

# Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia

## *A program of collaboration with the Primary Care and its weaknesses: the reality and the modesty*

**José Miguel Ribé Buitrón.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Josep Pares Miquel.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Director de Servicios de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Eduardo Fleitas Asencio.**

Psiquiatra psicoterapeuta. Coordinador del Programa de Apoyo a la Primaria del Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Resumen:** en el presente trabajo se expone un programa de colaboración con la Atención Primaria que se realiza en un Centro de Salud Mental de Barcelona analizando la realidad del mismo y la necesidad de acercamiento de los servicios de especialización en salud mental a los Equipos de Atención Primaria.

**Palabras clave:** atención primaria, psiquiatría, interdisciplinariedad, consultoría, apoyo.

**Summary:** In the present work there is exposed a program of collaboration with the Primary Care that is realized in a Centre of Mental Health of Barcelona analyzing the reality of the same one and the need of approximation of the services of specialization in mental health to the Primary Care Team.

**Key words:** primary care, psychiatry, interdisciplinarity, consultancy, support.

### 1. Breve contextualización histórica en Cataluña

Desde hace ya muchos años, las demandas desde los Centros de Atención Primaria (CAP) han ido aumentando tanto, que a veces sentimos como imposible hacerles frente, afrontarlas. Creemos que la mejor opción es hacerlo con la máxima calidad posible y con soluciones que pensamos tienen que ser estructurales, evitando la coyunturalidad.

Nos referimos a las demandas porque no es una sola. Más allá de la propia asistencial directa hay otras. A saber, información, formación, contención, asesoramiento técnico, supervisión e incluso acompañamiento emocional.

En Barcelona en el año 1998 y desde el entusiasmo y voluntad asistencial comunitaria el Dr. García Tarafa traslada sus ideas a la realidad. La idea sencilla pero de gran repercusión era, y es, acercar los Centros de salud Mental de Adultos



(CSMA) a las áreas de asistencia primaria. Dicho de otra manera, intentar acercar la salud mental a la salud general. No sin recelos, y con más tolerancia que apoyo por parte de la Administración y colegas, pero sí con el respaldo de la Fundación Vidal i Barraquer, inicié esta aventura.

Posteriormente, y nos alegramos, algo muy parecido a lo que se había iniciado en nuestro centro de Sant Andreu apareció como programa, en el *Pla Director de Salut mental i Adiccions* (1) del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, donde el gobierno de la Generalitat trató de hacer operativas las políticas marcadas por el Pla de Salut cuál incluía la puesta en marcha de estos programas que en la actualidad en algunos centros de salud mental tratan de salir adelante con grandes dificultades.

A pesar de ello García sembró proyectos que hoy se intentan aplicar a pesar de la masificación de demandas a las que se ven sometidos nuestros servicios sanitarios y la escasa ayuda del Sistema Sanitario Catalán. A continuación presentamos nuestro modesto programa con sus intenciones, realidad y debilidades.

## 2. El argumento

Es algo patente que los servicios de atención primaria se han convertido no sólo en el punto de entrada al sistema sanitario, sino también en el principal medio desde donde las necesidades y demandas en salud mental son recibidas y en muchas ocasiones atendidas. Esta transformación exige de los profesionales mayores niveles de capacitación en el manejo de las conflictivas que se les presentan en la salud mental para las que todavía creemos no están o no estamos suficientemente preparados.

Ha habido a la vez un aumento de la necesidad de relación de la atención primaria no especializada con la especializada. Esta potenciación requiere a su vez formación en atención en salud mental. Desafortunadamente esta potenciación de la atención primaria no especializada frente a la primaria especializada, no se ha acompañado de la formación necesaria. Nos referimos a la formación suficiente de los profesionales de la salud mental para transmitir de una forma eficaz los conocimientos que tenemos y de los profesiona-

les de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para diagnosticar y manejar de una forma adecuada y eficaz los conflictos emocionales que les plantea la población. Por otra parte resulta importante también el esfuerzo por mejorar o desarrollar cauces de comunicación adecuados entre el médico general y los profesionales de la salud mental.

Es por ello que se entiende relevante la necesidad de capacitar y apoyar a los profesionales de atención primaria para que puedan atender de la forma más adecuada los requerimientos sanitarios que la población con demandas en salud mental plantea.

## 3. Nuestro programa como posible ejemplo del modelo de “consulta y enlace” (2)

Nuestro Centro de Salud Mental para Adultos Sant Andreu colabora desde 1998 en la atención primaria de salud (APS) mediante un programa de apoyo a la primaria que se desarrolla en el propio espacio físico de los CAP y que hemos denominado Unidad de Soporte a la Primaria o Nivel I del CSMA. Este programa incidiría o podría ubicarse entre el *tercer* y *cuarto* nivel según la clasificación de distribución de morbilidad psiquiátrica descrita por Goldberg y Huxley (3), en la que se establecen cinco niveles que van de menor a mayor especialización en la atención psiquiátrica, de tal forma que representaría un puente interdisciplinar y compartido entre la atención primaria y los equipos de salud mental.

### 3.1. El equipo

El *equipo de apoyo*, que ha ido aumentando su número está actualmente constituido (habitualmente) por tres psiquiatras psicoterapeutas, tres psicólogas psicoterapeutas y dos administrativos que trabajan también en el CSMA de referencia. Las horas de actividad asistencial semanal son de aproximadamente 70h por parte de psiquiatría, 15h por psicología y 40 h de administrativos. El equipo dedica parte de su horario en reunirse quincenalmente con el coordinador del Nivel I -miembro también del equipo- con la finalidad de reevaluar el programa (posibles mejoras y dificultades existentes), comentar interconsultas entre psicólogos y psiquiatras, transmitir la

situación actual de cada CAP -sus necesidades y demandas-, y sobretodo favorecer la cohesión entre los miembros del equipo.

### 3.2. Área de asistencia

Asistimos a las Áreas Básicas de Salud (ABS) del barrio de la Sagrera que está integrado administrativamente al Distrito IX de la ciudad de Barcelona, denominado oficialmente Sant Andreu, y que abarca 6 áreas básicas de atención primaria. Cada área, como cada paciente requiere de unas necesidades según la “cultura” del ABS como del barrio que abarca. El distrito alberga una población adulta de 135.000 *sagregens* y constituye la puerta norte de la ciudad condal marcada por tres elementos: la industria, el movimiento vecinal y el recientemente aspecto tan polémico como es el del ferrocarril con la llegada del AVE por esta zona. Esta es una de las pocas zonas de Barcelona que prevé un aumento poblacional importante, estimado en 25.000 habitantes en 5 años.

Habitualmente utilizamos los despachos libres que nos ceden los propios médicos de cabecera. Con su camilla, su negatoscopio y sus paneles del cuerpo humano como elementos decorativos de la consulta. Tal espacio, propio de un centro de atención primaria favorece la no estigmatización para los propios pacientes quien no albergan la sensación de malestar que muchos comentan cuando se encuentran en las salas de espera de los CSMA. Desafortunadamente, muy a pesar para el paciente y para el terapeuta, a menudo no hay mas remedio que pasar visita conjunta con el administrativo, a veces haciendo uso de la camilla como propio escritorio, generando un ambiente poco íntimo y de aprieto que creemos puede impedir un *atmósfera suficientemente buena* y recomendable para una consulta.

### 3.3. Beneficiarios

Toda persona mayor de 18 años, del Distrito IX que por primera vez solicite el servicio del CSMA Sant Andreu. Los menores de 18 son directamente derivados por el Médico de Atención Primaria (MAP) al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ). Esta demanda puede realizarse a iniciativa propia o a través de un servicio sanitario o social, pero siempre intentamos sea vehiculiza-

da a través del médico de familia correspondiente que, a su criterio, puede programar la consulta de manera ordinaria o preferente, según criterios acordados en el espacio de interconsulta.

### 3.4. El proceso asistencial

El proceso asistencial se divide en **directo** e **indirecto**.

El **directo** correspondería a la asistencia en consulta, que trata de ser breve y limitada. Como objetivos tiene: hacer la valoración, proceder a la indicación terapéutica y contener la patología de crisis o conflicto mediante un número limitado de entrevistas, habitualmente de 3 a 6 entrevistas diagnóstico/terapéuticas con una duración aproximada y flexible de 3 a 5 meses.

Detectamos preocupados en las demandas la necesidad imperiosa de contención inmediata, que creemos podría ser digna de estudio. Esta presión “cultural” y la masificación de las consultas nos aboca con facilidad a la medicación, que como hemos intentado explicar no es algo “innato” en nuestro equipo, si no necesario inicialmente.

A nivel psicológico nos esforzamos en que se apliquen técnicas psicoterapéuticas de duración breve con metas limitadas de tratamiento, cómo técnicas en resolución de problemas, psicoterapia de apoyo (4) y sobretodo consejo o *counseling* terapéutico (5).

Aunque nuestro CSMA es de orientación predominantemente dinámica creemos que la psicoterapia de enfoque cognitivo-conductual tiene una cierta ventaja (6 y 7), la limitaciones de tiempo y sesiones, al ser más expeditiva que la dinámica y poseer mayor efectividad que otras.

Este tipo de psicoterapias tratan de adaptarse a un encuadre que no es el más idóneo -en especial por las continuas interrupciones telefónicas, la presencia en la consulta del administrativo y la “trashumancia” de personal sanitario que utilizan la consulta como un pasillo para trasladarse de unas a otras-, pero que sin embargo resultan útiles en el contexto y circunstancias en las que se utilizan, en especial periodos de crisis o confusión en los que por el mero hecho de ser escuchados empáticamente y compartir sus difi-



cultades puede aligerar de forma ostensible síntomas y predisponer, en la propia escucha del paciente de su narrativa problemática, el ver las cosas desde un punto de vista más optimista. Obviamente y en caso de necesidad de psicoterapia que requiera mas continuidad se deriva al CSMA para poder establecer un *setting* más acorde a las necesidades de cada paciente.

El **indirecto** o no asistencial, hace referencia al espacio de coordinación con el EAP de forma presencial, vía telefónica, por correo electrónico y en el futuro mediante el uso compartido de la propia historia electrónica del paciente -en Cataluña es el *e-CAP*, nombre con el que se conoce el programa informático utilizado por el Institut Català de la Salut- que utiliza desde hace años el médico de cabecera. Acostumbra a ser quincenal, aunque en algunos centros es semanal, y de una hora de duración. En él, habitualmente algunos psiquiatras, nos reunimos con los médicos de cabecera, enfermería y trabajadores sociales en un ambiente grupal para los siguientes fines:

- **Docencia.** Que tratamos sea lo más interactiva posible, con un breve guión totalmente flexible, en donde la enseñanza teórica y práctica trate de ser conducida desde las inquietudes y necesidades reales del EAP y no desde lo que el psiquiatra cree que debe explicar. Eso implica realizar programas docentes que satisfagan las necesidades concretas de los profesionales de los EAP, ajustándose por tanto a ellas en sus contenidos y técnicas docentes. Dado el peso de los psicofármacos, como elemento más contenedor y prioritario en numerosos casos en la realidad de nuestro sistema sanitario, se realizan conferencias en formación y orientación psicofarmacología lo más adaptadas y prácticas posibles a la realidad de los médico de cabecera. Se “enseña” si se me permite decir, psicoterapia que nos hemos permitido acuñar “tipo teletienda” para 7-15 minutos de tinte cognitivista, psicoterapia de apoyo y rudimentos básicos del *conseulling*. En otras sesiones se explica estilos relacionales de cara a “conocer” al paciente que se atiende y psicopatología, en especial en torno a los trastornos afectivos y de personalidad más que los psicóticos.

- **Supervisión de Casos.** Tanto el EAP y como el equipo del Nivel 1 comparten experiencias de casos que pueden resultar interesantes para todo el equipo. Se trata de pensar juntos e intercalar elementos teóricos-prácticos con el fin de entender el caso y encontrar la terapéutica más resolutive para el paciente, así como para la necesidades y capacidades del médico y/o enfermero.

- **Interconsulta y posibles derivaciones.** Se proceden a tratar de resolver dudas de rápida contestación o aclaraciones en la praxis habitual. Se valoran y evalúan posibles derivaciones directas al CSMA, al psiquiatra del EAP o a otros dispositivos vinculados a la red asistencial de salud mental del CSMA.

- **Debate, reflexión y comentarios varios.** Se reflexiona acerca de la práctica (médica y psiquiátrica) asistencial (actual y del centro). Son sesiones de alta tensión en las que todos intentamos sacar provecho. En especial el debate, que es vertido por el psiquiatra como estímulo inicial, suele ser sobre la medicalización de la sociedad -malestares sociales, laborables o de la vida cotidiana-, la cultura psiquiátrica de la sociedad, la desmitificación de la psicoterapia como una panacea, los criterios de derivación adecuados... Acostumbra a haber muchas discrepancias entre ellos y nosotros pero al menos mantenemos un espacio para pensar y repensar en la práctica habitual.

- **Grupo Balint (8).** En la actualidad no se realizan dada la necesidad de cubrir otras prioridades asistenciales, las limitaciones del tiempo, la dificultad del establecimiento de un *setting* aceptable -el número de asistentes es variable en el grupo dada la prioridad asistencial que obliga al personal a abandonar momentáneamente el espacio o no poder acudir, como por ejemplo- y la no disponibilidad voluntaria del personal de los equipos que puedan vivir el grupo como amenazador y desbordante. A pesar de ello creemos en los grupos Balint como posibles generadores de emergentes que sentimos como universales, que bien pudieran traerse a colación de forma racional para pensar sin necesidad de la exposición de un caso ni dis-

cusión grupal. Sabemos que es una deformidad de lo que representan en esencia los grupos Balint, sin embargo el contexto y las posibilidades existentes dificultan la tarea grupal. Así pues podríamos reflexionar grupalmente con elementos emergentes como la empatía como medio de conexión emocional con elementos personales que pueden distorsionar nuestra relación con el paciente, la pérdida de los ideales de omnipotencia propios de la medicina, el sentimiento de despersonalización y soledad en los equipos de trabajo, la colusión entre la pasión vocacional y la realidad de la (I)institución, los escasos siete minutos de que se dispone para atender a los enfermos, las presiones institucionales como de gestión, la nula o mala relación a nivel de coordinación con otros equipos así como la interpersonal con compañeros del propio centro en donde se trabaja. Se piensa también en la posibilidad, remota por el momento, de realizar Grupo Balint por profesionales del CSMA cuya exclusiva dedicación recaiga en llevar el grupo, sin mantener relación alguna que no tenga que ver con la de conductor grupal. (De esta forma los elementos transreferenciales como contratransferenciales no se verían tan interferidos.)

La psiquiatría y la salud mental suele ser una de las materias en las que no se suele invertir un gran esfuerzo docente y formativo durante el período que dura la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Por lo general en los cuatro años formativos que dura -desde el 2005- la residencia de medicina de familia los residentes rotan dos meses como media por los servicios de salud mental sin llegar a alcanzar nociones sólidas de la praxis en salud mental.

A menudo muchos acuden a unidades de hospitalización en vez que los propios ambulatorios. Desde la propia formación en la facultad de medicina algunos estudiantes contactan inclusive con la salud mental a través de videos o grabaciones sin llegar a ver en toda su carrera ningún paciente. Por todo ello no es de extrañar la falta de suficientes conocimientos y experiencia que tienen los médicos de primaria. Resulta también curioso que, teniendo en cuenta que Atención Primaria asiste hasta el 25-30% de las demandas en salud

mental, no exista una clara proporcionalidad en los cuatro años de formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para la adquisición de nociones básicas en salud mental. Esperamos que la dedicación temporal de la residencia no sea proporcional al interés que se da a la salud mental, sin embargo nos faltan evidencias claras para poder demostrar esta afirmación.

El estar presencialmente en los ABS nos permite comprender y sentir las necesidades lectivas que solicitan los EAP. Creemos necesario adaptar la docencia y ajustarla a la realidad de cada EAP. No basta con publicaciones, libros o guías academicistas, en donde predominan más autores psiquiatras que médicos de familia, a veces con excesos teóricos que podrían ensombrecer el conocimiento a los no especialistas y favorecer el abandono de toda búsqueda de aprendizaje.

### 3.5. Objetivo

Tender a la resolución del cuadro psicopatológico que ha motivado la consulta, así como conseguir la mejoría de un conflicto o crisis en los propios CAP evitando una innecesaria “psiquiatrización” de los pacientes y minimizando el estigma que suele acompañar a las alteraciones psiquiátricas.

Finalizado el proceso asistencial se concluye alta médica del Nivel 1 y el usuario es derivado a su Médico de Atención Primaria (MAP) referente con el informe de asistencia donde se especifica principalmente cuales son las recomendaciones a seguir a nivel psicofarmacológico, tratando de dar alternativas en caso de empeoramiento o agravamiento del cuadro a nivel psicopatológico y social si fuese necesario.

Si el proceso tiende a la recidiva, o por criterios diagnósticos, de pronóstico o terapéuticos (por ejemplo la necesidad de psicoterapia, un ingreso programado...) el profesional puede realizar una indicación de tratamiento por otros equipos del CSMA más adecuados. En ese caso, tras informar al paciente de la derivación, el paciente pasará a ser atendido por otros profesionales o inclusive el mismo en el CSMA para dar continuidad a las necesidades asistenciales correspondientes.



### 3.6. Criterios de derivación consensuados con los Equipos de Atención Primaria

Las derivaciones pueden ser **ordinarias** o **preferentes**. Estas se programan y planifican en el espacio de interconsulta semanal y la previsión es de una semana para su programación. A pesar de ello nos encontramos que, dada la gran latencia con la que se atienden a los pacientes en el sistema público se realizan más derivaciones preferentes que ordinarias, por lo cuál llegan antes a la consulta del CSMA pacientes con criterios de derivación ordinaria que preferente.

En principio los CAP atenderían lo que Golberg y Huxley denominaron trastornos mentales *comunes* o menores y el resto, los “verdaderos” pacientes o la psiquiatría “pesada” (trastornos afectivos graves, trastornos esquizofrénicos, trastornos severos de personalidad, “psicosis en general” y dependencia de drogas inclusive alcohol) serían derivados via la Unidad I o de Apoyo a la Primaria a los CSMA. En estos últimos casos intentamos que el paciente no espere visita en Nivel 1, que se puede demorar a veces demasiado tiempo, y que pueda ser atendido directamente en otros niveles asistenciales del CSMA.

#### 3.6.1. Criterios de derivación psiquiátrica ordinaria

- Trastorno depresivo que no tenga mejoría tras 4-6 semanas de tratamiento antidepressivo.
- Paciente en situación de “crisis”, a causa de un acontecimiento vital o no, pero que implique: sufrimiento o riesgo vital para el paciente u inadaptación (como puede darse por una incapacidad laboral transitoria).
- Trastorno depresivo mayor, que anteriormente ha presentado síntomas maníacos, es decir, que el diagnóstico se aproxime al trastorno bipolar.
- Trastorno alimentario (anorexia, bulimia).
- Cualquier trastorno psiquiátrico en que el paciente tenga un riesgo de autolisis, o bien, en el que el paciente haya realizado una tentativa.
- Trastornos psicóticos y pacientes con sintomatología delirante.

- Pacientes que no mejoran porque presentan un trastorno de personalidad de base que sea necesario atención psicoterapéutica especializada.
- Pacientes en los que se pueda intuir patología psiquiátrica mediante trastornos de la conducta, cambios de actitud, deterioro del funcionamiento relacional, social o laboral y/o que comporten un difícil diagnóstico.
- Confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Informes varios de índole burocrática administrativa.
- Los problemas de abuso de sustancias y toxicomanías se derivan directamente a Centros Especializados de Atención y Seguimiento de toxicomanías y adicciones (CAS).

#### 3.6.2. Criterios de derivación psiquiátrica preferente

Desde la perspectiva del servicio público, la priorización contempla sobretudo los trastornos mentales más graves y/o con mayor repercusión psicosocial. En la priorización debe contemplarse:

- Grado de severidad clínica.
- Riesgo vital.
- Riesgo psicosocial.
- Considerar grupos de edad, por ejemplo, las personas de edad avanzada que, por su situación social, comorbilidad y psico-organicidad, podrían ser ocasionalmente más prioritarios independientemente de su entorno basal.
- Comorbilidad con enfermedad médica crónica.
- Considerar la necesidad y posible angustia del médico derivante.

### 4. La realidad actual en Nuestro Programa

Sin embargo y pese las soñadas previsiones de éxito iniciales no todo son loes. Uno de ellos es la incompletud de la Reforma Psiquiátrica que se refleja en las marcadas desigualdades inter-territoriales así como un insuficiente desarrollo de los servicios comunitarios que corren el riesgo de ser poco realistas en el contexto social y económico donde nos movemos. Peor aún, se man-



tienen sin modificaciones, funcionando en una forma *cómo si* que resulta muy agradable a la vista de las memorias administrativas de los centros hospitalarios pero insulsas en la realidad.

Lo cierto es que la aplicación de los planes directores trazados por el gobierno de la Generalitat distan mucho de las necesidades en la realidad con la que lo que nos encontramos aquellos que atendemos al otro lado de una mesa a los pacientes. Esta situación genera una importante tensión que podría hacer pensar que aquellos que trabajan desde ámbitos no asistenciales directos tienen el peligroso riesgo de no tener constantemente presente una realidad difícil y puede haber graves desconexiones de la realidad. Transmitir que no hay más recursos desde un despacho a un directivo acostumbra a ser menos complicado, así lo sentimos, que en una mesa de consulta cuando no podemos dar respuesta a una necesidad grave de un paciente o familia.

Lo que nos estamos encontrando de forma global es que la capacitación y entrenamientos de los profesionales que constituyen los EAP que se planteo como una forma de dar apoyo, enlace y docencia está siendo relegada a una manera de trabajar similar a los servicios psiquiátricos especializados con la única diferencia que la ubicación de los CSMA se hayan en el propio CAP. De tal forma que funcionamos desde un “Modelo de Reemplazo” (7). Sin embargo y siguiendo a Chicharro, a pesar de “la creciente complejidad de las intervenciones sanitarias, el mayor nivel de exigencia de los usuarios, y la contención de costos a un nivel asumible, han hecho inevitable la introducción de nuevos modelos de gestión, pero evitar que esos modelos sean perversos y nos conviertan definitivamente en terapeutas administrativos o funcionarios depende también de nosotros” (9).

Muchos profesionales de los equipos de atención primaria viven la llegada de los profesionales de salud mental a sus equipos como mayores obligaciones y responsabilidades en el futuro. De hecho no andan equivocados y su temor no es infundado cuando en algunos CSM se pretende que los profesionales de Atención Primaria no solamente asuman casos poco graves de salud mental si no también se hagan cargo de la prevención en salud mental y la detección precoz de

psicosis cuando en nuestra opinión desconocemos todavía de una forma aceptable -los propios especialistas- de que se tratan las llamadas psicosis incipientes. Si llegásemos al punto de delegar más funciones de las que les competen a los EAP quizás debiese incentivarse de alguna forma a los profesionales de medicina familiar así como al personal no médico.

Respecto a la prevención que se quiere instaurar principalmente mediante el personal de enfermería en numerosos CAP creemos interesante un viraje de 180 grados de la prevención *primaria* –poco estudiada, presupuestadamente inocua y con muchos efectos negativos- a la *cuaternaria*. Ambas son las dos caras de la misma moneda. La prevención *cuaternaria*, término desarrollado por Marc Jamouille, es “la actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” (10), esto significa como bien explica el psiquiatra clínico Alberto Ortiz reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas (iatrogenia, sobrediagnósticos, estigmatización innecesaria, rentismo, cronificaciones...). Como reflexión, debiéramos tener más en cuenta nuestra falsa omnipotencia, las falsas expectativas que a veces podemos transmitir a nuestros pacientes, nuestra actitud paternalista y reconsiderar los límites de nuestras actuaciones, en especial en el marco de la institución pública.

Recordar que buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) y muchos otros se van a resolver espontáneamente (11).

Los 7 minutos que posen los médicos de cabecera para realizar diagnósticos y tratamientos, las exigentes direcciones por objetivos (DPO), los estándares de calidad en la prescripción farmacéutica (12) etc. son elementos que le conducen a uno al principio de realidad. Realidad que uno no percibe o siente, hasta que se acerca a los centros de atención primaria. Y sinceramente... es



desde la realidad desde donde deben surgir las propuestas, planes, programas y la continuidad de la Reforma Psiquiátrica.

Hay un hecho que nos llama poderosamente la atención y tiene que ver con el escaso peso que siguen teniendo el personal de enfermería y los trabajadores sociales. Personal que tiende a ser más humanista, más del mundo *psi* y del ámbito social, justamente esos elementos psico-sociales que escasean en el mundo de lo biomédico tan propio de los CAP. Resulta curioso apreciar cómo cuando inicialmente convocábamos al EAP en las sesiones de coordinación aparecían en primer plano los médicos y algún enfermero/a con actitud distante y cómo si no fuera con él/ella lo que ahí se trataba de transmitir. En alguna ocasión alguno nos pregunto si en la reunión debían acudir, si era necesario. Ni que hablar de los trabajadores sociales que se autocensuraban sin cuestionar si su presencia era válida en las sesiones de coordinación. Es algo sobre lo que tendríamos que reflexionar pues, estas disciplinas profesionales, constituyen una parte muy importante de los EAP y también creemos futuro eje comunitario en la atención en asistencia en salud mental.

Desde el programa de atención en la primaria pensamos, desde un enfoque comunitario, que su papel es imprescindible y que no se les otorga la importancia que debería. En especial en nuestro programa intentamos fomentar la cultura grupal mediante el personal de enfermería en los EAP incentivando la puesta en marcha de programas terapéuticos: no sólo grupos psicoeducativos en relajación, ansiedad y depresión, si no también en enfermedades obstructivas pulmonares crónicas, de ejercicio físico etc.

Ya de forma más ambiciosa y como propuesta sobre la que reflexionar, creemos que dadas las limitaciones de tiempo que los médicos de AP tienen en su práctica diaria, sería interesante entrenar al personal de cualificación no médica en los tratamientos psicoterapéuticos.

Y finalmente un punto que para nosotros es fundamental analizar y tener en cuenta: la sensación de soledad y los conflictos de identidad como pertenencia que sufrimos cuando los psiquiatras y psicólogos nos acercamos a los EAP.

En ocasiones, por limitaciones principalmente económicas, pasamos las consultas en soledad por la ausencia de enfermería y administración –por cierto, su labor es esencial: si no hay citas correctas no acuden los pacientes- y por el hecho de estar lejos del propio CSMA que funciona como una matriz continente -gracias a los compañeros de trabajo- de las propias ansiedades cuando atendemos a los pacientes. A menudo ejercemos también menesteres propios de administración -desde un voluntarismo poco reconocido- haciendo lo que podemos y tolerando tanto limitaciones estructurales como funcionales (extravío de historias clínicas, déficits en las citas, incomunicación por ausencia de teléfono o Internet...). A pesar de todo el programa va tirando, ¿y nosotros, vamos tirando?

### 5. Atención Primaria como futuro eje asistencial de la psiquiatría y el “efecto amplificador”

Aunque de lo que se trataría es de instaurar mejores estilos de trabajo y que los médicos de Atención Primaria puedan consultar a los profesionales de salud mental cuando lo precisasen creemos que lo interesante sería que se produjese un “efecto amplificador”; de tal forma que los futuros docentes de nuevos profesionales de Atención Primaria fuesen los mismos que ahora reciben nuestra asesoría y docencia. La docencia sería desarrollada por los propios EAP y cuya finalidad sería la de satisfacer las necesidades derivadas de su propio trabajo, lo que se conoce como modelos docentes “orientados a su actividad” (13).

El MAP, que hace desde hace unos años era visto como un mero filtro de los pacientes hacia los servicios de especializados, se convertirá en una figura clave para el diagnóstico y tratamiento en todas aquellas patologías que estén a su alcance, que en nuestra opinión corresponderían principalmente a las patologías menores, fundamentalmente depresivas y de ansiedad (13).

Aunque la situación y el entorno sea adverso debemos seguir preparándonos para fortalecer y apoyar a la primaria pues posiblemente constituirá en el futuro el eje asistencial de la gran mayoría de las dolencias mentales. Resulta ineludible la formación y apoyo a los CAP cuando se nos solicite. El que los EAP posean un mane-



jo adecuado de los problemas psicológicos y psiquiátricos supone grandes ventajas para los pacientes, los médicos –principalmente satisfacción personal- y para el Sistema Sanitario en general (14) que presentaría menor número de derivaciones y una disminución de la lista de espera, lo que conllevaría un mejor acceso a la interconsulta en los casos en que ésta fuese necesaria.

Inevitablemente seguimos instalados todavía en una incompleta reforma psiquiátrica y a veces en una negación de la realidad que nos podría llevar a seguir pensando desde la fantasía programas de psiquiatría comunitaria interesantes pero que por el momento resultan utópicos, con el riesgo de ser programas por tanto, fantasmas.

Sin duda la sobresaturación a la que está siendo sometida los EAP y los CSMA resulta alarmante. Comprender lo que está sucediendo, es algo necesario y creemos que si no se dan los cambios necesarios, principalmente en nosotros mismos y en el sistema sanitario público podríamos vernos presionados e inducidos a ser meros autómatas que recetan fármacos por doquier, psiquiatras funcionarios que perpetuarán la situación sanitaria actual y “bourn out psychiatrist” en un Sistema cada vez más “chamuscado”.

A pesar de todo, estamos orgullosos de nuestro Programa y esperamos que más colegas se animen a llevarlo a cabo desde sus propias Comunidades Autónomas y Centros en Salud Mental.

**Contacto:**

**José Miguel Ribé Buitrón.**

Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu

Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona • C/ Sagrera, 179 1r. 08037 Barcelona

Telf.: 93 340 86 54; Fax: 93 349 54 98 • correo electrónico: jrIBE80@hotmail.com

---

## Referencias bibliográficas

1. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut i Addiccions de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
2. Gask L, Sibbald B, Cree F: Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: pp.6-11.
3. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
4. Bellak MD, Small SD. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Ed. Pax México-Librería Carlos Cesarman; 1969.
5. Hough M. *Técnicas de orientación psicológica*. Madrid: Narcea; 1996.
6. Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3), pp.251-270.
7. González-Blanch C. Salud Mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo* 2009; 30(2), pp.169-174.
8. Balint M. *Seis Minutos Para El Paciente*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
9. Chicharro F. La identidad profesional: de terapeuta a administrativo. *Revista GOZE* 2000; Vol. III, Nº 8, pp.12-20.
10. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de nece-



- sidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006; 20:127-34.
11. Ortiz A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp.313-323.
  12. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. *Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica dels Equips d'Atenció Primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.
  13. Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 2007.
  14. Molina J de D, Andrade R. *Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en atención primaria. Vol.I y II*. Madrid: Aula Médica; 2003.

• Recibido: 30-10-2009.