

LA ATENCION PRIMARIA DESDE LA SALUD MENTAL:

INTRODUCCION:

Desde hace unos meses uno de los requisitos para obtener el título de especialista en cualquier disciplina, ya sea médica ó quirúrgica, para los residentes de estas es la rotación por un centro de Atención Primaria durante dos meses.

El 15 de junio del 2006 se publicó una resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación por Atención Primaria a los programas de las especialidades sanitarias.

El objetivo de esta rotación es mejorar la formación del residente en la comunicación asistencial, la relación médico-paciente, la labor preventiva y asistencial (atención al individuo, a la familia y a la comunidad con un enfoque biopsicosocial), el razonamiento clínico en un contexto de incertidumbre diagnóstica y gran presión asistencial y gestión , funcionamiento y organización de los Centros de Salud.(1).

En un principio esta rotación podría ser cuestionada: ¿aporta a la formación de cualquier especialista esta rotación?, ¿ es realmente necesaria para ellos?

Con este artículo queremos reflejar la experiencia de un residente de psiquiatría de segundo año, y las conclusiones extraídas de la misma que se podrían generalizar a las distintas especialidades.

MATERIAL Y METODO:

Se realiza un estudio observacional, ecológico, en el que se recoge la información mediante una revisión bibliográfica en tratados de referencia y una búsqueda realizada de distintos artículos publicados en los últimos años acerca de la salud mental en la atención primaria, así como también se extrae información basada en la experiencia con los pacientes durante los dos meses de rotación.

RESULTADOS:

LOS PACIENTES:

Durante la rotación de estos dos meses se observa que los pacientes acuden al MFyC a “desangustarse “, es decir, a descargar su malestar psicológico, sus preocupaciones y problemas, cualquier situación que les inquiete, ya sea perteneciente al ámbito familiar, laboral, social ó económico aunque no sea el motivo por el que acuden a ver al MFyC sí que necesitan contarlo y lo más importante: sentirse escuchados por su médico, si esto no es de esta manera los pacientes no se van tranquilos.

Los pacientes perciben a su MFyC como su cuidador principal y de referencia, todos los problemas de salud, de cualquier especialidad deben contar con el “ visto bueno” ó aprobación de su MFyC, ya que este es su punto de referencia, el eje que sirve de guía a su salud global, cuando su médico les da la aprobación los pacientes tienen sensación de seguridad y con esto se asegura una adecuada adherencia al tratamiento.

En ocasiones los pacientes tienen conflictos y falta de apoyos en sus redes familiares y sociales, pretendiendo que su MFyC cubra estas insatisfacciones y carencias de apoyos.

Por tanto, como conclusión podemos extraer que el acudir al MFyC es la expresión de la combinación de necesidades de índole física y psíquica (1).

PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES EN ATENCION PRIMARIA:

Cuando los pacientes acuden al MFyC por cualquier motivo el porcentaje de pacientes que presenta un trastorno de salud mental bien como patología principal ó de manera comórbida es como mínimo de 35-40 %,siendo más frecuente un mujeres y aumentando la prevalencia de estos conforme aumenta la edad de la población. Si observamos los distintos diagnósticos a lo largo de la historia vital del paciente observaremos que un 65-70% de estos presentan durante la misma algún diagnóstico perteneciente al ámbito de la salud mental.

De mayor a menor frecuencia nos encontramos con (2,3,4,5,):

Tabla 1.

DIAGNOSTICO	SUBTIPOS	FRECUENCIA
TRASTORNO DE ANSIEDAD	Trastorno de ansiedad generalizada	11%
	Ataque de pánico	
	Somatización	
TRASTORNOS AFECTIVOS	Depresión leve-moderada	7,8%
	Distimia	
TRASTORNOS ADAPTATIVOS		7%
ABUSO DE SUSTANCIAS	Alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos	6,9%

Es importante detectar estas patologías ya que utilizan los servicios de A.P. tres veces mas que otras patologías (6).

PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL MAS RELEVANTES:(7)

Tabla 2.

DIAGNÓSTICO	CAUSA
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE	IDEACIÓN AUTOLÍTICA ESTRUCTURADA
TRASTORNOS PSICÓTICOS: esquizofrenia, trastorno bipolar	JUICIO DE REALIDAD DISTORSIONADO NULA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
DEMENCIA DE LARGA EVOLUCIÓN	GRAVES ALTERACIONES CONDUCTUALES

RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD MENTAL Y AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD FISICA:

Destacan tres formas principalmente:

1. A través de síntomas físicos asociados a la enfermedad mental, que son los que le preocupan, sin consultar por el trastorno mental en sí. Por ejemplo: las manifestaciones físicas de las crisis de pánico: disnea con hiperventilación, parestesias, sudoración...las atribuyen a enfermedades físicas, por lo que aumenta la complejidad y gravedad de las quejas somáticas aumentando la atención sobre el cuerpo y percibiendo las sensaciones físicas con mayor intensidad, con lo que se angustian más. (8)
2. Con somatizaciones: enmascarando el problema psicológico ó emocional, que es el problema real, con otra sintomatología, es decir, a través de síntomas físicos. Se presentan con mayor frecuencia como vértigos, mareos, dolor de cabeza, cervical, torácico, meteorismo, hinchazón abdominal. Se da con mayor frecuencia en mujeres que tienen unos rasgos de personalidad con mayor inestabilidad. Es importante detectarlas ya que visitan al MFyC con mucha frecuencia, hiperfrecuando los servicios de urgencias y sobreutilizando los servicios sanitarios.(9,10)
3. Hipocondría: es una preocupación excesiva por la salud y la enfermedad. Se con igual de frecuencia en ambos generos. Suelen ser pacientes con una personalidad muy rígida, con importantes rasgos obsesivos. Su funcionamiento familiar desde la infancia ha sido desde el rol de enfermos, por lo que necesitan que los demás lo vean como enfermos. (11)

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES DE CÓMO SU MFYC PUEDE AYUDARLOS:

Consultando diversa bibliografía y en estos dos meses de experiencia se extrae que las expectativas están muy relacionadas con el nivel cultural del paciente (12,13):

Los pacientes con menor nivel cultural realizan múltiples consultas, demandando multitud de pruebas que no están indicadas y solicitando de forma insistente derivación a especialistas. Suelen ser personas de edad media con peor funcionamiento global, con actitud poco positiva hacia la enfermedad mental, teniendo temor a padecer una de estas, tienen menor capacidad de introspección y de verbalizar lo que les ocurre y con mayor desconfianza hacia su MFyC.

Sin embargo, los pacientes con mayor nivel cultural, con mayor capacidad de introspección e intelectual finalmente verbalizan lo que les sucede dejándose ayudar por su MFyC, con una actitud de mayor confianza hacia él. Estos pacientes elaboran mejor cognitivamente y afectivamente el que sus síntomas son por otras etiologías no orgánicas, valorándolas en una dimensión adecuada.

ELEMENTOS QUE FACILITAN LA ENTREVISTA CLINICA EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN A.P.:

- Actitud del profesional, partiendo desde la empatía y la honestidad.
- Realizar durante el transcurso de la misma comentarios que muestren cordialidad e interés por lo que el paciente relata, preguntando por la familia y entorno, ejercitando una escucha activa que posibilite una verdadera comunicación entre el médico y el paciente (14).
- Realizar preguntas abiertas.
- Realizar una entrevista ordenada pero flexible.
- Prestar atención al lenguaje corporal.
- Ser respetuoso con el paciente, con sus silencios sin criticar sus opciones vitales ni erigiéndonos como jueces dando lecciones de moralidad y culpabilizando al paciente.
- Controlar nuestras respuestas de enojo ante comentarios críticos del paciente.
- Adecuar nuestro lenguaje al nivel educativo del paciente.
- Fijar límites precisos cuando lo requieran las circunstancias.

HERRAMIENTAS HABITUALES PARA TRABAJAR LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN A.P.:

- Es fundamental la entrevista clínica, la cual engloba (15):
- Valoración de la sintomatología del paciente.
- Proporcionar al paciente información básica y específica de su problema.
- Terapias biologicistas (psicofármacos).
- Psicoterapia: utilizando cuatro modelos principalmente (16,17,18):
 - Cognitivo conductual.
 - T.Sistémica Familiar.
 - Terapia de resolución de problemas.
 - Terapia breve: se trata de cambiar patrones y esquemas definiendo objetivos terapéuticos y utilizando técnicas adecuadas. El principal objetivo es conseguir beneficios en poco tiempo. Es una terapia de tiempo limitado y centrada en un foco definido de mutuo acuerdo con el paciente(19).
- Counselling (Asesoramiento ó Consejo Terapéutico): ayudar al paciente a tomar decisiones por si mismo. Capacita al paciente a tomar decisiones basándose en la mejoría de la capacidad crítica, favoreciendo el desarrollo óptimo de los recursos personales. De esta forma el MFyC actua como “facilitador” cooperando con el paciente para que se ayude a sí mismo(20).
- Psicoeducación: recomendando hábitos de vida saludables involucrando a las familias y la sociedad disminuyendo la discriminación y estigmatización(21).

HABILIDADES EN A.P. PARA MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:

- Habilidades de comunicación del MFyC, adecuando su discurso al nivel sociocultural del paciente, controlando el lenguaje corporal.
- Entrevista motivacional.
- Establecimiento de alianza terapéutica que module y favorezca la relación con el paciente, mejorando el cumplimiento del tratamiento(23).
- Establecer objetivos del tratamiento concretos y realizables, que irán aumentando gradualmente.
- Delimitar el motivo de consulta.
- Gestión eficiente del tiempo.
- Manejo adecuado de psicofármacos: en A.P. se asume gran parte de la carga asistencial de enfermos mentales, los MFyC tienen elevado nivel de capacitación para el manejo de psicofármacos(24).
El MFyC es una figura clave para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales ya que la mayoría de pacientes psiquiátricos entran al sistema sanitario mediante los servicios de A.P., siendo estos el principal medio donde las necesidades de los enfermos son satisfechas.
- Respetar las resistencias del paciente, dándole tiempo para que madure.
- Trabajar aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del paciente.
- Hacer participar a la familia en los cuidados y cumplimiento del tratamiento.
- Prevención de enfermedades mentales: identificando precozmente posibles síntomas para prevenir recaídas y reagudizaciones.
- Promoción de la salud: favoreciendo patrones de conductas saludables como: manejo de estrés, control de emociones negativas tipo ira, rabia, frustración... prevención del consumo de tóxicos, desarrollo del pensamiento crítico, aumento de técnicas de comunicación interpersonal.

Para trabajar el entorno sociofamiliar y laboral en relación con los problemas de salud mental el MFyC tiene una posición privilegiada por el conocimiento del paciente, familia a la que pertenece, que circunstancias tienen los miembros de la misma, entorno que rodea al paciente, red social de apoyo con la que cuenta.

Desde esta posición privilegiada el MFyC puede reforzar lazos entre los miembros de la familia, potenciando un entorno afectivamente saludable, proporcionando psicoeducación adecuada a la familia y entorno para disminuir el aislamiento, discriminación y estigmatización de los pacientes mejorando el control de los síntomas para la prevención de recaídas, al mismo tiempo que se favorece la consecución de las metas terapéuticas.

DISCUSION:

ELEMENTOS COMUNES EN LAS CONSULTAS DE A.P Y SALUD MENTAL:

- Se proporciona atención integral a las personas considerándolas en su globalidad y en su contexto familiar, social y cultural en el que se desarrollan.

- Tiene una importancia esencial los aspectos relacionados con la comunicación con el paciente.
- Se realiza abordaje interdisciplinar para atender su salud participando distintos profesionales: psicología, educación, trabajadores sociales...
- Implicación de otros recursos pertenecientes a otros ámbitos distintos al sanitario: educación, bienestar social, trabajo, justicia.
- Son muy importantes y esenciales las actuaciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades potencialmente irreversibles.

ELEMENTOS DIFERENCIALES EN LAS CONSULTAS DE A.P. Y SALUD MENTAL:

- El tiempo disponible por consulta: una primera visita en A.P. es de 10 minutos aproximadamente mientras que en C.S.M. es de unos 45 minutos. Las revisiones posteriores son en A.P. de 5 minutos mientras que en C.S.M. son de 25 minutos. Sin embargo en A.P. las revisiones son más frecuentes en el tiempo.
- Los agentes farmacológicos utilizados: en A.P. los más utilizados son antidepresivos del tipo ISRS e IRSN, y benzodiacepinas. En los C.S.M. se manejan antipsicóticos clásicos y atípicos, ATC, IRN, IMAO.
- Facilidad de acceso en A.P., en los C.S.M. hay mayor listas de espera.
- Facilidad y buena disposición de los pacientes para acudir a su MFyC, mientras que hay mayor reticencia y estigma para acudir al C.S.M., ya que temen que se les etiquete como enfermos mentales(25).
- Al MFyC los pacientes llegan por voluntad propia, de forma directa, con menor frecuencia son remitidos desde el S.U. ó vía interconsulta. A los C.S.M. los pacientes acuden derivados por su MFyC y con menor disposición(26,27).
- Los pacientes acuden a A.P. con patologías somáticas, mientras que al C.S.M. acuden con síntomas afectivos.
- En A.P. se puede acceder con mayor facilidad a la familia del paciente mientras que en C.S.M. es más dificultoso.
- La relación entre el paciente y el MFyC es diacrónica, a lo largo del tiempo, por lo que permite una comprensión adecuada de la biografía del paciente.
- La mayoría de pacientes en A.P. presentan malestar psicológico en un rango muy cercano a la normalidad, por lo que establecer el punto de corte entre lo normal y lo patológico resulta muy difícil. Por el contrario los pacientes derivados a C.S.M. presentan una patología mucho más florida, claramente superior al rango de normalidad por lo que el diagnóstico es más fácil.

RECOMENDACIONES:

Para la mejora del abordaje integral de los problemas de salud mental se podrían tomar algunas medidas como:

- Aumentar el tiempo de consulta.
- Realizar un buen soporte informativo que documente la derivación(28).
- Aumentar la relación mejorando la coordinación y comunicación entre A.P. y S.M. Que se establezca un flujo de comunicación ágil entre los dos grupos asistenciales que apoye el seguimiento de los pacientes. Esto favorece que se acuerde entre ambos la orientación terapéutica del paciente(29,30).

- Aumentar la relación de actividades conjuntas que favorezcan la docencia e investigación: reuniones conjuntas, sesiones clínicas con cursos teóricos y comentarios de casos, creación de espacios de interconsulta. Es decir, aumenta el acercamiento e interrelación entre A.P. y salud mental potenciando la psiquiatría comunitaria(31,32,33).
- Formación continuada que aumente el nivel de la calidad asistencial(34,35,36).
- Vinculación de otros profesionales de la salud en los servicios de A.P(37).
- Prácticas de cuidados para la prevención, ya que parte de la patología psiquiátrica es crónica.

CONCLUSIONES:

Como conclusión esta rotación se concluye con gran satisfacción, gracias a ella se han podido adquirir conocimientos de cómo funciona la base del sistema sanitario, el tener una perspectiva global de los pacientes(ya que he tratado con mayor proporción de patología somática), conocer como funciona un equipo multidisciplinar en un C.A.P., descubriendo la importancia que tiene para los pacientes su MFyC y permitiendo valorar y admirar la función que desempeñan identificando y cubriendo las necesidades más prevalentes de la población.

Las dudas que surgen al principio de la rotación sobre la importancia de esta para la formación de especialistas se resuelven de forma muy favorable en poco tiempo tras comenzar la rotación, el tutor realizó un enfoque muy práctico de la misma orientándola hacia los aspectos que más interesaban como futura profesional de la salud mental, con lo que se tiene la oportunidad de descubrir muchos aspectos fundamentales del funcionamiento de los servicios sanitarios y lo más importante, el papel fundamental y privilegiado del MFyC en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D: Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. Br J Psychiatry 2005; 186:297-301.
- 2.- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Kramer M y cols.: One – moth prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:977-86.
- 3.- Ustun TB, Kessler RC: Global burden of depressive disorders: the issue of duration. Br J Psychiatry 2002; 181:181-3.
- 4.- Kessler RC, Uston TB: The world menthal health survey initiative version of the world health organitation. Composite international diagnostic interview. International journal of methods in psychiatry research 2004; 13:93-121.

- 5.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de salud.2005.
- 6.-Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151:979-86.
- 7.-Bower P, Gilbody S: Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:389-842.
- 8.- Cohen S, Williamson GW: Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull* 1991;109:5-24.
- 9.- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C: A review of the differences between somatizaing end psychologizing patients in primary care. *International Journal of Psychiatry in medicine*. 1999;29,337-345.
- 10.- Garcia-Campayo J, Lobo A, Perez Echevarria MJ, Campos R: Three forms of somatizacion in primary care in Spain. *Journal of Nervous and mental disorders* 1998;186:554-560.
- 11.- Creeda F, Barsky A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research* 2004; 56:391-408.
- 12.- Bebbington PE, Meltzer H, Brugha TS, Farrel M: Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine* 200;30:1359-1367.
- 13.- Moller-Leimkulheer AM: Barriers to help seeking by men: areview of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affective Disord* 2002; 71:1-9.
- 14.- Vikki A. et al. :Assessing patient's participation and quality of decision-making: insights from a study of routine practice in diverse settings. *Patient education and counselling*.2004; 55:105-113.
- 15.- Vazquez –Barquero JL. *Psiquiatria en atencion primaria. Capitulo 2.1. la entrevista psicológico-psiquiátrica. Aula médica. Segunda edición*.2007.
- 16.- Lynne H, John O: Personality disorder, primary care counselling and therapeutic effectiveness. *Journal of mental health* 2002 Apr;11(2):131.
- 17.- ward RK: Assesment and management of personality disorders. *Am Fam Physician* 2004 Oct 15; 70(8):1505-12.
- 18.- Norcross JC, Goldfried MR: *Handbook of psychotherapy integration*.2005;2end ed.
- 19.- Timothy AC: Estimating treatment duration for psychotherapy en primary care. *Journal of public mental health* 2006 sept;5(3).23.

- 20.- Malt UF, Robak OH, Madsbu HP, Bakke O, Loeb N: The Norwegian naturalistic treatment study of sepression in general practise (NORDEP): randomised doduble blind study. *BMJ* 1999;318:1180-84.
- 21.- Bower P, Gilbody S: Managing commom mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:830-842.
- 22.- Schatch TE: Making psychotherapy work in primary care medicine. *Am Fam Physycyan* 2006 Jan 1;73(1):34.37.
- 23.- Sergi Corbella y Luis Botella: La alianza terapéutica: historia, investigación y evolución. *Anales de psicología* 2003;19(2):205-221.
- 24.- Tiemens BG y cols: Training primary cara physiciams to recognise, diagnose and manage depresión: does it improve patient outcomes?. *Psychological medicine* 1999;29:4,833, 846.
- 25.- Mann A: Depression and anxiety in primay care: the epidemiological evidence. En : Jenkins R,Newton J, Young R(ed): *The prevention of depression and anxiety: The role of the primary care team*. London ,HMSO,1992.
- 26.- Vazquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Nuñez JE, Gaité L:Pathways to psychiatric care in Cantabria. *Acta psychiatrica scandinavica* 1993a:88:229-234.
- 27.- Vazquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Nuñez JE, Sartorius N: Factores implicados en las rutas asistenciales en salud mental. *Actas luso españolas de neurologia y psiquiatria* 1993b;21:189-203.
- 28.- Strathdee G: Liaison between primary and secondary care teams towards early intervention. En : Jenkins R, Newton J, Young R: *The prevention of depression and anxiety: the role of the primary care team*. London.HMSO,1992.
- 29.- Kings M: Shared care of patients with mental health problems. Report os a joint working group of the Royal College of Psychiatrics and the Royal College of General practitioners.(Occasional paper 60).london, RCGP,1993.
- 30.- Kerwick S, Goldberg D: Mental health care in the community: wht should be in the agenda? (Editorial). *British journal of general practise*, June,1997.
- 31.- Kendrick T, Sibbald B, y cols: role of general practitioners in the care of long-term mentally ill patients. *BMJ* 1991;302:508-510.
- 32.- Verdoux H, y cols.: How do general practitioners manage subjects with early schizophrena and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South- Western France. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2005;4:802-92.
- 33.- Reiss-Brennan B: Can mental health integration into primary care setting improve quality and lower cost? A case study. *J manag care pharm* 2006;12,14-20.

34.- Girón Giménez M, Montoya Rico I: Determinación de las necesidades de formación en salud mental en atención primaria a partir de una encuesta de opinión. Atención primaria 1990;7:714,719.

35.- Secretary of state for health: The health of the nation. London,HMSO,1991.

36.- SingletonA,Tylee A: Continuiging medical education in mental illness: a paradox for general practitioners. British journal of general practice 1996; 46:339-341.

37.- Sibbald B y cols: Counsellors in English and Welsh general practices: their nature and distribution. BMJ 1993;306:29-33.