

institución deportiva, nos vemos obligados a sensibilizar a la comunidad sanitaria definiendo, dentro de nuestras competencias y habilidades, el primer proceso asistencial integrado para su detección y prevención (fig. 1), cuyo reto es hacerlo propio de la práctica asistencial diaria debido a la laguna existente, y apelar a esta concienciación que deberíamos tener presente en las instituciones sanitarias por tratarse de un problema que, aunque no sea el más prevalente en nuestros centros, existe y parece que va en aumento.

Aunque las iniciativas anteriores son un comienzo, para conseguir su real efectividad se necesita que, a la hora de planificar acciones en esta materia, exista un liderazgo claro de las autoridades sanitarias y la implicación de los profesionales sanitarios asistenciales, y siempre recordando que nuestro objetivo y prioridad principal no es que los/las pacientes pasen un control antidopaje oficial, sino hacer un uso terapéutico, responsable y racional de los medicamentos.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

R. Vázquez Mourelle y A. López Pérez han contribuido de igual manera al desarrollo de la idea original. R. Vázquez Mourelle y E. López-Pardo Pardo elaboraron el primer borrador del manuscrito y el diseño principal del proceso asistencial integrado de la figura. Todas las autoras participaron en las versiones siguientes, en la discusión y la aprobación de la versión final. La autora para la correspondencia, en nombre del resto de firmantes, garantiza la precisión, la transparencia y la honestidad de los datos y la información contenida en el estudio, que ninguna información relevante ha sido omitida y que no ha habido discrepancias entre las autoras.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los/las profesionales sanitarios/as que colaboraron en alguna medida en el diseño del proceso asistencial integrado de prevención de dopaje (fig. 1): José M^d Cruz Paredes y M^a Jesús Vigo Noia, Secretario Técnico y Farmacéutica del Centro de Información de

Medicamentos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Coruña, respectivamente; a Pilar Álvaro Esteban, Inspectora Farmacéutica de la Jefatura Territorial de la Consellería de Sanidade de A Coruña; a Manuel Portela Romero, Jefe de Servicio de Atención Primaria de Padrón, y Alfonso Javier Benítez Estévez, Jefe de Servicio de Análisis Clínicos del Complejo Hospitalario Universitario CHUS, ambos de la Gerencia de Gestión Integrada del Servicio Gallego de Salud del área de Santiago de Compostela.

Bibliografía

1. Sagoe D, Mode H, Andreasen CS, et al. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Ann Epidemiol.* 2014;24:393-8.
2. Vázquez Mourelle R, Carracedo Martínez E, Ces Gens E, et al. Control de la dispensación de esteroides anabolizantes androgénicos. *Gac Sanit.* 2015;29:304-7.
3. Cho SH, Park HJ, Lee JH, et al. Determination of anabolic-androgenic steroid adulterants in counterfeit drugs by UHPLC-MS/MS. *J Pharm Biomed Anal.* 2015;111:138-46.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Informativa 14/2014 [Internet]. Retirada del producto HAVOC cápsulas (metilepitostanol). (Consultado el 20/12/2015.) Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/medillegales/2014/docs/ICM.ML-14-14-havoc.pdf>
5. Robles-Díaz M, González-Jiménez A, Medina-Cáliz I, et al. Distinct phenotype of hepatotoxicity associated with illicit use of anabolic androgenic steroids. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41:116-25.
6. Neuberger J. Editorial: showing due DILL-gence – the lessons from anabolic steroids. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41:320-4.
7. Gómez E, Trigo F, Vallejo F, et al. Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Madrid: Guía de prevención de dopaje para profesionales sanitarios; 2015. p. 94.

Raquel Vázquez Mourelle^{a,*}, Arantazu López Pérez^b, Estrella López-Pardo Pardo^a y Sinda Blanco Lobeiras^a

^a Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Inspección Provincial de Servicios Sanitarios de la Delegación Territorial de Cádiz, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.vazquez.mourelle@sergas.es (R. Vázquez Mourelle).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.002>

Demanda asistencial en atención primaria y especializada según la salud mental de población adulta española



Demand for primary and secondary healthcare services according to mental health in the Spanish adult population

Sra. Directora:

En torno al 25% de las personas con problemas de salud mental consultan a los servicios sanitarios por dicho motivo¹. De ellas, la mayoría reciben tratamiento en los servicios de atención primaria (SAP)². Se sabe que estos pacientes suelen presentar mayor comorbilidad y suponen un mayor coste anual en dichos servicios³.

El motivo de esta carta es dar a conocer un trabajo realizado para analizar la demanda asistencial en los SAP y en cualquier servicio de atención especializada (SAE) según el estado de salud

mental de la población española adulta. Para ello se utilizaron los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de población adulta (≥ 15 años) española no institucionalizada de 2012⁴. Los 21.007 participantes tienen asignado un coeficiente de ponderación para asegurar la representatividad. Se evaluó el estado de salud mental mediante preguntas incluidas en la ENS como antecedentes autorreferidos de diagnóstico de trastorno mental (haber padecido alguna vez ansiedad crónica o depresión crónica u otros problemas mentales), consumo autorreferido de tratamiento psicofarmacológico (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos o estimulantes) en las 2 semanas previas a la ENS, o presentar una puntuación total en el Cuestionario de Salud General-12 preguntas (GHQ-12) ≥ 3 puntos⁵. Se tuvieron en cuenta el nivel académico del participante (estudios universitarios, secundarios, primarios o sin estudios) y la clase social (I-VI). Se valoró la presencia o ausencia de diversas patologías orgánicas durante el último año. Se presenta como porcentaje la estimación de la proporción de sujetos que han utilizado los SAP

Tabla 1

Demanda de atención en los servicios de atención primaria y de atención especializada en el mes previo a la Encuesta Nacional de Salud según la ausencia o presencia de diversos indicadores de psicopatología

	Demanda en atención primaria				Demanda en atención especializada			
	Proporción bruta (%)	p	ORa ^a	ORa ^b	Proporción bruta (%)	p	ORa ^a	ORa ^b
<i>Riesgo de trastorno mental según GHQ-12</i>								
GHQ \leq 2 puntos	25,5% (24,8-26,1)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)	12,9% (12,4-13,4)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)
GHQ \geq 3 puntos	38,7% (37,2-40,1)		1,80 (1,67-1,93)	1,31 (1,21-1,42)	23,8% (22,5-25,1)		2,17 (2,00-2,37)	1,59 (1,45-1,75)
<i>Diagnóstico previo de trastorno mental</i>								
No	25,6% (24,9-26,2)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)	13,4% (13,0-13,9)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Sí	47,2% (45,3-49,1)		2,52 (2,32-2,73)	1,54 (1,41-1,70)	27,1% (25,4-28,8)		2,48 (2,25-2,73)	1,55 (1,39-1,73)
<i>Consumo de psicofármacos^c en las 2 semanas previas a la encuesta</i>								
No	25,0% (24,4-25,7)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)	13,1% (12,6-13,6)	<0,001	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Sí	52,9% (50,9-54,8)		3,30 (3,03-3,59)	2,00 (1,82-2,20)	30,6% (28,8-32,4)		3,00 (2,72-3,30)	1,88 (1,68-2,10)

GHQ-12: Cuestionario de Salud General de 12 preguntas de Goldberg; ORa: *odds ratio* ajustada (entre paréntesis se indican los intervalos de confianza del 95%); Ref.: categoría de referencia.

^a Regresión logística ajustada por edad (continua), sexo, clase social (6 categorías) y nivel de estudios (4 categorías).

^b Regresión logística ajustada adicionalmente por presencia (sí/no) de hipertensión, infarto de miocardio, otras enfermedades cardíacas, varices en las piernas, artrosis, cervicalgia, lumbalgia, alergia crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, úlcera digestiva, incontinencia urinaria, hipercolesterolemia, cataratas, problemas cutáneos crónicos, estreñimiento crónico, cirrosis, disfunción hepática, embolia, infarto o hemorragia cerebral, migraña/cefalea frecuente, hemorroides, tumor maligno, osteoporosis, problemas tiroideos, prostáticos, menopáusicos y lesiones permanentes tras accidentes durante el año previo a la encuesta.

^c Se incluye como psicofármacos el consumo de ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos o estimulantes durante las 2 semanas previas a la encuesta.

y cualquier SAE en el mes previo a la ENS. Para comparar proporciones se utilizó el test de ji al cuadrado. Se calculó una regresión logística ajustada por edad, sexo, clase social, nivel de estudios y presencia de diversas patologías orgánicas. Se trataron como otra categoría los valores perdidos o sin respuesta en las diferentes patologías, nivel académico y clase social.

La presencia de psicopatología incrementa consistentemente (utilizando tres estimadores diferentes del estado de salud mental: GHQ \geq 3, diagnóstico de enfermedad mental y consumo de psicofármacos) la utilización de los SAP y de cualquier SAE (tabla 1). El incremento en la demanda podría relacionarse con factores individuales como la resiliencia, psicopatológicos (persistencia de síntomas subumbrales que generan malestar, síntomas que se presentan de forma enmascarada o menor autocuidado asociado a la patología mental), sanitarios (tiempo insuficiente en consulta, falta de conocimiento, falta de coordinación entre servicios, escasa accesibilidad a terapias efectivas: terapia interpersonal, cognitiva-conductual, de resolución de problemas) o culturales (mayor intolerancia social al sufrimiento, fácil accesibilidad a SAP y SAE, o estigma social de la enfermedad mental). Dada la asociación entre enfermedades orgánicas y trastornos mentales, no podría descartarse que la confusión residual por la presencia de otras patologías físicas explique los resultados. La principal fortaleza de este trabajo es la representatividad de la población española. En conclusión, la demanda asistencial en los SAP y los SAE aumenta en personas con psicopatología actual o previa; cuestión que debe tenerse en cuenta al adoptar medidas eficientes para el abordaje de este grupo poblacional.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

V. Basterra es la única autora.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:47-54.
- European Commission; Directorate General (SANCO). Mental well-being. 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers.en.htm.
- Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, et al. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit*. 2007;21:306-13.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 1993. p. 221.

Virginia Basterra

Psiquiatría Sección B, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Correo electrónico: virginia.basterra.gortari@navarra.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.009>