

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO



Maestría en Ciencias de la Salud

Sistemas de Salud

TESIS DE GRADO

Análisis de los obstáculos en la atención de la depresión en el adulto mayor, a partir de la percepción del prestador de servicios y usuario

Por Alfredo Jiménez Silva

COMITÉ DE TESIS

Dra. María Guadalupe Ruelas González

Investigadora en Ciencias Médicas – CISS, INSP

DIRECTORA

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Investigadora en Ciencias Médicas D

Co-líder de la línea Salud y Grupos Vulnerables – CISS, INSP

ASESORA

Dra. María Teresa Velasco Jiménez

Jefa de Departamento de Investigación

Dirección General Médica - ISSSTE

ASESORA

Índice de contenido

Resumen	4
Introducción	5
Material y métodos	8
<i>Selección de informantes</i>	9
<i>Instrumento</i>	10
<i>Trabajo de campo</i>	12
<i>Análisis e interpretación</i>	12
Resultados y discusión	14
<i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del</i>	
<i>Estado, ISSSTE</i>	14
<i>Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS</i>	20
<i>Secretaría de Salud Estatal, SESA</i>	23
Conclusiones	29
Bibliografía y referencias bibliográficas	31

Resumen

El escenario en México en cuanto a la atención de la depresión en el adulto mayor es muy desalentador, ya que a pesar de la existencia de un programa de acción y de guías de práctica clínica, en el primer nivel de atención prevalece una baja detección y un retraso en el diagnóstico de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento. Así se considera importante estudiar la percepción del prestador de servicios y del adulto mayor sobre la atención que se brinda a la depresión en adultos mayores en los servicios de primer nivel. **Objetivo.** Analizar desde la percepción del prestador de servicios y del adulto mayor la atención que se brinda a la depresión en adultos mayores en los servicios de primer nivel para identificar los obstáculos que se presentan en la atención del padecimiento. **Material y métodos.** En este trabajo se propuso un diseño cualitativo, para ello se llevó a cabo la aplicación de entrevistas con el objetivo de recuperar la experiencia de las personas involucradas en el proceso de atención de la depresión en el adulto mayor y conocer los obstáculos que enfrentan en la atención de la depresión en los servicios de primer nivel. **Resultados y discusión.** Los principales impedimentos desde la percepción del prestador de servicios es la existencia de una normatividad inoperante en los servicios de salud y la capacitación inadecuada e inoportuna de los profesionales de la salud. Desde el punto de vista del usuario la principal barrera para recibir la atención radica en el mal funcionamiento de los servicios de salud y la falta de preparación del personal que les atiende. **Conclusiones.** Con este estudio se busca el fortalecimiento de la investigación en materia de atención primaria en dos temas de salud de importancia para México como lo son los adultos mayores y la salud mental, particularmente enfocada en depresión. Así mismo, se pretende fomentar dentro de la investigación en sistemas de salud la inclusión del usuario como actor clave fundamental en la estructuración y funcionamiento del sistema de salud de un país.

Palabras clave: obstáculos, percepción, depresión, adulto mayor, primer nivel de atención

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 estableció que los trastornos mentales a nivel mundial representan cerca del 12% del total de la carga global de las enfermedades y que se espera que para el año 2020 lleguen a representar aproximadamente el 15% del total de años de vida perdidos por discapacidad (1).

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2001-2002 en México se encontró que alrededor de 6 de cada 20 mexicanos presentaron trastornos mentales alguna vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses y 1 de cada 20 mexicanos en los últimos 30 días (2).

Resultados en esa misma encuesta en materia de atención mostraron que en el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en México sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibió atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibió atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvo atención (2). Así mismo, se pudo observar una tendencia general al uso de servicios más frecuente en el rubro del especialista que en el rubro de los servicios médicos generales (2).

En materia de depresión, la ENEP documentó que la brecha de tratamiento fue de 78.2% para quienes la padecieron en los últimos 12 meses, en el Distrito Federal la brecha fue del 43.4% para quienes la han padecido alguna vez en la vida, y en la zona rural de México de 66.3% de igual manera para quienes la han padecido alguna vez en la vida (3).

Lo anterior, es decir, la falta de tratamiento de la depresión se puede deber en palabras de los investigadores, “a que el mismo padecimiento se esconde a menudo detrás de síntomas somáticos, ya sea porque éstos son manifestaciones del trastorno depresivo o porque a causa de éste se acentúan síntomas de otras enfermedades concomitantes”. Así mismo, establecen que esta brecha de tratamiento representa un peor pronóstico para el paciente, al condicionar un curso más prolongado, una evolución más complicada y peores perspectivas terapéuticas que para los que son correctamente diagnosticados (4).

En el adulto mayor la depresión es uno de los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes (5). En México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombre, así mismo representa una importante proporción del total de años de vida perdidos por discapacidad (6).

El escenario que se tiene en el país en cuanto a la atención de los trastornos mentales y en particular de la depresión es muy desalentador, ya que a pesar de la existencia de programas nacionales de acción, en el primer nivel de atención prevalece una baja detección y un retraso en el diagnóstico de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento. Esto tiene un impacto negativo en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios (7).

Hasta el día de hoy, las barreras que han sido estudiadas que llevan a una baja frecuencia de diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores en los servicios de primer nivel se identifican por una parte, en la presencia simultánea de distintos padecimientos (comorbilidad) en el adulto mayor donde pudieran ocultarse los síntomas y signos depresivos, las distintas presentaciones clínicas que muestra el mismo trastorno, la depreciación del padecimiento por parte del prestador de servicio; y por otra parte en el insuficiente desarrollo profesional del mismo en la detección y tratamiento del trastorno (8). Así también, un estudio revisado señala que es frecuente que el médico del primer nivel de atención considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión (7).

También se ha identificado que los aspectos culturales en la población de adultos mayores como las mismas ideas y creencias acerca de los trastornos mentales son causa para no buscar atención (8).

Hasta este punto, todos los estudios revisados no han contemplado la perspectiva del prestador de servicio y del adulto mayor como usuario al mismo tiempo. La importancia de estudiar la atención que se brinda a la depresión en los servicios de primer nivel de atención por los prestadores de servicio es que dichos servicios son la puerta de entrada de la comunidad a la utilización de servicios de salud para la atención de los trastornos mentales. De contar con la capacidad de reconocer la depresión desde el primer acercamiento de los pacientes con los servicios de salud se puede tener una significativa mejoría en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, y finalmente un mejoramiento en la calidad de vida del paciente.

Por tal motivo, el objetivo de este estudio es analizar desde la percepción del prestador de servicios y del adulto mayor la atención que se brinda a la depresión en adultos mayores en los servicios de primer nivel para identificar los obstáculos que se presentan en la atención del padecimiento.

Material y métodos

Para el desarrollo del siguiente estudio se propuso un diseño cualitativo.

Los servicios de primer nivel de atención que fueron incluidos en la investigación comprenden los siguientes:

- Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la Delegación Morelos del IMSS, ubicada en la ciudad de Cuernavaca,
- Clínica de Medicina Familiar Cuernavaca de la Delegación Morelos del ISSSTE, ubicado en la ciudad de Cuernavaca, y
- Centro de Salud Cuernavaca de los Servicios de Salud de Morelos, ubicado en la ciudad de Cuernavaca

El objetivo fue incluir servicios de salud de las principales instituciones de salud de nuestro país (IMSS, ISSSTE y SSA) y dado que los recursos económicos y humanos para el desarrollo de la investigación fueron limitados, se decidió incorporar sólo una unidad de servicios de salud por institución; sin embargo, el estudio dentro de las mismas buscó la mayor riqueza de información. Así mismo, la decisión de tomar en consideración esas unidades en la localidad de Cuernavaca es que se aprovechó el acuerdo de estudio con el que ya se contaba en dichos establecimientos, derivado del proyecto “Modelo de atención para adultos mayores maltratados” asociado a la línea de investigación de “Salud y Grupos Vulnerables”, proyecto financiado por CONACyt con número de registro 87671.

Por lo tanto, fue en estos lugares donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos creados con la finalidad de conocer la percepción de los usuarios y los prestadores de servicio con respecto a la atención de la depresión en los adultos mayores en los servicios de primer nivel. A partir de la información recolectada se hizo el análisis en busca de las causas que desde el punto de vista de los actores obstaculizan la atención de la depresión.

Selección de informantes

Los informantes se organizaron en dos grupos, el primero fue constituido por los prestadores de servicio y el segundo por el usuario.

Para el grupo de los prestadores de servicio, el perfil del informante fue el siguiente:

- ✓ Grado académico obtenido en medicina general o familiar, o enfermería en su caso; y
- ✓ que brinde atención al adulto mayor en el área de consulta externa.

La selección se hizo por criterio de acuerdo al perfil anteriormente enlistado. En este estudio fueron incluidos en la medida de lo posible todos los informantes que cumplieran cabalmente con el perfil dado el número existente de prestadores de servicio por institución. En el caso de que la institución contara además con personal de salud especialista en psicología y en atención al adulto mayor, éste se integró al grupo de informantes.

Inicialmente y con anterioridad a la visita a los servicios de salud, se contactó previamente a las autoridades correspondientes en cada uno de los servicios, y se respetó el lugar y tiempo asignado por las mismas autoridades para el establecimiento del contacto con los informantes.

Para el grupo de usuarios, el perfil del informante fue el siguiente:

- ✓ Que sea adulto mayor. Para esta investigación adulto mayor fue considerado como aquella persona de 60 años o más de edad con base en los criterios referenciados en el trabajo de Durán y colaboradores, los cuales son (9):
 - La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial.
 - La edad promedio de jubilación mundial.
 - La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos.

- ✓ Que asista a consulta por cualquier motivo en el área de consulta externa el mismo día que se visite la institución de salud por parte del autor de este estudio, y
- ✓ que demuestre que no presenta deterioro cognoscitivo alguno, para lo cual se aplicó el Cuestionario abreviado sobre el estado mental SPMQ de Pfeiffer como prueba rápida de cribado. Se decidió trabajar con este cuestionario dado que es el utilizado en el proyecto del cual deriva este estudio, además de ser ya un instrumento validado. El proceso de aplicación del instrumento fue una vez que se contactó a los informantes y decidieron participar en el estudio, se aplicó el cuestionario, y al no presentar deterioro cognitivo alguno con base en la escala de interpretación del mismo cuestionario, se procedió a continuar con la entrevista.

De la misma manera la selección se hizo por criterio de acuerdo al perfil anteriormente enlistado. El número de informantes seleccionados de inicio para cada una de las instituciones de salud fue de tres adultos mayores dados los recursos humanos y temporales con los que se contó para la realización del estudio, pero se dejó abierta la opción de incluir un mayor número de participantes. La finalidad de todo esto fue tratar de alcanzar la mayor variabilidad de respuesta posible.

De igual manera que para los prestadores de servicio, inicialmente y con anterioridad a la visita a los servicios de salud, se contactó previamente a las autoridades correspondientes en cada uno de los servicios, y se respetó el lugar y tiempo asignado por las mismas autoridades para el establecimiento del contacto con los informantes.

Instrumento

La herramienta para la recolección de la información de los participantes fue a través de entrevistas semiestructuradas.

Con lo anterior, se diseñaron dos guías de entrevista, una enfocada a los prestadores de servicio en general y otra a los usuarios.

Para el lugar de aplicación, nuevamente se respetó el lugar asignado por las autoridades correspondientes. El tiempo promedio de las mismas fue de 20 a 30 minutos, respectivamente.

El principal contenido de éstas fue:

Prestadores de Servicio	Usuarios
<p data-bbox="224 730 794 1094">Objetivo: Recuperar la experiencia de los prestadores de servicio del primer nivel en el proceso de atención de la depresión en el adulto mayor y a partir de ello analizar los obstáculos que enfrentan en la atención de la depresión en adultos mayores.</p> <p data-bbox="224 1150 683 1182">Los temas fueron los siguientes:</p> <ul data-bbox="272 1241 794 1843" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 1241 678 1272">• Datos sociodemográficos<li data-bbox="272 1329 464 1360">• Depresión<li data-bbox="272 1417 751 1449">• Depresión en adultos mayores<li data-bbox="272 1505 794 1646">• Proceso de atención de la depresión en adultos mayores. Prevención primaria<li data-bbox="272 1703 794 1843">• Proceso de atención de la depresión en adultos mayores. Prevención secundaria	<p data-bbox="820 730 1390 1094">Objetivo: Recuperar la percepción respecto a la depresión en los adultos mayores y al papel que juegan los prestadores de servicio en la atención del padecimiento y con base en esto analizar los obstáculos que enfrentan en este proceso de atención.</p> <p data-bbox="820 1150 1279 1182">Los temas fueron los siguientes:</p> <ul data-bbox="868 1241 1390 1591" style="list-style-type: none"><li data-bbox="868 1241 1274 1272">• Datos sociodemográficos<li data-bbox="868 1329 1060 1360">• Depresión<li data-bbox="868 1417 1174 1449">• Servicios de salud<li data-bbox="868 1505 1390 1591">• Obstáculos en la atención de la depresión en el adulto mayor

- Proceso de atención de la depresión en adultos mayores. Referencia y contrareferencia
- Proceso de atención de la depresión en adultos mayores. Vigilancia y seguimiento
- Obstáculos en la atención de la depresión en el adulto mayor

Trabajo de campo

Para el grupo de informantes de los prestadores de servicio fue solicitado su consentimiento informado por escrito y al acceder a participar la entrevista en su totalidad fue grabada en audio. Para el grupo de informantes de los usuarios por las características de la misma población (por mencionar: analfabetismo, problemas motrices), fue solicitado únicamente su consentimiento informado de manera oral, el cual quedó grabado en audio y al acceder a participar, tanto la prueba rápida de cribado (cuestionario) como la entrevista en su totalidad fueron grabadas de igual manera.

Análisis e interpretación

El análisis de esta investigación se llevó a cabo con base en la Teoría Fundamentada. A continuación se describen las etapas del análisis.

Con las entrevistas grabadas, se inició con la transcripción de las mismas por vía electrónica. Una vez transcritas las entrevistas, se comenzó con la agrupación de la información que compartía una misma idea, en unidades de análisis (categorización), lo cual nos llevó a la formación y desarrollo de conceptos con base en los temas explorados por los instrumentos.

La categoría central a partir de la cual se organizó el análisis fue la de "Obstáculos", definida como la información referida a toda barrera, dificultad o

impedimento para llevar a cabo la atención de la depresión en el adulto mayor en los servicios de primer nivel. Se mantuvo abierta la opción que de la misma información emergieran nuevos conceptos con el objetivo de no descartar información de interés.

El análisis final consistió en un análisis del discurso en busca de la estructura profunda, esto es, ir más allá de lo que se dice en el mensaje manifiesto.

Resultados y discusión

Este apartado fue estructurado de la siguiente manera, se presentan los hallazgos encontrados por institución de salud y dentro de cada institución éstos son diferenciados por el tipo de informante (prestador de servicios y usuarios). Al final de la sección se muestra una tabla con un resumen de los principales hallazgos dentro de los servicios de salud (ver tabla 1).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE

Prestadores de servicios

a) Médicos

En este rubro los participantes corresponden a médicos que prestan sus servicios en consulta externa. Todos ellos son del sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 53 y 65 años.

La formación profesional de cada uno es en medicina general con especialidad en medicina familiar, con la excepción de que sólo uno de ellos cuenta con estudios de posgrado en salud pública.

Así también, la institución cuenta en el pabellón de consulta externa con un módulo de atención al envejecimiento a cargo de un gerontólogo; quien fuera incluido como participante del estudio como se explicó en la sección anterior (Material y métodos, selección de informantes).

El responsable del módulo tenía 52 años de edad y una especialidad en medicina familiar, así como con dos diplomados en gerontología médica.

b) Enfermeras

En este otro rubro los participantes es personal igualmente adscrito en los servicios de consulta externa. Los participantes en su totalidad son del sexo

femenino, y sus edades van de los 51 a los 55 años. Todas las informantes cuentan con estudios en enfermería.

La primera barrera identificada es que a pesar de existir la normatividad tanto a nivel federal como a nivel institucional para la atención de la depresión en el adulto mayor en los servicios de primer nivel esta no está siendo aplicada, tal y como lo evidencian los participantes:

“Se conocen programas pero no los aplican en profundidad, casi todos los programas federales sí existen o no se aplican o no tienen la capacidad operativa de ponerlos en acción (...) deben de existir pero su aplicación es el problema”,

En otras palabras:

“Tenemos normas oficiales y tenemos programas oficiales pero cada consultorio lo aplica de acuerdo a su experiencia y a sus deseos de hacerlo y sus deseos de trabajar y al deseo que tiene de cumplir con sus pacientes pero no es parejo, no funcionan los consultorios de forma homogénea, cada consultorio funciona en forma diferente y lo aplica en forma diferente y los resultados por eso son muy diferentes”

Como bien se comentó dentro del primer Seminario de Innovación en Atención Primaria en el año 2010, esta situación se deriva de la pobre gobernanza del sistema, en parte ligada a la escasa capacidad de comprensión del funcionamiento y devenir del propio sistema sanitario, con carencias en la obtención, presentación y uso de la mejor selección de hechos científicos para tomar decisiones y llevarlas a la práctica hasta lograr el objetivo marcado (10).

En ese mismo documento se habla de que la consecuencia final es una brecha entre lo que se sabe y se podría hacer y lo que finalmente se hace, tanto en política como en gestión y en clínica. Hay consciencia de esa brecha y no faltan teorías, pero falta énfasis en la práctica así como investigación y análisis sobre la transferencia efectiva de la “evidencia” para la toma de decisiones (10).

Una segunda dificultad en los servicios de primer nivel es la falta de una capacitación continua y estructurada para los prestadores de servicios en materia de atención de depresión en adultos mayores, como lo refiere uno de ellos:

“Que los esfuerzos son aislados, o sea el problema es que cada quien maneja la depresión como puede, como sabe, como quiere; que no existe un común denominador”

Esta claro que los profesionales implicados en actividades de salud pública consideran la teoría como un punto de referencia muy importante para apoyar su práctica, tal y como lo ponen en evidencia autores como Burdine y Mc Leroy en uno de sus estudios (11).

La literatura sustenta en este tema que la incorporación de personal calificado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, va a permitir incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna; va a disminuir considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud y, asimismo, va a permitir a los médicos familiares y generales tener un mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz, todo esto dentro de las acciones de diagnóstico (12).

En este mismo rubro, los prestadores de servicios coinciden en que:

“Esto [capacitación] nos dará una herramienta más para poder detectar al paciente y creo que sí es muy importante que esto lo comente con el paciente, si nosotros tenemos más tiempo en la consulta para poder ver en forma más integrada al paciente se podrá determinar más y diagnosticar más fácil la depresión”

Y es en este punto que desde la perspectiva tanto del gerontólogo como de los médicos familiares, de nada sirve tener especialistas en la materia cuando la participación no involucra a todos los profesionales de la salud de la institución. En palabras del especialista:

“El resto del personal que atiende a adultos mayores deben de tener esa preparación gerontológica”

Por otro lado, los médicos familiares comentan:

“Sé que el geriatra tiene un programa de adultos mayores pero es un programa muy pequeño solamente lo lleva él, es un solo consultorio el que lleva todo ese programa, les falta ser universal, hacerlo universal”

En palabras del personal de enfermería:

“Pues que sí me gustaría que se nos capacitara o se nos diera un curso o adiestramiento para que nosotros participáramos en eso de la depresión del adulto y del adulto mayor”

De acuerdo a Juan Andrés León, las actividades de educación continua pueden acercar más la teoría de la práctica, particularmente si se cuenta con la participación activa de quienes trabajan en el terreno. Además de actualizar los conocimientos, la educación continua ofrece un clima propicio para el intercambio de ideas y de experiencias, así como para el trabajo conjunto. Así mismo, afirma que el cerrar la brecha entre la teoría y la práctica se percibe como relevante y útil en el terreno, es imperante que si se quiere que quienes realizan actividades de salud pública lleven a cabo acciones sanitarias efectivas (13).

Ya lo reitera el médico gerontólogo:

“Falta una adecuada información y la información se podrá hacer efectiva con una buena relación médico-paciente (...) la parte de preparación en esto y por lo tanto la falta de concientización de la importancia de diagnosticar los casos de depresión para darles una mejor atención”

La trascendencia de una detección oportuna y un tratamiento eficaz de los trastornos mentales por parte de los prestadores de servicio del primer nivel de atención recae en estos servicios porque representan la puerta de entrada a los servicios de salud y como consecuencia de ello representan la gran ventana de oportunidad para un alto porcentaje de pacientes con algún trastorno mental que

llegan a consulta a ese nivel y que pudiera tratárseles, aumentando considerablemente la capacidad resolutive de los mismo servicios de salud y del sistema en general; así referido por Goldberg y Huxley de su libro Common mental disorders: A bio-social model (14).

Una barrera particularmente identificada por el médico gerontólogo es la relación de causalidad entre el binomio depresión y otras enfermedades o viceversa mejor conocido como comorbilidad. Él nos comenta:

“Habría que determinar si es precisamente esa comorbilidad la que está favoreciendo la depresión o la depresión favorece las patologías diversas en el paciente”

Lo anterior ya ha sido mencionado en otros trabajos donde se ha encontrado que la presencia simultánea de distintos padecimientos (comorbilidad) en el adulto mayor pudiera ocultar los síntomas y signos depresivos (8).

Dado lo anterior, se evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad la incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. Un estudio revisado señala que es frecuente que el médico del primer nivel de atención considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera “justificada” y de igual manera, evita proporcionar tratamiento oportuno (7).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los prestadores de servicio del ISSSTE.

Usuarios

Los pacientes que participaron en el estudio correspondieron a adultos mayores derechohabientes de la institución.

Uno de los informantes correspondió al sexo femenino de 71 años edad que afirmó ser jubilada. Por otra parte, el resto perteneció al sexo masculino con

edades de 65 y 72 años, respectivamente; el primero aseguro ser jubilado y el segundo dijo dedicarse al comercio.

Todos los participantes tienen en común que a ninguno de ellos le ha sido diagnosticado depresión al día de su participación en el estudio.

Desde la percepción del adulto mayor la primera dificultad para llevar a cabo la atención de la depresión recae en la falta de preparación de los prestadores de servicio como lo afirma uno de los testimonios:

“Desgraciadamente, las instituciones públicas que tenemos no tienen todavía el estudio [capacitación] suficiente y necesario”

El sentir de los usuarios corresponde con lo que la literatura nos hace mención en el tema que con la incorporación de personal calificado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, va a permitir incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna; va a disminuir considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud y, asimismo, va a permitir a los médicos familiares y generales tener un mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz, todo esto dentro de las acciones de diagnóstico (12).

Una segunda dificultad identificada por los usuarios recae en la falta de información del propio padecimiento y que trae como consecuencia la nula participación del paciente y sus familiares en las acciones de salud, tal y como lo evidencia uno de los participantes:

“El desconocimiento que hay de la propia enfermedad (para tomar la decisión de no ir a los servicios de salud”

El problema radica, de acuerdo a Barrientos (15) en la prevalencia de un criterio tecnocrático y se les da poca o ninguna participación a la comunidad, enfermos y familiares en las decisiones y sólo se les asignan tareas concretas, que no

estimulan su participación, o no se encuentran formas de facilitar esa participación en cada situación concreta.

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los usuarios del ISSSTE.

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS

Prestadores de servicio

a) Médicos

Los participantes corresponden a médicos que prestan sus servicios en consulta externa. Se contó con un informante del sexo femenino de 36 años de edad, y con dos del sexo masculino de 39 y 61 años de edad, respectivamente.

La formación profesional de todos ellos es en medicina familiar contando dos de ellos con estudios de posgrado.

b) Enfermeras

Los participantes pertenecen al sexo femenino y de igual manera están empleadas en los servicios de consulta externa.

El personal cuenta con un promedio de edad de 40 años, todas ellas con formación en enfermería general.

El primer impedimento perceptible para los prestadores de servicio en general es el descontento existente ante la propia estructura de la institución, expuesto en las siguientes palabras del personal:

“Lo que no hay es organización [en los servicios de salud]”

Lo anterior, denota que dentro de la institución de seguridad social, como indica la literatura, existe lo que llama una pobre gobernanza del sistema, en parte ligada a la escasa capacidad de comprensión del funcionamiento y devenir del propio sistema sanitario, con carencias en la obtención, presentación y uso de la mejor

selección de hechos científicos para tomar decisiones y llevarlas a la práctica hasta lograr el objetivo marcado (10).

El segundo impedimento relevante tiene lugar en el propio proceso de atención. Son los médicos quienes señalan que:

“La depresión es una enfermedad que desde mi punto de vista no se diagnostica de forma adecuada, el médico general o el médico familiar no hacemos un diagnóstico de forma oportuno (...) no se les brinda la atención adecuada”

En otras palabras:

“No los estamos diagnosticando, mucho menos tratando”

Con base en la revisión de la literatura en el caso, muchos autores coinciden en que la incapacidad del personal de salud es uno de los más reconocidos impedimentos en el proceso de atención en los servicios de primer nivel (4, 7, 8).

Se reitera que es la misma normatividad en materia de salud de nuestro país que sustenta en este tema que la incorporación de personal calificado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, va a permitir incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna; va a disminuir considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud y, asimismo, va a permitir a los médicos familiares y generales tener un mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz, todo esto dentro de las acciones de diagnóstico (12).

Se pone de manifiesto que la trascendencia de una detección oportuna y un tratamiento eficaz de los trastornos mentales por parte de los prestadores de servicio del primer nivel de atención recae en primera instancia porque representan la puerta de entrada a los servicios de salud y como consecuencia de ello se vuelven la gran ventana de oportunidad para un alto porcentaje de pacientes con algún trastorno mental que llegan a consulta a ese nivel y que

podiera tratárseles, aumentando considerablemente la capacidad resolutive de los mismo servicios de salud y del sistema en general (14).

Un tercer impedimento se vuelve notable ante la inconformidad de los prestadores de servicios y la falta de recursos en general en los servicios de primer nivel de atención:

“Es insuficiente [los recursos humanos y materiales], porque la carga de pacientes es muy grande”

Aunado a la falta de capacitación mencionada anteriormente y la falta de recursos mantiene a las unidades de primer nivel de atención lejos de hacer frente a los problemas de salud mental de su población derechohabiente. Las dificultades económicas, la reforma del estado y del sector salud, las que determinan en gran parte la escasez de recursos materiales en la salud mental, y la asignación de esos pocos al modelo tradicional centrado en el hospital psiquiátrico; los escasos recursos humanos se ubican preferentemente en el segundo nivel de atención (15).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los prestadores de servicio del IMSS.

Usuarios

Los adultos mayores que tuvieron participación fueron de ambos sexos, dos para el femenino y uno para el masculino, con edades entre los 69 y 73 años.

Dos de ellos dijeron ser jubilados y una de las mujeres declaro dedicarse a las tareas del hogar. En este grupo de informantes a ninguno de ellos se le ha sido diagnosticado depresión al día de su participación.

El primer obstáculo para los adultos mayores desde su punto de vista radica en la excesiva carga de trabajo y la mala atención que se llega a brindar, ya lo comenta uno de los sujetos:

“Las instituciones como el seguro social tienen demasiados pacientes y no les dan la atención como debe de ser”

Un estudio revisado confirma que un tipo de barrera que se interpone entre el sujeto y la atención de su salud provienen, por un lado, de la organización del sistema de salud mismo, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo; pero también del forma de funcionamiento cotidiano, en particular el sistema de reserva de turnos (asignación de consultas) y de otros aspectos de la calidad de atención (16).

Otro obstáculo existente para los usuarios del seguro social es la falta de información en materia de salud mental como resultado de una mala comunicación médico-paciente; esa falla por involucrar al paciente en el cuidado de su propia salud. Así fue esto señalado:

“No, nunca se habla de depresión (...) lo menos que pueden hacer [el médico], sólo te dan tu medicamento”

Ya mencionado con anterioridad, el problema radica en la prevalencia de un criterio tecnocrático y se les da poca o ninguna participación a la comunidad, enfermos y familiares en las decisiones y sólo se les asignan tareas concretas, que no estimulan su participación, o no se encuentran formas de facilitar esa participación en cada situación concreta (15).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los usuarios del IMSS.

Secretaría de Salud Estatal, SESA

Prestadores de servicio

a) Médicos

Los médicos participantes del estudio fueron todos del sexo femenino, todas ellas con formación universitaria encargadas de atender en el área de consulta externa. El promedio de edad fue de 52 años.

b) Enfermeras

Todas las participantes están adscritas al área de consultorios, contando con carrera universitaria de enfermería en su formación. Las edades de las participantes van desde los 40 a los 46 años.

Para el personal de la Secretaría de Salud Estatal uno de los primeros impedimentos para llevar a cabo la atención de la depresión del adulto mayor en los servicios de primer nivel radica en el desconocimiento de la normatividad existente en la materia. Los informantes señalan:

“La verdad aquí no se lleva [normatividad en salud del adulto mayor], si sabía que había un programa del adulto mayor pero aquí no se maneja”

Esto nos habla de la poca capacidad técnica del personal de los servicios de salud en la plantación, monitoreo y evaluación de planes y programas en materia de salud mental; no se cuenta con personal técnico para ello (15).

Un segundo impedimento abarca dos rubros importantes, por un lado la falta de recursos (profesionales de la salud), y por otro lado, que el personal con el que ya se cuenta no tenga la preparación para hacer frente al problema de salud. A continuación, en palabras de los prestadores de servicio quedó establecido:

“Más que nada faltaría personal (...) aquí es ¿quién lo va a hacer?”

“No hay el personal adecuado, ni el conocimiento de esto [depresión en el adulto mayor]”

Existe conciencia del problema entre los médicos, sus palabras así nos lo confirman:

“Necesitamos tener aquí un personal especializado, que nos ayude a llevar una terapia en este tipo de personas, porque muchas veces podemos tener al paciente con depresión y ¿ahora qué hago?; no tenemos ni el tiempo, ni los instrumentos, ni el conocimiento para tratar la depresión en este tipo de pacientes. Yo creo que sí se necesita de alguien que conozca en salud mental o psicólogos que puedan ayudarnos a tratar al paciente”

El primer punto es con respecto al personal y la escasez de recursos humanos en el sistema de salud nacional. Esta panorámica queda ratificada en la relación que establece que las dificultades económicas, la reforma del estado y del sector salud, determinan en gran parte la escasez de recursos humanos y materiales; los escasos recursos humanos se ubican preferentemente en el segundo nivel de atención en el sector público o en el privado o la seguridad social (15).

El segundo punto a discutir es que ante esa escasez de personal no existe ni la capacitación adecuada ni oportuna en la materia. Con base en la revisión de la literatura se conoce que las actividades de educación continua pueden acercar más la teoría de la práctica, particularmente si se cuenta con la participación activa de quienes trabajan en el terreno. Además de actualizar los conocimientos, la educación continua ofrece un clima propicio para el intercambio de ideas y de experiencias, así como para el trabajo conjunto. Así mismo, afirma que el cerrar la brecha entre la teoría y la práctica se percibe como relevante y útil en el terreno, es imperante que si se quiere que quienes realizan actividades de salud pública lleven a cabo acciones sanitarias efectivas (13).

A esta altura queremos ser incisivos y dejar bien claro basado en la evidencia que la importancia de una oportuna detección y adecuado tratamiento de los padecimientos mentales en los servicios de primer nivel de atención apunta a fortalecer la capacidad resolutive de los mismos y del sistema de salud completo (14).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los prestadores de servicio de la SESA.

Usuarios

Con un promedio de edad de 70 años, todos los participantes correspondieron al sexo femenino. Así mismo, las tres personas coincidieron en dedicarse al hogar.

A ninguna de ellas le ha sido diagnosticado depresión al día del estudio.

Una de las primeras barreras identificadas por los usuarios es con respecto a la educación de los prestadores de servicio para prestar la atención. En palabras de las usuarias:

“No hay quién te explique, hay cosas que uno no entiende (...) falta preparación, preparación para saber atender”

Como una dolencia general de los servicios de primer nivel en el sistema de salud nacional hay una falta de capacitación y entrenamiento del personal de salud en materia de salud mental. Ante tal realidad, se señala que para acabar con la prevalencia de diversos criterios entre los profesionales de la salud, debe reconocerse que se necesitan cambios en la praxis habitual y la incorporación de nuevos conocimientos y procedimientos terapéuticos, además de un enfoque de riesgo en lugar del centrado en el daño (15).

Una vez más, la normatividad en nuestro país lo reconoce: la incorporación de personal calificado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, va a permitir incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención más rápida y oportuna (12).

Así mismo, los usuarios reconocen que otra circunstancia que lleva a una atención inoportuna es la mala organización de los servicios, como a continuación de señala:

“Esto [señalando a las personas en la sala de espera para consulta en los servicios de salud] no es funcional, en una palabra, son ineficientes”

La literatura nos menciona que un impedimento presente en el proceso de atención en los servicios de salud recae en la organización de los mismos servicios, sus niveles de atención, su sectorización, su cobertura y su costo, así como del funcionamiento y desempeño cotidiano de los profesionales de la salud y de otros aspectos de la calidad de la atención (16).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos encontrados para los usuarios del SESA.

Tabla 1. Obstáculos en la atención de la depresión en el adulto mayor en los servicios de primer nivel

Institución	Prestador de servicios	Usuario
ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad inoperante • Capacitación inadecuada e inoportuna • Comorbilidad: doble desafío 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación del personal de salud • Falta de información en salud a pacientes
IMSS	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre gobernanza institucional • Capacitación inadecuada e inoportuna • Recursos insuficientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal funcionamiento de los servicios de salud • Falta de información en salud a pacientes
SESA	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad inoperante • Falta de recursos • Falta de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación del personal de salud • Mal funcionamiento de los servicios de salud

En resumen, al hacer el análisis de los obstáculos en las principales instituciones de salud del sistema de salud nacional, concuerdan con los encontrados en el trabajo presentado por el Dr. Guillermo Barrientos en el 2005 sobre la Reforma de los servicios de Salud mental, “15 años después de la Declaración de Caracas”; y su impacto en salud mental en atención primaria (15):

1. Desconocimiento y poca sensibilidad de los dirigentes políticos
2. Diversos criterios entre los profesionales de la salud mental
3. Escasez de recursos humanos y materiales
4. Poca capacidad técnica en la implantación, monitoreo y evaluación de los planes nacionales de salud mental
5. Insuficiente participación de la comunidad, enfermos y familiares en las decisiones y acciones en salud mental

Conclusiones

Para poder aminorar las dificultades que se presentan en la atención de la depresión en el adulto mayor en los servicios de primer nivel es primordial comenzar con la sensibilización de autoridades de la relevancia e impacto que tiene un problema como la depresión en la población de adultos mayores en nuestro país como resultado de la inversión de la pirámide población que tendrá lugar en los próximos 30 años. Esta sensibilización será por un lado, a través de estudios epidemiológicos, de carga de la enfermedad, y por otro lado, con estudios económicos donde se pueda mostrar a los tomadores de decisión el beneficio que representa hoy y para el día de mañana fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Debemos exigir a las autoridades en salud que una vez que hayan sido elaborados los programas y planes en salud, no se desentiendan del proyecto y se encarguen de llevar a cabo conjunto a instancias especializadas el monitoreo y evaluación de los mismos. Lo anterior con el objetivo de conocer el proceso de implantación y evaluar el impacto sobre la salud de la población que dará pie para la reestructuración y mejora de la normatividad establecida.

Dada la experiencia, en materia de la normatividad es necesario implementar mejor organización y mayor delimitación del campo de acción de los niveles de atención dentro de las instituciones de salud y del sistema de salud en general, esto con la misión de fortalecer la capacidad resolutive de atención en los servicios de primer nivel al ofrecer una atención más rápida y oportuna; disminuir considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud, y que va a permitir a prestadores de servicio del primer nivel tener mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz. Se tiene que regresar al punto donde los servicios de primer nivel de atención representen el primer contacto de la comunidad con los servicios de salud, en otras palabras, vuelvan a ser la puerta de entrada a un sistema de salud.

Esta investigación demostró que no es garantía de una atención oportuna de la depresión en los servicios de primer nivel el contar con un módulo de salud mental en los mismos servicios. En este punto, se hace obligatoria la estructuración a nivel institucional de una continua capacitación técnica de todos y cada uno de los profesionales de la salud de servicios de atención, y cabe mencionar aquí que se debe incluir al personal de enfermería, pieza clave en el proceso de atención. Dicho de otra manera, se puede tener un mayor alcance en la atención de la depresión en el adulto mayor con personal capacitado y calificado en materia de salud mental que sí únicamente se cuenta con un especialista que trabaje de manera asilada y sin apoyo.

Quiero terminar con uno de los aspectos más relevantes de este estudio que fue incluir la percepción del adulto mayor como usuario para conocer como son vistos los servicios de salud. En definitiva, debemos involucrar al paciente, sus familiares y la comunidad en general en el cuidado de su propia salud, y es el profesional de la salud quien debe de fomentar este liderazgo en salud en el paciente, fortalecer el vínculo médico-paciente, médico-familiar; y crear un ambiente de confianza y comunicación. Finalmente, esto va enfocado a enriquecer uno de los principales objetivos de un sistema de salud que es fortalecer la capacidad de respuesta.

Con este estudio se busca el fortalecimiento de la investigación en materia de atención primaria en dos temas de salud de importancia para México como lo son los adultos mayores y la salud mental, particularmente enfocada en depresión. Así mismo, se pretende fomentar dentro de la investigación en sistemas de salud la inclusión del usuario como actor clave fundamental en la estructuración y funcionamiento del sistema de salud de un país.

El interés por evaluar la atención de los servicios de primer nivel ha quedado plasmado a lo largo del trabajo con la ideología de que estos servicios son la entrada principal de la población al sistema de salud.

Bibliografía y referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental: Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. 2003.
2. Medina E, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 2003; 26:1-16.
3. Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública, *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18:229-240.
4. Sáiz J, Ibáñez Á. Diagnóstico de equivalentes depresivos. *Rev Clin Esp* 2002; 202:88-90.
5. Merson H, Black R, Mills A. International public health diseases, programs, systems, and policies. *Mental health*. 2006; 355-391.
6. Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005; 1:S4-S11.
7. Espinosa A, Caraveo J, Zamora M, Arronte A, Krug E, Olivares R, reyes H, Tapia M, García J, Doubova S, Peña A. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007; 30 (6):69-80.
8. García C, Juárez T, Gallegos K, Durán C, Sánchez S. La salud del adulto mayor: temas y debates. *Depresión en el anciano: una perspectiva general*, 2004; 209-234.
9. Durán C, García C, Gallegos K, Pérez R, Gómez H, Durán L. La salud del adulto mayor: temas y debates. *Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2004; 87-102.

10. Resumen de autor. Política e inteligencia sanitaria, de la teoría a la práctica (y viceversa). Seminario de Innovación en Atención Primaria 2010; Madrid, España.
11. Burdine JN, McLeroy KR. Practitioners' use of theory: examples from a workgroup. Health Educ Q. 1992; 19(3):331-40.
12. Servicios de Salud Mental SERSAME México 2002. Programa específico de depresión. Disponible en URL: <http://www.sersame.salud.gob.mx> Consultado septiembre, 2010.
13. León JA. Cerrando la brecha entre la teoría y la práctica en salud pública. Carta al director, Gac Sanit v.21 n.4 Barcelona jul.-ago. 2007.
14. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model. Reino Unido, 1992; 194 páginas.
15. Barrientos G. Salud mental en atención primaria en América Latina: Avances y obstáculos en los últimos 15 años. Conferencia regional sobre la reforma de los servicios de salud mental "15 años después de la Declaración de Caracas" OMS/OPS, Brasil 2005.
16. Pantelides EA. Acceso de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. CONICET y Centro de Estudios de Población – CENEP, Argentina 2005.