

El paciente mental severo en atención primaria

The severe mentally ill patient in Primary Attention

Oscar Martínez-Azumendi

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto, Bilbao. Bizkaia. España UE.

RESUMEN

La progresiva escalada en la demanda de atención en salud mental, generalmente por procesos neuróticos y adaptativos, recae fundamentalmente en Atención Primaria, desbordando asimismo los servicios de salud mental en detrimento de la atención que puede ofrecerse a los pacientes más graves. Muchos de ellos se mantienen en contacto con su médico de AP, bien por abandonar el seguimiento por los servicios especializados o por necesitar atención médica por otros motivos. Sin embargo, un gran número puede pasar desapercibido en este nivel asistencial o generar dificultades en su manejo.

Mediante un cuestionario autoaplicado remitido a los médicos de AP de un área de captación sectorizada con un CSM, se explora la carga asistencial, opiniones sobre responsabilidad asistencial y seguimiento, continuidad de cuidados, capacidades profesionales reconocidas y posibles áreas de mejora en la asistencia de los pacientes definidos como "severos de larga duración". Con los datos encontrados, se sugieren algunas intervenciones para favorecer tanto un mayor conocimiento y mejora de las actitudes hacia este grupo de pacientes y su tratamiento, así como para una más fluida colaboración entre los dos niveles asistenciales.

Palabras claves: salud mental, atención primaria, pacientes, tratamiento, asistencia.

ABSTRACT

The progressive increase in the demand of attention for mental health problems, generally by neurotic and adaptive processes, falls fundamentally to Primary Attention, overflowing secondary the specialized services in damage of the attention that can be offered to the most serious mentally ill patients. Many of these stay in contact with their GP, after leaving contact with the specialized services or because they need medical attention by other reasons. Nevertheless, a great number can remain unnoticed at this level or generate difficulties in its management. By means of a mailed self questionnaire to GPs of a sectorized area related to a particular mental health center, the work load, opinions on care responsibility and follow up, continuity of care, acknowledged professional capacities and possible areas of improvement in the care of those patients defined as "severe long term mentally ill" was surveyed. With the results at hand, some interventions are suggested to favor a greater knowledge and improvement of the attitudes towards this group of patients and their treatment, as well as for a more fluid collaboration between both levels of care.

Key words: mental health, Primary Attention, patient, treatment, care.

LABURPENEA

Gehienetan prozesu neurotikoek eta moldatzaileek eragindako buru osasunean egon den gero eta eskari handiagoa Lehen Arretaren ardura izan ohi da batik bat. Baina aldi berean, adimen osasuneko zerbitsuak gaindi egiten ditu, larraigo dauden gaixoen kaltetan. Haietatik asko Lehen Arretako medikuarekin harremanetan egon ohi dira, bai zerbitsu espezializatuen jarraipena bertan bagera utzi dutelako edo beste arrazoi batzuegatik arreta behar izan dutelako. Hala ere, kopuru handi bat oharkabean liteke asistentzia maila honetan edo zailtasunak eragin bera hartzeko orduan. CSM batekin atzemate sektorizatuko eremu bateko Lehen Arretako medikuei bidalitako galdesorta autoezarri baten bidez honako hauek aztertzen dira: asistentzia karga, asistentzia erantzukizun eta jarraipenari buruzko iritzia, zaintzan dagoen jarraitutasuna, aitortutako gaitasun profesionalak eta "iraupen luzako larriak" bezala definitutako gaixoen asistentzian egon litezkeen balizko hobekuntza arloak. Aurkitutako datuekin, esku-hartze batzuk airadokitzen dira gaixo talde hori hobeto ezagutzeko nahiz euren ganako jarrera hobetzeko, eta tratamendua bultzatzeko, baita bi asistentzia mailen artean lankidetzara arinagoa sustatzeko.

Correspondencia:
Dr. Oscar Martínez Azumendi
Servicio de Psiquiatría.
Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. Bizkaia. España UE.
Correo electrónico: oscaromar@wpn.net.org
Enviado: 10.01.2005 Aceptado: 21.06.2005

El paciente mental severo en atención primaria

Es bien conocida la alta prevalencia de trastornos mentales en Atención Primaria (AP)¹, así como el importante papel que esta juega tanto en la prevención como el tratamiento de gran parte de ellos, bien sea en solitario²⁻⁴ o en colaboración con los servicios especializados⁵. Por otra parte, tanto la mayor sensibilidad por parte del médico de primaria y su mayor capacidad de reconocimiento de los trastornos mentales, junto al incremento de la presión social en búsqueda de tratamientos específicos para las más diversas problemáticas vitales, hacen que la derivación de pacientes a los servicios de Salud Mental (SM) muestre una curva ascendente aparentemente imparable en la actualidad y donde la gran mayoría de estas derivaciones se corresponde con cuadros de características adaptativas o sintomatología neurótica relativamente leve. Todo lo anterior ha aconsejado mejorar tanto la formación en temas de SM en AP, así como favorecer la intercomunicación entre ambos niveles como forma de afrontar en cierta medida las necesidades percibidas⁶. El incremento en los objetivos asistenciales, apoyado fundamentalmente en el creciente volumen de la demanda, si bien puede verse como un paso en la mejora del nivel de salud de la población, lleva aparejado el riesgo de desplazar asistencialmente a los pacientes más graves a favor del grupo abrumadoramente mayor descrito más arriba⁷. Se calcula que, incluso en áreas relativamente bien dotadas asistencialmente,

una importante proporción de los pacientes psicóticos pierde el contacto con los servicios especializados al cabo del tiempo, dependiendo su asistencia de AP o al menos siendo uno de los principales contactos sanitarios que mantienen⁸⁻⁹. De hecho, y sin especificar más a que hacen referencia, 32 países de 49 (65.3%) de la zona europea han declarado a la OMS que disponen de servicios de tratamiento de trastornos graves en atención primaria¹⁰. Por este motivo, resultaría de la mayor importancia que los médicos de AP entiendan no sólo las características de las diferentes enfermedades mentales, sino las propias particularidades de los nuevos sistemas asistenciales en salud mental¹¹. Por ejemplo, en el caso de los pacientes esquizofrénicos, algunos autores calculan que entre un 25 % y 40 % de ellos pierden el contacto con los servicios especializados, habiéndose desarrollado algunas revisiones y guías de actuación para orientar a los médicos¹²⁻¹⁷ o enfermeras¹⁸ de primaria en su reconocimiento y manejo, lo que puede ser de mucha utilidad al considerar, además, que ocasionalmente pudieran estar inadecuadamente medicados, no ser evaluados rutinariamente de forma estructurada¹⁹ o ser extendidas sus recetas sin revisión durante largos periodos de tiempo²⁰.

Siendo el paciente mental grave uno de los que más tensión genera en el médico de AP²¹⁻²², parece razonable que este pueda no sentirse suficientemente seguro o motivado para su manejo, considerando su papel asistencial exclusivamente ligado al cuidado de la salud somática²³⁻²⁴ bajo la supervisión del caso por un psiquiatra responsable. Si bien lo anterior es cierto, es evidente que muchos pacientes están relativamente asintomáticos y estabilizados, en contacto regular y afable con AP²⁵⁻²⁶ e incluso en algunos casos considerándose activamente la posibilidad de ser tratados desde este nivel asistencial²⁷. En cualquier caso, muchos pacientes graves corren el riesgo de pasar desapercibidos, o evitados por temor o incom-

prensión²⁸⁻³¹, en las consultas de AP pudiendo ser aconsejable el desarrollo de estrategias activas para la supervisión de su estado mental y tratamiento farmacológico³², así como en el reconocimiento de síntomas prodrómicos de descompensación psicótica en personas jóvenes, en mayor riesgo de demorarse su derivación a los servicios especializados para el tratamiento precoz³³⁻³⁵. Además, no podemos olvidar que este grupo presenta una salud somática generalmente peor que la media, con peores hábitos higiénico-dietéticos y ocasionalmente encontrarse en riesgo de ser peor atendidos³⁶⁻³⁹.

Material y métodos

Interesados en conocer algunos aspectos relativos al cuidado y atención de los pacientes mentales severos en AP, así como algunas actitudes de los médicos de AP frente a ellos y la relación con los servicios especializados de SM, se diseñó un cuestionario autoaplicado con este objetivo. El cuestionario se introducía con una definición de lo que podemos considerar un trastorno mental severo de larga duración de acuerdo con los criterios utilizados en otro lugar para identificar a estos pacientes con fines formativos en AP⁴⁰ (**Tabla 1**), insistiendo en que, mientras no se preguntara por otros diagnósticos, al responder no se perdiera de vista este tipo de paciente tal y como estaba descrito.

TABLA 1.
Definición de paciente mental de larga duración (Kendrick T. Burns T. Freeling P., 1995)

Definición de paciente enfermo mental de larga duración: Alguien que, durante 2 ó más años, ha permanecido discapacitado por un funcionamiento social menoscabado como consecuencia de una enfermedad mental.	
La discapacidad es el criterio definitorio. El paciente es incapaz de mantener cualquiera de estos funcionamientos: 1) trabajo 2) autocuidado e higiene personal 3) tareas domésticas básicas 4) participación en actividades recreacionales.	El menoscabo puede ser debido a: 1) retraimiento e inactividad 2) respuesta a alucinaciones o delirio 3) conductas extrañas o vergonzantes 4) violencia hacia otros o uno mismo
Diagnósticos: Cualquiera de las psicosis, trastornos no-psicóticos severos y crónicos (incluyendo depresión, ansiedad, fobias), neurosis obsesiva, trastornos severos de personalidad, trastornos de alimentación, abuso de alcohol y drogas, o trastornos mentales no específicos. Se excluyen las demencias y el retraso mental.	

A pesar de que nuestro interés está dirigido más específicamente al paciente mental severo, pareció oportuno intentar aproximarnos también al conocimiento de la carga asistencial percibida para diferentes grupos diagnósticos. Para ello preguntamos, sin tener en cuenta el número total de pacientes dentro del cupo de cada médico, cuanta dificultad o tensión le generaba cada tipo de paciente así como acerca de su capacitación subjetiva para su reconocimiento y manejo, pudiendo responder en un rango de 0 (nada) a 3 (mucho). De igual forma se pregunta por la responsabilidad atribuida a AP y SM en el seguimiento global de cada uno de los grupos en un rango de 0 (todo SM, nada AP) a 6 (todo AP, nada SM), además de su percepción acerca de la responsabilidad real asumida por parte de SM en el tratamiento con un rango de 0 (SM no asume nada) a 3 (SM asume todo lo necesario). También se preguntó por las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, la responsabilidad asistencial y seguimiento, la continuidad asistencial entre AP y SM y finalmente por posibles áreas de mejora. Un resumen de los diferentes aspectos contemplados en el cuestionario se presenta en la **Tabla 2**, recogiendo asimismo una información mínima que permitiera trazar un perfil profesional básico de los médicos respondedores. La encuesta se distribuyó a finales de 2003 de forma anónima entre los 78 médicos de AP y 13 de “cupo” del área de Uribe en Vizcaya, que es aten-

TABLA 2.

Aspectos recogidos en el cuestionario utilizado.**1. CARGA ASISTENCIAL**

- 1.1. Estimación del número de pacientes mentales severos en el cupo.
- 1.2. Dificultad o tensión en el manejo de diferentes grupos diagnósticos.

2. RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO

- 2.1. Responsabilidad de AP y SM en el seguimiento de diferentes grupos diagnósticos.
- 2.2. Responsabilidad asumida por SM en relación con la responsabilidad atribuida
- 2.3. Responsabilidad en el seguimiento de los pacientes severos en AP y SM.
- 2.4. Supuesto papel de enfermería de AP en el seguimiento.
- 2.5. Labor de enfermería de AP en el seguimiento.
- 2.6. Responsabilidad en la dispensación de recetas

3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

- 3.1. Iniciativa de derivación de primeras consultas.
- 3.2. Necesidad de volante de derivación
- 3.3. Tiempo mínimo tras último contacto con SM que requeriría de volante para volver a consultar.
- 3.4. Accesibilidad del CSM para los pacientes en emergencias.
- 3.5. Accesibilidad telefónica de los profesionales del CSM hacia el médico de AP.
- 3.6. Posible papel de AP en un ingreso psiquiátrico urgente.
- 3.7. Conocimiento de los ingresos psiquiátricos desde AP.
- 3.8. Recepción de informe de alta.
- 3.9. Interés en los informes de alta.
- 3.10. Utilización de servicios sociales y comunitarios

4. CAPACIDADES PROFESIONALES

- 4.1. Sentimiento de capacitación profesional frente a diferentes grupos diagnósticos.
- 4.2. a 4. 9. Utilización de diferentes intervenciones por agrupaciones diagnósticas.

5. AREAS DE MEJORA

dida de forma sectorizada por tres Centros de Salud Mental (CSM) integrados entre si y con diferentes niveles de coordinación con los diversos ambulatorios y consultorios. Transcurridos dos meses de la distribución de forma personalizada a cada profesional, se realizó un segundo envío de "repesca" por correo.

Resultados

Se recibieron 42 respuestas (41 válidas), de un grupo de médicos cuyas principales características socio-laborales se resumen en la **Tabla 3**.

El número de pacientes "severos" existentes en cada cupo parece ser subestimado, al considerar la mayoría de los médicos encuestados que atienden a menos de 10 pacientes de los descritos. Contabilizando sólo aquellas personas vistas por SM en el año previo al que se realiza la encuesta⁴¹, simplemente con los pacientes con un diagnóstico de psicosis no afectiva o toxicomanía no alcohólica se alcanzaría una propor-

ción superior a esos 10 pacientes por médico de AP, que obviamente serán varios más si incluyéramos personas sin esos diagnósticos primarios pero de suficiente gravedad clínica, así como aquellos fuera de contacto con el servicio.

En relación con la tensión o dificultad que los diferentes grupos de pacientes les generan, son la psicosis, trastornos de personalidad, toxicomanías no alcohólicas y trastornos de somatización e hipocondría, seguidos por los trastornos de alimentación y alcoholismo, los señalados como asociados a una mayor tensión en su manejo. Mientras que los trastornos adaptati-

vos, ansiosos, demencia y depresión, aparecen como los menos estresantes. Es sugerente comprobar que la tensión generada por cada uno de estos grupos diagnósticos correlaciona positivamente ($R = +0.7148$; $P < 0.05$) con la percepción que los médicos tienen del papel jugado por SM asumiendo estos casos. En general, a mayor sentimiento de tensión según el grupo diagnóstico, la percepción de que Salud Mental se ocupa de ellos más intensamente es también mayor (**Figura 1**). Sin embargo, la correlación cambia de signo ($R = -0.8243$; $P < 0.005$) al considerar la capacitación técnica autopercebida por ellos mismos para su abordaje, sintiéndose menos capacitados para el manejo precisamente de aquellos pacientes que más tensión les generan, considerando asimismo que sería SM quien tendría que hacerse mas cargo de esos grupos ($R = +0.9329$; $P < 0.001$) (**Figura 2**).

En el **Figura 3** se muestra la relación entre la responsabilidad asistencial presupuestada para AP-SM y la percepción de la responsabilidad realmente asumida por SM, encontrando una clara relación inversa entre esta y la responsabilidad de AP, es decir, a mayor responsabilidad atribuida a SM, también existe una mayor percepción de que esta asume estas funciones ($R = -0.9386$; $P < 0.001$).

Interrogando específicamente sobre el seguimiento a largo plazo de los pacientes severos, la mitad de los médicos consideran que sólo algunos de ellos podrían ser derivados a AP, mientras que otra cuarta parte consideran que SM tendría que responsabi-

TABLA 3.

Principales características del grupo de médicos que respondieron al cuestionario (en porcentajes).

Sexo		Edad		Equipo Atención Primaria o Cupo		Plaza		Horario		Experiencia de coordinación con Salud mental	
varón	mujer	25-40	40-65	Cupo	AP	Fija	Interina	Mañana	Tarde	Si	No
51.2	48.8	22.0	78.0	7.3	92.7	61.0	39.0	68.3	29.3	73.2	26.8

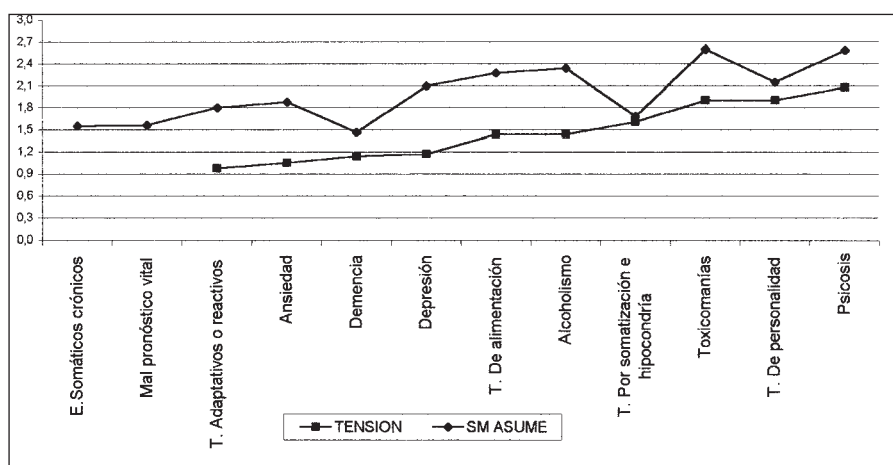


Figura 1. Tensión (0: nada a 3: mucha) generada por cada grupo diagnóstico y percepción de la responsabilidad asumida por SM en su tratamiento (0: nada a 3: todo lo necesario).

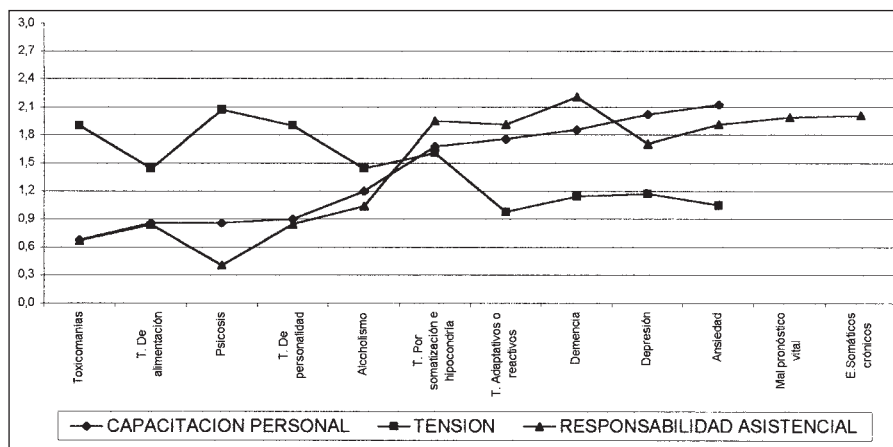


Figura 2. Sentimiento de capacitación personal (0: nada a 3: mucho) para el manejo de los diferentes grupos diagnósticos, responsabilidad asistencial presupuestada (0: toda SM y nada AP a 6: nada SM y toda AP) y tensión generada por cada uno de esos grupos (0: nada a 3: mucha). Las puntuaciones de la responsabilidad asistencial se han convertido a una escala de 0 a 3 para facilitar la comparación.

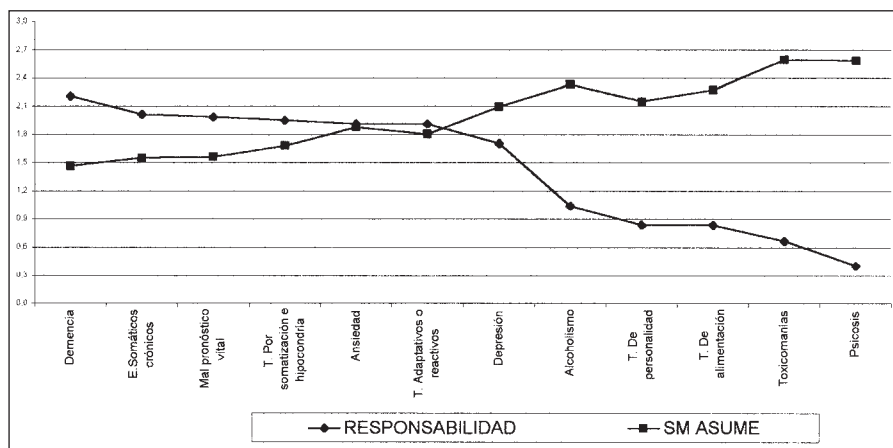


Figura 3. Responsabilidad asistencial presupuestada (0: toda SM y nada AP a 6: nada SM y toda AP) y percepción de la responsabilidad asumida por SM en el tratamiento (0: nada a 3: todo lo necesario). Las puntuaciones de la responsabilidad asistencial se han convertido a una escala de 0 a 3 para facilitar la comparación.

lizarse de todos ellos. La mayoría también considera que la enfermería podría representar un mayor papel en el cuidado y seguimiento de estos pacientes, además de que para una cuarta parte no se ocupan de ellos en la actualidad y para dos terceras partes sólo lo hacen en el caso de necesitarse cuidados corporales.

En relación con la dispensación de recetas en tratamientos de larga duración, casi la mitad considera que es responsabilidad de AP, mientras que un 30% pone esta responsabilidad en SM y otro 20% lo deja a criterio del propio paciente.

Al preguntar por el mecanismo de derivación a SM, algo más de la mitad consideran que toda primera consulta debe ser iniciada desde AP, mientras que un tercio admite la solicitud de primera consulta por iniciativa de los pacientes en casos graves. Al considerar las redemandas, para una cuarta parte de los encuestados también tendrían que ser siempre con volante, mientras que la mitad los obviaría en los casos graves y la otra cuarta parte en todos los casos si el paciente ya cuenta con historia clínica abierta en el centro. En cualquier caso, en la eventualidad de requerirse de un volante, para la mitad de los médicos este sólo sería justificable tras un periodo mínimo de 1 año sin contacto con el CSM y sólo si fuera un proceso diferente para otra cuarta parte.

En relación con la accesibilidad al servicio, un 70% considera que contactar telefónicamente con un psiquiatra del CSM es fácil o muy fácil, teniendo que señalar que la mitad de los que encuentran este contacto difícil trabajan por las tardes, cuando el CSM se encuentra cerrado. La consulta inmediata se presupone algo más difícil para los pacientes, a quienes les resultaría difícil o muy difícil según la opinión de un 40% de los médicos.

Conforme a la sectorización asistencial, los ingresos del área se realizan en un hospital psiquiátrico donde se

derivan de forma programada desde el CSM. En el caso de requerirse una actuación de urgencia, el paciente tendría que pasar previamente por las urgencias del hospital general para su valoración. La casi totalidad de los encuestados conocen la posibilidad de ser ellos mismos quienes inician un ingreso psiquiátrico en una situación urgente, aunque una cuarta parte parece desconocer el protocolo de actuación (vía urgencias del hospital general) al considerar que podrían realizar directamente ingresos en el hospital psiquiátrico. También en relación con la hospitalización psiquiátrica, poco menos de una cuarta parte reconocen tener conocimiento de ella casi siempre, diciendo recibir el informe de alta menos de la mitad de los encuestados, aún considerando la absoluta totalidad de ellos la conveniencia y pertinencia de recibir este informe de forma protocolizada tras cualquier ingreso.

Interesados en conocer el tipo de abordajes utilizados con mayor frecuencia desde AP en el tratamiento de los pacientes severos, así como posibles diferencias con aquellos otros empleados en la generalidad de pacientes orgánicos o con aquellos otros trastornos neuróticos y adaptativos, preguntamos por la utilización de posibles intervenciones para cada uno de estos 3 grupos de pacientes. Con excepción de la petición de pruebas complementarias, que es mayoritariamente reconocida para los trastornos orgánicos, el tipo de intervención es muy similar para los pacientes orgánicos y neurótico-adaptativos donde las intervenciones más frecuentes parecen ser la “escucha”, “orientación y consejo” y “tratamiento farmacológico” seguidas por “orientación y consejo a familiares”, “información escrita” y por último la “psicoterapia”. En relación con la “derivación a los Servicios de SM” se reconoce en menor medida en los pacientes orgánicos que en los neurótico-adaptativos, siendo, sin embargo, esta intervención la más utilizada proporcionalmente en el caso de trastornos severos (**Figura**

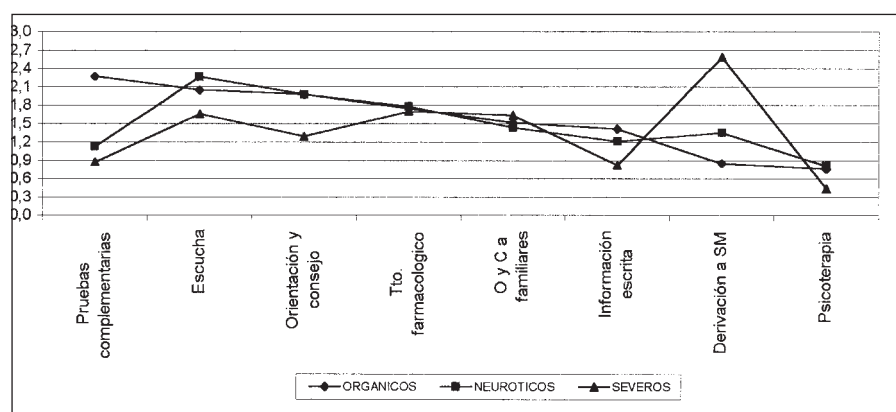


Figura 4. Actuaciones del médico de AP por tipo de paciente (0: nada a 3: mucho).

4). En este último grupo, las intervenciones dibujan una curva similar a la encontrada en los trastornos neurótico-adaptativos, si bien de menor intensidad (se utilizan con menor frecuencia cualquiera de ellas), a excepción de la mayor derivación a SM señalada anteriormente, la orientación e información a familiares que parece darse con ligera mayor frecuencia y el tratamiento farmacológico con igual frecuencia.

A la hora de mejorar la asistencia al paciente mental severo se solicitó escoger tres opciones de entre siete áreas susceptibles de perfeccionamiento, resultando seleccionadas como más importantes (**Figura 5**): 1) La mejora en la formación de AP 2) La mejora en la coordinación entre ambos niveles y 3) La mejora de recursos disponibles en SM

Discusión.

Tanto el ámbito de la población encuestada, referida a un área sanitaria particular con una experiencia de coordinación AP-SM de larga data, así como el restringido número de cuestionarios analizados, suponen la principal limitación para la generalización de los resultados obtenidos. En cualquier caso, estos pueden servir de base para ampliar el conocimiento del papel jugado por AP en los trastornos mentales severos y su interrelación con SM.

El aparentemente bajo número de personas reconocidas desde AP como con un trastorno mental severo coincide con lo respondido por otro grupo de médicos británicos (cupos de 2010 pacientes de media) que mayoritariamente referían tener menos de 10 pacientes severos (< 0.5 % del cupo)²³. Una proporción mucho menor del casi 2 % identificado por otros estudios de campo⁴² o cálculos de aproximadamente 12 casos sólo para los diagnósticos de esquizofrenia en cupos urbanos medios¹⁵. Esta baja estimación por parte de los médicos pudiera deberse tanto a una dificultad para el reconocimiento de estos cuadros, bien sea por limitaciones diagnósticas o de otro tipo, como por la falta de utilización de sus servicios por este grupo de pacientes. Otra posible explicación pudiera ser que estos pacientes están suficientemente atendidos en el circuito de salud mental generando una carga subjetiva para AP menor de lo realmente esperable. Esta hipótesis podría apoyarse en la valoración que hacen de la responsabilidad asumida desde SM, máxime al considerar que son precisamente los grupos de mayor gravedad diagnóstica los que mayor tensión les generan y para los que se reconocen menos capacitados en su manejo. Grupos aparentemente asumidos de forma adecuada por SM, a la que parece percibirse con un fácil acceso en caso de necesidad.

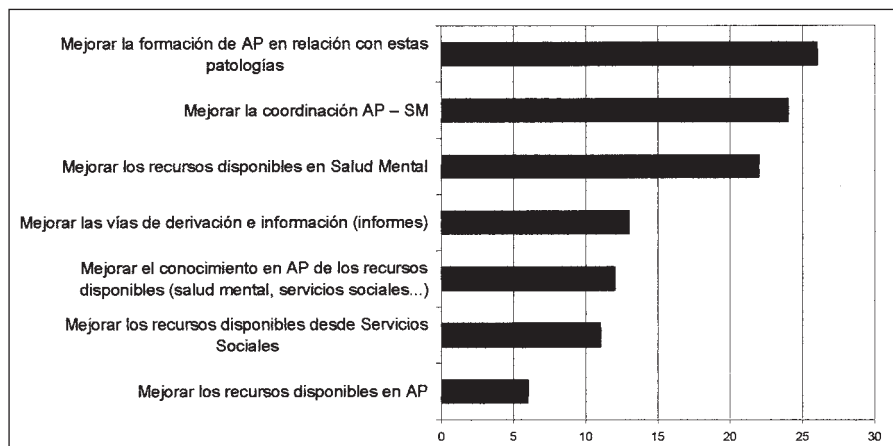


Figura 5. Áreas de mejora seleccionadas como más importantes.

La gran mayoría de los médicos parece conocer bien las pautas de actuación en situaciones de urgencia donde un ingreso puede ser necesario. Aún así, una cuarta parte de ellos considera que podría indicar una hospitalización directamente en el hospital psiquiátrico, sin el paso previo por las urgencias del hospital general (geográficamente distantes entre sí en el área estudiada), lo que podría suponer dificultades añadidas en el manejo de situaciones en crisis. En cualquier caso, el médico de AP normalmente no suele tener mucho que ver en los ingresos, sobre todo en los involuntarios⁴³, aunque de cara a la continuidad de cuidados se recomienda contactar y enviar informes tras los ingresos⁴⁴, así como hacer referencia a aspectos psiquiátricos en los informes hospitalarios de otra índole en caso de existir una interconsulta con psiquiatría⁴⁵. Una práctica que no parece ser la habitual en bastantes casos y que sería bien recibida por los médicos consultados y muy probablemente entendida de forma positiva por la mayoría de los pacientes que tienen dentro de sus expectativas la interconsulta de los servicios psiquiátricos con AP⁴⁶. La dispensación de recetas y volantes de derivación son aspectos asistenciales con un importante componente administrativo y de solapamiento entre ambos niveles, frente a los que se mantienen no totalmente unánimes y que son merecedoras de atención.

Resulta paradójico comprobar que, si bien tanto la escucha como la orientación y consejo son unas de las principales actuaciones reconocidas por el médico de AP en el manejo de todo tipo de pacientes (orgánicos y mentales), sin embargo, la psicoterapia sea valorada precisamente en el último lugar en frecuencia de utilización. Esta aparente contradicción pudiera corresponderse con una idealización de las psicoterapias más complejas y especializadas, para no valorar suficientemente aquellas otras más accesibles a su práctica habitual basadas en el apoyo empático y consejo⁴⁷, todo ello pudiendo correlacionar igualmente con cierto sentimiento de una menor capacitación para el manejo de algunos cuadros.

En cualquier caso pudieran existir algunas intervenciones encaminadas a favorecer un mayor conocimiento y mejora de las actitudes hacia este grupo de pacientes y su tratamiento:

- Mejorar el conocimiento del alcance del problema del paciente mental severo, pudiendo desde los servicios de SM informar regularmente del número de pacientes graves atendidos de cada cupo de AP y tipo de seguimiento realizado.
- Divulgar otras actividades menos conocidas del CSM, explicando los proyectos específicos que pudieran existir, con sus características y

tipo de población atendida (hospital de día, toxicomanías, trastornos de alimentación...).

- Garantizar una mayor información en relación con los ingresos psiquiátricos a través de informes de alta que pudieran remitirse de forma protocolizada o bien a través del propio paciente, a quien se podría entregar un sobre más para su médico de AP, siendo él quien decidiera si le parecía oportuno entregárselo.
- Establecer pautas consensuadas de acceso a los servicios de SM, sobre todo en el caso de las demandas. Explicando claramente las razones de cualquier requisito administrativo requerido, intentando en cualquier caso la menor burocratización asistencial posible.
- Mejora tanto del conocimiento en relación con esta patología, como de estrategias y técnicas de intervención, no necesariamente especialmente complejas, sino fundamentalmente actitudinales y valorizadoras de psicoterapias menos sofisticadas como la escucha, apoyo y asesoramiento.
- Apoyar actitudes normalizadoras ante la enfermedad mental grave y de evitación del estigma asociado generalmente a ellas.
- Recurso a otro tipo de intervenciones profesionales, como la enfermería de AP o servicios sociales.

Además, y sobre la base de las respuestas directas a posibles áreas de mejora, convendría priorizar actuaciones sobre la formación en AP en patologías severas, mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales y mejorar los recursos disponibles en SM, que en opinión de los propios médicos parecen mucho más necesarios en este campo que los específicos de AP.

Agradecimientos:

A J. Andrés Martín Zurimendi y M^a Eli Gutiérrez, por la lectura y sugerencias al cuestionario utilizado, así como la

ayuda en su distribución. El trabajo se realizó en el C.S.M. Uribe Costa (Algorta, Getxo) con una ayuda de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, financiada por la Dirección Territorial de Sanidad dentro de su Contrato Programa.

Bibliografía

- 1 Retolaza A: "Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria". En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Barquero JL (Ed.). Aula Médica. Madrid, 55-72. 1998
- 2 Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community*. Tavistock. Londres, 1980.
- 3 Shepherd M, Cooper B, Brown AC et al. *Psychiatric illness in general practice* (2ª ed.). Oxford University Press. Oxford, 1981.
- 4 Boddington J. "Role of general practitioner in the care of long-term mentally ill patients". *Br. J. Psychiatr.* 1992; 160: 568-9.
- 5 Gask L, Croft J. "Methods of working with primary care". *Advances in psychiatric Treatment* 2000. 6: 442-49.
- 6 Martínez Azumendi O. "Coordinación con atención primaria: una visión posibilista". *Norte de salud mental*. 2002, 13: 83-91.
- 7 Martínez Azumendi O. "Asistencia psiquiátrica sectorizada en las tres últimas décadas. Efectos sobre los ingresos del área Uribe Costa en Vizcaya". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;92:53-68.
- 8 Melzer D, Hale AS, Malik SJ, Hogman GA, Wood S. "Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge". *BMJ*. 1991, 303, 1023-6
- 9 Lang FH, Johnston EC, Murray GD. "Service provision for people with schizophrenia". *Br. J. Psychiatr.* 1997; 171: 165-68.
- 10 Organización Mundial de la Salud. *Atlas. Recursos de salud mental en el mundo 2001*. Ginebra, 2001.
- 11 Castle DJ, Pantelis C. Comprehensive care for people with schizophrenia living in the community. *Medical Journal of Australia* 2003, 178 Suppl:S45-6.
- 12 Piedra Tutor F.J. "Aproximación a las psicosis para el médico de atención primaria". *Medicina general* 2002. 45: 481-496.
- 13 Burns T, Kendrick T. "The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice". *Br. J. General Practice*, 1997, 47, 515-520.
- 14 Nazareth I, King M, See Tai S. "Monitoring psychosis in general practice: a controlled trial". *Br. J. Psychiatr.* 1996; 169: 475-482.
- 15 King M, Nazareth I. "Community care of patients with schizophrenia: the role of the primary health care team". *Br. J. General Practice* 1996; 46: 231-237.
- 16 Carr VJ. "The role of the general practitioner in the treatment of schizophrenia: specific issues". *MJA* 1997; 166: 143-46.
- 17 Meadows GN. Overcoming barriers to reintegration of patients with schizophrenia: developing a best-practice model for discharge from specialist care. *Medical Journal of Australia*. 2003, 178 Suppl:S53-6.
- 18 Burns T, Millar E, Garland C, Kendrick T, Chisholm B, Ross F. "Randomized controlled trial of teaching practice nurses to carry out structured assessments of patients receiving depot antipsychotic injections". *Br. J. General Practice*. 1998; 48: 1845-8.
- 19 Dowrick C. Advances in psychiatric treatment in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001, 7: 1-8.
- 20 Holloway F. Prescribing for the long-term mentally ill. A study of treatment practices. *Br. J. Psychiatr.* 1988, 152: 511-515.
- 21 Camps C, Gisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Rev Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1995, 53: 217-222.
- 22 Beltran Vilella M, Salleras Marco N, Camps Garcia C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, Garcia-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*. 2001. 28(1): 39-45.
- 23 Kendrick T, Sibbald B, Burns T, Freeling P. Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *BMJ*, 1991, 302, 508-510.
- 24 Johnston JK. "Patients in the community: General practitioners need guidance and training" *BMJ* 1997; 314: 988-89.
- 25 Nazareth I, King M, Davies S. Care of schizophrenia in general practice: the general practitioner and the patient. *Br. J. of General Practice*. 1995, 45, 343-347.
- 26 Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Morgan V, Korten A. *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997-98*. Department of Health and Aged Care. Commonwealth of Australia, 1999.
- 27 Kendrick T, Burns T, Garland C, Greenwood N, Smith P. Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up social services in general practice. *Brit. J. General Practice*, 2000, 50, 121-126.
- 28 Markez I. Opinión y actitudes ante la salud mental de los médicos de atención primaria. *Psiquis*, 1994. 15 (9): 434-437.
- 29 Vicente V, Bedia C, Aragón T, Palmer R, Munarriz M. Opiniones de los profesionales de atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. *Atención Primaria*. 1992, 9 (4):197-202.
- 30 Lawrie SM, Parsons C, Patrick J, Masson S, Sussmann J, Cumming D, Lewin J, Pickup S. A controlled trial of general practitioners' attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bulletin*. 1996. 54(3):201-3
- 31 Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, Wu P, Nammary S, Ball J. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*. 1998. 28(6):1463-7.
- 32 Kendrick T, Burns T, Freeling P, Sibbald B. Provision of care to general practice patients with disabling long-term mental illness: a survey in 16 practices. *Br. J. General Practice*, 1994, 44, 301-305.
- 33 Lincoln CV, McGorry P. Who cares? Pathways to psychiatric care for young

- people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*. 1995; 46:1166-71.
- 34 Spencer E. Birchwood M, McGovern D. Management of first-episode psychosis. *Advances in psychiatric Treatment*. 2001, 7: 133-142.
- 35 Lester H. 10-minute consultation: First episode psychosis. *BMJ*. 2001, 323:1408.
- 36 Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996;22: 413-30
- 37 McCreadie R. Macdonald E. Blacklock C. Tilak-Singh D. Wiles D. Halliday J. Paterson J. Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *BMJ*. 1998, 317: 784-5.
- 38 Daumit GL. Pratt LA. Crum RM. Powe NR. Ford DE. Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample. *General Hospital Psychiatry*. 2002. 24(6):391-5.
- 39 Lambert TJ. Velakoulis D. Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*. 2003, 178 Suppl:S67-70.
- 40 Kendrick T. Burns T. Freeling P. "Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients". *BMJ* 1995; 311: 93-98.
- 41 Asistencia psiquiátrica y salud mental extrahospitalaria de Vizcaya. Memoria 2001-2002 (Edición CD). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 42 Regier DA, Burke JD, Manderscheid RW, Burns BJ. "The chronically mentally ill in primary care. *Psychol. Med*. 1985 15, 265-73.
- 43 Harrison G. Ineichen B. Smith J. Morgan HG. Psychiatric hospital admissions in Bristol. II. Social and clinical aspects of compulsory admission. *British Journal of Psychiatry*. 1984, 145:605-11.
- 44 Balla JL. Jamieson WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *Medical Journal of Australia*. 1994, 161: 656-9.
- 45 Schnyder U. Feld C. Leuthold A. Buddeberg C. Reference to psychiatric consultation in the discharge letter of general hospital inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997. 27:391-402.
- 46 Martínez Azumendi, O. Araluce, K. Grijalvo, J. Beitia, M. Mendezona, J.I. "Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud Mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1995; 52: 25-43. Fe de erratas en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 1995; 53: 198.
- 47 Tizón García J.L. Componentes Psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la atención primaria. Ediciones Doyma. 1988.