

ARTÍCULO ESPECIAL

La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante

J.L. Tizón

Psiquiatra de Atención Primaria, psicólogo, psicoanalista. Director de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí (Nord). Institut Català de la Salut. Barcelona.

Palabras clave: Gestión clínica; Salud mental.

Sobre la necesidad de desarrollar el modelo de la «atención sanitaria centrada en el consultante» en el ámbito de la «atención a la salud mental»

Llamamos *atención primaria a la salud mental* (APSM) a la aplicación del modelo médico de la «asistencia centrada en el paciente»^{1,2} o «asistencia sanitaria centrada en el consultante»³⁻⁹ (ASCC) para el trabajo interdisciplinario de atención a la salud mental en la comunidad, apoyándose en la atención primaria de salud (APS). Esa forma de atender (promocionar y tratar) los temas de salud y salud (mental) poseerá, esquemáticamente, una serie de características fundamentales que llevamos difundiendo más de 20 años³⁻⁵:

1. Una vinculación teórica con la línea de APS¹⁰⁻¹³.
2. Una vinculación práctica y una fuerte «religación» con los dispositivos concretos de APS: esa línea de trabajo implica que los problemas de salud mental, así como la prevención en ese campo, han de ser un ámbito compartido entre los equipos de atención primaria (EAP), de pediatría y de medicina de familia, por un lado, y los equipos de salud mental (ESM) comunitarios, por otro.
3. Ambos tipos de equipos, además, deberán encontrarse suficientemente interrelacionados con el resto de las redes asistenciales profesionalizadas de su medio: servicios sociales, servicios psicopedagógicos, servicios de justicia, servicios de bienestar comunitario...

4. Y habrán de poder compartir el trabajo con las redes «profanas» o red social no profesionalizada: grupos vivenciales naturales de la población, ONG, actividades recreativas y deportivas, etc.

Los motivos para esa necesidad de «trabajo compartido» en la atención a la salud mental son también de dos tipos. En primer lugar, por la alta incidencia y prevalencia de trastornos mentales en la población general: cerca del 30% en las poblaciones de adultos¹⁴⁻¹⁶ y un 15-20% de los niños¹⁷⁻¹⁹. A nivel preventivo, el ingente y siempre creciente número de consultas realizadas en la APS (**tabla 1**) hace pensar que resulta un lugar accesible para la realización de pequeñas actividades preventivas o asistenciales (en el campo de la salud mental y la asistencia psiquiátrica), siempre que no alteren de forma importante el encuadre básico de dichas consultas: un encuadre que ha de ser biopsicosocial, integral y no reducidamente psicologista.

De la línea de APS, la APSM recogerá sus características fundamentales de intentar, mediante esa relación ESM-EAP, una asistencia que incluya también la atención y la asistencia a la salud (mental), es decir, a los componen-

tes psicológicos de la salud⁵. Intentará, por tanto, que esa alianza amplíe las características típicas de la APS en este ámbito. Que amplíe a los temas psicológicos y psicosociales los objetivos de una atención integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios y biopsicosociales, comunitaria y participativa, programada-evaluable y con docencia e investigación en su propio nivel^{5,12,13,20,21}.

Desde el punto de vista psicosocial, ello significa que las características de dicha asistencia serán las que se señalan en la **tabla 2**. Habrá de tratarse de una organización sanitaria que se proponga siempre acercar la asistencia a la población, integrándola en equipos territorializados e individualizados. Su perspectiva de asistencia será una perspectiva diacrónica: gran parte de las quejas y problemas no se solucionan en una consulta, con urgencia, sino a lo largo de una relación asistencial, en múltiples consultas a lo largo de las semanas, los meses e incluso los años. Su modelo teórico, técnico y práctico, por tanto, ha de ser biopsicosocial (y, más en concreto, el de la ASCC^{5,8,9,22}). Por último, hablamos de atención primaria y no de «asistencia primaria» porque ello implica

TABLA 1. Actividad asistencial de la red de atención primaria en Catalunya (1996)

Visitas de APS	Número	Frecuentación por habitante (edad de corte, 18 años)
Pediatria (hasta los 14 años)	3.019.155	2,5
Medicina de familia	22.118.092	4,6
Domiciliarias (sin 061)	677.026	0,11
Totales (6 millones de habitantes)	25.814.373	4,30

TABLA 2. Características de la atención primaria de salud (desde el punto de vista psicosocial)

1. Acercar la asistencia a la población
2. Integrarla en equipos territorializados e individualizados
3. Perspectiva diacrónica
4. Modelo teórico, técnico y práctico biopsicosocial
5. Integrar prevención-promoción y asistencia (= «atención»)
+
6. No opuesta a los «sistemas profanos» o «no profesionalizados» (sino que mejore su eficacia, efectividad y eficiencia)
7. Que evite hacer imprescindibles los «sistemas profesionalizados sanitarios»
8. Por lo tanto, especialmente atenta a la iatrogenia
Cronicidad iatrogénica
Cronicidad medicalizada
Por tanto, centrípeta respecto a la comunidad (= núcleos vivenciales habituales)

el intento consciente, voluntariamente organizado, de integrar prevención-promoción y asistencia: a eso es a lo que se llama atención sanitaria.

Desde nuestra perspectiva particular^{3-5,23}, la línea de APS y la APSM implican que su organización no debe ser opuesta, sino colaborar con los «sistemas profanos» o «no profesionalizados» de asistencia, mejorando su reconocida oportunidad y accesibilidad con elementos de seguridad, eficacia, efectividad... Ello significa que hemos de proponernos como criterio básico el evitar hacer imprescindibles los «sistemas profesionalizados sanitarios» (y, entre ellos, la propia APS). Por lo tanto, ha de ser una asistencia y una atención especialmente atenta a los fenómenos de la iatrogenia, la cronicidad iatrogénica y lo que hemos llamado la cronicidad medicalizada^{4,25}. Esos fenómenos, crecientes en nuestros aparatos sanitarios contemporáneos, agravan, tanto de modo directo como por la vía de la iatrogenia estrictamente biológica, la dependencia de la población respecto de los sistemas sanitarios. Agravan pues su heteronomía; y no hay que olvidar que la capacidad de autonomía, incluida la autonomía respecto a los aparatos sanitarios, es un criterio de salud. La única forma de evitar convertirse en polo de atracción y de heteronomía de la población en nuestra actual situación social consiste en que nuestros modelos asistenciales y organizativos sean centrípetos (y no

centrífugos) respecto a la comunidad, respecto a los núcleos vivenciales naturales de la misma.

Tras decenios de trabajo en ese sentido, ha sido cuando algunos equipos, ya no sólo de medicina de cabecera, de familia y de salud mental de adultos, sino incluso de pediatría de APS y de salud mental infantojuvenil, hemos comenzado a ver la necesidad de extender dicho modelo asistencial también a la atención a la infancia; es decir, a toda nuestra práctica común. También en el ámbito de la atención a la salud mental infantojuvenil, los que trabajamos en la APS o en contacto directo con ella pronto hemos podido sentir la imposibilidad de hacer una atención poblacional, integral, territorializada, equitativa, preventiva, etc., desde cada uno de nuestras dos redes por separado. En efecto, si se persiste en ese funcionamiento disociado, la red de salud mental infantojuvenil tiende a quedar marginada, dedicada al tratamiento intensivo de pocos casos y muy graves. Por otro lado, los equipos de pediatría de APS asisten día a día, casi impotentemente, al desarrollo de psicopatología infantil y familiar en ese porcentaje de más del 15% de los niños sin que nadie les ayude a enfocar, atender o tratar dichos problemas. De ahí que pensemos que esa línea de APSM es una línea colaborativa perfectamente aplicable –diríamos que imprescindible– en el trabajo en atención primaria con todos los grupos etarios: infancia, ado-

lescencia, adultez y vejez. En definitiva, que también en el ámbito infantil (o en el geriátrico) es necesaria una visión menos hospitalocéntrica, más comunitaria, más participativa y colaborativa, entre los equipos de APS y los de salud mental.

Fuentes e historia de una interpenetración

La APSM y su modelo teórico, la ASCC, se han desarrollado históricamente por la confluencia de tres líneas de trabajo asistencial: *a) la psiquiatría comunitaria y sus antecedentes y variantes; b) diversos tipos de aplicaciones del psicoanálisis a la asistencia pública, y c) la línea de atención primaria de salud*¹¹. Es decir, que las bases de la APSM provienen de dos ámbitos de conocimiento y dos tipos de técnicas asistenciales: *a) la medicina, la asistencia sanitaria y la atención a la salud por un lado, y b) los dominios de la psiquiatría, la psicología clínica y el psicoanálisis aplicado, por otro*.

Desde el punto de vista histórico, a partir de la psiquiatría, la psicología clínica y el psicoanálisis han colaborado en el desarrollo de esta perspectiva diversas corrientes y movimientos: la psiquiatría comunitaria y el movimiento de las comunidades terapéuticas (al menos desde Maxwell Jones); otras experiencias comunitarias, tanto de orientación psicoanalítica (desde V. Schmidt en el Moscú posrevolucionario hasta nuestros días) como no psicoanalítica (por ejemplo, el desarrollo de los *Community Mental Health Centers* norteamericanos); aplicaciones del psicoanálisis a la psiquiatría tales como las experiencias francesas y suizas de la «psiquiatría de sector» (un primer intento de territorialización); las aplicaciones a la asistencia pública del psicoanálisis británico (psicoterapia de niños, familia, psicoterapias breves y focales, grupos Balint...); las perspectivas grupales e institucionales del psicoanálisis (tales como las de Tosquelles, Menzies y Jacques, Bion, Foulkes...), etc. Por otra parte, para que se haya llegado a ese modelo, también han colaborado decididamente muchos de los movimientos reformadores de la psiquiatría: desde los modelos de atención a los pacientes psiquiátricos de la medicina árabe clásica y los movimientos liberadores de Pinel en Francia y el P. Joffre en España, hasta las diversas corrientes de lo que se

llamó «movimiento antipsiquiátrico» (británico, italiano, español...). En el caso español, en los últimos decenios esos movimientos reformadores dieron lugar a la lucha por la transformación de los manicomios, así como a actividades reformadoras de las redes extrahospitalarias existentes durante el franquismo, tales como la «neuropsiquiatría de zona»... A ese movimiento profesional y social se le ha llamado en nuestro país la «reforma psiquiátrica».

Todos esos movimientos, a menudo contradictorios, abigarrados, no lineales en su inserción de unos sobre los otros, tenían, sin embargo, al menos una propuesta común, propuesta que se ha ido sedimentando en los últimos decenios y que podría concretarse en un principio asistencial: para la atención a los problemas de salud mental de la población, la intervención fuera de los hospitales (y de los hospitales psiquiátricos) es imprescindible. Y más aún en el caso de la psiquiatría y psicología clínica infantil, añadiríamos.

Pero al mismo tiempo, casi en los mismos años, se desarrollaba un movimiento paralelo y convergente desde la medicina de cabecera, los *general practitioners* y *general physiciens* británicos y norteamericanos y de algunos pediatras de orientación social o psicosocial. Ese movimiento y sus críticas coincidía con otro género de críticas muy diferentes, provenientes en este caso de economistas, administradores de la salud, políticos y líderes alternativos... En particular, los años sesenta y setenta fueron una época de grandes invectivas hacia los sistemas de salud, tal como estaban organizados hasta entonces. En los países «desarrollados» se criticaban los costos imparables de los mismos, su burocratización, su falta de equitatividad, su ineffectividad, ineficiencia, inseguridad, inaccesibilidad, su refuerzo de la heteronomía de los consultantes más que de la autonomía (componente básico de la salud), etc. En los países «subdesarrollados» se criticaban las insuficiencias presupuestarias de los propios sistemas de salud, su orientación y forma de funcionamiento que implicaban el aplastamiento de las culturas y medicinas autóctonas, etc. Y encima, sin que dichos sistemas en esos países pudieran librarse de buena parte de las críticas que eran válidas para los sistemas de salud de los países «del primer mundo». La conclusión básica

TABLA 3. Algunas dificultades de relación entre los equipos de atención primaria y los de salud mental

Problemas	Provenientes del
En cuanto a objetivos y programas	Equipo de atención primaria
En cuanto a la organización	Equipo de salud mental
En cuanto a actitudes y teorías	
En cuanto a formación	Bidireccionales
En cuanto a la pragmática de la organización	

de esta perspectiva crítica fue la necesidad de crear el tipo de línea sanitaria y dispositivos que se ha llamado atención primaria de salud¹¹.

Anteriormente y en otros trabajos hemos expuesto algunas ideas respecto a la complementación entre la psiquiatría extrahospitalaria y comunitaria con la APS^{5,23,24}. Aquí tendríamos que recordar también que en los orígenes de dicha organización y línea sanitaria se encuentran importantes movimientos médicos y sanitarios: hay que recordar al menos el impulso de la «medicina social» y la «pediatría social» centroeuropeas y latinas de finales del XIX y principios del XX, pero también los movimientos de la medicina psicosomática, antropológica u holística impulsados tanto por el psicoanálisis (Freud, Ferenczi, Balint, Groddeck...) como por la fenomenología (Von Weissäcker, V. Frankl, etc.). Otra presión para la complementación procede de la tradición y sedimentos de determinadas organizaciones sanitarias alternativas, tales como las desarrolladas por el anarcosindicalismo español antes y durante la Revolución Española de 1931-1937, la de los «médicos descalzos» de la Revolución Cultural China, algunos aspectos originales de la sanidad cubana o de otros países del Tercer Mundo, etc.

Pero a medida que la APS se iba aplicando y poniendo en marcha, intentando desarrollar en la práctica las características postuladas en el modelo, comenzaron a surgir problemas^{26,27}. Uno de los problemas emergentes consiste en que en dichos dispositivos una parte importante de los consultantes acude... por problemas de salud mental o por «quejas biológicamente inexplicables»²⁸⁻³⁰. Eso ha llevado a la necesidad de contactos, interconsultas e intentos de trabajo colaborativo entre médicos de familia-cabecera o pediatras, por un lado, y el personal de salud mental, por otro. Y pronto aparecieron importantes dificultades para esa colabora-

ción²⁶⁻²⁸. No es este el lugar para desarrollar una descripción de dichas dificultades (realizada en otros lugares^{5,28,29}), por lo que nos limitaremos a recordar aquí que dichos problemas son bidireccionales: los equipos de salud mental tenemos problemas para entendernos con la APS (y con los pediatras de APS, desde luego) y los equipos de APS, de pediatría o de adultos encuentran importantes problemas para trabajar conjuntamente con los equipos de salud mental y psiquiatría, tanto hospitalarios como extrahospitalarios. La tipología general de los problemas se esquematiza en la tabla 3.

Concepto y principios de la «atención primaria a la salud mental» (APSM)

Como alternativa a tales dificultades bidireccionales, hace 20 años que venimos defendiendo la línea de la APSM, una actualización organizativa de la psiquiatría comunitaria. En cuanto a modelo, se trata de una concreción de la ASCC para el caso de la atención a la salud (mental) y, por lo tanto, para una atención integral a la salud de la población.

La APSM sería, por tanto, una forma de realizar la atención a la salud mental y psiquiatría comunitarias apoyándose, sobre todo, en la colaboración con los equipos de APS. Y con un doble objetivo: mejorar las capacidades de estos para la atención específica a los problemas «de salud mental» y favorecer un trasvase progresivo de técnicas, conocimientos y habilidades entre ambos tipos de equipos^{5,28}.

En la tabla 4 se resumen una serie de principios generales para la APSM en la coyuntura actual. Este modelo teórico y organizativo implica unas consecuencias asistenciales directas en el ámbito de la salud mental. Por ejemplo, que hoy por hoy, ante la alta demanda de la población en temas de salud mental infantojuvenil y de adultos, resulta difícil

TABLA 4. Principios para la atención primaria a la salud mental (APSM) en la coyuntura actual

Principios «generales»	
Importancia de la perspectiva preventiva – programas preventivos, por ejemplo, el del «Niño sano», los del PAPPS, etc.	
Papel central de los dispositivos de «salud general» (EAP de Familia y Pediatría)	
Ayudar al EAP en la orientación «psicológicamente influida» de la praxis sanitaria	
Proporcionar recursos psicodiagnósticos directamente utilizables por el EAP (grupos de reflexión, interconsulta...)	
Mejorar los recursos psicodiagnósticos y terapéuticos propios de la APSM en la prevención secundaria y terciaria	
Principios asistenciales: tipos de terapias	
Difíciles las técnicas psicológicas «formalizadas»	
Necesidad de nuevos dispositivos secundarios para realizarlas	
Necesidad de nuevas estrategias asistenciales para APSM	Reformas técnicas: entrevistas de contención, procesos de elaboración de duelos, psicoterapias breves y focales, técnicas de «flash», etc. Técnicas mixtas: interparadigmáticas Psicofármacos, pero utilizados según el modelo BPS
Perspectivas diagnósticas replanteadas	Utilidad del diagnóstico psiquiátrico (pero es un solo elemento del diagnóstico pentaaxial)
Atención integrada de niños y adultos	
Trabajo parcialmente protocolizado	
Importancia de nuevas técnicas grupales	
Integración de los dispositivos de SM con la APS	
Principios respecto a la promoción y prevención	
Reforzar lo ya existente	
Apoyo a los «sistemas y redes profanas»	
Apoyar al resto de los sistemas «profesionalizados»: equipos psicopedagógicos, centros de acogida para madres e hijos de riesgo, de educación maternal, de orientación familiar, servicios sociales...	
Profesionalizando lo menos posible lo preventivo	
Por tanto, dos tipos de trabajo preventivo por parte de los ESM	
Directo	
De apoyo (+++)	
Partiendo del «diagnóstico de salud mental de la zona»	

TABLA 5. El programa mínimo de colaboración equipo de atención primaria (EAP)-equipo de salud mental (ESM)

Interconsulta periódica EAP-ESM
Formación básica en salud mental para los EAP
Participación en la elaboración del plan de salud del sector de referencia (EAP y ESM)
Colaboración en la elaboración de los programas de salud preventivos que se desarrollen en atención primaria de salud
Concretar un sistema de soporte documental para el intercambio de información clínica en las derivaciones e informes

aplicar con todos los demandantes las técnicas psicológicas «formalizadas» para las cuales nos prepararon a los integrantes de los equipos de salud mental. Será necesario crear nuevos dispositivos secundarios para realizarlas (centros de psicoterapia,

centros de día o de noche, unidades de crisis, etc). Correlativamente, resulta imprescindible, tanto en SM como en APS, poner en marcha nuevas estrategias asistenciales para la APSM. Esto implica pensar, aplicar e investigar toda una serie de refor-

mas de nuestras técnicas psicoterapéuticas (tales como las que hemos llamado entrevistas de contención, entrevistas de elaboración de duelos, terapia familiar breve y ayudas familiares breves, psicoterapias madre-hijo, observación terapéutica del niño junto con su madre, psicoterapias breves o «de flash» etc.^{24,29}). También implica la necesidad de poner en marcha técnicas mixtas, interparadigmáticas, con elementos cognitivo-conductuales y con elementos psicodinámicos^{31,32}.

Por otra parte, y más en salud infantjuvenil, es necesario plantearse el uso de los psicofármacos no con un modelo clásico, biologista y parcial, a menudo con repercusiones negativas en el desarrollo psicomotriz y emocional de los niños y en la autonomía de niños y adultos, sino según el modelo biopsicosocial (o el modelo de la ASCC); ello implica un uso bien diferente de los psicofármacos en la asistencia, tal como hemos intentado exponer en 1992, 1996 y 1997^{5,24,28}. Máxime después de que los resultados de metaanálisis rigurosos e independientes, tales como los de Hazell y colaboradores³³ lleguen a afirmaciones similares a la siguiente: «Los antidepresivos (tricíclicos) resultan no ser más efectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión de niños y adolescentes.» Es un tema con graves repercusiones, sobre todo ahora que se está proponiendo la extensión masiva de los psicofármacos en general y de los nuevos antidepresivos en particular al «tratamiento» de diversos trastornos psico(pato)lógicos de niños y adultos. ¡E incluso en una supuesta «prevención de la depresión»!

El desarrollo de la línea de APSM entre los EAP, por un lado, y los de salud mental, por otro, debería regirse por una serie de principios generales, entre los que destaca hoy aquí los siguientes:

1. *Integración de la prevención y la asistencia.* La importancia de la perspectiva preventiva y, por lo tanto, la participación conjunta en programas preventivos tales como el del «Niño sano»³⁴, los de «Embarazo y puerperio»²⁴ o los desarrollados por alguna sociedad profesional para los equipos de APS, tales como los programas preventivos en salud mental desde la APS de la semFYC y el PAPPS^{35,36,44,45} u otros programas de diversos países³⁷⁻⁴³.

2. Primacía de la APS en la aproximación clínica. Deberán ser los dispositivos de «salud general», los dispositivos de medicina de familia y pediatría de APS, los ejes fundamentales y los encargados de la «globalización» o «atención integral» de los pacientes y familias, aunque en los casos y períodos de mayor gravedad esa atención integral pueda (y deba) ser compartida por los equipos de SM y de APS.

3. Perspectiva clínica biopsicosocial. La colaboración entre ambas redes ha de ser a nivel biopsicosocial, y no sólo biológico. A este nivel, los nuevos equipos de APS y pediatría de APS han ido aumentado su formación y capacidades, incluso en neurobiología del desarrollo, psicofarmacología, etc. Por ello, lo realmente importante para los EAP es que el ESM les ayude en los aspectos psicológicos y psicosociales de su trabajo, es decir, en la orientación «psicológicamente influída» de la praxis sanitaria^{5,46}.

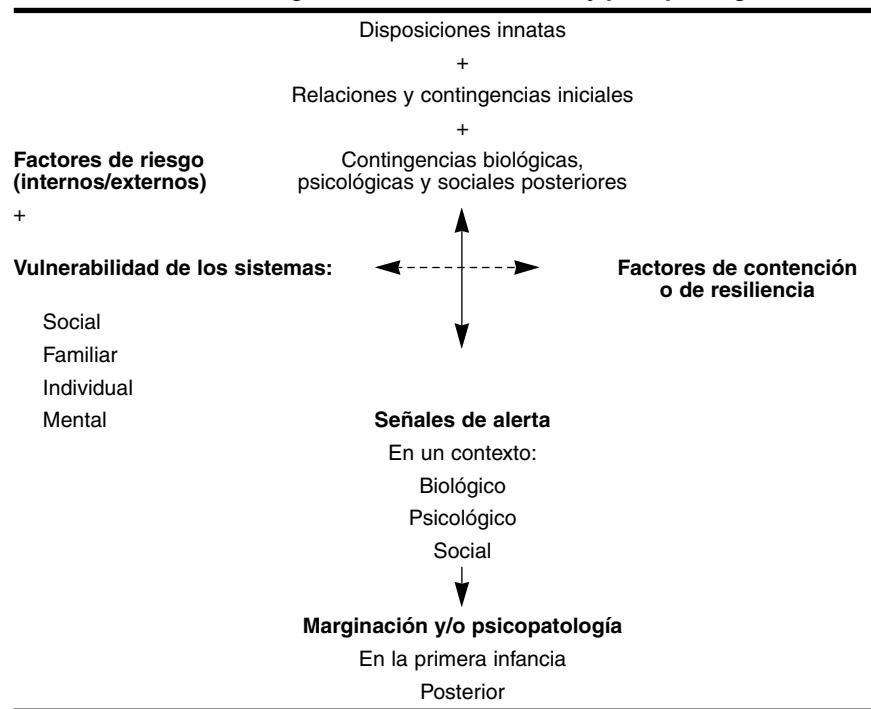
4. Recursos psicodiagnósticos adaptados a la clínica de APS y APSCM. Otro de los principios generales de la colaboración entre los equipos de APS y los de salud mental consiste en que estos últimos deben intentar proporcionar recursos psicodiagnósticos directamente utilizables por el EAP, y proporcionarlos en las interconsultas formalizadas, en los grupos de reflexión o «tipo Balint», en actividades clínicas conjuntas, en sesiones clínicas conjuntas, etc. En otros lugares^{47,48} hemos expuesto situaciones y viñetas que ilustran el tipo de colaboración y de recursos «psicodiagnósticos» que, a nuestro entender, precisan los equipos de APS. En ese sentido, las clasificaciones y escalas de evaluación psiquiátricas habituales desempeñan un papel, pero sólo un papel parcial en el conjunto de necesidades «psicodiagnósticas» reales de tales equipos de APS y APSCM^{36,44,45}. Por otro lado, para los equipos de salud mental, la actitud propia de la APSCM supone intentar desarrollar nuevas perspectivas diagnósticas tanto en su propio trabajo como para los equipos de APS: por ejemplo, a un médico de familia de poco le vale saber que un adolescente está desarrollado un cuadro fóbico y que hay quien (aventureramente) piensa que los «nuevos antidepresivos» le resolverán el cuadro. Lo que al equipo de APS le interesa es cómo diagnosticar precozmente situaciones similares y cómo poder intervenir en las relacio-

TABLA 6. El programa de formación continuada en salud mental de la atención primaria de salud en Catalunya

Pediatria de APS	Medicina de familia y comunitaria	Enfermería	Trabajo social
1. Curso de entrevista clínica			
2. Curso básico de formación en salud mental para APS			
3. Introducción a la atención a la familia desde la APS	3. Introducción a la atención a la familia desde la APS	3. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería	3. La intervención del TS con grupos específicos de pacientes.
4. Programas preventivos para pediatría de APS	4. Abordaje del duelo y las pérdidas	4. La intervención psicosocial de la enfermera (nivel II)	4. Técnicas grupales para TS de APS
5. Grupos de reflexión (tipo Balint) o seminarios de antropología básica	5. Detección y tratamiento precoz de la depresión o grupos de reflexión (tipo Balint)	5. Grupos de reflexión (tipo Balint)	5. Grupos de reflexión (tipo Balint)

Tomada de^{24,50}.

TABLA 7. Factores de riesgo, factores de contención y psicopatología



nes familiares y microsociales que favorecen y desarrollan esas patologías... Cómo captar, por ejemplo, la relación fóbica o simbiótica de muchas de estas madres para con muchos de estos hijos, cómo poder valorar las capacidades del padre para «introducirse» en la situación, cómo entender, en definitiva, lo que pasa ante sus ojos en cada consulta y poder intervenir (prudentemente) en ello. Lo que interesa a los equipos de APS es que los equipos de salud mental les ayuden a

saber cuándo y cómo «saltar a lo psicológico»^{5,6}, con qué técnicas, con qué cuidados específicos de entrevista, etc. Esos son los recursos psicodiagnósticos directamente utilizables por el EAP. Por otra parte, al EAP le interesa que alguien contenga su angustia ante los casos y familias difíciles o ante la pléthora de situaciones en las cuales el pediatra o la enfermera se ven desbordados por las familias. En tercer lugar, los EAP actuales necesitarían que alguien (los ESM) les pro-

TABLA 8. Protocolos asistenciales y grupos propuestos en una unidad de salud mental vinculada a la APS

Código: 1. PROTOCOLOS ASISTENCIALES PARA ADULTOS	
097 Agorafobia	163 UFAD (derivación a las unidades hospitalarias de desintoxicación)
107 Alcohol (dependencia alcohólica)	164 UFAD (educación sanitaria)
095 Ancianos	165 UFAD (atención en casos de sobredosis en APS)
100 Anticonvulsivantes	166 UFAD (mantenimiento con antagonistas)
103 Cefaleas	167 UFAD (pruebas biológicas a solicitar ante un paciente drogodependiente)
104 Conocimiento (pérdida breve del conocimiento)	168 UFAD (mantenimiento con agonistas)
108 Contención en APSM	
113 Demencia (atención a personas con signos o síntomas de demencia)	
011 Deporte de mantenimiento	Código 3. GRUPOS
101 Depresión en APSM	304 Grupo paralelo: familiares de adolescentes con problemas
109 Deshabituación de psicofármacos	320 Adolescentes (grupo de...)
105 Devolución de pacientes a atención primaria de salud	383 Adolescentes: grupo de adolescentes (expresión de la fantasía)
114 Diagnóstico en la atención primaria a la salud mental	300 Alcohólicos: grupo de alcohólicos
090 Domicilio: visita domiciliaria	322 Alcohólicos: grupo de alcohólicos y familiares
110 Drogodependientes en atención primaria de salud y en los equipos de salud mental	305 Asmáticos: grupo de niños asmáticos
111 Drogodependientes en recepción (recepción del drogodependiente en APS o APSM)	305 Asmáticos: grupo de familiares de niños asmáticos
112 Duelo (ayuda psicológica en la elaboración del duelo)	303 Ayuda mutua y socialización
118 Familia (entrevista familiar en APS y APSM)	309 Crónicos (familiares de pacientes crónicos)
140 Higienización (solución de problemas)	312 Cumplimentación terapéutica
125 Incapacidad transitoria e invalideces	340 Mujeres distímicas
127 Ingreso psiquiátrico urgente e ingreso psiquiátrico	314 Familiares de drogodependientes
130 Litio (sales de litio)	315 Embarazadas
126 Organización mínima de un servicio de salud mental vinculado a la atención primaria	301 Familias: entrevistas familiares
093 Pacientes acompañados (pacientes que requieren ser acompañados a causa de su autonomía personal limitada)	310 Familiares de enfermos graves y/o crónicos
139 Pareja (problemas cotidianos graves de pareja)	311 Interconsulta de primera infancia
141 Psicodiagnóstico (exploración psicodiagnóstica de los adultos en un equipo de salud mental vinculado a la atención primaria de salud)	321 Expresión y juego en niños (mayores de 6 años)
142 Psicofármacos (indicación de psicofármacos según el tipo de ansiedad predominante)	333 Expresión y juego en niños (menores de 6 años)
145 Psicoterapia breve	324 Logopedia relacional
148 Recursos sociales (niveles de intervención en salud mental comunitaria)	318 Masaje terapéutico
131 Relación de apoyo y colaboración ESM-EAP	319 Masaje terapéutico para bebés
151 Relajación	336 Migraciones y salud mental (MIGRASAME)
133 Retard (neurolépticos retard)	339 Mujeres en la edad media de la vida
134 Somatomorfos	345 Neurolépticos retard
157 Sueño (problemas del sueño)	348 Familiares de pacientes neurológicos graves
159 Tabaquismo (colaboración con los EAP en la prevención del tabaquismo)	353 Observación terapéutica del niño junto con su madre (OTNM)
094 Teléfono: entrevista clínica telefónica	354 Grupo (paralelo): padres de niños que acuden a grupos (o a terapias periódicas)
121 Terapia de «flash» psicoterapéutico (procesos de sensibilización a lo psicológico)	318 Progenitores de niños enuréticos (grupo PENUR)
160 Traumatismo craneoencefálico	363 Psicomotricidad relacional
161 Unidad funcional de atención al drogodependiente (UFAD) (si un paciente de la UFD precisa de otra atención psicosocial)	364 Psicoterapia psicoanalítica
162 UFAD (desintoxicaciones domiciliarias)	355 Familiares de pacientes psicóticos
	365 Púberes
	366 Puérperas
	369 Reeducación y psicopedagogía relacional
	372 Relajación
	380 Pacientes somatizadores y grandes consumidores asistenciales (grupo amplio)
	342 Grupo de tratamientos somatomorfos epidémicos
	316 Trastorno conversivo epidémico

**TABLA 8. Protocolos asistenciales y grupos propuestos en una unidad de salud mental vinculada a la APS
(continuación)**

GRUPOS PREVENTIVOS	
351 Obesidad-control de peso	415 Inspección y dirección (discusión problemas asistenciales con personal de inspección y dirección)
Grupos de ayuda psicológica a la maternidad	416 Interinos (información a médicos interinos)
315 Embarazadas	361 Reflexión sobre los problemas psicológicos de la práctica sanitaria para el personal no médico
357 Madres y padres	307 Reflexión sobre las relaciones padres-hijos con el personal de pediatría
366 Puérperas	308 Seminarios «teóricos» en tanto que «grupos de trabajo»
Grupos dirigidos al personal asistencial	401 Grupo y programa preventivo-docente «guarderías-observación de bebés»
306 Balint, «tipo Balint» o grupos de reflexión sobre los problemas relacionales de la práctica sanitaria	313 Seminario de observación terapéutica en la infancia
317 Reflexión con el personal de enfermería del centro de salud	400 Unidad funcional de atención a la salud mental de la primera infancia (UFAPI)
327 Interconsulta	
302 Reflexión sobre problemas asistenciales y administrativos con el personal de inspección y dirección	

porcionan es indicaciones sobre cómo relacionarse con ese consultante y esa familia, qué decirles, cómo orientarles, cómo derivarles cuando es necesario... Se trata de aportaciones de los ESM que difícilmente podrán darse fuera de interrelaciones «formalizadas» con los EAP: en el «grupo de interconsulta»^{49,50}, en grupos de reflexión o «tipo Balint»^{51,52}, en actividades clínicas conjuntas, en sesiones clínicas conjuntas, en la aplicación conjunta de programas preventivos, etc. En resumen, con lo que en Catalunya hemos llamado el Programa Mínimo de Colaboración ESM-APS (**tabla 5**⁴⁹). O con sistemas de puesta al día de sus posibilidades de interrelación y formación mutua, tales como el Programa Priorizado de Formación en Salud Mental para la Atención Primaria (**tabla 6**^{24,28,50}).

5. *Adaptación de los recursos psicodiagnósticos y psicoterapéuticos de los ESM para el trabajo en APSM y para la prevención secundaria y terciaria.* Esto implica, desde luego, la necesidad de mejorar los recursos psicodiagnósticos y terapéuticos de los ESM para la prevención secundaria y terciaria. Generalmente, los ESM se encuentran poco preparados o dispuestos para este trabajo de «proporcionar diagnósticos accesibles, eficaces y oportunos a los equipos de APS». Como para otros tipos de modificaciones de su trabajo habitual que he descrito en otros lugares^{5,24,48}: para la realización del diagnóstico pentagonal, para la atención integrada de niños y adultos, para el trabajo parcialmente protocolizado, para la puesta en marcha de técnicas grupales, para la comunicación con los equipos de APS, etc.

6. *Formación para la capacidad de observar (sin actuar).* Como ya hemos explicitado en otros lugares^{5,24,53-56}, una necesidad básica para poder desarrollar la línea de trabajo de la atención primaria a la salud mental consiste en mejorar nuestras capacidades de observación y nuestras técnicas observacionales, un aspecto indudablemente descuidado en la formación médica. Durante los últimos decenios, tal vez ésta se halla en exceso orientada hacia la intervención y el empirismo como para poder desarrollar los hábitos de observación en la entrevista, observación de la familia, observación en salas de espera, autoobservación, etc. Pero existen vías, técnicas y medios actualizados para mejorar ese aspecto fundamental de la asistencia y las entrevistas clínicas: supervisión y tutorización de entrevistas, grupos «tipo Balint», técnicas de «observación del niño junto con su madre»⁵⁵, técnicas de «observación asistencial en la infancia»^{24,55,56}, supervisión de las entrevistas a domicilio, tutorización de las actividad psicosociales del EAP, etc. Respecto a la promoción y prevención en salud mental, que recordaba como primer principio general, más que grandiosos y desmedidos intentos de prevención primaria y secundaria propios y específicos, hoy por hoy de dudosa viabilidad y fundamento científico, creemos que la línea de APSM debería dar prioridad a un trabajo preventivo también conjunto con las características que enumeraremos muy rápidamente:

1. Poseer un esquema o modelo general que incluya no tan sólo la acción de los «factores de riesgo» para la sa-

lud mental, sino también de los factores contenedores o de resiliencia, modelo tal vez similar al presentado en la **tabla 7**.

2. Reforzar los esfuerzos y grupos ya existentes (guarderías «reformadas» o asistidas, escuelas, programas preventivos de APS y, entre ellos, el Programa Preventivo del «Niño sano», etc.).

3. Apoyo a los «sistemas y redes profanas».

4. Apoyo y colaboración con el resto de los sistemas «profesionalizados»: servicios sociales de base, equipos psicopedagógicos, centros de acogida de madres de riesgo, centros de orientación familiar y planificación familiar, servicios de atención a la mujer y al inmigrante...

De acuerdo con las características psicosociales de la APS y la APSM, que resumíamos en la **tabla 2**, esos trabajos deberían realizarse profesionalizando lo menos posible en lo que atañe a lo preventivo y partiendo de un cierto «diagnóstico de la salud (mental) de la zona o territorio», realizado conjuntamente entre los equipos de APS y los equipos de salud mental.

En cuanto al marco de referencia teórico-psicológico en el que encuadrar este tipo de trabajo, hoy puede ya decirse que los dos que dominan la psicología clínica contemporánea (el marco de referencia cognitivo-conductual y el psicoanalítico) están convergiendo progresivamente. Y mucho más en el caso de la aproximación y el trabajo conjunto con la APS^{31,32}. De manera que, para la formación en salud mental de los equipos de APS y de pediatría de APS, lo importante no es tanto el marco de referencia con el que enfoque los te-

TABLA 9. Algunos programas preventivos y de promoción de la salud mental desde la atención primaria a la salud mental (APSM)

<i>Para la infancia y la adolescencia</i>
Embarazo: atención a la mujer y al niño durante el embarazo y el puerperio
Embarazo en la adolescencia
Factores de riesgo y señales de alarma en las diversas edades de la infancia
Familias monoparentales: hijos de familias monoparentales
Guarderías y observación de bebés
Grupos preventivos
Lenguaje (trastornos en el desarrollo del lenguaje)
Maternidad (paternidad): ayuda psicológica a la maternidad (paternidad)
Masaje terapéutico y relación madre-bebé
Niños «enfermizos»
Niños hospitalizados y posthospitalizados
Observación terapéutica en la infancia
Patología psiquiátrica en los padres, antecedentes de
Reeducación y psicopedagogía relacional
Retraso escolar
Suicidio: prevención del suicidio desde la APSM
Unidad funcional de atención primaria a la salud mental de la primera infancia
<i>Para adultos</i>
Ancianos: cambios frecuentes de domicilio en los ancianos
Ansiedad: diagnóstico y tratamiento precoces de los trastornos por ansiedad excesiva desde la APSM
Demencia: diagnóstico precoz y actividades paliativas
Depresión: diagnóstico precoz de la depresión en APSM
Embarazo y puerperio: ayuda psicológica en el embarazo y el puerperio
Jubilación: preparación de la «red social» tras la jubilación
Obesidad: prevención de la obesidad
Pérdida de funciones psicofísicas importantes: atención al paciente y sus familiares
Pérdida de un familiar o allegado
Suicidio: prevención del suicidio desde la APSM
Técnicas grupales con fines preventivos
Terminal: cuidado del paciente terminal y de su familia

mas el ESM, sino su capacidad de colaborar con el EAP y de proporcionarle tutorización y supervisión de sus entrevistas, actividades de *counselling* en ese ámbito y en el de las técnicas grupales, así como la capacidad y la accesibilidad para trabajar conjuntamente ambos equipos en la mejora de sus capacidades de observación y en las técnicas observacionales⁴⁹⁻⁵². Eso ha de llevar a ambos equipos a desarrollar «carteras de servicios asistenciales» diferentes de las tradicionales: tal vez, similares y ampliadas respecto a la que se muestra en la *tabla 8*, desarrollada en la Unidad de Salud Mental de Sant Martí (Nord) del Institut Català de la Salut de Barcelona. También «servicios o programas preventivos» similares o más amplios que los que figuran en la *tabla 9*, procedente de la misma unidad. Ambos

grupos de técnicas de trabajo en APSM han sido explicitados en las obras colectivas de ese dispositivo^{24,48} y no son contradictorios sino derivadas y aplicaciones de las técnicas tradicionales de trabajo en salud mental comunitaria, tales como las reseñadas en la bibliografía⁵⁷⁻⁶¹. Pero ese es sólo el principio: a partir de ahí se abre un amplio camino de trabajo conjunto y colaboración^{26,27,49,50} de cuyas metas, hitos y logros poco más podría decir hoy día, por lo que es un buen momento para terminar esta breve presentación del submodelo de la APSM.

Bibliografía

1. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1968.
2. Balint E, Norell IS, compiladores. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidós, 1973.
3. Tizón JL. Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de la salud mental. Revista Mensual/Monthly Review 1981; 4 (6-7): 39-55.
4. Tizón JL. La atención primaria en salud (mental). Una perspectiva. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1986; 17 (6): 229-252.
5. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma, 1988.
6. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1986.
7. Borrell F, Prados IA. Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas. Barcelona: Doyma, 1995.
8. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Londres: SAGE, 1995.
9. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole S, McWhinney IR, Smilkstein G.

- Perpectives on patient-doctor communication. *J Family Frac* 1993; 37: 377-388.
10. OMS. Salud mental y desarrollo psicosocial del niño. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS, 1977.
11. OMS. Alma-Ata 1978: la atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 1978.
12. Vuori HV. ¿Qué es la atención primaria de salud? *Aten Primaria* 1983; 0: 3-4.
13. Vuori HV. Atención primaria de salud en Europa: problemas y soluciones. *Aten Primaria* 1987; 1: 1-10.
14. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community. Fathaway to psychiatric care. Londres: Tavistock, 1980.
15. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders. Londres: Routledge, 1992.
16. Tizón JL. Prevención de los trastornos de salud mental. En: PAPPS y semFYC. Curso a distancia de prevención en atención primaria. Módulos 5,6 y 7. Barcelona: semFYC, 1999; 5-31.
17. Cox AD. Preventive aspects of child psychiatry. En: Garralda ME, editor. Managing children with psychiatric problems. Londres: BMJ, 1993; 179-207.
18. Garralda ME. Managing children with psychiatric problems. Londres: BMJ, 1993.
19. Rutter M. De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Córdoba: Fundación Castilla del Pino, 1997. 20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
21. Martín-Zurro A, Cano JF, directores. Atención primaria. Barcelona: Mosby-Doxma, 1994.
22. Tous IA. El modelo biopsicosocial en la salud. *Aten Primaria* 1987; 4 (2): 100-102.
23. Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. Revisiones en Salud Pública 1995; 4: 57-83.
24. Tizón JL, San José I, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder, 1997.
25. Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrino N, Plans R. La cronicificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: una perspectiva desde la neuropsiquiatría de zona. *Psíquis* 1986; 71: 35-58.
26. OMS-WHO. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS, 1992.
27. González R, Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington: Organización Panamericana de Salud OPS-OMS, 1991.
28. Tizón JL. Posibilidades, medios y sistemas de relación entre los equipos de salud mental y los equipos de atención primaria. En: Otero JF et al, editores. Trastornos psiquiátricos y atención primaria. Madrid: Doyma, 1996: 31-52.
29. Tizón JL. El equipo psicosocial dentro de la atención primaria de salud: presentación de una experiencia piloto. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1991; 11: 109-123.
30. Epstein RM. The patient-physician relationship. En: Mengel MB, Molleman WL, editores. *Fundamentals of clinical practice: a textbook on the patient, doctor and society*. Nueva York: Plenum Medical Books, 1996; 105-132.
31. Tizón JL. Cognitivismo, psicoanálisis, psicobiología (II): cognitivismo y psicoanálisis en las técnicas de psicoterapia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona* 1997; 4: 133-138.
32. Tizón JL. Cognitivismo, psicoanálisis, psicobiología (I): una perspectiva hacia el futuro. *Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona* 1997; 6: 163-176.
33. Hazell P, O'Connell D, Heathcote A, Robertson I, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995, 310: 897-900.
34. Direcció General de Salut Pública, Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabé J, Casalé D, Cerdán G et al. Medicina preventiva en l'edat pediàtrica: procol de salut mental. Barcelona: Direcció General de Salut Pública-Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
35. semFYC, PAPPS. Curso a distancia de prevención en atención primaria. Barcelona: semFYC, 1999.
36. Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria. En semFYC, PAPPS, editores. Curso a distancia de prevención en atención primaria. Módulo S: Salud mental. Barcelona: semFYC, 1999; 5-31.
37. Brogren PO. Promotion of mental health. Helsinki: Nordiska Halsovards-hogskolan Socialdepartament, 1985.
38. Royal College of General Practitioners. Prevention of psychiatric disorders in general practice. Londres: Royal College GP, 1981.
39. Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists. Shared care of patients with mental health problems. Londres: Royal College GP, 1993.
40. Hayward RS, Steinberg EP, Ford DE. Preventive care guidelines: 1991. *Ann Intern Med* 1991; 114 (9): 758-783.
41. Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós, 1985.
42. Meissels SI, Shonkoff JP, compiladores. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge, 1990.
43. Newton I. Preventing mental illness in practice. Londres: Routledge, 1992.
44. Red de Centros Investigadores de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Subprograma de Prevención en Salud Mental. En: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1996.
45. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron R, Fernández C et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1997; 20: 122-151.
46. Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación (5.ª ed.). Barcelona: Biblária, 1995.
47. Tizón JL. ¿«Grupos Balint» o «grupos de reflexión» (sobre los componentes relacionales de la asistencia)? Temas de Psicoanálisis (Barcelona) 1998; 3: 7-37.
48. Tizón JL, director. Salud mental en atención primaria y atención primaria a la salud mental. Barcelona: Doyma, 1992.
49. Consell Asesor en Salut Mental de la Generalitat de Catalunya-Tizón JL, coordinador. Treballs, conclusions i recomenacions dels grups de treball sobre «colaboració i suport amb l'atenció primària». Barcelona: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, 1995.
50. Consell Asesor en Salut Mental de la Generalitat de Catalunya-Tizón JL, coordinador. Inform final i recomenacions del grup de treball sobre formació en salut mental per a la atenció primària de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, 1996.
51. Tizón JL. Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud (I). *Aten Primaria* 1993; 6: 309-314.
52. Tizón JL. Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud (y II): algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria* 1993; 7: 361-367.
53. Tizón JL. Reflexiones sobre la formación para la atención a la salud mental infantil-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1996; 16 (57): 129-146.
54. Tizón JL. Notas sobre investigación y formación en la atención a la salud mental en la infancia. *Clinica y Análisis Grupal* 1996; 72 (18): 255-269.
55. Tizón JL. La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil. *Clinica y Análisis Grupal* 1991; 13 (3): 417-443.
56. Delgado M, De Muga ME, Torregrosa MI, Garrell I, Tizón JL. Observació assistencial a la Primera Infància: l'Unitat Funcional d'Atenció a la Salut Mental a la Primera Infància (UFAMI). En: ICS, editor. L'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut: Lligant CAPS. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Departament de Sanitat de la Generalitat-Servei Català de la Salut, Regió Sanitària de Costa de Ponent, 1998; 34-36.
57. Palacio-Espasa P. La pratique psychotérapique avec l'enfant. París: Bayard/Paidós, 1993.
58. Manzano I, Palacios F. Las terapias en psiquiatría infantil. Barcelona: Paidós, 1993.
59. Pérez-Sánchez A. Prácticas psicoterapéuticas. Barcelona: Paidós, 1996.
60. Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
61. Costa M, López E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.