



Criterios de actuación en Atención Primaria ante la enfermedad mental grave. Encuesta Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia*

Oscar Martínez Azumendi

Servicio de Psiquiatría.

Hospital de Basurto, Bilbao

Resumen

La fluida relación entre Atención Primaria y Salud Mental es fundamental para una mejor asistencia al enfermo mental. El desbordamiento asistencial proveniente de las patologías neurótico-adaptativas ha hecho que la coordinación pueda haberse focalizado sobre estos grupos diagnósticos. La necesidad de dirigir la atención sobre los enfermos más graves aconsejó la realización de una encuesta que tuviera en cuenta los puntos de vista de AP acerca de este grupo de pacientes. En base a los resultados obtenidos y la experiencia ganada en la relación y coordinación con AP se concluye aconsejando una serie de aspectos a cuidar y favorecer, tanto desde una actitud general de colaboración, como de posibles intervenciones específicamente dirigidas a los pacientes más graves.

Palabras clave

Atención Primaria. Paciente mental severo. Coordinación de servicios.

Abstract

A smooth relation between Primary Attention and Mental Health is basic for the better support of the mental patient. The preponderance of the neurotic-adaptive pathologies has caused that the coordination have focused mainly on these diagnostic groups. The need to redirect the attention on the most severe patients advised the accomplishment of a survey on the points of view of GPs about this group of patients. On the basis of the obtained results and the experience gained in the relation and coordination with Primary Attention we conclude advising a series of aspects to take care of and to favour, as much from a general attitude of collaboration, like some other possible interventions specifically directed to the most severe patients.

Key words

Primary Attention. Severe mental patient. Service Coordination.

No es posible entender un sistema asistencial completo y coherente en salud mental sin una fluida y adecuada relación entre los diferentes niveles asistenciales, siendo especialmente importante y necesaria la coordinación entre Atención Primaria (AP) y los Centros de Salud Mental (CSM).

* Trabajo realizado con una ayuda de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, financiada por la Dirección Territorial de Sanidad dentro de su Contrato Programa. Presentado en las XIX Jornadas de SMEB "40 aniversario de los CSM de Bizkaia 1966-2006". Bilbao, 20-21 noviembre 2006.



En su Informe sobre la salud en el mundo 2001¹, la Organización Mundial de la Salud realiza diez recomendaciones generales, siendo la primera la indicación de dispensar tratamiento de SM en AP. Paso fundamental para facilitar y agilizar el acceso a los servicios a el mayor número de personas, no sólo proporcionando así una mejor asistencia, sino reduciendo el despilfarro en investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Obviamente, las necesidades y capacitación profesional de los diferentes profesionales implicados variarán según el escenario socio-sanitario en el que trabajan (nivel de recursos bajo, medio u alto). Para cada una de las diez recomendaciones se proponen una serie de intervenciones mínimas requeridas para la atención de salud mental, que en el caso del Escenario C (nivel de recursos alto donde se encuadrarían nuestros servicios) se resume en: a) mejorar la eficacia del manejo de los trastornos mentales en el ámbito de AP; y b) mejorar los mecanismos de derivación.

El Ministerio de Sanidad y Consumo² ha establecido recientemente la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el Anexo II, donde se detalla la cartera de servicios comu-

nes de AP se explicita que esta ocupa el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. En el punto 8 (tabla I), relativo a la atención a la salud mental (SM) en coordinación con los servicios de atención especializada, entre diversas actuaciones posibles y poblaciones diana a las que se dirigirían, se explicita el seguimiento coordinado con los servicios de salud mental y sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Con la aparición de las diferentes corrientes desinstitucionalizadoras y comunitarias, el enfermo mental grave pasó progresivamente a ser atendido de los hospitales psiquiátricos a los CSM que nacieron con este objetivo específico, si bien pronto se vieron desbordados por otra abrumadora demanda originada por otros tipos de patologías y trastornos adaptativos, corriéndose entonces el riesgo de que algunos de los enfermos más graves sean desplazados de los servicios especializados³. En cualquier caso, una alta proporción de personas con psicosis está en contacto con AP siendo sus profesionales un importante recurso en el manejo comunitario de estos enfermos, papel

Tabla I. Cartera de Servicios comunes de Atención Primaria. Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

- 8.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- 8.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- 8.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- 8.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- 8.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.



que se les reconoce desde ya hace tiempo⁴. Este contacto con AP puede verse potenciado por diferentes motivos:

- Abandono del tratamiento especializado tras el alta.
- Preferencia de este lugar de tratamiento por un menor estigma asociado.
- Menor conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento psiquiátrico.
- Existencia de patologías somáticas sobreañadidas.

Siendo sin duda la primera de estas razones la más preocupante de todas, se calcula que entre un 25 y 40 % de pacientes esquizofrénicos pierden el contacto con los servicios especializados⁵. Por contra, una gran parte refiere contactos con su médico por diferentes causas, no necesariamente relacionadas con la salud mental, observándose entonces una frecuentación mayor que con los servicios ambulatorios de SM⁶. Incluso se ha comparado a estos pacientes con los hiperfrecuentadores de las consultas de AP, con un alto consumo de recursos. Habiéndose observado que acuden 11 veces más a consulta que un grupo control, una tasa similar a la de los enfermos somáticos crónicos, aunque sólo un reducido porcentaje era debido a causas mentales explícitas, de igual forma que recibieron poco tratamiento específico para su patología mental⁷.

Si hace todavía pocas décadas aún existía cierto convencimiento acerca de una supuesta mayor resistencia y aguante ante la enfermedad somática de los enfermos psicóticos, hoy conocemos que la esquizofrenia acorta la vida en unos 10 años, siendo los suicidios y accidentes sólo responsables del 40 % de esta cifra, mientras que patologías como hepatitis, SIDA, osteoporosis, polidipsia, embarazos complicados, obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares, muerte súbita, abuso de tabaco, drogas y alcohol, etc. son responsables de la mayor mortalidad, además de añadirse los propios efectos secundarios de los nuevos fármacos (ganancia

de peso, cambios metabólicos y síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares, alteración de lípidos, cambios endocrinos y sexuales, hiperglucemia y diabetes...) y existir evidencia de un mal acceso a los cuidados de salud general de estos enfermos⁸⁻⁹.

En relación específica a los enfermos mentales graves, se han propuesto una serie de actuaciones básicas desde AP en modelos que han sido llamados de “asistencia compartida”¹⁰:

- 1) Participar en el diagnóstico precoz.
- 2) Derivar episodios agudos o recidivas a SM.
- 3) Administrar psicofármacos en urgencias y derivar para valorar ingresos.
- 4) Valorar el estado físico y psíquico de pacientes mentales crónicos.
- 5) Supervisar efectos secundarios de la medicación.
- 6) Apoyar a pacientes y familias en la adaptación, resolución de problemas y reintegración a su funcionamiento habitual.

Sin embargo, lo que se hace habitualmente no suele ser lo más adecuado, observándose que las exploraciones y revisiones rutinarias son poco estructuradas y aunque las investigaciones sobre detección precoz y tratamiento de recaídas son limitadas, los datos apuntan a su utilidad¹¹ a pesar de su escasa utilización. De cara a enfrentar este problema, se han aconsejado estrategias concretas para el seguimiento activo de las psicosis crónicas tales como:

- 1) Identificar a todos estos pacientes (registros).
- 2) Planificar revisiones regulares.
- 3) Utilizar listas de comprobación de posibles áreas problemáticas.
- 4) Asegurar un alto nivel de continuidad para facilitar una relación médico-paciente efectiva.
- 5) Diseñar sistemas de llamada y rellamada para asegurar que no se pierde el contacto¹².



Una vez reconocida la conveniencia e importancia de la coordinación entre AP y SM en relación con la enfermedad mental grave, podemos preguntarnos además acerca del tipo de relación mantenida entre ambos niveles asistenciales. En un principio apenas se planteaba la necesidad de una estrecha relación entre los CSM y AP. De hecho el punto de partida fue un sistema asistencial constituido por dos redes diferenciadas, la dependiente de las Diputaciones que se hacía cargo de la salud mental y la del Insalud que se ocupaba de la salud somática con la excepción del reducido número existente de neuropsiquiatras de zona. Una vez aceptada la interdependencia, sin embargo, en los últimos años hemos sido testigos de importantes cambios conceptuales y estratégicos en los planteamientos y relaciones entre los dos niveles¹³ (tabla 2).

En relación con el área donde se llevó a cabo la encuesta a los médicos de AP que se presenta a continuación, el breve esbozo histórico recogido en la tabla 3 nos permite no sólo contextualizar mejor el trabajo, sino entender la larga tradición de colaboración existente entre el CSM y los equipos de AP, así como los diversos ensayos y avatares por los que se ha evolucionado. Fundamentalmente pasando de lo que podemos llamar un “modelo clásico” de coordinación en un sector, en el que un(os) miembro(s) delegado(s) por el CSM como totalidad se encargaría(n) de los contactos con los diversos Centros de Primaria, predominando los contenidos generales, mas o menos impersonales y existiendo un mayor riesgo de discontinuidad en personas y proyecto. A otro que podemos calificar como “modelo sub-sectorizado”, en el que un profesional específico del equipo de SM se coordina personalmente con un determinado grupo de médicos de AP, responsabilizándose directamente de sus pacientes. Predominan entonces los contenidos particulares, sobre una relación de conocimiento mutuo más estable en el tiempo. Modelo cercano al de “trabajador enlace”, que si bien se reconoce suele ser una práctica minoritaria, ha

arrojado niveles de satisfacción entre los profesionales claramente superiores a otros¹⁴. De igual forma, esta forma de coordinación ha generado actitudes más favorables y altos niveles de satisfacción entre los médicos de la zona¹⁵, mayores aparentemente que en otras zonas no coordinadas¹⁶.

En relación con los contenidos y recordando de una forma muy general, la coordinación durante todos estos años había sido fundamentalmente dirigida al manejo de trastornos neurotípicos y adaptativos, por lo que muchas de las necesidades de los pacientes más graves y las habilidades necesarias de los profesionales implicados en su asistencia podían haber pasado en cierto modo más inadvertidas, lo que nos hizo pensar que estaría indicado algún tipo de actuación que dirigiera la atención sobre este grupo. De cara a la elaboración de programas de intervención pareció aconsejable que se realizara en colaboración entre AP y SM, para lo que previamente convendría conocer el punto de vista de AP, sus expectativas y dificultades percibidas en este campo.

Interesados entonces en conocer algunos aspectos relativos al cuidado y atención de los pacientes mentales graves en AP, así como algunas actitudes de los médicos frente a ellos y la relación con los servicios especializados de SM, contando con el apoyo de la dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, se diseñó un cuestionario autoaplicado que se introducía con una definición de lo que podemos considerar un trastorno mental severo de larga duración¹⁷ (tabla 4).

Además pareció oportuno intentar aproximarnos también al conocimiento de la carga asistencial percibida para otros diferentes grupos diagnósticos. Para ello se preguntaba cuanta dificultad o tensión generaba cada tipo de paciente en función de tipo de patología, así como acerca de la capacitación subjetiva del médico para su reconocimiento y manejo, la



Tabla 2. Algunos cambios observados en la interrelación Salud Mental–Atención Primaria.

CARACTERÍSTICAS DEL MOMENTO HISTÓRICO	CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento de los CSM. • Entusiasmo y voluntarismo. • Demanda asumible y psicoterapia. • Aspectos sociales y comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo “clínica de puertas abiertas” <ul style="list-style-type: none"> – Accesibilidad. – Intervención en crisis. – No necesidad de derivación formal. • “Psicologización” de avatares cotidianos. • Escasa colaboración con AP <ul style="list-style-type: none"> – Poca disponibilidad horaria del “médico de cupo”. – Disociación de aspectos psicológicos y somáticos. – Rigidez del encuadre, con recurso a la “confidencialidad” y “neutralidad” para evitar desvelamiento de contenidos del paciente.
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la demanda. • Potenciación de modelos biológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de derivación formal desde AP (“volante”). • Minusvaloración de crisis vitales. • Devolución rápida a AP para seguimiento con breves instrucciones farmacológicas.
↓	↓
<p>Mientras, desde el CSM persisten dudas acerca de si es mejor o no colaborar (coordinarse) con AP por temor a un eventual mayor aumento de la demanda. Desbordamiento por patología “menor”</p>	
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de “rebelión” desde AP por desbordamiento propio. • De forma realista apenas disponen de tiempos para los propios aspectos “somáticos” de su práctica (Plataforma de los 10 minutos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de “actitud posibilista” <ul style="list-style-type: none"> – Que sea posible. – Que posibilite la mejora.

**Tabla 3. Evolución del modelo de coordinación entre AP y SM en el área de Uribe.****Tras la creación del servicio en 1981**

- Necesidad de establecer algún tipo de contacto operativo con los diferentes médicos de cabecera.
- En un principio estos contactos se establecieron a través de “charlas”.
- La distribución de la demanda desde AP entre los psiquiatras del CSM se realizaba sin criterio alguno.

A finales de los años 80

- Aparecen los equipos de AP.
- Se inicia la “sub-sectorización” de la población asistida, correspondiendo a ciertos psiquiatras unos determinados “cupos” de AP.

A finales de los 90

- La sub-sectorización de la población es completa.
- Cada uno de los médicos del nivel primario (y sus pacientes) tiene un psiquiatra concreto de referencia.
- La existencia de un psiquiatra concreto (y enfermera psiquiátrica) de referencia, favorece el conocimiento mutuo, la relación y una mejor continuidad de cuidados entre ambos niveles.
- Se cuida el fluido contacto telefónico y la calidad de los informes.
- Se establecen reuniones regulares, evitándose contenidos exclusivamente académicos.
- No los consideramos estrictamente “grupos Balint”, prefiriendo el término de “grupos de reflexión”.
- Normalmente el mayor tiempo práctico es ocupado con casos clínicos particulares y prioridades asistenciales.

responsabilidad atribuida a AP y SM en el seguimiento global de cada uno de los grupos, además de la percepción acerca de la responsabilidad real asumida por parte de SM en el tratamiento. Otras preguntas eran dirigidas hacia las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, la responsabilidad asistencial y seguimiento, la continuidad asistencial entre AP y SM y finalmente por posibles áreas de mejora. Un resumen de los diferentes aspectos contemplados en el cuestionario se presenta en la tabla 5.

La encuesta se distribuyó a finales de 2003 entre los 78 médicos de AP y 13 de “cupo” del área de Uribe en Vizcaya, que es atendida de forma sectorizada por tres CSM integrados entre si y con diferentes niveles de coordinación con los diversos ambulatorios y consultorios. Transcurridos dos meses de la dis-

tribución, se realizó un segundo envío de “repeca” por correo, contando finalmente con las respuestas anónimas de 42 médicos (41 válidas).

Destacando de entre los diferentes resultados encontrados y ya discutidos¹⁸, podemos resumir algunos aspectos interesantes. El número de pacientes “severos” existentes en cada cupo parece ser subestimado, al considerar la mayoría de los médicos encuestados que atienden a menos de 10 pacientes de los descritos. Contabilizando sólo aquellas personas vistas por SM en el año previo al que se realiza la encuesta¹⁹, simplemente con las psicosis no afectivas o toxicomanías no alcohólicas se alcanzaría una proporción superior, que obviamente será mayor al incluir otros trastornos graves y aquellos fuera de contacto con el ser-



Tabla 4. Definición de paciente mental de larga duración (Kendrick T. Burns T. Freeling P., 1995).

<p>Paciente enfermo mental de larga duración: Alguien que, durante 2 ó más años, ha permanecido discapacitado por un funcionamiento social menoscabado como consecuencia de una enfermedad mental.</p>	
<p>La discapacidad es el criterio definitorio. El paciente es incapaz de mantener cualquiera de estos funcionamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajo. 2) Autocuidado e higiene personal. 3) Tareas domésticas básicas. 4) Participación en actividades recreacionales. 	<p>El menoscabo puede ser debido a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Retraimiento e inactividad. 2) Respuesta a alucinaciones o delirio. 3) Conductas extrañas o vergonzantes. 4) Violencia hacia otros o uno mismo.
<p>Diagnósticos: Cualquiera de las psicosis, trastornos no-psicóticos severos y crónicos (incluyendo depresión, ansiedad, fobias), neurosis obsesiva, trastornos severos de personalidad, trastornos de alimentación, abuso de alcohol y drogas, o trastornos mentales no específicos. Se excluyen las demencias y el retraso mental.</p>	

Tabla 5. Aspectos recogidos en el cuestionario utilizado.

<p>1. CARGA ASISTENCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Estimación del número de pacientes mentales severos en el cupo. 1.2. Dificultad o tensión en el manejo de diferentes grupos diagnósticos. <p>2. RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Responsabilidad de AP y SM en el seguimiento de diferentes grupos diagnósticos. 2.2. Responsabilidad asumida por SM en relación con la responsabilidad atribuida 2.3. Responsabilidad en el seguimiento de los pacientes severos en AP y SM. 2.4. Supuesto papel de enfermería de AP en el seguimiento. 2.5. Labor de enfermería de AP en el seguimiento. 2.6. Responsabilidad en la dispensación de recetas. <p>3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Iniciativa de derivación de primeras consultas. 3.2. Necesidad de volante de derivación 3.3. Tiempo mínimo tras último contacto con SM que requeriría de volante para volver a consultar. 3.4. Accesibilidad del CSM para los pacientes en emergencias. 3.5. Accesibilidad telefónica de los profesionales del CSM hacia el médico de AP. 3.6. Posible papel de AP en un ingreso psiquiátrico urgente. 3.7. Conocimiento de los ingresos psiquiátricos desde AP. 3.8. Recepción de informe de alta. 3.9. Interés en los informes de alta. 3.10. Utilización de servicios sociales y comunitarios <p>4. CAPACIDADES PROFESIONALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Sentimiento de capacitación profesional frente a diferentes grupos diagnósticos. 4.2. a 4.9. Utilización de diferentes intervenciones por agrupaciones diagnósticas. <p>5. ÁREAS DE MEJORA</p>
--



vicio. Esta aparente baja percepción de la prevalencia del trastorno grave coincide con lo respondido por otro grupo de médicos británicos con cupos similares que mayoritariamente referían tener menos de 10 pacientes de estas características²⁰. Esta baja estimación por parte de los médicos pudiera deberse tanto a una dificultad para el reconocimiento de estos cuadros, bien sea por limitaciones diagnósticas o de otro tipo, como por la falta de utilización de sus servicios por este grupo de pacientes. Otra posible explicación sería el que estos pacientes están suficientemente atendidos en el circuito de salud mental, generando una carga subjetiva para AP menor de lo realmente esperable. Esta última hipótesis podría apoyarse en la valoración que los médicos hacen de la responsabilidad asumida desde SM, máxime al considerar que son precisamente los grupos de mayor gravedad diagnóstica los que mayor tensión les generan y para los que se reconocen menos capacitados en su manejo (gráficos 1 y 2), aunque la percepción de que SM se ocupa de ellos más intensamente es también mayor y con un fácil acceso en caso de necesidad. El menor sentimiento de capacitación profesional se asocia con un mayor sentimiento de tensión percibida por ese grupo diagnóstico y por el con-

trario un menor sentimiento de responsabilidad frente al caso.

Sin presentar aquí datos más específicos del CSM, tales como valoración de la accesibilidad y el contacto personal y telefónico, algunas de las opiniones reflejadas y posiblemente más generalizables son:

- Sólo algunos pacientes graves podrían derivarse a AP para el seguimiento a largo plazo (para 1/4 de los médicos, ninguno podría derivarse).
- La enfermería podría jugar un mayor papel en sus cuidados.
- Las recetas son responsabilidad de AP (50%), SM (30%) y a criterio del paciente (20%).
- Toda primera consulta a SM tendría que derivarse desde AP (50%) o por iniciativa del paciente en casos graves (30%).
- Las redemandas no requerirían volante de derivación (o en todo caso sólo tras 1 año sin contacto con SM).
- Una cuarta parte de los médicos no conoce bien la vía para los ingresos.
- Poco menos de un cuarto de los médicos dice conocer los episodios de ingreso “casi siempre”.

Gráfico 1. Tensión generada por cada grupo diagnóstico y percepción de la responsabilidad asumida por SM en su tratamiento (0: nada a 3: mucha/toda).

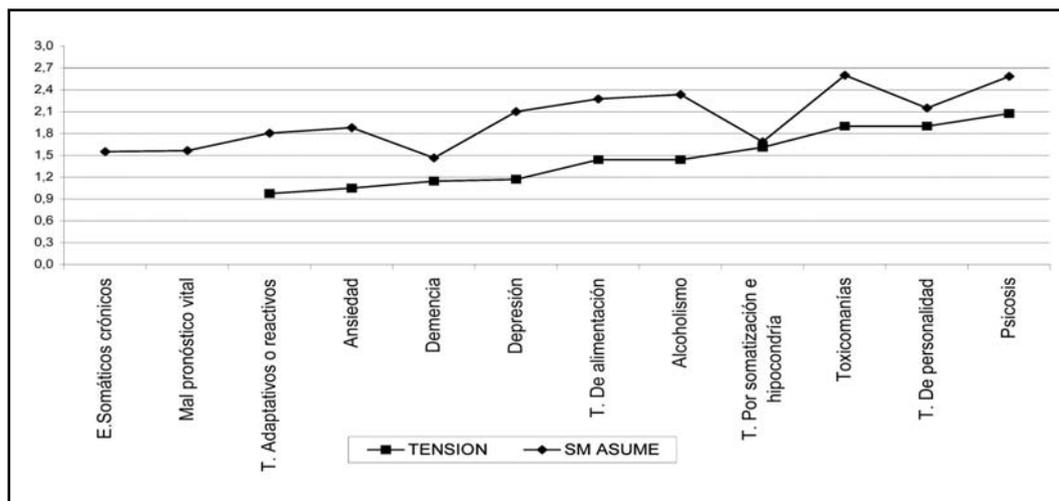
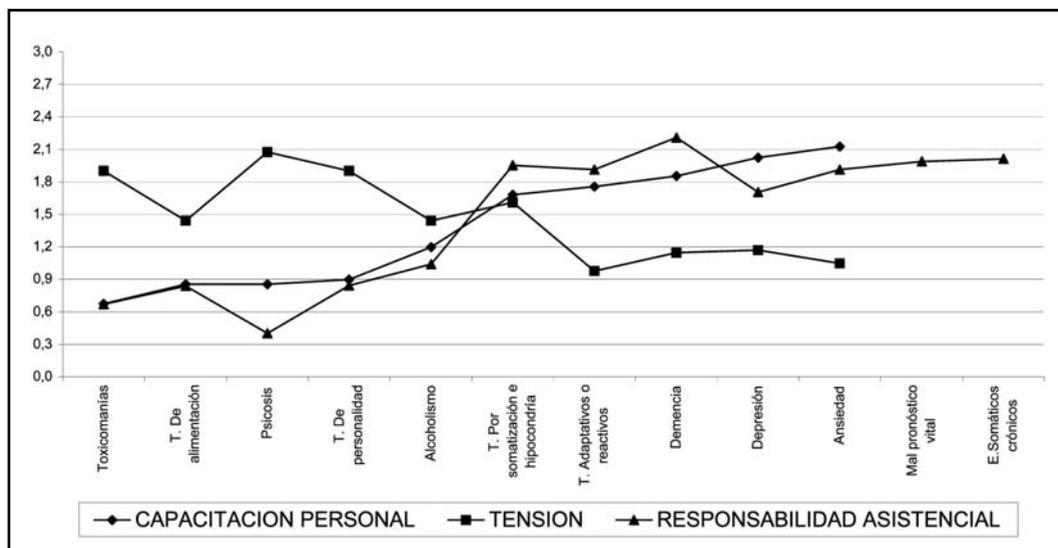




Gráfico 2. Sentimiento de capacitación personal para el manejo de los diferentes grupos diagnósticos, responsabilidad asistencial presupuestada y tensión generada por cada uno de esos grupos (0: nada a 3: mucha).



- Menos de la mitad reciben el informe tras un ingreso, aunque todos lo creen conveniente.

Otra de las áreas exploradas fue el tipo de abordajes utilizados con mayor frecuencia desde AP en el tratamiento de los pacientes severos, así como posibles diferencias con los empleados en la generalidad de pacientes orgánicos o con trastornos neuróticos y adaptativos (gráfico 3). Con excepción de la petición de pruebas complementarias, mayoritariamente reconocida para los trastornos orgánicos, el tipo de intervención es muy similar para los pacientes orgánicos y neurótico-adaptativos, siendo las más frecuentes la “escucha”, “orientación y consejo” y “tratamiento farmacológico”, seguidas por “orientación y consejo a familiares”, “información escrita” y por último la “psicoterapia”. La “derivación a los Servicios de SM” se reconoce en menor medida en los pacientes orgánicos que en los neurótico-adaptativos, siendo la más utilizada proporcionalmente en el caso de trastornos graves. En este último grupo, las intervenciones

dibujan una curva similar a la encontrada en los trastornos neurótico-adaptativos, si bien de menor intensidad (se utilizan con menor frecuencia cualquiera de ellas), a excepción de la mayor derivación a SM señalada anteriormente, la orientación e información a familiares que parece darse con ligera mayor frecuencia y el tratamiento farmacológico con igual frecuencia. No deja de ser paradójico comprobar que, si bien tanto la escucha como la orientación y consejo son unas de las principales actuaciones reconocidas por el médico de AP en el manejo de todo tipo de pacientes (orgánicos y mentales), sin embargo, la psicoterapia sea valorada precisamente en el último lugar en frecuencia de utilización. Esta aparente contradicción pudiera corresponderse con una idealización de las psicoterapias más complejas y especializadas, para no valorar suficientemente aquellas otras más accesibles a su práctica habitual basadas en el apoyo empático y consejo²¹, todo ello pudiendo correlacionar igualmente con cierto sentimiento de una menor capacitación para el manejo de algunos cuadros.



A la hora de mejorar la asistencia al paciente mental grave, de entre varias posibilidades, se solicitó escoger tres áreas susceptibles de perfeccionamiento, resultando seleccionadas como más importantes:

- 1) La mejora en la formación de AP.
- 2) La mejora en la coordinación entre ambos niveles.
- 3) La mejora de recursos disponibles en SM.

En base a la reflexión suscitada por los resultados obtenidos y la experiencia ganada en estos años en la relación y coordinación con

AP, podemos concluir aconsejando una serie de aspectos a cuidar y favorecer, tanto desde una actitud general de colaboración (tabla 6), como de posibles intervenciones específicamente dirigidas a los pacientes más graves (tabla 7). Además, y teniendo en cuenta las respuestas directas a posibles áreas de mejora, convendría priorizar actuaciones sobre la formación en AP en patologías severas, mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales y mejorar los recursos disponibles en SM, que en opinión de los propios médicos parecen mucho más necesarios en este campo que los específicos de AP.



Gráfico 3. Actuaciones del médico de AP por tipo de paciente (0: nada a 3: mucho).

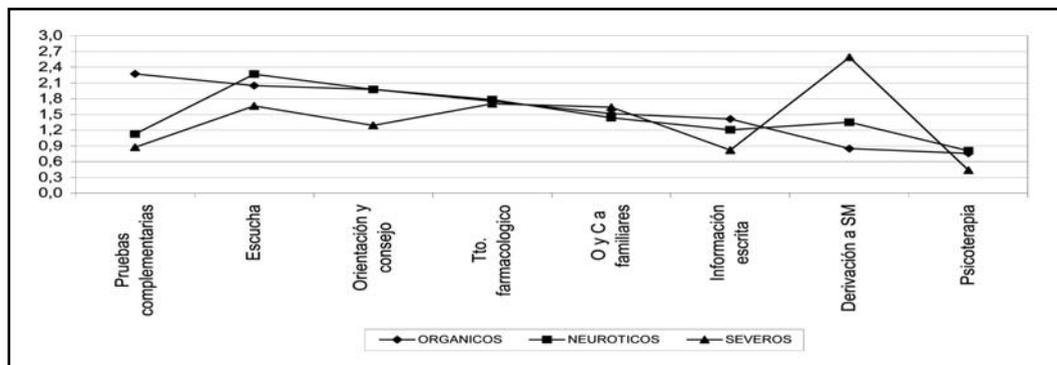


Tabla 6. Actitud general de disponibilidad y colaboración desde el CSM hacia AP.

1. Generar en A.P. cierta sensación de colaboración y evitación de mayores cargas de trabajo por nuestra parte en lo posible.

- a) Cuidado con la petición burocrática de volantes cuando sabemos con cierta seguridad que habremos de atender al paciente.
- b) Favorecer actuaciones “médicas” desde el C.S.M. (recetas, analíticas, informes...).
- c) Implicación en algunas intervenciones que pueden ser conjuntas (abordajes con partes de una familia, valoración de bajas...).

2. Explicitar claramente los tiempos de respuesta a sus requerimientos.

- a) Acordar tiempos de respuesta para las demandas “ordinarias”, “preferentes” y “urgentes”.
- b) En caso de existir algún tiempo de demora en la atención, acordar con ellos que casos se considera que han de ser atendidos con prioridad.
- c) Respuesta y atención telefónica inmediata a A.P.

3. No desautorizar ni dudar de sus actuaciones ante el paciente.

- a) No cambiar tratamientos a no ser que técnicamente esté claramente justificado.
- b) No descalificar sus opiniones o comentarios al paciente.
- c) Muchas de las derivaciones buscan básicamente la reafirmación ante el paciente de que el tratamiento u enfoque tomado desde A.P. es el adecuado. En estas ocasiones una única entrevista con un informe de devolución puede ser suficiente.



Tabla 7. Posibles intervenciones dirigidas hacia el paciente grave.

- Informar a cada cupo de AP del volumen de casos “graves” atendidos en el CSM (número, contactos...)
- Divulgar actividades menos conocidas de SM (Hospital de día, toxicomanías, alimentación).
- Información de ingresos. Informes de alta (por correo o en mano).
- Pautas consensuadas de acceso y derivación a SM. Disminución de burocracia.
- Mejorar el conocimiento de las patologías graves y síntomas prodrómicos.
- Estrategias de intervención sencillas, actitudinales y valorizadoras de psicoterapias poco sofisticadas (escucha, consejo...).
- Normalización frente a la enfermedad mental. Evitación del estigma.
- Intervención de otros profesionales como enfermería y asistentes sociales.
- Divulgación de recursos comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001–Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001.
- 2 Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre. B.O.E nº 222, 16 septiembre 2006: 32650 – 679.
- 3 Martínez Azumendi O. “Asistencia psiquiátrica sectorizada en las tres últimas décadas. Efectos sobre los ingresos del área Uribe Costa en Vizcaya”. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. 2004; 92: 53–68.
- 4 Parkes CM, Brown GW, Monck EM. The general practitioner and the schizophrenic patient. *Br Med J*. 1962 Apr 7; 1(5283):972–976.
- 5 Burns T, Kendrick T. “The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice”. *Br. J. General Practice*, 1997, 47, 515–520.
- 6 Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Morgan V, Korten A. *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997–98*. Department of Health and Aged Care. Commonwealth of Australia, 1999.
- 7 Nazareth, I. King, M. Haines, A. et al. Care of schizophrenia in general practice. *Br. Med. J*. 1993. 307 (6909): 910.
- 8 Leucht, S. Fountoulakis, K. Improvement of the physical health of people with mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:411–412.
- 9 Mitchell, A.J. Malone, D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:432–437.
- 10 Borra, C. Herrán, A. Herrera, S. Vázquez–Barquero, J.L. Esquizofrenia y trastornos relacionados. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 209–230.
- 11 Bindman, J. Henderson, C. Thornicroft, G. El manejo de la enfermedad mental grave y crónica. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 661–674.
- 12 Kendrick, T. Burns, T. Prevención de los trastornos psicóticos. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 709–723.
- 13 Martínez Azumendi, O. Coordinación con AP: una visión posibilista. *Norte de Salud Mental*, 2002; IV (13): 83–91.
- 14 Goldberg, D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry*, 2003. 2 (3): 153–157.
- 15 Mendezona, J.L., Grijalvo, J., Martínez Azumendi, O. Diferencias en las actitudes hacia la enfermedad mental entre profesionales de Atención Primaria de la comarca de Uribe. Ponencia a *II Congreso de Saúde Mental dos Açores*. Ponta Delgada, Octubre 1994.
- 16 Grijalvo, J. Reduplicación del estudio de actitudes en Gipuzkoa. Comunicación personal.
- 17 Kendrick T. Burns T. Freeling P. “Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients”. *BMJ* 1995; 311: 93–98.
- 18 Martínez Azumendi, O. El paciente mental severo en atención primaria. *Gaceta Médica de Bilbao*. 2005; 102 (3): 45–52.
- 19 Asistencia psiquiátrica y salud mental extrahospitalaria de Vizcaya. *Memoria 2001–2002* (Edición CD). Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.
- 20 Kendrick T, Sibbald B, Burns T, Freeling P. Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *BMJ*, 1991, 302, 508–510.
- 21 Tizón García J.L. *Componentes Psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la atención primaria*. Ediciones Doyma. 1988.