

En este capítulo se tratarán los trastornos de mayor prevalencia entre la población adulta, y sobre los cuales el equipo de Atención Primaria (EAP) tiene la responsabilidad de su detección y enfoque. Se entiende que el lector de estas páginas tiene una formación básica en psicopatología, por lo que la orientación será proporcionar pautas de tipo práctico, obviando aspectos de etiopatogenia o listados de criterios diagnósticos.

EPIDEMIOLOGÍA BÁSICA

La prevalencia de malestar psíquico suele evaluarse mediante la aplicación del *General Health Questionnaire* (GHQ). En España se han encontrado en población general oscilaciones que van del 18,4 al 42,9% de personas con malestar psíquico, pero con valores medios de alrededor del 26% (Herrera, 1987; Vázquez-Barquero, 1987 y Retolaza, 1995, entre otros). Para ahondar en los trastornos mentales subyacentes a este malestar, la OMS auspició un estudio multicéntrico en 14 países, sobre 26.000 pacientes de Atención Primaria, con los resultados que se sintetizan en la tabla 47.1. Este estudio reveló que el 62% de las personas con malestar psíquico se presentaban a su médico de Atención Primaria con alguna queja somática, y un 6,9% con fatiga o trastornos del sueño (Ustün TB, 1995).

Usando el SCAN como instrumento de cribado, Vázquez-Barquero (1997) encontró en centros de salud del norte de España que las mujeres padecían ansiedad generalizada (18,5%), depresión (7,1%) y distimia (3,6%), en tanto que los hombres, dependencia alcohólica (5,3%), depresión (4,5%) y psicosis (2,7%). Las mujeres tenían una preva-

lencia del 36,7%, frente al 22,3% de los hombres. La crisis de los 40 años de edad marca en los hombres el momento de mayor incidencia de trastornos psicopatológicos, mientras que en las mujeres este punto de máximo riesgo es algo más tardío, hacia los 45-50 años, momento en que se produce el «síndrome del nido vacío» y la menopausia. Otros factores de riesgo son bajos ingresos económicos, viudedad, separación conyugal o divorcio y soltería, bajo estado cultural, rupturas familiares y entornos urbanísticos deteriorados. Un tercio de los pacientes que padecen enfermedad física grave tiene un trastorno psiquiátrico significativo (Retolaza, 1998).

La capacidad del médico de cabecera para detectar trastornos mentales revela grandes oscilaciones (Agüera, 1996), con sensibilidades (capacidad para detectar verdaderos positivos) que van del 29 al 66%, y especificidades situadas, en general, por encima del 80%. El 10% de los pacientes generan el 31% de las consultas a demanda, y su hiperfrecuentación se explica por enfermedades crónicas, trastornos mentales y acontecimientos vitales (Aiarzagüena, 1995).

EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Esta evaluación debe realizarse en el marco de una relación asistencial presidida por la confianza, la empatía del profesional y la distancia terapéutica, entendida ésta como la capacidad para analizar objetivamente los datos que se van obteniendo, independientemente del agrado o desagrado que merezca el/la paciente. El escaso tiempo disponible obliga al clínico a integrar perfectamente sus habilidades de anamnesis y escucha, como también sus dotes de observador. Se hará referencia a la capacidad del clínico para generar información útil en diversas áreas de la psicopatología, dirigiendo la atención del lector al capítulo sobre la entrevista clínica, donde se han destacado otros elementos referidos a la escucha.

El médico de APS afronta varios retos en la evaluación psicopatológica: *a)* enfoque en dos tiempos: una vez se percata de que la queja somática escondía un malestar psíquico, deja de avanzar, y deja «para otra visita» la exploración psicopatológica; para evitarlo en la tabla 47.2 se ofrece un paquete de preguntas que deben automatizarse por parte del clínico, permitiendo una abertura de la anamnesis hacia lo psicosocial. Este paquete para el «salto a lo psicosocial» debería administrarse en el contexto de la «entrevista semiestructurada para la APS»; *b)* conocimiento de los síntomas en el marco biográfico. La confección del árbol familiar y la patobiografía ayudan a esta integración (Borrell, 1998); *c)* control de estereotipos y otros prejuicios. En la tabla 47.3 se resumen los más frecuentes; *d)* gestión del tiempo: un adecuado control de la lista de problemas, resúmenes periódicos de la evolución del paciente y anamnesis por áreas (Borrell, 1998) son claves para una anamnesis eficiente.

TABLA 47.1. Prevalencia de trastornos mentales en Atención Primaria (ICD-10)

Trastornos	% Pacientes en un mes
Depresión	10,4
Distimia	2,1
Trastorno de pánico	1,1
Agorafobia	
- Sin trastorno de pánico	0,5
- Con trastorno de pánico	1,0
Ansiedad generalizada	7,9
Dolor crónico	13,1
Alcohol	
- Dependencia	2,7
- Abuso	3,3
Trastorno de somatización	2,7
Hipocondría	0,8
Neurastenia*	5,4
Trastorno mixto depresivo-ansioso	2,0
Más de un diagnóstico	9,5
Cualquier diagnóstico ICD	24,0

*El diagnóstico de neuroastenia sólo aparece en el 1,7% considerado como único diagnóstico.

Tomada de Ustün TB, 1995.