

Coordinación con atención primaria: Una visión posibilista

Oscar Martínez Azurmendi

Psiquiatra

Centro de Salud Mental Uribe Costa. Bizkaia

1. Introducción contextual

En los últimos 15-20 años, a pesar del aparentemente breve lapso de tiempo discurrido, hemos sido testigos de un importante cambio conceptual y estratégico en los planteamientos de los Centros de Salud Mental (C.S.M.) frente a la Atención Primaria (A.P.).

De forma quizás sobresimplificada, en la tabla 1 esquematizo alguno de los aspectos sobre los que quiero llamar la atención.

Coincidiendo con la celebración de estas Jornadas Interautonómicas, la Organización Mundial de la Salud acaba de publicar su "Informe sobre la salud en el mundo

Tabla 1. Algunos cambios observados en la interrelación C.S.M. -A.P.

Características del momento histórico	Características asistenciales
<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento de los C.S.M. • 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 A.P. <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 A.P. ("volante"). • Minusvaloración de crisis vitales • Devolución rápida a A.P. para seguimiento con breves instrucciones farmacológicas.
⇓	⇓
Mientras, desde el C.S.M. persisten dudas acerca de si es mejor o no colaborar (coordinarse) con A.P. por temor a un eventual mayor aumento de la demanda.	
⇓	⇓
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de "rebelión" desde A.P. 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"> • Propuesta de "Visión posibilista" <ul style="list-style-type: none"> - Que sea posible. - Que posibilite la mejora.

2001" (1), dedicado específicamente a la salud mental. El informe culmina con 10 recomendaciones adaptables a cada país en función de sus necesidades y recursos. La primera de estas recomendaciones aconseja "Dispensar tratamiento en Atención Primaria" (tabla 2).

Tabla 2. Primera recomendación del "Informe sobre la salud en el mundo 2001" de la OMS.

I. DISPENSAR TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarro de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

Para la exposición que sigue partiremos del convencimiento de la importancia y utilidad de la coordinación con A.P., no sólo como mecanismo de mejora de la calidad asistencial, sino como estrategia ideal para el mutuo conocimiento profesional y personal, con la consiguiente corrección y ajuste de eventuales actitudes y posturas apriorísticas entorpecedoras de la tarea. Los principales aspectos de la "visión posibilista" propuesta se resumen en la tabla 3. Todos ellos derivados de la experiencia práctica en la coordinación con A.P. y que paso a desarrollar, no tanto desde un punto de vista conceptual, sino sobre todo práctico y hasta cierto punto "cotidiano". No es posible continuar sin además llamar la atención sobre otros condicionantes, que si

bien no abordaré directamente, son premisas básicas para un adecuado funcionamiento del sistema. Estos condicionantes son:

- a) Económicos. Garantizando una dotación de recursos suficientes.
- b) Políticos. No alimentando en la población expectativas imposibles de satisfacer. Necesitándose mantenerlas adecuadas a la realidad asistencial disponible y no generando el espejismo de que cualquier dificultad humana es candidata a ser resuelta "por su médico".

Tabla 3. Aspectos posibilitadores de una mejor coordinación C.S.M. - A.P

1. Disponibilidad del C.S.M. Evitación de la burocratización y rigidificación de los protocolos.
2. Relación personalizada entre los profesionales.
3. Adecuar las expectativas profesionales de forma realista. Lo que puede implicar disminuirlas en ocasiones.
4. Reforzar la habilidades técnicas de A.P. (formación - supervisión).

2. Disponibilidad del C.S.M.

Disponibilidad que podemos resumir en la necesidad de no burocratizar la relación ni rigidificar los protocolos de derivación. Es decir, si pedimos "disposición" a A.P., debemos igualmente ofrecer "disposición" por nuestra parte. Para ello pueden ser adecuadas algunas actitudes desde el C.S.M. como las presentadas en la tabla 4.

3. Relación personalizada

Independientemente de las normas de funcionamiento y coordinación interinstitucional, generalmente dictadas desde la propia administración sanitaria, la interrelación operativa y cotidiana entre A.P. y el C.S.M. se suele dar a nivel individual y personal. La coordinación no puede ni debe entenderse como un concepto abstracto entre instituciones, sino entre personas (o equipos) concretos. Por este motivo no suelen funcionar ni mantenerse en el tiempo experiencias de coordinación basadas en reuniones con profesionales cambiantes.



Tabla 4. Actitudes de disponibilidad y colaboración desde el C.S.M.

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 en muchas ocasiones.

tos se establecieron fundamentalmente a través de "charlas" puntuales acerca de diversas generalidades por profesionales específicos del C.S.M. Por otra parte, la distribución de la demanda entre los diversos psiquiatras del Centro se realizaba sin criterio geográfico alguno, dependiendo en gran medida de su propia disponibilidad y actitud personal. A finales de los años 80 y con la aparición de los equipos de A.P., se consideró la oportunidad de "subsectorizar" la población asistida, correspondiendo a cada psiquiatra unos determinados "cupos" de A.P. A finales de los 90, la subsectorización de la población es completa, teniendo cualquiera de los médicos del nivel primario (y sus pacientes) un psiquiatra concreto de referencia (Figura 1).

La existencia de un psiquiatra concreto (y enfermera psiquiátrica) de referencia, responsables de la asistencia directa al paciente de un determinado médico, favorece el conocimiento mutuo y la relación personalizada de forma estable así como una mejor continuidad de cuidados entre ambos niveles.

Por otra parte se cuida con especial interés el fluido contacto telefónico y la calidad de los informes. Además se han establecido reuniones regulares en las que habitualmente el psiquiatra de referencia se desplaza a los Centros de Salud coordinados. En estas reuniones se evita un ánimo puramente académico en sus contenidos, aunque lógicamente la formación continuada puede tener lugar en forma de temas específicos (2). A pesar de la exploración y manejo de diversos componentes emocionales por parte de los médicos, tampoco estos encuentros pueden ser considerados un grupo Balint, prefiriendo referirnos a ellos con el término de "grupos de reflexión" (3-4). Normalmente el mayor tiempo práctico es ocupado en la discusión de casos clínicos particulares y establecimiento y definición de prioridades asistenciales.

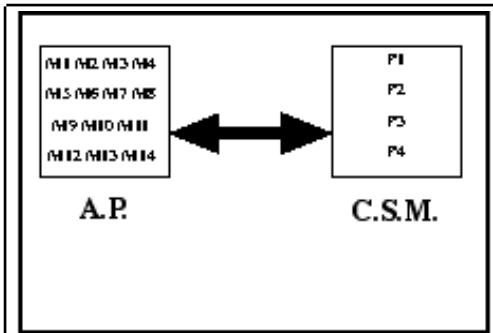
3.1. Ejemplo de coordinación personalizada

El C.S.M. Uribe Costa atiende a un determinado sector de población de Vizcaya. Desde su creación en 1981 se planteó la necesidad de establecer algún tipo de contacto operativo con los diferentes médicos de cabecera de la zona, en un principio estos contac-

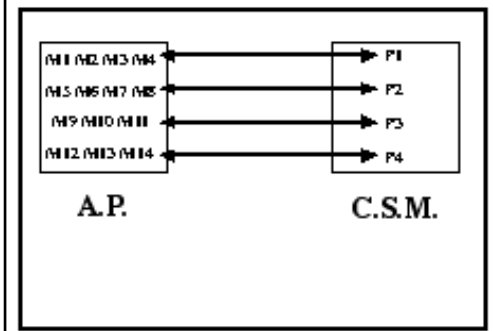
3.2. Beneficios observados en la coordinación personalizada

Algunos de los beneficios que hemos percibido a lo largo del tiempo como derivados de este modelo de coordinación se resumen a continuación:

Figura 1 Dos modelos de coordinación entre centros



Modelo clásico de coordinación en un sector.
 Un(os) miembro(s) delegado(s) por el C.S.M. como totalidad se encarga de los contactos con los diversos Centros de Primaria. Predominan los contenidos generales, mas o menos impersonales. Existe riesgo de discontinuidad en personas y proyecto.



Modelo "subsectorizado" de coordinación.
 Un profesional específico se coordina personalmente con un determinado grupo de médicos de A.P., responsabilizándose de sus pacientes. Predominan los contenidos particulares, sobre una relación de conocimiento mutuo estable en el tiempo..

A) Mejora asistencial

- Favorece la integración de aspectos psicológicos, por pacientes y equipos, en la patología somática.
- Facilita la derivación y devolución (incluso con nombre propio, lo que tranquiliza y suele agradar al paciente), actuando a favor de la continuidad de cuidados.
- Permite un mejor ordenamiento de la tarea y distribución de la demanda en el C.S.M., estableciendo una regla clara de "reparto" de los casos y evitando así posibles tensiones derivadas de desa-

cuerdos.

- Incrementa los contactos entre C.S.M. y A.P con un mayor intercambio y posibilidad de apoyo tras la devolución.

- B) Superación del aislamiento del C.S.M.
- Integrandose, el profesional, en la red asistencial general.
 - Diluyendo el estigma generalmente asociado a los servicios de salud mental.
 - Permitiendo, al paciente, los seguimientos compartidos por ambos niveles.
 - Consolidando el contacto regular y mantenido a lo largo del tiempo entre ambos niveles. No ha sido infrecuente observar que cuando existen cambios o discontinuidad entre los profesionales implicados los contactos languidecen.
- C) Actividad formativa ideal para los M.I.R. de Familia y Psiquiatría.
- D) Incremento de la satisfacción entre pacientes.
- Como lo atestiguan los frecuentes comentarios en torno a la derivación personalizada y la consecuente tranquilidad generada.
 - En nuestro caso (5) hemos comprobado, entre 648 primeras consultas durante año y medio, que el 69 % de ellas se acercaban con una expectativa clara de interconsulta con A.P., frente al limitado 18 % que tenían esta expectativa en relación con el médico de empresa. Si, tal y como se ha sugerido (6), la satisfacción está relacionada, no solo con los resultados obtenidos, sino con las expectativas del paciente, es muy posible que la interconsulta con A.P vaya a estar asociada a una mayor satisfacción final del paciente.
- E) Incremento de la satisfacción entre los profesionales de A.P.
- La experiencia es altamente valorada desde ese nivel, percibiéndola como "proyecto común" a diferencia del tipo de relación establecida con otras especialidades.
 - Trasmite una mayor confianza a la hora de plantearse el seguimiento de un paciente. Esta tranquilidad puede deberse tanto a la facilidad de acceso

al C.S.M., como a la simple constatación de que no hay tratamientos superespecializados disponibles para muchos casos.

-En un estudio de actitudes y satisfacción en A.P. (7), donde un 60 % de médicos y enfermeras de nuestra área respondieron un cuestionario anónimo por correo, sin entrar en aspectos particulares pudimos comprobar que los médicos coordinados (frente a los no coordinados) mostraban una mejor actitud tanto hacia la enfermedad mental como hacia la psiquiatría, así como una mayor satisfacción hacia la existencia del C.S.M. en la zona. El cuerpo de enfermería mostraba, en general, una peor actitud que los médicos en estas cuestiones. En otro estudio en fase de elaboración en la actualidad (8), con la misma escala modificada sobre equipos poco coordinados de otra área, se han encontrado niveles más bajos de satisfacción. En este trabajo además se resalta que los médicos reconocen y valoran la importancia de los factores psicológicos en la práctica clínica, aunque refieren dificultades de manejo de los mismos por la percepción o autovaloración personal de falta de conocimientos. Igualmente se señala la necesidad de implicar y definir mejor el papel de enfermería en los aspectos de la salud mental.

3.3 Dificultades observadas en la coordinación personalizada.

Mientras que algunas de las dificultades expuestas a continuación son claramente técnicas, otras son más conceptuales o actitudinales y podrían ser mejor entendidas como resistencias más o menos conscientes a este tipo de tarea.

- A) Dispersión geográfica de los consultorios pequeños.
- B) Horarios de mañana y tarde, quedando peor coordinados los médicos que trabajan las tardes cuando el C.S.M. está cerrado.
- C) Menor disponibilidad horaria, y posiblemente actitudinal, de los pocos "médicos de cupo" que van quedando.

"médicos de cupo" que van quedando.

- D) Existencia de una gran rotación entre los profesionales por la alta tasa de interinidades laborales existentes. Lo que conlleva rupturas regulares de proyectos y relaciones, así como actitudes y puntos de vista cambiantes con cada nuevo profesional. No está de más señalar en este caso la importancia no sólo de la "continuidad de cuidados", sino la de la "continuidad de cuidadores".
- E) Necesidad de desplazamientos fuera del C.S.M., lo que aparte de ser potencialmente vivido como incómodo, puede ser incluso económicamente gravoso.
- F) Actitudes personales de desinterés o desvaloración.
- G) Temor al aumento de la demanda. Este es un temor extendido con cierta frecuencia y uno de los motivos más utilizados para justificar la inexistencia de proyectos de coordinación desde los C.S.M.. Por su potencial papel inhibitorio de un mayor desarrollo de estas experiencias de coordinación, merece la pena que nos extendamos en mayor profundidad sobre ello.

3.4. Temor al aumento de la demanda como consecuencia directa de la coordinación.

No podemos descartar que esto pudiera ser así en casos de una gran "psicologización" de los médicos a través charlas excesivamente académicas, pero en todo caso hemos de considerar que el aumento de la demanda es una realidad común en nuestro entorno y en el que además se han de considerar otros factores para explicar la iniciativa de consulta.

- A) El aumento de la demanda es un fenómeno descrito universalmente y del que tenemos oportunidad de encontrar ejemplos sin movernos demasiado lejos. Como muestra en esta misma Comunidad de Asturias, en Mieres se ha comunicado recientemente (9) el importante aumento de la demanda

observado desde los primeros momentos de la psiquiatría comunitaria, fundamentalmente a costa de trastornos neuróticos y derivados desde A.P.

- B) En el estudio de expectativas al que me he referido anteriormente (5), preguntamos acerca de la iniciativa principal de la consulta y encontramos que un 41 % de los pacientes la reconocen como nacida en ellos mismos, mientras que el 59 % la atribuyen a otra persona. Si preguntamos por la persona que mas ha influido, un 57 % señalan al médico de A.P., un 18 % a un familiar y un 25 % a otros. Sin embargo, un 54 % reconoce que consultando "dará gusto" a algún familiar, mientras que esta actitud de complacencia es rechazada por el 65 % cuando se refiere al médico. Es decir, existe una alta proporción de iniciativas de consulta no directamente atribuibles al médico de A.P., con grandes niveles de aquiescencia hacia eventuales deseos familiares que no puede sostenerse de igual forma en relación al médico de cabecera.
- C) Muchas consultas se realizan por iniciativa del paciente (lo que anteriormente codificaríamos como "a petición propia"), aunque administrativamente aparezcan como derivaciones de A.P. en muchas ocasiones simplemente por exigirse desde el C.S.M. tener "un volante" pare ser atendido. De esta forma, la burocratización asistencial inutiliza el estudio de las llamadas "rutas asistenciales" (pathways to care) como reflejo de los movimientos espontáneos de la población y resta valor a cualquier comparación en este aspecto entre zonas geográficas en que no se controle esta variable.
- D) Aún siendo evidente el progresivo aumento de la demanda y las derivaciones desde A.P., no está demostrado el directo papel precipitador de consultas de la coordinación, existiendo indicios de que el fenómeno fuera precisamente el contrario, es decir se evitan derivaciones o estas pueden ser devueltas más rápidamente a A.P. En

nuestra área, comparando el número de derivaciones por población de los médicos coordinados y no coordinados durante medio año no encontramos diferencias estadísticamente significativas. En otro momento, comparando durante dos años dos zonas con alto y bajo nivel de coordinación, se observó una mayor proporción de derivaciones en los médicos menos coordinados.

3.5. Otros aspectos que modulan la demanda

Aunque no podemos aquí hacer justicia a la multiplicidad de factores que parecen estar asociados con la decisión de consultar y que pueden mediatizar el nivel de derivaciones de un determinado médico (síntomas, capacidad diagnóstica, recursos disponibles, actitudes, expectativas, estigma...) (10), si merece la pena detenernos en algunos de ellos.

- A) En cualquier caso, la simple comparación entre médicos coordinados y no coordinados habrá de tomarse siempre con mucha precaución si no se controlan además otras variables que pudieran influir en las tasas de derivación. Entre ellas, las características sociodemográficas y sanitarias de la población atendida (ancianos, capas económicamente desfavorecidas, familias monoparentales, paro, etc.) serían unas de las principales por su asociación con peores niveles de salud.
- B) Un grupo necesitado de especial atención, por su directa relación con las cargas de trabajo generadas, son los llamados "hiperutilizados". En un estudio caso-control diseñado desde A.P. en nuestro entorno (11), se compararon 102 hiperutilizados con 100 controles tomados al azar en relación con diversas variables socio-sanitarias. Además un grupo colaborador de psiquiatras les exploramos a todos ellos mediante la entrevista SCAN, elaborando igualmente un diagnóstico psiquiátrico en caso de duda. Se encontró que la hiperutilización estaba directamente relacionada con la enfermedad

física crónica y la edad como era presumible, siguiendo la enfermedad mental y el estrés (sucesos vitales) como variables predictivas. El 51 % de los casos recibieron un diagnóstico con el SCAN (aunque hay que destacar que un 28 % de los controles también lo tuvieron). Entre ellos eran mayoría los encuadrados dentro del grupo F4 del CIE 10 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos), predominando los síntomas de corte ansioso-depresivo. La alta incidencia de sucesos vitales estresantes y su relación con la hiperutilización nos señala asimismo el importante impacto de los trastornos adaptativos en el sistema sanitario, no siendo este un problema exclusivamente para los servicios de salud mental, que posiblemente no hacen mas que reflejar el desbordamiento percibido desde la misma A.P. donde muchos de ellos consultan en un primer momento por causas prioritariamente somáticas.

- C) En el anterior estudio, un 20 % de los pacientes no alcanzaron criterios suficientes para un diagnóstico CIE 10 con el SCAN, aunque su médico si consideraba la existencia de componentes psicológicos en su estado. Esto nos debe hacer planteamos el concepto de "caso" de forma mas operativa, máxime al constatar que muchos de estos pacientes eran percibidos como generadores de mas dificultades a los médicos que los propiamente diagnosticados (12). Una posible estrategia para enfrentar esta dificultad diagnóstica en A.P. seña la utilización de modelos dimensionales frente a los categoriales (DSM, CIE) a los que estamos mas acostumbrados en psiquiatría (13).

4. Adecuar las expectativas profesionales de forma realista

Para ello pueden ser de utilidad algunas estrategias claras y directas, como las expuestas a continuación, requiriéndose ocasionalmente incluso la disminución de las propias expectativas.

- A) Trasmistir planteamientos realistas de

- A) Trasmistir planteamientos realistas de objetivos alcanzables (problemáticas asumibles, posibilidades de cambio estructural, necesidades de tiempos psicológicos en la elaboración de duelos...).
- B) Establecimiento de prioridades conjuntas, con especial atención a sus necesidades.
- C) Divulgar otras actividades menos conocidas del C.S.M., fundamentalmente el trabajo requerido para la atención a las psicosis y otros trastornos mayores que generalmente no suelen generar cargas evidentes en A.P. e incluso pasan desapercibidas. La presentación de memorias razonadas de la actividad asistencial puede ser un buen instrumento de debate.
- D) Explicar los proyectos específicos que existan en el C.S.M., con sus características y población atendida (Hospital de Día, Toxicomanías, Trastornos de Alimentación...). Son de utilidad las sesiones monográficas con otros miembros concretos de los equipos responsables.
- E) Divulgar otros recursos comunitarios mas o menos especializados (asociaciones de apoyo y autoayuda, servicios sociales, etc), potenciando y alentando su utilización desde A.P. como alternativa a la "psiquiatrización" de algunos tipos de sufrimiento psicológico. Es de mucha utilidad la preparación y distribución de hojas con direcciones y teléfonos de contacto, como forma de favorecer su recuerdo y uso.
- F) Mejorar sus habilidades propias de intervención de forma operativa (ansiolíticos y antidepresivos, características del duelo, teoría de las crisis vitales...).
- G) Implicar en lo posible a enfermería, resaltando su potencial e importante papel en el apoyo y seguimiento de muchos casos.
- H) Por último, no está de mas remarcar de nuevo que será difícil pedir una dismi-

nución de las expectativas que pudieran haberse depositado en nosotros sin ofrecer "algo" a cambio (disponibilidad).

5. Reforzar las habilidades técnicas en a.p. (formación y supervisión)

Sin poder extendernos en los diversos aspectos y contenidos que pueden configurar un programa de formación continuada en A.P., hemos de recordar que lo básico no es sensibilizar y mejorar exclusivamente las capacidades de reconocimiento diagnóstico del médico, sino saber que hacer con los diagnosticados (13).

A modo orientativo, puede ser interesante recoger la experiencia promovida desde la Unidad Docente de Medicina de Familia de Vizcaya, por la que un grupo de médicos de A.P. y psiquiatras nos reunimos en varias ocasiones con el fin específico de intercambiar, en forma de tormenta de ideas, posibles áreas necesitadas de atención en A.P. por los motivos que fueran. El documento final (14), consensado entre todos, destaca 6 áreas de interés prioritario donde surgen interrogantes no bien resueltos todavía y que interesan al clínico en su práctica cotidiana. La tabla 5 resume algunos de los puntos considerados como más relevantes y puede ser una buena guía de partida para el diseño de programas de formación continuada.

Tabla 5. Algunos aspectos de interés para la formación-supervisión en Atención Primaria (adaptado y ampliado de "Salud Mental y Atención Primaria. Una guía para la investigación").

- | |
|---|
| <p>1. Detección de trastornos psiquiátricos. Instrumentos de ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad del médico para la detección de trastornos psiquiátricos. Validez y fiabilidad de sus diagnósticos. Tipo de instrumentos, sencillos y fiables, que pudieran ser utilizados con este fin. Sesgos diagnósticos que pudieran derivarse de diferencias socio-culturales o del propio instrumento utilizado. Categorización de los diversos aspectos del "discomfort psicológico" observables en la consulta. Utilidad y limitaciones de los modelos clasificatorios actuales. |
| <p>2. Comorbilidad orgánica. Quejas somáticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades orgánicas (y evolución de las mismas) que tienen más riesgo de asociarse con trastornos mentales. Características psicológicas asociadas al dolor crónico. Cómo detectar pacientes somatoformes y su manejo. Efectos de las crisis del ciclo vital sobre la salud física y mental. Flujos y gasto asociado del paciente somatizador en los servicios. El enfermo terminal y su familia. |
| <p>3. Derivación a los servicios psiquiátricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de derivación. Características, gravedad y síntomas de las derivaciones. Umbral diagnóstico y umbral de derivación. Diferencias entre los pacientes tratados en A.P. y los derivados. Posibles diferencias mediatizadas por la experiencia profesional, tiempo de consulta disponible, edad y sexo del médico. Coordinación A.P. - C.S.M. |
| <p>4. Tratamiento de los trastornos mentales en A.P.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las técnicas de entrevista. Pautas de intervención más extendidas. Reconocimiento y abordaje de los problemas derivados del alcohol. El duelo. El con- |



sumidor crónico de psicofármacos. Prescripciones de complacencia. El apoyo psicológico. Tratamientos farmacológicos y de apoyo. Beneficios y riesgos de los nuevos psicofármacos. Entrenamiento en grupos Balint.

5. Crisis vitales. Acontecimientos estresantes. Factores sociales. Impacto de los acontecimientos adversos y sus consecuencias para la salud. Síntomas "normales" y patológicos". Fases de las crisis. Tiempos psicológicos de adaptación. Intervenciones preventivas. Influencia sobre la demanda.

Importancia del apoyo social.

6. Expectativas de los pacientes. Actitudes y Satisfacción. Trabajo preventivo. Expectativas técnicas y relacionales de los pacientes. La comunicación con el paciente. La entrevista, la adhesión al tratamiento y la satisfacción del paciente. Actitudes de la población y de los sanitarios hacia la enfermedad mental. Actualidad del "síndrome del quemado" en nuestros servicios. Papel de enfermería. Expectativas de A.P. hacia los servicios especializados.

Bibliografía:

1. World Health Organization. *The World health report 2001*. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. Geneva, 2001.
2. Mendezona, J.I. Psicoanálisis y atención primaria de salud. En: Ingala, A., Gómez Esteban, R., Frère, J. y González Guillén, A. (Coordinadores) (1992). *El malestar en la cultura*. II y III Jornadas de la sección de psicoanálisis de la A.E.N. Ed. **Asoc. Esp. Neuropsiquiatría**. Madrid, 53-56.
3. Tizón, J.L. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud (I). Su origen. *Atención Primaria*, 1993, 11/6: 309-312.
4. Tizón, J.L. (1993). Los grupos de reflexión en atención primaria de salud (II). Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria*, 11/7: 361-366.
5. Martínez Azumendi, O.; Araluce, K.; Grijalvo, J.; Beitia, M.; Mendezona, J.I.; Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1995; 52: 25-43. Fe de erratas en Rev. Esp. *Neuropsiquiatría* 1995; 53: 198.
6. Martínez Azumendi, O.; Beitia Fernández, M.; (2000). Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de la ayuda percibida, en primeras consultas en un centro de Salud Mental. *Psiquis* 21(2): 57-74.
7. Mendezona, J.I.; Grijalvo, J.; Martínez Azumendi, O. (1994), *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
8. Grijalvo, J. Datos preliminares. Comunicación personal.
9. Ocio, S., Fernández, J.A., Hevia, A., Hernández, M., (2001). Trabajo, P. *Evolución de la derivación a salud mental tras el desarrollo comunitario de la psiquiatría*. Comunicación a II Congreso virtual de psiquiatría, Febrero-Marzo 2001. Accedido en <http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2001/2645.html> en Octubre 2001.
10. Mark ez, I. (1992). Detección de morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de salud. Tesis Doctoral. Universidad País Vasco, Facultad de medicina y Odontología. Bilbao.
11. Báez, K.; Aiarzaguena, J.M.; Grandes, G.; Pedrero, E.; Aranguren, J.; Retolaza, A.; (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *British Journal of General Practice*. 48: 1824-1827
12. Aiarzaguena, J.M. (1995). Factores biopsicosociales y utilización de servicios de Atención Primaria de salud. Tesis Doctoral. Universidad País Vasco, Facultad de medicina y Odontología. Bilbao.
13. Goldberg, D. Huxley, P. *Common Mental Disorders*. A bio-social model. Routledge. London, 1992.
14. Retolaza, A. (Coordinador). Salud Mental y Atención Primaria. Una guía para la investigación. Unidad de investigación Atención Primaria de Vizcaya. Bilbao, 1996.