitarios de Andersen.....	40
3.1.1 Factores de necesidad.....	41
3.1.2 Factores predisponentes.....	42
3.1.3 Factores facilitadores.....	42

3.2 Modelo explicativo del uso de servicios sanitarios: pacientes, profesionales y organización sanitaria.....	43
3.2.1 Factores del paciente.....	44
3.2.1.1 Variables sociodemográficas.....	45
3.2.1.2 Variables clínicas.....	47
3.2.2 Factores del profesional.....	47
3.2.3 Factores de la organización sanitaria.....	48
3.2.3.1 Modelo colaborativo: Salud Mental y Atención Primaria.....	48
3.2.4 Variables del profesional y de la organización sanitaria.....	51
Parte II: Marco Empírico.....	55
1. Contexto y Justificación.....	57
2. Hipótesis y Objetivos.....	63
2.1 Hipótesis.....	65
2.2 Objetivos.....	65
2.2.1 Objetivo general.....	65
2.2.2 Objetivos intermedios.....	66
2.2.3 Objetivos específicos.....	66

---

3. Material y Método.....	67
3.1 Diseño.....	69
3.2 Ámbito del estudio.....	70
3.2.1 Ámbito geográfico.....	70
3.2.2 Ámbito de servicios sanitarios.....	71
3.2.3 Ámbito temporal.....	73
3.3 Población de estudio.....	73
3.3.1 Pacientes.....	73
3.3.2 Médicos de atención primaria.....	76
3.3.3 Psiquiatras.....	76
3.4 Fuentes de información.....	77
3.4.1 Bases de datos informatizadas del sistema sanitario.....	77
3.4.2 Base de datos RESMA.....	77
3.4.3 Cuestionario a los médicos de atención primaria.....	78
3.4.4 Encuesta a los psiquiatras.....	79
3.4.5 Cuestionario al director del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP).....	79
3.5 Variables de estudio.....	81
3.5.1 Variable dependiente.....	81
3.5.2 Variables independientes.....	83
3.5.2.1 Variables de los pacientes.....	83
3.5.2.2 Variables de los profesionales.....	86
3.5.2.3 Variables de la organización sanitaria.....	88

---

3.6 Control de calidad de la información y aspectos éticos.....	90
3.7 Análisis estadístico.....	91
3.7.1 Transformación de las variables originales.....	91
3.7.2 Análisis descriptivo.....	91
3.7.3 Evaluación psicométrica del cuestionario.....	92
3.7.4 Análisis bivariante de las variables de los médicos de atención primaria y el cuestionario de actitudes.....	93
3.7.5 Análisis multivariante.....	93
3.8 Soporte informático.....	94
4. Resultados.....	95
4.1 Análisis descriptivo.....	98
4.1.1 Variable dependiente (VD).....	98
4.1.1.1 Número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental.....	98
4.1.1.2 Número de ingresos en UHSM.....	102
4.1.1.3 Existencia del algún tipo de contacto con la red pública de Salud Mental.....	103
4.1.1.4 Número de visitas al médico de atención primaria.....	106
4.1.2 Variables independientes.....	108
4.1.2.1 Variables de los pacientes.....	108
4.1.2.2 Variables de los profesionales.....	116
4.1.2.3 Variables de la organización sanitaria.....	131

4.2 Análisis sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.....	141
4.2.1 Población de estudio y recogida de las variables.....	142
4.2.2 Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario.....	146
4.2.2.1 Evaluación de la validez.....	146
4.2.2.2 Evaluación de la fiabilidad.....	149
4.2.3 Resultados del análisis descriptivo.....	149
4.2.3.1 Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario.....	149
4.2.3.2 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario.....	150
4.2.4 Resultados del análisis estadístico bivalente de las variables del médico de atención primaria relacionadas con las actitudes del enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.....	151
4.3 Resultados del análisis de los factores asociados al uso de servicios sanitarios: análisis multivariante.....	161
4.3.1 Modelo 1 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental).....	162

4.3.2 Modelo 2 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número de ingresos en UHSM).....	166
4.3.3 Modelo 3 del análisis multivariante (VD: existencia de algún contacto con la red pública de Salud Mental).....	170
4.3.4 Modelo 4 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número de visitas al médico de atención primaria).....	173
5. Discusión.....	177
5.1 De la metodología.....	179
5.1.1 Del diseño del estudio.....	179
5.1.2 De la muestra del estudio.....	181
5.1.3 De la recogida de variables.....	182
5.1.4 De la evaluación psicométrica del cuestionario de actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.....	184
5.1.5 Del análisis estadístico.....	185
5.2 De los resultados.....	186
5.2.1 Del análisis descriptivo.....	186
5.2.1.1 De los pacientes.....	186
5.2.1.2 De los profesionales.....	189
5.2.1.3 De la organización sanitaria.....	192

5.2.2 De las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.....	194
5.2.2.1 Del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria.....	194
5.2.2.2 De las variables del médico de atención primaria relacionadas con las actitudes del enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.....	194
5.2.3 De los factores asociados al uso de servicios sanitarios: análisis multivariante.....	197
5.2.3.1 De los factores asociados al número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental (Modelo 1).....	197
5.2.3.2 De los factores asociados al número de ingresos en UHSM (Modelo 2).....	201
5.2.3.3 De los factores asociados a la existencia de algún contacto con la red pública de Salud Mental (Modelo 3).....	202
5.2.3.4 De los factores asociados al número de visitas al médico de atención primaria (Modelo 4).....	203
5.3 Limitaciones.....	206
5.4 Perspectivas futuras.....	209

6. Conclusiones.....	211
Bibliografía.....	217
Glosario.....	235
Anexos.....	239
Anexo 1: Cuestionario a los médicos de atención primaria.....	241
Anexo 2: Encuesta a los psiquiatras.....	243
Anexo 3: Cuestionario a los directores de Equipos Básicos de Atención Primaria.....	245
Anexo 4: Informe Comisión Ética e Investigación Distrito Sanitario Málaga Proyecto Epidemiología de la Esquizofrenia.....	249
Anexo 5: Informe Comisión Ética e Investigación Hospital Regional Universitario de Málaga Proyecto Epidemiología de la Esquizofrenia.....	251
Anexo 6: Informe Comisión Ética e Investigación Distrito Sanitario Málaga Proyecto Atención Primaria a Pacientes con Esquizofrenia y Trastornos Afines.....	253
Anexo 7: Diagrama de flujo de la muestra de pacientes.....	255
Anexo 8: Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes.....	257

# INTRODUCCIÓN



En el presente estudio se pretende elaborar un modelo explicativo de la utilización de los servicios sanitarios de Salud Mental por parte de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, analizando para ello las características posiblemente implicadas tanto relacionadas con los propios pacientes, como aquellas que tienen que ver con los facultativos que tienen un papel activo en la atención de estos pacientes (médicos de atención primaria y psiquiatras) así como con la organización sanitaria donde se presta esta asistencia.

Los modelos de uso de servicios de salud en general y de salud mental en particular han sido investigados en algunos estudios epidemiológicos, pero pocas investigaciones se han centrado en concreto en los pacientes con trastornos mentales graves, siendo aún más escasos si tenemos en cuenta únicamente los llevados a cabo en nuestro país.

El estudio de estos patrones de uso de servicios en los pacientes con esquizofrenia y patologías afines es de gran importancia, dada la prevalencia de estos cuadros y los altos costes que la atención de estos pacientes tiene para los sistemas de salud. Conocer las características que influyen en estos patrones, ayudaría por un lado a implementar medidas para minimizar, cuando sea posible, las variables que aumentan la necesidad de un mayor uso de servicios sanitarios y por otro a establecer redes de asistencia y dispositivos adecuados para las exigencias de atención de estos pacientes.

Esta Tesis Doctoral tiene como objetivo conocer las variables relacionadas con la frecuentación de los servicios sanitarios de los pacientes con este tipo de patologías, estudiando por un lado las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y por otro las variables de todos los actores relacionados con la prestación de servicios: variables sociodemográficas de los facultativos de atención primaria y psiquiatras,

actitudes hacia la salud mental de los médicos de familia, variables dependientes de los Equipos Básicos de Atención Primaria y de las Unidades de Salud Mental Comunitaria, y la organización de la atención sanitaria entre ambos tipos de dispositivos.

Este trabajo de investigación se estructura en dos partes. La primera parte, el Marco Teórico, es donde se contextualiza el tema de investigación, realizando una revisión de los artículos que han estudiado estos aspectos en los últimos años.

La segunda parte, el Marco Empírico, se estructura en varios apartados, donde se va describiendo la justificación del trabajo, los objetivos, las cuestiones metodológicas, los resultados, la discusión sobre los mismos y se termina exponiendo las conclusiones de la investigación en función de los objetivos. Por último, se detallan las referencias bibliográficas consultadas y se aportan los anexos referidos en el trabajo.

# PARTE I: MARCO TEÓRICO



# 1. ATENCIÓN SANITARIA A LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS AFINES

## 1.1 Situación General

Desde hace años sabemos que la prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial oscila entre el 4.3% y el 26.4% al año, representando por su parte el 12% de las cargas por enfermedad (World Health Organization [WHO], 2001), siendo por tanto una de las causas principales de morbilidad en el ser humano (WHO, 2008). Además, la carga por estos trastornos se ha incrementado entre 1990 y 2010 en un 37.6% y según los datos más actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2010 se puede considerar que los trastornos mentales son la causa principal del número de años vividos con discapacidad en todo el mundo (Whiteford et al., 2013). De hecho, según las predicciones actuales, para 2030 solo la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial y cuando se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan entre el 25.3% de los años perdidos por discapacidad en los países de bajos ingresos y el 33.5% en los países de ingresos medios (WHO, 2011).

Aunque los trastornos mentales graves, y entre ellos la esquizofrenia, se han considerado como menos prevalentes, alcanzando solo el 2-3% de la población, representan sin embargo casi la mitad de los costes de la atención a la salud mental en general (Vérificateur Général du Québec [VGQ], 2003) y en concreto es este tipo de

patología la de mayor coste per cápita (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004). Para aligerar el coste de estas patologías los países han procurado mejorar sus sistemas de atención a la salud mental fortaleciendo principalmente los servicios a nivel comunitario y la atención primaria para este tipo de pacientes. Por ello se ha fomentado el seguimiento de estas patologías a nivel de la comunidad tanto por servicios propiamente de salud mental como por el nivel de atención primaria (WHO, 2001). Este tipo de atención a nivel comunitaria además representa una serie de ventajas con respecto a la atención hospitalaria tradicional, como el hecho de ser menos estigmatizante, más accesible y mejor valorada por los propios pacientes (Jenkins & Strathdee, 2000). No obstante, durante años se ha considerado que los recursos hospitalarios seguían ocupando un lugar central en los sistemas de atención a la salud mental (Thornicroft & Tansella, 2002).

A pesar de este esfuerzo por parte de los distintos países, la atención a la salud mental en general y a la esquizofrenia en particular es un problema que sigue aún sin un enfoque claro y con una solución muchas veces no adecuada, como se refleja en el Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS donde se proporcionan datos que demuestran la escasez de recursos de los países, particularmente recursos financieros y humanos, para atender a las necesidades en materia de salud mental. También se subraya la falta de equidad en la distribución y la falta de eficacia en el uso de esos recursos. Por ejemplo, en el mundo entero, el 67% de los recursos financieros asignados a la salud mental se sigue destinando a hospitales psiquiátricos pese a que éstos están asociados a resultados sanitarios deficientes y a veces a violaciones de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de más personas a una atención mejor y más costo-eficaz (WHO, 2011).

La necesidad de un enfoque más comunitario a la atención de estos pacientes se debe además a que en muchas ocasiones requieren importantes cuidados por parte de atención primaria por la fuerte asociación existente entre el trastorno mental grave y la aparición de problemas crónicos de salud a nivel somático (Barr, 2000). Por ejemplo, en las personas con esquizofrenia, el riesgo global de muerte es entre 1.6 y 1.4 veces mayor que en la población general, a causa de los problemas de salud física (WHO, 2011). Debido a las múltiples necesidades de este tipo de pacientes a nivel biopsicosocial, la cronicidad de su patología y las limitaciones a nivel funcional, se entendió que era fundamental la cooperación de varias redes de atención con una planificación del

trabajo a largo plazo donde se integrasen los recursos hospitalarios, comunitarios y sociales (Kendrick, Burns, Freeling & Sibbald, 1994). Este aspecto siempre aparece reflejado en todas las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre este tema. La OMS recomienda como estrategias mejorar la prestación de tratamiento y de una atención de buena calidad integrando la salud mental en políticas de salud más amplias, como las relativas a la atención sanitaria general, las enfermedades no transmisibles, la discapacidad, la salud materna y el VIH/SIDA y ampliando las intervenciones de salud mental basadas en datos objetivos que se realizan en los servicios generales de salud. Y por otro lado, la OMS también recomienda mejorar el acceso a los servicios de asistencia social de las personas que padecen trastornos mentales o corren el riesgo de padecerlos, así como la mejora de sus oportunidades de educación y empleo (WHO, 2011).

## **1.2 Situación en la comunidad autónoma de Andalucía**

La Ley General de Sanidad en su capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de salud mental en el sistema sanitario general (Ley 14/1986). Esta ley adjudicó la responsabilidad de transformar y organizar la atención a la salud mental a las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas. El hecho de que se acometiera por tanto de forma independiente en cada comunidad ha propiciado que hoy en día existan importantes diferencias en las prestaciones de los distintos servicios de Salud Mental.

El proceso de apuesta por la atención comunitaria para este grupo de pacientes comenzó en España coincidiendo y propulsado por el desarrollo de la reforma psiquiátrica, que empezó en nuestro país a principios de la década de los 80 del pasado siglo. Aunque el desarrollo de la misma se vio influenciada por las políticas concretas de cada comunidad autónoma, es a partir de esa fecha cuando se comienzan a definir las distintas áreas de atención a la salud mental, donde en cada zona los recursos de hospitalización tenían que funcionar como parte integrada de una red con un amplio abanico de recursos sanitarios de tipo comunitario para este grupo de pacientes.

En Andalucía en concreto la reforma psiquiátrica se inicia con la creación transitoria del organismo del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) por la Ley 9/1984 (suprimido en 1990 al asumirse por el Servicio Andaluz de Salud las funciones de éste e integrando todos los recursos sanitarios públicos especializados en Salud Mental), en base a un modelo denominado de atención comunitaria con el que se pretendía sustituir el modelo anterior, basado exclusivamente en un sistema ambulatorio de neuropsiquiatría dependiente de la Seguridad Social (con un total de 69 consultas) y un sistema manicomial de institucionalización (8 hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales), ya que estos se mostraban, aparte de insuficientes, absolutamente vulneradores de la libertad y dignidad de las personas que sufrían trastornos mentales. Finalmente, en 1994, se completó el modelo con el desarrollo de servicios sociales específicos para estos colectivos a través de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (Defensor del Pueblo Andaluz, 2013).

En la comunidad autónoma de Andalucía, es a partir del Real Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, actualmente en vigor, cuando se constituyen las 27 Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM), dependientes de Áreas Hospitalarias o Áreas de Gestión Sanitaria que dan cobertura sanitaria a los pacientes con problemas relacionados con la salud mental. Aunque estas unidades de gestión clínica venían desarrollándose desde bastantes años antes, en concreto la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga (antiguo Carlos Haya) comenzó a desarrollarse ya en el año 2003. Uno de los principales objetivos de estas unidades desde sus comienzos fue mejorar el cuidado de los pacientes con trastorno mental grave.

El cambio de concepto de asistencia y el paso al modelo de psiquiatría comunitaria en general en nuestro país y en concreto en la comunidad de Andalucía, sigue las pautas del modelo diseñado por la OMS, al que se acoge la Ley General de Sanidad de 1986 siguiendo las recomendaciones vertidas en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), modelo que siguiendo el desglose definido en el documento relativo a “Estrategia en Salud Mental del SNS” (2007), responde a los siguientes principios básicos: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilidad y calidad.

En Andalucía, la apuesta por este modelo de atención ha sido inequívoco desde el principio. Este modelo asistencial se organizó en diferentes niveles de intervención específicos e interrelacionados, con un nivel de intervención no sanitario formado por la comunidad, sus instituciones y sus redes de recursos sociales formales o informales, conjuntamente con otro nivel de intervención sanitaria básica formado por los equipos de Atención Primaria. Por otro lado y paralelamente, un nivel de intervención sanitaria especializada, o segundo nivel de atención de salud mental, con cabecera y ubicación en el Distrito Sanitario, y formado por las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y finalmente, un tercer nivel de intervención para problemas específicos (segundo nivel de atención especializada), que lo conforman diversas unidades de Salud Mental para perfiles de usuarios con trastornos mentales graves fundamentalmente (Defensor del Pueblo Andaluz, 2013).

En cuanto a los datos más concretos sobre la prevalencia de la esquizofrenia y los trastornos afines en Andalucía y su posible carga en el sistema sanitario, no tenemos datos específicos, aspecto que sería interesante dado que los estudios epidemiológicos han sugerido que la esquizofrenia no puede ser considerada como un trastorno con una distribución similar en las distintas partes del mundo (Mc Grath, 2007), con lo cual para hacer un planteamiento local habría que tener datos más específicos. No obstante, sí se dispone de datos muy concretos sobre la prevalencia anual de la esquizofrenia y los trastornos afines en la provincia de Málaga, donde se han encontrado cifras de 6.27 por mil a la vez que se ha visto que estas cifras difieren bastante según algunas variables personales como por ejemplo el género del paciente, alcanzándose prácticamente el doble en varones (8.45 por mil) que en mujeres (4.26 por mil) (Moreno-Küstner et al., 2014). Disponer de estos datos tan concretos en nuestro medio más cercano puede ayudar de forma importante a la comprensión del uso de servicios sanitarios de estos pacientes afectos de esquizofrenia y otros trastornos afines.



## **2. USO DE SERVICIOS SANITARIOS: DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MISMOS**

### **2.1 Definición del uso de servicios sanitarios**

El sistema sanitario produce servicios; es decir, establece contacto con los individuos y poblaciones para resolver problemas de salud con los recursos de que dispone. Esta prestación de servicios es clave y debe ser objeto de análisis para su mejora (implantación o eliminación, en su caso). Un aspecto fundamental a la hora de realizar una adecuada valoración de los sistemas sanitarios es analizar el uso de estos servicios. En el caso concreto de la atención a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines y para llevar a cabo una correcta evaluación y planificación de servicios, es necesario conocer qué tipo de servicios están implicados en la atención a cada enfermo mental, cuántos son los pacientes que acuden a ellos, qué tipo de tratamiento se les ofrece y cuáles son los cambios que se han producido en estos pacientes a partir de esta oferta (Moreno Küstner, Torres González, Godoy García, 2002). Los servicios implicados en la atención a estos pacientes se han ido modificando conforme ha ido cambiando el paradigma teórico de atención a la salud mental. En un principio los servicios incluidos en la atención eran puramente hospitalarios porque eran este tipo de recursos los empleados fundamentalmente en la atención y el tratamiento a estos pacientes; este tipo de recursos hospitalarios fueron inicialmente de carácter manicomial para posteriormente pasar a ser prestados en unidades de hospitalización específicas de Salud Mental integradas en los hospitales generales. Posteriormente se fueron

añadiendo servicios de tipo ambulatorio pero relacionados únicamente con dispositivos específicos de atención a la salud mental. Además, los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines hacen también uso de los recursos y servicios de Atención Primaria como parte de una atención integral a la salud y además necesitan en determinadas ocasiones la atención urgente prestada por los distintos servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. Esta variación en los conceptos y variables que ha ido definiendo el uso de servicios sanitarios en pacientes con esquizofrenia ha sido también descrita en otros países como en Italia, donde también se ha visto la necesidad de ir incluyendo nuevos servicios conforme ha ido pasando el tiempo y se han ido produciendo cambios en los patrones de uso y en el abordaje de la esquizofrenia y los trastornos afines por parte de los servicios de salud (Lora, Consetino, Gandini & Zocchetti, 2007).

Por ello y con el objetivo de analizar los nuevos patrones de utilización de servicios de Salud Mental ha sido necesario recurrir en primer lugar a tener a los pacientes censados. Para ello se ha recurrido a los registros de casos psiquiátricos, que han sido considerados como los sistemas de información más adecuados a nivel de evaluación del proceso ya que recogen información sobre el funcionamiento de los servicios, el tipo de oferta asistencial y la coordinación entre niveles (Moreno Küstner et al., 2002). Los registros de casos psiquiátricos poseen características comunes entre los de base hospitalaria y los de base poblacional, presentando algunas diferencias con respecto a los registros de enfermedades, ya que mientras estos registran a todas las personas con una enfermedad en la población, los registros de casos psiquiátricos incluyen solamente a todos los usuarios de los servicios ubicados en un área geográfica determinada, recogiendo además la utilización de servicios que realiza el paciente en el área cubierta por el registro (Moreno Küstner, 2005).

## **2.2 Generalidades sobre la evaluación de servicios sanitarios**

Para la evaluación de servicios de salud el foco de atención no es sólo el paciente sino los otros factores que influyen en ella, como es la organización sanitaria donde se enmarca esta atención. Esta evaluación va a ser fundamental a la hora de

valorar la eficacia y secundariamente poder planificar de forma adecuada los distintos dispositivos de la red de atención a la salud.

Para realizar una correcta evaluación, la identificación de tipologías de utilización de servicios cobra una gran importancia, porque permite pasar de trabajar con datos individuales a agregar dichos datos, lo que a la larga va a favorecer la estandarización de ofertas de servicios, tanto en su planificación como en su evaluación y también va a favorecer la adecuación de las necesidades (Pezzimenti, 2005).

Además, no podemos separar la evaluación de los servicios de Salud Mental de la de los sistemas de salud en general al estar ambos niveles totalmente relacionados. El interés por la evaluación de los servicios se ha ido intensificando en los últimos años dadas las necesidades existentes a nivel internacional para realizar planes de convergencia, fijar estándares y desarrollar una adecuada planificación sanitaria basada en los principios de equidad.

Existen diferentes teorías y formulaciones sobre cómo abordar la evaluación de los servicios sanitarios y en qué niveles se puede llevar a cabo dicho proceso. Una de ellas se basa en la clásica división que hace Donabedian (1984) y que incluye tres niveles del sistema sanitario como los componentes del proceso de evaluación: estructura-procesos-resultados. Aunque unos autores han realizado algunas modificaciones, bien reduciendo los niveles a dos (procesos y resultados) incluyendo la estructura en el proceso, otros autores en el campo de los programas psiquiátricos introducen un cuarto nivel que sería el impacto del programa en la comunidad (Moreno Küstner, Torres González & Godoy García, 2002).

## **2.3 Tipos de enfoque en la evaluación de servicios sanitarios**

Moreno Küstner, Torres González, Godoy García y Luna del Castillo (2002) consideran que el análisis de los patrones del uso de servicios permite conocer el recorrido que sigue el paciente en su búsqueda de atención a través de los distintos dispositivos de Salud Mental. Con ello no se pretende hacer una foto fija de la

utilización de servicios sino ser capaz de conocer cuál ha sido la historia del uso de servicios de cada paciente.

Para llevar a cabo un análisis del uso de servicios hay que empezar por definir qué aspectos están incluidos en esta definición. Por un lado habría que identificar los dispositivos que van a prestar la atención a estos pacientes y en qué nivel asistencial se encuentran y por otro determinar qué se va a considerar como unidad de estudio: contactos con los dispositivos, tipo de intervención, profesional, etc. En la mayor parte de los estudios sobre los servicios de Salud Mental, los contactos se clasifican en tres tipos: contactos ambulatorios, contactos con centros de día y contactos hospitalarios. Partiendo de estos conceptos el análisis sobre la utilización de servicios se puede abordar desde tres enfoques diferentes: transversal, longitudinal y dinámico (Moreno Küstner, 1998).

El enfoque de tipo transversal consiste en describir la utilización de servicios de una cohorte mediante el número de contactos ambulatorios, número de contactos en centros de día, número de ingresos hospitalarios y número de días ingresados (índices de uso). Si se otorgan pesos diferentes a cada tipo de contacto y se suman esas puntuaciones, se obtienen índices de utilización total (Lavik, 1983) que acumulan toda la información del período de seguimiento en una cifra que resume la utilización de servicios de una forma estática. Éste es un abordaje de tipo transversal en el que no se tiene en cuenta la distribución de los contactos a lo largo del tiempo de seguimiento (Moreno Küstner, Torres González & Luna del Castillo, 2001).

Un nuevo concepto se introduce en las clasificaciones de utilización de servicios al tener en cuenta la unión temporal entre los distintos contactos, lo que denominaríamos un enfoque de tipo longitudinal. Este enfoque se puede dividir en dos tipos; en el primero, se consideran los episodios de cuidados en los que se incluyen los parámetros de tamaño y paso (Tricot, 1986) o de estancia o secuencia (Giel, Ten Horn, Hermann & Tricot, 1987) en los que se describen tanto los tipos de contacto como los días transcurridos entre ellos, ofreciendo un patrón detallado de la utilización de servicios y se divide el tiempo según la duración de los períodos y la intensidad de los contactos (Giel & Ten Horn, 1982). El otro enfoque dentro del análisis longitudinal de los datos puede ser el análisis de supervivencia que tiene como objetivo estudiar el tiempo que transcurre entre la ocurrencia de un suceso hasta la nueva ocurrencia de otro que en este caso serían los episodios de cuidados.

Por último, un abordaje más dinámico en el análisis de la utilización de servicios consiste en calcular las probabilidades de cambio entre los diferentes tipos de contacto que se pueden tener, mediante la aplicación de cadenas de Markov. Con este método no sólo se describe la utilización de servicios sino que se caracteriza el patrón de cambio de un estado a otro en intervalos de tiempo fijos y se puede predecir la utilización de servicios.

Dependiendo de los objetivos que se quieran alcanzar en el estudio y de las características de la información disponible será más adecuado aplicar uno u otro tipo de análisis (Moreno Küstner et al., 2001).

Por otro lado, el término de utilización de servicios sanitarios hace referencia a la intensidad de uso que realiza la población de los servicios que se le ofertan. Este término es sinónimo del de frecuentación. Hay que referenciar este aspecto a un determinado tiempo, que puede oscilar desde unas pocas semanas, aunque lo más utilizado en la bibliografía es referenciarlo a un año (Martínez-Cañavate, 2007). Y es en este aspecto donde se pueden establecer divisiones de pacientes en usuarios frecuentes o infrecuentes de servicios sanitarios. Aun sabiendo que esta división es siempre ambigua, desde hace años se han ido analizando las características de los pacientes que conformarían esos grupos (Kenn, Fogarty & Yelowlees, 1995).



### **3. FACTORES RELACIONADOS CON EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS**

Los factores que influyen en el uso de servicios sanitarios son múltiples y tienden a estar conectados y relacionados entre ellos. Se han ido desarrollando modelos para ir describiendo estos factores y sus relaciones, sin que se haya encontrado un modelo a nivel empírico que explique de forma definitiva qué factores intervienen en la utilización de servicios (Martínez-Cañavate, 2007).

En este apartado vamos a presentar dos modelos teóricos que han sido los más utilizados para explicar los factores asociados al uso de los servicios sanitarios, por un lado el modelo conductual de Andersen del uso de servicios sanitarios (1995), que tiene en cuenta básicamente las variables de los pacientes y por otro un segundo modelo planteado por Phillips et al. (1998), que amplía estos factores incluyendo las características del sistema sanitario y que se agrupa por tanto en tres niveles: pacientes, profesionales y organización.

### **3.1 Modelo conductual del uso de servicios sanitarios de Andersen**

Un importante número de estudios tanto en el ámbito del uso de servicios en general (Arcury et al., 2005), como en la atención a la salud mental en particular (Lemming & Calsyn, 2004; Fleury, Grenier, Bamvita & Caron, 2010; Jin et al., 2003) y en el uso de los servicios de urgencias (Sánchez López & Bueno Cavanillas, 2005; Moreno Millán, 2008) utilizan el modelo conductual de uso de servicios sanitarios de Andersen (1995) para predecir la utilización de estos servicios en relación únicamente a los factores dependientes del usuario. Este modelo ha sido capaz de aunar y sintetizar los factores de las dos dimensiones implicadas: las dimensiones individuales y contextuales del paciente. Clasifica los factores predictores del uso de servicios en tres grupos: factores facilitadores, predisponentes y de necesidad. Los factores predisponentes serían las características individuales que existirían antes de la enfermedad, como por ejemplo el perfil sociodemográfico de los pacientes. Los factores facilitadores se referirían a las variables que influyen en la provisión de cuidados y las actitudes hacia estos, como los ingresos económicos, el apoyo social, etc. Por último, los factores de necesidad incluirían la evaluación de la salud mental y física de los pacientes por los profesionales ya que se trataría de factores como la severidad de los síntomas y el deterioro cognitivo, siendo quizá estos los más relacionados con el uso de servicios de Salud Mental. Para Andersen los factores de necesidad ocuparían el primer lugar en importancia, seguidos de los factores facilitadores y en último lugar los predisponentes (Andersen, 1995). De Boer, Wijker y de Haes (1997) al analizar en concreto el uso de recursos sanitarios en los pacientes con enfermedades crónicas llegaron a las mismas conclusiones, considerando que serían los factores de necesidad, o sea los relacionados con el nivel de enfermedad al fin y al cabo, los que tendrían un mayor valor predictivo a la hora de valorar el uso de servicios sanitarios.

A pesar de que este modelo ha sido el marco teórico más utilizado en los estudios sobre el uso de servicios, también se han presentado sus limitaciones para su capacidad de predecir dicho uso (Arredondo & Meléndez, 1992). No obstante se ha

utilizado incluso en los pacientes con trastornos mentales. Lemming y Calsyn (2004) utilizaron este modelo para valorar el uso de servicios en los pacientes con trastorno mental grave y sin hogar, encontrando que serían los factores facilitadores los que explicarían en mayor medida la variabilidad en el uso de servicios.

### **3.1.1 Factores de necesidad**

Los factores de necesidad han sido estudiados también en la atención primaria, pero es probable que los factores que inciden en la utilización de recursos de Atención Primaria no tengan un equivalente claro en lo referente a la Salud Mental. Gómez- Calcerrada, Hernández y Gómez (1996) en concreto identificaron una serie de factores que consideran que intervienen en la percepción de necesidad de atención sanitaria. Estos factores serían el número y tipo de procesos clínicos y enfermedades crónicas existentes (diagnóstico clínico), el número de síntomas, el tipo de morbilidad y el nivel de salud percibida.

Es probable que la mayor parte de estos factores no tengan una influencia tan clara en el uso de recursos por parte de personas con trastorno mental grave ya que, aunque está descrito que son los problemas de salud mental los que tienen una influencia mayor sobre el uso de la atención primaria (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli 1999), no sería el trastorno mental grave el que generaría esta mayor carga, sino procesos del tipo de la somatización, la ansiedad y la depresión (Matalón, Nahamani, Rabin, Maoz & Hart, 2002). Por ejemplo, el nivel de salud percibida, que es uno de los principales factores que influyen en el uso de recursos, tendría un papel bastante limitado en el caso concreto del trastorno mental grave, al no existir una conciencia de enfermedad adecuada en la mayor parte de las patologías que se engloban en el trastorno mental grave. Lo que sí parece estar recogido ya desde hace años es la relación del grado de severidad de la enfermedad con la utilización del uso de recursos sanitarios (de Boer, Wijker & de Haes, 1997).

### **3.1.2 Factores predisponentes**

Andersen (1995) considera que estos factores se pueden agrupar principalmente en tres grupos. En primer lugar los relacionados con las características demográficas del paciente como podría ser la edad, el género, el estado civil, el tipo de hábitat, etc. Por otra parte estarían los relacionados con la estructura social donde se incluirían la educación, la situación laboral, el tipo de convivencia, la etnia y otros rasgos y situaciones del paciente, que en última instancia determinan tanto la situación de la persona dentro de la comunidad, como la capacidad de la misma para resolver y abordar los problemas a los que se tenga que ir enfrentando y si el medio que rodea a la persona favorece o no la aparición de patologías. El tercer grupo de factores predisponentes estaría relacionado con las creencias sobre la salud, que al fin y al cabo serían las actitudes, valores y conocimientos que posee la persona sobre la salud y que van a influir sobre la subsecuente percepción de la necesidad y del uso de recursos sanitarios. Este autor consideraría los dos primeros grupos, o sea los relacionados con los factores demográficos y con la estructura social, de una naturaleza más exógena.

Sobre esta clasificación algunos autores han realizado algunas modificaciones según el posible carácter modificable de estos factores (Bellón, 1995) lo que ha conllevado a agrupar estas variables de formas distintas (Rodríguez, 2006).

### **3.1.3 Factores facilitadores**

Fueron definidos por Andersen y Newman (1973) como aquellos factores que permitían al individuo o a la familia el uso de los servicios de salud ante las necesidades sentidas de salud.

Por ello abordarían fundamentalmente las áreas relacionadas con la accesibilidad que fueron descritas por Penschsky y Thomas (1981) englobando los siguientes grupos: disponibilidad, accesibilidad física y geográfica, adecuación, accesibilidad económica y

aceptabilidad. La accesibilidad económica estaría también relacionada con los factores predisponentes.

### **3.2 Modelo explicativo del uso de servicios sanitarios: pacientes, profesionales y organización sanitaria**

Phillips, Morrison, Andersen y Aday (1998) ampliaron el modelo de Andersen al incluir factores del entorno del paciente en las que se incluían las variables del sistema sanitario. También Bellón (1995) centrado en el ámbito de la atención primaria, propuso agrupar estos factores en tres grupos o niveles, que a su vez estarían íntimamente relacionados entre ellos:

1.-Factores del individuo o usuario: paciente

2.-Factores del profesional, sanitario o proveedor: profesional

3.-Factores de la organización de la consulta, del centro de salud y del sistema sanitario: organización

Los distintos estudios que se han ido desarrollando se han centrado fundamentalmente en algunos de los grupos de factores implicados en el uso de servicios, y como señalan Raudino et al. (2013) esto ha propiciado una importante limitación en muchas de estas investigaciones, al tender a focalizarse en un determinado grupo de determinantes o analizar únicamente un grupo limitado de variables dependientes (contactos de los pacientes ingresados versus contactos de los pacientes ambulatorios), existiendo pocos estudios que hayan valorado de forma simultánea el impacto relativo de los distintos tipos de factores y a su vez los diferentes tipos de servicios de atención sanitaria (hospitalarios y ambulatorios).

Estas limitaciones en los estudios sobre el uso de servicios de Salud Mental se han analizado desde diferentes puntos de vista. Alguno autores como Kent et al. (1995) realizaron una revisión de los estudios sobre los grandes usuarios (“heavy users”) de servicios psiquiátricos, constatando ya en esa fecha las variaciones entre los criterios para definir a los “heavy users”, y la escasez de estudios que analizaban todos los

recursos psiquiátricos, tanto los hospitalarios como los ambulatorios, remarcando ya la necesidad de que la investigación futura tuviera también en cuenta los aspectos sociales y económicos de estos pacientes. A pesar de los años transcurridos desde entonces, muchos de los estudios actuales siguen adoleciendo de importantes limitaciones ya puestas en relieve por estos autores. La importancia de los factores dependientes del paciente y también del sistema y de la organización sanitaria también fue ya señalada por Bauer, Shea, Mc Bride y Gavin (1997).

Según algunos autores, dentro de los tres grupos de factores, los primeros, los dependientes del usuario explicarían el 50% en la variabilidad del uso de servicios sanitarios, y el otro 50% lo conformarían los otros dos niveles (Orueta & López de Munain, 1999; Hurley, Woodward & Brown, 1996). Sin embargo, a veces ha sido imposible encontrar modelos claros que expliquen de forma sustancial y concreta la varianza en el uso de servicios, probablemente debido al amplio espectro de factores implicados, tanto sociodemográficos, como propiamente clínicos, así como los relacionados con la red sanitaria. Por ello, en algunas ocasiones, ha sido más factible no analizar la cantidad de recursos consumidos, si no los factores que han determinado el uso de un recurso en concreto (Sørgaard et al., 2003).

### **3.2.1 Factores del paciente**

Dentro de las variables dependientes del paciente, existen dos grandes grupos según las características del tipo de variable. Por un lado, se encuentran las variables sociodemográficas y por otro estarían las variables de tipo clínico. Los estudios han valorado normalmente de forma conjunta ambos tipos de variables, aunque en muchos de ellos se ha hecho un mayor hincapié en uno u otro tipo según la facilidad en la obtención de los datos y el objetivo último del estudio.

### 3.2.1.1 Variables sociodemográficas

Ejemplo claro de los estudios e investigaciones que se han limitado a valorar únicamente algunos de los factores predisponentes son los que han analizado la influencia del género en el uso de recursos en pacientes con esquizofrenia. En general, se ha sugerido que ser mujer es una variable predictora de una mayor utilización de servicios psiquiátricos en los pacientes con patologías de salud mental (Montero et al., 2004). Por otra parte y aunque se sabe de forma clara que las mujeres con esquizofrenia tienen por regla general cuadros clínicos de menor severidad que los pacientes varones (Tamminga, 1997), la mayor parte de los estudios no han encontrado grandes diferencias en el uso de los recursos (McAlpine & Mechanic, 2000). Cuando se han estudiado estas diferencias en cuanto al género de forma más específica, se ha visto que muchas de estas diferencias podrían estar motivadas por la existencia de otros factores sociodemográficos y clínicos ligados al género, y que cuando estos se controlan estas diferencias tienden a desaparecer (Lindamer et al., 2003). Ahora bien, si diferenciamos entre las personas que acuden por primera vez y la tasa de frecuentación (número de contactos por caso), los varones presentarían según algunos estudios una mayor tasa de primeros contactos aunque las mujeres presentan mayor tasa de frecuentación (Hirsch, 1998).

Cuando se ha analizado el uso de servicios puramente hospitalarios tampoco se han encontrado datos concluyentes en cuanto a las diferencias debidas al género del paciente. Algunos estudios detectan tasas más altas de ingresos en los varones a nivel europeo (Saarento, Räsänen, Nieminen, Hakko & Isohanni, 2000). En cambio, otras investigaciones llevadas a cabo en población española no han confirmado estas diferencias, siendo la distribución por género para primeros ingresos en unidades de hospitalización de Salud Mental más homogénea (Muñoz, 1997).

En cambio, si estas diferencias en cuanto al género se analizan únicamente en función de la atención en los servicios de urgencias psiquiátricos, sí se ha constatado que los varones utilizan con mayor frecuencia estos servicios que las mujeres, siendo también distinta la forma en que los varones acuden a estos servicios (mayor proporción

de varones que acuden solos o conducidos por las fuerzas del orden público) (Dirk, Dhossche & Ghani, 1998).

Otra de las variables sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia analizadas en algunos estudios para ver su influencia en el uso de recursos sanitarios ha sido el lugar de residencia del paciente, intentando establecerse diferencias según sea éste en un ámbito rural o urbano. Sørgaard et al. (2002) establecen que las pautas de uso de servicios serían diferentes según el lugar de residencia, caracterizándose un menor uso de servicios especializados por los pacientes residentes en ámbitos rurales, aunque sin que exista un mayor uso de servicios totales (agrupando todos los tipos de recursos) en estos pacientes. Esto corroboraría lo ya aportado previamente por McCreade et al. (1994).

Se han ido publicando también artículos donde se ha puesto el punto de mira en determinar la influencia de otras variables de índole sociodemográfica de los pacientes en el uso de recursos sanitarios. Barrio et al. (2003) analizan la influencia de la etnia del paciente en este campo, Folsom et al. (2007) el idioma usado por las minorías étnicas. El nivel socioeconómico también se ha investigado en varios estudios (Tello et al., 2005; Moreno, Arroyo, Torres-González, Luna & Cervilla, 2007). El estatus marital y la situación laboral también han sido analizados en profundidad en algunos otros estudios (Drukker, Driessen, Krabbendam & Os, 2004; McCarthy et al., 2006). Moreno-Küstner et al. (2011) hallaron que los pacientes con esquizofrenia que tenían un mayor número de contactos ambulatorios eran los que estaban trabajando y recibían una pensión de incapacidad.

Otros factores que van cobrando cada vez mayor importancia en el análisis de las variables que inciden en el uso de recursos en los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines son los relacionados con el funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Bellido-Zanin, Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez y Vázquez-Morejón (2015) encuentran que existen determinados aspectos del funcionamiento social que repercuten en el uso de servicios, por ejemplo, el aislamiento social influiría en la tasa de hospitalización mientras que el nivel de las relaciones sociales lo haría más sobre la tasa de visitas a nivel ambulatorio. Estos mismos autores concluyen su estudio remarcando la necesidad de introducir estas variables de índole psicosocial en los estudios sobre el uso de recursos sanitarios de estos pacientes.

### 3.2.1.2 Variables clínicas

Otros estudios se han centrado en relacionar algunas características clínicas del paciente con el uso de recursos sanitarios. Ya desde hace muchos años se ha intentado analizar la relación entre estas características de tipo clínico y el uso de recursos sanitarios. Por ejemplo, Vázquez-Barquero et al. (1997) indicaron que el uso de recursos sanitarios estaría en relación con el nivel de gravedad en el momento del primer contacto psiquiátrico, lo cuál ha sido confirmado por Moreno-Küstner et al. (2011) para el grupo de pacientes con esquizofrenia y los contactos ambulatorios. Sørgaard et al. (2002) se centran más en el tipo diagnóstico asociado con el uso de recursos, encontrando que sería la esquizofrenia hebefrénica la que favorecería un menor número de contactos con el especialista en psiquiatría, pero a su vez estaría en relación con un mayor número de visitas por parte del médico de familia o general. Este hecho unido a la diversidad de síntomas que pueden aparecer en la esquizofrenia es lo que hace que autores como Fenton (2000) propongan un esquema de uso de servicios diferenciados según la configuración sintomatológica y los distintos subdiagnósticos dentro de la esquizofrenia, sugiriendo que para la esquizofrenia hebefrénica y otras formas deficitarias de esta enfermedad se deberían ofrecer sistemas de apoyo dirigidos a minimizar las situaciones de estrés sufridas por el paciente. Rasgos clínicos como hiperactividad, experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, los delirios y el uso de drogas favorecerían los ingresos hospitalarios (Moreno-Küstner et al., 2002)

### 3.2.2 Factores del profesional

Los factores del profesional abarcan diferentes ámbitos y circunstancias del personal sanitario que atiende a los pacientes. Por un lado, se encuentran las características sociodemográficas y formativas como pueden ser el género, la edad, el tipo de formación y la actividad investigadora. Por otra parte se encuentran factores más relacionados con la actividad profesional y las circunstancias donde se presta la atención sanitaria y ahí podríamos incluir el tiempo dedicado a la visita, la práctica de una

medicina defensiva, el perfil de prescripción farmacéutica y los niveles de calidad del trabajo. Por último, se encuentran factores que estarían relacionados tanto con los aspectos más personales como con los más profesionales y en este grupo se encontrarían factores como la satisfacción, el nivel de estrés, la existencia de burnout y los estilos de práctica clínica.

### **3.2.3 Factores de la organización sanitaria**

Dentro de los factores de la organización se incluirían por un lado aquellos relacionados con la microorganización como son las consultas programadas, los programas de salud y procesos asistenciales, el trabajo en equipo, el clima organizacional, la gestión de la demanda, la gestión del tiempo y la gestión de los aspectos relacionados con la burocracia que conlleva las tareas laborales.

Por otro lado estarían otros factores más en relación con la llamada macroorganización y ahí se incluirían aspectos tales como el tamaño y la estructura del cupo, la accesibilidad a los servicios de salud, la continuidad de cuidados, las relaciones entre atención primaria y atención especializada, las normas administrativas, los incentivos y las sanciones.

#### **3.2.3.1 Modelo colaborativo: Salud Mental y Atención Primaria**

Un aspecto ya enumerado en el párrafo anterior y que merece un análisis más en profundidad, dentro de los factores relacionados con la organización sanitaria tiene que ver con el modelo de trabajo existente entre los niveles de atención primaria y atención especializada, en concreto con el nivel de salud mental.

En los últimos años las políticas sanitarias de los países desarrollados han venido señalando la necesidad de una estrecha coordinación entre el nivel asistencial de atención primaria y el nivel especializado de salud mental con el fin de, no solo incrementar la capacidad de detección de las patologías mentales en atención primaria

como también para aumentar la adecuación de los tratamientos de este tipo de patologías (Gervás & Rico, 2006). Esta necesidad de coordinación se ha debido al cambio de papel del médico de atención primaria, que ha dejado de ser un mero filtro hacia los sistemas especializados y se ha convertido en una figura clave en el diagnóstico y en el tratamiento de los trastornos mentales, aspecto que se viene señalando desde hace ya muchos años (Herrán, Artal & Vázquez-Barquero, 1996).

Varios estudios han venido apoyando la eficacia de este tipo de atención basada en un modelo colaborativo entre ambos niveles, como por ejemplo los desarrollados por Hendrik et al. (2003) y por Kates, Crustolo, Nikolau, Craven & Farrar (1997).

Este modelo de trabajo ha sido analizado por Devis et al. (2008). Para la valoración de cómo estos modelos colaborativos funcionan, se han ido desarrollando estudios donde se ha tenido en cuenta la percepción de los propios médicos de atención primaria sobre el funcionamiento de este modelo, valorando tanto la calidad de la comunicación entre ambos niveles como las necesidades formativas de estos (Latorre, López-Torres, Montañés & Parra, 2005; Hodges, Inch & Silver, 2001; Phongsavan, Ward, Oldenburg & Gordon, 1995; Kroenke, Taylor-Vaisey, Dietrich & Oxman, 2000). En otros estudios se ha analizado las actitudes del personal de atención primaria hacia los temas relacionados con la salud mental (Arrillaga Arizaga, Sarasqueta Eizaguirre, Ruiz Feliu & Sánchez Etxeberría, 2004). El hecho de focalizar los estudios en estos aspectos es que se considera tanto la actitud del médico de atención primaria por un lado como la autopercepción de conocimientos en esta materia por otro, una parte importante de los factores que influyen en el reconocimiento de la enfermedad mental por el médico de atención primaria y en su propia relación con los servicios de Salud Mental (Perca, 1997). Es algo bastante compartido el hecho de que la existencia de estas actitudes sobre las enfermedades psiquiátricas y la salud mental en general por parte de los profesionales de la salud favorecen el estigma en estos pacientes y el estigma se puede considerar como el mayor obstáculo para mejorar la calidad de vida en las personas con trastornos mentales (Sartorius, 2002). Lo que aún no está reflejado es si estas actitudes por parte del profesional favorecen un determinado patrón de uso de servicios sanitarios de los pacientes y si esto es así, en qué forma afectarían a este patrón. Aunque sí existen datos como los aportados por los estudios de Hendrick et al. (2003) y Kates et al. (1997) que señalan que establecer estos modelos de trabajo colaborativo sí modificarían las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la

enfermedad mental. También la realización de sesiones antiestigma en los médicos de familia mejorarían las actitudes de estos hacia los pacientes con esquizofrenia (Üçok et al., 2006).

Estudios sobre las actitudes del personal sanitario sobre el enfermo mental se han publicado de forma frecuente en los últimos años. Por ello sabemos que las actitudes de los profesionales de la salud no son solo el producto del aprendizaje clínico y de la experiencia clínica acumulada sino también de las normas culturales del medio donde tiene lugar la atención (Patel, 2004). Hori, Richards, Kawamoto y Kunugi (2011), al comparar las actitudes de determinados grupos de profesionales con las actitudes de la población general hacia la esquizofrenia en concreto, sí encuentran que las actitudes de los psiquiatras serían las menos estigmatizantes mientras que las de los médicos de otras especialidades tendrían un nivel de estigmatización similar a los de la población en general. Estos estudios se han realizado también en otros medios culturales y a nivel de médicos de atención primaria y en ellos se ha podido también constatar que la estigmatización del paciente con esquizofrenia es mayor que la del paciente con depresión por parte de los médicos de atención primaria, además de objetivarse algunas características demográficas de los médicos que podrían favorecer las actitudes negativas hacia estos pacientes y que entre otras serían el mayor tiempo de práctica clínica y el género femenino (Pong Lam, Fai Lam, Wing Wo Lam & Shuen Ku, 2013).

Volviendo a los estudios sobre el tipo de modelo de trabajo colaborativo, éstos se han llevado también a cabo en concreto en pacientes con trastorno mental grave, y en estos casos se ha objetivado una serie de problemas fundamentalmente comunicacionales entre ambos niveles que en determinadas circunstancias podrían limitar la continuidad de cuidados entre los dos niveles de atención, evidenciándose la dificultad existente a veces de los médicos de atención primaria para ejercer una adecuada atención a este grupo de pacientes. Este hecho se viene recogiendo ya desde hace años (Bindman, Johnson, Wright, Szmukler, Bebbington, Kuipers & Thornicroft, 1997).

### 3.2.4 Variables del profesional y de la organización sanitaria

En el siguiente apartado se presentan los principales estudios que analizan las variables del profesional relacionadas con la prestación de servicios sanitarios en los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Se han agrupado con aquellos que analizan las variables de la organización. Esto es debido a que frecuentemente los estudios tienden a analizar estos tipos de variables de forma conjunta dada la interrelación existente entre ambos niveles: profesional y organización.

Becker y Killian (2006) señalan de forma clara la necesidad de ampliar el punto de mira de los estudios a la hora de analizar el uso de recursos sanitarios en estos pacientes y entre las variables que apuntan como objetivo de estudio añaden las relacionadas con la organización del servicio sanitario y las dependientes del perfil del profesional que presta la atención a las ya clásicas de tipo sociodemográficas.

Según si la organización sanitaria de la atención a los pacientes con esquizofrenia se ha basado en recursos hospitalarios o ambulatorios, los estudios se han centrado en analizar las mediciones de uso de uno u otro servicio realizado por estos pacientes. Entre los estudios centrados en el análisis de los recursos de tipo hospitalario encontramos a Roick et al. (2004) que primeramente definen a los usuarios en frecuentes o infrecuentes, considerando a los primeros a aquellos que han tenido tres o más ingresos hospitalarios en un periodo igual o menor a treinta meses. En concreto estos autores consideran que el principal predictor del uso de servicios hospitalarios sería la gravedad de la patología mental. También influirían otro tipo de factores sociales, principalmente los relacionados con problemas de tipo social y otros factores sociodemográficos, como la edad joven y el género masculino. Entre las características clínicas descritas que podrían predecir un mayor uso de recursos hospitalarios, se han descrito la hiperactividad, las experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, los delirios, las interpretaciones extravagantes, los comportamientos socialmente embarazosos y el consumo de drogas (Moreno Küstner, Jiménez Estévez, Godoy García, Torres González y Pérez Costilla, 2002).

Raudino et al. (2013) comparan las características de los pacientes que usan mayoritariamente los recursos hospitalarios y los servicios de urgencias encontrando un perfil similar en ambos y a su vez distinto de los pacientes que usan otro tipo de recursos sanitarios de tipo más ambulatorio.

Salvador-Carulla et al. (2005) comparan los patrones de uso de servicios en Salud Mental en Italia y en España. Entre los factores que analizan están los sociodemográficos de los pacientes. Como hallazgo significativo y en contra de lo reportado en otros estudios del norte de Europa, Peen y Decker (2001) no encuentran relación entre los factores relacionados con la privación social y el uso de recursos hospitalarios. Esto al contrario que en otros países del norte, podría indicar una pérdida de equidad a la hora de acceder a los recursos, aunque también postulan que este hecho podría motivarse por la influencia de otras variables demográficas y culturales que modificasen la relación entre la pobreza y el desempleo con el uso de recursos de Salud Mental. Consideran que a pesar de la influencia de estos factores, los mayores niveles de soporte familiar, contrarrestarían el hecho de que este tipo de pacientes tuviera una mayor dificultad para acceder a los servicios sanitarios. Pero por otra parte existen autores que han considerado que muchas de las diferencias que se encuentran en el uso de servicios sanitarios de los pacientes con esquizofrenia pertenecientes a países distintos se podrían deber a los problemas que presentan ciertos sistemas sanitarios a la hora de garantizar el tratamiento de estos pacientes y no a diferencias culturales como a veces se sugiere. Estos aspectos serían por tanto susceptibles de mejora y no deberían ser encubiertos aduciendo las diferencias culturales o sociodemográficas de las zonas analizadas (Nordentoft, 2002).

No obstante, estas diferencias entre países de distintos ámbitos culturales no son replicadas en otros estudios. Por ejemplo, Moreno-Küstner et al. (2011), en un estudio realizado en la provincia de Málaga, sí describe como factores de riesgo para un mayor uso de servicios algunos de los factores reportados para el norte de Europa: desempleo, bajo nivel educativo y economía basada en ayudas sociales. Es probable que esto también se deba a que la variable analizada fue el uso de recursos ambulatorios y no de tipo hospitalario. Estos datos apuntarían a favor de lo ya señalado en estudios previos por este grupo de trabajo, en el sentido de que quizá fuesen las variables sociodemográficas las que tuviesen un mayor peso a la hora de predecir el uso de recursos sanitarios de estos pacientes a nivel ambulatorio mientras que a nivel

hospitalario tendrían más peso las variables clínicas relacionadas con la gravedad del proceso (Moreno et al., 2007)

Otros estudios comienzan a analizar también el papel del médico de atención primaria en la asistencia al paciente con un trastorno mental grave. Oud, Schuling, Slooff y Meyboom-de Jong (2007) consideran que el cuidado que los médicos de atención primaria dan a sus pacientes con trastornos psicóticos está relacionado tanto con las propias características del médico de atención primaria como con la calidad de la colaboración local con los servicios de Salud Mental.

Fleury et al. (2010) utilizando también el modelo propuesto por Andersen, definieron a los usuarios frequentadores en relación con el profesional que prestaba la asistencia, ya que hipotetizan en su estudio que los factores predictores del uso de servicios son distintos según el tipo de profesional que presta la asistencia. Para estos autores los usuarios frecuentes serían aquellos que consultaran a su médico de familia o psiquiatra más de una vez cada seis meses y al gestor de casos más de una vez cada dos semanas. Estas líneas divisorias fueron establecidas siguiendo la mediana de los niveles de frecuentación de cada servicio. Establecen diferencias según el profesional que preste la asistencia: psiquiatra, médico general o gestor de casos, encontrando que los usuarios frecuentes serían en principio tratados de forma mayoritaria por el psiquiatra. En cambio, los pacientes con trastorno mental grave seguidos por el médico de familia serían en general de mayor edad, de género femenino, con un nivel educativo mayor y que convivían con su pareja.

Carr et al. (2003) habían estudiado también en Australia el uso de servicios de los pacientes psicóticos, incluyendo los servicios ambulatorios, hospitalarios y también las visitas a Atención Primaria. Aunque concuerdan con los estudios previos en los factores asociados al uso de algunos servicios a nivel particular, como sería la edad joven, el mayor nivel sintomatológico y los intentos de suicidio, no son capaces de relacionar estos con la extensión del uso de los servicios. Lo que sí describen es un determinado perfil más asociado al uso de los recursos de Atención Primaria: el género femenino, una mayor edad y una red de soporte social mayor.

Otros trabajos han puesto el énfasis en el hecho de que un gran porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves no hagan uso de ningún tipo de recursos, como los hallazgos encontrados por Andrews, Henderson y Hall (2001). Estos autores

encontraron que las cifras de pacientes que no hacen uso de ningún tipo de recurso sanitario sobrepasaban el 40% del total de pacientes que presentan algún tipo de discapacidad moderada o severa secundaria a un trastorno mental. Consideran que es probable que al tratarse de un sistema de salud híbrido público-privado pero que provee en general una asistencia gratuita para la salud mental (el estudio se llevó a cabo en Australia) las barreras económicas serían mínimas por lo que piensan que es posible que existan otro tipo de barreras relacionadas con la pobre detección de estos pacientes por los médicos de atención primaria, probablemente debida a problemas en la competencia de los facultativos en el diagnóstico y manejo de estos pacientes. Al analizar esto de forma más detallada, y en concreto las variables más dependientes del paciente, hallaron que algunas variables de tipo social, actitudinal y diagnósticas también influían en este hecho (Andrews, Issakidis & Carter, 2001). Vázquez-Barquero et al. (1997) también consideró como primordial el diagnóstico de salud mental por parte de los médicos de atención primaria en el posterior uso de recursos de estos pacientes.

## **PARTE II: MARCO EMPÍRICO**



# 1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN



La reforma psiquiátrica en España comienza a desarrollarse en 1985. El proceso comienza con el informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. A raíz de este inicio, casi todas las comunidades autónomas fueron integrando en una red coordinada todos los recursos de atención mental de financiación pública que antes permanecían dispersos entre las Diputaciones, los Ayuntamientos y, en ciertos casos, las órdenes religiosas. Este proceso reformista y a pesar de las diferencias entre las distintas autonomías de nuestro país, implicó cambios en todo el sistema de recursos de Salud Mental, conllevando estos cambios el avance en los estudios sobre el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, así como la investigación sobre la evaluación de dichos servicios.

El uso de los servicios sanitarios de estos pacientes se ha ido modificando conforme la reforma psiquiátrica fue desarrollándose, ya que si en un primer momento lo principal era lo relacionado con la hospitalización (ingresos y altas de los antiguos hospitales psiquiátricos), actualmente la atención comunitaria ha ido desarrollándose tanto a nivel de los servicios especializados de Salud Mental a nivel comunitario como la atención que se presta a los pacientes con esquizofrenia por parte del nivel de Atención Primaria y de los servicios de urgencias y emergencias.

Además de las consideraciones sobre el cambio en el uso de servicios también se ha ido modificando las características de los pacientes atendidos. Por ello ha sido necesario disponer de información de los distintos grupos de pacientes para así poder predecir el uso de los servicios de otros pacientes con características similares y de esta forma averiguar los perfiles de utilización de recursos de los diferentes tipos de usuarios de servicios sanitarios. Para ello inicialmente se comenzaron a valorar las características particulares de los pacientes tanto a nivel clínico como sociodemográfico como las

principales variables del uso de servicios y recursos sanitarios. El desarrollo de estas investigaciones centradas en las variables de los pacientes ha sido muy amplia, aunque ya desde hace años sabemos que dichas variables podrían explicar únicamente el 50% de la variabilidad encontrada (Orueta, 1999). Sin embargo, el resto de la variabilidad estaría en relación con otro tipo de variables, en una gran parte dependientes del profesional y de la estructura donde se presta la atención clínica, por lo menos en lo referente a la atención primaria (Hurley, Woodward & Brown, 1996). Por otro lado, estos estudios tanto en nuestro campo de trabajo (pacientes con esquizofrenia) como en nuestro medio (Andalucía/Málaga) no se han replicado en trabajos de investigación. El hecho que se sepa más de los factores relacionados con el paciente que de los relacionados con el proveedor de servicios (profesional y organización) parece poco lógico, máxime cuando muchos de los factores dependientes de los pacientes son de difícil modificación mientras los dependientes del proveedor suelen ser más fácilmente modificables (Martínez-Cañavate, 2007).

Otras limitaciones que han tenido este tipo de estudio han sido de orden metodológico. Por ejemplo la falta de adecuados sistemas de información, aspecto principalmente señalable en nuestro ámbito de trabajo, por la falta de adecuados censos poblacionales de pacientes con esquizofrenia hasta hace relativamente poco tiempo. Por ello, este trabajo es consecuencia del desarrollo de estos censos de pacientes y en concreto del proyecto de investigación que permitió realizar un censo de pacientes con esquizofrenia en nuestro medio (Estudio RESMA: Registro de casos con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines atendidos en el área de referencia del Hospital Regional Universitario de Málaga).

También las técnicas de análisis estadísticos han supuesto una limitación para el desarrollo de estas investigaciones, dado que en el estudio del uso de servicios es patente la existencia de grupos jerárquicos de variables predictoras de estos servicios que los antiguos modelos de regresión lineal no conseguían discernir, problema que hoy en día y gracias al desarrollo de los modelos de análisis multinivel se ha conseguido subsanar.

Por último el hecho de que la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental perteneciente al HRU de Málaga donde hemos desarrollado nuestro trabajo sea pionera en el desarrollo en Andalucía del modelo colaborativo de trabajo entre Atención

Primaria y Salud Mental también ha favorecido este tipo de investigación ya que a todos los factores anteriormente descritos se une el hecho de la necesidad de valorar en qué medida este modelo de trabajo asistencial repercute en el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia.

Todo este grupo de aspectos descritos hasta ahora, unido a la existencia de la línea de trabajo desarrollada en el ámbito del Grupo de Investigación GAP (CTS-945), centrada en la prevalencia y uso de servicios sanitarios de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, con varios proyectos de investigación financiados, han posibilitado este trabajo de investigación.

Estos factores serían de forma resumida la falta de estudios donde se valoren de forma conjunta los distintos tipos de variables relacionadas con el uso de servicios en nuestro medio, la existencia de un grupo de trabajo previo que desarrolló un censo adecuado de pacientes con esquizofrenia y el acceso a fuentes digitalizadas de información clínica de forma posterior, el desarrollo de técnicas de análisis estadístico que dan respuesta a estas cuestiones y el desarrollo de modelos colaborativos entre los distintos niveles de atención sanitaria para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. La conjunción de todos estos factores nos ha permitido plantearnos la necesidad de investigaciones como la nuestra para dar contestación a los interrogantes que se ciernen sobre esta cuestión y de esta forma ayudar a la clarificación y la racionalización de la atención clínica a los pacientes con esquizofrenia mediante una adecuada prestación de servicios. Esta atención sanitaria adaptada a las necesidades de los pacientes se podría realizar tras una planificación consciente de los recursos sanitarios según el uso de ellos y la posterior evaluación de los mismos.



## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



## **2.1 Hipótesis**

La hipótesis general del estudio es que existen variables del paciente, de los profesionales y de la organización que pueden influir en el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo general**

Elaborar un modelo explicativo (multinivel) de la utilización de recursos sanitarios en el área de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) del Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga (antiguo Hospital Carlos Haya) por parte de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

### **2.2.2 Objetivos intermedios**

1.- Evaluación psicométrica de un cuestionario sobre actitudes del personal facultativo de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.

2.- Análisis de los factores de los médicos de atención primaria que influyen en dichas actitudes.

### **2.2.3 Objetivos específicos**

1.-Identificar los factores de los propios pacientes con esquizofrenia y trastornos afines que influyen en la utilización de servicios sanitarios.

2.-Identificar los factores de los profesionales sanitarios (médicos de atención primaria y psiquiatras) que influyen sobre la utilización de los servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

3.-Identificar los factores de la organización de los servicios sanitarios (equipos básicos de atención primaria) que influyen en la utilización de servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO



Esta Tesis Doctoral está basada en dos estudios de investigación previos financiados por la Junta de Andalucía: “Epidemiología de la esquizofrenia y trastornos afines atendidas en el área de la UGC-SM del Hospital Carlos Haya. Estudio RESMA” (PI-338-2008) y “Atención primaria a pacientes con esquizofrenia. Estudio RESMA-AP” (CTS-05862). Se trata por tanto de un objetivo secundario a estos dos proyectos cuyos objetivos eran determinar la prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines y determinar el uso de las consultas sanitarias por parte de dicha población.

### **3.1 Diseño**

Estudio observacional, transversal.

Para el desarrollo del mismo ha sido necesario proceder a la evaluación psicométrica de un cuestionario de actitudes del personal facultativo de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.

## 3.2 **Ámbito del estudio**

### 3.2.1 **Ámbito geográfico**

Este estudio se ha desarrollado en el área cubierta por la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) del Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga (antiguo hospital Carlos Haya). Es un área sanitaria con una población de 315.159 habitantes, según el número de Tarjetas de Identificación Sanitaria (TIS) en Diciembre de 2008. Geográficamente incluye una zona delimitada sanitariamente de Málaga capital y los siguientes municipios de la provincia: Totalán, Colmenar, Casabermeja, Riogordo, Alfarnate, Alfarnatejo, Moclinejo, Rincón de la Victoria y Macharaviaya.

La zona de estudio está compuesta por un 14% de población que reside en zonas rurales, incluyendo en esta categoría a todos los municipios excepto Málaga capital. También se han identificado Zonas de Necesidades de Transformación Social (ZNTS), definidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía como aquellos espacios claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social y en los que sean apreciables significativamente problemas en las siguientes materias: vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos, elevados índices de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de desempleo, significativas deficiencias higiénico-sanitarias y fenómenos de desintegración social. En el área de estudio el 7.5% de las personas residen en Zonas de Necesidades de Transformación Social.

El área de estudio está sectorizada desde un punto de vista sanitario por 13 Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) y 2 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), las denominadas Málaga-Centro y Málaga-Norte, que han formado parte de nuestro trabajo. Seis EBAP tenían como USMC de referencia la

unidad Málaga-Centro: Alameda-Perchel, Colmenar, Limonar, El Palo, Rincón de la Victoria y Victoria. La USMC Málaga-Norte era la unidad de referencia para los otros 7 EBAP restantes: Capuchinos, Carlinda, Ciudad Jardín, Miraflores, Nueva Málaga, Palma-Palmilla y Trinidad.

El número de habitantes que cubren ambas USMC era similar, oscilando entre los 158.963 y 156.196 para la USMC Málaga-Centro y Málaga-Norte, respectivamente. En cambio, el porcentaje de población rural atendida era mayor en la USMC Málaga-Centro donde representaba el 28% de la población total mientras que en el área de la USMC Málaga-Norte ese porcentaje era del 0%. Sin embargo, en cuanto a la población residente en ZNTS, ésta representaba el 12.5% de la población atendida en la USMC Málaga-Norte y solo el 1% de la población de la USMC Málaga-Centro. Como se puede observar dichos datos conformaban perfiles poblacionales bastante diferenciados.

### 3.2.2 Ámbito de servicios sanitarios

La cartera de servicios de Salud Mental de la UGC-SM del HRU de Málaga se estructura siguiendo el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud(SAS), que organiza el modelo de atención especializada a través de una serie de dispositivos, que en concreto en la unidad de gestión clínica antes referida incluye dos Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), un Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ), dos Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) con un total de 45 camas, y una Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM) con 20 camas. Además, y en lo referente a la atención al trastorno mental grave, incluye un Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES). Todos estos servicios están compuestos por equipos multidisciplinares.

La cobertura de la atención sanitaria pública en Andalucía es casi del 99% y la puerta de entrada al sistema sanitario es el médico de atención primaria, desde donde se derivan los pacientes al resto de las especialidades del segundo nivel asistencial. En concreto, a la UGC-SM del Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga le

corresponden 13 Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), 12 del Distrito Sanitario Málaga y 1 del Distrito Sanitario Axarquía (Colmenar); estos EBAP a su vez se componen de un centro de salud, y en algunos casos, de uno o más consultorios locales o auxiliares. La segunda puerta de acceso al sistema serían los servicios de urgencias hospitalarios cuya importancia va a depender de factores a veces de tipo local y que en el ámbito que estamos describiendo serían los comprendidos por los servicios de urgencias dependientes del HRU de Málaga y los servicios de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Por último, un pequeño grupo de pacientes podrían entrar a la red mediante la derivación de servicios no sanitarios: servicios sociales, educativos, etc.

Dentro de la descripción del ámbito de servicios sanitarios hay que hacer un pequeño inciso para describir uno de los procesos asistenciales existentes en Andalucía y que repercuten en los programas de trabajo conjunto entre Atención Primaria y Salud Mental. Se trata del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad Depresión y Somatizaciones (PAI ADS). Dicho proceso asistencial opta por el trabajo conjunto entre ambos niveles para el abordaje de todas las patologías relacionadas con la ansiedad, la depresión y las somatizaciones. Dicho trabajo coordinado conlleva la presencia física conjunta de los facultativos especialistas en psiquiatría en el EBAP para la atención de estos pacientes con una cierta periodicidad. Aunque en este tipo de trabajo no se lleva a cabo una atención conjunta específica sobre los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, sí es un lugar que favorece la coordinación y la puesta en común de información sobre pacientes, por lo que dicho trabajo va a ser fundamental en la atención a los problemas de salud mental. Aranda Regulés et al. (2012) realiza una evaluación de la implantación de dicho modelo colaborativo en Andalucía y dentro del PAI ADS, y tras 9 años de trabajo, considerando que la implantación de dicho modelo asistencial colaborativo entre ambos niveles (Salud Mental y Atención Primaria) ha sido exitosa.

En concreto, en la UGC-SM del HRU de Málaga se trabaja de forma coordinada entre el nivel especializado en Salud Mental y Atención Primaria desde hace más de 20 años en la USMC Málaga-Centro, habiéndose incorporado la USMC Málaga-Norte en los últimos años a este tipo de trabajo conjunto. Es por tanto una de las áreas pioneras en el trabajo colaborativo en Andalucía.

### 3.2.3 Ámbito temporal

La información recogida para este estudio se refiere a los datos de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, entre enero y diciembre de 2008. La información sobre los médicos de atención primaria, psiquiatras y Equipos Básicos de Atención Primaria se fue recogiendo posteriormente pero con referencia al año 2008.

## 3.3 Población de estudio

### 3.3.1 Pacientes

El área de la UGC-SM del HRU de Málaga, cuenta desde el año 2003, con el Registro de Casos de Esquizofrenia de Málaga: RESMA. Estaba constituido por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines (F20-F29 de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE10-) (WHO, 1993) en tratamiento en todos los dispositivos de Salud Mental del área de estudio: en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) [Base de Datos del Programa SISMA: Sistema de Información en Salud Mental del Andalucía]; además, se incluyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, a partir de la Base de Datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria) y los listados de los pacientes en tratamiento en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), el programa PISMES (Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social) y la Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM). De esos cuatro últimos servicios, ya que en 2008 eran de cobertura provincial, solamente se incluyeron a aquellos pacientes cuyo lugar de residencia habitual era el área de referencia de la UGC-SM del HRU de Málaga (en la actualidad excepto la USMIJ, el resto siguen siendo dispositivos uniprovinciales). Para generar

este registro RESMA, las bases de datos y listados se cruzaban y se centralizaron en una única base de datos, se eliminaron los pacientes duplicados, manteniendo un registro único por cada paciente en el que se uniría su información sociodemográfica y de uso de servicios.

La prevalencia de esquizofrenia y trastornos afines, a partir de este censo, se había mantenido estable año tras año, alrededor de 4,5 por 1000 habitantes, cifra que parecía algo baja. De esta apreciación surge la necesidad de realizar un estudio más preciso para determinar la prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines en el área antes mencionada. A partir de aquí se desarrolla el proyecto “Epidemiología de la esquizofrenia atendida en el área de la unidad de gestión clínica de psiquiatría del Hospital Regional Universitario de Málaga- Proyecto RESMA-AP”.

En el procedimiento completo de revisión para la inclusión de los pacientes en dicho estudio se obtuvo información de las bases de datos clínicas de 22 servicios sanitarios públicos: 7 dispositivos de Salud Mental del área, 13 centros de Atención Primaria, un servicio de urgencias hospitalarias y un dispositivo de cuidados críticos y de urgencias; a nivel privado, un hospital privado concertado y 4 consultas de psiquiatras privados. También se consultó a los profesionales de salud mental y a los médicos de atención primaria como informantes clave.

Durante dicho estudio se identificaron todos los pacientes en contacto con los servicios sanitarios del área de la UGC-SM del HRU y que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Edad mayor de 14 años
- Diagnóstico clínico de esquizofrenia y trastornos afines según la CIE 10 (F 20: Esquizofrenia, F21: Trastorno Esquizotípico, F22: Trastornos Delirantes, F23: Trastorno Psicótico Breve, F24: Trastorno psicótico Compartido, F25: Trastorno Esquizoafectivo, F28: Otros Trastornos Psicóticos no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocidas y F29: Psicosis No Especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocidas)
- En contacto con algún servicio sanitario del área de cobertura de la UGC-SM del HRU de Málaga

La población elegible estaba formada por 1775 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines, mayores de 14 años. Se excluyeron, para este estudio un total de 332 pacientes por los siguientes motivos: residencia fuera del área de estudio (n=220), residencia en un hospital psiquiátrico (n=56), fallecidos durante el periodo de estudio (n= 32), en tratamiento privado (n=16) e ingresado en prisión (n= 1).

Por lo tanto, la muestra final para este estudio fue de 1443 pacientes. Los motivos de exclusión están reflejados en la tabla 1.

**Tabla1: Distribución de los pacientes según motivos de exclusión**

	Frecuencia	Porcentaje
Incluidos	1443	81.3
Excluidos		
Motivos exclusión	332	18.7
Exitus	23	1.3
Hospital Psiquiátrico	56	3.2
Prisión	1	0.1
Asistencia Privada	16	0.9
Residencia fuera de área HRU	236	13.2
Total	1775	100.0

Para realizar el análisis de las visitas al médico de atención primaria, se utilizó la muestra del estudio “Atención Primaria a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines” ya que en este trabajo se recogieron los contactos con los médicos de Atención Primaria. La selección de la muestra para dicho estudio se realizó mediante un muestreo aleatorio simple de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines residentes en el en el área de la UGC-SM del HRU de Málaga (del estudio RESMA). Se seleccionaron 528 pacientes, de los que posteriormente se excluyeron 34 casos porque no tenían historia clínica en Atención Primaria, por lo que la muestra final para esta parte del estudio fue de 494 pacientes.

### **3.3.2 Médicos de Atención Primaria**

La población diana para la adaptación del cuestionario de actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental estaba formada por 188 médicos de atención primaria, ya que se trataba de los médicos de familia pertenecientes a los 13 EBAP del Distrito Sanitario Málaga que forman parte del área de referencia del HRU de Málaga y por tanto a la UGC-SM de dicho hospital. Este Distrito Sanitario es único a nivel provincial y los distintos EBAP que forman parte de él pertenecen a las distintas áreas hospitalarias que conforman la provincia de Málaga.

De los 188 médicos objetivo del cuestionario, 145 contestaron a él y formaron parte por tanto del proceso de evaluación psicométrica del cuestionario de actitudes de los médicos de atención primaria hacía el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental (ver apartado 4.2 del capítulo de Resultados). Dicho número supuso una tasa de respuesta del 77%.

Sin embargo, para el estudio de las variables de los médicos de atención primaria que intervienen en el uso de servicios de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines solo se tuvieron en cuenta los 102 médicos de atención primaria que tenían en su cupo al menos a un paciente que formara parte del estudio. Estos 102 médicos pertenecían por tanto todos al grupo de 145 médicos de atención primaria que habían contestado al cuestionario sobre actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental.

### **3.3.3 Psiquiatras**

La población de los profesionales de salud mental entrevistada estuvo formada por los 23 psiquiatras que trabajaban en las dos Unidades de Salud Mental Comunitaria

que pertenecían a la UGC-SM del HRU de Málaga, siendo la tasa de respuesta del 100% de los profesionales.

## **3.4 Fuentes de información**

### **3.4.1 Bases de datos informatizadas del sistema sanitario**

La información sociodemográfica y clínica de los pacientes se recogió a partir de las bases de datos digitalizadas de las historias clínicas, gestionadas por el programa Diraya. El programa Diraya es la aplicación informática de la Historia Digital de Salud del Ciudadano del Sistema Andaluz de Salud. Es una historia de salud única que integra toda la información sanitaria de cada usuario para que esté disponible donde y cuando se precise para la atención del usuario, y para mejorar la accesibilidad a los servicios y las prestaciones sanitarias. Integra toda la información de salud de cada ciudadano y sirve también para la gestión del sistema sanitario. En aquellos casos en los que se desconocía la información demográfica de los pacientes se consultó la Base de Datos de Usuario del Servicio Andaluz de Salud (BDU).

La información sobre el uso de servicios sanitarios se ha recabado también a partir de bases de datos clínicas de los diferentes dispositivos asistenciales a los que acudió el paciente durante el periodo de estudio.

### **3.4.2 Base de datos RESMA**

La base de datos RESMA, que es en la que se ha basado este estudio, se ha creado a partir de las anteriores bases de datos informatizadas, las cuáles han sido depuradas, revisadas y completadas mediante la consulta a los profesionales de referencia de los pacientes. También se ha actualizado y revisado los diagnósticos

clínicos de los pacientes, así como el nivel de gravedad de cada uno de ellos, mediante entrevista directa a los profesionales y consulta a la historia clínica.

### 3.4.3 Cuestionario a los médicos de atención primaria (Anexo 1)

Como se ha comentado anteriormente, los médicos a estudiar fueron los facultativos de atención primaria pertenecientes a los 13 EBAP incluidos en el área de la UGC-SM del HRU de Málaga con pacientes adscritos a su cupo que formaban parte del estudio. Se recogieron las variables de los médicos mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo que constaba de dos partes. La primera sección de 14 ítems recaba los datos sociodemográficos y laborales. En la segunda sección se respondía a una encuesta sobre actitudes y conocimientos sobre la enfermedad mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. Se utilizó una versión adaptada del cuestionario elaborado por Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz y Sánchez (2004). La versión adaptada del cuestionario constaba de 25 ítems, que se puntúan con una escala de respuesta tipo Likert de 3 opciones (desacuerdo=1, indiferente=2 y de acuerdo=3) y que se compone de las siguientes dimensiones:

1. Relación: La valoración de la relación del médico de atención primaria con la Unidad de Salud Mental Comunitaria.
2. Creencias: Las creencias y existencia de estigmas sobre la enfermedad mental.
3. Formación: La percepción del médico de atención primaria sobre su formación en salud mental, esquizofrenia y trastornos afines.

La descripción detallada de todo el proceso de evaluación psicométrica de dicho cuestionario, viene en el apartado 4.2.2 de **Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario** perteneciente al capítulo de **Resultados**.

### 3.4.4 Encuesta a los psiquiatras (Anexo 2)

La información de los psiquiatras se obtuvo mediante una encuesta autoadministrada donde se recogieron las variables de los psiquiatras del área de la UGC-SM del HRU de Málaga que tenían pacientes en el estudio.

Los ítems de dicha encuesta vienen recogidos en la tabla 2. Entre ellos se analizaba la participación activa del facultativo especialista de Psiquiatría en la atención coordinada con Atención Primaria dentro del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI ADS).

**Tabla 2: Ítems de la encuesta a los psiquiatras**

Año de nacimiento
Género
Año de inicio en la plaza actual
USMC de referencia
Formación vía MIR
Participación activa en la coordinación con Atención Primaria dentro del PAI ADS

### 3.4.5 Cuestionario al director del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) (Anexo 3)

Con este cuestionario se recogen las variables de la organización de los EBAP.

Al igual que el anterior se trata de un cuestionario autocumplimentado de 18 ítems. Este cuestionario fue respondido por todos los directores de los 13 EBAP

pertenecientes al área de estudio. Se recogieron variables de ámbito más estructural y otras de ámbito más organizativo.

Los ítems estaban agrupados en dos grandes apartados que se adjuntan en la tabla 3 (ítems relacionados con las características físicas, administrativas y de recursos humanos del EBAP) y en la tabla 4 (ítems relacionados con la organización del EBAP respecto a la atención de los pacientes con enfermedad mental).

**Tabla 3: Ítems relacionados con las características físicas, administrativas y de recursos humanos del EBAP**

---

Población atendida por el EBAP
Actividad económica predominante en la población atendida por el EBAP
Año de apertura del EBAP
Número de médicos pertenecientes al EBAP
Número de pediatras pertenecientes al EBAP
Número de enfermeros pertenecientes al EBAP
Número de auxiliares de enfermería pertenecientes al EBAP
Número de administrativos pertenecientes al EBAP
Tipo de jornada del trabajador social perteneciente al EBAP

---

**Tabla 4: Ítems relacionados con la organización del EBAP respecto a la atención de los pacientes con enfermedad mental**

---

Valoración del papel activo del médico de atención primaria en la atención a los pacientes con enfermedad mental

Existencia de visitas de carácter asistencial por parte de miembros del equipo de Salud Mental en el EBAP

Frecuencia de dichas visitas

Existencia de visitas de carácter formativo por parte de miembros del equipo de Salud Mental en el EBAP

Frecuencia de dichas visitas

Valoración de la comunicación asistencial entre la USMC y los médicos de atención primaria

Valoración de la comunicación asistencial entre los enfermeros y los médicos de atención primaria

Valoración del papel activo del enfermero de atención primaria en la atención a los pacientes con enfermedad mental

Valoración de la comunicación asistencial entre el trabajador social y los médicos de atención primaria

Valoración del papel activo del trabajador social en la atención a los pacientes con enfermedad mental

---

## 3.5 Variables de estudio

### 3.5.1 Variable dependiente (VD)

Para cuantificar el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines se definieron las siguientes variables dependientes:

- **Número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental:** el uso de servicios sanitarios se definió según el número de contactos con la red sanitaria. Se tomaron en consideración los contactos con la red de Salud Mental (número de

contactos con las Unidades de Salud Mental Comunitaria y número de días en la UHSM) por un lado y también el número de los contactos con los servicios de urgencias (tanto hospitalarios como extrahospitalarios –DCCU-) siempre y cuando estos contactos con los servicios de urgencia fueran motivados por problemas de salud mental. Se ha utilizado como variable dependiente del modelo 1 del análisis multivariante. Es de tipo cuantitativo.

- **Número total de ingresos en Unidades de Hospitalización de Salud Mental:** se ha utilizado como variable dependiente del modelo 2 del análisis multivariante. También es de tipo cuantitativo.

- **Existencia de algún tipo de contacto con la red pública de Salud Mental:** se utilizó como variable dependiente en el modelo 3 del análisis multivariante. Tenía carácter cualitativo dicotómico según la existencia o no de algún contacto durante el año del estudio.

- **Número de contactos con el médico de atención primaria:** en este caso el motivo de asistencia no quedaba restringido solo a problemas de salud mental, si no que se tuvo en cuenta cualquier tipo de contacto con el médico de atención primaria. Es de carácter cuantitativo. Se ha utilizado como variable dependiente del modelo 4 del análisis multivariante, que se trata de un estudio piloto y de un análisis exploratorio.

### **3.5.2 Variables independientes**

Se utiliza una clasificación orientada a los objetivos secundarios del estudio y se han agrupado de la siguiente forma: variables del paciente, variables de los profesionales (médico de familia y psiquiatra) y variables de la organización sanitaria, en concreto del EBAP.

#### **3.5.2.1 Variables de los pacientes**

Las variables de los pacientes serían fundamentalmente de dos tipos, las sociodemográficas y las clínicas.

##### **Variables sociodemográficas**

Las variables sociodemográficas de los pacientes están recogidas en la tabla 5. Serían el género, la edad, el tipo de hábitat, la situación laboral, el nivel educativo, el estado civil, el tipo de convivencia, el EBAP de referencia, la USMC de referencia y la pertenencia a una zona de necesidad de transformación social (ZNTS). Todas fueron variables cualitativas excepto la edad. Se analizaron a partir de las recogidas en la base de datos RESMA.

**Tabla 5: Variables sociodemográficas de los pacientes**

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Unidad de medida/número de categorías	Fuente de datos
Género	Género	Cualitativa nominal dicotómica	Varón/Mujer	Base de datos RESMA
Edad	Edad	Cuantitativa discreta	Número de años	Base de datos RESMA
Residencia	Tipo de hábitat	Cualitativa nominal dicotómica	Rural/Urbano	Base de datos RESMA
Trabajo	Situación laboral	Cualitativa nominal	Trabajando/En paro/Estudiante/Ama de casa/Pensionista/Otros	Base de datos RESMA
Educación	Nivel educativo	Cualitativa nominal	Sin estudios /Primarios/Secundarios/ Superiores	Base de datos RESMA
Situación familiar	Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero/Casado/Pareja Divorciado/Separado/Viudo	Base de datos RESMA
	Tipo de convivencia	Cualitativa nominal	Familia origen/F. Propia/ FAISEM**/ Sin hogar/Solo	Base de datos RESMA
Área sanitaria	EBAP de referencia	Cualitativa nominal	13*	Base de datos RESMA
	USMC de referencia	Cualitativa nominal dicotómica	Norte/Centro	Base de datos RESMA
	ZNTS***	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Base de datos RESMA

\*Ver Tabla 25 \*\*Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

\*\*\*Zonas de necesidad de transformación social

### Variables clínicas

Las variables clínicas de los pacientes aparecen recogidas en la tabla 6. Se tuvo en cuenta el diagnóstico clínico y el nivel de gravedad. El diagnóstico clínico se recogió de la información existente en el programa Diraya siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE 10. Este diagnóstico está realizado por el psiquiatra de referencia del paciente

y además se procedió a la actualización del mismo para ser incluido en la base de datos RESMA.

El nivel de gravedad es un índice asignado a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines por el psiquiatra que habitualmente trata al paciente de acuerdo a la severidad sintomatológica, la evolución de la enfermedad, el ajuste social, el grado de discapacidad y la adherencia al tratamiento. Este índice se usa por los psiquiatras en el ámbito clínico con la función de incluir al paciente dentro de la categoría de Trastorno Mental Grave (TMG) y así valorar de forma más apropiada la asignación de recursos. La fiabilidad del nivel de gravedad ha sido evaluada mediante análisis de correlación intraclase para calcular la concordancia test-retest encontrándose un buen coeficiente, lo cual confirma que se trata de un índice con un buen nivel de estabilidad en el tiempo (Moreno-Küstner et al., 2011).

Este nivel tenía en principio cuatro categorías, pero dado que el nivel cuatro es muy residual, y con el fin de conseguir tres niveles operativos para su análisis estadístico, procedimos a unificar los niveles 3 y 4. Las tres categorías incluidas en este estudio son las siguientes:

-Nivel bajo (1): Pacientes con un buen ajuste sociofamiliar, autónomos o con mínima discapacidad, estables clínicamente, sin síntomas residuales importantes y con buen funcionamiento social

- Nivel medio (2): Pacientes con evolución inestable o con al menos una descompensación a lo largo del año, presencia de síntomas activos pero que no limitan su funcionamiento de forma importante o con precario soporte familiar y un grado de discapacidad moderado

- Nivel alto (3): Pacientes con síntomas que afectan de forma importante su funcionamiento, más de una descompensación al año o al menos una hospitalización, sin soporte familiar o inadecuación del mismo lo que les hace dependientes en su funcionamiento social y sin conciencia de enfermedad ni adhesión al tratamiento. Además, se incluirían en este nivel los pacientes con consumo habitual de tóxicos, sin soporte familiar o domicilio fijo, con problemas con la justicia, sin conciencia de enfermedad y con rechazo al tratamiento y al contacto con los servicios.

La información sobre el nivel de gravedad se obtuvo mediante la recogida de los síntomas clínicos de la historia clínica digital de los pacientes en Diraya, y en los casos en que esta información no aparecía recogida se procedió a entrevistar al psiquiatra referente del paciente para obtener este dato.

**Tabla 6: Variables clínicas de los pacientes**

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Unidad de medida/número de categorías	Fuente de datos
Diagnóstico Clínico	Diagnóstico CIE 10	Cualitativa nominal	5*	Diraya
Gravedad	Nivel de gravedad	Cualitativa nominal	Nivel bajo/medio/alto	Diraya Entrevista con psiquiatra referente

\*Esquizofrenia (F20), T. ideas delirantes (F22), T. psicótico agudo (F23), T. esquizoafectivo (F25), y el grupo formado por el Trastorno esquizotípico (F21), Trastorno psicótico inducido (F24), Otros trastornos psicóticos (F28) y Psicosis sin especificación (F29)

### 3.5.2.2 Variables de los profesionales

#### Variables de los médicos de atención primaria

Todas las variables de los médicos de atención primaria se han obtenido mediante un cuestionario autocumplimentado. Este cuestionario recogía variables sociodemográficas y laborales junto a un cuestionario sobre actitudes del médico de atención primaria sobre el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. Las variables vienen recogidas en la tabla 7. Como ya se ha indicado anteriormente, procedimos a utilizar el cuestionario elaborado por Arrillaga Arizaga et al. (2004) tras adaptarlo a nuestro estudio. Estos autores a su vez habían obtenidos los ítems de la encuesta de cuestionarios previos.

Se analizaron variables sociodemográficas y laborales de los médicos de familia como el género, la edad, el tiempo transcurrido desde la licenciatura, tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo, el tipo de contrato, la formación vía MIR, ser tutor acreditado, tener residente a cargo, el tiempo medio disponible por consulta, el EBAP de referencia, el tamaño del cupo y el lugar físico de la consulta. Para el análisis de la variable actitud se midieron tres dimensiones: la relación del médico de atención primaria con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (Relación), las creencias erróneas y existencia de estigmas sobre la enfermedad mental (Creencias) y la percepción del médico de atención primaria sobre su formación en salud mental, esquizofrenia y trastornos afines (Formación).

**Tabla 7: Variables de los médicos de atención primaria**

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Unidad de medida/número de categorías	Fuente de datos
Género	Género	Cualitativa nominal dicotómica	Varón/Mujer	Cuestionario
Edad	Edad	Cuantitativa discreta	Número de años	Cuestionario
Antigüedad como médico	Tiempo desde fin licenciatura	Cuantitativa discreta	Número de años	Cuestionario
Antigüedad puesto de trabajo	Tiempo antigüedad en la plaza	Cuantitativa discreta	Número de años	Cuestionario
Tipo de contrato	Tipo de contrato	Cualitativa nominal	Fijo/Interino/Sustituto/Otros	Cuestionario
Especialidad	Formación vía MIR	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario
Actividad docente	Tutor acreditado	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario
	Residente a cargo	Cualitativa nominal dicotómico	Si/No	Cuestionario
Actividad asistencial	Tiempo medio por consulta	Cuantitativa discreta	Número de minutos por consulta	Cuestionario
	EBAP de referencia	Cualitativa nominal	13*	Cuestionario
	Tamaño del cupo	Cuantitativa discreta	Número de pacientes	Cuestionario
	Lugar de consulta	Cualitativa nominal	5**	Cuestionario
Actitudes hacia la enfermedad mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental	Relación Creencias Formación	Cuantitativa	Puntuación del cuestionario	Cuestionario

\*Ver Tabla 37 \*\* Centro Base/Un consultorio/Centro Base y un consultorio/Dos consultorios/Centro Base y más de 1

### **Variables de los psiquiatras**

Todas las variables de los psiquiatras se han obtenido mediante un cuestionario autocumplimentado. Las variables están recogidas en la Tabla 8. Fueron el género, la edad, el año de inicio en el puesto de trabajo, la formación vía MIR, la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia y el trabajo coordinado con Atención Primaria en el PAI ADS.

**Tabla 8: Variables de los psiquiatras**

<b>Dimensión</b>	<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Unidad de medida/número de categorías</b>	<b>Fuente de datos</b>
Género	Género	Cualitativa nominal dicotómica	Varón/Mujer	Cuestionario
Edad	Edad	Cuantitativa discreta	Número de años	Cuestionario
Antigüedad puesto de trabajo	Año de inicio en el puesto de trabajo	Cuantitativa discreta	Número de año	Cuestionario
Especialidad	Formación vía MIR	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario
Actividad asistencial	USMC de referencia	Cualitativa nominal dicotómica	Norte/Centro	Cuestionario
	Trabajo coordinado con Atención Primaria en el PAI ADS	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario

#### **3.5.2.3 Variables de la organización sanitaria**

Todas las variables se obtuvieron de un cuestionario realizado a los directores de los distintos EBAP. Las variables aparecen recogidas en la tabla 9. Las dimensiones que se analizaron fueron los habitantes de la zona básica de salud, la actividad económica principal, la antigüedad del EBAP, el personal disponible en cada EBAP y la valoración de la asistencia a los pacientes con enfermedad mental, la relación con la USMC y la comunicación interna relacionada con la salud mental.

**Tabla 9: Variables de los EBAP**

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Unidad de medida/número de categorías	Fuente de datos
Habitantes zona básica de salud	Población atendida	Cuantitativa discreta	Número de habitantes	Cuestionario
Actividad económica principal	Tipo de actividad	Cualitativa nominal	Agricultura/Servicios	Cuestionario
Antigüedad del EBAP	Año de apertura del EBAP	Cuantitativa discreta	Número de años	Cuestionario
Personal del EBAP	Número de médicos de atención primaria	Cuantitativa discreta	Número	Cuestionario
	Número de pediatras	Cuantitativa discreta	Número	Cuestionario
	Número de enfermeros	Cuantitativa discreta	Número	Cuestionario
	Número de auxiliares de enfermería	Cuantitativa discreta	Número	Cuestionario
	Número de administrativos	Cuantitativa discreta	Número	Cuestionario
	Jornada del trabajador social en el EBAP	Cualitativa nominal dicotómica	Completa/Parcial	Cuestionario
Asistencia a los pacientes con enfermedad mental	Papel activo del médico	Cualitativa nominal	5*	Cuestionario
	Papel activo del enfermero	Cualitativa nominal	5*	Cuestionario
	Papel activo del trabajador social	Cualitativa nominal	5*	Cuestionario
Relación con la USMC	Visitas con carácter asistencial	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario
	Visitas con carácter formativo	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No	Cuestionario
	Frecuencia de las visitas asistenciales	Cuantitativa discreta	Número de reuniones	Cuestionario
	Frecuencia visitas formativas	Cuantitativa discreta	Número de reuniones	Cuestionario
	Comunicación entre la USMC y los médicos de atención primaria	Cualitativa nominal	5**	Cuestionario
Comunicación interna relacionada con la salud mental	Comunicación médico de atención primaria-enfermería	Cualitativa nominal	5**	Cuestionario
	Comunicación médico-t.social	Cualitativa nominal	5**	Cuestionario

\*Totalmente de acuerdo/De acuerdo/Ni de acuerdo ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

\*\*Muy buena/Buena/Regular/Mala/Muy mala

### 3.6 Control de calidad de la información y aspectos éticos

Antes de incluir a cada paciente en la base de datos RESMA, se identificaron los posibles casos duplicados mediante un riguroso control de calidad de los datos y se comprobó la información de cada paciente, contrastándola con las diferentes fuentes de información. Dado que las bases de datos se cumplimentan a partir de la práctica clínica diaria, son susceptibles de carecer de información de algunas variables no clínicas como la identificación de los pacientes. Con objeto de completar la información que faltaba se realizó una búsqueda activa de la información en las Unidades de Salud Mental, consultando las historias clínicas y preguntando a los profesionales responsables de los pacientes, e incluso por contacto telefónico en algunos casos con los propios pacientes. Además, se consultó la BDU (Base de Datos de Usuarios), y tras estos procedimientos de búsqueda exhaustiva de la información se mejoró notablemente el nivel de cumplimentación de las variables.

Dado que esta Tesis Doctoral se basa en dos estudios de investigación financiados ambos por la Consejería de Salud, se solicitó autorización del comité de ética para ambos estudios. Para el primero “Epidemiología de la esquizofrenia atendida en el área de la unidad de gestión clínica de psiquiatría de Carlos Haya (RESMA-AP)” esta autorización se solicitó tanto en el Distrito Sanitario Málaga (Anexo 4) como en el propio Hospital Regional Universitario de Málaga (antiguo Carlos Haya) (Anexo 5) ya que para realizar esa investigación hubo que acceder a las bases de datos dependientes de ambas estructuras sanitarias. Para el segundo trabajo de investigación, “Atención primaria a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Estudio Resma AP-servicios” dicha autorización solo se solicitó al Distrito Sanitario Málaga (Anexo 6), ya que solo se necesitó acceder a las bases de datos de dicho distrito. En todos los casos se concedió esta autorización. Además, para respetar los estándares de calidad y de ética, el personal que participó en la recogida firmó un compromiso de confidencialidad y protección de datos. La información de identificación de los pacientes se mantuvo separada de la información de tipo clínica y asistencial.

## **3.7 Análisis estadístico**

### **3.7.1 Transformación de las variables originales**

Para definir las variables dependientes de una forma operativa se procedió a realizar la transformación logarítmica de las distintas variables dependientes cuantitativas como forma de conseguir la simetría en la distribución de los datos, criterio necesario para aplicar todas las pruebas estadísticas que exigen normalidad, ya que previamente se habían explorado en cuanto al sesgo de simetría para comprobar que su valor era próximo a cero, y dado que no había sucedido eso se procedió a su transformación en las variables denominadas de potencia. Por ello finalmente quedaron así establecidas:

Modelo 1. Logaritmo del número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental.

Modelo 2. Logaritmo del número de ingresos psiquiátricos en Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

Modelo 4. Logaritmo del número de contactos con el médico de atención primaria.

### **3.7.2 Análisis descriptivo**

Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables estudiadas mediante el estudio de frecuencias. Según el tipo de variable se utilizaron las siguientes medidas:

-Para las variables cualitativas: distribución de frecuencias y porcentajes

-Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar con sus intervalos de confianza al 95% y rango).

Como medidas de distribución se calculó la asimetría y la curtosis. En los casos que hubo que valorar la bondad del ajuste se llevó a cabo mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

### **3.7.3 Evaluación psicométrica del cuestionario sobre actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Para el estudio de la validez factorial del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio. Para ello se valoró la adecuación muestral y se aplicó un test de esfericidad. Como medio de extracción y rotación se usó el método de los mínimos residuos ejecutado con la aplicación R (R Core Team, 2014) y se empleó la rotación Varimax. Esta forma de extracción es un método de aproximación a las matrices de correlación de las escalas de tipo Likert y consiste en estimar en primer lugar las correlaciones policóricas entre todos los ítems y sobre estas correlaciones es sobre las que se realiza la extracción de factores.

Con el objetivo de estudiar la fiabilidad se analizó la homogeneidad o consistencia interna del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach correspondiente, con el que se obtiene una medida de la fuerza de la relación entre todos los ítems de cada dimensión.

### **3.7.4 Análisis bivalente de las variables de los médicos de atención primaria y el cuestionario de actitudes**

Se realizó para medir la relación bruta entre los resultados del cuestionario de actitudes del médico de atención primaria (que en este caso sería la variable dependiente) y las variables independientes (cuantitativas o cualitativas) correspondientes a las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria. Se emplearon las siguientes técnicas según el tipo de variable.

- Para las variables independientes cualitativas dicotómicas se usó la t de Student con su prueba de muestras independientes correspondiente
- Para el caso de variables independientes cuantitativas se usó el coeficiente de correlación de Pearson y su correspondiente test de independencia
- Para el caso de variables independientes cualitativas politómicas se usó el análisis de la varianza (ANOVA).

### **3.7.5 Análisis multivariante**

Se realizaron cuatro modelos distintos de análisis multivariante según la definición de la variable dependiente utilizada para valorar el uso de recursos sanitarios.

El análisis se llevó a cabo ajustando modelos de regresión lineal múltiple, multinivel, de efectos fijos en los modelos 1, 2 y 4 del análisis multivariante. Para el modelo 3 del análisis multivariante se llevó a cabo un modelo de regresión logística multinivel de efectos mixtos. Se definieron tres niveles: pacientes, médicos y centros de salud. Como el objetivo era mantener el mayor número de casos posible dentro del modelo final, el procedimiento para ir incorporando las variables al análisis fue el siguiente: en primer lugar se comprobó el modelo nulo y si era significativo ( $p < .05$ ) se procedía al análisis. Se optó por incluir las variables, como factores de efectos fijos o

mixtos, de 1 en 1, con una p de entrada de 0.10 y un p de salida mayor a 0.10. Una a una se incorporaron todas las variables y se dejaron siempre dentro del modelo solo las significativas ( $p < .05$ ) o las que podían serlo ( $p < .100$ ), éstas últimas en espera de ver cómo evolucionaba su posible significación. Cuando una variable no añadía significación ( $p > .100$ ) se la ha excluido y se añadía la siguiente.

### 3.8 Soporte informático

Se utilizó el programa estadístico SPSS statistics 22 para la construcción de la base de datos, los análisis descriptivos y para el análisis bivariante. Para el análisis multivariante de los datos se han utilizado los paquetes de software estadístico STATA 12 (StataCorp., 2011) y STATA 14 (StataCorp., 2015).

Para el análisis factorial se utilizó el paquete CRAN (Revelle, 2015) pertenecientes al software R de aplicación de análisis estadísticos (R Core Team, 2014).

## 4. RESULTADOS



El siguiente capítulo ha sido estructurado en tres grandes apartados. En el primero de ello se exponen los resultados del análisis descriptivo de las distintas variables recogidas en el estudio. Este primer apartado incluye tres secciones. En la primera se describe la muestra de pacientes. En la segunda se describen las variables dependientes. Y por último, en la tercera se lleva a cabo el análisis descriptivo de las variables independientes, primero las relacionadas con los pacientes, posteriormente las variables de los profesionales, incluyendo los médicos de atención primaria y los psiquiatras y en último lugar las variables relacionadas con la organización de los EBAP.

En el segundo apartado se realiza el análisis de las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental, evaluando las propiedades psicométricas del cuestionario seleccionado sobre actitudes, aspecto que fue recogido como objetivo intermedio de esta tesis. Para ello hemos dividido este apartado también en cuatro secciones. En la primera se realiza la descripción de la población de estudio (médicos de atención primaria). En la segunda sección se procede a realizar la evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario. En la tercera sección se lleva a cabo el análisis descriptivo de los datos aportados por el cuestionario, tanto de las dimensiones del mismo como de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria. Y por último, y en la cuarta sección, se realiza el análisis de los factores relacionados con las variables asociadas con las tres dimensiones medidas en el cuestionario (esta última sección corresponde al segundo punto del objetivo secundario).

Por último, en el tercer apartado se realiza el análisis de los factores asociados con la utilización de servicios sanitarios. Se estructura en cuatro modelos de análisis multivariante, según la variable dependiente seleccionada para cada uno de ellos. Se

procede a valorar la relación mediante una regresión multivariante. Los cuatro modelos que se estudian se basan en distintos aspectos del uso de servicios sanitarios. En primer lugar se valora el número total de contactos con algún tipo de recurso sanitario por problemas de salud mental, siendo éste el modelo que daría una valoración más global del uso de recursos sanitarios. El segundo modelo se centraría en el número de ingresos psiquiátricos en UHSM. El tercer modelo dicotomiza la variable dependiente según haya existido o no algún tipo de contacto con algún recurso sanitario perteneciente a la red pública de Salud Mental. Por último, el cuarto modelo, se presenta como un estudio piloto-exploratorio, en el que se analizaría únicamente el número de contactos con el médico de familia y para ello se ha utilizado una submuestra de pacientes.

## **4.1 Análisis descriptivo**

### **4.1.1 Variable dependiente (VD)**

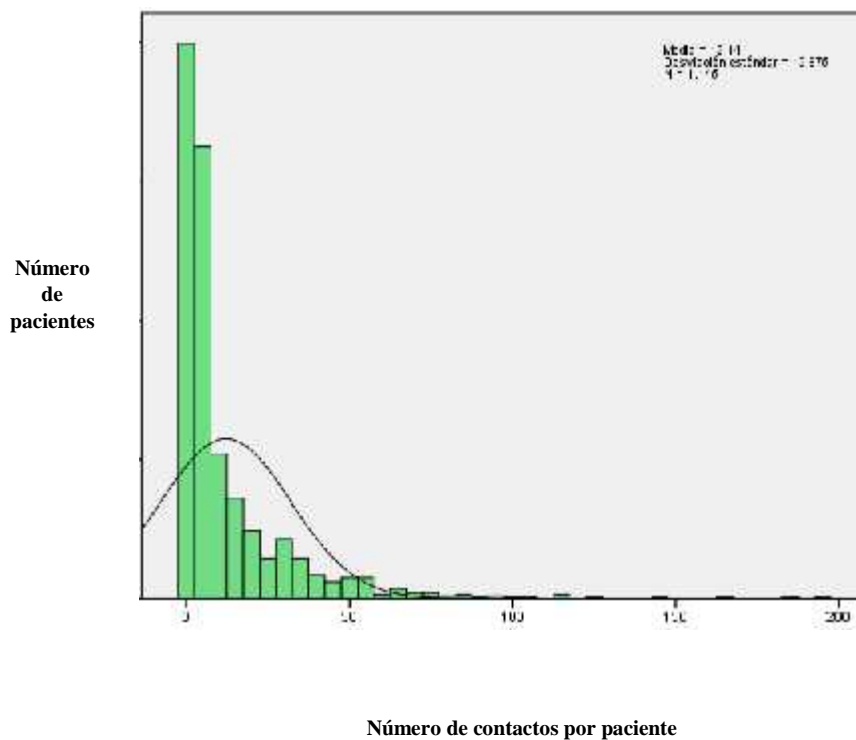
Tras los análisis estadísticos exploratorios pertinentes de las variables sobre uso de servicios, se seleccionaron cuatro variables dependientes para presentar en los distintos modelos desarrollados para el análisis multivariante.

#### **4.1.1.1 Número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental**

La información sobre el número total de contactos solo se pudo conocer en 1145 pacientes, debido a que en 298 casos no dispusimos de esta información. Esto se debió a que en estos pacientes existía la certeza de que habían sido atendidos durante el año en curso en la red pública sanitaria pero se desconocía el número de veces que habían acudido a recibir asistencia sanitaria.

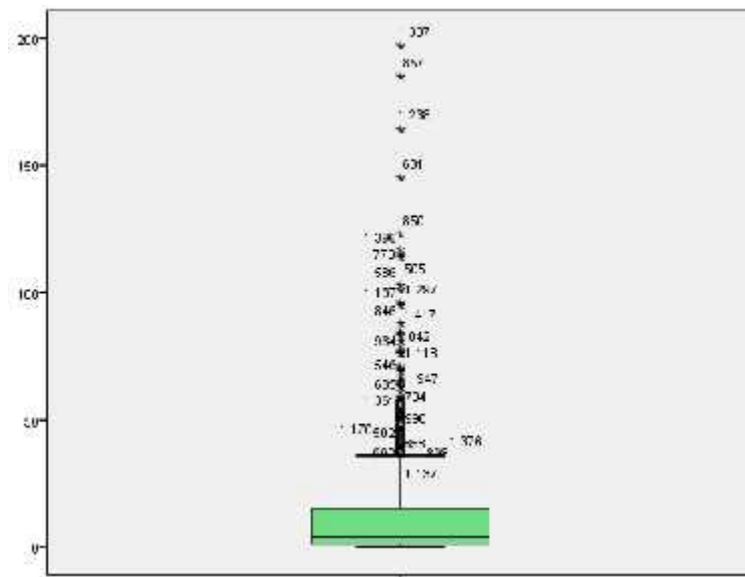
El número total de contactos sanitarios por problemas relacionados con salud mental durante el año de estudio fue de 13897. La media del número total de contactos por paciente fue de 12 al año con una desviación estándar de  $\pm 19.9$  (muy elevada con respecto al valor de la media). El rango oscilaría entre 0 y 197, con una mediana de 4. Por ello la distribución mostraría una gran asimetría hacia la izquierda (positiva) y una altura muy superior a la normal, por lo que el desvío sobre el modelo de la curva de Gauss es altamente significativo ( $p < .000$ ) (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Distribución del número de contactos por paciente**



Hay una elevada presencia de valores *outliers* de tipo *far out* (fuera de rango, muy alejados). Son los representados con un \* en el gráfico 2. El motivo es el elevado número de consultas, que contribuye a la asimetría y a que la media (12) sea bastante mayor que la mediana (4).

**Gráfico 2: Distribución de valores “outliers”**



Número de contactos por paciente

Del conjunto de casos, el 13.2% tiene 0 contactos. Un 9% tendrían más de 35 contactos, que es aproximadamente donde empezarían los casos *outliers* y un 5% más de 50 contactos, punto donde aproximadamente comienza a ser *far out*. Alrededor del 91% tiene entre 0 y 35 contactos.

A partir del número de contactos totales (índice global), clasificamos a los pacientes en tres grupos: uso infrecuente, uso medio y uso frecuente, siguiendo un punto de vista clínico (Tabla 10). El uso infrecuente englobaría a los pacientes con un número de contactos entre 0 y 4, el intermedio entre 5 y 20 y el frecuente un número mayor a 20 contactos.

**Tabla 10: Clasificación de los pacientes según el número de contactos**

	Frecuencia	Porcentaje
Infrecuente (0-4)	601	41.6
Intermedio (5-20)	322	22.3
Frecuente (>20)	222	15.4
Total	1145*	79.3

\*En 298 casos se desconoce esta información

Esta variable fue la utilizada en el desarrollo del modelo 1 del análisis multivariante. Para ello se tuvo que calcular el logaritmo de la misma. De esta forma presentaba una desviación no significativa con una p mayor de 0.01 con lo cual sí se ajustaba al modelo normal. Los datos del análisis de la variable aparecen reflejados en la tabla 11.

**Tabla 11: Análisis descriptivo del logaritmo del número total de contactos sanitarios**

Número válido		1145
Media		0.773
IC 95%: límite inferior		0.742
IC 95%: límite superior		0.805
Error típico de la media		0.016
Mediana		0.699
Mínimo		0.000
Máximo		2.297
Desviación estándar		0.548
Varianza		0.300
Forma:	Asimetría	0.267
	Curtosis	-0.399
	Test K-S (P-valor)*	.096

\*Prueba de Kolmogórov-Smirnov

#### 4.1.1.2 Número de ingresos en UHSM

Si tenemos en cuenta solamente a los pacientes que han tenido algún ingreso en la UHSM, el número total de pacientes fue de 96. La media del nº de ingresos fue de 1.4 con una desviación estándar (d.e.) de  $\pm 0.82$  en un rango 1 – 5 con mediana de 1. De nuevo, presentaba una clara asimetría; la concentración de casos con 1 solo ingreso provoca que todos los demás fueran *outliers*.

Por ello se usó la transformación logarítmica de esta variable para el desarrollo del modelo 2 del análisis multivariante. Presentaba un desvío significativo pero leve con una p menor de 0.5 del modelo de la distribución normal de Gauss. Los datos del análisis de la variable aparecen reflejados en la tabla 12.

**Tabla 12: Análisis descriptivo del logaritmo del número de ingresos**

Número válido		96
Media		0.387
IC 95%: límite inferior		0.331
IC 95%: límite superior		0.442
Error típico de la media		0.027
Mediana		0.301
Mínimo		0.301
Máximo		0.699
Desviación estándar		0.126
Varianza		0.189
Forma:	Asimetría	0.267
	Curtosis	0.264
	Test K-S (P-valor)*	.010

\*Prueba de Kolmogórov-Smirnov

#### 4.1.1.3 Existencia de algún tipo de contacto con la red pública de Salud Mental

Con esta variable hemos analizado la existencia o no de algún tipo de contacto con la red pública de Salud Mental. El 87 % había tenido algún tipo de contacto con los servicios de la red pública de Salud Mental (Tabla 13). Se adjunta también el valor de la varianza ( $S^2 = p*q$ ).

**Tabla 13: *Uso de servicios de la red pública de Salud Mental***

	Frecuencia	Porcentaje
No	187	13.0
Si	1256	87.0
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.87 * 0.13 = 0.105$$

A continuación se presentan los dispositivos donde habían tenido contacto los pacientes: Unidad de Hospitalización de Salud Mental (Tabla 14), Unidad de Salud Mental Comunitaria (Tabla 15), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (Tabla 16), Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Salud Mental (Tabla 17), Comunidad Terapéutica (Tabla 18) y Programa PISMES (Tabla 19).

Como se puede observar en las tablas, el 6.7% de los pacientes habían tenido algún ingreso en la UHSM y cerca del 5% había acudido a la URSM. Solamente dos casos habían estado en tratamiento en la USMIJ, 4 en la CT y 7 casos habían sido atendidos en el programa PISMES, mientras que la gran mayoría, el 81.4%, estaban en seguimiento en las USMC.

**Tabla 14: Asistencia en Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)**

	Frecuencia	Porcentaje
No	1347	93.3
Si	96	6.7
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.933 * 0.067 = 0.063$$

**Tabla 15: Asistencia en Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)**

	Frecuencia	Porcentaje
No	268	18.6
Si	1175	81.4
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.814 * 0.186 = 0.151$$

**Tabla 16: Asistencia en Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM)**

	Frecuencia	Porcentaje
No	1373	95.1
Si	70	4.9
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.951 * 0.049 = 0.047$$

**Tabla 17: Asistencia en Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (USMIJ)**

	Frecuencia	Porcentaje
No	1441	99.9
Si	2	0.1
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.999 * 0.001 = 0.001$$

**Tabla 18: Asistencia en Programa PISMES**

	Frecuencia	Porcentaje
No	1436	99.5
Si	7	0.5
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.995 * 0.005 = 0.005$$

**Tabla 19: Asistencia en Comunidad Terapéutica (CTSM)**

	Frecuencia	Porcentaje
No	1439	99.7
Si	4	0.3
Total	1443	100.0

$$S^2 = 0.997 * 0.003 = 0.003$$

En la Tabla 20 se presenta la distribución de pacientes que están en contacto con los dispositivos de Salud Mental de la red pública de Salud Mental (N=1256).

**Tabla 20: Número de pacientes atendidos en los dispositivos de SM**

Dispositivos Salud Mental		Frecuencia	Porcentaje*
Dispositivos Salud Mental	UHSM	96	7.1
	URSM	70	5.2
	USMC	1175	86.8
	PISMES	7	0.5
	USMIJ	2	0.1
	CTSM	4	0.5

\*El porcentaje total es superior al 100% porque los pacientes pueden acudir a más de un dispositivo durante el año de seguimiento

Esta variable, de tipo cualitativa dicotómica, se utilizó como variable dependiente del modelo 3. El 87% de los pacientes habían tenido algún contacto durante el periodo de tiempo estudiado, mientras que el 13% no había tenido ningún contacto con los servicios sanitarios analizados. En cifras absolutas 1256 habían tenido algún tipo de contacto frente a 187 que no lo habían tenido (Tabla 13).

#### **4.1.1.4 Número de visitas al médico de atención primaria**

Este modelo se ha presentado a modo de estudio piloto-exploratorio para conocer qué variables influyen en los contactos con los médicos de atención primaria por parte de este grupo de pacientes.

El análisis de la variable dependiente número de visitas al médico de atención primaria se realizó con una muestra de 494 pacientes que habían sido seleccionados a partir del estudio “Atención Primaria en pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Estudio RESMA-AP”. El número total de contactos con los médicos de atención primaria de estos 494 pacientes fue de 2780, lo que daba una media de unas 5.63 visitas al año al médico de atención primaria.

La transformación logarítmica de esta variable fue la utilizada en el desarrollo del modelo 4 del análisis multivariante. Presentaba un desvío no significativo ajustándose por tanto al modelo de la distribución normal. Los datos del análisis de la variable aparecen reflejados en la tabla 21.

**Tabla 21: Análisis descriptivo del logaritmo del número de visitas al médico de atención primaria**

Número válido	494
Media	0.679
IC 95%: límite inferior	0.673
IC 95%: límite superior	0.720
Error típico de la media	0.021
Mediana	0.699
Mínimo	0.000
Máximo	1.813
Desviación estándar	0.395
Varianza	0.156
Forma: Asimetría	-0.084
Curtosis	-0.569
Test K-S (P-valor)*	.53

\*Prueba de Kolmogórov-Smirnov

Para resumir las variables dependientes, en la tabla 22 aparecen cada una de las variables, el modelo de regresión en el que se han analizado y el número de pacientes incluido en cada uno (Anexo 7).

**Tabla 22: Modelos, variables dependientes y n° de pacientes**

Modelos	Variable dependiente	N° casos
1	N° de contactos sanitarios por problemas de salud mental	1145
2	N° ingresos en UHSM	96
3	Contacto con red pública Salud Mental	1256
4	N° contactos con médico de familia	494

## 4.1.2 Variables independientes

### 4.1.2.1 Variables de los pacientes

La muestra inicial de los pacientes incluidos en este estudio es de 1443. Sin embargo, para cada uno de los modelos, el número de casos varía por diferentes motivos. En el Anexo 7 (Diagrama de flujo de la muestra de pacientes) aparece la muestra para cada uno de los 4 modelos. En el modelo 1, se analizan aquellos pacientes de los que se conoce el número de contactos con los servicios sanitarios (N=1145), en el modelo 2, solamente aquellos pacientes que han tenido ingresos en la UHSM (N=96), en el modelo 3, aquellos pacientes en contacto con los servicios de Salud Mental de la red pública (N=1256) y por último, en el modelo 4, se ha seleccionado una submuestra de pacientes, de los que disponemos información sobre sus contactos con los médicos de atención primaria (N=494).

### Variables Clínicas

#### *Diagnóstico clínico*

Se utilizó la codificación diagnóstica de la CIE 10, siendo el código más frecuente (62.4%) la Esquizofrenia (F20) seguido muy de lejos por el Trastorno de Ideas Delirantes (F22) con un 16.4% (Tabla 23).

**Tabla 23: Distribución de los pacientes según diagnóstico CIE 10**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia (F20)	901	62.4
F21,F24,F28,F29*	76	5.3
T. ideas delirantes (F22)	236	16.4
T. psicótico agudo (F23)	137	9.5
T. esquizoafectivo (F25)	93	6.4
Total	1443	100.0

\*T. esquizotípico, T. psicótico inducido, Otros T. psicóticos y Psicosis sin especificación

### ***Nivel de Gravedad***

El nivel de gravedad de los pacientes incluidos en el estudio se ha evaluado en 1025 casos, lo que representaba un 71% de la muestra. Entre ellos, los niveles 1 y 2 tienen una frecuencia similar (entre el 40 y 43%), mientras que el nivel 3 presenta una tasa del 16.9% (Tabla 24).

**Tabla 24: Distribución de los pacientes según nivel de gravedad**

Nivel de Gravedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo (1)	413	28.6	40.3
Medio (2)	439	30.4	42.8
Alto (3)	173	12.0	16.9
Total	1025*	71.0	100.0

\*En 418 casos se desconoce la información

**Variables sociodemográficas*****Equipo Básico de Atención Primaria de referencia (EBAP)***

La distribución de los pacientes entre los distintos EBAP oscila entre el 1.4% del EBAP de Colmenar y el 14.2% del EBAP Trinidad (Tabla 25).

**Tabla 25: Distribución de los pacientes por EBAP de referencia**

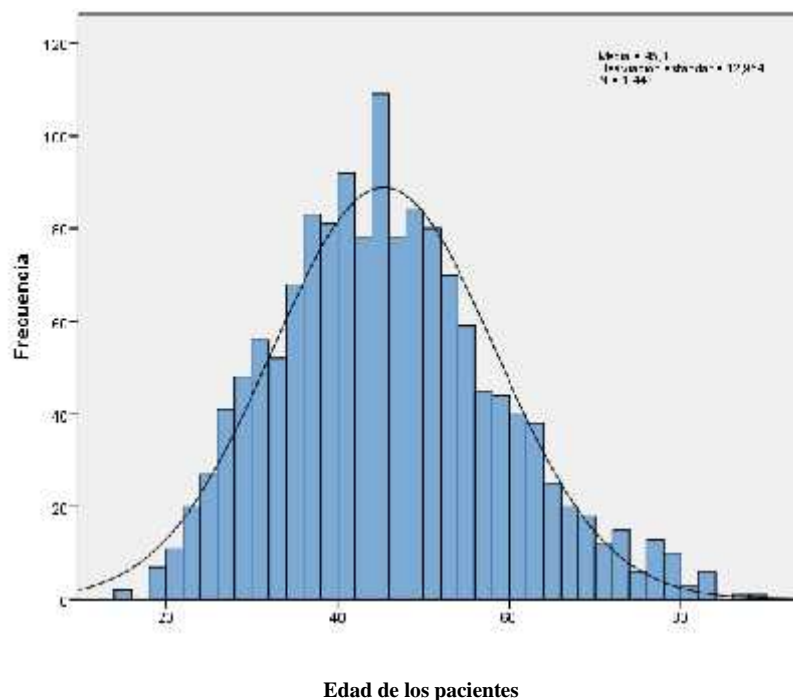
EBAP	Frecuencia	Porcentaje
Trinidad	205	14.2
Nueva Málaga	85	5.9
Miraflores	105	7.3
Palma-Palmilla	121	8.4
Ciudad Jardín	146	10.1
Capuchinos	78	5.4
Alameda-Perchel	130	9.0
Victoria	123	8.5
Limonar	94	6.5
El Palo	180	12.5
Rincón de la Victoria	125	8.7
Colmenar	20	1.4
Carlinda	31	2.1
Total	1443	100.0

***Edad de los pacientes***

La edad media de los pacientes es de 45.4 años con una desviación estándar de  $\pm 13$  años. El rango oscila entre 15 y 88 con una mediana de 45. La distribución es

semejante a la de una campana normal, con una muy ligera asimetría positiva (valores bajos) (Gráfico 3). El test KS de bondad de ajuste revela una desviación significativa del modelo normal ( $p < .001$ ) muy vinculada al gran tamaño de la muestra que detecta como significativas pequeñas desviaciones. A la vista del gráfico y los descriptivos (Asimetría [As]=.405 y Curtosis [K]= -0.062) se puede considerar como prácticamente normal.

**Gráfico 3: Edad de los pacientes**



Si se agrupan a los pacientes por grupos etarios, los dos grupos de los extremos contendrían a menos del 14% de los pacientes cada uno y sobre un 38% los dos grupos centrales (Tabla 26).

**Tabla 26: Distribución de los pacientes por grupos etarios**

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
15-29	156	10.8
30-44	559	38.7
45-60	539	37.4
>60	189	13.1
Total	1443	100.0

### ***Género***

Respecto a la muestra de pacientes, existe una clara mayoría de varones (64%) frente a mujeres (Tabla 27).

**Tabla 27: Distribución de los pacientes por género**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	522	36.2
Varón	921	63.8
Total	1443	100.0

### ***Situación laboral***

Respecto a la situación laboral de los pacientes, la presencia de pensionistas (un 38%) es alta en relación al pequeño porcentaje de personas mayores de 65 años (solo

7.3%) que hay en la muestra. Solo un 16.3% tiene una situación laboral activa (Tabla 28).

**Tabla 28: Distribución de los pacientes según su situación laboral**

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando	235	16.3
Paro	212	14.7
Estudiantes	132	9.1
Ama de casa	91	6.3
Pensionistas	553	38.3
Otros: ILT*	220	15.2
Total	1443	100.0

\*Incapacidad laboral transitoria

### *Nivel educativo*

En relación al nivel educativo de los pacientes, los valores oscilan entre un 10.4% con estudios superiores y el 48.5 con estudios primarios, alcanzando el grupo sin estudios el 19% (Tabla 29).

**Tabla 29: Distribución de los pacientes según su nivel educativo**

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	274	19.0
Estudios Primarios	700	48.5
Estudios Secundarios	319	22.1
Estudios Superiores	150	10.4
Total	1443	100.0

**Estado civil**

En cuanto al estado civil de los pacientes del estudio hay una clara mayoría de solteros (64.7%) (Tabla 30).

**Tabla 30: Distribución de los pacientes según su estado civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	934	64.7
Casado/pareja	355	24.6
Divorciado/separado/viudo	154	10.7
Total	1443	100.0

**Tipo de convivencia**

La mayor parte de los pacientes conviven en familia (77%), siendo mayoritarios los que lo hacen con sus familias de origen, otros familiares y amigos (52.9%) (Tabla 31).

**Tabla 31: Distribución de los pacientes según tipo de convivencia**

Tipo de convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Familia origen, otros familiares y amigos	764	52.9
Familia propia	348	24.1
Sólo	128	8.9
FAISEM, Albergue	175	12.1
Sin hogar	28	1.9
Total	1443	100.0

***Tipo de hábitat de residencia***

La mayoría de los pacientes viven en zonas urbanas, con un porcentaje de casi un 90% (Tabla 32) y solo en un 10.5% los pacientes residían en zonas rurales.

**Tabla 32: Distribución de los pacientes según tipo de hábitat de residencia**

Hábitat	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	1292	89.5
Rural	151	10.5
Total	1443	100.0

***Residencia en zonas con necesidades de transformación social (ZNTS)***

La mayoría (86.6%) de los pacientes no vive en zonas de necesidades de transformación social. El 13.4% de los pacientes si residían en ZNTS (Tabla 33).

**Tabla 33: Distribución de los pacientes por zona de residencia (ZNTS)**

	Frecuencia	Porcentaje
No ZNTS	1249	86.6
Si ZNTS	194	13.4
Total	1443	100.0

### ***USMC de referencia***

La distribución de los pacientes según la Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia estudiadas (Málaga-Centro y Málaga-Norte) está muy equilibrada: 50%/50% (Tabla 34).

**Tabla 34: Distribución de los pacientes según USMC de cobertura**

	Frecuencia	Porcentaje
Área cobertura Centro	722	50.0
Área cobertura Norte	721	50.0
Total	1443	100.0

#### **4.1.2.2 Variables de los profesionales**

En éste estudio de investigación se analizaron las variables de dos de los tipos de profesionales sanitarios implicados en la atención sanitaria a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines: los médicos de atención primaria y los psiquiatras de las USMC.

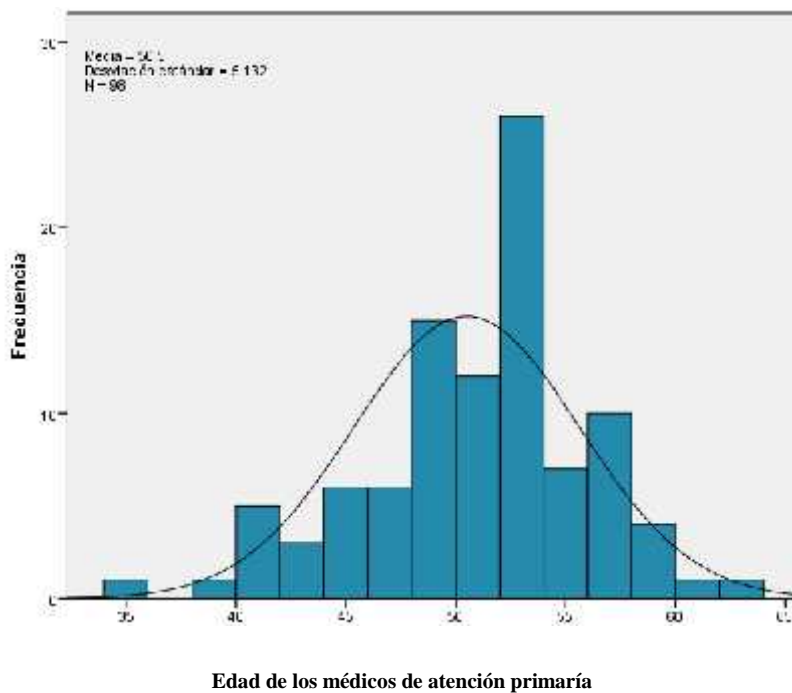
#### **Variables de los médicos de atención primaria**

A continuación se presentan la descripción de los 102 médicos de atención primaria incluidos en el estudio para analizar la asociación de dichas variables con el uso de servicios sanitarios.

**Edad**

La media de edad de los médicos de atención primaria fue 50.5 con una desviación estándar de  $\pm 5.12$  (IC 95%: 49.47 – 51.53) dentro del rango 35 – 63 y con una mediana de 51.5; los valores de asimetría y curtosis están dentro de lo normal y el test KS de bondad de ajuste confirma que la variable se ajusta al modelo normal con un desvío no significativo ( $p=.139 > .050$ ) (Gráfico 4).

**Gráfico 4: Edad de los médicos de atención primaria**



Si se dicotomiza la muestra por la mediana, se formarían dos grupos con exactamente el 48% de médicos en cada uno de ellos (Tabla 35).

**Tabla 35: Distribución por edad de los médicos de atención primaria**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 52	49	48.0
53+	49	48.0
Total	98*	96.1

\*En 4 casos se desconoce esta información

## Género

Entre los médicos de atención primaria existía un predominio de varones, con un 64.7%, mientras que las mujeres solo eran un 35.3% (Tabla 36).

**Tabla 36: Distribución por género de los médicos de atención primaria**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	36	35.3
Varón	66	64.7
Total	102	100.0

## Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) de referencia

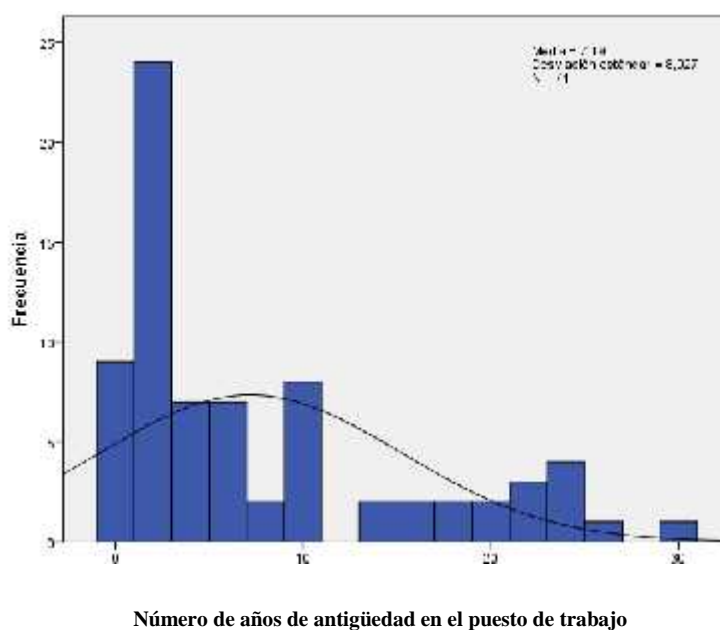
La distribución de los médicos de atención primaria según los distintos EBAP se muestra en la Tabla 37.

**Tabla 37: Distribución de los médicos por EBAP de referencia**

EBAP	Frecuencia	Porcentaje
Trinidad	7	6.9
Nueva Málaga	3	2.9
Miraflores	9	8.8
Palma-Palmilla	4	3.9
Ciudad Jardín	12	11.8
Capuchinos	4	3.9
Alameda-Perchel	9	8.8
Victoria	13	12.7
Limonar	12	11.8
El Palo	14	13.7
Rincón de la Victoria	7	6.9
Colmenar	4	3.9
Carlinda	4	3.9
Total	102	100.0

### ***Tiempo de antigüedad en la plaza***

La media de antigüedad en el puesto de trabajo de los médicos de familia es de 7.2 años con una desviación estándar de  $\pm 8.03$  (IC 95%: 5.33 – 9.05) dentro del rango 0 – 30 y con una mediana de 3 años. Presenta una clara asimetría hacia la izquierda (positiva) con predominio de médicos con pocos años en la plaza de trabajo, por lo que hay un desajuste significativo ( $p < .000$ ) con el modelo de la distribución normal (Gráfico 5).

**Gráfica 5: Distribución de los médicos de atención primaria según la antigüedad en su puesto de trabajo**

Si se divide el número de médicos de familia por la mediana, quedaría un 37.3% de casos en el grupo con menor antigüedad (Tabla 38).

**Tabla 38: Distribución según tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo de los médicos de atención primaria**

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
<= 3	38	37.3
4+	36	35.3
Total	74*	72.5

\*En 28 casos se desconocía este dato

### ***Lugar de consulta de los médicos de atención primaria***

El lugar de consulta habitual de los médicos de familia es el centro base con una marcada mayoría (90.2%) como se puede ver en la tabla 39.

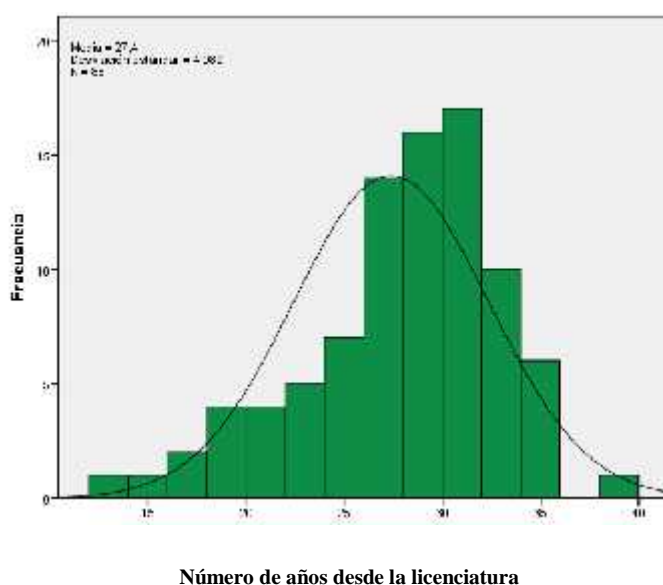
**Tabla 39: Distribución según lugar de consulta del médico de atención primaria**

Lugar de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Centro base	92	90.2
Un consultorio	4	3.9
Centro base y un consultorio	1	1.0
Dos consultorios	3	2.9
Centro base y más de un consultorio	2	2.0
Total	102	100.0

**Tiempo transcurrido desde la licenciatura**

La media de tiempo transcurrido desde que los médicos han terminado de estudiar la licenciatura es de 27.40 años con una desviación estándar de  $\pm 4.98$  (IC 95%: 26.34 – 28.45) en el rango 13 – 38 y con una mediana de 28. Existe una cierta asimetría hacia la derecha, que supone un desvío levemente significativo ( $p < .05$ ) con respecto a la distribución normal (Gráfico 6).

**Gráfico 6: Tiempo transcurrido desde la licenciatura**



Si se dividen los médicos por la mediana, como en otras variables, queda un 47.1% de casos en el que ha transcurrido un menor tiempo (Tabla 40).

**Tabla 40: Distribución según el tiempo transcurrido desde la licenciatura de los médicos de atención primaria**

Tiempo desde licenciatura	Frecuencia	Porcentaje
<= 28	48	47.1
29+	40	39.2
Total	88*	86.3

\*En 14 casos se desconoce esta información

### **Formación vía MIR**

Casi el 54% no es médico de familia vía MIR (Tabla 41), mientras que un 44% si ha accedido a la especialización mediante esta vía.

**Tabla 41: Distribución según formación vía MIR de los médicos de atención primaria**

Vía MIR	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	44.1
No	55	53.9
Total	100*	98.0

\*En 2 casos se desconoce esta información

### **Tutor acreditado**

El 64.7% de los médicos de atención primaria no eran tutor acreditado de residentes, mientras que un 35.3% sí han realizado este tipo de labor docente (Tabla 42).

**Tabla 42: Distribución de los médicos de atención primaria según papel como tutor acreditado**

Tutor	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	35.3
No	66	64.7
Total	102	100.0

### ***Residente a cargo***

El 60.8% de los médicos de familia no tuvo residente a su cargo en los últimos 3 años mientras que el 38.2% si lo tuvo (Tabla 43).

**Tabla 43: Distribución de los médicos de atención primaria según la existencia de médico residente a cargo**

Residente a cargo	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	38.2
No	62	60.8
Total	101*	99.0

\*En 1 caso se desconoce esta información

### ***Tipo de contrato***

El 95.1% de los médicos de familia tiene contrato fijo mientras que el resto de tipos de relación laboral acumulan un 4% (Tabla 44).

**Tabla 44: Distribución de los médicos de atención primaria según tipo de contrato**

Tipo de contrato	Frecuencia	Porcentaje
Fijo	97	95.1
Sustituto	1	1.0
Interino	2	2.0
Otros	1	1.0
Total	101*	99.1

\*En 1 caso se desconoce esta información

**Tiempo medio de atención a los pacientes por consulta**

El tiempo de atención de cada consulta a los pacientes por parte de los médicos de atención primaria está en un rango entre 4 y más de 11 minutos, situándose la mayoría en el intervalo de 6 a 8. La mediana está en torno a 7 minutos (Tabla 45).

**Tabla 45: Distribución de los médicos de atención primaria según el tiempo medio de consulta por paciente**

Tiempo medio consulta	Frecuencia	Porcentaje
4	3	2.9
5	8	7.8
6	22	21.6
7	25	24.5
8	17	16.7
9	7	6.9
10	16	15.7
+11	4	3.9
Total	102	100.0

Si realizáramos tres grupos con los médicos de familia según el tiempo medio de consulta: menos de cinco minutos, entre seis y ocho minutos y 9 o más minutos, un 62.7% de los médicos se situaría en la categoría central (Tabla 46).

**Tabla 46: Distribución de los médicos de atención primaria según tiempo medio de consulta (agrupado)**

Tiempo medio	Frecuencia	Porcentaje
<= 5 min	11	10,8
6 - 8 min	64	62,7
=> 9 min	27	26,5
Total	102	100,0

### **Tamaño del cupo**

La media del tamaño del cupo de cada médico de familia sería de 1608 pacientes, con una desviación estándar de  $\pm 336$  (IC 95%: 1538.2 – 1678.8) dentro del rango 900 – 2500 y con mediana de 1500. Si dividimos a los médicos por esta mediana, queda un 45.1% de casos en el grupo inferior (Tabla 47).

**Tabla 47: Distribución de los médicos de atención primaria según el tamaño del cupo**

Tamaño del cupo	Frecuencia	Porcentaje
<= 1500	46	45.1
1501+	44	43.1
Total	90	88.2

\*En 12 casos se desconoce esta información

**Actitudes hacia la enfermedad mental la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Esta variable se ha obtenido a partir de la validación del cuestionario de actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental y en base a las tres dimensiones de dicho cuestionario (Tabla 48). Esas tres dimensiones se han denominado Relación, Creencias y Formación respectivamente.

**Tabla 48: Variable Actitud**

	Dimensión 1 Relación	Dimensión 2 Creencias	Dimensión 3 Formación	Total
N	98	101	101	98
Media	12.66	6.10	8.56	27.39
IC 95%: límite inferior	12.27	5.82	8.09	26.69
IC 95%: límite superior	13.06	6.38	9.03	28.08
Error típico de la media	0.20	0.14	0.24	0.35
Mediana	13.00	5.00	8.75	27.50
Mínimo	7	5	5	18
Máximo	15	11	15	36.25
Desviación estándar	1.96	1.41	2.38	3.48
Varianza	3.86	1.99	5.67	12.09
Rango semintercuartil	1.50	1.00	1.25	2.44
Asimetría	-0.650	1.391	0.412	-0.011
Curtosis	-0.010	1.832	-0.340	0.301
KS (P-sig)	<.000	<.000	<.000	>.200

\*Prueba de Kolmogórov-Smirnov

### **VARIABLES DE LOS PSIQUIATRAS**

El número total de psiquiatras fue de 23, ya que se reclutaron para la investigación únicamente los psiquiatras de las USMC del área de Salud Mental con pacientes a cargo pertenecientes al estudio. La población diana eran esos 23 psiquiatras con lo cual no hubo ninguna pérdida siendo la tasa de respuesta del 100%.

#### ***Género***

Entre los psiquiatras hubo una mayoría de varones (69.6%) como se aprecia en la Tabla 49.

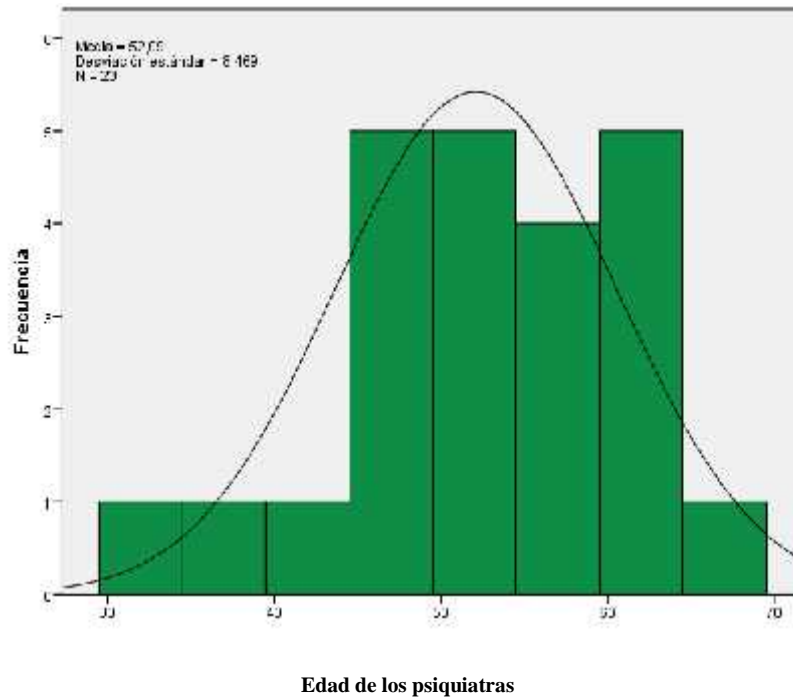
**Tabla 49: Distribución por género de los psiquiatras**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Varón	16	69.6
Mujer	7	30.4
Total	23	100.0

#### ***Edad***

La media de edad de los psiquiatras fue de 52 años con una desviación estándar (d.e.) de  $\pm 8.47$  (IC 95%: 48.42 – 55.75) en el rango 32 – 65 y con una mediana de 53 años. Existe una ligera asimetría que no impide (dado el tamaño de muestra) que la variable se aproxime a la distribución normal (desvío no significativo con  $p > .05$ ) (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Edad de los Psiquiatras**



Si se dividen los psiquiatras por la mediana de esta variable, quedaría un 52.2% de casos por debajo de la misma (Tabla 50).

**Tabla 50: Distribución por edad de los psiquiatras (agrupada)**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 53	12	52.2
54+	11	47.8
Total	23	100.0

***Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia***

Existe un mayor número de psiquiatras que estaban adscritos a la Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Norte (56.5%) como se puede apreciar en la tabla 51.

**Tabla 51: Distribución de los psiquiatras según Unidad de Salud Mental Comunitaria**

USMC	Frecuencia	Porcentaje
Málaga-Centro	10	43.5
Málaga-Norte	13	56.5
Total	23	100.0

***Tiempo de antigüedad en la plaza***

Esta variable se ha dividido en tres grupos. Al agrupar a los psiquiatras en tres grupos, menos de 5 años, de 5 a 15 y más de 15 años (Tabla 52), la distribución de los profesionales queda bastante equilibrada.

**Tabla 52: Distribución de los psiquiatras según tiempo de antigüedad en la plaza**

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
+ 15 años	7	30.4
5 a 15 años	7	30.4
< 5 años	9	39.1
Total	23	100.0

**Formación vía MIR**

La especialización en psiquiatría de estos profesionales se ha logrado mayoritariamente por vías distintas al MIR (52.2%) como se aprecia en la tabla 53.

**Tabla 53: Distribución de los psiquiatras según formación vía MIR**

Vía MIR	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	47.8
No	12	52.2
Total	23	100.0

**Trabajo coordinado con Atención Primaria mediante la asistencia en los EBAP al Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI ADS)**

Solo el 26.1% de los psiquiatras trabaja de forma colaborativa con Atención Primaria (AP) dentro del PAI ADS (Tabla 54).

**Tabla 54: Distribución de los psiquiatras según su participación en el trabajo colaborativo con AP**

PAI ADS	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	26.1
No	17	73.9
Total	23	100.0

#### 4.1.2.3 Variables de la organización sanitaria

##### Variables estructurales del Equipo Básico de Atención Primaria

##### *Población atendida por el EBAP*

El 46 % de los 13 EBAP (6 en total) atienden a una población comprendida entre 20000 y 30000 habitantes (Tabla 55). La media sería 23548 con una desviación estándar de  $\pm 9411$  dentro del rango 8269 – 36448 y con una mediana de 24143 lo que daría un buen ajuste a la normalidad sin desvío significativo ( $p > .05$ )

**Tabla 55: Distribución de los EBAP según población atendida**

Población	Frecuencia	Porcentaje
2.500 - 5.000	1	7.7
5.000 - 10.000	1	7.7
10.000 - 15.000	1	7.7
15.000 - 20.000	1	7.7
20.000 - 30.000	6	46.2
30.000 - 50.000	3	23.1
Total	13	100.0

##### *Actividad económica predominante*

La actividad económica predominante de la población cubierta por los EBAP es la relacionada con el sector servicios excepto en uno de los EBAP cuya actividad predominante sería la agricultura (Tabla 56)

**Tabla 56: Distribución de los EBAP según la actividad económica predominante de la población atendida**

Actividad económica	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura/pesca	1	7.7
Servicios	12	92.3
Total	13	100.0

***Año de apertura del EBAP***

Los años de apertura de los EBAP incluidos en el estudio oscilan entre 1980 y 2007 (Tabla 57).

**Tabla 57: Distribución de los EBAP según año de apertura**

Año Apertura	Frecuencia	Porcentaje
1980	1	7.7
1985	1	7.7
1986	1	7.7
1989	2	15.4
1993	1	7.7
2001	1	7.7
2002	3	23.1
2003	2	15.4
2007	1	7.7
Total	13	100.0

### ***Número de médicos de atención primaria pertenecientes al EBAP***

La media del número de médicos de atención primaria que trabajan en los EBAP sería de 13.5 con una desviación estándar de  $\pm 4.52$  dentro del rango 5 – 21, con una mediana de 14 y de nuevo una  $p > .05$  en el test de bondad de ajuste al modelo de la distribución normal.

### ***Número de pediatras***

La media del número de pediatras que trabajan en los EBAP sería de 2.8 con una desviación estándar de  $\pm 1.28$ , dentro del rango 1 – 5, con una mediana de 3 y un ajuste a la distribución normal con  $p > .05$

### ***Número de enfermeros***

La media del número de enfermeros que trabajan en los EBAP del estudio sería de 12.8 con una desviación estándar de  $\pm 4.32$ , en el rango 5 – 20, con mediana de 13 y un ajuste a la distribución normal con  $p > .05$

### ***Número de auxiliares de enfermería***

La media del número de auxiliares de enfermería que trabaja en los EBAP del estudio sería de 1.7 con una desviación estándar de  $\pm 0.58$  en el rango 1 – 2.

### ***Número de personal administrativo***

La media del número de personal administrativo que trabajan en los EBAP del estudio sería 8.6 con una desviación estándar de  $\pm 1.98$ , dentro del rango 5–12, con una mediana de 8 y un ajuste al modelo normal con  $p > .05$

### ***Jornada del trabajador social en el EBAP***

Existía una pequeña mayoría de EBAP (53.8%) que compartían el trabajador social frente a los que disponían de uno de ellos a tiempo completo (Tabla 58).

**Tabla 58: Distribución de los EBAP según la jornada del trabajador social**

Trabajador social	Frecuencia	Porcentaje
Compartido	7	53.8
Jornada completa	6	46.2
Total	13	100.0

### **Variables de la organización del EBAP respecto a la atención de los pacientes con enfermedad mental**

Esta información ha sido recabada de los directores de cada uno de los 13 EBAP incluidos en el estudio.

***Valoración del papel activo del médico de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental***

La mayor parte (46.2%) de los directores no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo a la hora de valorar el papel activo del médico de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental (Tabla 59).

**Tabla 59: Distribución de los EBAP según la valoración del papel activo del médico de atención primaria en la atención a la salud mental**

Papel médico de atención primaria	Frecuencia	Porcentaje
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	46.2
De acuerdo	5	38.5
Totalmente de acuerdo	2	15.4
Total	13	100.0

***Existencia de visitas de carácter asistencial por parte del equipo de Salud Mental al EBAP***

En todos los EBAP se llevaban a cabo este tipo de visitas (Tabla 60).

**Tabla 60: Distribución de los EBAP según la existencia de visitas asistenciales al mismo por parte del equipo de Salud Mental**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	100.0
No	0	0.0

***Frecuencia de las visitas asistenciales por parte del equipo de Salud Mental al EBAP con carácter asistencial***

Eran mayoría los EBAP (69.2%) en los que este tipo de visitas tenían lugar 3 o más veces al mes (Tabla 61).

**Tabla 61: Distribución de los EBAP según la frecuencia de las visitas asistenciales del equipo de Salud Mental al EBAP**

Frecuencia visitas asistenciales	Frecuencia	Porcentaje
2 veces al mes	4	30.8
3 veces al mes o más	9	69.2
Total	13	100.0

***Existencia de visitas con carácter formativo al EBAP por parte del equipo de Salud Mental***

En un 23.1 % de los EBAP las visitas de carácter formativo por parte del equipo de Salud Mental no tenían lugar (Tabla 62).

**Tabla 62: Distribución de los EBAP según la existencia de visitas formativas al mismo por parte del equipo de Salud Mental**

Visitas formativas	Frecuencia	Porcentaje
No	3	23.1
Sí	10	76.9
Total	13	100.0

***Frecuencia de las visitas formativas por parte del equipo de Salud Mental al EBAP***

La distribución de la frecuencia de las visitas formativas oscilaba entre una vez al año o menos (7.7%) y más de 3 veces al mes (7.7%), siendo lo más frecuente una vez al mes (30.8%) (Tabla 63).

**Tabla 63: Distribución de los EBAP según la frecuencia de las visitas formativas al mismo por parte del equipo de Salud Mental**

Frecuencia visitas formativas	Frecuencia	Porcentaje
No iba	3	23.1
Una vez al año o menos	1	7.7
Entre 4 y 6 meses	1	7.7
Cada dos meses	2	15.4
Una vez al mes	4	30.8
Dos veces al mes	1	7.7
Tres veces al mes o más	1	7.7
Total	13	100.0

***Valoración de la comunicación asistencial entre el equipo de Salud Mental y los médicos de atención primaria***

La comunicación asistencial entre el equipo de Salud Mental y los médicos de atención primaria fue valorada en un 92.3% como buena o muy buena y solo en el 7.7% esta comunicación fue valorada como regular (Tabla 64)

**Tabla 64: Distribución de los EBAP según la valoración de la comunicación asistencial entre el equipo de Salud Mental y los médicos de atención primaria**

Comunicación EBAP-USMC	Frecuencia	Porcentaje
Regular	1	7.7
Buena	6	46.2
Muy buena	6	46.2
Total	13	100.0

***Valoración de la comunicación asistencial entre médicos y enfermeros de atención primaria***

La comunicación asistencial entre médicos y enfermeros de atención primaria es valorada como buena en un 84.6% (Tabla 65).

**Tabla 65: Distribución de los EBAP según la valoración de la comunicación asistencial entre médicos y enfermeros de atención primaria**

Comunicación médico-enfermero	Frecuencia	Porcentaje
Buena	11	84.6
Muy buena	2	15.4
Total	13	100.0

***Valoración del papel activo del enfermero de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental***

Respecto a la valoración del papel activo del enfermero de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental, el 53.8% estaba en desacuerdo y solo un 23.1% se mostraban de acuerdo en valorar como activo el papel de los enfermeros de atención primaria en la atención a la salud mental (Tabla 66).

**Tabla 66: Distribución de los EBAP según la valoración del papel activo del enfermero de atención primaria en la atención a la salud mental**

Papel activo enfermero	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	7.7
En desacuerdo	7	53.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	15.4
De acuerdo	3	23.1
Total	13	100.0

***Valoración de la comunicación asistencial entre el trabajador social y el médico de atención primaria***

La comunicación asistencial entre el trabajador social y el médico de atención primaria es valorada como buena en el 46.2% de los casos, en un 23.1% esta comunicación era valorada como regular y fue valorada como muy buena también en un 23.1% (Tabla 67).

**Tabla 67: Distribución de los EBAP según la valoración de la comunicación asistencial entre el trabajador social y el médico de atención primaria**

Comunicación médico-t.social	Frecuencia	Porcentaje
No tenemos trabajador social	1	7.7
Regular	3	23.1
Buena	6	46.2
Muy buena	3	23.1
Total	13	100.0

**Valoración del papel activo del trabajador social en la atención a los problemas de salud mental**

En un 38.5% de los casos se estaba de acuerdo en la valoración de este papel de forma activa en la atención a los problemas de salud mental (Tabla 68).

**Tabla 68: Distribución de los EBAP según la valoración del papel activo del trabajador social en la atención a la salud mental**

Papel activo trabajador social	Frecuencia	Porcentaje
No tenemos trabajador social	1	7.7
En desacuerdo	1	7.7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	15.4
De acuerdo	4	30.8
Totalmente de acuerdo	5	38.5
Total	13	100.0

## **4.2 Análisis sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

La utilidad de analizar las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la salud mental en general se debe a que esta variable podría tener influencia en el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes con patologías de salud mental ya que tanto la actitud de los médicos de atención primaria frente a estos pacientes como la autopercepción de los conocimientos en salud mental influyen en el reconocimiento de estas patologías por parte del médico de atención primaria (Ylla, Ozamiz & Guimón, 1997).

El objetivo de esta parte fue por tanto medir las actitudes del personal facultativo de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. Para ello hubo que realizar en primer lugar un estudio de las propiedades psicométricas de un cuestionario sobre actitudes del personal facultativo de atención primaria sobre el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental, centrándonos en el ámbito de la esquizofrenia y trastornos afines.

Para medir las actitudes hacia las personas con enfermedad mental solo existía una versión del cuestionario de Cohen y Struening adaptada al castellano por Ylla et al. (1997) pero no específica para los profesionales sanitarios. Por ello para la realización de este estudio se prefirió proceder a modificar el cuestionario utilizado por Arrillaga Arizaga et al. (2004) para medir las actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. Estos autores habían extraído los ítems de su cuestionario de otros cuestionarios previos (Mira & Fernández-Gilino, 1994; Ruiz, Brotat Ster & Sentis Villalta, 1977; Muñoz, Pérez & Pérez, 1993).

El cuestionario empleado por Arrillaga Arizaga et al. (2004) tenía 46 ítems y estaba dirigido tanto a médicos como enfermeros de atención primaria. Dado que

nuestro estudio estaba dirigido en concreto a las actitudes de los médicos de atención primaria (y no a las de otros profesionales de atención primaria) y a las actitudes y conocimientos relativos a la atención de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines tuvimos que proceder a adaptar el citado cuestionario en esas dos direcciones. Para nuestro estudio utilizamos únicamente los ítems que estaban en relación con las actitudes y conocimientos con la salud mental a nivel general y también los específicos hacia la esquizofrenia y trastornos afines, suprimiendo los ítems relacionados con otro tipo de patologías de salud mental. Por ello el cuestionario quedó reducido a 25 ítems. Por lo tanto, la justificación de esta adaptación viene dada por su uso solamente en relación a la esquizofrenia y trastornos afines y por otra parte por su uso dirigido hacia los médicos de atención primaria.

#### **4.2.1 Población de estudio y recogida de variables**

Para la validación del cuestionario la población a estudiar fueron los facultativos de atención primaria pertenecientes a los 13 centros de Atención Primaria incluidos en el área perteneciente a la UGC-SM del HRU de Málaga. En total eran una población diana de 188 facultativos. Como ya se ha referido previamente el cuestionario fue contestado por 145 por lo que la tasa de respuesta fue del 77%.

Se recogieron las variables mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo donde además de recabar los datos sociodemográficos y laborales se respondía al cuestionario sobre actitudes y conocimientos cuyos ítems como ya se ha explicado anteriormente fueron extraídos del cuestionario utilizado por Arrillaga Arizaga et al. (2004).

Las variables sociodemográficas y laborales recogidas de los facultativos de atención primaria encuestados están recogidas en la tabla 69.

**Tabla 69: Variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria incluidos en la validación del cuestionario**

---

Género
Edad
Tiempo transcurrido desde la finalización de la licenciatura
Tiempo de antigüedad en la plaza
Tipo de contrato
Formación vía MIR
Tutor acreditado
Residente a cargo
Tiempo medio por consulta
EBAP de referencia
Tamaño del cupo
Lugar de consulta

---

El cuestionario adaptado por nosotros sobre actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental se muestra en la tabla 70.

**Tabla 70: Cuestionario adaptado sobre actitudes del personal facultativo de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Desacuerdo (1)	Indiferente (2)	De acuerdo (3)
1.El centro de salud mental (CSM) atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes		
2.La formación psiquiátrica de los profesionales de atención primaria es por lo general satisfactoria		
3.Aunque muchos pacientes psíquicos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos		
4.Entre los pacientes que Ud. Atiende intervienen de forma evidenciable factores psicológicos en sus enfermedades		
5.La atención que presta el CSM a los pacientes que atiendo es satisfactoria		
6.Es poco lo que puede hacerse por los pacientes psicóticos excepto cubrir sus necesidades básicas		
7.Convendría que en toda comunidad se conociese bien que individuos están locos para estar prevenidos hacia ellos		
8.Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables		
9.Los factores psicológicos son de gran importancia		
10.Es necesaria la existencia del CSM en esta comarca		
11.Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales		
12.Los psicofármacos son más difíciles de utilizar que otros fármacos utilizados en AP		
13.El CSM resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivó		
14.Los antidepresivos me resultan fácilmente manejables (prescribirlos, comprenderlos, realizar seguimiento)		
15.Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en Atención Primaria		
16.La indicación de psicoterapia debe hacerse desde la Atención Primaria		
17.La interrelación que mantengo con el CSM es satisfactoria		
18.Los enfermos mentales tratados por el CSM dejan de ser pacientes nuestros		
19.Ante la enfermedad mental poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al CSM		
20.En términos relativos, se deriva a menos pacientes al CSM que a otras especialidades		
21.Considero que el CSM no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado		
22.La interrelación que mantenemos con el CSM es suficiente		
23.Tengo dificultad para tratar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		
24.Asistiría a cursos en relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		
25.Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son adecuados		

A partir del cuestionario original de Arrillaga Ariza et al. (2004) para nuestro estudio nos quedamos con un total de 25 ítems con respuestas de tipo Likert (numerados del 1 al 25). A partir de nuestros conocimientos sobre el tema, enfoque teórico y análisis estadísticos exploratorios, se agruparon en tres dimensiones esperables desde el punto de vista teórico. Estas tres dimensiones fueron:

Dimensión 1 (Relación). Relación del médico de atención primaria con la Unidad de Salud Mental Comunitaria; 9 ítems: 1-5-10-13-16-17-20-21-22.

Dimensión 2 (Creencias). Creencias erróneas y existencia de estigmas sobre la enfermedad mental; 8 ítems: 3-4-6-7-9-11-18-19

Dimensión 3 (Formación). Percepción sobre la formación en salud mental, esquizofrenia y trastornos afines; 8 ítems: 2-8-12-14-15-23-24-25

El ítem 11 [*aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales*] principalmente y también el 21 [*considero que el CSM no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado*] tenían algún factor de confusión en su enunciado para poder asignarlos de forma totalmente clara a ninguna de las dimensiones teóricas por lo que se optó por prescindir de ellos (Tabla 70).

El cuestionario fue entregado personalmente a los facultativos de atención primaria por el personal investigador, o por los profesionales de salud mental encargados de la coordinación con cada equipo de Atención Primaria y en algunos casos fue el coordinador de cada EBAP el encargado de la entrega. Fue recogido por la persona que lo repartió en cada dispositivo.

## **4.2.2 Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario**

### **4.2.2.1 Evaluación de la validez**

Para llevar a cabo la evaluación sobre la validez de constructo llevamos a cabo un análisis factorial exploratorio. En el análisis factorial lo primero que se procedió a revisar fue qué ítems eran los que menos contribuían sobre cada dimensión, definiendo estos como los que tenían un peso factorial menor a 0.150.

Dentro de la primera dimensión (relación del facultativo con la Unidad de Salud Mental Comunitaria) los ítems de menor peso fueron el 21 (uno de los descritos como confusos) y el 10. En la segunda dimensión (creencias y existencia de estigmas sobre la enfermedad mental), el ítem 11 (otro de los confusos) tampoco tenía una contribución importante. Y en la tercera (percepción sobre la formación en salud mental) todos los ítems contribuían de forma satisfactoria. Por ello se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio prescindiendo de esos tres ítems (10-11-21).

Como método de extracción y rotación se usó el método de los mínimos residuos ejecutado con la aplicación R y se empleó la rotación Varimax. Este método de extracción es un método de aproximación de las matrices de correlación a las escalas de tipo Likert y consiste en estimar en primer lugar las correlaciones policóricas entre todos los ítems y sobre estas correlaciones es sobre las que se realiza la extracción de factores.

A partir de este análisis se mantuvieron 14 de los 22 ítems de los que se partía. A todos estos ítems habían respondido completamente 133 médicos (91.7%), dando una ratio sujeto/ítem de 9.5.

Con estos valores se cumplen satisfactoriamente las condiciones de adecuación muestral, como se ve con la medida de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=.586$ ), y esfericidad ( $p<.000$ ), lo que determina que el análisis factorial exploratorio es factible y adecuado para los datos empíricos de partida. La varianza total explicada es del 55.1% siendo

suficiente para que el resultado sea estadísticamente aceptable. La estructura obtenida entre las distintas dimensiones está muy equilibrada con similar representatividad de cada una de ellas (Tabla 71).

**Tabla 71: Varianza explicada según dimensiones**

Dimensiones	Ítems	% Varianza
1. Relación	5 17 1 22 13	19.1
2. Creencias	19 18 6 7 4	18.2
3. Formación	25 23 8 1 5	17.8

Por otro lado, todos los valores de los pesos factoriales de cada ítem con su dimensión son muy elevados ( $\geq .600$ ), existiendo dos ítems con carga negativa (4 y 23) que se relacionarían de forma inversa con los demás ítems de su dimensión (Tabla 72).

**Tabla 72: Resumen de resultados del análisis factorial exploratorio**

ITEMS	Descriptivos			Dimensiones		
	Media	D.E.*	Comunalidad	1 Relación	2 Creencias	3 Formación
5.Atención por CSM satisfactorio	2.72	0.53	0.68	.79		
17.Interrelación con CSM satisfactoria	2.60	0.61	0.61	.69		
1.Rapidez atención derivaciones por CSM	2.53	0.68	0.48	.69		
22.Interrelación con CSM suficiente	2.22	0.77	0.42	.64		
13.CSM resuelve problemas	2.56	0.57	0.55	.64		
19.Poco se puede hacer ante enfermedad mental	1.20	0.48	0.68		.81	
18.Pacientes por CSM ya no son nuestros	1.17	0.45	0.60		.72	
4.Factores psicológicos enfermedades pacientes	2.96	0.28	0.43		-.65	
6.Pacientes psicóticos se puede hacer poco	1.32	0.62	0.41		.61	
7.Prevenición frente a locos	1.48	0.73	0.46		.61	
25.Conocimientos esquizofrenia adecuados	1.42	0.62	0.82			.90
23.Dificultad para tratar esquizofrenia	2.57	0.68	0.64			-.74
8.Facilidad manejo neurolépticos	1.68	0.66	0.52			.70
15.Formación psiquiátrica personal suficiente	2.25	0.77	0.40			.60
			% Varianza explicada	19.1	18.2	17.8
			% Acumulado de varianza explicada	19.1	37.3	55.1

\*Desviación estándar

#### **4.2.2.2 Evaluación de la fiabilidad**

Tras el análisis de la validez se evaluó la fiabilidad de este conjunto de ítems mediante el análisis de consistencia interna con la estimación del coeficiente “alfa” de Cronbach que mide este parámetro, dando como resultado para la escala completa (14 ítems, N=133) un coeficiente de fiabilidad de 0.672 (IC 95%: 0.531-0.795).

Para la primera dimensión este coeficiente sería 0.626 (IC 95%: 0.517-0.717), para la segunda 0.502 (IC 95%: 0.358-0.622) y para la tercera dimensión 0.625 (IC 95%: 0.512-0.717).

#### **4.2.3 Resultados del análisis descriptivo**

##### **4.2.3.1 Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario**

Para realizar el análisis descriptivo de la variable a medir (actitud de los médicos de atención primaria) se calcularon las puntuaciones factoriales de las tres dimensiones en base al sumatorio de los valores de las respuestas dadas a cada ítem. Se invirtieron los ítems 4 y 23 por las consideraciones anteriormente descritas y dado que la tercera dimensión tenía 4 ítems y las otras dos tenían 5 se decidió corregir su puntuación por el factor 1.25, de forma que todas las escalas de puntuación de las tres dimensiones fueran iguales (rango 5-15), calculándose la puntuación total con el sumatorio de los valores de las 3 dimensiones (rango 5-45), quedando el análisis descriptivo de las variables tal como se describe en la tabla 73.

**Tabla 73: Análisis descriptivo de la variable actitud**

	Dimensión 1 Relación	Dimensión 2 Creencias	Dimensión 3 Formación	Puntuación total
N	137	139	141	133
Media	12.65	6.22	8.40	27.33
IC 95%: límite inferior	12.31	5.96	8.00	26.74
IC 95%: límite superior	12.99	6.48	8.79	27.91
Error típico de la media	0.17	0.13	0.20	0.30
Mediana	13.00	6.00	7.50	27.50
Mínimo	7	5	5	18
Máximo	15	12	15	36.25
Desviación estándar	2.01	1.55	2.35	3.42
Varianza	4.04	2.39	5.54	11.72
Rango semi-intercuartil	1.50	1.00	1.90	2.62
Asimetría	-0.617	1.528	0.418	-0.070
Curtosis	-0.251	2.533	-0.472	0.032
KS (P-sig)	<.000	<.000	<.000	>.200

#### 4.2.3.2 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes

Estas variables son las pertenecientes al análisis descriptivo de la muestra de médicos de atención primaria a los que se les encuestó para la evaluación psicométrica del cuestionario y el posterior análisis de las actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. El número de médicos encuestados fue de 145. Dado que los datos que se obtuvieron fueron muy similares a los del análisis descriptivo de las variables independientes de los médicos de atención primaria, siendo en ese caso la N de 102 médicos (apartado 4.1.2.2 de este capítulo de Resultados) y con objeto de

no introducir elementos de confusión en la lectura de estos resultados vamos a presentar estos datos en el Anexo 8.

#### **4.2.4 Resultados del análisis estadístico bivalente de las variables del médico de atención primaria relacionadas con las actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Para ir analizando la relación existente entre las tres dimensiones descritas en el cuestionario con las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria se fueron utilizando distintos métodos de análisis según el tipo de variable que se tratara. Recordamos que la dimensión 1 medía la percepción de la relación con el equipo de Salud Mental, la 2 las creencias y la existencia de estigmas sobre la enfermedad mental y la 3 la formación específica del médico de atención primaria en temas de salud mental.

##### ***Relación con la edad del médico de atención primaria***

Para analizar la relación de la edad con las dimensiones del cuestionario de actitudes se utilizó el coeficiente de Pearson al tratarse de dos variables cuantitativas. No se encontró relación significativa, y únicamente en la dimensión percepción de la relación con el equipo de Salud Mental existía una tendencia de significación, a mayor edad mejor percepción de la relación, que podría indicar que de tratarse de una muestra mayor hubiera señalado una significación estadística (Tabla 74).

**Tabla 74: Resumen coeficiente de correlación de Pearson para la variable edad del médico de atención primaria**

		EDAD
Dimensión 1	Correlación de Pearson	.133
Relación	Sig. (unilateral)	<b>.090</b>
	N	103
Dimensión 2	Correlación de Pearson	.033
Creencias	Sig. (unilateral)	.372
	N	103
Dimensión 3	Correlación de Pearson	-.022
Formación	Sig. (unilateral)	.414
	N	105

**Relación con el género del médico de atención primaria**

En este caso para analizar la diferencia de medias y al tratarse de una variable categórica se utilizó la prueba de la t de Student. En la tabla 75 se puede ver la comparación de las medias y en la tabla 76 se analiza la relación (prueba de muestras independientes). No se halla tampoco ninguna significación, aunque aparece de nuevo en la dimensión 1 una casi significación (mejor valoración de la relación por parte de los varones).

**Tabla 75: Resumen estadística descriptiva para la variable género del médico de atención primaria**

	Género	N	Media	Desviación estándar	Media error estándar
Dimensión 1: Relación	Mujer	62	12.16	2.376	.302
	Varón	80	12.79	1.914	.214
Dimensión 2: Creencias	Mujer	62	8.16	1.591	.202
	Varón	80	7.94	1.426	.159
Dimensión 3: Formación	Mujer	64	9.34	16.313	2.039
	Varón	81	8.04	10.429	1.159

**Tabla 76: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes para la variable género del médico de atención primaria**

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
D1: Relación	-1.739	140	<b>.084</b>	-.626	.360	-1.338	.086
D2: Creencias	.882	140	.379	.224	.254	-.278	.726
D3: Formación	.585	143	.559	1.307	2.232	-3.105	5.718

**Relación con la formación vía MIR del médico de atención primaria**

Se realizó la diferencia de medias con la prueba de la t de Student sin encontrar significaciones estadísticas entre ninguna de las tres dimensiones y el hecho de haberse formado vía MIR (Tabla 77 y Tabla 78)

**Tabla 77: Resumen estadística descriptiva para la variable formación vía MIR del médico de atención primaria**

	Vía Mir	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
D1: Relación	Si	68	12.68	2.003	.243
	No	71	12.35	2.312	.274
D2: Creencias	Si	68	7.85	1.641	.199
	No	71	8.23	1.354	.161
D3: Formación	Si	69	8.17	11.271	1.357
	No	73	9.11	15.294	1.790

**Tabla 78: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes para la variable formación vía MIR del médico de atención**

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
D1: Relación	.882	137	.379	.324	.368	-.403	1.051
D2: Creencias	-1.462	137	.146	-.372	.255	-.876	.131
D3: Formación	-.413	140	.680	-.936	2.265	-5.414	3.543

**Relación con el puesto de tutor acreditado del médico de atención primaria**

No se encontraron tampoco diferencias significativas con la prueba de la t de Student (Tabla 79 y Tabla 80)

**Tabla 79: Resumen estadística descriptiva para la variable papel como tutor acreditado del médico de atención primaria**

	Tutor	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
D1: Relación	Si	50	12.64	2.211	.313
	No	92	12.45	2.114	.220
D2: Creencias	Si	50	7.82	1.395	.197
	No	92	8.15	1.547	.161
D3: Formación	Si	50	6.66	1.780	.252
	No	95	9.64	16.334	1.676

**Tabla 80: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes para la variable papel como tutor acreditado del médico de atención primaria**

prueba t para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
D1: Relación	.515	140	.607	.194	.377	-.552	.941
D2: Creencias	-1.264	140	.208	-.332	.263	-.852	.187
D3: Formación	-1.285	143	.201	-2.982	2.321	-7.570	1.606

**Relación con el hecho de tener residente a cargo por parte del médico de atención primaria**

Se llevó a cabo también con la prueba de la t de Student sin encontrarse diferencias significativas, aunque en la dimensión 2 (Creencias) sí existiría una casi significación (el hecho de no tener residente a cargo estaría relacionado con la existencia de creencias erróneas y estigmas sobre la enfermedad mental). Los datos se pueden ver en la Tabla 81 y en la Tabla 82.

**Tabla 81: Resumen estadística descriptiva para la variable residente a cargo del médico de atención primaria**

	Residente a cargo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
D1: Relación	Si	52	12.65	2.123	.294
	No	90	12.43	2.162	.228
D2: Creencias	Si	52	7.75	1.250	.173
	No	90	8.20	1.609	.170
D3. Formación	Si	52	6.63	1.879	.261
	No	92	8.75	13.656	1.424

**Tabla 82: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes para la variable de residente a cargo del médico de atención primaria**

	prueba t para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
D1: Relación	.589	140	.557	.221	.374	-.519	.960
D2: Creencias	-1.736	140	<b>.085</b>	-.450	.259	-.963	0063
D3: Formación	-1.109	142	.269	-2.115	1.907	-5.885	1.654

**Relación con la antigüedad en el puesto laboral por parte del médico de atención primaria**

Se realiza la prueba de la t de Student sin encontrar diferencias significativas entre las tres dimensiones y el tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo (Tabla 83 y Tabla 84).

**Tabla 83: Resumen estadística descriptiva para la variable antigüedad en el puesto de trabajo del médico de atención primaria**

	Años Plaza	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
D1: Relación	Hasta 3	49	12.49	2.093	.299
	Más de 3	44	12.52	2.173	.328
D2: Creencias	Hasta 3	49	8.37	1.629	.233
	Más de 3	44	7.86	1.472	.222
D3: Formación	Hasta 3	49	6.73	1.789	.256
	Más de 3	46	10.63	19.139	2.822

**Tabla 84: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes para la variable antigüedad en el puesto de trabajo del médico de atención primaria**

	prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
D1: Relación	-.074	91	.941	-.033	.443	-.912	.846
D2: Creencias	1.558	91	.123	.504	.323	-.139	1.146
D3: Formación	-1.419	93	.159	-3.896	2.746	-9.348	1.557

**Relación con el tamaño del cupo del médico de atención primaria**

Realizando la prueba de la t de Student si encontramos una diferencia significativa en la dimensión 1, correspondiente a la valoración de la relación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria. El hecho de tener un cupo mayor a 1500 pacientes favorecería una mejor percepción de la relación con el equipo de Salud Mental (Tabla 85 y Tabla 86).

**Tabla 85: Resumen estadística descriptiva de la variable tamaño del cupo del médico de atención primaria**

	Cupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
D1: Relación	<= 1500	55	12.04	2.357	.318
	1501+	87	12.82	1.950	.209
D2: Creencias	<= 1500	55	8.25	1.578	.213
	1501+	87	7.90	1.439	.154
D3: Formación	<= 1500	58	11.29	20.739	2.723
	1501+	87	6.83	1.918	.206

**Tabla 86: Resumen de prueba de la t de Student de muestras independientes de la variable tamaño del cupo del médico de atención primaria**

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
D1: Relación	-2.139	140	<b>.034*</b>	-.780	.365	-1.500	-.059
D2: Creencias	1.391	140	.166	.358	.257	-.151	.867
D3: Formación	1.635	143	.107	4.466	2.731	-1.002	9.933

\*Significación estadística

***Relación con el EBAP del médico de atención primaria***

Para realizar la comparación entre las medias y al tratarse de múltiples EBAP se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA), que sí dio diferencias significativas en las dimensiones 1 y 2 (Relación y Creencias) (Tabla 87 y Tabla 88).

En la dimensión 1 (Relación) los EBAP que dieron una mayor puntuación fueron los de Victoria, el Palo y el Rincón. En la dimensión 2 (Creencias), las menores puntuaciones eran estos mismos centros además de Limonar, Alameda-Perchel y Nueva Málaga.

**Tabla 87: Resumen estadística descriptiva de la variable EBAP del médico de atención primaria**

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
D1: Relación	Trinidad	11	10.82	2.316	.698	9.26	12.37	7	15
	Nueva Málaga	5	12.20	1.789	.800	9.98	14.42	10	14
	Miraflores	13	11.46	1.127	.312	10.78	12.14	9	14
	Palma-Palmilla	7	11.57	3.101	1.172	8.70	14.44	7	15
	Ciudad Jardín	13	11.77	1.833	.508	10.66	1.88	9	15
	Capuchinos	6	10.50	3.271	1.335	7.07	13.93	6	15
	Alameda-Perchel	14	12.57	2.409	.644	11.18	13.96	8	15
	Victoria	14	13.36	1.499	.401	12.49	14.22	11	15
	Limonar	13	12.69	1.702	.472	11.66	13.72	11	15
	El Palo	20	14.35	.933	.209	13.91	14.79	12	15
	Rincón de la Victoria	14	13.71	1.729	.462	12.72	14.71	9	15
	Colmenar	7	12.29	1.113	.421	11.26	13.31	10	13
	Carlinda	5	11.60	2.510	1.122	8.48	14.72	8	14
Total	142	12.51	2.143	.180	12.16	12.87	6	15	
D2: Creencias	Trinidad	11	8.64	1.120	.338	7.88	9.39	7	10
	Nueva Málaga	5	7.40	.548	.245	6.72	8.08	7	8
	Miraflores	13	8.62	1.387	.385	7.78	9.45	6	12
	Palma-Palmilla	7	8.00	1.528	.577	6.59	9.41	7	11
	Ciudad Jardín	13	8.85	1.994	.553	7.64	10.05	5	13
	Capuchinos	6	9.17	1.602	.654	7.49	10.85	8	12
	Alameda-Perchel	14	7.57	.852	.228	7.08	8.06	7	9
	Victoria	14	7.07	.267	.071	6.92	7.23	7	8
	Limonar	13	7.62	.870	.241	7.09	8.14	7	9
	El Palo	20	7.30	1.380	.309	6.65	7.95	4	11
	Rincón de la Victoria	14	7.79	1.311	.350	7.03	8.54	6	11
	Colmenar	7	8.43	.787	.297	7.70	9.16	7	9
	Carlinda	5	10.60	2.881	1.288	7.02	14.18	7	14
Total	142	8.04	1.499	.126	7.79	8.28	4	14	

D3: Formación	Trinidad	11	6.82	2.228	.672	5.32	8.31	4	10
	Nueva Málaga	5	7.20	2.168	.970	4.51	9.89	5	10
	Miraflores	13	6.46	1.391	.386	5.62	7.30	5	9
	Palma-Palmilla	7	6.43	2.225	.841	4.37	8.49	4	9
	Ciudad Jardín	13	6.15	1.573	.436	5.20	7.10	4	10
	Capuchinos	7	20.57	34.602	13.078	-11.43	52.57	6	99
	Alameda-Perchel	15	12.47	23.988	6.194	-.82	25.75	4	99
	Victoria	15	13.13	23.823	6.151	-.06	26.33	4	99
	Limonar	13	6.77	2.421	.671	5.31	8.23	4	11
	El Palo	20	6.90	2.245	.502	5.85	7.95	4	12
	Rincón de la Victoria	14	7.00	1.468	.392	6.15	7.85	4	9
	Colmenar	7	7.29	2.289	.865	5.17	9.40	4	11
	Carlinda	5	5.20	1.304	.583	3.58	6.82	4	7
	Total	145	8.61	13.314	1.106	6.43	10.80	4	99

**Tabla 88: Resumen del análisis de la varianza (ANOVA) para la variable EBAP del médico de atención primaria**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
D1: Relación	Entre grupos	186.835	12	15.570	4.360	<b>.000*</b>
	Dentro de grupos	460.637	129	3.571		
	Total	647.472	141			
D2: Creencias	Entre grupos	90.570	12	7.548	4.303	<b>.000*</b>
	Dentro de grupos	226.254	129	1.754		
	Total	316.824	141			
D3: Formación	Entre grupos	1957.781	12	163.148	.914	.535
	Dentro de grupos	23568.591	132	178.550		
	Total	25526.372	144			

\*Significación estadística

### *Relación con el tipo de contrato del médico de atención primaria*

No se analizó la relación entre el tipo de contrato del médico de atención primaria con la actitud de los médicos de atención primaria hacia la enfermedad mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental porque casi todos los médicos estaban dentro del mismo grupo.

## **4.3 Resultados del análisis de los factores asociados al uso de recursos sanitarios**

Para proceder al análisis multivariante de los datos hemos utilizado las aplicaciones STATA 12 y STATA 14. El procedimiento para ir incorporando los datos al análisis ha sido el siguiente: en primer lugar se ha comprobado el modelo nulo y si era significativo ( $p < .05$ ) se ha procedido al análisis.

Posteriormente y para construir el modelo con los predictores y ante la falta de un elevado número de datos en alguno de ellos se ha optado por incluir las variables, siempre como factores de efectos fijos, de 1 en 1 siguiendo el orden de prioridad acordado según los criterios clínicos. Paso a paso se han ido incorporando todas y dejando siempre dentro del modelo solo las significativas ( $p < .05$ ) o las que podían serlo ( $p < .100$ ), éstas últimas en espera de ver cómo evolucionaba su posible significatividad. Cuando una variable no añadía significación ( $p > .100$ ) se la ha excluido y se ha añadido la siguiente.

El objetivo ha sido mantener la mayor N posible dentro del modelo final. Se han definido tres niveles: pacientes, médicos y centro de salud. En las tablas de resultados solo se han incluido los coeficientes ajustados al modelo final construido, de aquellas variables que eran significativas.

Hemos realizado cuatro modelos distintos de análisis multivariante según la definición de la variable dependiente utilizada para valorar el uso de recursos sanitarios. Los valores del coeficiente  $R^2$  han sido diferentes para cada modelo.

#### **4.3.1 Modelo 1 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental)**

En este modelo hemos tomado como variable dependiente cuantitativa el logaritmo del número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental como medición del uso de recursos

El modelo nulo para el nivel médicos como factor aleatorio fue:  $\text{Chi}^2= 45.08$  y  $p=.000$  y el modelo nulo para el nivel centro de salud como factor aleatorio:  $\text{Chi}^2= 33.92$  y  $p=.000$ .

La construcción del modelo queda reflejada en la Tabla 89. Los valores sin ajustar tendrían la misma significación que un análisis univariante. El análisis de regresión lineal múltiple de efectos fijos de este modelo logró explicar un 8.1% de la variabilidad en el uso de recursos sanitarios teniendo como variable dependiente el citado logaritmo del número total de contactos ya que el valor de coeficiente  $R^2$  fue de 0.081.

En el análisis multivariante y al ajustar los valores, tendrían significación los niveles de gravedad 2 y 3, incrementando ambos la variable dependiente del logaritmo del número total de contactos. Los diagnósticos Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22), los Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23), y el grupo formado por el Trastorno esquizotípico (F21), los Trastornos de ideas delirantes inducidas (F24), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28) y la Psicosis no orgánica sin especificar (F29) tendrían una relación inversa con el número total de contactos. También la relación sería inversa con algunos tipos de convivencia: familia propia, residir en dispositivos de FAISEM o albergues y vivir solo. Una mayor edad también está relacionada con un menor número de contactos. Las interacciones significativas entre algunas de estas variables vienen recogidas en la Tabla 90.

**Tabla 89: Resumen del análisis multivariante del Modelo 1**

PREDICTORES (f.e.f.)*	Valores sin ajustar				Valores ajustados			
	Coef.	E.E.**	Z	P valor	Coef.	E.E.	Z	P valor
<b>Nivel de Gravedad:</b> Bajo	1.00				1.00			
Medio	0.16	0.04	4.40	.000	0.15	0.03	4.47	<b>.000</b>
Alto	0.33	0.05	6.92	.000	0.34	0.05	7.27	<b>.000</b>
<b>Diagnóstico:</b> Esquizofrenia (F20)	1.00				1.00			
F21,F24,F28,F29***	-0.23	0.07	-3.25	.001	-0.23	0.07	-3.11	<b>.002</b>
T. ideas delirantes (F22)	-0.19	0.05	-4.24	.000	-0.22	0.05	-4.69	<b>.000</b>
T.psicótico agudo (F23)	0.12	0.05	-2.34	.019	-0.12	0.05	-2.26	<b>.024</b>
T.esquizoaectivo (F25)	0.07	0.07	0.99	.323	0.07	0.07	1.10	.270
<b>Género paciente (varón)</b>	-0.01	0.03	-0.20	.842				
<b>Convivencia paciente:</b> Familia de origen	1.00				1.00			
Familia propia	-0.19	0.06	-4.88	.000	-0.13	0.04	-3.29	<b>.001</b>
Sólo	0.00	0.05	0.05	.963	0.02	0.06	0.29	.771
FAISEM	-0.28	0.11	-5.69	.000	-0.36	0.05	-6.64	<b>.000</b>
Sin hogar	-0.25	0.02	-2.20	.028	-0.28	.012	-2.35	<b>.019</b>
<b>Estado civil paciente:</b> Soltero	1.00							
Casado/Pareja	-0.02	0.06	-0.38	.701				
Divorc./Separ./Viudo	-0.03	0.05	-0.64	.519				
<b>Sit. laboral paciente:</b> Trabajando	1.00							
En paro	0.09	0.05	1.61	.106				
Estudiante	0.05	0.08	0.64	.522				
Ama de casa	0.13	0.07	1.74	.083				
Pensionista	0.11	0.04	2.30	.022				
Otros	0.11	0.06	1.95	.051				
<b>Actitud médico:</b> Dimensión 1: Relación	-0.00	0.01	-0.35	.724				
Dimensión 2: Creencias	0.01	0.02	0.40	.688				
Dimensión 3: Formación	-0.00	0.02	-0.04	.972				
<b>Papel activo médico (escala 1-5)</b>	0.01	0.03	0.28	.783				
<b>Visitas SM asistencial (si)</b>	omitido							
<b>Visita SM formativa (si)</b>	-0.04	0.06	-0.60	.549				
<b>Comunicación SM y médicos (escala 1-5)</b>	0.00	0.03	0.10	.920				
<b>Frecuenc. visita asistencial:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	omitido							
mensual	omitido							
<b>Frecuenc. visita formativa:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	-0.07	0.07	-0.91	.363				
mensual	-0.04	0.06	-0.68	.496				
<b>Papel enfermería activo (escala 1-5)</b>	-0.03	0.02	-1.59	.111				
<b>Papel trabajador social activo (escala 1-5)</b>	0.00	0.02	0.04	.969				
<b>Edad paciente (años)</b>	-0.00	0.00	-4.51	.000	-0.00	0.00	-2.40	<b>.016</b>
<b>Nivel educativo paciente:</b> Sin estudios	1.00							
Primarios	-0.01	0.04	-0.17	.863				
Secundarios	0.03	0.05	0.61	.544				
Superiores	0.01	0.06	0.21	.831				
<b>Área paciente USMC (norte)</b>	-0.01	0.03	-0.19	.846				
<b>Zona necesidad transformación social (si)</b>	0.02	0.05	0.38	.701				
<b>Hábitat del paciente (rural)</b>	-0.04	0.05	-0.68	.496				
<b>USCM psiquiatra (norte)</b>	-0.01	0.03	-0.33	.741				
<b>Trabajo con AP del psiquiatra (no)</b>	-0.01	0.03	-0.42	.672				
<b>Tiempo consulta médico (&gt;7 min.)</b>	-0.01	0.09	-0.10	.920				
<b>Tamaño cupo médico (&gt;1500)</b>	0.01	0.05	0.20	.840				

Vía MIR – Psiquiatra (no)	0.02	0.04	0.63	.529
Edad psiquiatra (años)	-0.01	0.00	-1.34	.180
Género psiquiatra (mujer)	0.04	0.11	0.39	.695
Antigüedad psiquiatra: años plaza>15	1.00			
de 5 a 15 años	-0.06	0.04	-1.82	.068
< 5 años	-0.07	0.05	-1.27	.205
Comunicación médicos/enfermeros (escala 1-5)	-0.02	0.09	-0.16	.873
Comunicación médicos/trab. social (escala 1-5)	0.02	0.02	0.78	.433
Centro salud EBAP: Trinidad	1.00			
Nueva Málaga	0.10	0.23	0.44	.661
Miraflores	0.01	0.11	0.08	.934
Palma-Palmilla	0.05	0.12	0.43	.670
Ciudad Jardín	-0.08	0.20	-0.38	.702
Capuchinos	-0.02	0.09	-0.02	.986
Alameda-Perchel	-0.12	0.11	-1.13	.259
Victoria	0.06	0.09	0.64	.523
Limonar	0.11	0.09	1.24	.215
El Palo	0.07	0.08	0.86	.388
Rincón Victoria	-0.04	0.10	-0.36	.716
Colmenar	-0.23	.018	-1.33	.184
Carlinda	-0.15	0.20	-0.73	.463
Vía MIR – Médico (no)	-0.04	0.04	-0.96	.336
Tipo contrato médico: fijo	1.00			
sustituto	0.02	0.25	0.07	.943
interino	0.23	0.17	1.38	.169
otros	-0.21	0.18	-1.16	.247
Médico tutor (no)	-0.06	0.05	-1.27	.204
Médico residente a cargo (no)	-0.04	0.05	-0.99	.320
Antigüedad plaza médico (>3 años)	0.06	0.06	0.95	.340
Años desde licenciatura (>=32años)	-0.05	0.05	-1.02	.305
Edad médico (años)	0.00	0.01	0.05	.962
Género médico (varón)	-0.04	0.04	-0.99	.322
Número de médicos EBAP	0.00	0.01	0.39	.697
Número de enfermeros EBAP	-0.00	0.01	-0.08	.934
Número de trabajadores sociales EBAP	-0.04	0.04	-0.95	.344
Población EBAP: <20.000	1.00			
20.000-30.000	0.06	0.06	1.06	.290
>30.000	0.03	0.07	0.51	.608
Año de apertura EBAP	0.00	0.00	1.01	.311
Médico pasa consulta: centro base	1.00			
1 consultorio	-0.04	0.14	-0.32	.749
centro base y 1 consult.	0.20	0.20	1.00	.316
2 consultorios	0.28	0.19	1.46	.144
centro base y > 1 cons.	0.01	0.15	0.10	.924
Número de auxiliares EBAP	0.31	0.17	1.75	.080
Número de pediatras EBAP	omitido			
Número de administrativos EBAP	-0.09	0.11	-0.80	.424

\*Factores de efecto fijo \*\*Error estándar\*\*\* F21 (T.esquizotípico), F24 (T.psicótico inducido), F28 (Otros T.psicóticos) y F29 (Psicosis sin especificación)

**P valor en negrita: significación estadística**

Resumiendo, y dados los valores del coeficiente beta estandarizado, las variables que tendrían una relación directa con el **número total de contactos por problemas de salud mental** serían: el nivel alto (3) de gravedad (que aumentaría esta variable en 1.40 veces) y el nivel medio (2) de gravedad (que la aumentaría en 1.16 veces). Y las variables que tendrían una relación inversa serían: la residencia en dispositivos de FAISEM o en albergues (que disminuiría la variable dependiente en 0.70 veces), los pacientes sin hogar (disminución de la variable en 0.76 veces), el grupo diagnóstico formado por el Trastorno esquizotípico (F21), el Trastorno psicótico inducido (F24), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28) y las Psicosis sin especificación (F29) (este grupo diagnóstico disminuiría esta variable en 0.79 veces), el Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22) (disminución de la variable en 0.80 veces), la convivencia con familia propia (disminución de esta variable dependiente en 0.88 veces) y el diagnóstico de un Trastorno psicótico agudo (F23) (disminución de la variable en 0.89 veces).

**Tabla 90: Resumen interacciones significativas del modelo 1**

Interacciones significativas	Valores Ajustados			
	Coef.	E.E.	Z	P valor
Nivel de Gravedad Bajo # Diagnóstico: T.esquizoafectivo (F25)	-0.43	0.20	-2.13	<b>.033</b>
Diagnóstico: Esquizofrenia (F20) # Convivencia: sin hogar	-0.70	0.24	-2.95	<b>.003</b>
Diagnóstico: T.psicótico agudo (F23) # Convivencia: familia de origen	0.98	0.43	2.29	<b>.022</b>
Diagnóstico: T.psicótico agudo (F23) # Convivencia: familia propia	1.01	0.44	2.30	<b>.021</b>

Dentro de las interacciones, y también según los valores del coeficiente beta estandarizado, la asociación entre el Trastorno psicótico agudo y convivir con familia propia aumentaría el **número total de contactos por problemas de salud mental** en 2.75 veces y la asociación entre éste mismo diagnóstico y convivir con la familia de origen lo aumentaría en 2.66 veces. El diagnóstico de Esquizofrenia (F20) asociado a vivir sin hogar disminuiría esta variable en 0.50 veces y la asociación entre el diagnóstico de un Trastorno esquizoafectivo con el nivel bajo (1) de gravedad lo disminuiría en 0.65 veces.

### **4.3.2 Modelo 2 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número de ingresos en UHSM)**

En este segundo modelo hemos tomado como variable dependiente cuantitativa el logaritmo del número de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica como medición del uso de recursos.

El modelo nulo para el nivel médicos como factor aleatorio fue:  $\text{Chi}^2= 10.14$  y  $p=.000$  y el modelo nulo para el nivel centro de salud como factor aleatorio:  $\text{Chi}^2= 8.76$  y  $p=.000$ . El análisis de regresión lineal múltiple de efectos fijos de este modelo logró explicar un 15.2% de la variabilidad en el uso de recursos sanitarios teniendo como variable dependiente el citado logaritmo del número de ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental ya que el valor del coeficiente  $R^2$  fue de 0.152.

La construcción del modelo queda reflejada en la Tabla 91.

En el análisis multivariante y al ajustar los valores tendrían significación el nivel de gravedad 3. Un mayor tamaño del cupo del médico de atención primaria también aumentaría el número de ingresos. El hecho de que el médico de familia pase consulta en dos consultorios en su práctica clínica también está asociado con un mayor número de ingresos.

Las interacciones significativas entre algunas de estas variables vienen también recogidas en la Tabla 92.

**Tabla 91: Resumen del análisis multivariante del modelo 2**

PREDICTORES (f.e.f.)*	Valores sin ajustar				Valores ajustados			
	Coef.	E.E.**	Z	P valor	Coef.	E.E.	Z	P valor
<b>Nivel de Gravedad:</b> Bajo	1.00				1.00			
Medio	0.04	0.03	1.51	.131	0.04	0.02	1.83	.067
Alto	0.29	0.04	7.49	.000	0.17	0.03	5.88	<b>.000</b>
<b>Diagnóstico:</b> Esquizofrenia (F20)	1.00							
F21,F24,F28,F29***	-0.03	0.06	-0.51	.613				
T. ideas delirantes (F22)	-0.01	0.04	-0.25	.801				
T.psicótico agudo (F23)	0.00	0.05	0.09	.931				
T.esquizoaffectivo (F25)	0.08	0.06	1.53	.125				
<b>Género paciente (varón)</b>	-0.01	0.03	-0.43	.668				
<b>Convivencia paciente:</b> Familia de origen	1.00							
Familia propia	-0.02	0.03	-0.55	.584				
Sólo	-0.01	0.05	-0.08	.939				
FAISEM	0.02	0.04	0.47	.636				
Sin hogar	-0.16	0.10	-1.60	.109				
<b>Estado civil paciente:</b> Soltero	1.00							
Casado/Pareja	-0.01	0.03	-0.39	.700				
Divorc./Separ./Viudo	0.02	0.04	0.52	.603				
<b>Sit. laboral paciente:</b> Trabajando	1.00							
En paro	0.02	0.05	0.44	.662				
Estudiante	0.08	0.06	1.22	.223				
Ama de casa	0.05	0.06	0.77	.442				
Pensionista	0.06	0.04	1.61	.107				
Otros	0.06	0.05	1.19	.232				
<b>Actitud médico:</b> Dimensión 1: Relación	0.00	0.01	0.08	.934				
Dimensión 2: Creencias	-0.00	0.01	-0.02	.983				
Dimensión 3: Formación	-0.01	0.01	-0.68	.498				
<b>Papel activo médico (escala 1-5)</b>	0.00	0.02	0.22	.827				
<b>Visitas SM asistencial (si)</b>	Omitido							
<b>Visita SM formativa (si)</b>	0.02	0.05	0.44	.656				
<b>Comunicación SM y médicos (escala 1-5)</b>	-0.00	0.03	-0.23	.822				
<b>Frecuenc. visita asistencial:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	Omitido							
mensual	Omitido							
<b>Frecuenc. visita formativa:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	-0.01	0.05	-0.29	.774				
mensual	-0.05	0.04	-1.22	.221				
<b>Papel enfermería activo (escala 1-5)</b>	-0.01	0.02	-0.84	.401				
<b>Papel trabajador social activo (escala 1-5)</b>	-0.01	0.02	-0.63	.526				
<b>Edad paciente (años)</b>	-0.00	0.00	-0.95	.343				
<b>Nivel educativo paciente:</b> Sin estudios	1.00							
Primarios	-0.03	0.04	-0.76	.447				
Secundarios	-0.07	0.04	-1.65	.098				
Superiores	-0.03	0.05	-0.64	.519				
<b>Área paciente USMC (norte)</b>	-0.01	0.03	-0.50	.616				
<b>Zona necesidad transformación social (si)</b>	-0.01	0.04	-0.25	.805				
<b>Hábitat del paciente (rural)</b>	0.04	0.04	1.02	.307				
<b>USCM psiquiatra (norte)</b>	0.02	0.03	0.56	.573				
<b>Trabajo con AP del psiquiatra (no)</b>	0.04	0.03	1.50	.133				
<b>Tiempo consulta médico (&gt;7 min.)</b>	0.11	0.07	1.56	.118				
<b>Tamaño cupo médico (&gt;1500)</b>	0.07	0.04	1.89	.058	0.07	0.02	3.14	<b>.002</b>

Vía MIR – Psiquiatra (no)	0.02	0.04	0.37	.710				
Edad psiquiatra (años)	-0.00	0.00	-1.24	.216				
Género psiquiatra (mujer)	0.03	0.12	0.23	.814				
Antigüedad psiquiatra: años plaza>15	1.00							
de 5 a 15 años	0.01	0.05	0.16	.870				
< 5 años	0.06	0.07	0.90	.369				
Comunicación médicos/enfermeros (escala 1-5)	0.04	0.08	0.47	.638				
Comunicación médicos/trab. social (escala 1-5)	0.01	0.02	0.49	.624				
Centro salud EBAP: Trinidad	1.00							
Nueva Málaga	-0.07	0.21	-0.32	.752				
Miraflores	-0.04	0.10	-0.34	.731				
Palma-Palmilla	0.08	0.12	0.68	.494				
Ciudad Jardín	-0.01	0.17	-0.06	.955				
Capuchinos	-0.10	0.07	-1.42	.156				
Alameda-Perchel	-0.05	0.10	-0.46	.642				
Victoria	-0.02	0.08	-0.30	.767				
Limonar	-0.12	0.07	-1.66	.096				
El Palo	0.02	0.07	0.31	.757				
Rincón Victoria	0.00	0.10	0.01	.989				
Colmenar	0.16	0.14	1.14	.254				
Carlinda	-0.12	0.16	-0.73	.468				
Vía MIR – Médico (no)	-0.04	0.04	-1.10	.270				
Tipo contrato médico: fijo	1.00							
sustituto	0.11	0.21	0.51	.607				
interino	-0.06	0.14	-0.40	.689				
otros	-0.09	0.15	-0.58	.559				
Médico tutor (no)	-0.05	0.04	-1.30	.193				
Médico residente a cargo (no)	-0.10	0.04	-2.52	.012	-0.05	0.21	-2.47	<b>0.13</b>
Antigüedad plaza médico (>3 años)	0.00	0.05	.05	.963				
Años desde licenciatura (>=32años)	0.02	0.05	0.50	.620				
Edad médico (años)	-0.00	0.01	-0.03	.973				
Género médico (varón)	-0.00	0.04	-0.04	.970				
Número de médicos EBAP	0.00	0.00	0.94	.348				
Número de enfermeros EBAP	0.00	0.01	0.86	.387				
Número de trabajadores sociales EBAP	0.03	0.04	0.79	.428				
Población EBAP: <20.000	1.00							
20.000-30.000	0.01	0.05	0.13	.899				
>30.000	0.03	0.06	0.55	.583				
Año de apertura EBAP	-0.00	0.00	-1.57	.117				
Médico pasa consulta: centro base	1.00							
1 consultorio	-0.14	0.11	-1.29	.198	-0.10	0.06	-1.51	.132
centro base y 1consult.	-0.04	0.15	-0.25	.802	-0.04	0.09	-0.49	.626
2 consultorios	0.88	0.15	5.76	.000	0.35	0.09	4.01	<b>.000</b>
centro base y > 1 cons.	0.29	0.11	2.53	.011	0.05	0.07	0.77	.441
Número de auxiliares EBAP	-0.26	0.18	-1.41	.157				
Número de pediatras EBAP	0.02	0.02	0.94	.349				
Número de administrativos EBAP	0.01	0.01	0.92	.358				

\*Factores de efecto fijo \*\*Error estándar\*\*\* F21 (T.esquizotípico), F24 (T.psicótico inducido), F28 (Otros T.psicóticos) y F29 (Psicosis sin especificación)

**P valor en negrita: significación estadística**

Resumiendo, y dados los valores del coeficiente beta estandarizado, las variables que tendrían una relación directa con el **número total de ingresos en UHSM** serían: que el médico de atención primaria trabaje en dos consultorios (aumento de esta variable dependiente en 1.42 veces), el nivel alto (3) de gravedad (aumento de esta variable en 1.19 veces) y que el tamaño del cupo del médico de atención primaria sea mayor de 1500 pacientes (aumento de la variable en 1.07 veces).

**Tabla 92: Resumen interacciones significativas del modelo 2**

Interacciones significativas	Valores ajustados			
	Coef.	E.E.	Z	P valor
Nivel de Gravedad Bajo # Tamaño del cupo (>1500)	-0.42	0.10	-4.16	<b>.000</b>
Nivel de Gravedad Medio # Tamaño del cupo (>1500)	0.39	0.10	3.90	<b>.000</b>
Nivel de Gravedad Bajo # Médico residente a cargo (no)	0.21	0.10	2.03	<b>.042</b>
Nivel de Gravedad Bajo # Médico pasa consulta: 2 consultorios	-2.77	0.34	-8.11	<b>.000</b>
Nivel de Gravedad Medio # Médico pasa consulta: 2 consultorios	1.32	0.50	2.66	<b>.008</b>

Dentro de las interacciones, y también tras la estimación del coeficiente beta estandarizado, la asociación entre un nivel medio (2) de gravedad del paciente y que el médico de atención primaria trabajara en dos consultorios aumentaba el **número de ingresos en UHSM** en 3.74 veces, este mismo nivel medio (2) asociado a que el médico de atención primaria tuviera un cupo de más de 1500 pacientes lo aumentaba en 1.48 veces y por último la asociación entre el nivel bajo (1) de gravedad y que el médico de atención primaria no tuviera residente a cargo lo aumentaba en 1.23 veces. Por el contrario, la asociación entre el nivel bajo (1) de gravedad y que el médico de atención primaria trabajara en dos consultorios disminuía el logaritmo del número de ingresos en UHSM en 0.06 veces y la asociación entre este mismo nivel de gravedad y un tamaño del cupo del médico de atención primaria mayor a 1500 pacientes disminuía esta variable en 0.66 veces.

### **4.3.3 Modelo 3 del análisis multivariante (VD: existencia de algún contacto con la red pública de Salud Mental)**

En este tercer modelo hemos tomado una variable dependiente de tipo dicotómica según la existencia o no de algún tipo de contacto con algún recurso sanitario de la red pública de Salud Mental.

El modelo nulo para el nivel médicos como factor aleatorio fue:  $\text{Chi}^2= 25.03$  y  $p=.000$  y el modelo nulo para el nivel centro de salud como factor aleatorio:  $\text{Chi}^2= 18.07$  y  $p=.000$ . El análisis de regresión logística multinivel de efectos mixtos de este modelo logró explicar un 20.8% de la variabilidad en el uso de recursos sanitarios teniendo como variable dependiente dicotómica la anteriormente citada ya que el valor de coeficiente  $R^2$  (pseudo $R^2$  en este caso) fue de 0.208.

La construcción del modelo queda reflejada en la Tabla 93.

En el análisis multivariante y al ajustar los valores tendrían significación estadística con una relación directa el nivel de gravedad medio (2) y la alta valoración del papel activo del médico de atención primaria en el manejo de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Por el contrario, la relación sería negativa, o sea que favorecería que no existiera ningún tipo de contacto, algunas categorías diagnósticas (Trastorno ideas delirantes -F22- y Trastorno psicótico agudo -F23-), y una baja valoración de la comunicación entre el EBAP y la red de Salud Mental. No ha sido posible establecer interacciones significativas entre las distintas variantes.

**Tabla 93: Resumen del análisis multivariante del modelo 3**

PREDICTORES	Valores sin ajustar				Valores ajustados			
	Coef.	E.E.*	Z	P valor	Coef.	E.E.	Z	P valor
<b>Nivel de Gravedad:</b> Bajo	1.00							
Medio	0.98	0.30	3.25	.001	0.76	0.38	1.98	<b>.047</b>
Alto	0.91	0.42	2.16	.031	0.35	0.49	0.70	.481
<b>Diagnóstico:</b> Esquizofrenia (F20)	1.00				1.00			
F21,F24,F28,F29***	-1.09	0.53	-2.09	.037	-1.01	0.53	-1.93	.054
T. ideas delirantes (F22)	-1.38	0.32	-4.32	.000	-1.17	0.35	-3.30	<b>.001</b>
T.psicótico agudo (F23)	-1.16	0.41	-2.84	.004	-1.40	0.40	-3.52	<b>.000</b>
T.esquizoafectivo (F25)	-0.24	0.64	-0.38	.704	0.20	0.76	0.26	.795
<b>Género paciente (varón)</b>	-0.08	0.28	-0.29	.772				
<b>Convivencia paciente:</b> Familia de origen	1.00							
Familia propia	-0.44	0.33	-1.36	.174	-0.55	0.34	-1.62	.105
Sólo	0.10	0.57	0.17	.867	-0.11	0.52	-0.22	.829
FAISEM	-0.99	0.44	-2.27	.023	-0.48	0.46	-1.05	.292
Sin hogar	-0.40	1.07	-0.38	.706	-1.00	0.81	-1.23	.220
<b>Estado civil paciente:</b> Soltero	1.00							
Casado/Pareja	0.31	0.44	0.72	.473				
Divorc./Separ./Viudo	-0.11	0.41	-0.27	.791				
<b>Sit. laboral paciente:</b> Trabajando	1.00							
En paro	-0.37	0.46	-0.81	.419				
Estudiante	-1.01	0.56	-1.80	.072				
Ama de casa	0.15	0.56	0.27	.786				
Pensionista	0.05	0.42	0.11	.911				
Otros	-0.01	0.52	-0.01	.990				
<b>Actitud médico:</b> Dimensión 1: Relación	-0.15	0.10	-1.55	.120				
Dimensión 2: Creencias	0.12	0.11	1.12	.262				
Dimensión 3: Formación	-0.05	0.11	-0.44	.663				
<b>Papel activo médico (escala 1-5)</b>	0.47	0.22	2.14	.032	0.50	0.22	2.27	<b>.023</b>
<b>Visitas SM asistencial (si)</b>	omitido							
<b>Visita SM formativa (si)</b>	-0.10	0.51	-0.19	.846				
<b>Comunicación SM y médicos (escala 1-5)</b>	-0.63	0.29	-2.14	.033	-0.65	0.30	-2.17	<b>.030</b>
<b>Frecuenc. visita asistencial:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	omitido							
mensual	omitido							
<b>Frecuenc. visita formativa:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	0.82	0.88	0.93	.353				
mensual	1.83	1.73	1.06	.291				
<b>Papel enfermería activo (escala 1-5)</b>	-0.08	0.21	-0.39	.700				
<b>Papel trabajador social activo (escala 1-5)</b>	0.07	0.17	0.41	.681				
<b>Edad paciente (años)</b>	-0.02	0.01	-1.50	.134				
<b>Nivel educativo paciente:</b> Sin estudios	1.00							
Primarios	-0.43	0.50	-0.85	.395				
Secundarios	0.42	0.62	0.68	.496				
Superiores	0.71	0.87	0.82	.412				
<b>Área paciente USMC (norte)</b>	-0.31	0.33	-0.95	.342				
<b>Zona necesidad transformación social (si)</b>	-0.12	0.44	-0.27	.787				
<b>Hábitat del paciente (rural)</b>	-0.32	0.45	-0.71	.478				
<b>USCM psiquiatra (norte)</b>	-0.12	0.39	-0.32	.749				
<b>Trabajo con AP del psiquiatra (no)</b>	0.34	0.36	0.94	.349				
<b>Tiempo consulta médico (&gt;7 min.)</b>	-0.96	0.48	-0.20	.842				
<b>Tamaño cupo médico (&gt;1500)</b>	-0.22	0.33	-0.68	.497				

Vía MIR – Psiquiatra (no)	-0.56	0.41	-1.36	.174				
Edad psiquiatra (años)	0.03	0.03	1.14	.254				
Género psiquiatra (mujer)	0.51	1.14	0.45	.655				
Antigüedad psiquiatra: años plaza>15	1.00							
de 5 a 15 años	-0.30	0.42	-0.71	.479				
< 5 años	0.98	0.72	1.36	.173				
Comunicación médicos/enfermeros (escala 1-5)	-0.77	0.41	-1.85	.064				
Comunicación médicos/trab. social (escala 1-5)	0.05	0.22	0.25	.806				
Centro salud EBAP: Trinidad	1.00							
Nueva Málaga	14.86	970.86	0.02	.988				
Miraflores	0.70	1.19	0.59	.555				
Palma-Palmilla	-0.57	3.43	-0.17	.868				
Ciudad Jardín	-0.73	1.68	-0.44	.661				
Capuchinos	-0.93	3.54	-0.26	.791				
Alameda-Perchel	-0.89	2.38	-0.37	.708				
Victoria	0.32	2.40	0.13	.894				
Limonar	0.92	1.17	0.79	.430				
El Palo	-0.89	4.61	-0.19	.846				
Rincón Victoria	omitido							
Colmenar	omitido							
Carlinda	omitido							
Vía MIR – Médico (no)	-0.74	0.33	-2.24	.025	-0.54	0.39	-1.40	.162
Tipo contrato médico: fijo	1.00							
sustituto	12.06	838.63	0.01	.989				
interino	0.48	1.08	0.44	.657				
otros	1.14	0.87	-1.32	.186				
Médico tutor (no)	-0.14	0.38	-0.37	.708				
Médico residente a cargo (no)	-0.12	0.37	-0.31	.753				
Antigüedad plaza médico (>3 años)	-0.05	0.35	-0.14	.890				
Años desde licenciatura (>=32años)	-0.18	0.31	-0.59	.553				
Edad médico (años)	-0.03	0.04	-0.63	.531				
Género médico (varón)	-0.61	0.32	-1.90	.058				
Número de médicos EBAP	0.02	0.05	0.38	.705				
Número de enfermeros EBAP	-0.00	0.05	-0.01	.990				
Número de trabajadores sociales EBAP	-0.46	0.32	-1.45	.147				
Población EBAP: <20.000	1.00							
20.000-30.000	0.78	0.42	1.83	.067				
>30.000	0.01	0.44	0.03	.976				
Año de apertura EBAP	0.00	0.00	1.07	.287				
Médico pasa consulta: centro base	1.00							
1 consultorio	-0.83	0.65	-1.30	.194				
centro base y 1consult.	13.66	1052.08	0.01	.990				
2 consultorios	14.71	1610.68	0.01	.993				
centro base y > 1 cons.	0.19	0.82	0.24	.812				
Número de auxiliares EBAP	1.42	1.30	1.09	.276				
Número de pediatras EBAP	-0.01	0.15	-0.07	.947				
Número de administrativos EBAP	-0.06	0.11	-0.60	.552				

\*Error estándar \*\* F21 (T.esquizotípico), F24 (T.psicótico inducido), F28 (Otros T.psicóticos) y F29 (Psicosis sin especificación)

**P valor en negrita: significación estadística**

Resumiendo, y tras la estimación del coeficiente beta estandarizado, las variables que tendrían una relación directa con la **existencia de algún tipo de contacto con la red pública de Salud Mental** serían: el nivel medio (2) de gravedad que aumentaría esta variable en 2.14 veces y una valoración positiva del papel activo del médico de atención primaria en la asistencia a los pacientes con problemas de salud mental que la aumentaría en 1.65 veces. En cambio, el diagnóstico de Trastorno psicótico agudo (F23) disminuiría esta variable en 0.25 veces, el Trastorno de ideas delirantes persistentes en 0.31 veces y una buena valoración de la comunicación entre los equipos de Salud Mental y los médicos de atención primaria la disminuiría en 0.52 veces.

#### **4.3.4 Modelo 4 del análisis multivariante (VD: logaritmo del número total de visitas al médico de atención primaria)**

En este cuarto modelo (piloto-exploratorio) hemos tomado como variable dependiente cuantitativa el logaritmo del número total de visitas al médico de atención primaria como medición del uso de recursos.

El modelo nulo para el nivel médicos como factor aleatorio fue:  $\text{Chi}^2= 28.59$  y  $p=.000$  y el modelo nulo para el nivel centro de salud como factor aleatorio:  $\text{Chi}^2= 23.49$  y  $p=.000$ . El análisis de regresión lineal múltiple de efectos fijos de este modelo logró explicar un 1.8% de la variabilidad en el uso de recursos sanitarios teniendo como variable dependiente el logaritmo del número total de visitas al médico de atención primaria ya que el valor de coeficiente  $R^2$  fue de 0.018.

La construcción del modelo queda reflejada en la Tabla 94.

En el análisis multivariante y al ajustar los valores, tendría significación estadística pero con una relación inversa (menor número de contactos) el grupo diagnóstico compuesto por el T. esquizotípico (F21), el T. psicótico inducido (F24), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28) y la Psicosis no orgánica sin especificación (F29). Excepto el estado civil soltero, el resto de los distintos estados civiles predispone a un mayor número de visitas al médico de atención primaria en estos pacientes. No aparecen interacciones significativas entre las distintas variantes.

**Tabla 94: Resumen del análisis multivariante del modelo 4**

PREDICTORES (f.e.f.)*	Valores sin ajustar				Valores ajustados			
	Coef.	E.E.**	Z	P valor	Coef.	E.E.	Z	P valor
<b>Nivel de Gravedad:</b> Bajo	1.00							
Medio	0.06	0.05	1.26	.208				
Alto	-0.09	0.06	-1.38	.168				
<b>Diagnóstico:</b> Esquizofrenia (F20)	1.00				1.00			
F21,F24,F28,F29***	-0.29	0.12	-2.49	.013	-0.29	0.12	-2.45	<b>.014</b>
T. ideas delirantes (F22)	0.02	0.07	0.29	.769	-0.01	0.07	-0.12	.905
T.psicótico agudo (F23)	-0.06	0.07	-0.76	.450	-0.08	0.07	-1.05	.295
T.esquizoafectivo (F25)	0.04	0.08	0.44	.660	0.10	0.08	0.12	.901
<b>Género paciente (varón)</b>	-0.10	0.04	-2.45	.014				
<b>Convivencia paciente:</b> Familia de origen	1.00							
Familia propia	0.11	0.05	2.23	.026				
Sólo	0.05	0.07	0.83	.470				
FAISEM	0.07	0.08	0.94	.348				
Sin hogar	0.03	0.17	0.17	.867				
<b>Estado civil paciente:</b> Soltero	1.00				1.00			
Casado/Pareja	0.11	0.05	2.13	.033	0.12	0.05	2.11	<b>.035</b>
Divorc./Separ./Viudo	0.14	0.06	2.20	.028	0.14	0.06	2.15	<b>.032</b>
<b>Sit. laboral paciente:</b> Trabajando	1.00							
En paro	-0.03	0.07	-0.35	.729				
Estudiante	-0.06	0.10	-0.57	.566				
Ama de casa	0.07	0.10	0.73	.467				
Pensionista	0.04	0.06	0.66	.508				
Otros	-0.10	0.08	-1.23	.220				
<b>Actitud médico:</b> Dimensión 1: Relación	-0.00	0.01	-0.19	.846				
Dimensión 2: Creencias	-0.01	0.02	-0.64	.519				
Dimensión 3: Formación	-0.02	0.02	-0.94	.349				
<b>Papel activo médico (escala 1-5)</b>	0.02	0.04	0.49	.624				
<b>Visitas SM asistencial (si)</b>	Omitido							
<b>Visita SM formativa (si)</b>	0.04	0.08	0.52	.604				
<b>Comunicación SM y médicos (escala 1-5)</b>	0.02	0.04	0.42	.677				
<b>Frecuenc. visita asistencial:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	Omitido							
mensual	Omitido							
<b>Frecuenc. visita formativa:</b> no/ocasional	1.00							
algunas veces año	-0.00	0.10	-0.03	.976				
mensual	0.02	0.07	0.28	.781				
<b>Papel enfermería activo (escala 1-5)</b>	-0.03	0.03	-1.06	.289				
<b>Papel trabajador social activo (escala 1-5)</b>	0.02	0.03	0.63	.526				
<b>Edad paciente (años)</b>	0.00	0.00	2.01	.044				
<b>Nivel educativo paciente:</b> Sin estudios	1.00							
Primarios	-0.03	0.06	-0.60	.550				
Secundarios	-0.10	0.06	-1.52	.129				
Superiores	-0.16	0.08	-1.96	.050				
<b>Área paciente USMC (norte)</b>								
<b>Zona necesidad transformación social (si)</b>	0.14	0.06	2.25	.024				
<b>Hábitat del paciente (rural)</b>	-0.06	0.07	-0.86	.390				
<b>USCM psiquiatra (norte)</b>	0.05	0.05	1.14	.255				
<b>Trabajo con AP del psiquiatra (no)</b>	0.07	0.04	1.53	.126				
<b>Tiempo consulta médico (&gt;7 min.)</b>	0.02	0.06	0.30	.760				
<b>Tamaño cupo médico (&gt;1500)</b>	-0.10	0.05	-1.85	.064				

Vía MIR – Psiquiatra (no)	0.02	0.05	0.33	.741
Edad psiquiatra (años)	0.00	0.00	0.40	.686
Género psiquiatra (mujer)	0.17	0.23	0.74	.458
Antigüedad psiquiatra: años plaza>15	1.00			
de 5 a 15 años	0.02	0.05	0.42	.672
< 5 años	0.08	0.09	0.96	.337
Comunicación médicos/enfermeros (escala 1-5)	0.01	0.12	0.15	.883
Comunicación médicos/trab. social (escala 1-5)	0.04	0.03	1.13	.260
Centro salud EBAP: Trinidad	1.00			
Nueva Málaga	-0.07	0.12	-0.60	.547
Miraflores	-0.00	0.12	-0.03	.973
Palma-Palmilla	0.09	0.10	0.89	.376
Ciudad Jardín	-0.13	0.10	-1.39	.164
Capuchinos	0.09	0.10	0.85	.395
Alameda-Perchel	-0.22	0.10	-2.09	.036
Victoria	0.09	0.09	0.96	.337
Limonar	-0.14	0.10	-1.35	.178
El Palo	-0.02	0.09	-0.26	.793
Rincón Victoria	-0.09	0.09	-1.01	.314
Colmenar	0.15	0.27	0.56	.547
Carlinda	-0.02	0.23	-0.08	.940
Vía MIR – Médico (no)	-0.06	0.06	-1.05	.292
Tipo contrato médico: fijo	1.00			
sustituto	-0.08	0.26	-0.31	.756
interino	-0.23	0.19	-1.23	.219
otros	0.49	0.27	1.82	.068
Médico tutor (no)	-0.00	0.06	-0.10	.919
Médico residente a cargo (no)	-0.06	0.06	-0.98	.328
Antigüedad plaza médico (>3 años)	0.00	0.08	0.03	.975
Años desde licenciatura (>=32años)	-0.06	0.05	-1.22	.222
Edad médico (años)	-0.00	0.01	-0.82	.414
Género médico (varón)	0.00	0.06	0.02	.982
Número de médicos EBAP	0.00	0.01	0.34	.733
Número de enfermeros EBAP	0.00	0.00	0.27	.784
Número de trabajadores sociales EBAP	0.01	0.06	0.27	.788
Población EBAP: <20.000	1.00			
20.000-30.000	0.02	0.07	0.27	.790
>30.000	-0.02	0.08	-0.22	.823
Año de apertura EBAP	0.00	0.00	0.86	.687
Médico pasa consulta: centro base	1.00			
1 consultorio	-0.14	0.18	-0.73	.463
centro base y 1consult.	-0.16	0.23	-0.67	.504
2 consultorios	0.04	0.22	0.20	.842
centro base y > 1 cons.	-0.02	0.16	-0.13	.899
Número de auxiliares EBAP	-0.29	0.21	-1.38	.168
Número de pediatras EBAP	0.00	0.03	0.02	.985
Número de administrativos EBAP	0.00	0.02	0.02	.983

\*Factores de efecto fijo \*\*Error estándar\*\*\* F21 (T.esquizotípico), F24 (T.psicótico inducido), F28 (Otros T.psicóticos) y F29 (Psicosis sin especificación)

**P valor en negra: significación estadística**

Resumiendo, y según las cifras del coeficiente beta estandarizado, las variables que tendrían una relación directa con el **número total de visitas al médico de atención primaria** serían: estar divorciado, separado o viudo (aumentaría esta variable en 1.15 veces) y estar casado o vivir en pareja (que aumentaría esta variable en 1.13 veces). Por el contrario la relación con el grupo diagnóstico formado por el Trastorno esquizotípico (F21), el Trastorno psicótico inducido (F24), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28) y las Psicosis sin especificación (F29) disminuiría esta variable en 0.75 veces.

## 5. DISCUSIÓN



Como se ha señalado en el capítulo de Objetivos, esta Tesis Doctoral fue diseñada con el propósito de conocer los factores asociados a la utilización de servicios sanitarios que realizan los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

Este capítulo de Discusión se ha dividido en dos grandes apartados. En el primero se comentan los aspectos relacionados con la metodología del estudio, abordándose lo relacionado con el diseño del estudio, la muestra, las medidas de las variables y las estrategias de análisis. En el segundo se procede a la discusión en sí de los resultados. Por último se abordan las limitaciones del estudio y las perspectivas futuras en este campo.

## **5.1 De la metodología**

### **5.1.1 Del diseño del estudio**

En lo concerniente al diseño del estudio, esta investigación consistió en una evaluación de la utilización de los recursos asistenciales de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines y los factores asociados a este uso. Para ello, y siguiendo lo planteado en el Marco Teórico, hemos utilizado un enfoque transversal para evaluar el uso global de los servicios sanitarios, durante un periodo de tiempo determinado.

A partir del desarrollo de la atención comunitaria en el ámbito de la salud mental, los pacientes con trastorno mental grave están en tratamiento no sólo a nivel hospitalario, sino también a nivel ambulatorio, por lo que es complicado, y por tanto no muy frecuente, que los estudios sobre utilización de servicios incluyan la mayoría de servicios sanitarios a los que acude los pacientes con trastornos mental grave. En este estudio se ha asignado a cada paciente su historial de contactos con los servicios sanitarios, a lo largo de un periodo de tiempo, en nuestro caso de un año de seguimiento. Por lo tanto, se presenta una medida global de los contactos que han tenido estos pacientes, de forma que hemos podido incluir todos los servicios a los que los pacientes acuden para recibir atención. Una de las fortalezas de nuestro estudio es que ha intentado analizar de forma global el uso de servicios sanitarios por parte de personas con esquizofrenia y trastornos afines.

Este estudio se ha realizado en un área de Andalucía, comunidad autónoma en la que se ha completado plenamente la reforma psiquiátrica y en la que los servicios de Salud Mental son un elemento más del sistema general de atención sanitaria, situándolos como dispositivos especializados, pero con una ligazón especial con la atención primaria de salud, confiriendo a esta última un protagonismo especial en la intervención sobre problemas de salud mental ya que son la puerta de acceso de todos los pacientes al nivel de atención especializada (Vázquez-Barquero, García & Torres-González, 2001; Tizón, 2004). Además, el sector público dispone de la práctica totalidad de servicios asistenciales comunitarios existentes para atender a este tipo de población. El territorio andaluz se encuentra sectorizado en zonas sanitarias geográfica y administrativamente delimitadas, de las que se dispone de datos sociodemográficos y estadísticas oficiales de la población general. Por ello, Andalucía se presenta como un territorio idóneo para realizar estudios de investigación sobre personas en tratamiento y que se puede acercar a la realidad asistencial de la población.

Por otra parte, y como en nuestro caso consideramos que podíamos tener varios niveles en los que se podrían estar agrupados los datos: paciente, médico de atención primaria y centro de salud, fue necesario analizar el estudio de la jerarquía entre los distintos grupos de variables. Estos modelos de análisis estadístico son necesarios para aquellos casos en los que los datos están agrupados en estructuras jerárquicas, y en la que se analiza la influencia de uno de los niveles mientras que se controla por el efecto de otro nivel [*coeteris paribus*] (Drukker et al., 2004). Los modelos multinivel se

comenzaron a utilizar en el ámbito educativo ya que estos datos presentaban una estructura de clústeres (por centros educativos). Posteriormente se han aplicado a la evaluación de servicios sanitarios en general (Goldstein & Spiegelhalter, 1996; Martínez-Cañavate, 2007) y de los servicios de Salud Mental en particular (Drukker et al., 2004; Moreno-Küstner et al., 2011).

### **5.1.2 De la muestra del estudio**

Es importante destacar que la muestra de este estudio se ha extraído a partir de los pacientes censados en las bases de datos clínicos, por lo que tanto la selección de los pacientes incluidos en el estudio, así como las variables analizadas, son aquellas recogidas en la práctica clínica habitual. Este hecho presenta ventajas y limitaciones que han influido en los resultados del estudio.

Una de las fortalezas de este estudio es que la muestra principal de pacientes está seleccionada a partir del estudio RESMA, el cual tenía como objetivo determinar la prevalencia de la esquizofrenia en el área de la UGC-SM del HRU (Moreno-Küstner et al., 2014) y para ello la identificación de los casos fue exhaustiva, incluyéndose pacientes desde una gran diversidad de bases de datos clínicos e informantes claves. Son pocos los estudios que utilizan una gran diversidad de fuentes de información clínicas, como se ha hecho en este caso, para la selección de la muestra de estudio. Además la información sobre los pacientes, tanto clínica como sociodemográfica ha sido revisada y contrastada por lo que se puede considerar válida y fiable.

La muestra inicial de 1443 pacientes correspondía a todos los pacientes en tratamiento y residentes en el área de estudio y con diagnóstico actualizado de esquizofrenia y trastornos afines. Como se ha dicho anteriormente, para cada uno de los modelos, hemos utilizado un número de casos diferente que estaba en relación con la disponibilidad de dicha información o también con el número de pacientes que cumplían el criterio de la variable dependiente. De esta forma, para el modelo 1, contamos con una muestra de 1145, ya que se desconocía la información del número de contactos con los dispositivos de Salud Mental de 298 pacientes. Para el modelo 2, incluimos a todos los pacientes que tuvieron algún ingreso en la UHSM, aunque este

número de pacientes fue de 96. Respecto a los pacientes en contacto con los servicios de Salud Mental, que como era de esperar debido al diagnóstico que estamos estudiando suponía el 87%, lo que nos indica que un alto porcentaje están en seguimiento en el nivel especializado de Salud Mental. Por último, para el modelo 4, se seleccionó una submuestra de 494 pacientes, que forman parte de otro estudio, actualmente en desarrollo, para analizar las visitas de los pacientes con esquizofrenia a los médicos de atención primaria. Aquí se presenta solamente un pilotaje del mismo, con un análisis exploratorio.

En cuanto a los médicos de atención primaria, de los 188 médicos que trabajaban en el área de estudio, conseguimos que participaran en el estudio 145, lo que constituía el 77% de los médicos. Esta fue la muestra para la evaluación psicométrica del cuestionario de las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. La muestra de los médicos de familia para el análisis de los factores de los médicos asociados al uso de servicios sanitarios fue de aquellos que tenían pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines incluidos en el estudio (N=102).

### **5.1.3 De la recogida de las variables**

#### **Variables de los pacientes**

La recogida de datos de las variables relacionadas con los aspectos clínicos y sociodemográficos de los pacientes se llevó a cabo directamente de la historia clínica informatizada de los mismos. Solamente en aquellos casos que no se disponía de información fundamental hubo que recurrir a la entrevista personal con el psiquiatra del paciente e incluso a través del propio paciente.

Respecto al diagnóstico clínico, este fue confirmado por el propio profesional de referencia siguiendo los criterios de la CIE-10. En cuanto al nivel de gravedad decidimos hacer una variación sobre la escala de cuatro niveles previamente utilizada

(Moreno-Küstner et al., 2011) agrupando los niveles más graves (3 y 4) dada la poca frecuencia de este último nivel lo que hubiera dado lugar a problemas a la hora de encontrar significación estadística. Además, los criterios clínicos de ambos niveles se encuentran en parte solapados y los requerimientos a la hora de prestar atención sanitaria y social son muy similares. Éste es un índice que se asigna a cada paciente en su historial clínico por su psiquiatra según una serie de criterios como son la severidad de los síntomas, la evolución del trastorno, el ajuste social, el nivel de incapacidad y la adherencia al tratamiento. Como ya hemos señalado anteriormente estos niveles de gravedad presentan una buen coeficiente de fiabilidad test-retest (Moreno-Küstner et al., 2011).

En este estudio, para medir el uso de servicios sanitarios, o sea nuestra variable dependiente hemos incluido la mayoría de dispositivos asistenciales a los que puede asistir una persona con esquizofrenia y trastornos afines. Son pocos los estudios que se desarrollan en un área geográficamente definida y que incluyen todo tipo de dispositivos asistenciales de dicha área. Como concluyen Goldner, Hsu, Waraich y Somers (2002) es necesario disponer de datos epidemiológicos a partir de estudios realizados en áreas locales para conocer la verdadera magnitud del problema, en cada ámbito de actuación y así adecuar las intervenciones a las necesidades de los pacientes (Moreno-Küstner et al., 2014).

### **Variables de los profesionales**

Las variables relacionadas con el profesional sanitario, tanto del psiquiatra como del médico de atención primaria se recogieron mediante el uso de cuestionarios dirigidos específicamente a cada uno de los colectivos estudiados. Los cuestionarios autocumplimentados tienen una alta fiabilidad que ha sido ya documentada (Charles, Birtt & Valente, 2006). No obstante, también existen posibles sesgos que pueden afectar a la recogida de la información. Uno de los aspectos a tener en cuenta es el propio desconocimiento que pueden tener los facultativos en relación a su práctica clínica. Relacionado con esto está también el sesgo de memoria por el cual los profesionales tienen dificultad para recordar su actividad. Este tipo de sesgo se intenta controlar usando preguntas que no excedan de un tiempo razonable, aunque si el tiempo analizado

fuese demasiado corto podríamos caer en un sesgo de estacionalidad. A estos sesgos se añade el aspecto relacionado con la llamada deseabilidad social, en la que el facultativo tiende a transformar su realidad en lo que considera un comportamiento óptimo. Además, existen aspectos sujetos a un cierto grado de subjetividad del profesional, en este caso el médico de atención primaria, como puede ser el tiempo medio dedicado por paciente (Wilson & Childs, 2002). Para conocer la fiabilidad de algunas respuestas relacionadas con el proceso, probablemente se hubiera requerido disponer de informaciones adicionales, que a su vez hubiesen supuesto un incremento del coste del estudio difícilmente abordable.

### **Variables de la organización**

La información relativa al equipo de atención primaria se recogió mediante un cuestionario que se dirigió a los directores de los centros de salud y donde se incluían datos tanto relacionados con la estructura del propio equipo (población, número de profesionales por categoría, etc.) como aspectos relacionados con la atención a los pacientes con problemas de salud mental, la implicación de los distintos profesionales y el tipo de comunicación y relación con el equipo de Salud Mental comunitaria de referencia. Los aspectos estructurales sobre personal adscrito al centro y año de apertura fueron cotejados con los datos procedentes de la administración sanitaria.

#### **5.1.4 De la evaluación psicométrica del cuestionario de actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Se ha realizado una adaptación y su correspondiente evaluación psicométrica del cuestionario sobre actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental de Arrillaga Arizaga et al. (2004) con dos objetivos principales. En primer lugar, lo hemos adaptado para evaluar exclusivamente las actitudes y conocimientos de los médicos de atención primaria

respecto a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Esta es una diferencia sustancial respecto al cuestionario original de Arrillaga Arizaga et al., (2004) debido a que éste estaba diseñado para todo el personal sanitario de los centros de atención primaria. Y en segundo lugar, hemos seleccionado solamente aquellos ítems que medían los aspectos relacionados con la formación de los médicos respecto a la esquizofrenia y trastornos afines, mientras que en el cuestionario de Arrillaga Arizaga se evaluaban los conocimientos y actitudes sobre trastornos mentales en general.

En cuanto a los resultados de la evaluación psicométrica de la nueva versión del cuestionario se ha comprobado que cumplía con buenos criterios de validez y fiabilidad. Únicamente tendría como limitación el hecho de que estaría aún pendiente su evaluación para valorar la fiabilidad test-retest.

### **5.1.5 Del análisis estadístico**

Para cerrar la discusión de la metodología y centrándonos en los aspectos relacionados con la estrategia del análisis estadístico destacaríamos como primer punto el hecho de que fue necesario, en tres de los cuatro modelos que nos planteamos, transformar la variable dependiente por su logaritmo, ya que para usar la regresión lineal múltiple se requería la normalidad de la variable dependiente. Con esta transformación se consiguió que la variable se aproximara con éxito a la normalidad.

El estudio en tres niveles (pacientes, médicos de atención primaria y centros de salud) como el que hemos llevado a cabo es factible desde el punto de vista estadístico y de software, aunque la complejidad del análisis se incrementa debido a la necesidad de estudiar más componentes debido al mayor número de interacciones entre variables y niveles. Este hecho además conlleva la necesidad de que la muestra sea mayor para minimizar la posibilidad de no detectar la interacción entre los distintos niveles por tener una muestra demasiado pequeña (Kreft & De Leeuw, 1998).

El análisis multivariante nos permitió estudiar simultáneamente los distintos grupos de variables controlando la falta de independencia de los datos observacionales dentro de cada grupo. Además, con este tipo de análisis, pudimos estimar coeficientes

de regresión de mayor fiabilidad que nos permitió detectar la variabilidad de la utilización.

## **5.2 De los resultados**

### **5.2.1 Del análisis descriptivo**

En primer lugar se discute el análisis de la muestra de pacientes objeto del estudio tanto en sus características sociodemográficas y clínicas, así como su utilización de servicios. Además, se procede a discutir las características de los médicos de atención primaria, los psiquiatras y los centros de salud.

#### **5.2.1.1 De los pacientes**

##### **Variables sociodemográficas**

La edad media de los pacientes del estudio fue de 45.4 años con una desviación estándar de  $\pm 13$  años similar a la encontrada por Moreno-Küstner et al. (2011) que obtuvo una edad media de  $43.9 \pm 13.23$  años y por Sørgaard et al. (2003) con una edad media de  $39 \pm 9$ . Es probable que estas edades medias relativamente avanzadas no se repitiesen si este tipo de estudio se realizase en países en vías de desarrollo con poblaciones más jóvenes, pero no hemos encontrado ningún estudio similar en estos países para corroborar esta suposición.

La población analizada por nosotros presenta una clara mayoría de varones (64%) frente a mujeres, aspecto que ya ha sido descrito en nuestro medio en otras ocasiones (Moreno-Küstner, 2003, 2009, 2011) así como en otras poblaciones: Sørgaard et al. (2003) encontró una distribución entre géneros similar a la descrita en nuestro

estudio en un estudio multicéntrico en los países nórdicos y Pezzimenti (2005) en un estudio realizado en Cataluña.

La alta presencia de pensionistas (un 38%) en la población analizada podría parecer en discordancia dada las edades medias a las que nos hemos referido, pero estaría en relación no con las edades de la población analizada si no con la frecuencia con que esta población termina con altos grados de discapacidad y secundariamente a ello con prestaciones económicas no contributivas. Estos datos se han reflejado de forma similar en el estudio de Moreno-Küstner e al. (2011).

El estado civil mayoritario (solteros en un 64.7%) y el tipo de convivencia más frecuente (en familia en un 77%, siendo mayoritarios los que lo hacen con sus familias de origen -52.9%-) también estarían en relación con el apartado anterior, debido a las dificultades para tener autonomía a nivel económico y con ello disminuir las posibilidades de formar una familia propia, al ser trastornos que se suelen iniciar en edades precoces de la vida y que en algunos casos conlleva un importante grado de incapacidad para el desarrollo de actividades de tipo laboral. En los estudios consultados se ha constatado el hecho de que sean mayoritariamente solteros (Moreno-Küstner et al., 2011, Sørgaard et al., 2003, Pezzimenti, 2005, Roick et al., 2004). En cambio, en cuanto al tipo de convivencia si existen diferencias, ya que los estudios encontrados en países mediterráneos si se encuentra esa predominancia de convivencia en familia (Moreno-Küstner et al., 2011, Pezzimenti, 2005), mientras autores como Sørgaard et al. (2003) encuentran un predominio de pacientes que viven solos (61%). Probablemente estas diferencias se encuentren motivadas por diferencias de orden cultural y estilos de vida así como probablemente también con posibles diferencias en los modelos de atención sanitaria y en los recursos existentes en cada uno de esos modelos.

### **Variables clínicas**

En cuanto a las variables clínicas solo hemos utilizado dos en este estudio. Por un lado el diagnóstico clínico y por otro el nivel de gravedad de los pacientes. El diagnóstico más frecuente (62.4%) fue la Esquizofrenia (F20) seguido muy de lejos por

el Trastorno de ideas delirantes (F22) con un 16.4%. Estos porcentajes diagnósticos son muy similares a los encontrados ya en nuestra provincia (Moreno-Küstner et al., 2011), pero difieren de forma ostensible del estudio llevado a cabo por Fleury et al. (2010). Estos autores realizan un trabajo de investigación en Canadá con una muestra de 140 pacientes encontrando como patología predominante con un porcentaje muy alto (42.1%) el trastorno esquizoafectivo. No sabríamos si atribuir esta diferencia a que en este estudio se utilizó como método diagnóstico la CIE 9, o que uno de los criterios de exclusión fue la gravedad del trastorno (por ello quizá los casos más graves coincidentes con cuadros de esquizofrenia no entraron al estudio) o el hecho de que uno de los criterios de inclusión fuese la necesidad de un ingreso en el año previo, con lo cual se podría haber favorecido el reclutamiento de cuadros con un carácter más estacional como los trastornos esquizoafectivos.

En nuestro estudio los niveles de gravedad bajo (nivel 1) y medio (nivel 2) tenían una frecuencia similar (entre el 40% y 43% respectivamente), mientras que el nivel alto (nivel 3) presentaba una tasa del 16.9%. En un estudio de Moreno-Küstner et al. (2011) se hallaron cifras parecidas (50.6%, 36.9% y 12.5% para cada nivel respectivamente) y además también se constató la dificultad para obtener este dato de la mayor parte de la muestra.

### **Variables de uso de servicios sanitarios**

Del total de pacientes (N=1443) el 93.2% había tenido algún tipo de contacto con los servicios sanitarios durante ese año teniendo lugar la mayor parte de ellos en la red de asistencia pública de Salud Mental, en concreto un 87% del total. En un estudio similar, pero con una muestra de estudio donde se incluyeron los trastornos afectivos bipolares y las depresiones psicóticas además de la esquizofrenia y trastornos afines, se encontró un porcentaje algo mayor (21.9%) de los pacientes sin ningún contacto durante un año (Carr et al., 2003). Esto sería justificable en el hecho de que en los cuadros bipolares son frecuentes los largos periodos de estabilización y en esos intervalos de estabilidad los pacientes pueden no acudir a la consulta de Salud Mental.

En cuanto al tipo de dispositivo de la red pública donde tuvo lugar el contacto y teniendo en cuenta a toda la población incluida en el estudio (N=1443), el 81.4 % tuvo algún contacto en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, mientras que el 7% fue hospitalizado en algún momento durante ese año (un 6.7% en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y un 0.3% en la Comunidad Terapéutica). Estos valores son parcialmente similares a los encontrados en investigaciones previas, aunque el número de pacientes que han tenido alguna hospitalización en nuestro estudio parecen inferiores a los estudios encontrados. Los resultados, por ejemplo hallados por el Gobierno de Australia (Australian Government, 2011) dan unas cifras del 34.8% para la hospitalización y del 82.2% para la asistencia en los Centros de Salud Mental Comunitaria. En un estudio previo también en Australia se hallaron cifras algo más altas para la hospitalización en Unidades de Salud Mental (43.4%) y más bajas para la atención comunitaria (59.6%) (Carr et al., 2003). En un estudio realizado en la provincia de Málaga se hallaron datos más similares a los hallados en nuestro estudio, 88.4% para la asistencia comunitaria y 14.8% para la hospitalización (Moreno-Küstner et al., 2009). Las posibles causas de la baja tasa de pacientes hospitalizados a lo largo de un año en nuestro estudio seguramente tendrán que ver con un sistema de trabajo muy volcado en la psiquiatría comunitaria donde se tiende a evitar en la medida de lo posible la hospitalización del paciente, hallazgos en este sentido han sido reportados por Tibaldi et al. (2005). Estos autores consideran que la baja tasa de hospitalización es típica de los modelos de atención volcados en la asistencia a nivel comunitaria. Además de este factor, podrían influir otros aspectos como la escasez de camas hospitalarias para estos pacientes y por tanto la existencia de un cierto control y presión hacia la hospitalización de estos pacientes.

### **5.2.1.2 De los profesionales**

#### **De los médicos de atención primaria**

El perfil de los médicos de atención primaria incluidos en el estudio (muestra de 102 médicos de atención primaria) sería el de un profesional de unos 50 años de edad

media (50.5 con una desviación estándar de  $\pm 5.12$ ) con un predominio de varones (64.7%) distribuidos entre los trece Equipos Básicos de Atención Primaria que conformaban el área de estudio. Su antigüedad media en su puesto de trabajo sería de 7.2 años con una desviación estándar (d.e.) de  $\pm 8.03$  pero con un predominio hacia los médicos con pocos años en la plaza de trabajo (probablemente porque de forma previa al estudio se había producido un proceso de oposición y consolidación de puestos de trabajo dentro del Servicio Andaluz de Salud). El tiempo transcurrido desde la terminación de la licenciatura era alto (27 años de media) lo cual sería compatible con la edad media de la muestra. Mayoritariamente tenían un puesto fijo dentro de la administración sanitaria (96%) aspecto que también estaría en relación con la cercanía de la fecha del estudio con una convocatoria de proceso selectivo de personal dentro del SAS.

Esta edad media alta de los médicos de atención primaria también ha marcado el hecho de que la formación vía MIR a la hora de la especialización no sea la mayoritaria dentro de la muestra (45%). Por otra parte, solo el 35.3% era tutor acreditado y solo el 38.6% había tenido algún residente a cargo durante los últimos tres años.

El lugar de consulta habitual era mayoritariamente el centro base (90.2%), siendo el tiempo medio que consideraban que dedicaban a cada paciente entre 6 y 8 minutos en un 62.7% de los casos. Decidimos agrupar esta variable en tres niveles a la hora de hacerla operativa y racionalizar posteriormente el trabajo estadístico. El tamaño del cupo también lo decidimos dicotomizar encontrando dos grupos al 50% estableciendo el límite divisorio entre ambos grupos en 1500 pacientes.

En cuanto a la variable sobre la actitud de los médicos de atención primaria se procedió a analizar ésta usando el cuestionario sobre actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental. Se medían tres dimensiones: la primera era la relación del facultativo con la Unidad de Salud Mental Comunitaria, la segunda la existencia de creencias erróneas y de estigmas sobre la enfermedad mental y la tercera y última la percepción sobre la formación en salud mental, esquizofrenia y trastornos afines. Encontramos unas puntuaciones más altas en la primera dimensión, que valoraba de forma bastante satisfactoria la relación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (12.66 de media sobre una puntuación total

máxima posible de 15), siendo la percepción de la formación peor valorada (8.56 sobre una puntuación máxima posible de 15).

De forma indirecta se podrían utilizar algunos estudios para intentar comparar las actitudes del médico de atención primaria hacia el enfermo mental. Por ejemplo, Arrillaga Arizaga et al. (2004) aun cuando evalúan otros factores en su cuestionario, encuentran al contrario que nosotros una valoración insatisfactoria de la atención que prestan los Centros de Salud Mental a los pacientes. Además la relación entre la Unidad de Salud Mental Comunitaria y el personal de atención primaria fue valorada como insuficiente. En cambio, en algunos otros lugares, como en Cataluña, donde si existe un nivel de cooperación establecido entre ambos niveles, la valoración de los médicos de atención primaria de esta relación es considerada como óptima, a pesar de algunas dificultades encontradas como por ejemplo la accesibilidad (Luciano Devis et al., 2009). Estos datos sobre la relación y comunicación existente entre ambos niveles es importante, ya que algunos autores como Jones, Vahia, Cohen, Hindi y Nurhussein (2009), consideran que para que la atención que reciban los pacientes adultos con esquizofrenia por parte de los médicos de atención primaria sea de mejor calidad, probablemente la relación entre ambos niveles es más importante que la existencia de estigmas en los profesionales sanitarios.

En el estudio de Arrillada Arizaga et al. (2004) por otra parte se obtienen datos en el sentido de que los médicos de su estudio (procedentes del País Vasco) valoran de forma negativa su formación en los aspectos de salud mental y por ello apuntan a la necesidad de más formación en esta materia. Es probable que la diferencia en la puntuación de los valores de la relación con el Centro de Salud Mental y la asistencia que en ellos se presta se deba a la falta de un modelo colaborativo de atención a la salud mental entre los distintos niveles de atención sanitaria, dado que en ningún momento se menciona en el artículo la existencia de modelos de trabajo colaborativo en esa zona y en esas fechas y además se concluye con la necesidad de establecer más pautas de trabajo que apunten a ese sentido primando sobre todo la bidireccionalidad en la relación entre ambos niveles.

## **De los psiquiatras**

El perfil de los psiquiatras que formaron parte del estudio (N=23) fue el de un profesional de unos 52 años de media (52 años con una desviación estándar de  $\pm 8.47$ ), mayoritariamente varones (69.6%) distribuidos de forma uniforme entre las dos Unidades de Salud Mental Comunitaria pertenecientes al área de estudio (Málaga-Centro y Málaga-Norte) y que en un 52% habían accedido a la especialización en psiquiatría por vías distintas al sistema MIR.

En cuanto a la realización de un trabajo coordinado con los Equipos Básicos de Atención Primaria dentro del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones solo el 26.1% realizaba este tipo de tareas. Este tipo de trabajo conlleva una especial relación con los facultativos de atención primaria y aunque este proceso asistencial no forma parte de la asistencia al trastorno mental grave (que tiene otro proceso asistencial integrado independiente dentro del sistema de trabajo propuesto por el Servicio Andaluz de Salud) sí consideramos que podría servir como un indicador indirecto de las relaciones entre ambos niveles de atención y por ello favorecer también la comunicación con respecto al trastorno mental grave.

En relación a la muestra de profesionales psiquiatras, hemos encontrado que las variables sociodemográficas y profesionales valoradas en los psiquiatras son muy similares a las medidas para los médicos de atención primaria (edad, género y formación vía MIR), teniendo ambos grupos un perfil sociodemográfico similar.

### **5.2.1.3 De la organización sanitaria**

El perfil de las variables estructurales de los Equipos Básicos de Atención Primaria sería la de un dispositivo que atiende a una media de 23548 habitantes con una desviación estándar de  $\pm 9411$ . Excepto uno de ellos (Colmenar) el resto cubre una población de características fundamentalmente urbanas.

La media de médicos de atención primaria existente en cada uno de los EBAP es de 13.5 con una desviación estándar de  $\pm 4.52$ . La media de enfermeros sería de 12.8 con una desviación estándar de  $\pm 4.32$  y la de auxiliares de enfermería de 1.7 con una desviación estándar de  $\pm 0.58$ . Y en cuanto a la existencia de trabajador social en los equipos, en prácticamente la mitad de ellos (53%) el trabajador social es compartido con otros dispositivos mientras que en el 46% el trabajador social trabaja a jornada completa en dicho dispositivo. Estos valores se encuentran dentro de los parámetros normales de los equipos de Atención Primaria pertenecientes al distrito sanitario Málaga-Guadalhorce al que pertenecen, según los datos recabados de dicha organización sanitaria.

Por otra parte, en todos los EBAP existían visitas de carácter asistencial por parte de profesionales de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia. En cambio, las visitas de carácter formativo en los EBAP por parte también de los profesionales de las USMC no estaban tan universalizadas y en 3 de los 13 equipos (23%) estas no se llevaban a cabo. En lo que si había diferencias entre los EBAP era en el número de visitas tanto formativas como asistenciales. La existencia de este tipo de reuniones/visitas probablemente influía en que mayoritariamente se valorara de forma buena o muy buena la comunicación asistencial entre ambos niveles y solo en un caso se valorara como regular.

Este tipo de trabajo conjunto como antes se ha referido se viene llevando a cabo dentro del PAI ADS (Junta de Andalucía, 2011) por parte de las dos Unidades de Salud Mental Comunitaria con sus respectivos equipos de Atención Primaria. Lo que si cambia es el tiempo desde que se inició este modelo de trabajo colaborativo entre ambos niveles. La Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Centro y sus equipos de Atención Primaria de referencia comenzaron este trabajo en la década de los 80, primeramente con algunos EBAP que funcionaron a nivel piloto y posteriormente a partir de mitad de los años 90 generalizándose a sus seis equipos de Atención Primaria (El Palo, Limonar, Rincón de la Victoria, Alameda-Perchel, Victoria y Colmenar). En cambio la otra Unidad de Salud Mental Comunitaria, Málaga-Norte, comenzó con este tipo de trabajo de forma mucho más tardía (alrededor del 2005) y con una frecuentación y horario de asistencia conjunta mucho menor. Dentro de la comunidad autónoma andaluza solo existen datos parciales recogidos sobre el grado de implantación de este modelo de atención conjunta en las distintas Unidades de Gestión Clínica de Salud

Mental. El hecho de que estos datos sean parciales nos impiden tener una visión global de la situación. No obstante, la impresión generalizada entre los profesionales de salud mental es que el grado de implantación es muy desigual entre las distintas unidades de gestión e incluso entre las distintas Unidades de Salud Mental Comunitaria pertenecientes a una misma Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Así mismo la forma de implantación de este modelo de trabajo colaborativo es también muy irregular en el territorio andaluz.

## **5.2.2 De las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

### **5.2.2.1 Del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria**

Este perfil es totalmente similar y superponible al de los médicos de atención primaria que entraron dentro del estudio por tener pacientes dentro del mismo (apartado 4.1.2.2 del capítulo de Resultados). Por ello la discusión realizada en el apartado 5.2.1.2 sería aplicable también a este apartado.

### **5.2.2.2 De las variables del médico de atención primaria relacionadas con las actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental**

Se ha analizado la relación existente entre las tres dimensiones descritas en el cuestionario con las variables sociodemográficas y laborales de los médicos de atención primaria. La dimensión 1 medía la percepción de la relación con el equipo de Salud Mental, la 2 medía las creencias erróneas y la existencia de estigmas sobre la enfermedad mental y la 3 evaluaba el nivel de la formación específica del médico de atención primaria en temas de esquizofrenia y trastornos afines.

Para la dimensión 1 (Relación) se encontró una casi significación con la edad ( $p=.090$ ), de forma que una mayor edad del médico de atención primaria conllevaría una mejor valoración de la relación con el equipo de Salud Mental. También el hecho de ser varón podría tener una casi significación ( $p=.086$ ). El hecho de tener un cupo mayor de pacientes (más de 1500) si tendría una significación estadística, implicando de igual forma una mejor valoración de la relación con el equipo de Salud Mental ( $p=.034$ ). A este último dato no le podemos encontrar una explicación que lo pudiera justificar, quizá únicamente el hecho de que el tener un mayor número de pacientes de alguna manera justifique un mayor número de contactos con los equipos de Salud Mental y que el hecho de que existan más contactos motivado por la existencia de más pacientes podría ser valorado por el médico de atención primaria como una relación y comunicación más eficaz. La mayor edad se puede entender como que son estos médicos los que más años llevan en su puesto de trabajo y por tanto la relación existente con la USMC es también más prolongada. En cuanto al género varón no encontramos ninguna razón que pudiese justificar esta casi significación.

Para la dimensión 2 (Creencias) existiría una casi significación con el hecho de tener residentes a cargo de forma que el hecho de no tenerlos estaría asociado con un mayor nivel de creencias erróneas y estigmatización hacia el enfermo mental.

Por otro lado, también se encontraron diferencias significativas en las dimensiones 1 y 2 (Relación y Creencias) según el Equipo Básico de Atención Primaria donde trabajase el médico de atención primaria. Para la dimensión 1 (Relación) las puntuaciones más altas, que indican una valoración positiva de la relación, fueron para los EBAP de El Palo, Rincón de la Victoria, Victoria, Limonar, Alameda-Perchel y Colmenar (en este orden). Mientras que para la dimensión 2 (Creencias), las puntuaciones más bajas fueron para Victoria, El Palo, Nueva Málaga, Alameda-Perchel, Limonar y Rincón de la Victoria (también en este orden). En este sentido hay que señalar que en el primer caso, los equipos de Atención Primaria que valoran de forma más adecuada la relación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria son todos los que tienen como unidad de referencia la USMC Málaga-Centro que como se ha explicado anteriormente es la unidad que tiene un bagaje mucho mayor en el trabajo colaborativo con Atención Primaria. De igual forma, de los seis equipos que han puntuado de forma más baja la dimensión 2, o sea la existencia de estigmas y creencias erróneas hacia la enfermedad mental, todos excepto el de Nueva Málaga pertenecen al área de referencia

de esa misma USMC Málaga-Centro. Ello podría apuntar a que la existencia de un modelo de trabajo colaborativo entre Atención Primaria y Salud Mental favorecería la comunicación y la relación entre niveles de la misma forma que minimizaría la existencia de estigmas sobre la enfermedad mental entre los profesionales de atención primaria. Probablemente ambos aspectos favorecen una mejor atención a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines desde la Atención Primaria, aunque este hecho no se haya visto reflejado por un distinto patrón de uso de recursos sanitarios en dichos pacientes. Estos posibles efectos de los beneficios del trabajo colaborativo entre niveles como medio para mejorar las actitudes de los médicos de atención primaria ya fue recogida por Hodges et al. (2001). Üçok et al. (2006) van un paso más allá y proponen medidas educativas antiestigma como forma de mejorar las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la esquizofrenia.

Para la dimensión 3, que medía la formación específica en temas de esquizofrenia y trastornos afines, no se encontró ninguna significación estadística con las variables de los médicos de atención primaria.

En los trabajos publicados sobre estos aspectos hemos hallado que los factores asociados con la existencia de más creencias erróneas o estigmas hacia la enfermedad mental son algo dispares. Tai Pong Lam et al. (2013), en un estudio realizado con médicos de atención primaria en Hong Kong, encontró que el perfil de los médicos con un mayor nivel de estigmatización hacia la enfermedad mental coincidía con tener más años de experiencia clínica, género femenino, trabajar a nivel hospitalario y no tener familiares o amigos afectados de trastornos mentales. El hallazgo encontrado por nosotros sobre la relación de no tener residente a cargo con la existencia de un mayor nivel de estigmatización no ha sido replicado por este autor. Pensamos que este hallazgo podría ponerse en relación con que los médicos de atención primaria con un perfil más docente podrían tener mayor interés en la formación lo que por otro lado podría favorecer la minimización de los estigmas sobre la enfermedad mental.

Arrillaga Arizaga et al. (2004) en su estudio llevado a cabo con profesionales sanitarios de un área de Guipúzcoa concluyen con que no encuentran una actitud negativa en los profesionales de atención primaria hacia este tipo de pacientes. En cambio, la relación con el Centro de Salud Mental Comunitaria si es valorada de forma negativa, aspecto contrario a lo ocurrido en nuestro estudio. Quizá el hecho de la falta

de un modelo colaborativo entre los dos niveles de atención sanitaria (la atención primaria y la atención especializada) en la asistencia a los pacientes con trastorno mental pueda favorecer la valoración negativa de la relación entre ambos niveles.

Por otra parte, en países como Australia donde el modelo colaborativo de trabajo entre Salud Mental y Atención Primaria lleva años establecido ya existen evidencias claras que apoyan a este modelo como una forma de trabajo basada en las mejores prácticas clínicas y que ayudan y favorecen el hecho de mantener la adecuación en el tratamiento de los pacientes (Meadows, Harvey, Joubert, Barton & Bendi, 2007).

### **5.2.3 De los factores asociados al uso de servicios sanitarios: análisis multivariante**

Tal como se ha explicado en el apartado de resultados para proceder a realizar el análisis de regresión de la relación entre las variables independientes con la variable dependiente usamos distintos modelos que incluían cada uno una variable dependiente diferente. Esto por un lado nos permitía ofrecer más información (con un solo modelo siempre se perdería más información) y por otro lado podría de alguna forma incidir en la búsqueda de tipologías de pacientes u otras variables según el tipo de uso de recursos usados, aspecto ya señalado en estudios anteriores (Kent et al., 1995; Moreno-Küstner et al., 2002; Carr et al., 2003; Pezzimenti, 2005).

#### **5.2.3.1 De los factores asociados con el número total de contactos sanitarios por problemas de salud mental (Modelo 1)**

En este modelo usamos el logaritmo del número total de contacto con los servicios sanitarios por problemas de salud mental como variable dependiente, incluyendo por tanto además de los contactos tanto hospitalarios como ambulatorios con los dispositivos pertenecientes a la red de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica

de Salud Mental estudiada, los contactos de los pacientes con los servicios de urgencias siempre que estos fueran motivados por problemas de salud mental.

Al ajustar los modelos solo algunas variables del paciente parecieron tener una relación con el número total de contactos. En concreto, respecto al diagnóstico clínico apareció asociación con el Trastorno de ideas delirantes persistente (F22), el Trastorno psicótico agudo (F23) y con el grupo formado por otros trastornos psicóticos que incluye a: el Trastorno esquizotípico, el Trastorno psicótico inducido, Otros trastornos psicóticos no orgánicos y la Psicosis no orgánica sin especificación (F21, F24, F8 y F29 respectivamente), y en concreto tendrían una relación inversa con el número total de contactos. Esto también nos estaría indicando que el diagnóstico de Esquizofrenia (F20) conllevaría un mayor número de contactos que otras patologías psicóticas. Esta relación con la esquizofrenia y la posibilidad de convertirse en un alto consumidor de recursos sanitarios ya fue descrita por Kent et al. (1995).

Otros estudios, como por ejemplo el de Pezzimenti (2005), se han centrado en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, por ello es complicado en parte la comparación con nuestros datos por estar incluidos también en nuestro estudio los trastornos afines a la esquizofrenia (incluidos en el epígrafe F20-F29 de la CIE 10). Y en otros estudios, cuando se ha comparado con otros trastornos psicóticos se han incluido trastornos como el trastorno afectivo bipolar y las depresiones psicóticas, como por ejemplo en el estudio de Carr et al. (2003) con lo cual también se han reducido las posibilidades de comparación entre estudios.

También como variable clínica, un mayor nivel de gravedad, en concreto los niveles medio y alto (2 y 3 respectivamente), llevaría aparejado un uso mayor de recursos (entendido como número global de contactos). Este hecho en sí tampoco sería algo raro ya que algunos parámetros de este uso de servicios, como puede ser la necesidad de ingresos en unidades de hospitalización, van ser consideradas posteriormente en la categorización del nivel de gravedad de los pacientes (Lora, Consetino, Rossini & Lanzara, 2001). La gravedad del paciente medida como puntuaciones altas en su psicopatología ya fue descrita en estudios previos como un factor determinante en el uso de recursos sanitarios (Roick et al., 2004). Carr et al. (2003) describieron algunos factores sugerentes de que la existencia de una patología más grave estaría relacionada con un mayor número de contactos a nivel global. Los

factores descritos por este grupo de autores serían un nivel sintomatológico mayor, la existencia de intentos de autolisis así como el uso de clozapina y otros antipsicóticos atípicos normalmente empleados en los casos más resistentes al tratamiento. Moreno-Küstner et al. (2011) también reportó una relación directa con el nivel de gravedad del cuadro psicótico, en concreto los niveles de gravedad medio y alto estaban asociados a un mayor número de contactos con los equipos de Salud Mental ambulatorios.

En cambio, la relación con el número total de contactos sería inversa con algunos tipos de convivencia: familia propia, residir en viviendas o alojamientos pertenecientes o tutelados por FAISEM o en albergues y con vivir solo. Estas modalidades de convivencia estarían en relación con un nivel menor de contactos sanitarios por problemas de salud mental. Esta posible asociación no ha sido hallada en otros estudios. Moreno Küstner et al. (2002) encontraron ciertos indicios de significación estadística entre algunos tipos de convivencia, en concreto los pacientes que vivían con su familia de origen, y la posibilidad de ser ingresado, lo cual tendría una asociación inversa. De alguna forma nuestros datos apuntarían en sentido opuesto ya que serían los pacientes que viven con su familia de origen los que tendrían un mayor número de contactos con los servicios sanitarios. La posible explicación a estos datos, en apariencia contradictorios, sería que los pacientes que viven solos tendrían más posibilidades de ingresar dada la falta de una estructura de contención sociofamiliar que favorezca el control ambulatorio de los pacientes, sin embargo en nuestro estudio y al contabilizar en este modelo 1 todo tipo de contactos, la convivencia con la familia de origen podría favorecer el contacto con los distintos recursos sanitarios al facilitar la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

En este estudio, al igual que en el de Raudino et al. (2004), hemos encontrado que una mayor edad también está relacionada con un menor número de contactos. Aunque Roick et al. (2004) no hallaron ningún tipo de asociación entre estas variables. Pensamos que la propia evolución de la enfermedad con el paso de los años podría favorecer que el número de contactos fuese menor, como así apunta nuestro estudio.

Por otra parte, no se encontró una relación entre esta variable dependiente con el género del paciente ni con el resto de las variables. El hecho de no encontrar diferencias relacionadas con el género del paciente estaría en contradicción con algunos estudios como el de Lindamer et al. (2003). Esta variabilidad en los diversos estudios sobre la

influencia del género y el uso de recursos ya es remarcada por algunos autores (Montero et al., 2004) que apuntan que la dificultad en explicar las diferencias encontradas en la utilización de los distintos recursos de Salud Mental según el género del paciente probablemente no se solventarán hasta que estas no se evalúen desde una perspectiva de género sin tomar el género como una variable estructural más.

Nuestros datos en general darían una mayor importancia a los factores de tipo clínico sobre las variables sociodemográficas del paciente a la hora de predecir el uso de servicios sanitarios, aspecto en que discreparíamos de otros autores como Kisely, Preston y Rooney (2000) que consideraron que los factores sociodemográficos predecían un mayor incremento en el uso de servicios sanitarios que los factores puramente clínicos, aunque el estudio que desarrollan no se ciñe únicamente a la esquizofrenia y a los trastornos afines a ella.

Si tenemos en cuenta las interacciones significativas entre variables dentro de este modelo destaca la asociación entre un nivel de gravedad bajo (nivel 1) y un diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo con un menor número de contactos con recursos sanitarios. No hemos encontrado otros estudios que señalen esta asociación, pero la lectura de este hecho puede estar en relación que al tratarse el cuadro más cíclico dentro del espectro de la esquizofrenia y además presentar un nivel de gravedad baja en el momento de la valoración favorecería un nivel sintomatológico mucho menor y por ello un menor consumo de servicios sanitarios. La otra interacción que hemos hallado es probablemente bastante más inquietante desde un punto de vista clínico, ya que la interacción entre un diagnóstico de esquizofrenia con las personas sin hogar favorecería también un menor uso de recursos. Tampoco hemos hallado datos en la bibliografía consultada que respalde este hallazgo, aunque la inquietud que podría suscitar dicha interacción sería el hecho de que quizá apunte a que el sistema sanitario no está siendo capaz de llegar a pacientes que probablemente desde un punto de vista clínico y social tengan un nivel de gravedad elevado.

### 5.2.3.2 De los factores asociados con el número de ingreso en UHSM (Modelo 2)

En este modelo hemos usado como variable dependiente para definir el uso de servicios el logaritmo del número de ingresos en Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

Al ajustar el modelo encontramos asociación en un menor número de variables que en el modelo anterior. El nivel de gravedad alto (nivel 3) favorecería un mayor número de ingresos hospitalarios. Moreno-Küstner et al. (2002), en un estudio realizado en Granada, ya apuntaba a que la existencia de algunos rasgos clínicos compatibles con un mayor nivel de gravedad, desde el punto de vista psicopatológico, favorecería los ingresos hospitalarios de estos pacientes. Estos rasgos clínicos fueron descritos como la hiperactividad, las experiencias de distorsión del pensamiento, los delirios y el uso de drogas. Carr et al. (2003) también señaló un mayor nivel sintomatológico con el uso de servicios hospitalarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Otros factores que se han señalado como relacionados con un mayor número de ingresos hospitalarios ha sido la existencia de trastornos de personalidad de forma comórbida, aspectos que se agravarían aún más si a ellos se unieran situaciones de privación social (Keown, Hollovay & Kuipers, 2005). Roick et al. (2004) también hallaron que la gravedad es el principal predictor de los ingresos hospitalarios. En cuanto a variables de tipo sociodemográfico, Tibaldi et al. (2005), encuentran menores tasa de hospitalización en las zonas donde el número de pacientes que viven solos es menor.

Además, existen una serie de variables asociadas con un mayor número de ingresos que estarían en relación con el médico de atención primaria referente del paciente. Un mayor tamaño del cupo del médico de atención primaria aumentaría el número de ingresos. Y también el hecho de que el médico de familia pase consulta en dos consultorios en su práctica clínica estaría asociado con un mayor número de ingresos. Para intentar dar algún tipo de explicación a estos datos, habría que señalar que todos ellos apuntan a que una mayor sobrecarga de trabajo para el médico de atención primaria, como el hecho de tener un mayor cupo de pacientes o el trabajar en

varios dispositivos sanitarios con el consecuente estrés y sobrecarga laboral, podría estar apuntando a que los pacientes ingresaran más. Aun sabiendo que este tipo de pacientes son fundamentalmente seguidos por los servicios de Salud Mental, siendo el trabajo del médico de atención primaria muy pequeño en el control de las crisis de descompensación, sí podría parecer que el papel de detector de algunas descompensaciones de estos pacientes podría llevarse a cabo por los médicos de atención primaria en mayor medida de lo esperado y que las situaciones de sobrecarga laboral en estos facultativos podría dificultar la detección de estas situaciones.

### **5.2.3.3 De los factores asociados a la existencia de algún contacto sanitario con la red pública de Salud Mental (Modelo 3)**

En el tercer modelo hemos tomado una variable dependiente de tipo dicotómica según la existencia o no de algún tipo de contacto sanitario con alguno de los dispositivos pertenecientes a la red pública de Salud Mental.

En el análisis multivariante y tras ajustar el modelo tendría significación estadística con una relación directa los niveles de gravedad medio (nivel 2) y la valoración de un alto papel activo del médico de atención primaria en el manejo de estos pacientes. Por el contrario la relación sería negativa, o sea que favorecería que no existiera ningún tipo de contacto algunas categorías diagnósticas: como el Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22) y los Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23), y una buena valoración de la comunicación entre el EBAP y la red de Salud Mental.

Los factores que están asociados con que no haya ningún tipo de contacto son por un lado unos determinados diagnósticos y por otro la valoración de una buena comunicación entre los dos niveles en el cuestionario realizado por los directores de los EBAP. Los diagnósticos señalados con una mayor posibilidad de no presentar ningún tipo de contacto con los dispositivos de Salud Mental serían los trastornos de ideas delirantes persistentes y los trastornos psicóticos agudos y transitorios. La probable explicación clínica a este hecho es que serían los cuadros con más conductas disruptivas

y por tanto más externalizantes y con un curso más prolongado, los que favorecerían algún tipo de asistencia, mientras que otros diagnósticos con un carácter menos “visible” a veces, y con menor conciencia de enfermedad (como el trastorno de ideas delirantes persistentes) no consultarían de forma tan frecuente con la red de Salud Mental. El trastorno psicótico agudo tampoco parece favorecer la existencia de algún tipo de contacto; por un lado, se podría pensar que muchos de estos cuadros se podrían solucionar sin ser atendidos por los especialistas de salud mental, aunque esto no parece muy posible. Es más probable que parte de este resultado se deba al hecho de que este diagnóstico se use de forma inespecífica en espera de ver la evolución del cuadro hasta establecer un diagnóstico definitivo, hecho que posteriormente justificaría que estos diagnósticos queden de forma permanente en el historial médico del paciente aunque la sintomatología haya revertido hace tiempo.

El segundo aspecto, el hecho de que la comunicación entre niveles sea bien valorada, podría indicar que gracias a la facilidad para las situaciones de interconsulta y cooperación entre niveles, parte de estos pacientes no tendrían que ser atendidos por la red de Salud Mental. Este aspecto también apuntaría a favorecer que esta cooperación se produzca a la hora de establecer unos planes de cuidados adecuados para estos pacientes y minimizar dentro de lo posible las situaciones que favorezcan la falta de seguimiento clínico de los mismos.

#### **5.2.3.4 De los factores asociados al número de visitas al médico de atención primaria (Modelo 4)**

En este cuarto modelo se tomó como variable dependiente cuantitativa el logaritmo del número total de visitas al médico de atención primaria como medición del uso de recursos durante un año. Este modelo se ha realizado a modo de estudio piloto, para empezar a explorar un aspecto novedoso como son las visitas a los médicos de atención primaria por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

En el análisis multivariante y al ajustar los modelos tendrían significación estadística, pero con una relación inversa (menor número de contactos con Atención Primaria) el grupo diagnóstico formado por: el Trastorno esquizotípico (F21), el

Trastorno de ideas delirantes inducidas (F24), Otros trastornos psicóticos sin especificar (F28) y los casos de Psicosis no orgánica sin especificación (F29).

Estar casado, separado, divorciado o viudo (todos excepto el estado civil soltero) predispone a un mayor número de visitas al médico de atención primaria en estos pacientes.

Sørgaard et al. (2003) incluyó los contactos con el médico de familia dentro de la medición del uso de servicios, aunque no fue capaz de encontrar un modelo que explicara de forma adecuada la variación en el uso de los determinados servicios. Lo que sí apuntó es que los pacientes que vivían en zonas rurales tendían a utilizar menos servicios especializados. Carr et al. (2003) encontró como perfil del paciente relacionado con el número de contactos con el médico de atención primaria la edad avanzada, el género femenino, la disponibilidad de amigos a nivel social y la escasez de sintomatología negativa en los pacientes. Nosotros no hemos podido corroborar ninguna de estas asociaciones. Únicamente el hecho de que estar soltero esté asociado con un menor número de visitas al médico de atención primaria podría apuntar al mismo aspecto descrito por este autor, al relacionarlo con una menor red social de amigos. Raudino et al. (2013) sí han descrito la asociación entre estar soltero con un mayor número de contactos con el médico de familia, aunque en mujeres de edad avanzada. En ninguno de los estudios consultados se ha hallado una relación entre la categoría diagnóstica dentro de los cuadros relacionados con la esquizofrenia y el número de contactos con el médico de atención primaria.

Una valoración global y comparativa de los 4 modelos explicativos sobre el uso de servicios sanitarios nos indicaría que el modelo 3 es el que más explica la variabilidad de tener contactos o no con los dispositivos de la red pública de Salud Mental, en concreto el 20%. Este hecho puede tener una explicación al tratarse de personas con un trastorno mental grave. El modelo 2 que explicaría un 15% de la variabilidad de los ingresos a la UHSM, también puede tener su razón al tratarse de personas con trastornos mentales y que ingresan en dichas unidades. El modelo 1 solamente explicaría el 8,1% de la variabilidad del número de contactos con todos los

servicios sanitarios por problemas de salud mental; quizá esta disminución en la explicación de la variabilidad con respecto a los otros dos modelos podría deberse a que no hemos sido capaces de señalar algunos factores que podrían influir en los contactos con los servicios de urgencias, aspecto recogido en este modelo. Por último, el modelo 4, explica de forma muy baja la variabilidad de los contactos con los médicos de atención primaria, aspecto desalentador por un lado, pero por otra parte era algo que entraba dentro de las posibilidades dado que se había considerado como un análisis exploratorio y por otro lado nos señala la necesidad de incluir variables de otra índole en los próximos estudios que se realicen sobre los contactos de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines con los médicos de atención primaria.

Respecto a las variables que más influyen en el uso de servicios en general en nuestra área de estudio, los datos encontrados apuntan a que serían las variables de los propios pacientes las que tendrían una mayor implicación en el uso de servicios sanitarios de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Dentro de estas variables destacarían claramente las de tipo clínico (tanto el diagnóstico como el nivel de gravedad) y también algunas de corte más sociodemográficas, especialmente las relacionadas con el tipo de convivencia, el estado civil y la edad de estos pacientes. Entre las variables de los médicos solamente el tamaño del cupo y el lugar donde se pasa consulta estarían relacionadas con el uso de servicios de estos pacientes y por último, entre las variables de la organización sanitaria, la valoración del papel activo del médico de atención primaria y la relación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria influyen en el uso de servicios.

### 5.3 Limitaciones

Las principales limitaciones de nuestro estudio han sido ya señaladas durante el desarrollo de la discusión de esta Tesis Doctoral, no obstante, vamos a proceder a resumirlas de nuevo en este apartado.

Una de las posibles limitaciones del estudio tiene que ver con la duración del periodo de seguimiento de la variable de uso de recursos sanitarios, que en nuestro caso ha sido de un año. Ya se ha visto que un periodo inferior a un año podría conllevar una serie de sesgos, como podría ser el de la estacionalidad, pero por otra parte se podría considerar que un periodo de duración del seguimiento de un año, podría ser demasiado breve para monitorizar la demanda de atención sanitaria en estos pacientes. Indudablemente periodos superiores a un año podrían aportar una perspectiva más amplia del uso de recursos sanitarios, pero por otra parte conllevaría otra serie de problemas relacionados con las pérdidas de seguimiento, cambios en los profesionales y equipos de referencia, y otras circunstancias que introducirían a su vez otro tipo de situaciones de difícil solución metodológica.

El hecho de que se trate de un estudio de tipo transversal hace que no ofrezca información sobre la distribución de los contactos a lo largo del tiempo, pudiendo subyacer, dentro de la misma tipología de utilización de recursos, pautas muy distintas de uso al no quedar reflejados los momentos de crisis en los que la frecuentación de los servicios sanitarios puede ser mayor por parte de los pacientes

El hecho de que al final solo entrarán en el estudio los pacientes con algún tipo de contacto con la red pública de asistencia, hace que hayan quedado excluidos del estudio aquellos pacientes cuya atención haya sido exclusivamente a nivel privado o aquellos que nunca hayan tenido algún tipo de contacto. Creemos no obstante, que este porcentaje de pacientes es muy pequeño ya que este tipo de pacientes suelen recibir algún tipo de tratamiento a nivel público dada la estructuración de la atención sanitaria en nuestra comunidad.

Los motivos del rechazo a la participación de los médicos de atención primaria no fueron conocidos, aunque podemos sugerir la hipótesis de que en este grupo predominaran los médicos más reacios hacia el control por parte de la administración sanitaria, y también la falta de tiempo (Morris, Cantrill & Weiss, 2001) o problemas administrativos a la hora de hacerles llegar el cuestionario, siendo por tanto difícil averiguar en qué medida afectarían estas diferencias a la hipótesis que dio base a nuestro estudio.

Otra de las posibles limitaciones a la hora de proceder a contabilizar el uso de los recursos sanitarios por parte de los pacientes, es la tendencia al infrarregistro cuando nos basamos en el registro de las historias clínicas (Quesada, Prat, Cardús, Caula & Masllorens, 2001). Sin embargo, el hecho de la informatización ha reducido este aspecto, aunque la falta de tiempo es una de las causas más frecuentes para no registrar los seguimientos de los pacientes en consulta (McLinnes, Saltman & Kidd, 2006). Otra posible causa del infrarregistro podrían ser las visitas que se atienden fuera de cita o sin cita previa tanto por el médico de atención primaria como por el psiquiatra, ya que según algunos estudios una gran parte de estas consultas no son posteriormente registradas (Vitores et al., 2001). En nuestro caso el hecho de que tanto en atención primaria como en atención especializada las historias estuvieran ya informatizadas durante el periodo de recogida de datos favoreció disminuir este posible sesgo, aunque como hemos referido en el apartado de resultados, la falta de calidad en la recogida de información de las historias clínicas nos impidió poder disponer del número total de contactos por problemas con salud mental de todos los pacientes.

Otra limitación ha sido la existencia de un cierto retraso en la obtención de la información de algunos médicos de atención primaria, pero como se ha explicado previamente esto ha sido así fundamentalmente en la información requerida para realizar la evaluación del cuestionario de actitudes, minimizándose por tanto esta circunstancia en los facultativos que tenían pacientes dentro del estudio. El hecho de haber realizado dicha recogida de información a los médicos de atención primaria de forma paralela o incluso previa al periodo de un año de estudio de la variable dependiente tampoco nos habría garantizado que durante el año de estudio hubiesen aparecido posibles circunstancias a nivel profesional o personal que pudieran haber modificado las actitudes del médico de atención primaria.

Respecto al estudio psicométrico del cuestionario, la falta de la evaluación test-retest en la validación de nuestro cuestionario podría considerarse como una limitación a la hora de valorar la fiabilidad del mismo, aunque el resto de los parámetros de consistencia interna y validez dieron resultados adecuados. No obstante, queda abierta la posibilidad de realizar ese tipo de evaluación de forma futura.

Respecto a las variables independientes incluidas en el análisis, somos conscientes de que se nos han quedado fuera algunas que podrían haber sido interesantes incluir y esto puede haber influido en los resultados obtenidos. Por un lado, el valorar en el nivel de la organización solo lo referente al EBAP del usuario ha dejado fuera otros aspectos que podrían tener su importancia como son la USMC, el distrito de Atención Primaria y el hospital de referencia. Intentar abarcar las variables de los distintos dispositivos y organizaciones sanitarias hubiera excedido las posibilidades del estudio y por otro lado nos centramos en las variables de la organización del centro de salud de Atención Primaria ya que por un lado hemos querido valorar las consideraciones relativas a la atención a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines en Atención Primaria y por otro lado una parte de las variables organizativas recogidas para los centros de salud de Atención Primaria tenían en cuenta el trabajo conjunto con los equipos de Salud Mental dentro del modelo colaborativo. Respecto a los profesionales incluidos, somos conscientes de que incluir solo a los médicos de atención primaria y a los psiquiatras, ha dejado fuera de nuestro estudio al personal de enfermería, personal que está muy implicado en el tratamiento de estos pacientes. El hecho de no haber incluido a los psicólogos clínicos está justificado porque en el área sanitaria de nuestro ámbito de estudio, estos profesionales no suelen ser los profesionales de referencia de estos pacientes. También somos conscientes que otras medidas respecto a los profesionales sanitarios como el burnout, podrían haber aportado luz sobre nuestro objeto de estudio.

Por último, también habría que señalar como una limitación la falta de medidas de resultados asociadas a la utilización de servicios y la carencia de una valoración continuada de las necesidades asistenciales para ver si éstas se modifican a medida que cambia la utilización de los servicios sanitarios.

## 5.4 Perspectivas futuras

El punto fuerte para el desarrollo de este tipo de investigaciones es el situarnos en una Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental con gran experiencia en el trabajo colaborativo con la Atención Primaria siendo por ello una de las pioneras en Andalucía en este campo. Unido a esta circunstancia, la existencia de un Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia en nuestra área también ha potenciado claramente la posibilidad de desarrollar este tipo de trabajos de investigación, ya que este tipo de registros incrementan su valor para fines epidemiológicos y clínicos a medida que aumentan los años de funcionamiento ya que nos permiten observar las tendencias y los patrones de uso de los servicios a lo largo del tiempo.

Para solventar las limitaciones señaladas anteriormente, la línea de trabajo en la que se enmarca esta Tesis Doctoral tiene dentro de sus objetivos futuros profundizar sobre otros aspectos que pueden influir en el uso de recursos sanitarios en los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines como pueden ser las relacionadas con la organización de los servicios sanitarios, especialmente de Salud Mental y las dependientes del perfil del profesional que presta la atención. Para ello el papel del médico de atención primaria en la asistencia al paciente con un trastorno mental grave se considera como algo de gran importancia dada su implicación desde su trabajo asistencial en el abordaje de aspectos cada vez más investigados como es el control del síndrome metabólico en estos pacientes. De hecho, existe una investigación en marcha sobre estos aspectos desde este mismo grupo de investigación. También dentro de las variables dependientes del profesional es probable que los próximos trabajos sobre el tema deban abordar más variables que las tratadas en nuestro estudio sobre el psiquiatra, incluyendo la medición de las actitudes del propio profesional de la salud mental hacia el paciente con esquizofrenia. Medidas sobre el burnout tanto en el psiquiatra como en el médico de atención primaria posiblemente aportarán también datos de interés en la comprensión del uso posterior de recursos sanitarios que realizan los pacientes con las patologías recogidas en nuestra investigación. Y también en lo referente a la atención a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, los próximos estudios tienen que

incluir las variables relacionadas con el personal de enfermería, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental, dado el papel fundamental de estos profesionales en la atención y prestación de servicios a estos pacientes.

Otra línea de investigación en desarrollo y que de alguna forma podría ir cerrando el círculo de la investigación sobre el uso de recursos sanitarios llevado a cabo por estos pacientes, sería el ligar a este tipo de estudios una serie de medidas de resultados que asocien el uso de recursos con una mejor comprensión de la evolución clínica de la esquizofrenia, con lo cual podríamos racionalizar e implementar una red de recursos sanitarios para estos pacientes más en relación con las necesidades reales de estas patologías. Estas medidas de resultados deberían incluir variables de evolución clínica, de necesidades asistenciales, de cuidados, de nivel de funcionamiento y de calidad de vida en estos pacientes.

Asociado a este último punto, no podemos olvidar que, dadas las necesidades de recursos sociales, residenciales y ocupacionales descritas para estos pacientes, en líneas de trabajo futuras se deberían incluir el uso de todos estos recursos de tipo no sanitarios por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. De esta forma se podría lograr un acercamiento más veraz a la realidad de estos pacientes. Y si nos centramos en las variables relacionadas con el uso de servicios únicamente sanitarios, algunas variables que influyen en aspectos concretos de dicho uso de servicios, como pueden ser los reingresos en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, también están siendo campo de investigación en la actualidad en el ámbito de la UGC-SM del HRU de Málaga.

Por último y para justificar esta línea de trabajo, concluimos que para una planificación de los servicios adecuada a las necesidades de los pacientes es imprescindible realizar estudios con amplias muestras de pacientes atendidos en la práctica clínica diaria ya que los resultados de estos estudios ofrecerán una imagen más real de los tratamientos y la situación clínica de estos pacientes que los ensayos clínicos (Smith, Malla, Williams, Kopala, Love & Balshaw, 2006). Uno de los desafíos más importantes de la epidemiología psiquiátrica consiste en profundizar en el conocimiento de los procesos de búsqueda de atención sanitaria, por parte de las personas con enfermedad mental (Kessler, 2000).

## 6. CONCLUSIONES



A partir de los resultados obtenidos en este proyecto de Tesis Doctoral se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Como respuesta al objetivo general se han diseñado cuatro modelos explicativos multinivel sobre la utilización de recursos sanitarios en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga por parte de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. El hecho de que se hayan diseñado cuatro modelos ha tenido que ver con la distinta definición de la variable dependiente que se ha utilizado en cada uno de ellos.

2. En relación con el objetivo intermedio se han llegado a dos conclusiones:

2.1 Se ha obtenido un cuestionario sobre actitudes de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental, adaptado para facultativos de atención primaria, con buenos coeficientes con respecto a su validez de constructo y su fiabilidad, valorada a través de su consistencia.

2.2 Respecto a la asociación entre las variables de los médicos de atención primaria y los resultados del cuestionario sobre actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental, se ha encontrado una doble significación estadística:

- Relación entre un mayor tamaño del cupo de pacientes del médico de atención primaria y una mejor valoración de la relación y comunicación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria por parte del médico de atención primaria.

- Asociación entre determinados Equipos Básicos de Atención Primaria y una mejor relación con Salud Mental por un lado; y con la existencia de creencias erróneas y estigmas sobre la enfermedad mental por otro lado. Esta doble asociación apuntaría al hecho de que en ese grupo de Equipos Básicos de Atención Primaria se trabaja con un modelo colaborativo más establecido entre los niveles de Atención Primaria y Salud Mental, que favorecería la comunicación y la relación entre ambos niveles y reduciría la existencia de estigmas y creencias erróneas hacia la enfermedad mental por parte de los profesionales de atención primaria.

3. En cuanto a los objetivos específicos las conclusiones más relevantes fueron:

3.1 Los factores de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines que influyen en la utilización de servicios sanitarios fueron el nivel de gravedad, el diagnóstico clínico, el estado civil, la edad y el tipo de convivencia.

- El nivel de gravedad medio (nivel 2) está relacionado con un mayor número de contactos sanitarios por problemas de salud mental y con tener algún tipo de contacto con la red sanitaria pública de Salud Mental; y el nivel de gravedad alto (nivel 3) está relacionado con un mayor número de contactos sanitarios por problemas de salud mental y con un mayor número de ingresos en las UHSM.

- El diagnóstico de trastorno de ideas delirantes y persistentes favorecerían un menor número de contactos sanitarios por problemas relacionados con salud mental mientras que el trastorno psicótico agudo favorecerían que no existiera contacto con la red de atención pública de Salud Mental. Un grupo variado de diagnósticos que incluía el trastorno esquizotípico, el trastorno de ideas delirantes inducidas, otros trastornos psicóticos sin especificar y los casos de psicosis no orgánica sin especificación favorecerían un menor número de visitas con el médico de atención primaria.

- En cuanto al estado civil; estar casado, viviendo en pareja, divorciado, separado o viudo favorecería un mayor número de visitas con el médico de atención primaria.

- Una mayor edad del paciente favorecería un menor número de contactos sanitarios por problemas relacionados con salud mental.

- Vivir con la familia propia, residir en dispositivos de FAISEM o de otras instituciones o no tener hogar favorecerían también un menor número de contactos sanitarios por problemas relacionados con salud mental.

3.2 Los factores de los profesionales sanitarios, en concreto de los médicos de atención primaria, que influyen sobre un mayor número de ingresos en las UHSM por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines serían tener un cupo de más de 1500 pacientes y pasar consulta en dos o más consultorios.

3.3 Los factores de la organización de los servicios sanitarios, en concreto de los Equipos Básicos de Atención Primaria, que influyen en la utilización de servicios por parte de los pacientes con esquizofrenia, fueron que una mejor valoración del papel activo del médico de atención primaria favorecería el contacto con la red de Salud Mental por parte de los pacientes, mientras que una mejor valoración de la comunicación con la USMC favorecería la no existencia de contactos de los pacientes con la red de dispositivos de Salud Mental.



## BIBLIOGRAFÍA



- Andersen N & Newman JF. (1973). Social and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- Andersen RM. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andrews G, Henderson S & Hall W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian national mental health survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Andrews G, Issakidis C & Carter G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J & Lapsley H. (2004). Utilizing survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Aranda Regulés JM, González Villalba A, Ropero Gallardo V, Montero Quevedo M, Galán Pajuelo A, Díaz del Peral D & del Pino López R. (2012). Modelo de colaboración para la salud mental en Andalucía: evaluación tras 9 años de implantación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 9-28.
- Arcury TA, Gesler WM, Presisser JS, Sherman J, Spencer J & Perin J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Service Research*, 40(1), 135-155.

Arredondo A & Meléndez V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34, 36-49.

Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M & Sánchez Etxeberria A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*, 33(9), 491-495.

Australian Government. (2011). *People living with psychotic illness 2010*. Canberra: autor.

Barr W. (2000). Characteristics of severely mentally ill patients in and out of contact with community mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1189-1198.

Barrio C, Yamada AM, Hought RI, Hawthorne W, Garcia P & Jeste DV. (2003). Ethnic disparities in use of public mental health management services among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, 1264-1270.

Bauer MS, Shea N, McBride L & Gavin C. (1997). Predictors of service utilization in veterans with bipolar disorder: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 44, 159-168.

Becker T, Kilian R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across Western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 9-16.

Bellido-Zanin G, Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A & Vázquez-Morejón AJ. (2015). Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2025.08.037>

- Bellón JA. (1995). *Modelo explicativo de la hiperutilización en atención primaria*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, España.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD & Lardelli P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 1347-1357.
- Bindman J, Johnson S, Wright S, Szumukler G, Bebbington P, Kuipers E & Thornicroft G. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients and general practitioners' view. *British Journal of Psychiatry*, 171(8), 169-174.
- Carr VJ, Johnston PJ, Lewin TJ, Rajkumar S, Carter GL & Issakidis C. (2003). Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 54(2), 226-235.
- Charles J, Birtt H & Valente L. (2006). The independent effect of age of general practitioner on clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 185(2), 105.
- De Boer A, Wijker W & De Haes H. (1997). Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42, 101-115.
- Dirk M, Dhossche MD & Ghani SO. (1998). Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *General Psychiatry Hospital*, 20, 235-240.
- Donabedian A. (1984). Volume, quality, and the regionalization of health care services. *Medical Care*, 22(2), 95-97.
- Drukker M, Driessen G, Krabbendam L & Os JV. (2004). The wider social environment and mental health service use. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 119-129.

Fenton SW. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 47-72.

Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM & Caron J. (2010). Professional service utilization among patients with severe mental disorders. *BMC Health Service Research*, 10, 141.

Folsom D, Gilmer T, Barrio C, Moore DJ, Bucardo J, Lindamer LA,....Jeste DV. (2007). A longitudinal study of the use of mental health services by personas with serious mental illness: Do spanish-speaking latinos differ from english-speaking latinos and caucasians? *American Journal of Psychiatry*, 164, 1173-1180.

Gervás J & Rico JA. (2006). Innovation in the European Union regarding the coordination between primary and specialized care. *Medicina Clínica*, 126, 658-661.

Giel R & Ten Horn GHMM. (1982). Patterns of mental health care in a Dutch register area. *Social Psychiatry*, 17, 117-123.

Giel R, Ten Horn GHMM, Hermann P & Tricot L. (1987). Patterns of care and service utilization. En: World Health Organization. (Ed.), *Mental Health services in pilot study areas: report on an european study* (pp.77-117). Copenhagen, World Health Organization.

Goldner EM, Hsu L, Waraich P & Somers JM. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833-843.

Goldstein H, Spiegelhalter DJ. (1996). League tables and their limitations: statistical issues in comparison of institutional performance. *Series A*, 159, 385-443.

Gómez-Calcerrada D, Hernández F & Gómez M. (1996). La investigación en la utilización de servicios sanitarios. *Formación médica continuada en atención primaria*, 3(4), 229-242.

Hendrick SC, Chaney EF, Felker BL, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P,.....Katon W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in veterans' affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 9-16.

Herrán A, Artal J & Vázquez-Barquero JL. (1996). Salud mental en atención primaria: un estudio bibliométrico. *Atención Primaria*, 18, 502-506.

Hirsch S. (1998). *Psychiatry beds and resources: factors influencing bed use and service planning. Report of a working party for the section of social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrist*. London: Gaskell.

Hodges B, Inch C & Silver I. (2001). Improving the psychiatric knowledge, skills and attitudes of primary care physicians 1995-2000: a review. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1579-1586.

Hurley J, Woodward C & Brown J. (1996). Changing patterns of physician services utilization in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice and market-areas characteristics. *Medical Care Research Review*, 53, 179-206.

Jenkins R & Strathdee G. (2002). The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4), 277-291.

Jin H, Folsom D, Lindamer L, Bailey A, Hawthorne W, García P & Jeste DV. (2003). Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 54, 226-235.

- Jones SM, Vahia IV, Cohen CI, Hindi A & Nurhussein M. (2009). A pilot study to assess attitudes, behaviors and inter-office communication by psychiatrists and primary care providers in the care of older adults with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 254-290.
- Junta de Andalucía. (2011). *Proceso Asistencial Integrado Ansiedad Depresión Somatizaciones*. Sevilla: autor.
- Junta de Andalucía, Defensor del Pueblo Andaluz. (2013). *Informe especial al parlamento: la situación de los enfermos mentales en Andalucía*. Sevilla: Autor.
- Kates N, Crustolo AM, Nikolau L, Craven MA & Farrar S. (1997). Providing psychiatric backup to family physicians by telephone. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 955-999.
- Kendrick T, Burns T, Freeling P & Sibbald B. (1994). Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices. *British Journal of General Practice*, 44(2), 301-305.
- Kenn S, Fogarty M & Yelowlees P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services*, 46(12), 1247-1253.
- Keown P, Holloway F & Kuipers E. (2005). The impact of severe mental illness, comorbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 42-49.
- Kessler RC. (2000). Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin World Health Organization*, 78(4), 464-474.
- Kisely S, Preston N & Rooney M. (2000). Pathways and outcomes of psychiatric care: does it depend on who you are, or what you've got?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 1009-1014.

- Kreft I, De Leeuw J. (1998). *Introducing multilevel modeling*. Thousands Oak CA: Sage Publications.
- Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich A & Oxman T. (2000). Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. *Psychosomatics*, 41, 39-52.
- Latorre JM, López-Torres J, Montañés J & Parra M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 85-92.
- Lavik NJ. (1983). Utilization of mental health services over a given period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 404-413.
- Lemming MR & Calsyn RJ. (2004). Utility of the behavior model in predicting service utilization by individuals suffering from severe mental illness and homelessness. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 347-364.
- Lindamer LA, Bailey A, Hawthorne W, Folsom DP, Gilmer TP, Garcia P, et al. (2003). Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(10), 1407-1409.
- Lora A, Consetino U, Gandini A & Zocchetti C. (2007). Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of care provided by departments of mental health in Lombardy (Italy). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(4), 330-338.
- Lora A, Consetino U, Rossini MS & Lanzara D. (2001). A cluster analysis of patients with schizophrenia in community care. *Psychiatric Services*, 52(5), 682-684.
- Luciano Devis JV, Fernández Sánchez A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao Vidal DJ, Mercader Menéndez M & Haro Abad JM. (2009). Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Atención Primaria*, 41(3), 131-140.

- Martínez-Cañavate T. (2007). *Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía*. Tesis Doctoral, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España.
- Matalon A, Nahamani T, Rabin S, Maoz B & Hart J. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice*, 19(3), 251-256.
- McAlpine D, Mechanic D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance and risk. *Health Service Research*, 35, 277-292.
- McCarthy JF, Piette JD, Fortney JC, John C, Valenstein M & Blow F. (2006). Outpatient visit chaining among patients with serious mental illness. *Medical Care*, 44, 257-264.
- McGrath JJ. (2007). The surprisingly rich contours of schizophrenia epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 64, 14-16.
- McGreade RG, Leese M, Tilak-Singh D, Lofthus L, Macewan T & Thornicroft G. (1994). Nithsdale, Nunhead and Norwood: similarities and differences in prevalence of schizophrenia and utilization of services in rural and urban areas. *British Journal of Psychiatry*, 170, 31-36.
- McLinnes DK, Saltman DC & Kidd MR. (2006). General practitioner's use of computers for prescribing and electronic health records: results for national survey. *Medical Journal of Australia*, 185(2), 88-97.
- Meadows GN, Harvey CA, Joubert L, Barton D & Bedi G. (2007). The consultation-liaison in primary-care psychiatry program: a structured approach to long-term collaboration. *Psychiatric Services*, 58(8), 1036-1038.

- Mira J & Fernández-Gilino E. (1994). Desde el punto de vista de la atención primaria, ¿son útiles las nuevas unidades de salud mental?. *Atención Primaria*, 14, 717-723.
- Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J & Vázquez-Barquero JL. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Moreno B, Arroyo B, Torres-González F, Luna JD & Cervilla J. (2007). Social predictors of out-patient mental health contact in schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 452-456.
- Moreno Küstner B. (1998). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada, España.
- Moreno Küstner B. (2005). El registro de casos de esquizofrenia de Granada. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF, Godoy García JF, Torres González F & Pérez Costilla L. (2002). Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(5), 279-286.
- Moreno-Küstner B, Mayoral F, Navas-Campaña D, García-Herrera JM, Angona P, Martín C & Rivas F. (2014). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Services*, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796014000614>
- Moreno-Küstner B, Mayoral F, Pérez O, García-Herrera JM, Algarra J, Rivas F,....., Gornemann I. (2009). The Málaga schizophrenia case-register (RESMA): overview of methodology and patient cohort. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 5-15.

Moreno-Küstner B, Mayoral F, Rivas F, Angona P, Requena J, García-Herrera JM, et al. (2011). Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 11, 257-267.

Moreno Küstner B, Torres González F & Godoy García JF. (2002). Evaluación de servicios de salud mental en el ámbito de la atención comunitaria. *Acta Española de Psiquiatría*, 30(4), 253-258.

Moreno Küstner B, Torres González F, Godoy García JF & Luna del Castillo JD. (2002). Análisis de los patrones de uso de servicios en personas con esquizofrenia. Una aproximación metodológica. *Monografías de Psiquiatría*, 14(2), 7-12.

Moreno Küstner B, Torres González F & Luna del Castillo J. (2001). Analysis of patterns of mental health care with three different approaches (cross-sectional, longitudinal and dynamic). *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 10(2), 82-90.

Moreno Millán E. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias*, 20, 276-284.

Morris JC, Cantrill JA & Weiss MC. (2001). GP survey response rate: a miscellany of influencing factors. *Family Practice*, 18, 454-456.

Muñoz J, Pérez S & Pérez L. (1993). Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 11, 134-136.

Muñoz PE. (1997). *La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización. Un estudio de prevalencia-día*. Departamento de Salud Mental. Madrid: Consejería de Sanidad.

- Nordentoft M. (2002). Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 175-179.
- Orueta J & López de Munain J. (2000). ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo? Factores asociados a la utilización en Pediatría de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14, 195-202.
- Orueta JF, López de Munain J, Baez K, Aiarzaguena JM, Aranguren JI & Pedrero E. (1999). Application of the ambulatory care groups in the primary care of an european national health care system. Does it work?. *Medical Care*, 37, 238-248.
- Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ & Meyboom-de Jong B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients?. *BMC Family Practice*, 8, 37-44.
- Patel MX. (2004). Attitudes to psychosis: health professionals. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13, 213-218.
- Peen J & Dekker J. (2001). Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. *Social Science & Medicine*, 53, 1-8.
- Penchansky R & Thomas JW. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-138.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S,....., Lönnqvist J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1): 19-28.
- Perca C. (1997). La formación de las actitudes en la formación del médico. *Jano*, 1207, 409-410.

Pezzimenti M. (2005). *Tipologías para utilización de servicios para pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento ambulatorio en cuatro áreas geográficas. Descripción y relación con características sociodemográficas, clínicas, de calidad de vida y de discapacidad*. Tesina para el doctorado de Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica, Departamento de Pediatría, Obstetricia y Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Phillips KA, Morrison KR, Andersen R & Aday LA. (1998). Understanding the context of healthcare organization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33, 571-596.

Pong Lam T, Fai Lam K, Wing Wo Lam E & Shuen Ku Y. (2013). Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 19-28.

Phongsavan P, Ward JE, Oldenburg BF & Gordon J. (1995). Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *Medical Journal of Australia*, 162, 139-142.

Quesada M, Prat N, Cardús E, Caula J & Masllorens G. (2001). ¿Ganamos o perdemos información con la informatización?. *Atención Primaria*, 27 (9), 649-653.

Raudino A, Carr VJ, Bush R, Saw S, Burgess P & Morgan VA. (2013). Patterns of service utilization in psychosis: findings of the 2010 Australian National Survey of Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00(0), 1-11.

R Core Team. (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.

- Revelle W. (2015). *Procedures for Personality and Psychological Research*. Northwestern University, Evanston, Illinois (USA). <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version 1.5.8.
- Rodríguez, A. (2006). *Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada, España.
- Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M & Angermeyer MC. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 744-751.
- Ruiz Ruiz M, Brotat Ster M & Sentis Villalta J. (1977). Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría. *Revista de Psicología General Aplicada*, 33, 877-886.
- Saarento O, Räsänen S, Nieminen P, Hakko H & Isohanni M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *European Psychiatry*, 15, 205-212.
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C & Munizza C. (2005). Patterns of mental health service utilization in Italy and Spain. An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 149-159.
- Sánchez López J & Bueno Cavanillas A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 17, 138-144.
- Sartorius N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 234, 1470-1471.

- Smith G, Malla A, Williams R, Kopala L, Love L & Balshaw R. (2006). The Canadian National Outcomes Measurement Study in Schizophrenia: overview of the patient sample and methodology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 4-11.
- Sørgaard KW, Sandlund M, Hikkilä J, Hansson L, Vinding HR, Bjarnason O, et al. (2003). Schizophrenia and contact with health and social services: a nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 253-261.
- StataCorp. (2011). *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP.
- StataCorp. (2015). *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.
- Tamminga CA. (1997). Gender and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 33-37.
- Tello JE, Mazzi M, Tansella M, Bonizzato P, Jones J & Amaddeo F. (2005). Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A south Verona case register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 215-223.
- Thornicroft G & Tansella M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental care. *World Psychiatry*, 1(2), 84-90.
- Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S,....,Pinciaroli L. (2005). Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 95-106.
- Tizón JL. (2004). Epidemiología de las psicosis desde servicios comunitarios de salud mental y de atención primaria de salud. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2), 139-144.

- Tricot L. (1986). An example of the standardization of the terminology: defining episodes of care. En: S.H.M.M. Ten Horn. (Ed.), *Psychiatric case registers in public health*. Amsterdam: Elsevier.
- Üçok A, Soygür H, Atakli C, Kuscu K, Sartorius N, Duman ZÇ,.....Erkoç. (2006). The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 439-443.
- Vázquez-Barquero JL, García J & González-Torres F. (2001). Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 89-95.
- Vázquez-Barquero JL, García J, Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, et al. (1997). Mental health in primary care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry*, 170(6), 529-535.
- Vérificateur Général du Québec. (2003). *Rapport annuel du vérificateur general du Québec a l'Assemblée Nationale pour l'année 2002-2003*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Vitores MP, Cortes MP, Fernández-Girón M, Torres L, Tomey D, Iradier D,....., León A. (2001). Evaluación de la atención a los pacientes sin cita. *Atención Primaria*, 28, 298-304.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE,....., VoxT. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586.
- Wilson A & Childs S. (2002). The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 52, 1012-1020.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding; New Hope*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization. (2008). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization. (2008). *The WHO World Health Organization Report: 2008: Global Burden of Disease*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Ginebra, Suiza: Autor.

Ylla L, Ozamiz A & Guimón J. (1997). Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. *Psiquis*, 3, 30-44.

## GLOSARIO



- ANOVA:** Analysis of Variance (Análisis de la varianza)
- AP:** Atención Primaria
- BDU:** Base de Datos de Usuarios
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental
- DCCU:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
- EBAP:** Equipo Básico de Atención Primaria
- FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
- HDIJ:** Hospital de Día Infanto-Juvenil
- HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental
- HRU:** Hospital Regional Universitario
- IASAM:** Instituto Andaluz de Salud Mental
- IC:** Intervalo de confianza
- MIR:** Médico Interno Residente
- N:** Tamaño de la muestra
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PAI ADS:** Proceso Asistencial Integrado Ansiedad Depresión y Somatizaciones
- PISMES:** Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social
- RESMA:** Registro de Casos de Esquizofrenia de Málaga
- SAS:** Servicio Andaluz de Salud

**SISMA:** Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía

**SM:** Salud Mental

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Paquete estadístico para ciencias sociales)

**TIS:** Tarjeta de Identificación Sanitaria

**TMG:** Trastorno Mental Grave

**UGC-SM:** Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental

**UHSM:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental

**URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental

**USMIJ:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

**USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria

**VD:** Variable Dependiente

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

**ZNTS:** Zona de Necesidad de Transformación Social

## ANEXOS





## SECCIÓN 2

Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental (Versión Adaptada)

A continuación, conteste según su grado de acuerdo/desacuerdo, las siguientes afirmaciones:

Desacuerdo (1)	Indiferente (2)	De acuerdo (3)
El centro de salud mental (CSM) atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes. ....a 1[ ]		
La formación psiquiátrica de los profesionales de atención primaria es por lo general satisfactoria ..... a 2[ ]		
Aunque muchos pacientes psíquicos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos..... a 3[ ]		
Entre los pacientes que Ud. atiende intervienen de forma evidenciable factores psicológicos en sus enfermedades..... a 4[ ]		
La atención que presta el CSM a los pacientes que atiendo es satisfactoria..... a 5[ ]		
Es poco lo que puede hacerse por los pacientes psicóticos, excepto cubrir sus necesidades básicas..... a 6[ ]		
Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están «locos», para estar prevenidos hacia ellos..... a 7[ ]		
Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables..... a 8[ ]		
Los factores psicológicos son de gran importancia..... a 9[ ]		
Es necesaria la existencia del CSM en esta comarca..... a 10[ ]		
Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales..... a 11[ ]		
Los psicofármacos son más difíciles de utilizar que otros fármacos utilizados en AP..... a 12[ ]		
El CSM resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivó..... a 13[ ]		
Los antidepresivos me resultan fácilmente manejables (prescribirlos, comprenderlos, realizar seguimiento)..... a 14[ ]		
Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en atención primaria..... a 15[ ]		
La indicación de psicoterapia debe hacerse desde la atención primaria..... a 16[ ]		
La interrelación que mantengo con el CSM es satisfactoria..... a 17[ ]		
Los enfermos mentales tratados por el CSM dejan de ser pacientes nuestros..... a 18[ ]		
Ante la enfermedad mental poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al CSM..... a 19[ ]		
En términos relativos, se deriva a menos pacientes al CSM que a otras especialidades..... a 20[ ]		
Considero que el CSM no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado..... a 21[ ]		
La interrelación que mantenemos con el CSM es suficiente..... a 22[ ]		
Tengo dificultad para tratar: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos..... a 23[ ]		
Asistiría a cursos en relación con: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos..... a 24[ ]		
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son adecuados.....a 25[ ]		

## ANEXO 2: ENCUESTA A LOS PSIQUIATRAS

1.- Código numérico personal (CNP) .....p01( )
2.- Unidad de Salud Mental Comunitaria .....p02( ) 1) Málaga-Norte 2) Málaga-Centro
3.- Género.....p03( ) 1) Mujer 2) Varón
4.- Fecha de nacimiento .....p04( _ / _ / _ )
5.- Fecha de inicio en el puesto de trabajo actual .....p05( _ / _ / _ )
6.- Formación como psiquiatra vía MIR.....p06( ) 1) Sí 2) No
7.- ¿Participa de forma activa en la coordinación asistencial con Atención Primaria dentro del trabajo colaborativo para la asistencia al proceso asistencial integrado ansiedad, depresión y somatizaciones?.....p07( ) 1) Sí 2) No



### ANEXO 3: CUESTIONARIO AL DIRECTOR DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1.Nombre y código del Centro de salud:	cs1 [ _ _ ]
2.Tamaño del municipio donde está ubicado el centro de salud base:	
0) < 2.500 hab.	1) 2.500-5.000
4) 15.000-20.000	5) 20.000-30.000
8) 75.000-100.000	9) 100.000-200.000
12) 500.000-1.000.000	13)>1.000.000
2) 5.000-10.000	3) 10.000-15.000
6) 30.000-50.000	7) 50.000-75.000
10) 200.000-300.000	11) 300.000-500.000
	cs2 [ _ _ ]
3.Actividad predominante (>50% ) en la localidad donde está ubicada el centro de salud base:	
1) agricultura o / y pesca	2) industria
3) servicios	4) mixto
	cs3 [ _ _ ]
4. Año de apertura del C. Salud:	cs4 [ _ _ _ _ ]
5. Población de la Zona Básica de Salud (ZBS) (incluyendo la población atendida por todos los consultorios dependientes del centro de salud base):	cs5 [ _ _ . _ _ ]
6. Nº total de médicos de familia de la ZBS completa(incluyendo los médicos de familia de todos los consultorios dependientes del centro de salud base):	cs6 [ _ _ ]
7. Nº total de pediatras de la ZBS completa (incluyendo los pediatras de todos los consultorios dependientes del centro de salud base):	cs7 [ _ _ ]
8. Nº total de enfermeros de la ZBS completa:	cs8 [ _ _ ]
9. Nº total de auxiliares de clínica de la ZBS completa:	cs9 [ _ _ ]

<p>10. N° total de personal de admisión y administrativo (administrativo, auxiliar administrativo, celador, celador conductor, etc.) de la ZBS completa:</p> <p style="text-align: right;">cs10 [ _ _ ]</p>
<p>11. Trabajador social adscrito a la ZBS:</p> <p>0) No                      1) Compartido                      2) A jornada completa</p> <p style="text-align: right;">cs11 [ _ _ ]</p>
<p>12. En general, el papel del médico de familia de su centro de salud en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.</p> <p>1) Totalmente en desacuerdo                      2) En desacuerdo                      3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4) De acuerdo                      5) Totalmente de acuerdo</p> <p style="text-align: right;">cs12 [ _ _ ]</p>
<p>13. Algún miembro del equipo de Salud Mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades asistenciales (gestión de casos o seguimiento de casos):</p> <p>1) No    2) Si</p> <p style="text-align: right;">cs13 [ _ _ ]</p>
<p>14. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?</p> <p>0) No iba                      1) Una vez al año o menos                      2) Cada 4 ó 6 meses</p> <p>3) Cada 3 meses                      4) Cada 2 meses                      5) Una vez al mes</p> <p>6) 2 veces al mes                      7) Entre 3 a 4 veces al mes o más</p> <p style="text-align: right;">cs14 [ _ _ ]</p>
<p>15. Algún miembro del equipo de Salud Mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades formativas:</p> <p>1) No    2) Si</p> <p style="text-align: right;">cs15 [ _ _ ]</p>
<p>16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?:</p> <p>0) No iba                      1) Una vez al año o menos                      2) Cada 4 ó 6 meses</p> <p>3) Cada 3 meses                      4) Cada 2 meses                      5) Una vez al mes</p> <p>6) 2 veces al mes                      7) Entre 3 a 4 veces al mes o más</p> <p style="text-align: right;">cs16 [ _ _ ]</p>

<p>17. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre el equipo de Salud Mental y los médicos de su centro de salud?</p> <p>1) Muy mala    2) Mala    3) Regular    4) Buena    5) Muy buena</p> <p style="text-align: right;">cs17 [ _ _ ]</p>
<p>18. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre médicos y enfermeros en su centro de salud?</p> <p>1) Muy mala    2) Mala    3) Regular    4) Buena    5) Muy buena</p> <p style="text-align: right;">cs18 [ _ _ ]</p>
<p>19. En general, el papel de la enfermería de su centro de salud en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.</p> <p>1) Totalmente en desacuerdo    2) En desacuerdo    3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4) De acuerdo    5) Totalmente de acuerdo</p> <p style="text-align: right;">cs19 [ _ _ ]</p>
<p>20. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre la trabajadora social y los médicos de su centro de salud?</p> <p>0) No tenemos T. social    1) Muy mala    2) Mala    3) Regular    4) Buena    5) Muy buena</p> <p style="text-align: right;">cs20 [ _ _ ]</p>
<p>21. En general, el papel de la trabajadora social (adscrita a su centro de salud) en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.</p> <p>0) No tenemos T. social    1) Totalmente en desacuerdo    2) En desacuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo    4) De acuerdo    5) Totalmente de acuerdo</p> <p style="text-align: right;">cs21 [ _ _ ]</p>



## ANEXO 4: INFORME COMISIÓN ÉTICA E INVESTIGACIÓN DISTRITO SANITARIO MÁLAGA PROYECTO EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

D. Maximiliano Vilaseca Fortes, Director Gerente del Distrito Sanitario Málaga, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía,

### AUTORIZA

a D./Dña.: BERTA MORENO KÜSTNER

en calidad de investigador **PRINCIPAL** a la realización del estudio/proyecto:

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA ATENDIDA EN EL ÁREA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE  
PSIQUIATRÍA DE CARLOS HAYA. (RESMA-AP)**

Autorizado por la Comisión de Ética e Investigación o Comité de Ensayos Clínicos: **CEIS-DSM**

con fecha : **18/11/2008**

Se informa al solicitante que esta autorización queda sometida a los siguientes requisitos:

- a) En caso de requerir acceso a datos clínicos en la historia y cesión o utilización de los mismos a terceros, deberá solicitarse la autorización expresa para dicho fin, a efectos de cumplir con lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Con arreglo a esta Ley, se habrán de preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento expreso para no separarlos.
- b) El encargado del tratamiento de los datos únicamente los tratará conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento, y no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en esta autorización, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas. Una vez cumplida la finalidad de esta autorización, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos al responsable del tratamiento, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento.
- c) El solicitante se compromete a cumplir en todo momento las garantías de solicitud de consentimiento y respeto de la autonomía y dignidad de la persona, tal y como determinan los preceptos legales correspondientes así como aquellas recomendaciones que el Comité Ético haya realizado.
- d) La autorización se limita exclusivamente a la actividad requerida por el solicitante
- e) El incumplimiento de estas condiciones por parte del solicitante derivará en la cancelación inmediata de la autorización y deberá responder de las infracciones en que hubiera incurrido.

Así mismo, se informa al interesado, que en caso de no adjuntar la documentación acreditativa que se le solicite en cada caso, se anulará esta autorización.

Lo que comunico a los efectos oportunos, en Málaga a 19 de NOVIEMBRE de 2008

Atentamente,

MAXIMILIANO VILASECA FORTES  
Director Gerente del Distrito Sanitario Málaga

Recibi y conformo:

Fecha y firma  
(devolver 1 ejemplar firmado al Distrito)

of. Sevilla 23. 29004 Málaga.  
Tel: 951 02 13 00 Fax: 951 02 13 05



## ANEXO 5: INFORME COMISIÓN ÉTICA E INVESTIGACIÓN HRU DE MÁLAGA PROYECTO EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

### LA COMISION DE ÉTICA Y DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA

#### INFORMA :

Que el Proyecto Titulado :

" EPIDEMIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA ATENDIDA EN EL AREA DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA DE CARLOS HAYA. (RESMA-ASP) ".

Cuyo Investigador principal es:

**Dra. Berta Moreno Küstner**

Ha sido evaluado, por esta comisión y este centro, considerando del máximo interés, tanto por la importancia del tema como por la experiencia del equipo investigador en este campo y declara que este proyecto es viable en todos sus términos por lo que se aprueba.

Por todo ello, firmo el presente en Málaga

Firmado D. José Antonio Trujillo Ruiz  
Director Médico  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Avda. Carlos Haya, s/n, 29010 Málaga  
Telf: 951 290 000

150.150.005



## ANEXO 6: INFORME COMISIÓN ÉTICA E INVESTIGACIÓN DISTRITO SANITARIO MÁLAGA PROYECTO ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

D. Bernardo Herrera García, Presidente de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga,

#### CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice el estudio

#### ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES. ESTUDIO RESMA AP-SERVICIOS

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto, este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por

Berta Moreno Küstner como investigador principal.

Lo que firmo en Málaga, a 2 de marzo de 2010

Firmado:

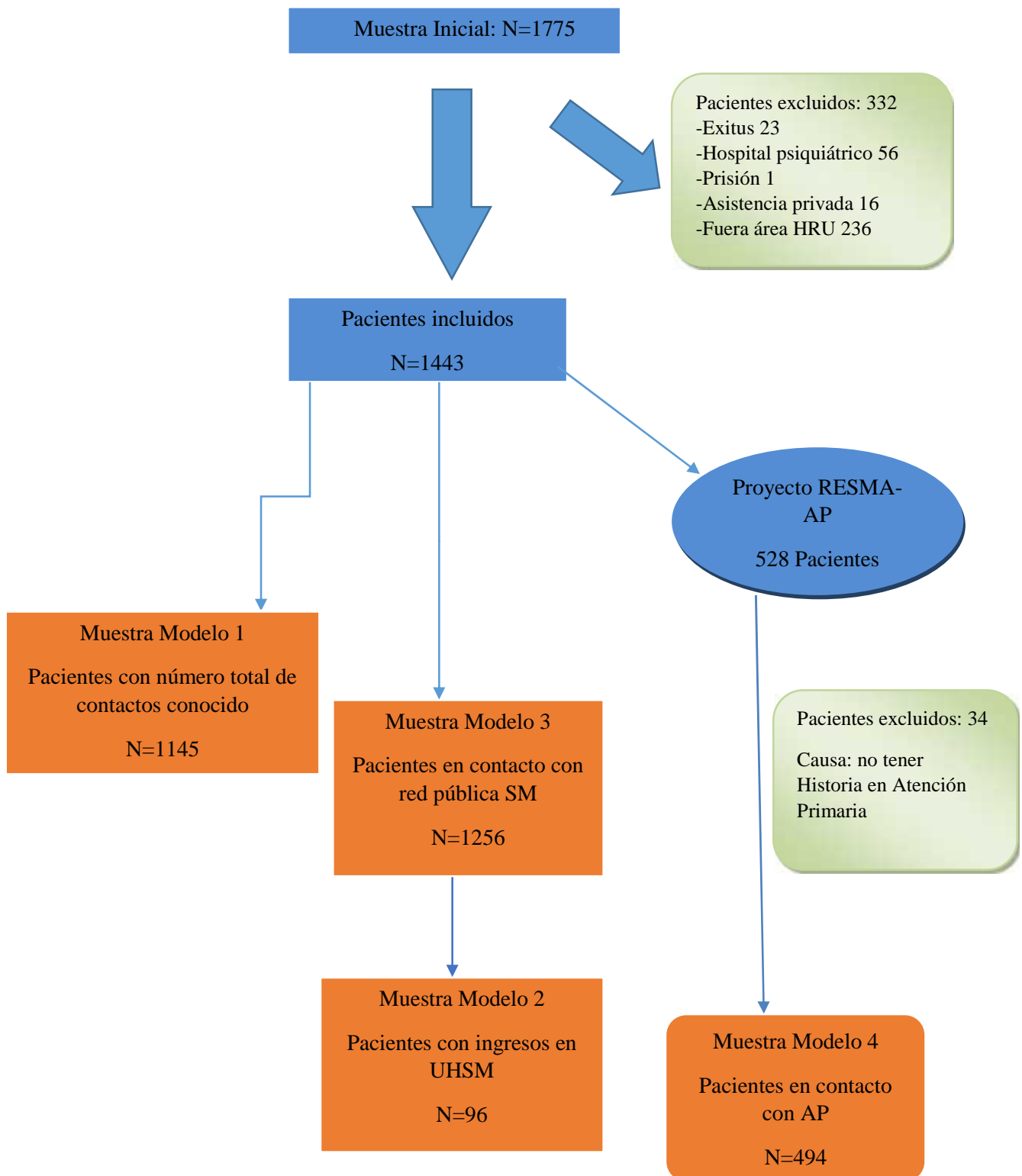
Bernardo Herrera García

Presidente de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del DS Málaga

cf. Sevilla 23. 29009 Málaga  
Tel: 951 03 13 00. Fax 951 03 13 05



## ANEXO 7: DIAGRAMA DE FLUJO DE LA MUESTRA DE PACIENTES





## ANEXO 8: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES (APARTADO 4.2.3.2)

### *Género*

Como se puede ver en la tabla 95 existía un ligero predominio de varones (55.9 %) frente a mujeres.

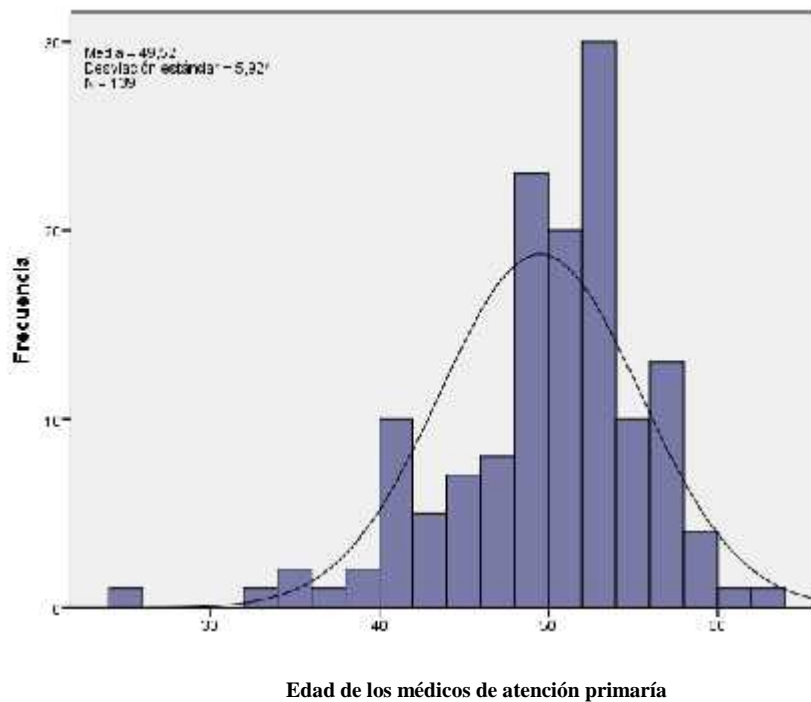
**Tabla 95: Distribución según género de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	64	44.1
Varón	81	55.9
Total	145	100.0

### *Edad*

La edad media está muy cerca de los 50 años con una desviación estándar de 5.9 (intervalo de confianza para la media al 95%: 48.52-50.51) dentro del rango 25-63 y con una mediana de 51. Los resultados pueden verse en el gráfico 8.

**Gráfico 8: Edad médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**



***Equipo Básico de Atención Primaria de referencia***

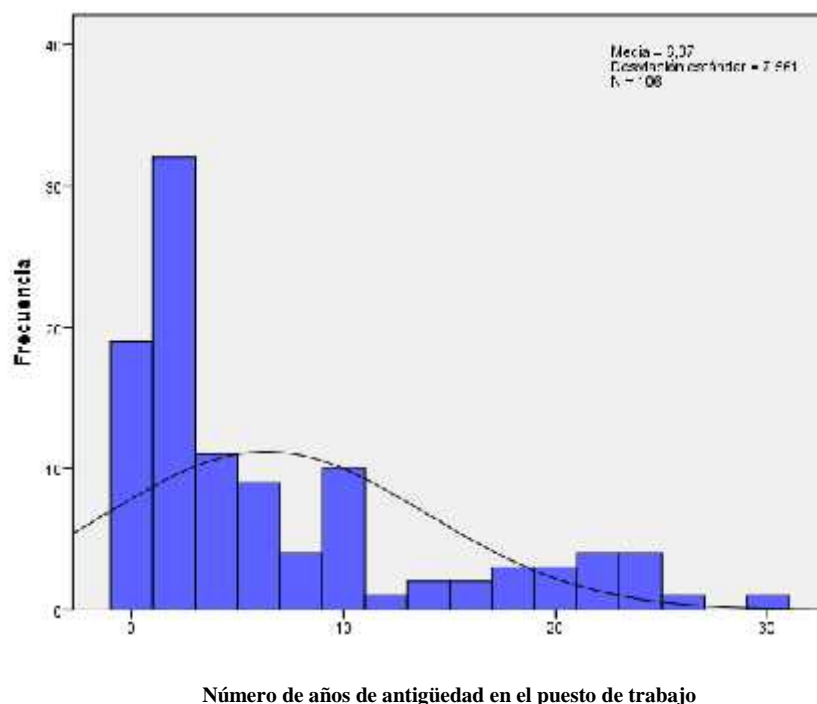
En la tabla 96 se puede observar la distribución de los médicos de atención primaria entre los 13 Equipos Básicos de Atención Primaria de referencia pertenecientes al área de Salud Mental del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga.

**Tabla 96: Distribución según EBAP de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

EBAP	Frecuencia	Porcentaje
Trinidad	11	7.6
Nueva Málaga	5	3.4
Miraflores	13	9.0
Palma-Palmilla	7	4.8
Ciudad Jardín	13	9.0
Capuchinos	7	4.8
Alameda-Perchel	15	10.3
Victoria	15	10.3
Limonar	13	9.0
El Palo	20	13.8
Rincón de la Victoria	14	9.7
Colmenar	7	4.8
Carlinda	5	3.4
Total	145	100.0

### ***Tiempo de antigüedad en la plaza***

La antigüedad en el puesto de trabajo tiene una media de 6.4 años con una desviación estándar de 7.6 (intervalo de confianza para la media al 95%: 4.91-7.82), dentro de un rango de 0 a 30, y con una mediana de 3. Estos datos se encuentran reflejados en el gráfico 9.

**Gráfico 9: Antigüedad en la plaza de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes****Lugar de consulta**

Como se puede observar en la Tabla 97, la gran mayoría (87.6%) pasa únicamente consulta en el centro base del Equipo Básico de Atención Primaria correspondientes (datos por otra parte normal ya que la mayor parte de estos equipos están ubicados en un único centro a nivel físico).

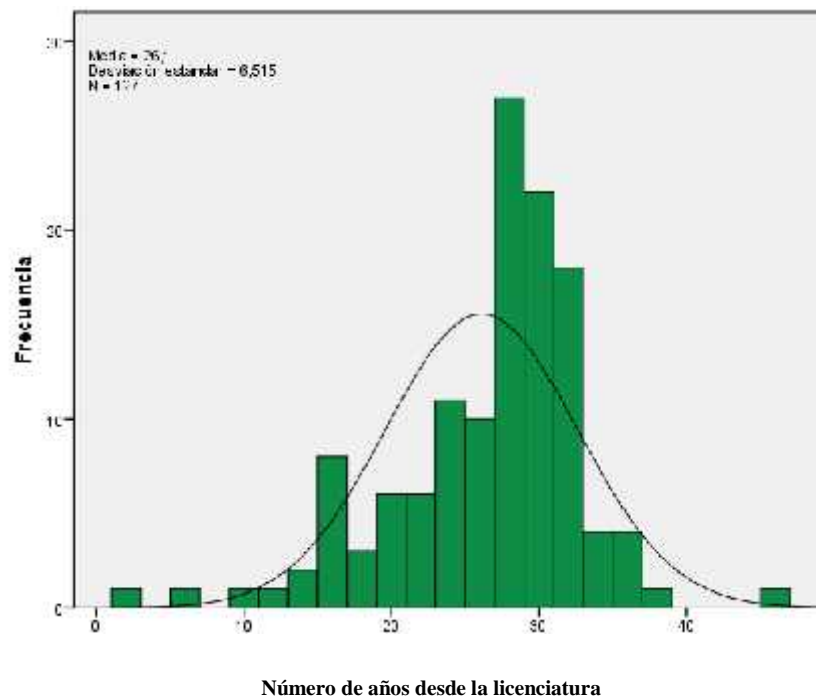
**Tabla 97: Distribución según lugar de consulta de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Lugar de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Centro base	127	87.6
Consultorio	8	5.5
Centro base más 1 consultorio	2	1.4
Dos consultorios	3	2.1
Centro base y más de 1 consultorio	4	2.8
Más de dos consultorios	1	0.7
Total	145	100.0

### *Tiempo transcurrido desde la finalización de la licenciatura*

El número de años desde la finalización de la licenciatura tiene una media de 26.1 con una desviación estándar de 6.5 y un intervalo de confianza para la media al 95% entre 24.96 y 27.25. El rango estaría entre 2 y 45. Los resultados se observan en el gráfico 10.

**Gráfico 10:** *Tiempo transcurrido desde la finalización de la licenciatura de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes*



### *Formación vía MIR*

El porcentaje de los médicos con formación vía MIR era de casi la mitad (48.6%). Los resultados se pueden ver en la tabla 98.

**Tabla 98: Distribución según formación vía MIR de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Vía Mir	Frecuencia	Porcentaje
Formación vía MIR	69	48.6
No formación vía MIR	73	51.4
Total	142*	100.0

\*En tres casos se desconoce esta información

### ***Tutor acreditado***

Entre los médicos de atención primaria encuestados el porcentaje de los que eran tutores acreditados eran del 34.5% (Tabla 99).

**Tabla 99: Distribución según papel como tutor acreditado de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Papel como tutor acreditado	Frecuencia	Porcentaje
Tutor acreditado	50	34.5
No tutor acreditado	95	65.5
Total	145	100.0

### ***Residente a cargo***

El porcentaje de médicos de atención primaria era ligeramente superior al de tutores acreditados, llegando al 36.1% (Tabla 100).

**Tabla 100: Distribución según el hecho de tener médico residente a cargo por parte de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Residente a cargo	Frecuencia	Porcentaje
MIR a cargo	52	36.1
No MIR a cargo	92	63.9
Total	144*	100.0

\*En 1 caso se desconoce esta información

### ***Tipo de contrato***

La mayor parte (93%) tenían contrato fijo (Tabla 101).

**Tabla 101: Distribución según el tipo de contrato de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Tipo de contrato	Frecuencia	Porcentaje
Contrato fijo	133	93
Contrato sustitución	4	2.8
Contrato interinidad	3	2.1
Otros tipos	3	2.1
Total	143*	100.0

\*En 2 casos se desconoce esta información

### ***Tiempo medio por consulta***

Esta variable se definió en tres niveles: menos de seis minutos, entre 6 y 8 minutos y nueve o más minutos, obteniéndose que el 62.9% se encontrarían en la categoría central (Tabla 102)

**Tabla 102: Distribución según el tiempo medio por consulta de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Tiempo medio de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 minutos	15	10.5
Entre 6 y 8 minutos	90	62.9
9 o más minutos	38	26.6
Total	143*	100.0

\*En 2 casos se desconoce esta información

**Tamaño del cupo**

Dividimos esta variable de forma categórica en dos, cupos de hasta 1500 pacientes y cupos de más de 1500 pacientes, perteneciendo al primer grupo el 51.2% de los médicos de atención primaria (Tabla 103).

**Tabla 103: Distribución según el tamaño del cupo de los médicos de atención primaria que participaron en la validación del cuestionario de actitudes**

Tamaño del cupo	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 1500 pacientes	64	51.2
Más de 1500 pacientes	61	48.8
Total	125*	100.0

\*En 20 casos se desconoce esta información