



MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

Sergio Sánchez Reales¹, Carmen Caballero Peláez²

1. Hospital General Universitario de Elche
2. Hospital Universitario Morales Messeguer, Murcia

s_sanchez_reales@hotmail.com

RESUMEN

La gestión de la enfermedad mental en el sistema sanitario resulta una labor ardua; en las últimas décadas se ha intentado desarrollar políticas asistenciales integradas, que incluyen sistemas sanitarios coordinados, comprensivos y continuos (Gask, 2005). En consecuencia, surgen numerosos modelos de trabajo que han profundizado en la coordinación entre los ámbitos asistenciales de atención primaria y especializada en la gestión de la salud mental, así como en las derivaciones de los mismos sobre la calidad asistencial y viabilidad económica. En este trabajo científico resumimos brevemente las principales líneas de gestión asistencial propuestas, ordenandolas en una dimensión definida en función del rol del profesional de la atención primaria a la demanda de salud mental realizada por paciente; enumerando desde los modelos que asumen la atención del grueso de la asistencia en salud mental en atención primaria, derivando una pequeña proporción a los servicios especializados, hasta otros en los que la transferencia de la demanda de salud mental a los dispositivos especializados es mayor o incluso total.

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

La organización de la demanda asistencial sanitaria es uno de los aspectos fundamentales para comprender los flujos de trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, determina la calidad de las intervenciones realizadas por los profesionales que trabajan en el mismo y probablemente constituya una de las medidas objetivas que mejor reflejan la evolución de una sociedad.

Sin ningún lugar a dudas los especialistas sanitarios tenemos un deber ético y profesional de atender al paciente dentro de las mejores posibilidades técnicas que ofrezcan los límites económicos del presupuesto anual disponible correspondiente, aunque este sea limitado. Por lo tanto, la búsqueda de formas innovadoras de transformar los procesos de asistencia sanitaria constituye un obligado objetivo intermedio en la ruta hacia la optimización de la misma. El "*hacer más con menos*" ya fue el lema de otra época no demasiado lejana caracterizada por una crisis económica internacional y que, dando lugar a la merma de la asistencia sanitaria y en la calidad de los servicios sociales¹, generó paradójicamente formas de organización sanitaria más eficientes.

La gestión de la enfermedad en el sistema sanitario resulta una labor extraordinariamente compleja. Durante las últimas décadas el objetivo primordial ha sido el desarrollo de políticas asistenciales *integradas* (ver revisión en Gask²), aspiración que incluye sistemas sanitarios *coordinados* (que aseguren la provisión de una combinación de información y servicios sanitarios interconectados que respondan a las necesidades de los pacientes), *comprehensivos* (que respondan a cualquier problema en cualquier momento del ciclo vital del paciente) y *continuos* (en los que prestan asistencia individuos o grupos de especialistas comunicados de forma efectiva).

En consecuencia, y siendo el tema particular que nos ocupa, el interés internacional en torno a la eficiencia de la interfaz entre los dispositivos de Atención Primaria (AP) y Salud Mental ha dado lugar, durante los últimos 35 años, a numerosos trabajos que han profundizado en la repercusión de diferentes formas de integración de estos ámbitos de especialización sanitaria, así como en las derivaciones sobre la calidad asistencial y viabilidad económica.

Profundicemos en este sentido; una primera aproximación *naive* a esta materia resulta confusa, los términos empleados son diversos y próximos semánticamente (y no somos nosotros los únicos que pensamos algo así³); para realizar una descripción comprehensiva de los resultados los agruparemos en los modelos mejor diferenciados cualitativamente, sobre los que parece existir mayor consenso en la literatura internacional³⁻⁵. Siguiendo en grandes líneas la reciente propuesta realizada por Gilbody y Bower⁶, estos modelos podrían ordenarse en una dimensión definida en función del rol del profesional de la AP a la demanda de salud mental realizada por paciente. Comenzando desde los modelos que asumen la atención del grueso de la asistencia en salud mental en AP, derivando una pequeña proporción a los servicios especializados, hasta otras propuestas en los que la transferencia de la demanda de salud mental a los dispositivos especializados es mayor o incluso total.

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

A. MODELOS BASADOS EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Conjunto de modelos propios de las organizaciones sanitarias en las que el profesional de AP atiende la mayor parte de la demanda de salud mental y la derivación es escasa. Según la OMS⁷, se refiere a la "*provisión de conocimientos y habilidades esenciales en la identificación, prevención y asistencia de los trastornos mentales en el personal de AP*". Esta formación puede versar sobre habilidades diagnósticas, gestión de los trastornos mentales o entrenamiento en técnicas basadas en la comunicación o en la psicoterapia formal.

Resulta evidente que, sin un reconocimiento adecuado de la sintomatología psiquiátrica, la asistencia sanitaria se bloqueará en la primera fase del proceso asistencial. Igualmente, aunque sea reconocido el trastorno mental, el desconocimiento de las pautas de prescripción o intervención psicoterapéutica basadas en la evidencia condena al fracaso a la demanda. El objetivo es realizar cambios fundamentales en las actitudes y habilidades de los profesionales de la AP, realizando acciones como amplias campañas publicitarias para cambiar la actitud de los profesionales hacia determinados temas sensibles, la elaboración y distribución de guías clínicas o los programas prácticos de formación en intervención psicoterapéutica en AP.

En la literatura existen revisiones sólidas que profundizan en la efectividad de las estrategias de entrenamiento en el personal de AP. Si bien estrategias tales como la difusión de guías clínicas o la realización de cursos de corta duración no han resultado en una mejora de los resultados asistenciales⁸⁻⁹, la formación en intervenciones psicoterapéuticas específicas en MAP ofrece resultados positivos y consistentes¹⁰.

Merece la pena dedicar unas líneas al polémico desarrollo de este tipo de modelo en la sanidad pública española, en la que la formación postgrado de los especialistas es fundamentalmente sufragada por fondos procedentes de las industrias farmacéuticas, con la consiguiente ausencia de independencia y objetividad en los conocimientos y procedimientos. Organizaciones como <http://www.nogracias.eu/> luchan desde hace años por la desvinculación entre formación e industria farmacéutica como aspecto determinante de la calidad de un sistema asistencial, proponiendo medidas alternativas para desvincular el binomio.

B. MODELO DE ENLACE-INTERCONSULTA

Se trata de un modelo cercano al anterior, cuyo objetivo es mejorar la habilidad de los profesionales de AP mediante contactos puntuales o regulares de diferente nivel de formalidad entre los profesionales de AP y Salud Mental, en los que se asesora o negocia la toma de decisiones relativa al paciente asistido¹¹. Presenta por lo tanto la ventaja de superar las fronteras entre departamentos organizativos² y minimiza las derivaciones al especialista, aunque en este último caso el modelo fomenta tanto el feedback entre el especialista de salud mental y el equipo de AP como en dirección contraria. Este modelo tiene una naturaleza tanto *educativa* como *clínica*.

El desarrollo de un sistema de interconsulta efectivo presenta ventajas, como maximizar la

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

eficiencia del tiempo del especialista en relación a un modelo de derivación directa a éste; en los casos oportunos se facilita, además, la gestión íntegra del caso por parte del especialista de AP, lo cual mejora la calidad de la vinculación paciente-profesional y en consecuencia el impacto del tratamiento. Desde el punto de vista del médico especialista en AP, el continuo contacto entre ambos profesionales va a ir desarrollando ciertos conocimientos y habilidades terapéuticas, así como cualidades profesionales propias de ámbito de la sanidad mental de las que sin duda, se beneficiarán el grueso de los pacientes asistidos y la dinámica del propio sistema sanitario, sean o no de salud mental.

Tampoco se puede soslayar el rol de *gatekeeper* del especialista de AP para la atención especializada, es en este sentido en el que los contactos profesionales derivados de los sistemas de interconsulta pueden optimizar el empleo de las derivaciones.

C. MODELO DE ASISTENCIA COLABORATIVA

Hasta aquí hemos incluido modelos de interacción entre la AP y la especializada que no implican la introducción de cambios estructurales en los sistemas sanitarios. El modelo colaborativo que surge durante los últimos años irrumpe en su complejidad con cambios estructurales en el sistema, incorporando además elementos ya empleados en los modelos educativos y de interconsulta

El modelo colaborativo ha sido uno de los modelos más trabajados tanto desde un punto de vista empírico como desde el aplicado, ofreciendo datos cuantificables de su eficacia y eficiencia en la gestión de problemas de Salud Mental desde el ámbito de la AP; dada su relevancia, merece ser tratado en extensión y detalle, baste en este momento mencionar aspectos básicos de su origen evolución y funcionamiento.

La patología mental asistida en la AP con mucha frecuencia tiene el carácter de crónica, y es en relación a este perfil de paciente desde el que se desarrolla el modelo de asistencia colaborativa. El *Modelo de Cuidados Crónicos* (ver revisión sintetizada de Gervas, y Pérez Fernández¹², o en www.improvingchroniccare.org) es el mejor enfoque conocido en la gestión de las enfermedades crónicas, planteando que las mejoras en la calidad de la asistencia requieren un trabajo multinivel que implique a la comunidad, organizaciones sanitarias, profesionales y pacientes. Se intenta que la asistencia sea proactiva, incluye aspectos como el seguimiento estrecho de los pacientes, monitorización de la evolución en diferentes momentos de la enfermedad, y el ajuste continuo de los planes de tratamiento ante evoluciones insatisfactorias, con la colaboración de los especialistas en el caso de necesidad.

Todas estas propuestas suponen tanto la implementación de cambios estructurales y funcionales de la estructura del sistema sanitario que son caros y a priori difíciles de implementar, como la incorporación de nuevos profesionales y flujos de interacción que generan cierta resistencia a la puesta en marcha de estos enfoques.

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

D. MODELO DE DERIVACIÓN

Se trata del modelo de interacción entre niveles asistenciales de mayor tradición en nuestro sistema sanitario. Aunque los clínicos que trabajan en la AP son los profesionales fundamentales en la gestión y toma de decisiones de los problemas de salud de sus pacientes, en el modelo de derivación la intervención sobre un problema activo se traslada a otros profesionales sanitarios especialistas (de la salud mental en el caso que nos atañe) durante el periodo de tiempo que el mismo se mantiene activo.

Por diferentes motivos que no vienen al caso ha sido el modelo más usual en la provisión de servicios sanitarios a la demanda en Salud Mental realizada en AP. Curiosamente, según refieren Gilbody y Bower⁶, aunque este modelo presenta una historia relativamente extensa, autores clásicos como Balint y Balint¹³ enfatizaron el rol protagonista de los médicos especialistas en AP en su desempeño más que el de los profesionales de la Salud Mental.

Si bien hasta la fecha los estudios realizados en nuestro país sobre la eficacia de la intervención psicológica en el ámbito de la AP están dando sus primeros pasos¹⁴, la evidencia aportada desde estudios realizados en otros países es controvertida, aunque parece claro que son eficaces en el ámbito de la AP intervenciones como la cognitivo-conductual¹⁵, terapia de resolución de problemas¹⁶, counselling¹⁷ o terapia interpersonal¹⁸, el debate en torno a la eficacia y eficiencia ha sido muy apasionado (en este sentido son lecturas absolutamente recomendables la serie de cartas cruzadas desarrolladas al respecto en *British Medical Journal*¹⁹⁻²²).

Los problemas fundamentales que tiene la interfaz necesaria entre los equipos de Salud Mental comunitarios que trabajan la derivación directa del especialista de AP son dos. En primer lugar la identificación del punto del proceso manifestado por el paciente en el que el especialista de salud mental debe hacerse cargo del caso, este es un punto muy controvertido donde la variabilidad es más la norma que la excepción. El segundo tema candente de esta forma de organización de la demanda sanitaria se refiere a la provisión de asistencia al paciente grave crónico.

Por lo general los estudios realizados hasta la fecha ponen de manifiesto resultados eficaces de este tipo de organización en dispositivos con ratios de paciente/especialistas razonables, que permiten intervenciones basadas en la evidencia y un seguimiento adecuado²³. Los resultados son peores en pacientes graves con problemas crónicos que se acompañan de circunstancias sociales y económicas adversas, con poco margen de intervención.

E. MODELO ASISTENCIAL BASADO EN EL ACCESO O ESCALONADO

Los modelos asistenciales basados en el acceso, escalonados o de emparejamiento (en su versión original *matched care*, *stepped care* o *acces care*) suponen las propuestas más recientes respecto a los modelos de interacción entre la AP y la especializada, y más concretamente en el ámbito de la AP. No son exactamente lo mismo aunque asimilables por sus características.

Desgraciadamente, hasta donde conocemos en España no se han puesto en marcha

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

dispositivos específicos con esta filosofía asistencial. Como se ha puesto de manifiesto renglones más arriba, el sistema sanitario de Reino Unido es el pionero en este sentido. Curiosamente, la difusión del modelo por pasos o escalonado que se ha realizado en nuestro país, especialmente desde sectores académicos y de la entidad colegial, está siendo distorsionada (a nuestro entender por motivos espurios e interesados que no vienen al caso; ver, por ejemplo, la difusión del estudio PSICAP de Cano-Vindel²⁴, en el que se caracteriza a un tratamiento de grupo del trastorno de pánico en 8 sesiones como escalonado y colaborativo), ya que los modelos escalonados en absoluto tratan explícitamente sobre la colaboración entre AP y Salud Mental aunque implique a ambos profesionales y a la interacción entre ellos, ni tampoco, al menos en su versión original versan sobre la Salud Mental en AP.

El objetivo de los modelos escalonados o por pasos son los pacientes que no se recuperan tras la intervención inicial realizada por los especialistas de AP o aquellos pacientes con una alta probabilidad de recaída. En estos casos, tras múltiples evaluaciones, los pacientes ascenderían hacia escalones en los que se les preste un tratamiento de mayor intensidad o descenderán a tratamientos menos intensos en función de la respuesta al mismo. Existen sistemas escalonados rígidos, en los que todos los pacientes acceden en el mismo nivel a la intervención y otros más laxos en los que los profesionales ubican al paciente en un escalón determinado de intensidad terapéutica. Idealmente, los pacientes deberían acceder al nivel de tratamiento de menor intensidad disponible para su condición, ya que incluirlo en un nivel de mayor o menor intensidad terapéutica afectaría irremediablemente a la adherencia terapéutica y eficacia del tratamiento.

Como señalan Gask y Tahna⁴, el modelo de asistencia apareada se fundamenta en la realización de múltiples evaluaciones, realizadas en su mayor parte desde el personal de triaje que trabajan en la frontera entre la atención primaria y especializada, hasta que se obtiene la suficiente información para que el paciente acceda al nivel adecuado de intensidad terapéutica que le corresponda según severidad sintomatológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davison G. Stepped care: doing more with less? *J Consult Clin Psych*, 2000; 68: 580-85.
2. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med*, 2005; 61 (8): 1785-94.
3. Richards DA. Stepped care: A method to deliver increased access to psychological therapies. *Can J Psychiat*, 2012; 57 (4): 210-15.
4. Gask L. y Khana T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *Brit J Psychiat*, 2011; 198: 3-5.
5. Bower P. y Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *Brit Med J*, 2005; 330: 839-42.

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

6. Gilbody S. y Bower P. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
7. OMS. *ATLAS – Mental Health Resources in the World 2001* . Geneva: World Health Organization; 2001.
8. Centre for Reviews and Dissemination. *Scoping review of the effectiveness of mental health services*. York: University of York; 2001.
9. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw, J, y Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 2003; 289 (23): 3145-51.
10. Huibers M, Beurskens A, Bleijenberg G, y Schayck C. *Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales*. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Bower P. y Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: Bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiat*, 2002; 24 (2): 63-70.
12. Gérvas, J., y Pérez Fernández, M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. 2009; *Act Med Fam*, 5 (3): 56-64.
13. Balint M, y Balint E. *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. London: Tavistock: 1961.
14. Sánchez-Reales S. Tornero-Gomez MJ, Martín-Oviedo P, Redondo-Jiménez M, y del Arco-Jódar R. Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia. En prensa; SEMERGEN.
15. Scott A, y Freeman C. Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *Brit Med J*, 1992; 304: 883-87.
16. Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, y Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Brit J Psychiat*, 1997; 170: 113-19.
17. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S. *et al* . Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual GP care for patients with depression I: Clinical effectiveness. *Brit Med J*, 2000; 321: 1383-88.
18. Schulberg, H., Block, M., Madonia, M., Scott, C.P., Rodriguez, E., Imber, S.D., et al. Treating major depression in primary care practice: eight month clinical outcomes . *Arch Gen Psychiat*, 1996; 53:913-19.
19. Tarrrier N. Commentary: Yes, cognitive-behaviour therapy may well be all you need . *Brit Med J*,

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PERSPECTIVA GENERAL

2002; 324: 291-92.

20. Bolsover N. Commentary: The 'evidence' is weaker than claimed . Brit Med J, 2002; 324: 294.
21. Hinshelwood, R. Commentary: Symptoms or relationships. Brit Med J, 2002; 324: 292-93.
22. Holmes J. All you need is cognitive-behaviour therapy . Brit Med J, 2002; 324: 288 -90.
23. Burns T. Influencing community mental health team practice to improve care outcomes. In Slade, M. y Priebe, S., (Eds): *Choosing Methods in Mental Health Research: Mental Health Research from Theory to Practice*, Londres: Routledge: 2006.
24. Cano-Vindel, A. Prevalencia de los desórdenes emocionales en atención Primaria: Proyecto PSICAP. Conferencia de las Jornada Psicología Clínica en Atención Primaria: una necesidad y derecho de las personas. 19 de noviembre de 2012; Madrid: Fundación Mutua Madrileña.