

Bibliografía

1. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1979.
2. Jarabo Crespo Y. Atención familiar y medicina de familia. ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? Tribuna docente en Medicina de Familia. 2002;1:17-25.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, Vol. 1. Barcelona: Harcourt; 2001.
4. Medalie JH. Medicina familiar: principios y práctica. México: Limusa; 1987.
5. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer; 1998.
6. De la Revilla L, Bailón Muñoz E. La atención domiciliaria y la atención familiar en el anciano. FMC. 2003;10:249-54.
7. De la Revilla L.. Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta, Vol. I. Granada: Fundación para el estudio de la Atención a la Familia; 1999.
8. Gil García E, Romo Avilés N, Poo Ruiz M, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de la investigación cualitativa. Aten Primaria. 2005;35:402-7.

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.009

COMENTARIO EDITORIAL

La coordinación con los servicios de salud mental. Un tema pendiente, manifiestamente mejorable

Coordination with mental health services. A pending subject, manifestly improvable

Ramon Ciurana Misol

CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España

Desde hace décadas se ha intentado mejorar los procedimientos que permitan coordinar mejor a los médicos de familia y los pediatras con los profesionales de los centros de salud mental. En la mayoría de los casos, las experiencias no han resultado suficientemente satisfactorias^{1,2}. Los motivos que pueden explicar este desencuentro son múltiples y complejos.

Los trastornos de la salud mental, siendo conservadores, suponen aproximadamente el 30% de la carga asistencial para un médico de familia. Entre estos trastornos se incluyen los de evolución aguda o autolimitada y los de evolución crónica, los denominados leves y los graves. La sobrecarga asistencial y las múltiples atribuciones de los profesionales de atención primaria hacen necesario explorar nuevos procedimientos y estrategias para acercarse a la problemática de la salud mental de un modo más eficiente.

Los profesionales de la salud mental y los gestores han elaborado, de forma explícita o implícita, un prontuario de trastornos que a su juicio deberían ser controlados y tratados en atención primaria y otros que deberían ser derivados a los centros de salud mental. En esta decisión los profesionales de atención primaria no han participado y la planificación de los servicios de salud mental se adapta, en general, a este modelo, falta de consenso.

Es comprensible, por otra parte, que los centros de salud mental deban invertir el mayor esfuerzo en los trastornos mentales graves y ofrecer todos los medios necesarios para controlarlos con eficacia³. Las dotaciones de profesionales de la salud mental en los centros hacen necesario que existan unos criterios de derivación.

La cuestión que debe plantearse de entrada es decidir qué personas con trastorno mental pueden ser tratadas más eficientemente en los centros de salud mental y cuáles en las consultas de atención primaria. Tratar determinados trastornos en atención primaria requiere conocimientos, actitudes y habilidades, pero también medios; muchos trastornos mentales considerados «no graves» (somatizaciones, trastornos adaptativos, distimias, trastornos de la personalidad, duelos, trastornos afectivos menores, por mencionar unos cuantos) consumen una gran cantidad de tiempo del dedicado a la asistencia y sería deseable contar con recursos adicionales, probablemente en coordinación con los servicios de salud mental y facilitados por ellos para manejarlos eficazmente, con lo que se evitaría la medicalización innecesaria⁴.

Desde esta realidad uno puede preguntarse: ¿para qué sirve la coordinación con los servicios de salud mental?, ¿qué espera de ella el profesional de atención primaria?

La coordinación debe servir para colaborar conjuntamente en beneficio del paciente. Para ello el profesional de atención primaria debe disponer de mecanismos fluidos de comunicación con los profesionales de salud mental y éstos deben mostrarse accesibles y facilitar, cuando el caso lo requiera, visitas preferentes en un plazo aceptable. Sirve también para orientar al profesional de atención primaria sobre estrategias prácticas de manejo de los casos expuestos y para decidir conjuntamente qué casos deben ser derivados.

El profesional de atención primaria espera de esta colaboración que los centros de salud mental proporcionen el seguimiento de los casos derivados y mantengan informado al profesional que lo ha derivado de la evolución de cada caso

particular, mediante las vías que resulten más prácticas. No debe olvidarse que la responsabilidad general de los pacientes sigue siendo del médico de atención primaria, al que seguirán acudiendo por otros múltiples problemas de salud.

La formación en salud mental debe considerarse un capítulo aparte, obviamente necesario, pero que debería diseñarse con una visión más recíproca entre los profesionales de ambos ámbitos y alejarse de la visión paternalista donde el profesional de salud mental «enseña» a los de atención primaria conceptos de psicopatología. Desde este punto de vista, las sesiones de exposición conjunta de los casos son muy útiles. Los grupos de reflexión estructurados, siguiendo el modelo de Balint, son un excelente recurso formativo complementario^{5,6}.

El trabajo de Luciano et al nos describe la situación en Cataluña de esta coordinación en diversos centros de salud mental para adultos, para niños y para atención a personas con drogodependencias. Para ello se sirven de cuestionarios autoaplicables y anónimos donde se pregunta a los profesionales por cuestiones relacionadas con la accesibilidad, la frecuencia de reuniones con el especialista, la información recibida de los pacientes derivados y la formación continuada en salud mental por parte de los profesionales de este ámbito. Las principales conclusiones apuntan a que hay una importante variabilidad (buenos indicadores en algunos casos y claramente mejorables en otros). Una cuestión que destacar, puesta de manifiesto por el estudio, es la escasa información revertida al profesional que deriva al paciente: en más del 35% de los casos no se devuelve información clínica al médico que lo ha derivado. Este dato es especialmente preocupante. El trabajo no concreta si la información clínica es compartida en la misma historia clínica (en general, informatizada).

Dos objetivos para mejorar: pragmatismo y bidireccionalidad

En un sistema de atención primaria donde la disponibilidad de tiempo es muy escasa, se impone el pragmatismo. Al médico de familia y el pediatra les interesa fundamentalmente lo siguiente:

- Disponer de información actualizada del paciente que ha derivado. Es imprescindible que se utilice un mismo sistema de registro de la información clínica o que se disponga de un documento clínico que informe de forma regular sobre la situación del paciente. No disponer de esta información de 1 de cada 3 pacientes es inaceptable.
- Las reuniones de interconsulta para discutir los casos que no se puede derivar requieren que el profesional de salud mental actúe con «agilidad» y sea resolutivo. Menos de una reunión al mes puede resultar inútil.
- Los programas formativos de salud mental deberían ser impartidos conjuntamente por profesionales de salud mental y de atención primaria. Esto ayudaría a conocer la realidad asistencial del otro y haría más fácil la comprensión mutua de ambos grupos de profesionales. Debería ser, además, un programa estructurado y práctico (que incluya casos clínicos reales). A partir de estas sesiones, podrían establecerse criterios de derivación. Sería deseable una sesión mensual.
- Deben establecerse vías de colaboración novedosas. Determinados pacientes pueden beneficiarse del tratamiento en

sesiones grupales dirigidas por un profesional de atención primaria y uno de salud mental. En múltiples trastornos esta estrategia terapéutica se ha mostrado efectiva y útil para los pacientes, a la vez que optimiza el tiempo de dedicación y evita la medicalización innecesaria.

- Deberían incentivarse nuevos modelos de colaboración participativos. La presencia activa en una consulta compartida del profesional de atención primaria y el de salud mental, en determinado tipo de paciente, ha proporcionado satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales.

Este acercamiento en los dos sentidos (del profesional de atención primaria hacia el de salud mental y del profesional de salud mental hacia el de atención primaria) es la única vía de colaboración posible. Es de esperar que entre todos podamos facilitar su puesta en práctica.

- Las experiencias que permitan coordinar mejor a los médicos de familia o pediatras con los profesionales de los centros de salud mental en la mayor parte de los casos no satisfacen a los profesionales de atención primaria.
- La decisión de categorizar los trastornos que deben ser tratados en atención primaria y los que deben ser derivados a salud mental no ha contado con la participación de los profesionales de atención primaria.
- La coordinación con los dispositivos de salud mental debe ser pragmática y asegurar sobre todo que el médico de atención primaria disponga de una información actualizada de la situación clínica de los pacientes derivados a salud mental.
- El acercamiento en los dos sentidos (del profesional de atención primaria hacia el de salud mental y de éste hacia aquél) con fines asistenciales o formativos es la única vía de colaboración posible.

Bibliografía

1. Keks NA, Altson BM, Sacks TL, Hustig HH, Tanaghow A. Collaboration between General Practice and community psychiatric services for people with chronic mental illness. *Med J Aust.* 1997;167:266-71. Disponible en: <http://www.mja.com.au/public/mentalhealth/course/02keks.pdf>.
2. Paquette-Warren, Vingilis E, Greenslade J, Newnam S. What do practitioners think? A qualitative of a shared care mental health and nutrition primary care program. *Int J Integr Care.* 2006;6:1-9.
3. Shared care of patients with mental health problems. Report of a Joint Royal College Working Group. Occasional paper 60. London: Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners; 1993.
4. Shared Mental Health Care in Canada. Disponible en: <http://www.shared-care.ca/resources.shtml>.
5. Tizón JL. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. I. Su origen. *Aten Primaria.* 1993;11:309-14.
6. Tizón JL. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria.* 1993;11:361-7.