



TESIS DOCTORAL

Atención
primaria a
pacientes con
esquizofrenia
y trastornos
afines.

M^a del Carmen
Castillejos Anguiano



Dir^a Dra. Berta Moreno Küstner
Programa de Psicología
Facultad de Psicología y
Logopedia
Universidad de Málaga, 2022

Imagen: "24 de mayo de 1991", Bryan Charnley



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

TESIS DOCTORAL



**ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES**

M^a del Carmen Castillejos Anguiano

Directora: Dra. Berta Moreno Küstner

Programa de Psicología



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: María del Carmen Castillejos Anguiano

 <https://orcid.org/0000-0001-7943-6584>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



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

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

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.

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



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Escuela de Doctorado

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña M^a DEL CARMEN CASTILLEJOS ANGUIANO

Estudiante del programa de doctorado PSICOLOGÍA de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES

Realizada bajo la tutorización de BERTA MORENO KÜSTNER y dirección de BERTA MORENO KÜSTNER (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 17 de DICIEMBRE de 2022

Fdo.: M ^a CARMEN CASTILLEJOS ANGUIANO Doctorando/a	Fdo.: BERTA MORENO KÜSTNER Tutor/a
Fdo.: BERTA MORENO KÜSTNER Director/es de tesis	



EFQM



Edificio Pabellón de Gobierno, Campus El Ejido,
29071
Tel.: 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10
E-mail: doctorado@uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Atención Primaria a Pacientes con Esquizofrenia y Trastornos Afines

Por

M^a del Carmen Castillejos Anguiano

Memoria presentada para optar al Título de Doctora en Psicología

Directora

Dra. Berta Moreno Küstner

Catedrática de la Universidad de Málaga

*A mis padres M^a del Carmen y Felipe,
a mi hermano Felipe.*

Agradecimientos:

En primer lugar, quisiera dar las gracias a la Doctora D^a Berta Moreno Küstner por todo lo que me ha enseñado durante estos años, no sólo en el ámbito académico, sino también en el personal, que no ha sido poco, y de lo que estoy enormemente agradecida. Ella fue la que me inició en el mundo de la investigación y la que siempre supo transmitirme la ilusión y la fuerza para continuar.

Quisiera mencionar y dar las gracias también a Carlos Martín Pérez por su ayuda y paciencia en la realización de los análisis estadísticos.

Al personal de la unidad de gestión clínica de salud mental y a los distintos equipos de atención primaria por su colaboración desinteresada y generosa en la realización de este trabajo.

A todos mis amigos y compañeros de trabajo que durante estos años me han acompañado, escuchado y animado en momentos difíciles.

Por último, y como no, a mi familia por estar siempre ahí, especialmente a mis padres por haberme inculcado los valores del esfuerzo y el sacrificio, sin los cuales este trabajo no hubiese sido posible.

ÍNDICE

Introducción	17
Parte I: Marco teórico	23
1. Estado actual del tema y justificación	25
1.1. Concepto de esquizofrenia	27
1.2. Epidemiología de la esquizofrenia: incidencia y prevalencia	27
1.3. Mortalidad y morbilidad física en pacientes con esquizofrenia	29
1.4. Características específicas de la atención primaria a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines	30
1.5. Recomendaciones para una adecuada atención primaria a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines	33
1.6. Justificación del estudio	34
Parte II: Marco empírico	35
2. Hipótesis	37
3. Objetivos	41
4. Método	45
4.1. Diseño	47
4.2. Ámbito espacial y temporal	47
4.3. Población elegible y muestra	47
4.3.1. Pacientes	47
4.3.2. Médicos de atención primaria	48
4.4. Instrumentos y variables incluidas en el estudio	50
4.4.1. Variables dependientes	50

4.4.2. Variables independientes	52
4.5. Análisis de datos	59
5. Resultados	63
5.1. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la salud mental	65
5.2. Variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines asociadas a sus factores de riesgo cardiovasculares	66
5.3. Factores de los pacientes y de la organización sanitaria asociados a la frecuencia de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria	69
5.4. Factores de los pacientes, de los médicos de atención primaria y de la organización sanitaria asociados a la frecuencia de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria	70
6. Discusión	73
6.1. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la enfermedad mental y su asociación con variables sociodemográficas y laborales	76
6.2. Variables asociadas con los factores de riesgo cardiovasculares	79
6.3. Variables asociadas con las visitas a los médicos de atención primaria	82
6.4. Limitaciones del estudio	89
6.5. Perspectivas futuras	91
7. Conclusiones	93
Referencias	97

Anexos	125
• Anexo 1: Cuestionario a los directores de los centros de atención primaria	127
• Anexo 2: Cuestionario a los médicos de atención primaria (MAPSAM-14)	131
• Anexo 3: Informe de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario de Málaga para el proyecto Atención primaria a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines	133

INTRODUCCIÓN

La presente Tesis Doctoral está basada en un estudio de investigación denominado Atención Primaria a Pacientes con Esquizofrenia y Trastornos Afines (Estudio RESMA AP-Servicios), el cuál ha sido financiado por la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía (Proyecto de Excelencia, código: P10-CTS-5862), cuya Investigadora Principal es la Dra. Berta Moreno Küstner.

La atención primaria que reciben los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines es muy importante para la detección y tratamiento de sus problemas somáticos, ya que éstos padecen más problemas de salud física y mayores tasas de morbilidad y mortalidad que la población general. Se ha visto que estos pacientes presentan más factores de riesgo cardiovasculares debido, por un lado, a su estilo de vida (mala alimentación, falta de ejercicio físico, entre otras causas), pero también, a la medicación antipsicótica que reciben. La atención primaria presenta múltiples beneficios para los pacientes en general y, sobre todo, para pacientes con una enfermedad mental compleja, como es el caso de la esquizofrenia. Sin embargo, la atención de los problemas físicos de estos pacientes por los servicios de atención primaria sería mejorable, haciendo posible la detección y tratamiento adecuado de sus comorbilidades.

Esta Tesis Doctoral tiene como primer objetivo, el análisis de la percepción que tienen los médicos de atención primaria sobre la enfermedad mental. Como segundo objetivo, conocer las variables que influyen en los factores de riesgo

cardiovasculares de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Por último, conocer los factores que están influyendo en la frecuencia de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria. Se ha planteado un modelo multinivel en el que se tienen en cuenta tanto las variables de los pacientes, como de los médicos y de la organización sanitaria.

La presentación de esta Tesis Doctoral se hará, atendiendo a la normativa vigente, y de acuerdo con la directora de tesis y la Comisión de Doctorado de la Universidad de Málaga, en formato compendio de publicaciones, la cual está conformada por cuatro artículos publicados en revistas indexadas en el Journal Citation Reports (JCR). La agrupación de los cuatro estudios científicos cuyos objetivos de investigación propuestos conforman una misma línea coherente, justifica la presentación de esta Tesis Doctoral en formato compendio de publicaciones. El rigor científico de los estudios presentados se sustenta en el proceso de revisión por pares propio de publicaciones de calidad que garantizan las revistas indexadas en JCR. Las referencias completas de cada artículo son las que siguen:

- Castillejos-Anguiano, M. C., Bordallo-Aragón, A., Aguilera-Fernández, D., & Moreno-Küstner, B. (2019). Perceptions about mental illness among general practitioners. *International journal of mental health systems*, 13, 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0284-9>

- Castillejos, M. C., Martín-Pérez, C., García-Ruiz, A., Mayoral-Cleries, F., & Moreno-Küstner, B. (2020). Recording of cardiovascular risk factors by general practitioners in patients with schizophrenia. *Annals of general psychiatry*, 19, 34. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00284-5>
- Castillejos, M.C., Martín-Pérez, C., Mayoral-Cleries, F. Bordallo-Aragón, A., Sepúlveda-Muñoz, J., & Moreno-Küstner, B. (2018). Factors associated with visits to general practitioners in patients with schizophrenia in Malaga. *BMC Family Practice*, 19, 180. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0866-7>
- Castillejos-Anguiano, M. C., Martín-Pérez, C., Bordallo-Aragón, A., Sepúlveda-Muñoz, J., & Moreno-Küstner, B. (2020). Patterns of primary care among persons with schizophrenia: the role of patients, general practitioners and centre factors. *International journal of mental health systems*, 14(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00409-z>

Este trabajo de investigación se estructura en dos partes, la primera parte, el marco teórico, en donde se expone el estado actual del tema de investigación, realizando una revisión de los artículos que han estudiado estos aspectos en los últimos años, y la justificación del trabajo de investigación.

La segunda parte, el marco empírico, se estructura en varios apartados: objetivos, método, resultados, discusión de los mismos, limitaciones del trabajo, perspectivas futuras y unas conclusiones finales. Por último, se detallan las referencias bibliográficas consultadas y se aportan los anexos del trabajo de investigación.

MARCO TEÓRICO

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Concepto de esquizofrenia.

La psicosis y, específicamente el diagnóstico de esquizofrenia, es un conjunto de trastornos psiquiátricos en los que se alteran, de manera significativa, la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. Cada paciente que desarrolla psicosis o esquizofrenia tiene su propia combinación de síntomas y experiencias, que variarán en función de sus circunstancias particulares (García-Herrera y cols., 2019).

Comprender las causas de la esquizofrenia está siendo cada vez más difícil. Sabemos que la esquizofrenia es el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales. Está bien establecido que es un trastorno altamente hereditario, y se ha avanzado de forma considerable en la identificación de sus factores de riesgo genéticos. Sin embargo, entre el 15-40% del riesgo que se deriva de factores ambientales es menos conocido. Los factores ambientales que se han asociado repetidamente con la esquizofrenia incluyen: complicaciones obstétricas, infecciones, nacimientos en invierno o primavera, migración, vida urbana, adversidad infantil y consumo de cannabis (Robinson y Bergen, 2021).

1.2. Epidemiología de la esquizofrenia: incidencia y prevalencia

Las tasas de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia varían ampliamente de unos lugares a otros (Castillejos y cols., 2018; Moreno-Küstner y cols., 2018). Revisiones sistemáticas previas han puesto de manifiesto que la incidencia de

esquizofrenia varía de 7,7 a 43,0 por 100.000 habitantes (McGrath y cols., 2004; Saha y cols., 2008). Además, esta incidencia es significativamente mayor en hombres que en mujeres con una relación de tasas de incidencia hombre / mujer de 1,54 (1,37– 1,72) (Castillejos y cols., 2018).

Varios estudios sostuvieron que las personas que viven en núcleos densos de población tienen aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar esquizofrenia en comparación con los que viven en áreas rurales (Harrison y cols., 2003; Moreno-Küstner y cols., 2014; Pedersen & Mortensen, 2001; Vassos y cols., 2016). Además, un metaanálisis también informó que las personas que viven en áreas urbanas presentan tasas más altas de incidencia de esquizofrenia en comparación con aquellos que viven en lugares rurales-mixtos (Vassos y cols., 2012).

Dos metaanálisis mostraron que la inmigración es un factor de riesgo para desarrollar esquizofrenia (Cantor-Graae y Selten, 2005; Castillejos y cols., 2018).

Dos estudios posteriores mostraron que este riesgo continúa en la segunda generación de inmigrantes (Cantor-Graae y Pedersen, 2007; Cantor-Graae y Pedersen, 2013), lo que sugiere que hay factores en la postmigración que juegan un papel importante (Henssler y cols., 2020). Estudios con inmigrantes afro-caribeños

en el Reino Unido, personas de Surinam y marroquíes en los Países Bajos, además de varios grupos de inmigrantes en Dinamarca han presentado tasas de incidencia más altas en comparación con la población nativa (Bourque y cols., 2011; McGrath y cols., 2004; Tortelli y cols., 2015).

Por último, vivir en un entorno de nivel socioeconómico más bajo ha sido constantemente asociado con un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia durante décadas (Dean y Murray, 2005; El-Missiry y cols., 2011; Moreno y cols., 2016; O'Donoghue y cols., 2016).

Además de tener en cuenta estos factores en la variabilidad encontrada en las revisiones sistemáticas realizadas hasta el momento (Kirkbride y cols., 2012; McGrath y cols., 2004; Moreno-Küstner y cols., 2018b; Saha y cols., 2005; Saha y cols., 2006), no debemos olvidar la diversidad metodológica de los estudios incluidos en estas revisiones (Castillejos y cols., 2019).

1.3. Mortalidad y morbilidad física en pacientes con esquizofrenia.

Desde hace tiempo se sabe que las personas con trastornos mentales graves, como esquizofrenia y trastornos afines, tienen más problemas de salud física y mayores tasas de morbilidad y mortalidad que la población general (Castillo-Sánchez y cols., 2015; Eskelinen y cols., 2017; Gur y cols., 2018; Moreno-Küstner y cols., 2021; Smith y cols., 2013). Se ha visto que estos pacientes tienen una esperanza de vida de entre 13 y 30 años menor que la población general (de Hert y cols., 2011;

Moreno-Küstner y cols., 2021). En un estudio realizado recientemente en Málaga, se encontró que los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines presentaban una esperanza de vida de 67,11 años, y que características como la edad, ser hombre, vivir en entornos socioeconómicos deprimidos o zonas urbanas y recibir prestaciones sociales estaba relacionado con mayor mortalidad (Moreno-Küstner y cols., 2021). En Londres (Osborn y cols., 2008), los pacientes con esquizofrenia mostraron un mayor riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo y obesidad comparados con la población general. Estos últimos resultados son congruentes con muchos otros estudios (Ferreira y cols., 2010; Gardner-Sood y cols., 2015; Joshi y cols., 2013; Protopopova y cols., 2012), los cuales pueden ser debidos no sólo al estilo de vida de estos pacientes (Deighton y cols., 2015; Eskelinen y cols., 2015; Heald y cols., 2017; Jahrami y cols., 2017), sino también a la medicación antipsicótica que están recibiendo (Eskelinen y cols., 2015; Rummel-Kluge y cols., 2010).

1.4. Características específicas de la atención primaria a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

Existe evidencia científica de que los pacientes con esquizofrenia necesitan cuidados integrales que estén enfocados tanto a sus necesidades mentales como físicas (Hausswolff-Juhlin y cols., 2009). La atención primaria presenta múltiples beneficios para estos pacientes. Se ha demostrado una relación entre la

disponibilidad de atención primaria y la supervivencia en pacientes con esquizofrenia y trastornos afines (Copeland y cols., 2009).

Existe el riesgo de que la comorbilidad física en pacientes con esquizofrenia no sea detectada por sus médicos de atención primaria (Oud y cols., 2009; Smith y cols., 2013), por lo que puede que sus problemas de salud física sean tratados de forma insuficiente (Woodhead y cols., 2016). Smith y cols (2013) informaron que la mayoría de las personas con esquizofrenia tenían al menos un problema físico de salud crónico y un tercio tenía dos o más. Sin embargo, estas comorbilidades fueron registradas en menor medida en las historias clínicas en relación con los pacientes sin esquizofrenia. Además, a los pacientes con trastornos mentales severos se le prescribieron menos recetas para el tratamiento de los factores cardiovasculares comunes (Mitchell y cols., 2012).

Este fenómeno podría deberse, en parte, a que la mayoría de los profesionales de la salud consideran que la atención de los pacientes con trastornos mentales severos es demasiado especializada para atención primaria (Lester y cols., 2005). En algunos países, como Australia, los programas de formación para médicos y enfermeros tienden a minimizar la importancia de la atención a la salud física en pacientes con problemas de salud mental (Crompton y cols., 2010). Por otro lado, parece ser que los médicos de atención primaria presentan mayor estigma hacia las enfermedades mentales que los psiquiatras cuando se compararon las actitudes de

dichos profesionales (Hori y cols., 2011; Mittal y cols., 2014; Smith y cols., 2017). Estas percepciones podrían influir en las decisiones que toman en la práctica diaria (Corrigan y cols., 2014). Además, el no sentirse preparado, tener baja confianza y la falta de recursos para manejar las enfermedades mentales de los médicos de atención primaria (Bagayogo y cols., 2018; Caplan y cols., 2016) podría hacer que éstos deriven más frecuentemente a los pacientes a la atención especializada (Fleury y cols., 2009). Todos estos factores podrían explicar el bajo contacto de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines con los centros de atención primaria (Castillejos y cols., 2018; Fleury y cols., 2009; Smith y cols., 2017). Por otro lado, los profesionales de salud mental a menudo no se sienten seguros en la prescripción de medicamentos para la salud física (Mitchell y cols., 2012). Sin embargo, se vio que cuando hubo un modelo de trabajo colaborativo entre servicios de salud mental y de atención primaria, los médicos de atención primaria se sintieron con más confianza en el manejo de pacientes con trastornos mentales severos (Fleury y cols., 2009), tenían menos percepciones erróneas de las enfermedades mentales y tendían menos a estigmatizarlas (Castillejos-Anguiano y cols., 2019).

Se ha visto que estos pacientes presentan un enfoque inadecuado para buscar atención médica cuando la necesitan, lo que podría ser otra de las razones por las que su situación médica no es buena (Simon y cols., 2009; Temmingh y cols.,

2008). Además, hay evidencia de que hacen menos uso de los servicios de atención primaria (Hendrie y cols., 2013) y servicios especializados (Bresee y cols., 2012).

1.5. Recomendaciones para una adecuada atención primaria a los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

La Guía de Práctica Clínica del Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia elaborada por el Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía (2019), primera adaptación de la guía NICE realizada en Andalucía, recomienda que se evalúe de forma periódica el estado de salud y las necesidades sociales de las personas con un diagnóstico establecido de esquizofrenia que se atienden en atención primaria. Esto debería incluir el seguimiento del estado mental, la adherencia al tratamiento, la toma correcta y los efectos secundarios de la medicación, el aislamiento social, el acceso a los servicios y la situación laboral, así como un control periódico de su salud física.

Esta guía también recomienda que estos pacientes deben contar con un plan de atención desarrollado conjuntamente entre atención primaria y los servicios de salud mental.

Por otro lado, se debería estimular la organización y el desarrollo de registros de las personas con esquizofrenia porque con frecuencia es el primer paso para el control de los mismos en atención primaria (Moreno-Küstner y cols., 2009).

Por último, sería necesaria una adecuada formación de los médicos de atención primaria en el manejo de estos pacientes (Kehoe y cols., 2020; Strelchuk y cols., 2021).

1.6. Justificación del estudio

Hasta donde nosotros conocemos, no ha habido muchos estudios hasta el momento que hayan analizado el uso de los servicios de atención primaria por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines teniendo en cuenta tanto variables del paciente, de los médicos de atención primaria, así como factores de la organización sanitaria. Por un lado, consideramos importante analizar la percepción que tienen los médicos de atención primaria sobre la enfermedad mental de cara a una adecuada atención primaria.

Además, dado que la mayor mortalidad y morbilidad que presentan los pacientes con esquizofrenia con respecto a la población general se debe fundamentalmente a factores de tipo cardiovascular, hemos considerado importante conocer la asociación de las características de los pacientes con los factores de riesgo cardiovasculares registrados en las historias clínicas.

Y, por último, considerando la importancia en estos pacientes del cuidado de su salud física, es vital conocer las variables que puedan influir en las visitas a los médicos de atención primaria por parte de estos pacientes.

PARTE II: MARCO EMPÍRICO

2. HIPÓTESIS

1. Existen factores sociodemográficos y profesionales de los médicos de atención primaria que influyen en su percepción de la salud mental.
2. Existen variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines asociadas a los factores de riesgo cardiovasculares registrados por los médicos de atención primaria.
3. Existen factores de los pacientes, médicos de atención primaria y de la organización sanitaria que se asocian con el número de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria.

3. OBJETIVOS

El objetivo general de esta Tesis Doctoral es el siguiente:

Analizar los factores asociados a pacientes, profesionales y organizativos en la mejora de la calidad asistencial en pacientes con esquizofrenia y trastornos afines en la Atención Primaria.

Los objetivos específicos se presentan a continuación:

1. Analizar la percepción de los médicos de atención primaria sobre la salud mental.
2. Identificar las variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines asociadas a los factores de riesgo cardiovasculares registrados por los médicos de atención primaria.
3. Determinar los factores de los pacientes, médicos de atención primaria y de la organización sanitaria que se asocian con el número total de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria.

Como primera parte de este objetivo, nos propusimos analizar los factores de los pacientes y de la organización sanitaria que podrían relacionarse con el número total de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria (Objetivo 3.1).

Como segunda parte, a los factores analizados anteriormente, incluimos uno más, es decir, nos planteamos determinar los factores de los pacientes,

médicos de atención primaria y de la organización sanitaria que podrían estar asociados con el número total de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria (Objetivo 3.2).

4. MÉTODO

4.1. Diseño

La presente investigación fue un estudio observacional, analítico y transversal.

4.2. Ámbito espacial y temporal

El estudio se llevó a cabo en el área de cobertura de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga (España), la cual tenía una población de 315.159 habitantes. Esta área está integrada por las Unidades de Salud Mental Comunitarias Centro y Norte, asociadas con 13 centros de atención primaria. La Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro incluye a 6 centros de atención primaria: Alameda-Perchel, Victoria, Limonar, El Palo, Colmenar y el Rincón de la Victoria. La Unidad de Salud Mental Comunitaria Norte incluye a 7 centros de atención primaria: Trinidad, Nueva Málaga, Miraflores, Palma-Pamilla, Ciudad-Jardín, Capuchinos y Carlinda.

El trabajo de campo del estudio se realizó durante 42 meses, desde el 1 de enero de 2008 hasta el 1 de julio de 2011.

4.3. Población elegible y muestra

4.3.1. Médicos de atención primaria

Para analizar la percepción de los médicos de atención primaria sobre la salud mental, la población estuvo constituida por todos los médicos de atención primaria que trabajaban en el área de estudio (N=188). Sin embargo, la muestra que

finalmente incluimos en este objetivo consistió en aquellos médicos que rellenaron el cuestionario diseñado por el equipo de investigación (N=145).

4.3.2. Pacientes

Para mejorar la atención de los pacientes con enfermedades mentales graves, se desarrolló en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga un registro de casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines: el Registro de Casos de Esquizofrenia de Málaga (RESMA). Información más amplia sobre dicho registro está disponible en Moreno-Küstner y cols (2009).

La población elegible para el estudio consistió en todos los pacientes incluidos en el RESMA (N = 1663) (Moreno-Küstner y cols., 2016). El tamaño de la muestra fue calculado para ser representativo de los pacientes con esquizofrenia de cada centro de atención primaria incluido en el estudio. Los pacientes fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple y estratificados por centro de atención primaria.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser mayor de 14 años; b) tener diagnóstico clínico de esquizofrenia o trastorno afín (F20-F29) según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10) (OMS, 1992); c) estar en contacto con un centro de atención primaria del área de cobertura de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga. Los

criterios de exclusión fueron los siguientes: a) muerte durante el periodo de observación; b) sin historia clínica informatizada en el programa DIRAYA en el centro de atención primaria de referencia.

Tanto para identificar las variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines asociadas a los factores de riesgo cardiovasculares, como para determinar las variables de los pacientes y de la organización sanitaria que se asocian con el número total de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria, la muestra final incluida fue de 494 pacientes.

Para determinar los factores de los pacientes, médicos de atención primaria y de la organización sanitaria que se asocian con el número total de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria, los pacientes incluidos fueron una submuestra de los 494 pacientes analizados en los objetivos anteriores. En este objetivo, el introducir un nuevo factor (los médicos de atención primaria), hizo que sólo se incluyeran los pacientes que eran atendidos por dichos médicos, es decir, los médicos que dieron respuesta positiva a participar en el estudio. Con lo cual, seleccionamos a los pacientes que eran atendidos por los médicos de atención primaria incluidos en el estudio, y esa fue la submuestra de este objetivo. Esta submuestra estuvo formada por los pacientes de los cuales obtuvimos información de su médico de atención primaria (N=259).

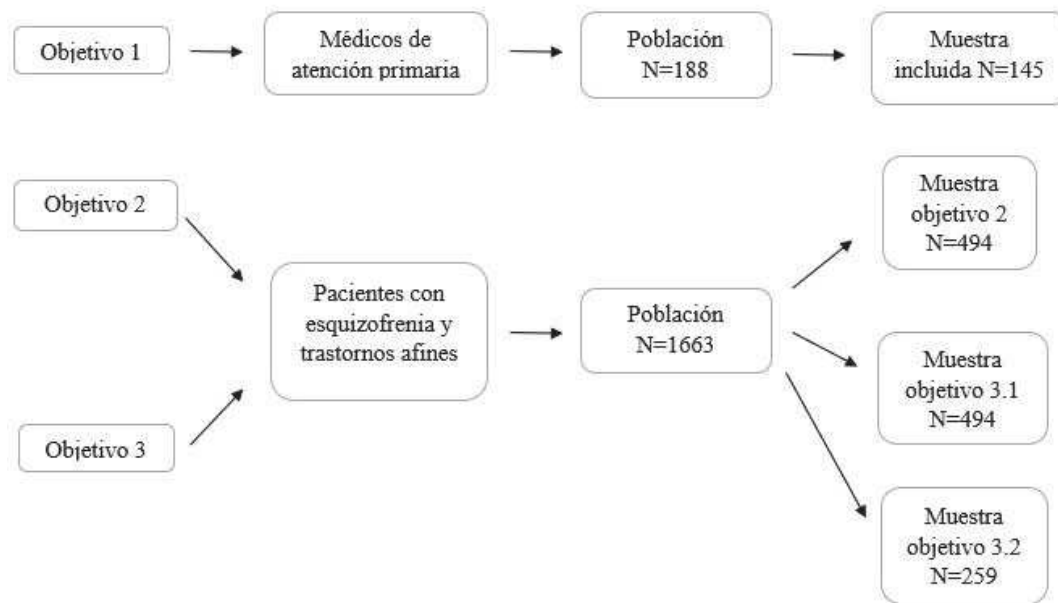


Figura 1. Flujograma de la población y muestra incluida en el estudio.

4.4. Instrumentos y variables incluidas en el estudio

4.4.1. Variables dependientes

Para el objetivo 1, utilizamos un cuestionario de breve aplicación para conocer la satisfacción de los médicos de atención primaria respecto a su relación con los equipos de salud mental, sus creencias hacia la enfermedad mental y su percepción del nivel de formación en relación con la esquizofrenia y trastornos afines, el Cuestionario de Médicos de Atención Primaria y Salud Mental (MAPSAM-14), validado por nuestro equipo de investigación (Moreno-Küstner y cols., 2018a). Las

variables dependientes de este objetivo fueron las puntuaciones en las tres dimensiones de la escala: (1) Relación: nivel de satisfacción de los médicos de atención primaria en su relación con la unidad comunitaria de salud mental (rango 7-15; puntuaciones más altas indican mayor satisfacción con la relación); (2) Creencias: creencias, estigmas y actitudes erróneas con respecto a la enfermedad mental (rango 5-12; puntuaciones más altas indican creencias más erróneas y mayor estigmatización); (3) Formación: percepción de los médicos de atención primaria sobre su nivel de formación en salud mental, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (rango 5-15; puntuaciones más altas indican una mayor percepción de adecuación de la formación).

Para el objetivo 2, la variable dependiente fue el número de factores de riesgo cardiovasculares registrados en las historias clínicas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines incluidos en el estudio (0-5). Se han seleccionado los 5 factores más frecuentemente hallados en estos pacientes: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad o tabaquismo. Estos datos se obtuvieron de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes (programa DIRAYA).

Por último, para el objetivo 3 del estudio, la variable dependiente fue el número total de visitas al médico de atención primaria realizadas por pacientes con esquizofrenia y trastornos afines durante el periodo de observación. Igualmente, el

número de visitas se obtuvo de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes (programa DIRAYA).

4.4.2. Variables independientes

Para el objetivo 1 del estudio, las variables independientes fueron las características de los médicos de atención primaria (Tabla 1). Para la obtención de estas variables sociodemográficas y laborales, se les pasó un cuestionario diseñado por el equipo de investigación a dichos médicos (Moreno-Küstner y cols., 2018a) (Anexo 2).

Para el objetivo 2, fueron variables sociodemográficas, clínicas y uso de servicios de atención primaria de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines (Tabla 2). La información sociodemográfica y clínica de los pacientes se obtuvo del RESMA (Moreno-Küstner y cols., 2009; Moreno-Küstner y cols., 2016).

Por último, para el objetivo 3, las variables independientes fueron variables de los médicos de atención primaria (Tabla 1), variables del paciente (Tabla 2), y variables de los centros de atención primaria (Tabla 3). La información sobre los centros de atención primaria se obtuvo de sus directores, los cuales fueron entrevistados mediante un cuestionario diseñado por el equipo de investigación (Anexo 1).

Tabla 1. Variables de los médicos de atención primaria.

Variables categóricas	
Género ^{1,2}	Hombre Mujer
Años en el lugar de trabajo actual ¹	≤ 3 años > 3 años
Formación de especialización como médico de familia ^{1,2}	Sí No
Formación acreditada como tutor ^{1,2}	Sí No
Tener estudiantes en formación a su cargo ^{1,2}	Sí No
Tamaño de la lista de pacientes ¹	≤ 1500 pacientes > 1500 pacientes
Centro de atención primaria al que pertenece ¹	Trinidad Nueva Málaga Miraflores Palma-Palmilla Ciudad Jardín Capuchinos Carlinda Alameda Perchel Victoria Limonar El Palo Rincón de la Victoria Colmenar

Tabla 1 (Continuación)
Variables continuas
Edad ^{1,2}
Tiempo en terminar la carrera de medicina ²
Tamaño de la lista de pacientes ²
Relación (nivel de satisfacción de la relación que mantiene el médico de atención primaria con la unidad clínica de salud mental local (rango: 7-15; puntuaciones más altas indicaron una mayor satisfacción con la relación)) ^{2,3}
Formación (percepción del médico de atención primaria de la adecuación de su formación en salud mental, incluida la esquizofrenia y trastornos relacionados (rango: 5-15; puntuaciones más altas indicaron una mayor percepción de adecuación de la formación)) ^{2,3}
Creencias (se refiere a las creencias erróneas, estigmas y actitudes hacia las enfermedades mentales y estigmatización de las mismas (rango: 5-12; puntuaciones más altas indicaron creencias más erróneas y mayor estigmatización)) ^{2,3}
¹ Variables independientes analizadas en el objetivo 1 ² Variables independientes analizadas en el objetivo 3.2 ³ Castillejos Anguiano MC, Bordallo Aragón A, Aguilera Fernández D, Moreno Küstner B. Perceptions about mental illness among general practitioners. <i>Int J Ment Health Syst</i> , 2018; 13:27. doi.org/10.1186/s13033-019-0284-9

Tabla 2. Variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

Variables categóricas	
Género ^{1,2,3}	Hombre Mujer
Edad ^{1,2,3}	15-44 45-64 >65
Estado Civil ^{1,2,3}	Soltero Casado / pareja de hecho / conviviendo Separado / divorciado / viudo
Nivel educacional ^{1,2,3}	Sin educación formal y / o analfabetos Escuela primaria Escuela secundaria Educación superior [licenciatura o más alto]
Tipo de convivencia ^{1,2,3}	Solo Viviendo con los padres / otros parientes o amigos Familia propia Alojamiento protegido Personas sin hogar
Situación laboral ^{1,2,3}	Empleado Desempleado Estudiante Cuidador o amo de casa / ama de casa Recibiendo prestaciones sociales o discapacidad laboral Otros
Tipo de residencia ^{1,2,3}	Urbana Rural
Viviendo en un área socioeconómicamente deprimida ^{1,2,3,4}	Sí No
Centro de Atención Primaria ^{2,3}	Trinidad Nueva Málaga Miraflores Palma-Palmilla Ciudad Jardín Capuchinos Carlinda Alameda Perchel Victoria Limonar El Palo Rincón de la Victoria Colmenar Fuera del área de estudio

Tabla 2 (Continuación)	
Unidad de Salud Mental Comunitaria ²	Centro Norte
Diagnóstico clínico según la CIE-10 ^{1,2,3}	F20 Esquizofrenia F22 Trastorno delirante persistente. F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio. F25 Trastorno esquizoafectivo. F21, F24, F28, F29 Trastorno esquizotípico, trastorno delirante inducido, otros trastornos psicóticos no orgánicos y psicosis no orgánica no especificada
Índice Global de Severidad ^{1,2,3}	Nivel I (baja severidad) Nivel II Nivel III (alta severidad)
Presentar algún factor de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y/o ser fumador) ³	Sí No
Si toma medicamentos antipsicóticos ³	Sí No
Variables continuas	
Edad ³	
Número de visitas al médico de atención primaria ²	
Número de visitas a enfermería ¹	
Número de visitas al centro de atención primaria ¹	
¹ Variables independientes analizadas en el objetivo 2 ² Variables independientes analizadas en el objetivo 3.1 ³ Variables independientes analizadas en el objetivo 3.2 ⁴ Se consideró la residencia del paciente dentro de una zona socioeconómicamente deprimida (Sí/No) según la clasificación de la Junta de Andalucía (Junta de Andalucía, 2004)	

El Índice Global de Severidad es un índice asignado a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines de acuerdo con la gravedad de los síntomas, evolución de la enfermedad, adaptación social, nivel de discapacidad y adherencia al tratamiento. Es asignado por psiquiatras que usualmente tratan a estos pacientes y es utilizado

en el entorno clínico de los servicios de salud mental pública con el fin de incluir a los pacientes dentro de la categoría de "Enfermedad mental grave" y, por lo tanto, acceder a más recursos (Moreno-Küstner y cols., 2009).

Tabla 3. Variables de los centros de atención primaria.

Número de habitantes del área de cobertura ²	2.500 – 5.000 habitantes 5.000 – 10.000 habitantes 10.000 – 15.000 habitantes 15.000 – 20.000 habitantes 20.000 – 30.000 habitantes Más de 30.000 habitantes
Trabajador Social ¹	No hay Compartido A tiempo completo
Frecuencia de visitas asistenciales de las unidades de salud mental a los centros de atención primaria ^{1,2}	Nunca Una vez al año o menos Entre 4 y 6 meses Cada 3 meses Cada 2 meses Una vez al mes Dos veces al mes Más de 3 veces al mes
Frecuencia de visitas de formación de las unidades de salud mental a los centros de atención primaria ^{1,2}	Nunca Una vez al año o menos Entre 4 y 6 meses Cada 3 meses Cada 2 meses Una vez al mes Dos veces al mes Más de 3 veces al mes
Formación por parte de los servicios de salud mental ²	Sí No
¿Cómo calificaría la comunicación entre los centros de atención primaria y las unidades comunitarias de salud mental? ^{1,2}	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena
Los médicos de atención primaria participan de forma activa en el manejo de los pacientes de salud mental ^{1,2}	Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo
¿Cómo calificaría la comunicación entre los médicos de atención primaria y los enfermeros? ^{1,2}	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena

Tabla 3 (Continuación)	
Los enfermeros participan de forma activa en el manejo de los pacientes de salud mental ^{1,2}	Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo
¿Cómo calificaría la comunicación entre los médicos de atención primaria y los trabajadores sociales? ^{1,2}	No aplicable Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena
Los trabajadores sociales participan de forma activa en el manejo de los pacientes de salud mental ^{1,2}	No aplicable Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo
¹ Variables independientes analizadas en el objetivo 3.1 ² Variables independientes analizadas en el objetivo 3.2	

4.5. Análisis de datos

Para las variables categóricas del estudio se realizó un análisis descriptivo en el que se utilizaron la distribución de frecuencias y los porcentajes. La media, desviación estándar, mediana y cuantiles se calcularon para las variables continuas.

Para el objetivo 1, se llevó a cabo un análisis bivariado de las relaciones entre las variables sociodemográficas y de trabajo de los médicos de atención primaria y las dimensiones de la escala MAPSAM-14 (Relación, Creencias y Formación). Tras comprobar la distribución normal de los datos, para las variables independientes cualitativas dicotómicas se utilizó la prueba t de Student, y para las variables independientes cualitativas con más de dos categorías se utilizó un análisis de la

varianza (ANOVA). Las diferencias se consideraron significativas para $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS statistics 22 (IBM Corp. Released, 2013) para la construcción de la base de datos, los análisis descriptivos y para el análisis bivariado.

Para el objetivo 2, realizamos un análisis bivariado para examinar la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y las variables independientes. Tras comprobar que los datos no presentaban una distribución normal, se utilizó una prueba no paramétrica (Wilcoxon) para estudiar la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes categóricas con dos categorías. En el caso de variables independientes categóricas con más de dos categorías o variables continuas se utilizó la regresión lineal simple. Finalmente, se ajustó una regresión lineal. En un primer paso, se ajustó un modelo inicial con todas las variables explicativas. En el segundo paso, las variables que no alcanzaron la significación estadística se eliminaron del modelo; esto no implicó cambios sustanciales en los coeficientes del resto de las variables. Las diferencias se consideraron significativos para $p < 0,05$.

Para el objetivo 3, al igual que en el objetivo 2, comprobamos que los datos no presentaban una distribución normal. Por ello, se utilizó una prueba de Wilcoxon para estudiar la asociación entre el variable dependiente y las variables independientes categóricas con dos categorías, y para las variables independientes

categorías con más de dos categorías, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Finalmente, para las variables independientes continuas, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Las diferencias se consideraron significativas para $p < 0,05$.

Para el objetivo 3.1, realizamos un modelo de regresión lineal multinivel en el que el nivel 1 era el paciente y el nivel 2 el centro de atención primaria. Primero verificamos que existían diferencias entre los centros de atención primaria que permitieran la aplicación del modelo multinivel. Después de reintroducir todas las variables en el modelo, eliminamos las variables no significativas paso a paso hasta obtener un modelo definitivo.

Para el objetivo 3.2, el análisis multivariante clásico (regresión lineal) estuvo dificultado por el número tan elevado de variables predictoras disponibles, en relación con el tamaño, no muy grande, de la población de estudio. Por este motivo se decidió utilizar la técnica de random forest, que solventa muy bien este problema. Usamos el paquete random Forest de R y sus parámetros predeterminados, procediendo posteriormente a la sintonización de estos hiperparámetros para obtener el menor error posible. Finalmente, se seleccionaron las variables a incluir en el modelo de forma que este explique el mayor porcentaje de la variabilidad con respecto al resultado, asumiendo el menor error de predicción posible.

Para los objetivos 2 y 3 se utilizó el paquete estadístico R (R Development Core Team, 2010).

5. RESULTADOS

5.1. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la salud mental

De los 188 médicos de atención primaria que trabajaban en el área de estudio, 145 respondieron el cuestionario. Por tanto, la tasa de respuesta fue del 77%.

La edad media de la muestra fue de 50,5 años (IC 95%=49,5–51,5; rango=35-63) y la mediana fue de 51,5 años (rango=35-63). El 64,7% eran hombres. El promedio de años de experiencia profesional fue de 7,2 años (IC 95%=5,3–9,1; rango=0–30). El 44% de los médicos de atención primaria que participaron tenían a su cargo residentes en formación en el hospital y el 64,7% no eran tutores de formación acreditados. El tamaño medio de la lista de pacientes asignado a cada médico fue de 1.608 (IC 95%=1.538,2-1.678,8; mediana=1.500; rango=900-2.500).

Las puntuaciones medias de la escala MAPSAM-14 fueron las siguientes: el nivel medio de satisfacción de los médicos de atención primaria con respecto a su relación con el centro comunitario de salud mental (Relación) fue $M=12,51$ (IC 95%=12,16–12,87), siendo el nivel más alto de satisfacción $M=15$ y el mínimo $M=7$; la dimensión Creencias, que incluía creencias erróneas, estigmas y actitudes con respecto a la enfermedad mental tuvo una media de $M=8,04$ (IC 95%=7,79–8,28), con el nivel más alto de estigmatización de $M=12$ y mínimo de $M=5$; y la dimensión Formación, que midió la percepción de los médicos de atención primaria de su nivel de formación en salud mental, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

tuvo una media de $M=8,61$ ($IC\ 95\%=6,43-10,80$), siendo $M=15$ la puntuación más alta obtenida en esta dimensión y $M=5$ la más baja.

El ANOVA reveló diferencias en el nivel de satisfacción en su relación con la unidad de salud mental comunitaria y diferencias en las creencias sobre la enfermedad mental (ambos $p<0,001$) entre los médicos de atención primaria que pertenecían a diferentes centros de atención primaria. Los centros de atención primaria donde la percepción de la relación con el equipo de salud mental fue más buena fueron El Rincón de la Victoria y El Palo. Los centros de atención primaria donde los médicos presentaron menos estigmatización con respecto a las enfermedades mentales fueron Victoria, El Palo, El Rincón de la Victoria, Limonar, Alameda-Perchel y Nueva Málaga. Todos estos centros de atención primaria estaban vinculados con la Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro excepto Nueva Málaga, que pertenecía a la Unidad de Salud Mental Comunitaria Norte.

5.2. Variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines asociadas a sus factores de riesgo cardiovasculares

Se incluyeron 494 pacientes.

El perfil sociodemográfico de la muestra fue el siguiente: el 66,3% eran hombres; edad media 43,78 años (desviación estándar=11,64; rango=19-83); el 70,6% eran solteros/as; el 64,4% no había completado la educación secundaria; el 56,9%

estaban viviendo con sus padres o familia; el 42,9% presentaban una incapacidad para trabajar; el 87,1% vivía en un área urbana y el 11,5% en un área socioeconómicamente desfavorecida.

La esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente (70%). Se evaluó el índice global de severidad en 431 casos (87,2%) y a la mayoría se le asignó un nivel medio o bajo de gravedad (nivel I o II).

En cuanto al uso de servicios de atención primaria de estos pacientes, el número medio de visitas por paciente a los centros de atención primaria durante el período de observación fue de 22,25 (desviación estándar=21,32; rango=0-100), la media del número de visitas a su médico de atención primaria durante este periodo fue de 14,35 (desviación estándar=12,45; rango=5-75; media anual=4,1 visitas) y, finalmente, el número medio de visitas a enfermería fue de 7,75 (desviación estándar=14,89; rango=2-93).

En cuanto al número de factores de riesgo cardiovasculares registrados en las historias clínicas de estos pacientes por los médicos de atención primaria, encontramos los siguientes resultados: el 59,7% de los pacientes no presentaban ningún factor de riesgo cardiovascular registrado, el 42,1% presentó un factor de riesgo cardiovascular registrado y el 16,1% presentó dos o más factores de riesgo cardiovasculares registrados. Respecto a los factores de riesgo registrados, Diabetes mellitus tipo 2 se registró en el 10,5% de los pacientes, hipertensión en el 13,2%,

hipercolesterolemia en el 15,8% y obesidad en el 10,3%. El 14,2% tenía registrado que eran fumadores.

El modelo multivariante reveló que cinco de las variables de los pacientes mostraron una clara asociación con el número de factores de riesgo cardiovasculares registrados por los médicos de atención primaria: edad, tipo de convivencia, área donde residían, situación laboral y número de visitas al centro de atención primaria.

La edad mostró una asociación positiva con el número de factores de riesgo cardiovasculares registrados, a mayor edad, mayor número de factores de riesgo registrados ($p<0,001$). Pacientes que tenían su propia familia ($p=0,049$) y los que vivían en alojamientos protegidos ($p=0,048$) presentaron más factores de riesgo cardiovasculares registrados en comparación con los pacientes sin hogar. En cuanto a la situación laboral, sólo los pacientes que presentaban una incapacidad laboral temporal registraron menos factores de riesgo cardiovasculares en comparación con quienes recibían prestaciones sociales ($p=0,022$). Por otro lado, se registraron menos factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes que vivían en zonas rurales ($p=0,028$). Por último, a mayor número de visitas del paciente al centro de atención primaria, mayor fue el número de factores de riesgo cardiovasculares registrados ($p<0,001$).

5.3. Factores de los pacientes y de la organización sanitaria asociados a la frecuencia de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria

Se incluyeron 494 pacientes.

Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes fueron las mismas que las descritas en el apartado anterior, ya que la muestra fue la misma.

Con respecto a las características de los 13 centros de atención primaria, en el 69,2% de los centros, el equipo de salud mental realizó visitas asistenciales 3 o más veces al mes, y en el 84,7% de ellos el equipo de salud mental realizó visitas de formación una vez al mes o menos. Según los directores, la comunicación entre el equipo de salud mental y los centros de atención primaria fue calificada como buena o muy buena en el 92,4% de los casos, la comunicación entre los médicos de atención primaria y los enfermeros se calificó como buena en el 84,6% de los casos y la comunicación entre los médicos de atención primaria y los trabajadores sociales se calificó como buena o muy buena en el 69,3% de los casos. Cuando se preguntó a los directores de los centros por el papel activo que desempeñaban los médicos de atención primaria y los enfermeros en el manejo de los pacientes de salud mental, el 46,2% y 53,8%, respectivamente, se mostraron neutrales. Finalmente, el 69,3% de los directores estaban de acuerdo en el papel activo que desempeñaban los trabajadores sociales en el manejo de problemas de salud mental.

Las variables de los pacientes que estuvieron independientemente asociadas de forma positiva con el número de visitas al médico de atención primaria fueron: ser mujer ($p<0,001$); estar casado o viviendo con pareja ($p=0,005$); estar separado, divorciado o viudo ($p=0,048$); vivir en un área socioeconómicamente desfavorecida ($p=0,002$). Por otro lado, el presentar un diagnóstico de esquizofrenia ($p=0,005$), un trastorno delirante persistente ($p=0,05$), un trastorno psicótico agudo y transitorio ($p=0,004$) y un trastorno esquizotípico, trastorno delirante inducido, u otro trastorno psicótico no orgánico o psicosis no orgánica no específica ($p=0,012$) se asoció con menor número de visitas al médico de atención primaria frente a los pacientes que presentaban un trastorno esquizoafectivo.

Con respecto a las variables asociadas a los centros de atención primaria, estar en contacto con un médico de atención primaria que tuviese un rol activo en los problemas de salud mental se asoció positivamente con el número de visitas al médico de atención primaria ($p=0,025$). Sin embargo, una buena o muy buena comunicación entre el equipo de salud mental y los profesionales de atención primaria se asoció con menor número de visitas al médico de atención primaria ($p=0,01$).

5.4. Factores de los pacientes, de los médicos de atención primaria y de la organización sanitaria asociados a la frecuencia de visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria

La muestra total, formada por los pacientes de los cuales obtuvimos información de su médico de atención primaria, consistió en 259 pacientes con esquizofrenia, y 96 médicos de atención primaria.

Respecto a los pacientes incluidos, el perfil sociodemográfico fue el siguiente: la edad media al inicio del estudio fue de 43,88 años (rango=22–80); el 63,71% fueron hombres; el 70,66% solteros; el 43,63% sólo completó la educación primaria; el 55,21% vivía con su familia de origen u otros parientes; el 37,84% no estaba capacitado para trabajar; el 88,03% vivía en áreas urbanas; y sólo el 10,8% vivían en un área socioeconómicamente desfavorecida. La mayoría de los pacientes presentaban un diagnóstico de esquizofrenia (69,5%), al 82,24% se le asignó un nivel global de gravedad bajo o medio, el 39,23% tenía al menos un factor de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo) y el 69,11% recibía medicación antipsicótica.

En cuanto a las características de los médicos de atención primaria, la edad media al inicio del estudio fue de 50,84 años (rango=38-63), el 63,54% eran mujeres, alrededor del 50% presentaban formación como médico de atención primaria, el 65,62% no tenía formación acreditada como tutor, el 63,16% tenía un alumno en formación, y el 87,5% había recibido formación de los servicios de salud mental. Además, se necesitaron entre 4 y 11 años para completar sus estudios de licenciatura como médicos. El tamaño del cupo de pacientes varió de 900 a 2.434 pacientes por

médico de atención primaria. Además, presentaron una puntuación alta en el nivel de satisfacción de su relación con el centro comunitario de salud mental, puntuación media en la percepción de su nivel de formación en salud mental, y puntuación muy baja en creencias erróneas y estigmatización sobre enfermedades mentales.

Con respecto a las características de los centros de atención primaria fueron las mismas que en el objetivo 3.1 de este estudio.

El número medio de contactos de los pacientes con sus médicos de atención primaria durante el período de observación fue de 13,53, con una media anual de 3,9 visitas por paciente.

Basándonos en el método explicado previamente en el análisis de datos, el modelo con el menor error se logró con siete variables. Las variables del paciente que se asociaron fuertemente con un aumento de las visitas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria fueron ser mujer, estar casado, el pertenecer a determinados centros de atención primaria del área de estudio, recibir medicación antipsicótica y presentar algún factor de riesgo cardiovascular. Sólo hubo un factor de los médicos que se asoció con el aumento de visitas, que fue menor edad de los médicos de atención primaria. Por último, mayor frecuencia de visitas de formación del equipo de salud mental comunitario a los centros de atención primaria también estuvo relacionado con el aumento de visitas a los médicos.

6. DISCUSIÓN

Entre los resultados más relevantes de nuestro estudio encontramos que los médicos de atención primaria presentaban una satisfacción media alta en su relación con los centros comunitarios de salud mental, una puntuación media en creencias erróneas, estigmas y actitudes con respecto a la salud mental y una percepción de su nivel de formación en salud mental media baja. Además, aquellos médicos que trabajaban en centros de atención primaria en los que había más contacto con la unidad de salud mental comunitaria presentaban una mayor satisfacción en su relación con estas unidades y un menor estigma hacía la enfermedad mental.

Por otro lado, variables como mayor edad de los pacientes, tener su propia familia o vivir en alojamiento protegidos, vivir en zonas urbanas, y un mayor número de visitas al centro de atención primaria se asoció con un aumento de factores de riesgo cardiovasculares registrados.

Por último, cuando analizamos la asociación de las variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines y las variables organizativas con el número de visitas de estos pacientes de los médicos de atención primaria (objetivo 3.1), algunas variables de los pacientes (ser mujer, haber estado casado o conviviendo en algún punto de sus vidas y un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo) estuvieron asociadas con un mayor número de visitas al médico de atención primaria. Otro hallazgo importante fue que el estar en contacto con un médico de atención primaria que tuviese un enfoque más activo en los problemas de salud mental generó más

visitas al médico de atención primaria, mientras que una buena o muy buena comunicación entre los centros de atención primaria y la unidad de salud mental comunitaria se asoció con un menor número de visitas a los médicos de atención primaria. Tras introducir en este modelo las características de los médicos de atención primaria (objetivo 3.2), las variables que se relacionaron con un aumento en el número de visitas a los médicos fueron: mayor edad de los médicos de atención primaria, que el paciente sea mujer, que el paciente estuviese casado, el pertenecer a determinados centros de atención primaria del área de estudio, que el paciente recibiese medicación antipsicótica, y una mayor frecuencia de visitas de formación del equipo de salud mental comunitario a los centros de atención. Como podemos ver, al introducir las variables de los médicos de atención primaria, sólo hubo dos variables que se mantuvieron significativas con respecto al primer modelo: que el paciente fuese mujer, y que el paciente estuviese casado.

6.1. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la enfermedad mental y su asociación con variables sociodemográficas y laborales

Este estudio analizó la relación entre las tres dimensiones de la escala MAPSAM-14 (Satisfacción: nivel de satisfacción de los médicos de atención primaria en su relación con el centro comunitario de salud mental; Creencias: creencias erróneas, estigmatización y actitudes negativas con respecto a las enfermedades mentales;

Formación: percepción de su nivel de formación en salud mental, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) y la edad, el sexo y la experiencia profesional.

Los médicos de atención primaria presentaban una satisfacción media alta en su relación con los centros comunitarios de salud mental ($M=12,51$), una puntuación media en creencias erróneas, estigmas y actitudes con respecto a la salud mental ($M=8,04$), y una percepción de su nivel de formación en salud mental media baja ($M=8,61$).

La única variable que estuvo asociada con la dimensión Satisfacción de la escala MAPSAM-14 fue el tamaño del cupo de pacientes, de forma que, aquellos médicos de atención primaria con un mayor número de pacientes (>1500 pacientes) percibieron que tenían una mejor relación con el equipo de salud mental, tal vez porque tuvieron más número de contactos con el equipo y, por tanto, este hecho podría ser valorado por los médicos de atención primaria como una comunicación y relación más efectivas.

Ninguna de las variables sociodemográficas o laborales se asoció con las creencias de los médicos de atención primaria sobre las enfermedades mentales, lo cual entra en conflicto con los resultados de Rojas-Vistorte y cols (2018) y Lam y cols (2012), en cuyos estudios descubrieron que los médicos de atención primaria que más estigmatizaban la enfermedad mental tendían a ser los médicos con más

experiencia, mujeres, trabajando a nivel hospitalario y sin familiares ni amigos afectados por trastornos mentales.

Sin embargo, nuestro hallazgo más importante fue que las dimensiones Satisfacción y Creencias de la escala MAPSAM-14 estuvo asociada con el centro de atención primaria en el que trabajaban los médicos. Los médicos que informaron de una mejor relación con la unidad de salud mental comunitaria estaban trabajando en centros de atención primaria de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro. Del mismo modo, los médicos que puntuaron más bajo en la dimensión Creencias estaban en seis centros de atención primaria, todos menos uno (Nueva Málaga) pertenecían a la Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro. En el momento del estudio, la Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro había estado trabajando en colaboración con médicos de atención primaria durante más de 15 años, mientras que la Unidad de Salud Mental Comunitaria Norte tenía relaciones laborales más tradicionales con atención primaria. Esto sugiere que el trabajo colaborativo mejora la comunicación y relaciones entre equipos especialistas en salud mental y médicos de atención primaria. También puede ayudar a minimizar el estigma de la enfermedad mental entre los médicos de atención primaria, ya que un mayor contacto con los equipos de salud mental puede aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad mental; esta relación entre contacto con servicios de

salud mental y conocimiento de la enfermedad mental ha sido observado en la población general (Martínez-Zambrano y cols., 2013). Probablemente estos aspectos favorezcan un mejor cuidado de los pacientes con enfermedad mental en atención primaria. En el presente, una nueva y más colaborativa relación entre estos dos servicios se están introduciendo para proporcionar a los pacientes con enfermedad mental una atención mejor y más integral (Saedi y cols., 2018). Se ha demostrado que las formas colaborativas de trabajo mejoran la atención de pacientes con graves enfermedades mentales (Morera-Llorca y cols., 2014; Reilly y cols., 2012; Vickers et al., 2013). Un estudio realizado en una zona rural mostró que los pacientes preferían los servicios en los que se hacía énfasis en la colaboración entre la atención primaria y servicios especializados en salud mental (Ruud y cols., 2016).

6.2. Variables asociadas con los factores de riesgo cardiovasculares

Los porcentajes de factores de riesgo cardiovasculares registrados en nuestra muestra fueron inferiores a los obtenidos para la población general andaluza (Valdés y cols., 2014). Este resultado resultó inesperado debido a que la literatura científica afirma que los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines están más predispuestos a presentar múltiples factores de riesgo cardiovasculares (Mitchell y cols., 2013). Sin embargo, nuestro estudio obtuvo resultados similares a los del estudio español llevado a cabo por Viñas y cols (2011). Además, en este estudio se

puso de manifiesto una falta de coordinación entre médicos de atención primaria y psiquiatras en la atención al paciente (Viñas y cols., 2011). Bernardo y cols (2009) encontraron que factores como el tabaquismo, el alcoholismo y el exceso de peso eran fácilmente reconocibles por los médicos. Sin embargo, factores como la dislipidemia estaban infradiagnosticados, y un estilo de vida sedentario no se reconoció como factor de riesgo. Serán necesarios más estudios para comparar de forma fiable los factores de riesgo cardiovasculares registrados en los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines con los factores en una población control. Además, también sería interesante comparar el registro de estos factores en pacientes con esquizofrenia y trastornos afines por médicos de atención primaria con los registrados por médicos especialistas.

En el modelo multivariante encontramos que, a mayor edad del paciente, mayor es el número de factores de riesgo cardiovasculares registrados. Este hallazgo es consistente con la mayoría de estudios realizados en la población general (Baldiseroto y cols., 2016; Buckland y cols., 2008; Ghazali y cols., 2015; Rahman y cols., 2015; Sy y cols., 2014; Sygnowska y cols., 2012; Vernay y cols., 2013).

Pacientes que tenían su propia familia y los que vivían en alojamientos protegidos presentaron más factores de riesgo cardiovasculares registrados en comparación con los pacientes sin hogar. Baldiseroto y cols (2016) encontraron una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en personas con pareja;

sin embargo, Rahman y cols (2015) informó que estas personas tenían la menor prevalencia.

En cuanto a la situación laboral, sólo los pacientes que presentaban una incapacidad laboral temporal registraron menos factores de riesgo cardiovasculares registrados en comparación con quienes recibían prestaciones sociales. El estudio realizado por Gazhali y cols. (2015) en Malasia identificó un mayor número de factores de riesgo cardiovasculares entre las amas de casa. Esto se debió a la alta prevalencia de obesidad, bajo consumo de frutas y verduras e inactividad física (Gazhali y cols., 2015). Otro estudio realizado en Filipinas encontró que la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue más alta entre los autónomos y más baja entre las personas con empleo irregular (Sy y cols., 2014). Esto podría estar relacionado con el hecho de que en el mismo estudio se encontró que los individuos con un nivel más alto de educación presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, y tal vez estos individuos no realizaban trabajos irregulares. Contrariamente a nuestros resultados, un estudio en la población general del área mediterránea no identificó diferencias en el registro de factores de riesgo cardiovasculares en términos de la situación laboral de los pacientes (Buckland y cols., 2008).

Además, se registraron más factores de riesgo cardiovasculares en pacientes que residían en áreas urbanas, resultados similares a los obtenidos en la población

general polaca (Kwaśniewska y cols., 2009) y en países en desarrollo (Rahman y cols., 2015; Sy y cols., 2014). Por el contrario, un estudio realizado en EE.UU. por Trivedi y cols. (2013) encontró una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en las zonas rurales en comparación con los entornos urbanos.

Finalmente, este modelo mostró que a más visitas a los servicios de atención primaria mayor número de factores de riesgo cardiovasculares registrados. Esta relación parece lógica ya que cuanto más contacto tiene un paciente con los servicios de salud, mayor es la posibilidad de que sus comorbilidades queden registradas.

6.3. Variables asociadas con las visitas a los médicos de atención primaria

En este estudio hacemos un primer análisis de las variables asociadas a las visitas a los médicos de atención primaria por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines incluyendo en el modelo explicativo dos niveles (objetivo 3.1): variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines y variables organizativas. En un segundo análisis incluimos en este modelo explicativo tres niveles (objetivo 3.2): variables de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines, variables de los médicos de atención primaria y variables organizativas.

El número medio de visitas anuales de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria (4,1 en el objetivo 3.1 y 3,9 en el objetivo 3.2 del estudio) fue similar al encontrado en otros estudios (Castillo-Sánchez y

cols., 2015; Hetlevik y cols., 2015; Reilly y cols., 2012). En un estudio llevado a cabo en Holanda, se vio que el uso de la atención sanitaria por problemas somáticos que hacían los pacientes con trastornos psicóticos no afectivos comparados con pacientes sin trastornos psiquiátricos, o con depresión, ansiedad o trastorno bipolar, fue menor, además de recibir menor porcentaje de prescripción médica para enfermedades somáticas y menor número de visitas al médico de atención primaria (Swildens y cols., 2016). Sin embargo, en un estudio reciente llevado a cabo en Australia, el número medio de visitas anuales de pacientes con psicosis fue de 8,9, y en el 28,8% de ellos fue de 12 o más visitas al año (Waterreus y cols., 2018). Nuestros resultados muestran que en el área de estudio la mayoría de los pacientes estuvieron en contacto con profesionales de atención primaria, sólo el 3,2% no tuvo contacto durante el período de observación, que es incluso más bajo que en un estudio realizado en Noruega, en el que el porcentaje de pacientes que no tuvieron contacto con un médico de atención primaria fue del 17% (Hetlevik y cols., 2015).

El género de los pacientes fue una variable relacionada con las visitas a los médicos de atención primaria. Tanto la regresión lineal multinivel con dos niveles como la de tres niveles mostró que las mujeres realizaban más visitas a su médico de atención primaria, lo que está en línea con otros estudios (Chwastiak y cols., 2008; Copeland y cols., 2009; Hetlevik y cols., 2015).

Tanto el análisis multinivel con dos niveles como el de tres niveles indicó que los pacientes que estaban casados o que vivían en pareja tenían más contactos con los médicos de atención primaria que los solteros, al igual que un estudio anterior (Copeland y cols., 2009). Esto podría ser debido a que el apoyo familiar ayudara a que recibieran una atención continua. Sin embargo, también encontramos que los pacientes que estaban separados, divorciados o viudos también visitaron más a su médico de atención primaria que los solteros, en contraste con el estudio antes mencionado (Copeland y cols., 2009).

En el análisis multinivel con dos niveles se vio que hubo un mayor número de visitas al médico de atención primaria en pacientes que presentaban un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. No encontramos estudios que analizaran esta relación.

Vivir en áreas socioeconómicamente desfavorecidas se asoció con un mayor número de visitas al médico de atención primaria (aunque débilmente) en el análisis multinivel con dos niveles, lo que es coherente con un estudio previo (Drukker y cols., 2004).

El centro de atención primaria al que pertenecían los pacientes fue otra de las variables que mostró asociación con el número de visitas a los médicos de atención primaria, pero sólo en el análisis multinivel en el que incluimos 3 niveles. Como vimos en el objetivo 1, los médicos de atención primaria que trabajaban en

centros en la zona de influencia de la unidad de salud comunitaria centro tenían menos estigma hacia las enfermedades mentales, coincidiendo con el hecho de que este área había estado trabajando en colaboración con servicios de salud mental durante 15 años. Sin embargo, en este análisis encontramos que los centros de atención primaria que recibieron el mayor número de visitas a médicos pertenecieron a ambas unidades de salud mental comunitaria (Centro y Norte). Estos dos hechos parecen indicar que el estigma presentado por los médicos de atención primaria hacia la enfermedad mental no estaba relacionado con el número de visitas que recibían de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Además, trabajar en un modelo colaborativo no se relacionó con el aumento del contacto con los médicos de atención primaria por parte de los pacientes, lo que está en línea con los resultados encontrados en un estudio anterior en el que una buena comunicación entre la atención primaria y los servicios de salud mental no se traducían en un mayor número de visitas, y esto podría deberse en este caso, como hemos comentado anteriormente en el objetivo 1, a que profesionales de la salud mental asuman algunas de las funciones que de otro modo habrían sido realizadas por los médicos de atención primaria.

Tomar medicación antipsicótica y presentar factores de riesgo cardiovasculares también se asoció con un mayor número de visitas a los médicos de atención primaria en el análisis multinivel con tres niveles. Por un lado, el hecho de que los

médicos de atención primaria sean los profesionales sanitarios a cargo del seguimiento de enfermedades crónicas como los factores de riesgo cardiovasculares significa que los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines que presentan estos problemas visitan a su médico de atención primaria de forma más frecuente. Por otro lado, estos médicos también están a cargo del seguimiento en la prescripción de medicamentos, por lo tanto, pacientes que reciben medicación antipsicótica como aquellos que presentan factores de riesgo cardiovasculares (que generalmente también reciben medicamentos para esta enfermedad) visitan a sus médicos de atención primaria con más frecuencia.

La única variable de los médicos de atención primaria relacionada con el número de las visitas fue la edad, de modo que a mayor edad de los médicos menor fue el número de visitas. Esto puede estar relacionado con que los médicos de atención primaria con más edad podrían presentar un mayor estigma hacia los pacientes con esquizofrenia que sus homólogos más jóvenes (Rojas-Vistorte y cols., 2018), aunque no todos los estudios han encontrado este resultado (Arbanas y cols., 2019).

Estar en contacto con médicos de atención primaria que adoptaron un enfoque más activo en los problemas de salud mental y una mejor comunicación entre los centros de atención primaria y las unidades de salud mental comunitarias se asoció con la frecuencia de visitas de pacientes con esquizofrenia y trastornos afines a los médicos de atención primaria en el análisis multinivel con dos niveles. Por un lado,

estar en contacto con médicos de atención primaria que adoptaron un enfoque más activo en los problemas de salud mental se asoció con una frecuencia más alta de visitas por parte de los pacientes. Sin embargo, una mejor comunicación entre los centros de atención primaria y las unidades de salud mental comunitarias se asoció con un menor número de visitas a los médicos de atención primaria. Esto puede deberse a que una buena comunicación entre los equipos puede tener como resultado que los profesionales de salud mental terminen asumiendo algunas de las funciones del médico de atención primaria, como el seguimiento de problemas de salud física. Algunos médicos de atención primaria afirman no sentirse preparados y con poca confianza para tratar a pacientes con problemas graves de salud mental (Bagayogo y cols., 2018; Caplan y cols., 2016), aunque se tratase de sus problemas de salud física. En la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Centro del Hospital Regional de Málaga la atención especializada en salud mental se ha coordinado con atención primaria desde hace más de 20 años. Esta coordinación significa que una vez a la semana los centros de atención primaria son visitados por un profesional especialista en salud mental que atiende a los pacientes con enfermedades mentales menos graves. Además, los profesionales de salud mental y los de atención primaria celebran reuniones conjuntas para hablar sobre los pacientes que comparten. Encontramos que generalmente el equipo de salud mental visitaba a los centros de atención primaria 3 o más veces al mes y las visitas de formación se realizaron una vez al mes. En el 92,4% de casos la comunicación entre

la unidad comunitaria de salud mental y los centros de atención primaria fue calificada como buena o muy buena. En un estudio similar realizado en Cataluña la cooperación entre atención primaria y los servicios especializados en salud mental se consideraron satisfactorios (Luciano y cols., 2009). La importancia de la colaboración entre atención primaria y servicios especializados de salud mental se ha mostrado en varios estudios.

Finalmente, teniendo en cuenta los tres niveles, encontramos que una mayor frecuencia de reuniones de formación en salud mental al centro de atención primaria se asoció a más visitas al médico de atención primaria. Estos resultados están en línea con el estudio realizado por Bagayogo y cols. (2018) que, como hemos comentado anteriormente, puso de manifiesto que los médicos de atención primaria presentaban poca confianza para tratar problemas complejos de salud mental y una necesidad de integrar la salud mental en la atención primaria. Además, también se encontró que cuando hubo un modelo de trabajo colaborativo a nivel de formación entre salud mental y servicios de atención primaria, los médicos sintieron más confianza en la gestión de pacientes con enfermedad mental grave (Fleury y cols., 2008). Por lo tanto, parece que un modelo de trabajo colaborativo entre los servicios de salud mental y atención primaria a nivel de formación puede hacer que los médicos de atención primaria se sientan más capaces de tratar a estos pacientes y derivar menos a servicios especializados de salud mental por problemas físicos.

Un aspecto importante de esta colaboración es mejorar la atención temprana de los pacientes con psicosis. Al ser los centros de atención primaria la puerta de entrada al sistema sanitario español, los médicos se encuentran en una posición óptima para utilizar su conocimiento en la detección precoz y realizar derivaciones adecuadas de forma rápida en caso de riesgo inminente de psicosis aguda. Sin embargo, el conocimiento y las habilidades limitadas que pueden presentar estos profesionales podría dificultar esta labor (Kennedy y cols., 2019). Por ello, sería de gran importancia que los médicos de atención primaria tengan acceso a programas de educación y desarrollo profesional continuo sobre la salud mental de los jóvenes, en particular sobre los problemas más graves como la psicosis. Para ello, sería vital fortalecer el vínculo entre los médicos de atención primaria y el servicio especializado en salud mental juvenil (Kehoe y cols., 2020; Strelchuk y cols., 2021).

6.4. Limitaciones del estudio

- El presente fue un estudio transversal, por lo que no podemos inferir causalidad, sólo asociación.
- Los diagnósticos no se basaron en entrevistas diagnósticas estructuradas. Sin embargo, se basaron en diagnósticos clínicos realizados por los psiquiatras de referencia de los pacientes.

- La información de los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes se recopiló de sus historias clínicas en lugar de pruebas de detección de salud específicas en cada uno de los pacientes.
- El estudio carecía de datos de una población control. Por un lado, no presentaba un grupo control de pacientes en contacto con los mismos médicos de atención primaria incluidos en el estudio que no presentasen una enfermedad mental. Por otro lado, no pudimos obtener datos sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en la población general emparejada con nuestra muestra.
- Seleccionamos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines y no hemos tenido en cuenta la evolución ni el curso del trastorno.
- Aunque casi todos los pacientes estaban siendo tratados con medicamentos antipsicóticos, no registramos la dosis ni el tipo de fármaco.
- No todos los médicos de atención primaria del área de estudio participaron, y en algunos casos, el número de médicos por centro fue muy bajo. Sin embargo, en general, la tasa de participación fue alta. Debemos ser conscientes de que podría haber un sesgo en las respuestas al cuestionario de los médicos de atención primaria hacia el sentido de que podrían tener una mejor percepción de su nivel de formación en salud mental o una actitud más positiva hacia la enfermedad mental.

- No analizamos al personal de enfermería, a pesar de estar muy involucrado en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales en los centros de atención primaria.
- Los datos utilizados se recogieron entre 2008 y 2011, por lo que las conclusiones pueden no reflejar la realidad actual, pero sí que pueden servir como punto de partida o para su comparación con futuros estudios sobre este tema.

6.5. Perspectivas futuras

El seguimiento de las enfermedades físicas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines es de gran importancia, y los centros de atención primaria son fundamentales en esto. Se necesitan más estudios en este campo, de forma que se pueda mejorar la conciencia de la necesidad de la participación de los médicos de atención primaria en el manejo de la salud física de estos pacientes.

Por otro lado, dados los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de los médicos de atención primaria en aspectos de salud mental, y su importante papel en el cuidado de la salud física de los pacientes con enfermedades mentales graves, sería de gran utilidad la implementación de más relaciones de colaboración entre equipos de atención primaria y equipos especializados en salud mental, con el fin de mejorar la atención médica integral para personas con enfermedades mentales.

7. CONCLUSIONES

- Los médicos de atención primaria presentaban un nivel de satisfacción medio alto en su relación con las unidades de salud mental comunitaria, una puntuación media en creencias erróneas, estigmas y actitudes negativas con respecto a la salud mental, y una percepción de su nivel de formación en salud mental media baja.
- Los médicos de atención primaria que ejercían en centros de salud que tenían una mayor experiencia de trabajo en colaboración con las unidades de salud mental comunitaria, percibieron mayor satisfacción en su relación con el centro comunitario de salud mental y menos estigmatización en materia de salud mental.
- Los pacientes que vivían con su propia familia o en alojamientos protegidos, los que vivían en zonas urbanas y los pacientes que visitaron más frecuentemente el centro de atención primaria, presentaron un mayor número de factores de riesgo cardiovasculares.
- Las mujeres, los pacientes casados o viviendo con pareja, separados, divorciados o viudos, los que vivían en áreas socioeconómicamente desfavorecidas, los pacientes que presentaban un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, los que tomaban medicación antipsicótica, los que presentaban algún factor de riesgo cardiovascular y, por último, los pacientes que estaban en contacto con un médico de atención primaria que

tuviese un rol activo en los problemas de salud mental realizaban más visitas al médico de atención primaria.

- Los médicos de atención primaria que pertenecían a determinados centros de salud (en su mayoría los pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Comunitaria Centro), los que ejercían en centros en los que las visitas de formación por parte del equipo de salud mental eran más frecuentes, y los médicos de menor edad, recibieron más visitas por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.
- Por último, una buena o muy buena comunicación entre el equipo de salud mental y los profesionales de atención primaria se asoció con menor número de visitas al médico de atención primaria por parte de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines.

REFERENCIAS

Bagayogo, I. P., Turcios-Wiswe, K., Taku, K., Peccoralo, L., & Katz, C. L. (2018). Providing Mental Health Services in the Primary Care Setting: the Experiences and Perceptions of General Practitioners at a New York City Clinic. *The Psychiatric quarterly*, 89(4), 897–908. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9587-2>

Bresee, L. C., Majumdar, S. R., Patten, S. B., & Johnson, J. A. (2012). Utilization of general and specialized cardiac care by people with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(3), 237–242. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201000363>

Buckland, G., Salas-Salvadó, J., Roure, E., Bulló, M., & Serra-Majem, L. (2008). Sociodemographic risk factors associated with metabolic syndrome in a Mediterranean population. *Public health nutrition*, 11(12), 1372–1378. <https://doi.org/10.1017/S1368980008003492>

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>

Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2007). Risk of schizophrenia in second-generation immigrants: a Danish population-based cohort study. *Psychological medicine*, 37(4), 485–494. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009652>

Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA psychiatry*, 70(4), 427–435. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.441>

Caplan, S., Little, T. V., & Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(3), 192–206. <https://doi.org/10.1037/ipp0000057>

Castillejos, M.C., Martín-Pérez, C., Mayoral-Cleries, F. Bordallo-Aragón, A., Sepúlveda-Muñoz, J., & Moreno-Küstner, B. (2018). Factors associated with visits to general practitioners in patients with schizophrenia in Malaga. *BMC Family Practice*, 19, 180 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0866-7>

Castillejos, M. C., Martín-Pérez, C., & Moreno-Küstner, B. (2019). Incidence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *Schizophrenia research*, 204, 458–459. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.031>

Castillo-Sánchez, M., Fàbregas-Escurriola, M., Bergè-Baquero, D., Foguet-Boreu, Q., Fernández-San Martín, M. I., & Goday-Arno, A. (2015). Schizophrenia, antipsychotic drugs and cardiovascular risk: Descriptive study in primary care. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(4), 535–541. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.010>

Chwastiak, L. A., Rosenheck, R. A., & Kazis, L. E. (2008). Utilization of primary care by veterans with psychiatric illness in the National Department of Veterans Affairs Health Care System. *Journal of general internal medicine*, 23(11), 1835–1840. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0786-7>

Copeland, L. A., Zeber, J. E., Wang, C. P., Parchman, M. L., Lawrence, V. A., Valenstein, M., & Miller, A. L. (2009). Patterns of primary care and mortality among patients with schizophrenia or diabetes: a cluster analysis approach to the

retrospective study of healthcare utilization. *BMC health services research*, 9, 127.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-127>

Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry research*, 218(1-2), 35–38.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>

Dean, K., Bramon, E., & Murray, R. M. (2003). The causes of schizophrenia: Neurodevelopment and other risk factors. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 442-454.

Dean, K., & Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, 7(1), 69–80.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2005.7.1/kdean>

De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H. J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe,

R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>

Deighton, S., & Addington, J. (2015). Exercise practices in individuals at clinical high risk of developing psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 9(4), 284–291. <https://doi.org/10.1111/eip.12107>

Drukker, M., Driessen, G., Krabbendam, L., & van Os, J. (2004). The wider social environment and mental health service use. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 119–129. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00341.x>

El-Missiry, A. A. S., Manseur, H., Manchester, J., France, C., & Border, K. (2011). An Update on the Epidemiology of Schizophrenia with a Special Reference to Clinically Important Risk Factors. *Int J Ment Health Addict*, 9(1):39-59. doi:10.1007/s11469-009-9241-1.

Eskelinen, S., Sailas, E., Joutsenniemi, K., Holli, M., & Suvisaari, J. (2015). Clozapine use and sedentary lifestyle as determinants of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 69(5), 339–345. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.983544>

Eskelinen, S., Sailas, E., Joutsenniemi, K., Holli, M., Koskela, T. H., & Suvisaari, J. (2017). Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(6), 448–454. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1319497>

Ferreira, L., Belo, A., Abreu-Lima, C., & RICAVA study group (2010). A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe. *Revista portuguesa de cardiologia: orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology: an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*, 29(10), 1481–1493.

Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Farand, L., & Tremblay, J. (2008). Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders. *Mental health in family medicine*, 5(3), 149–160.

García-Herrera Pérez Bryan, J.M., Hurtado Lara, M.M., Quemada González, C., Nogueras Morillas, E.V., Bordallo Aragón, A., Martí García, C., Millán Carrasco, A., Rivas Guerrero, F., & Morales Asencio, J.M. (2019). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud.

Gardner-Sood, P., Lally, J., Smith, S., Atakan, Z., Ismail, K., Greenwood, K. E., Keen, A., O'Brien, C., Onagbesan, O., Fung, C., Papanastasiou, E., Eberhard, J., Patel, A., Ohlsen, R., Stahl, D., David, A., Hopkins, D., Murray, R. M., Gaughran, F., & IMPaCT team (2015). Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 45(12), 2619–2629. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000562>

Ghazali, S. M., Seman, Z., Cheong, K. C., Hock, L. K., Manickam, M., Kuay, L. K., Yusoff, A. F., Mustafa, F. I., & Mustafa, A. N. (2015). Sociodemographic factors associated with multiple cardiovascular risk factors among Malaysian adults. *BMC public health*, 15, 68. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-z>

Gur, S., Weizman, S., Stubbs, B., Matalon, A., Meyerovitch, J., Hermesh, H., & Krivoy, A. (2018). Mortality, morbidity and medical resources utilization of patients with schizophrenia: A case-control community-based study. *Psychiatry research*, 260, 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.042>

Harrison, G., Fouskakis, D., Rasmussen, F., Tynelius, P., Sipos, A., & Gunnell, D. (2003). Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. *Psychological medicine*, 33(4), 723–731. <https://doi.org/10.1017/s0033291703007591>

Heald, A., Pendlebury, J., Anderson, S., Narayan, V., Guy, M., Gibson, M., Haddad, P., & Livingston, M. (2017). Lifestyle factors and the metabolic syndrome

in Schizophrenia: a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, 16, 12.
<https://doi.org/10.1186/s12991-017-0134-6>

Kehoe, M., Winton-Brown, T., Lee, S., Hopkins, L., & Pedwell, G. (2020). General practitioners' management of young people with mental health conditions in australia. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 124-129.
[doi:http://dx.doi.org/10.1111/eip.12892](http://dx.doi.org/10.1111/eip.12892)

Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C., Munger, S., Smith, F., Dickens, J., Boustani, M. A., & Callahan, C. M. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1267–1276.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.056>

Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P., & Heinz, A. (2020). Migration and schizophrenia: Meta-analysis and explanatory framework. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(3), 325-335. [doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00406-019-01028-7](http://dx.doi.org/10.1007/s00406-019-01028-7)

Hetlevik, Ø., Solheim, M., & Gjesdal, S. (2015). Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study. *BMC health services research*, 15, 66. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0719-1>

Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry research*, 186(2-3), 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>

IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jahrami, H. A., Faris, M., Saif, Z. Q., & Hammad, L. H. (2017). Assessing dietary and lifestyle risk factors and their associations with disease comorbidities among patients with schizophrenia: A case-control study from Bahrain. *Asian journal of psychiatry*, 28, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.036>

Joshi, K. B., Nillawar, A., & Thorat, A. P. (2013). Cardiovascular disease risk in schizophrenia patients: a case control study. *Journal of clinical and diagnostic research*: JCDR, 7(12), 2694–2696.

<https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/7592.3734>

Kennedy, L., Johnson, K. A., Cheng, J., & Woodberry, K. A. (2019). A public health perspective on screening for psychosis within general practice clinics. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1025.
doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2019.01025>

Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 7(3), e31660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031660>

Kwaśniewska, M., Kaleta, D., Dziańska-Zaborszczyk, E., & Drygas, W. (2009). Healthy behaviours, lifestyle patterns and sociodemographic determinants of the metabolic syndrome. *Central European journal of public health*, 17(1), 14–19. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3512>

Lam, T. P., Lam, K. F., Lam, E. W., & Ku, Y. S. (2013). Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5(1), E19–E28. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00208.x>

Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7500), 1122. <https://doi.org/10.1136/bmj.38440.418426.8F>

Luciano, J., Fernandez, A., Serrano-Blanco, A., Pinto-Meza, A. Palao, D., Mercader, M., & Haro, J. M. (2009). Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Atención Primaria*, 41, 131. [10.1016/j.aprim.2008.05.007](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.05.007).

Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O., & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World journal of psychiatry*, 3(2), 18–24. <https://doi.org/10.5498/wjp.v3.i2.18>

McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004).

A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, 2,

13. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>

McGrath J. J. (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus

dogma. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 195–197.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbi052>

Mitchell, A. J., Lord, O., & Malone, D. (2012). Differences in the prescribing of

medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness:

meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 201(6), 435–443. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.094532>

Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W., & De Hert,

M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in

schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-

analysis. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 306–318.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>

Mittal, D., Corrigan, P., Sherman, M. D., Chekuri, L., Han, X., Reaves, C., Mukherjee, S., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric rehabilitation journal*, 37(4), 297–303. <https://doi.org/10.1037/prj0000095>

Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Pérez, O., García-Herrera, J. M., Algarra, J., Rivas, F., Pérez, R., Becerra, F., & Gornemann, I. (2009). The Malaga schizophrenia case-register (RESMA): overview of methodology and patient cohort. *The International journal of social psychiatry*, 55(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0020764008092237>

Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Navas-Campaña, D., García-Herrera, J. M., Angona, P., Martín, C., & Rivas, F. (2016). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(1), 38–48. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000614>

Moreno-Küstner, B., Bordallo-Aragon, A., & Sepúlveda-Muñoz, J. (2018). Psychometrics properties of a questionnaire on the attitudes of general practitioners towards mental health (MAPSAM-14). *Anales de Psicología*, 34 (2):258–63.

Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 13(4), e0195687. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>

Moreno-Küstner, B., Guzman-Parra, J., Pardo, Y., Sanchidrián, Y., Díaz-Ruiz, S., & Mayoral-Cleries, F. (2021). Excess mortality in patients with schizophrenia spectrum disorders in Malaga (Spain): A cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e11. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001146>

Morera-Llorca, M., Romeu-Climent, J. E., Lera-Calatayud, G., Folch-Marín, B., Palop-Larrea, V., & Vidal-Rubio, S. (2014). Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 405-407. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>

O'Donoghue, B., Lyne, J. P., Renwick, L., Lane, A., Madigan, K., Staines, A., O'Callaghan, E., & Clarke, M. (2016). Neighbourhood characteristics and the incidence of first-episode psychosis and duration of untreated psychosis. *Psychological medicine*, 46(7), 1367–1378. <https://doi.org/10.1017/S003329171500286X>

OMS (1992), CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Osborn, D. P., Baio, G., Walters, K., Petersen, I., Limburg, H., Raine, R., & Nazareth, I. (2011). Inequalities in the provision of cardiovascular screening to people with severe mental illnesses in primary care: cohort study in the United Kingdom THIN Primary Care Database 2000-2007. *Schizophrenia research*, 129(2-3), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.003>

Oud, M. J., & Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC family practice*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-32>

Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of general psychiatry*, 58(11), 1039–1046. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1039>

Protopopova, D., Masopust, J., Maly, R., Valis, M., & Bazant, J. (2012). The prevalence of cardiometabolic risk factors and the ten-year risk of fatal cardiovascular events in patients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 307–313.

R Development Core Team, 2010. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing (Version 3.1.1). [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria 2014.

Rahman, M., Nakamura, K., Seino, K., & Kizuki, M. (2015) Sociodemographic factors and the risk of developing cardiovascular disease in Bangladesh. *Preventive Medicine*, 48(4), 456.

Reilly, S., Planner, C., Hann, M., Reeves, D., Nazareth, I., & Lester, H. (2012). The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PloS one*, 7(5), e36468. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036468>

Robinson, N., & Bergen, S. E. (2021). Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: Current knowledge and future directions. *Frontiers in Genetics*, 12, 686666. doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fgene.2021.686666>

Rojas-Vistorte, A., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *International journal of psychiatry in medicine*, 53(4), 317–338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>

Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Lobos, C. A., Kissling, W., Davis, J. M., & Leucht, S. (2010). Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 123(2-3), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.07.012>

Ruud, T., Aarre, T. F., Boeskov, B., le Husevåg, P. S., Klepp, R., Kristiansen, S. A., & Sandvik, J. (2016). Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. *International journal of mental health systems*, 10, 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0064-8>

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>

Saha, S., Welham, J., Chant, D., & McGrath, J. (2006). Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(5), 338–340. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0041-7>

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2008). Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(1), 55–61. <https://doi.org/10.1002/mpr.240>

Smith, D. J., Langan, J., McLean, G., Guthrie, B., & Mercer, S. W. (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ open*, 3(4), e002808. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002808>

Smith, J. D., Mittal, D., Chekuri, L., Han, X., & Sullivan, G (2017). A Comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. *Stigma Health*, 2(4), 327–37.

Simon, A. E., Lester, H., Tait, L., Stip, E., Roy, P., Conrad, G., Hunt, J., Epstein, I., Larsen, T. K., Amminger, P., Holub, D., Wenigová, B., Turner, M., Berger, G. E., O'Donnell, C., & Umbricht, D. (2009). The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). *Schizophrenia research*, 108(1-3), 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.004>

Strelchuk, D., Wiles, N., Derrick, C., Zammit, S., & Turner, K. (2021). Identifying patients at risk of psychosis: A qualitative study of GP views in south west england. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(703), e113-e120. doi:<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp20X713969>

Sy, R. G., Llanes, E. J., Reganit, P. F., Castillo-Carandang, N., Punzalan, F. E., Sison, O. T., Khaing, N. E., Poulton, R., Woodward, M., & Tai, E. S. (2014). Socio-demographic factors and the prevalence of metabolic syndrome among filipinos from the LIFECARE cohort. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*, 21 Suppl 1, S9–S17. https://doi.org/10.5551/jat.21_sup.1-s9

Sygnowska, E., Piwońska, A., Waśkiewicz, A., & Broda, G. (2012). Socioeconomic factors and the risk of metabolic syndrome in the adult Polish population: the WOBASZ study. *Kardiologia polska*, 70(7), 718–727.

Swildens, W., Termorshuizen, F., de Ridder, A., Smeets, H., & Engelhard, I. M. (2016). Somatic care with a psychotic disorder. Lower somatic health care utilization of patients with a psychotic disorder compared to other patient groups

and to controls without a psychiatric diagnosis. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(5), 650-662. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10488-015-0679-0>

Temmingh, H. S., & Oosthuizen, P. P. (2008). Pathways to care and treatment delays in first and multi episode psychosis. Findings from a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(9), 727–735. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0358-5>

Trivedi, T., Liu, J., Probst, J. C., & Martin, A. B. (2013). The metabolic syndrome: are rural residents at increased risk?. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 29(2), 188–197. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00422.x>

Tortelli, A., Errazuriz, A., Croudace, T., Morgan, C., Murray, R. M., Jones, P. B., Szoke, A., & Kirkbride, J. B. (2015). Schizophrenia and other psychotic disorders in Caribbean-born migrants and their descendants in England: systematic review and meta-analysis of incidence rates, 1950-2013. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), 1039–1055. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1021-6>

Valdés, S., García-Torres, F., Maldonado-Araque, C., Goday, A., Calle-Pascual, A., Soriguer, F., Castaño, L., Catalá, M., Gomis, R., Rojo-Martínez, G., & Di@bet.es study group (2014). Prevalence of obesity, diabetes and other cardiovascular risk factors in Andalusia (southern Spain). Comparison with national prevalence data. The Di@bet.es study. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 67(6), 442–448. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2013.09.029>

Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 38(6), 1118–1123. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>

Vassos, E., Agerbo, E., Mors, O., & Pedersen, C. B. (2016). Urban-rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 208(5), 435–440. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161091>

Vernay, M., Salanave, B., de Peretti, C., Druet, C., Malon, A., Deschamps, V., Hercberg, S., & Castetbon, K. (2013). Metabolic syndrome and socioeconomic status in France: The

French Nutrition and Health Survey (ENNS, 2006-2007). *International journal of public health*, 58(6), 855–864. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0501-2>

Vickers, K. S., Ridgeway, J. L., Hathaway, J. C., Egginton, J. S., Kaderlik, A. B., & Katzelnick, D. J. (2013). Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 461-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.06.011>

Viñas, L., Fernández, M., San Emeterio, L., Martín-López, L. M., & Grup Psicosis Litoral (2011). Detección de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis [Detection of cardiovascular risk factors in patients with psychosis]. *Atencion primaria*, 43(7), 386–387. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.021>

von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjartveit, M., Lindström, E., & Jones, P. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (438), 15–21. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01309.x>

Vistorte, A., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with

mental disorders: A systematic review. *International journal of psychiatry in medicine*, 53(4), 317–338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>

Waterreus, A., & Morgan, V. A. (2018). Treating body, treating mind: The experiences of people with psychotic disorders and their general practitioners - findings from the Australian national survey of high impact psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(6), 561-572. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0004867417728806>

Woodhead, C., Ashworth, M., Broadbent, M., Callard, F., Hotopf, M., Schofield, P., Soncul, M., Stewart, R. J., & Henderson, M. J. (2016). Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(647), e374–e381. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685189>

Atención primaria a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO LOS DIRECTORES DE LOS CENTROS 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 2) 5.000-10.000 3) 10.000-15.000 4) 15.000-20.000 5) 20.000-30.000 6) 30.000-50.000 7) 50.000-75.000 8) 75.000-100.000 9) 100.000-200.000 10) 200.000-300.000 11) 300.000-500.000 12) 500.000-1.000.000 13) >1.000.000	
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. N° total de pediatras de la ZBS completa (incluyendo los pediatras de todos los consultorios dependientes del centro de salud base):			cs7
[_ _]			
8. N° total de enfermeros de la ZBS completa:			
cs8 [_ _]			
9. N° total de auxiliares de clínica de la ZBS completa:			
cs9 [_ _]			
10. N° total de personal de admisión y administrativo (administrativo, auxiliar administrativo, celador, celador conductor, etc.) de la ZBS completa:			cs10
[_ _]			
11. Trabajador social adscrito a la ZBS:			
0) No	1) Compartido	2) A jornada completa	cs11
[_ _]			
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.			
1) Totalmente en desacuerdo	2) En desacuerdo	3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	

4) De acuerdo	5) Totalmente de acuerdo	
[_ _]		cs12
13. Algún miembro del equipo de Salud Mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades asistenciales (gestión de casos o seguimiento de casos):		
1) No	2) Si	
cs13[_ _]		
14. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?		
0) No iba	1) Una vez al año o menos	2) Cada 4 ó 6 meses
3) Cada 3 meses	4) Cada 2 meses	5) Una vez al mes
6) 2 veces al mes	7) Entre 3 a 4 veces al mes o más	
[_ _]		cs14
15. Algún miembro del equipo de Salud Mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades formativas:		
1) No	2) Si	
cs15 [_ _]		
16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?:		
0) No iba	1) Una vez al año o menos	2) Cada 4 ó 6 meses
3) Cada 3 meses	4) Cada 2 meses	5) Una vez al mes
6) 2 veces al mes	7) Entre 3 a 4 veces al mes o más	
cs16 [_ _]		

17. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre el equipo de Salud Mental y los médicos de su centro de salud? 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena cs17 [_ _]
18. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre médicos y enfermeros en su centro de salud? 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena cs18 [_ _]
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. 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo cs19 [_ _]
20. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre la trabajadora social y los médicos de su centro de salud? 0) No tenemos T. social 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena cs20 [_ _]
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. 0) No tenemos T. social 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo cs21 [_ _]

ANEXO 2: CUESTIONARIO A LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

1. CNP	m01 []
2. Nombre Centro de Salud:	m02 []
3. Fecha de inicio en la plaza actual.....	m03 [-- /-- /----
4. Habitualmente pasó consulta en: 1) En el C.Salud base 2) En 1 consultorio 3) En el C.Salud base y en 1 consultorio 4) En 2 consultorios 5) En el C.Salud base y más de 1 consultorio 6) En más de 2 consultorios	m04 []
5.Género:..... 1) Mujer 2) Varón	m05 []
6. Fecha de Nacimiento.....	m06 [-- /-- /----
7. Año fin de Licenciatura.....	m07 []
8. ¿Es usted médico de familia vía MIR?..... 1) Si 2) no	m08 []
9. En los últimos tres años, ¿es usted tutor acreditado para médicos residentes de medicina familiar y comunitaria?..... 1) Si 2) no	m09 []
10. En los últimos tres años, ¿tuvo usted algún residente a su cargo? 1) Si 2) no	m10 []

11. Tipo de contrato.....m11 []		
1) Fijo	2) sustituto	3) interino 4) otros
12. Independientemente del tiempo por paciente asignado en su agenda, ¿qué tiempo medio por paciente dedica durante los tres años de seguimiento?.....m12 []		
0) Menos de 1 minuto	6) 6 minutos	
1) 1 minuto	7) 7 minutos	
2) 2 minutos	8) 8 minutos	
3) 3 minutos	9) 9 minutos	
4) 4 minutos	10) 10 minutos	
5) 5 minutos	11) Más de 11 minutos	
13. Tamaño del municipio donde habitualmente pasaba consulta más días a la semana: m13 []		
0) < 2.500 hab.	1) 2.500-5.000	2) 5.000-10.000
3) 10.000-15.000	4) 15.000-20.000	5) 20.000-30.000
6) 30.000-50.000	7) 50.000-75.000	8) 75.000-100.000
9) 100.000-200.000	10) 200.000-300.000	11) 300.000-500.000
12) 500.000-1.000.000	13) >1.000.000	
14. Tamaño del cupo asignado (lista de pacientes):m14 []		

**ANEXO 3: INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
SANITARIA DEL DISTRITO SANITARIO DE MÁLAGA PARA EL
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