

Text complert de l'editorial:

Leon-Sanromà M, Aragonés E, Eichelbaum D, Pablo P. Medicina de familia y salud mental. Aten Primaria. 2009; 41:427-8.

## **MEDICINA DE FAMILIA Y SALUD MENTAL**

A menudo aparece en los medios de comunicación la añoranza por el antiguo médico de cabecera cuando se quiere destacar la buena relación médico-paciente, sin que se acabe de identificar al actual médico de familia con el médico de antes. A su vez, las autoridades sanitarias y los gestores suelen imaginar la Medicina de Familia como una yuxtaposición de especialidades y, en el mejor de los casos, nos suponen, a los que la ejercemos, suficientemente competentes en cada especialidad, preparados para resolver el grueso de la demanda y evitar derivaciones a otros niveles a un mínimo coste, es decir, una buena puerta de entrada del sistema sanitario. Pero, más allá de estos objetivos, ¿puede el médico de familia aportar algo más específico que lo distinga de otras especialidades?

En una Atención Primaria plena y fuerte es necesaria la consecución de los elementos que la definen: la accesibilidad, la continuidad en la atención, su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario y el hábil manejo de la incertidumbre en el proceso asistencial. La continuidad en la atención se basa en la estabilidad de la relación médico-paciente. La visión global del paciente y la coordinación entre niveles explican el papel de puerta de entrada en el sistema sanitario. A pesar de que el médico de familia trabaja con pocos medios técnicos, toma muchas decisiones trascendentales en poco tiempo, alcanzando un poder resolutivo superior al 90% de las visitas atendidas. La grandeza de la atención primaria se basa en estos principios. Así pues, podemos aportar la visión holística, biopsicosocial<sup>1-6</sup> e integrada del paciente: integrada a lo largo del tiempo (longitudinalidad), integrada en cuanto a poder conocer al paciente en diferentes roles familiares y en cuanto a que le tratamos por las diferentes enfermedades que presenta (malestares orgánicos y psíquicos manifestados en un mismo cuerpo<sup>7</sup>), o en cuanto a tener como pacientes a más de un miembro de la familia, lo que nos permite tener una visión del funcionamiento de la familia como grupo. Todos estos aspectos hacen que el médico de familia tenga un papel destacado y diferente del de otras especialidades<sup>8,9</sup>. Somos especialistas en personas a lo largo de toda la vida.

La visión biopsicosocial integradora es aún más necesaria cuando el paciente consulta por trastornos del ámbito de la salud mental. Aquí el médico de familia debe estar formado para atender la salud mental

de sus pacientes y debe saber hacer un uso adecuado de la contención asociada a una buena relación médico- paciente.

Ni los pacientes ni sus enfermedades existen aislados de los contextos y las relaciones en las que se desarrollan y éstos condicionan el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. El proceso de comprender y tratar el malestar por el que consulta cada paciente se desarrolla también en el marco de su relación con cada médico en particular. El médico de familia puede ayudar al paciente a pensar y a encontrar sentido a su malestar a través de la escucha y la interlocución. La comprensión en la relación llega a través de los gestos, del cuerpo doliente, de las emociones y de la palabra.

Pero este proceso confronta al profesional con los malestares y enfermedades del paciente y también con sus propios malestares y temores. El aprendizaje de la medicina en general, y también de la Medicina de Familia, aún hoy se basa en el *desideratum* de la observación objetiva del paciente y en la adjudicación de etiquetas fraccionadoras (diagnósticos) a sus padecimientos, sin tener en cuenta que la observación de la realidad por parte de un observador siempre es subjetiva y que éste influye y se ve influenciado por la realidad misma. Esta visión "objetiva" y fragmentada de la realidad puede ser útil en algunas fases del aprendizaje y de la investigación, pero no deberíamos confundirla con la realidad misma ni adscribirle categoría de verdad absoluta. Es necesario incorporar la subjetividad en el método científico y en la docencia para acercar los conocimientos y las prácticas de las ciencias de la salud a la realidad. Y esto es particularmente importante en el ámbito de la atención primaria de salud. Sin duda la alianza terapéutica y la contención llevan a disminuir la ansiedad del paciente y por tanto también la demanda a otros servicios como los de urgencias, aunque no produce hechos susceptibles de ser titular en los medios de comunicación.

Para realizar esta tarea necesitamos sentirnos seguros, formados y apoyados por nuestros superiores, por el sistema sanitario y también por la sociedad en general, de lo contrario fácilmente nuestra salud mental y física se resentirían. Ahí está el *burnout*. Para mejorar la calidad de la atención prestada y aumentar la capacidad de resolución, son necesarias las intervenciones formativas en salud mental. Tradicionalmente esta formación se ha basado en conocimientos sobre psicopatología del entorno propio de la psiquiatría y suministrada por psiquiatras desconocedores de las peculiaridades de la Atención Primaria. Como se refleja en párrafos anteriores, el objetivo no es formar psiquiatras, sino conseguir profesionales con habilidades específicas en el ámbito de la salud mental y de la Atención Primaria. La participación de médicos de familia y enfermeras de atención primaria en grupos supervisados tipo Balint ayudan a que al profesional le resulte más fácil comprender la subjetividad del paciente y la suya propia. Estrategias

y técnicas con un enfoque metodológico basado en autoaprendizaje, resolución por casos o problemas, pacientes simulados, videograbaciones, "role-playing", entre otras, parecen ser efectivas para el cumplimiento de estas metas. Es necesaria una atención primaria fuerte, porque la asistencia al enfermo es más eficaz y más segura, porque es más eficiente y porque es el ámbito asistencial que mejor garantiza las relaciones humanas.

Un obstáculo no menor para lograr la visión integrada del paciente es el formato actual de las diferentes historias clínicas informatizadas. Estas historias pueden llegar a ser una herramienta potentísima para el trabajo en atención primaria, ya que permite disponer de estándares de atención consensuados e indicadores básicos de salud; mejora la comunicación evitando el aislamiento del profesional y permitiéndole trabajar de forma conjunta con otros especialistas... Pero, de momento, las limitaciones de la mayoría de versiones favorecen una visión fragmentaria y rígida del paciente debido al propio diseño del programa, empobreciendo el pensamiento integrador de la medicina de familia, y dificultando la reflexión clínica, facilitando el olvido de aquello que es fundamental: la comunicación interpersonal y la importancia de la narración y de los contextos<sup>10,11</sup>. Una cosa tan básica como el genograma<sup>12</sup> está mal resuelta en la mayoría de historias clínicas informatizadas.

Finalmente, también para preservar la salud mental del facultativo de atención primaria, es preciso aclarar que lo que caracteriza su función y la hace diferente de otros especialistas, no es perseguir con un sentimiento de omnipotencia el ser absolutamente competente en todas las especialidades médicas, no es la incorporación de muchas técnicas, porque eso podría conducir al médico de atención primaria a una permanente frustración. Lo que diferencia la atención primaria de las demás especialidades es la visión integrada del paciente: la potenciación de la palabra, de la escucha, la comprensión<sup>13-15</sup>, la visión holística, la relación longitudinal con el paciente y con su familia..., pluses todos que no son contemplados por ninguna otra especialidad y que además precisa de un cuerpo de conocimientos y unas habilidades específicas también diferentes del resto de las especialidades, siendo preciso, por supuesto, tiempo para aplicarlas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires, Libros básicos,1961.
- 2- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- 3- Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-544.
- 4- Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1989.
- 5- Turabian JL. Pensar ecológicamente el concepto de vida y las intervenciones médicas. Dimens Human 2002;6 (3):113-115.
- 6- Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clín (Barc) 2002; 119: 175-179.
- 7- Cohen S, Tyrrell D, Smith A. Psychological stress and susceptibility to the common cold. N Engl J Med 1991; 325:606-612.
- 8- Gervas J. Pérez M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. ? Aten Primaria 2005; 35 (2):95-98.
- 9- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly 2005; 83 (3):457-502.
- 10- Turabian JL, Pérez B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor?. Cuadernos de Gestion 2004; 10(4): 175-188.
- 11- García -Olmos L, Bravo R, Gervás J, Bonís J. Influencia de la informatización de la Atención Primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población. Aten Primaria .2008;40(Supl 1): 11-15.
- 12- De la Revilla L, Fleitas L. Usos, construcción e interpretación del genograma. A: De la Revilla L (ed) Atención a la familia en la práctica clínica. FMC 2000; 7 Supl 9: 19-36.
- 13- Téllez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria ¿Un reto a nuestro alcance? Aten Primaria 2005; 35 (2):61-63.
- 14- Tizón JL. Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. Aten Primaria 2005; 36(8): 453-455
- 15- Turabián JL, Pérez-Franco B. Apuntes sobre la "resolutividad" y la "cura" en la medicina de familia. Aten Primaria 2003; 32(5):296-9.