Consejería de Salud

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

Ansiedad, Depresión, Somatizaciones



JUNTA DE ANDALUCIA

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES

ANSIEDAD, depresión, somatizaciones : proceso asistencial integrado. — [Sevilla] : Consejería de Salud, [2002]
111 p. ; 24 cm
ISBN 84-8486-057-4
1. Trastornos de ansiedad 2. Trastorno depresivo 3. Trastornos somatoformes 4. Calidad de atención de salud 5. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud
WM 170

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES
Edita: Consejería de Salud
Depósito Legal: SE-2064-2002
ISBN: 84-8486-057-4
Maquetación: PDF-Sur s.c.a.
Coordinación y producción: Mailing Andalucía

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación

Equipo de Trabajo

José Manuel Aranda Regules (Coordinador); Hugo Marío Abbati Ochoa; Francisco Luis Alcaine Soria; Carmen Barajas Cantero; Ángel Corredera Guillén; Rafael del Pino López; Luisa Lorenzo Nogueiras; Pedro Merchán Cabeza; Antonia Monis Escudero; Juan Requejo Liberal; Luis Torremocha Durán.

Índice

1. INTRODUCCIÓN 9

2. DEFINICIÓN GLOBAL 19

3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS 19

Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad 22

4. COMPONENTES 27

Niveles 1 y 2. Diagrama de flujos 27

Nivel 3. Diagrama de flujos de los subprocesos 33

Competencias profesionales 52

5. PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA Y ESTRUCTURA DE INDICADORES 59

6. RECOMENDACIONES FINALES 65

Anexos

Anexo 1: Terapia psicológica en el Sistema Sanitario Público 69

Anexo 2: Grupos psicoeducativos en Atención Primaria 85

Anexo 3: Comunicación y relaciones entre profesionales 93

Anexo 4: Psicoterapia en grupo 101

Bibliografía 111

1 INTRODUCCIÓN

El diseño de un modelo de servicios para la atención a las consultas por ansiedad, depresión y somatizaciones partiendo de cualquier estimador de las necesidades (incidencia o prevalencia en la población general o demanda de servicios cuyo motivo de consulta explícito o implícito sean los trastornos mentales que nos ocupan), pone de manifiesto una realidad incuestionable: el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con todos los recursos terapéuticos disponibles, no tiene actualmente capacidad para tratar estos problemas de salud.

Esta afirmación es aún más válida para un futuro inmediato en el que el previsible incremento de estos trastornos coexistirá con una disolución progresiva de los sistemas no formales de contención del sufrimiento mental, dejando a las instituciones sanitarias y no sanitarias en primera línea de intervención.

Compartir esta premisa tiene importantes implicaciones a la hora de la planificación de los servicios y del diseño del proceso de atención:

1. Hay que hablar explícitamente de límites. El Sistema Sanitario Público tiene que ser consciente de la necesidad de limitar la oferta de servicios, pues la satisfacción de las demandas depende de las habilidades y la disponibilidad de tiempo de los distintos profesionales que intervienen, que no son recursos inagotables. Así, romper la recurrencia, evitar la "cronificación" de los pacientes y su circulación perpetua en los servicios, o reconvertir la demanda (higienizando, desmedicalizando, desinstitucionalizando) son responsabilidades que los profesionales deben asumir para abordar seriamente el tema de los límites.

2. Limitar la demanda implica necesariamente un proceso de discriminación que tiene como fin establecer el tipo y la intensidad de tratamiento más adecuado. Aunque en el ámbito de Atención Especializada (AE) el diagnóstico clínico-psiquiátrico debería cumplir esta función, se detecta un vacío a la hora de caracterizar la demanda en el nivel de Atención Primaria (AP), que es precisamente donde debe darse la mayor capacidad de discriminación.

3. Aun limitando la oferta, cualquier modelo de servicios no sería válido para abordar este proceso. Actualmente, a pesar de que en su diseño inicial no era así, nuestro modelo de atención a la salud mental es de derivación, y donde el primer nivel funciona como filtro para el segundo. La relación entre niveles se limita, en el mejor caso, a la transferencia de pacientes con sus informes correspondientes. En este modelo el "buen funcionamiento" se mide por el número de derivaciones "correctamente" cumplimentadas (con indicaciones precisas y bien documentadas) y por el envío de vuelta de informes correctos (informes de primeras consultas y de alta con indicaciones terapéuticas precisas). Sin embargo, en este modelo el deseable aumento de la capacidad de detección del nivel primario se traduce en su propia masificación y en la masificación del especializado, con el consiguiente aumento de la demora y el deterioro de la relación entre niveles y de la calidad de la asistencia. Porque, aparte de la capacidad de detección, lo que está en juego es la capacidad de contención del nivel primario. Las cifras asistenciales demuestran que esa capacidad actualmente es enorme y comparable a la de otros países del entorno (una derivación a los Equipos de Salud Mental (ESM) del 0.15% de las demandas de asistencia por estos motivos, una derivación a salud mental del 7% del total de morbilidad psiquiátrica en AP). Pero las preguntas pertinentes serían ¿los casos contenidos son bien tratados en AP? ¿La falta de derivación es producto de la falta de accesibilidad de los recursos especializados?

   Parece estar claro que sólo un modelo de cooperación puede dar respuesta a estos problemas. En un modelo de cooperación están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos y hay, además, un espacio de trabajo común cuyo resultado para AP es el aumento de la capacidad real de contención no medicalizadora y, para AE, la despsiquiatrización y despsicologización del sufrimiento mental en un enfoque biopsicosocial. Éste es un modelo particular, no general, que se construye, y cuya definición última es producto de las capacidades específicas de los profesionales de ambos niveles (oscilará entre un modelo de sustitución y uno de derivación).

4. Consideramos que el elemento fundamental para que un modelo de este tipo tome realidad es generar una nueva narrativa que arraigue en los profesionales. Su traducción práctica implica la adopción de dos tipos de conductas: la primera es la conducta proactiva. A través de ella, el profesional se configura como agente del cambio posible, lo que implica reconocer y actuar dentro de los propios límites personales e institucionales con todos los recursos terapéuticos disponibles. Se transforma en un nudo de la red que posee una zona de influencia, desde la que puede ser proactivo. Generalmente, actuamos con una tendencia reactiva. Atribuimos las dificultades a los otros, demonizando el ámbito organizacional y delegando la propia responsabilidad. Una actitud pro-

activa implica tomar conciencia de los hechos y delimitar esa zona de influencia en la cual uno puede tomar decisiones definiéndose así como un instrumento de cambio.

La segunda es la conducta corresponsable que lleva a considerar y valorar las expectativas del resto de los actores sociales del sistema y, consecuentemente, a no asumir responsabilidades no propias (del paciente o de la institución) sino a reflejarlas, estimulando la acción de las otras partes implicadas.

No es posible ni deseable la existencia de un modelo único en el Proceso de atención a los síntomas de Ansiedad, Depresión o Somatizaciones. Ya se ha comentado que las actitudes y capacidades de los profesionales no especializados en salud mental son variables determinantes que implicarán la configuración de un modelo de derivación o de cooperación con todos los grados intermedios que existen entre ambos. La otra variable que hay que considerar es la dispersión geográfica de pacientes y profesionales como medida de la dificultad de colaboración real entre ellos. Si bien es necesario el establecimiento de unos mínimos que garanticen la calidad en cualquier contexto, se diseñan los procesos teniendo en cuenta los distintos escenarios que conforman estas dos variables.

5. Estas premisas hacen difícil diseñar un proceso "limpio y elegante" de planificación, donde los objetivos, en términos de salud (disminución de incidencia o prevalencia) o de utilización de servicios (coberturas sobre demanda potencial), estén cuantificados y claramente formulados. Consecuentemente, tampoco existe la secuencia lógica de la que se desprendan y argumenten los recursos necesarios para alcanzarlos. El punto de partida de que el Sistema Sanitario Público no tiene capacidad de respuesta, ni de asumir toda la demanda potencial, y de que no existe en la actualidad un método objetivo para discriminar esa demanda en la puerta de entrada del Sistema nos plantea los dilemas ¿Qué objetivos?. ¿Con qué recursos?.

   Los objetivos en este momento deben basarse en la mejora de la calidad de los servicios actuales en AP y AE (para lo cual es trascendente definir el proceso de atención y sus puntos de buena práctica) y en la investigación para definir qué debe ser asumido y cómo por la sanidad pública.

   En cuanto a los recursos, es muy evidente que el déficit actual de personal cualificado dificulta cualquier intento de reforma y de rediseño del proceso de atención, como numerosos informes previos de la propia Administración lo atestiguan. Asumimos el planteamiento general de estos informes a la hora de planear los recursos necesarios para llevar a cabo la transformación propuesta (por ejemplo, 1 Médico de Familia por cada 1.500 habitantes, 1 Pediatra por cada 1.000 niños, 6 Facultativos Especialistas en Salud Mental por cada 100.000 habitantes, etc.)

6. Por último, debemos abordar explícitamente el tema de la construcción de categorías generales aplicables a grupos de pacientes y del diagnóstico en Salud Mental. Se valora la utilización de una tipología psicosocial de la demanda, sin excluir las categorías diagnósticas de la CIE-10 o DSM-IV, cuando el profesional lo considere conveniente.

   Es cierto que las clasificaciones oficiales son un instrumento de comunicación intra e interniveles, especialmente si son leídas como hipótesis para un tratamiento y como

una actitud heurística que sitúe al técnico ante el usuario con una mirada abierta y una atenta escucha (del otro y de sí mismo). Pero también las categorías de diagnóstico psicopatológico pueden reducir el campo de visión por el riesgo de que “los rótulos pueden aprisionar por igual a pacientes y profesionales.” Más interés plantea la clasificación por la tipología de las demandas, extraídas del lenguaje con el que son expresadas. Esto permite una mirada compartida, corresponsable, que, sin correr el riesgo grave de menospreciar una valoración precisa, favorece iniciar la construcción "de una realidad clínica" con el demandante.

Queremos prevenir al futuro lector sobre el hecho de que no encontrará la secuencia común de descripción de procesos que figura en otros documentos que abordan la atención a problemas de salud más susceptibles de esquematización. Servirnos de una herramienta que permite abordajes secuenciales y búsquedas de consenso es siempre útil, incluso cuando el objeto de estudio y los miembros del grupo, durante el transcurso del trabajo, hayan puesto de manifiesto, sin reservas, la dificultad de adherencia al método.

2 DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: Atención a las personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticados de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos que no se expliquen por una enfermedad orgánica. La asistencia estará basada en los principios de buena práctica y evitará tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, y generará autonomía y satisfacción en usuarios y profesionales.

Límite de entrada: Se inicia con la solicitud de asistencia del propio paciente o sus familiares, tanto por vía normal como urgente, en centros de salud y servicios de urgencias generales o específicos de salud mental. Se abordan las siguientes tipologías de pacientes y las categorías diagnósticas correspondientes:

1. Pacientes que se descompensan por un evento vital estresante.
2. Pacientes con quejas somatoformes.
3. Duelos no resueltos.
4. Pacientes de la 3ª edad que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades orgánicas crónicas y situaciones psico-sociales complejas (angustia familiar).
5. Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).

6. Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo.
7. Miedo a padecer enfermedades.

Categorías diagnósticas psicopatológicas incluidas en el Proceso Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (CIE-10):*

1. Episodios depresivos (F32).
2. Distimias (F34.1).
3. Trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social) (F40).
4. Trastornos de pánico (F41.0).
5. Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1).
6. Reacción a estrés agudo (F43.0).
7. Trastornos de adaptación (F43.2).
8. Trastornos somatomorfos (F45).

Límite final: Se producirá cuando desaparezcan los síntomas, cuando la mejoría permita la realización de las actividades de la vida cotidiana de forma satisfactoria, y/o cuando se transfiera el caso a otras estructuras sociales de contención o dispositivos asistenciales no sanitarios.

Límites marginales: No se abordarán las actividades de los servicios sanitarios relacionadas con:

– El tratamiento de la adicción a sustancias, psicosis, trastornos de la alimentación.
– Actividades de promoción de la salud mental que se derivan del trabajo con otras estructuras e instituciones sociales.
– Atención a estos trastornos cuando ocurran en niños (<14 años) y cuando requieran hospitalización.
– El trastorno depresivo recurrente, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno mixto ansioso-depresivo, y el trastorno de estrés postraumático ya que, aun siendo entidades clínicas bien diferenciadas, desde el punto de vista del proceso de atención y de la circulación de los pacientes en el sistema de servicios, no aportan nada a la comprensión del problema global.

* Nota: Se ha utilizado una aproximación bidimensional primando la tipología psicosocial de la demanda en Atención Primaria (clasificación basada en Tizón 1992 y la CIAP-2) y su posterior transformación en los diagnósticos psicopatológicos definidos en la CIE-10.

Observaciones:

Se destaca el riesgo que implica para el Sistema Sanitario difundir a los ciudadanos el mensaje de que los servicios de salud se hacen cargo, en lo que respecta al diagnóstico, el tratamiento, la curación, el cuidado, e incluso la prevención, de problemas que en una sociedad sana se resuelven en ámbitos no sanitarios. Esta actitud generaría iatrogenia y provocaría un aumento excesivo de la demanda que el sistema no tiene capacidad de absorber.

3 Destinatarios y Objetivos

Destinatarios y expectativas

USUARIOS

- Que exista una adecuada coordinación entre el Médico de Familia y el Especialista, así como entre niveles.
- Que exista personal suficiente.
- Que no existan tiempos de espera largos para ser atendidos por el Especialista.
- Que el médico dedique suficiente tiempo de consulta para ser bien atendido.
- Ser atendidos con educación y respeto.
- Que den suficiente información sobre el estado de salud.
- Que introduzcan mejoras en los aspectos relacionados con la atención al usuario (trato, información, trámites, citas en el Centro de Salud y Equipo de Salud Mental).
- Que exista accesibilidad telefónica para la petición de citas.
- Que me quiten las molestias rápidamente.
- Que aumenten los recursos humanos, especialmente en Urgencias.

- Que haya flexibilidad de horarios de las consultas, y se adapten a las circunstancias personales de los pacientes.
- Que me permitan ejercer el derecho a la libre elección de especialista.
- Que me hagan todo tipo de pruebas rápidamente.
- Que haya continuidad en la información para la realización de pruebas diagnósticas.
- Que no se demoren las pruebas diagnósticas.
- Que escuchen mis opiniones acerca de lo que me pasa, sus causas y el tratamiento que debo recibir.
- Que se mejore el trato de los celadores y del personal de atención al usuario.
- Que se mejoren las instalaciones de las consultas y de las salas de espera.
- Que se responda a las reclamaciones.
- Que mejore el equipamiento técnico.
- Que los profesionales estén identificados.
- Que mejore la capacidad de respuesta de la Unidad de Atención al Usuario (UAU).

MÉDICOS DE FAMILIA

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los especialistas sean profesionales competentes que consideren mi trabajo.
- Que atiendan en un tiempo razonable a los pacientes remitidos.
- No “perder” al paciente cuando lo derivo al Equipo de Salud Mental.
- Poder diagnosticar razonablemente las enfermedades mentales en la consulta y en Urgencias.

PSIQUIATRAS

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los médicos de familia deriven correctamente a los pacientes con causas justificadas y con informes completos y legibles.
- Que los médicos de familia consideren mi trabajo: se lean los informes que escribo, respeten mis indicaciones y me informen de lo que hacen.
- Poder comentar los casos con mis compañeros.
- Establecer los límites de la población asignada y de los médicos de familia con los que colaborar.
- Personalizar las relaciones con los profesionales de Atención Primaria.

PSICÓLOGOS

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los médicos de familia deriven correctamente a los pacientes con causas justificadas, y con informes completos y legibles.

- Que los médicos de familia y los especialistas de otras especialidades sean profesionales competentes y tengan en cuenta la dimensión psicológica de su práctica.
- Poder comentar los casos con mis compañeros.
- Que no piensen que mi función es pasar test y atender a niños exclusivamente.
- Establecer los límites de la población asignada y de los médicos de familia con los que colaborar.
- Personalizar las relaciones con los profesionales de Atención Primaria.

ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Que los médicos consideren mi trabajo: que se lean los informes que escribo.
- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que me den formación para tratar a los pacientes con las técnicas más adecuadas.

ENFERMERAS DE SALUD MENTAL

- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los médicos consideren mi trabajo.
- Que me formen para tratar a los pacientes con las técnicas más adecuadas.
- Que exista flujo bidireccional entre Enfermería de Salud Mental, Médicos de Familia y Enfermería de Atención Primaria para aportar información, planificar cuidados, etc.

Objetivos. Flujos de Salida. Características de calidad

Se han clasificado los servicios de tres tipos: valoración, intervención y comunicación, y relaciones:

VALORACIÓN

DESTINATARIO: PACIENTE

FLUJOS DE SALIDA: RECEPCIÓN/ ACOGIDA DE LA DEMANDA DEL PACIENTE O FAMILIARES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a accesibilidad (demora), trato y coordinación entre niveles.

FLUJOS DE SALIDA: EVALUACIÓN/ EXPLORACIÓN PSÍQUICA, SOMÁTICA Y SOCIO-FAMILIAR. REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coordinación entre niveles (evitar duplicidades y valorar el trabajo previamente hecho).
- Pertinencia técnica de las evaluaciones.
- Multidisciplinariedad en el abordaje de los problemas (evitar medicalización y psiquiatrización).

FLUJOS DE SALIDA: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA/ SUJETO. CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA O TIPOLÓGICA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coordinación entre niveles (evitar duplicidades y valorar el trabajo previamente hecho).
- Precisión en el uso de los criterios diagnósticos.
- Uso del Sistema de Registro.

FLUJOS DE SALIDA: ORIENTACIÓN HACIA EL USO DE SERVICIOS. ESTABLECIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Planes cerrados y revisables de tratamiento.
- Uso de los recursos no médicos del Sistema.

INTERVENCIÓN

DESTINATARIO: PACIENTE

FLUJOS DE SALIDA: MEDICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cumplimiento de las indicaciones aceptadas para la prescripción, según la evidencia científica disponible.

FLUJOS DE SALIDA: PSICOTERAPIA (INDIVIDUAL, FAMILIAR, DE GRUPOS: ANEXOS 1 Y 4

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cumplimiento de los criterios que definen un encuadre psicoterapéutico.
- Pertinencia técnica de la psicoterapia (indicación y desarrollo) a través de la supervisión.

FLUJOS DE SALIDA: AYUDA PSICOLÓGICA NO REGLADA: ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Evaluación de las dimensiones de la ayuda psicológica no reglada.
- La cordialidad: dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él.
- Establecer una escucha activa.

- Asertividad: capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.
- Flexibilidad: capacidad de modificar la estructura y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- Esclarecimiento: ofrecer una explicación racional para los síntomas del paciente.
- Proporcionar información sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Tratar de conseguir el apoyo de la familia y de otros sistemas no formales de contención.
- Tener en cuenta y respetar las creencias del paciente y de los familiares: no erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral.

FLUJOS DE SALIDA: GRUPOS PSICOEDUCATIVOS: ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asistencia proporcionada por el profesional más cualificado en cada fase del proceso.
- Constitución de grupos reglados de pacientes con objetivos, técnicas y desarrollo establecidos cuya finalidad es la capacitación en áreas específicas relacionadas con la génesis y resolución de problemas.
- Grado de implantación de los grupos en Atención Primaria.
- Calidad técnica evaluada a través de la supervisión.
- Grado de medicalización/institucionalización de los problemas: uso de las redes sociales de apoyo en los participantes de los grupos.
- Identificación de la red social, las relaciones entre sus componentes, los recursos disponibles y las formas de acceso a ellos.
- Proporcionar información y habilidades sociales.
- Brindar asistencia social en los casos necesarios.

FLUJOS DE SALIDA: POTENCIACIÓN DEL USO DE LA RED SOCIAL/ INSTITUCIONAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asistencia proporcionada por el profesional más cualificado en cada fase del proceso.
- Multidisciplinariedad e intersectorialidad en el abordaje de los problemas.
- Derivación de pacientes a la consulta del Trabajador Social de los de AP y AE.
- Grado de medicalización en la valoración y resolución de los problemas.

COMUNICACIÓN Y RELACIONES

DESTINATARIO: PERSONAL SANITARIO IMPLICADO: PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS, MÉDICOS DE FAMILIA Y ENFERMERÍA

FLUJOS DE SALIDA: REALIZACIÓN DE INFORMES: ANEXO 3

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cumplimiento de las indicaciones aceptadas para la prescripción, según la evidencia científica disponible.

FLUJOS DE SALIDA: OTRAS FORMAS DE COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formalización de los canales no escritos de comunicación.
- Accesibilidad de los distintos profesionales del Sistema.

FLUJOS DE SALIDA: CONTACTOS INTERINSTITUCIONALES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Intersectorialidad y multidisciplinariedad en el abordaje de los problemas.

FLUJOS DE SALIDA: INTERCONSULTA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Adecuación del recurso.
- Número de actividades y de casos tratados con esta modalidad de tratamiento en Atención Primaria (valorar la extensión del espacio de cooperación interniveles).

FLUJOS DE SALIDA: COTERAPIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Número de actividades y de casos tratados con esta modalidad.

FLUJOS DE SALIDA: SUPERVISIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Grado de extensión de la actividad de supervisión externa a los Equipos de Salud Mental. Supervisiones interparadigmáticas.

4 COMPONENTES

Niveles 1 y 2. Diagrama de flujos

A continuación se expone el esquema general de circulación de pacientes que demandan del Sistema Sanitario este proceso de atención. Cada punto específico que requiere de explicaciones adicionales está señalado con un número y descrito en las páginas sucesivas. Aparecen tres espacios claramente diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interfase entre ellos, que incluye, además de la comunicación, lo que hemos denominado espacio de cooperación.

Queremos resaltar algunos aspectos de la filosofía general del modelo:

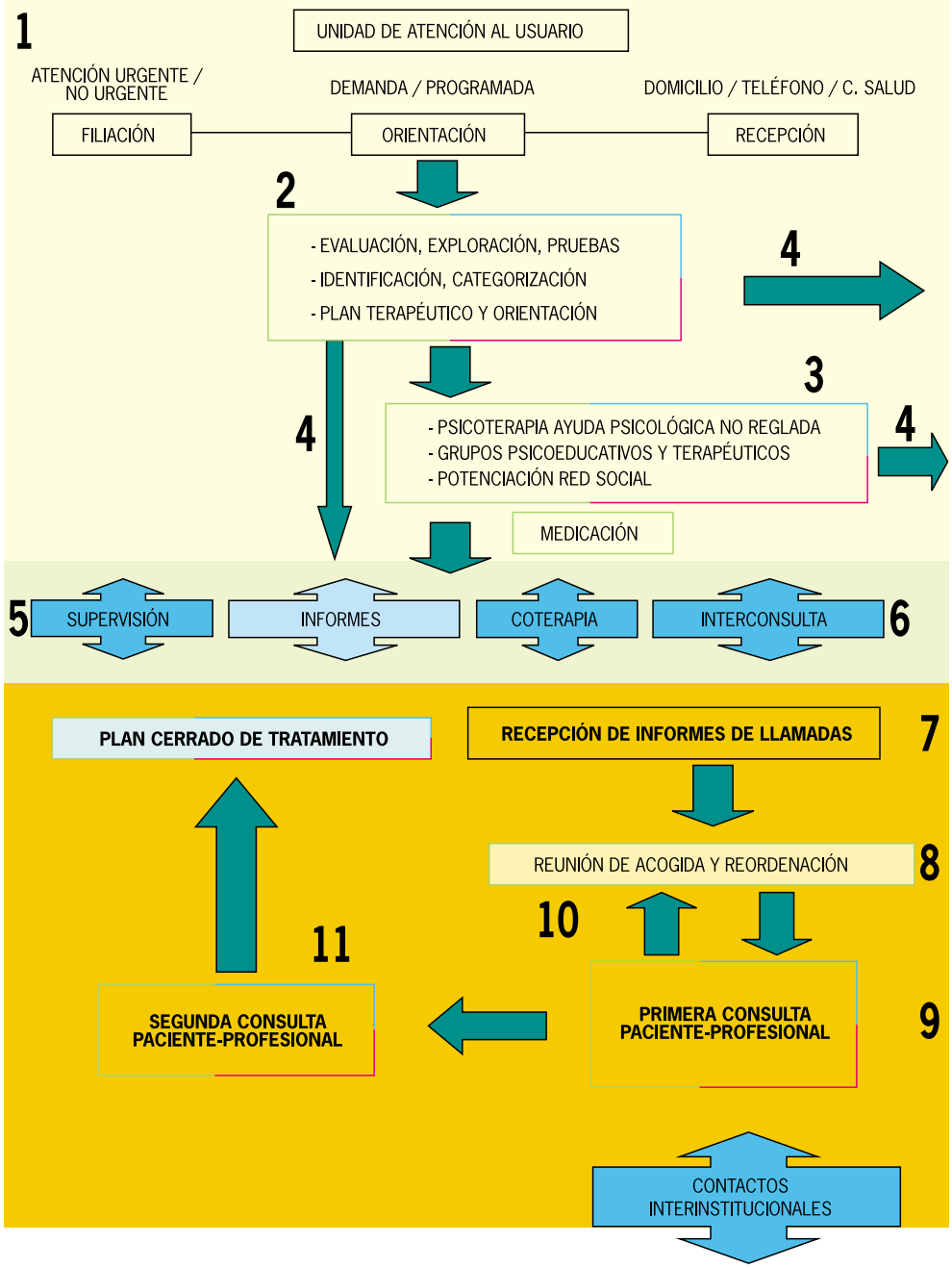
- En el espacio de Atención Primaria (AP) se incrementan el número de servicios ofertados a los pacientes. Este incremento va dirigido a potenciar la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos, pero también las posibilidades de intervención, formalizándose y planteando de forma general modalidades terapéuticas hasta ahora poco desarrolladas (ayuda psicológica no reglada, grupos psicoeducativos, potenciación de la red social). Por otra parte, se aborda de forma clara el sistema de transferencia de casos a los servicios especializados, sus procedimientos de comunicación (informes reglados con posibilidades de solicitud de información adicio-

nal) y los sistemas de citación (acceso a la agenda de Salud Mental desde AP que suponen mayor comodidad para el paciente y facilita el trabajo a los profesionales).

- En el espacio de Salud Mental, el principio general es el aumento de la capacidad de los equipos para ordenar su trabajo, aprovechando con eficiencia la totalidad de los recursos que poseen. Esta finalidad pivota en la reunión diaria de acogida y ordenación de la asistencia donde se valoran los informes de derivación (que, respetando la libre elección, no van dirigidos a profesionales concretos) y los resultados de las primeras entrevistas, y donde se decide colectivamente el profesional responsable del caso y los recursos de equipo que se precisan en el mismo. El modelo se completa enfrentando el problema de los pacientes "crónicos" de salud mental por la necesidad de formulación de planes cerrados de tratamiento, con la inclusión de Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso y con la clarificación de qué es psicoterapia como modalidad de intervención en el Sistema Sanitario Público.

- En la interfase se formalizan los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes y se dibuja el espacio de cooperación interniveles. Esta última idea, formulada desde los inicios de la reforma de Salud Mental, toma cuerpo concreto a través de dos propuestas. La primera es la estabilidad de la relación entre profesionales de los dos niveles asistenciales, base de la constitución de equipos de trabajo. La segunda es la formalización de los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta.

ESQUEMA GENERAL DE CIRCULACIÓN DE PACIENTES



1. RECEPCIÓN DEL PACIENTE O FAMILIAR

- RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA QUE LLEGA A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.

  El origen puede ser muy diverso: Urgencias, demanda espontánea, la propuesta de cita de un profesional del propio Centro de Salud...

- UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

  Recogida de datos de filiación. Pasan a formar parte de la base de datos del centro.

  Cita orientada al profesional más adecuado. Además de la habitual cita con el Médico, pueden aparecer otras demandas como las inicialmente sociales que se orientan al Trabajador Social, o las encubiertas que aparecen tras una solicitud de atención para Enfermería (necesidad de control de tensión arterial en casos de situaciones de estrés,...)

2. EVALUACIÓN PROFESIONAL

- EVALUACIÓN PROFESIONAL Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA.

  Evaluación, según el proceso, con las medidas pertinentes desarrolladas por cada profesional (descartando patología orgánica en el caso del Médico, realización de informe social en el caso del Trabajador Social, valoración de situación de cuidados por parte de Enfermería, etc.)

- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA SUJETO, CATEGORIZACIÓN TIPOLÓGICA Y/ O DIAGNÓSTICA.

  La realización de estas actividades implica el diseño e inicio del plan de actuación que debe llevar a la tipificación y categorización del paciente.

- ORIENTACIÓN HACIA EL USO DE SERVICIOS, ESTABLECIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO.

3. INTERVENCIÓN

- INTERVENCIÓN

  El siguiente paso es el desarrollo completo del plan de actuación, que incluye la medicación, y las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares o grupales que se deben desarrollar en Atención Primaria.

4. RESOLUCIÓN O CAMBIO DE ORIENTACIÓN

- RESOLUCIÓN O CAMBIO DE ORIENTACIÓN

  Desde que se realiza la valoración por un profesional, puede ocurrir la mejoría y/o resolución del caso que suponga el alta.

  También puede aparecer la necesidad de realizar un estudio desde otro enfoque (por ejemplo, enfermedades orgánicas subyacentes).

  En cualquiera de estos casos, se da la salida del espacio terapéutico que se aborda en este proceso.

  En algunas situaciones el cambio de orientación consiste en solicitar la colaboración del Equipo de Salud Mental e, incluso, en la derivación sin intervenciones más específicas desde Atención Primaria.

5. ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

- ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

  Cuando el paciente no mejora, o el profesional tiene la necesidad de asesoramiento y/o ayuda, deben ponerse en marcha las actividades de colaboración que se describen fundamentalmente en coterapia, interconsulta y derivación, y que pueden y deben desarrollarse en todos los niveles de asistencia y tanto entre profesionales del mismo nivel como interniveles (se debe prestar especial atención a la colaboración entre profesionales de diferentes niveles).

  La comunicación por cualquier vía, y en especial a través de informes, crea un espacio virtual de colaboración fundamental.

6. ASISTENCIA EN EQUIPO DE SALUD MENTAL

- ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

  La solicitud de asistencia en las consultas del Equipo de Salud Mental, promovida desde EAP, debe entenderse como un proceso de colaboración y no de mera derivación del paciente.

  Este hecho tiene dos aspectos diferenciados:

  – Citación del paciente desde el Servicio de Atención al Usuario *on line* en las agendas de primeras visitas ofertadas por el Equipo de Salud Mental (el paciente sale con día y hora de cita, sin profesional concreto, salvo que lo especifique).

  – Informe escrito con las características que se describen en el Anexo correspondiente y que debe estar sujeto a unos plazos de recepción límites.

7. RECEPCIÓN EN SALUD MENTAL

- RECOGIDA DE INFORMES Y CITAS NO ESCRITAS EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

  Debe coordinar los informes emitidos desde AP y la recepción y orientación de otras formas de comunicación entre profesionales o de los usuarios.

8. REUNIÓN DE ACOGIDA Y REORDENACIÓN

- REUNIÓN DE ACOGIDA Y REORDENACIÓN (1ª PARTE)

  Se concibe como una reunión diaria que realizan los profesionales del Equipo de Salud Mental donde se desarrollan diariamente dos tipos de actividades.

  Se trabaja con la información que ha llegado, no con pacientes.

  1. Se discuten y orientan los informes recibidos desde AP con los siguientes objetivos:
     – Valoración del caso.
     – Solicitud de más información, si el informe recibido no es adecuado.
     – Asignación de un profesional para la primera visita con el paciente
  2. Valoración de los casos vistos ya por primera vez: 2ª parte.

9. PRIMERAS CONSULTAS CON PROFESIONAL

- PRIMERA VISITA PROFESIONAL

  El profesional asignado hace la primera valoración del paciente, completa el trabajo de valoración previo, y comienza la orientación.

10. REUNIÓN DE ACOGIDA. 2ª PARTE

- PRIMERA VISITA PROFESIONAL

  Los profesionales que han realizado las primeras visitas con los pacientes devuelven la información y valoración a través de las cuales se decide:

  – Asignación del profesional definitivamente responsable.
  – Orientación del caso.
  – Plan cerrado de tratamiento (que puede ser finalizado después de la segunda visita, si se decide un cambio de profesional o estrategia).

11. INFORME A AP

- INFORME DIRIGIDO AL PROFESIONAL DE AP QUE SOLICITÓ LA COLABORACIÓN

  En el apartado correspondiente se especifican los requisitos que debe cumplir este informe. Anexo.

Nivel 3. Diagrama de flujos de los subprocesos

A continuación, se describe la circulación de los distintos tipos de pacientes por el Sistema. Para facilitar la compleja lectura de los diagramas, aparte de la exposición de los códigos utilizados, queremos resumir la filosofía que ha inspirado cada subproceso.

• Pacientes cuyo síntoma predominante es la ansiedad

En este tipo de pacientes la adecuada circulación en el Sistema en los momentos iniciales depende de la capacidad del Médico de Familia para identificar y discriminar los distintos tipos de entidades (psicopatológicas o no) que debutan con el síntoma. Si este paso se hace adecuadamente, entramos en vías con filosofías distintas. La agorafobia se considera como una entidad que debe ser valorada y tratada por el ESM. En este espacio la pregunta clave es la necesidad de psicoterapia reglada, con un seguimiento estricto de los pacientes no incluidos en esa modalidad, para evitar una medicalización innecesaria. Una excepción la constituye los que no van al ESM como expresión de su conducta de evitación. El papel de Atención Primaria en estos casos es fundamental y el espacio de cooperación con su modalidad de coterapia una solución posible. La fobia social tiene un planteamiento similar a la agorafobia pero la capacidad de discriminación del Médico de Familia y sus recursos terapéuticos pueden disminuir la cantidad de casos transferidos. Si la transferencia adecuada de casos es la lógica en estos dos subprocesos, no es así para las crisis de angustia donde la contención en el espacio de Atención Primaria debe ser agotada, bien usando los recursos propios o con apoyo de los ESM en distintas modalidades terapéuticas. El trastorno de ansiedad generalizada, o más bien la personalidad ansiosa, como trastorno crónico de pronóstico incierto, es un ejemplo de trabajo conjunto entre los dos niveles asistenciales. Solamente deben ser transferidos al ESM aquellos casos que sean susceptibles de psicoterapia reglada. El uso de los grupos psicoeducativos y las intervenciones para potenciar el uso de la red social debe generalizarse en Atención Primaria. La cooperación con los ESM puede ser fundamental en el seguimiento y apoyo en las crisis de este tipo de pacientes.

- Pacientes en los que se puede identificar un acontecimiento vital estresante

A diferencia del anterior grupo, la identificación de este tipo de pacientes depende de la sensibilidad de cualquier miembro del EAP para ligar la queja concreta con el acontecimiento vital estresante ocurrido. Una vez iniciado el camino en este paso, la filosofía de estos subprocesos está basada en la capacidad de contención en Atención Primaria y en la identificación de comorbilidad psiquiátrica que deba ser derivada. Esta capacidad de contención significa, para el estrés agudo, la existencia de protocolos, elaborados conjuntamente con los ESM, de intervención en crisis y, para los trastornos adaptativos, la potenciación del uso de los recursos sociales y personales en un intento desmedicalizador de la asistencia.

- Pacientes cuyo síntoma predominante es la tristeza

La entrada de este tipo de pacientes en el Sistema suele provenir de la identificación por parte de un miembro del EAP de una reacción de duelo (genere o no demanda de servicios) o, cada vez más frecuente, por la consulta explícita debida a cansancio, tristeza o desánimo sin causa aparente.

En cualquiera de los casos, la lógica de la asistencia siempre comienza con la diferenciación entre tristeza normal o patológica. Si la tristeza es normal y se debe a una reacción de duelo, el acompañamiento en Atención Primaria y la identificación del duelo complicado por un episodio depresivo es la filosofía del subproceso. Si, por el contrario, la tristeza es patológica, la vía adecuada depende de que el Médico de Familia tenga la capacidad de diagnosticar correctamente la entidad psicopatológica subyacente. Si se trata de un episodio depresivo, deberá valorar si tiene criterios de derivación a los ESM según los protocolos acordados y, si no, deberá tratar y seguir correctamente el caso. Si el paciente padeciera una distimia, se ha de proceder al tratamiento y la contención en Atención Primaria con sus recursos propios o con los que brinda el espacio de cooperación, teniendo en cuenta la posibilidad de la ocurrencia de episodios depresivos.

- Pacientes cuyo síntoma predominante son las quejas somáticas

La asistencia a este tipo de pacientes debe jugarse en el espacio de Atención Primaria con todos los recursos terapéuticos propios disponibles y los que brinda el espacio de cooperación. Sólo tiene sentido la transferencia del caso al ESM si el paciente presenta comorbilidad psiquiátrica o a través de la interconsulta o supervisión.

La filosofía de este proceso queda reflejada en los siguientes principios: la higienización y el esclarecimiento de los síntomas, el uso racional de las pruebas diagnósticas y los tratamientos médicos, el evitar los diagnósticos "organificadores" del síntoma y el tratamiento con placebos, el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica y la contención.

Este subproceso, en su curso, está teñido de numerosas circunstancias vitales que deben ser analizadas: la profesión del paciente, su grado de aislamiento social, el hecho de que trabaje o no, la posible adicción a sustancias, la medicalización previa. De su correcto enfoque, dependerá el uso de unas u otras modalidades terapéuticas.

- Pacientes de tercera edad con descompensaciones psicopatológicas atribuibles a su vivencia del proceso de envejecimiento

Este subproceso se trata aisladamente por su magnitud progresiva y frecuente, la necesidad de una valoración e intervención familiar y social, el aislamiento de este tipo de pacientes que rara vez consultan por ellos mismos, y el importante infradiagnóstico de situaciones mejorables (psiquiátricas o no) atribuible a una visión equivocada del envejecimiento por parte de los profesionales sanitarios. En general, la calidad del proceso de atención parte de una identificación precoz del anciano en riesgo por parte de la Unidad de Atención Familiar (incapacitados, hiperfrecuentadores, etc.), un plan integral de abordaje, y la identificación y el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.

CLAVES DE CÓDIGOS

• ESPACIO DONDE SE REALIZA LA INTERVENCIÓN

(SE REPRESENTA POR EL COLOR DEL FONDO)

– ATENCIÓN PRIMARIA
– SALUD MENTAL
– ESPACIO DE INTERVENCIÓN COMÚN

• PROFESIONALES

– FACULTATIVOS
– ENFERMERÍA
– TRABAJADOR SOCIAL
– ACTIVIDAD DE PROFESIONAL NO ESPECIFICADO (CUALQUIERA)

• PREGUNTAS EN EL PROCESO

Texto enmarcado sobre fondo blanco

¿Es necesaria una psicoterapia reglada?

• ACTUACIONES

Texto enmarcado con el fondo del mismo color que el lugar donde se realizan

Interconsulta AP-ESM

– ALTAS **ALTA**

– SALIDAS DEL PROCESO

- SALIDAS A SITUACIONES MARGINALES **PROBLEMA MARGINAL**
- SALIDAS A OTRO APARTADO

• SERVICIOS QUE SE ENTREGAN

– VALORACIÓN **3-4**
– INTERVENCIÓN **4-1**
– COMUNICACIÓN Y RELACIONES **4**

VALORACIÓN DEL PACIENTE

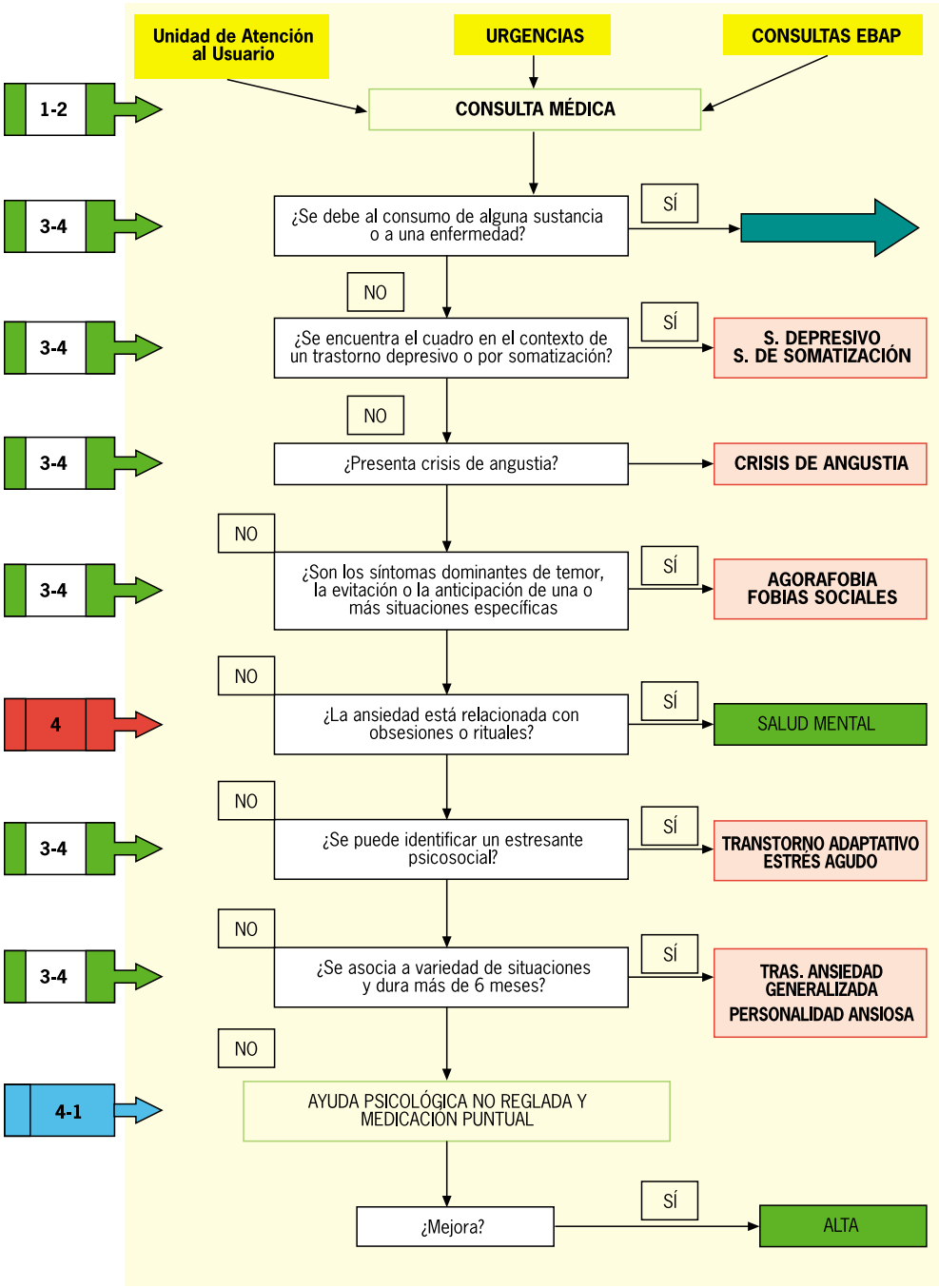
1. RECEPCIÓN/ACOGIDA DE LA DEMANDA DEL PACIENTE O DE LOS FAMILIARES
2. EVALUACIÓN/EXPLORACIÓN PSÍQUICA, SOMÁTICA Y SOCIOFAMILIAR. REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA/SUJETO. CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA O TIPOLÓGICA
4. ORIENTACIÓN HACIA EL USO DE SERVICIOS. ESTABLECIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

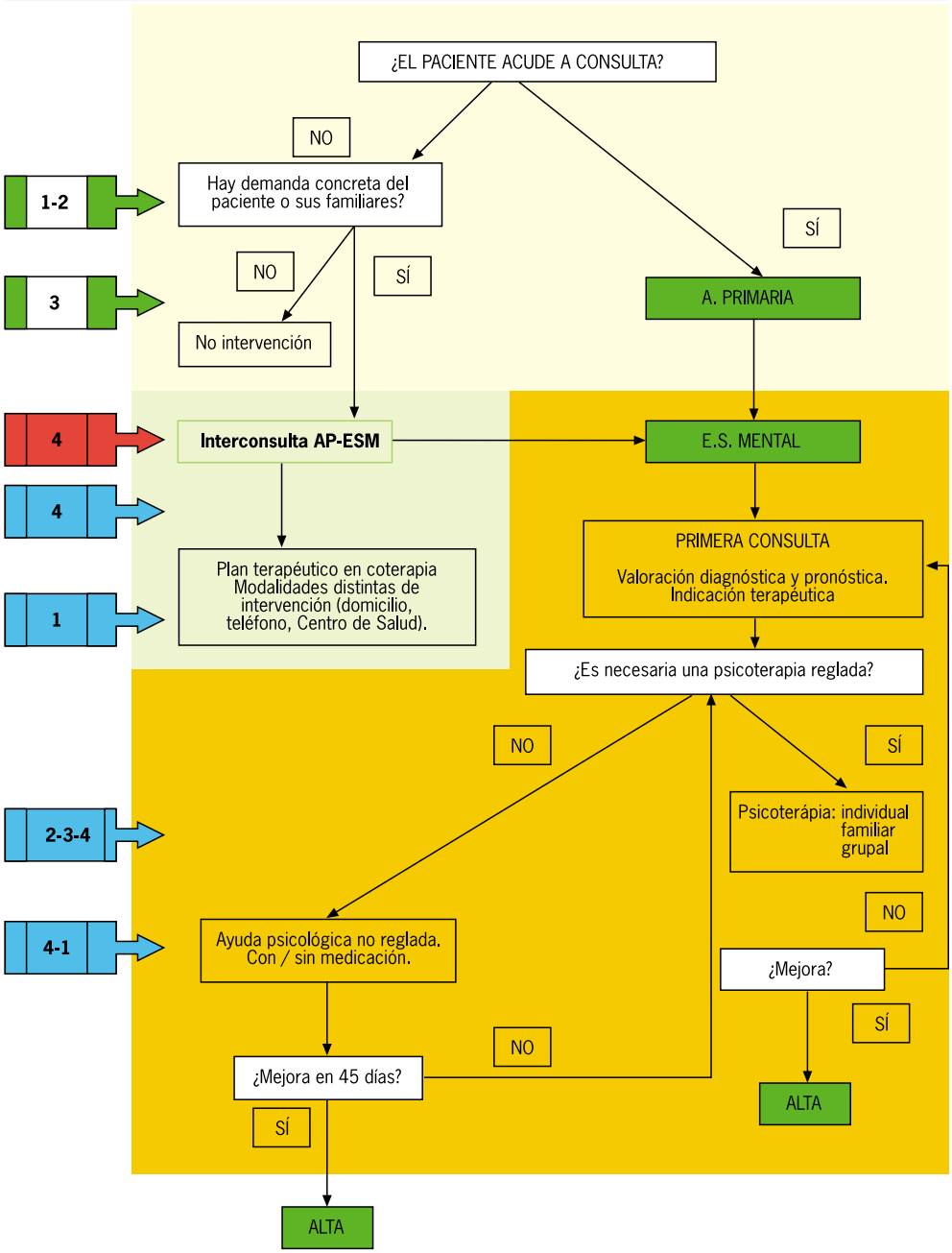
INTERVENCIÓN

1. MEDICACIÓN
2. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
3. PSICOTERAPIA FAMILIAR
4. AYUDA PSICOLÓGICA NO REGLADA
5. GRUPOS PSICOEDUCATIVOS
6. GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS
7. POTENCIACIÓN DEL USO DE LA RED SOCIAL

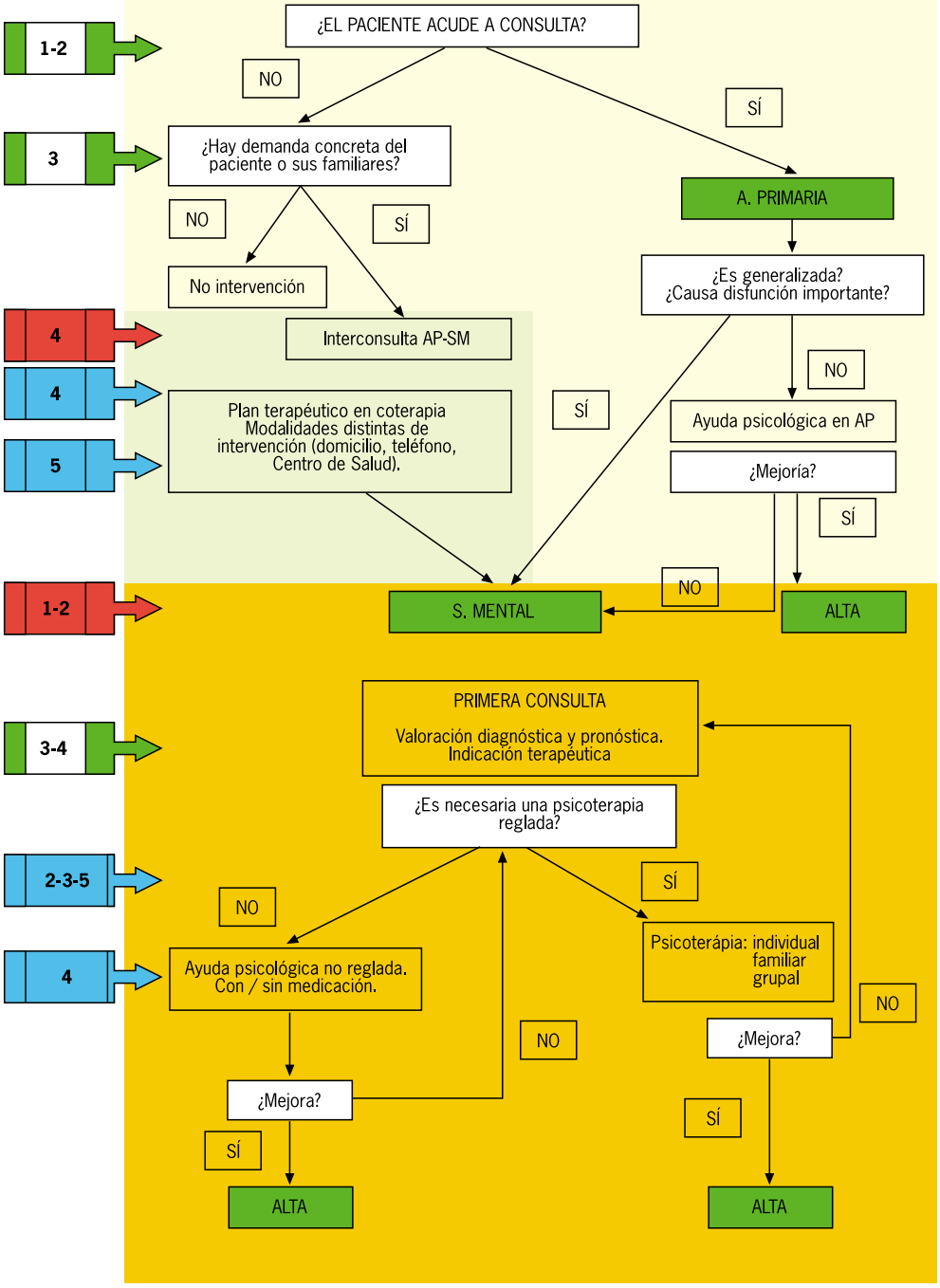
COMUNICACIÓN Y RELACIONES

1. REALIZACIÓN DE INFORMES
2. OTRAS FORMAS DE COMUNICACIÓN
3. CONTACTOS INTERINSTITUCIONALES
4. INTERCONSULTA
5. COTERAPIA
6. SUPERVISIÓN

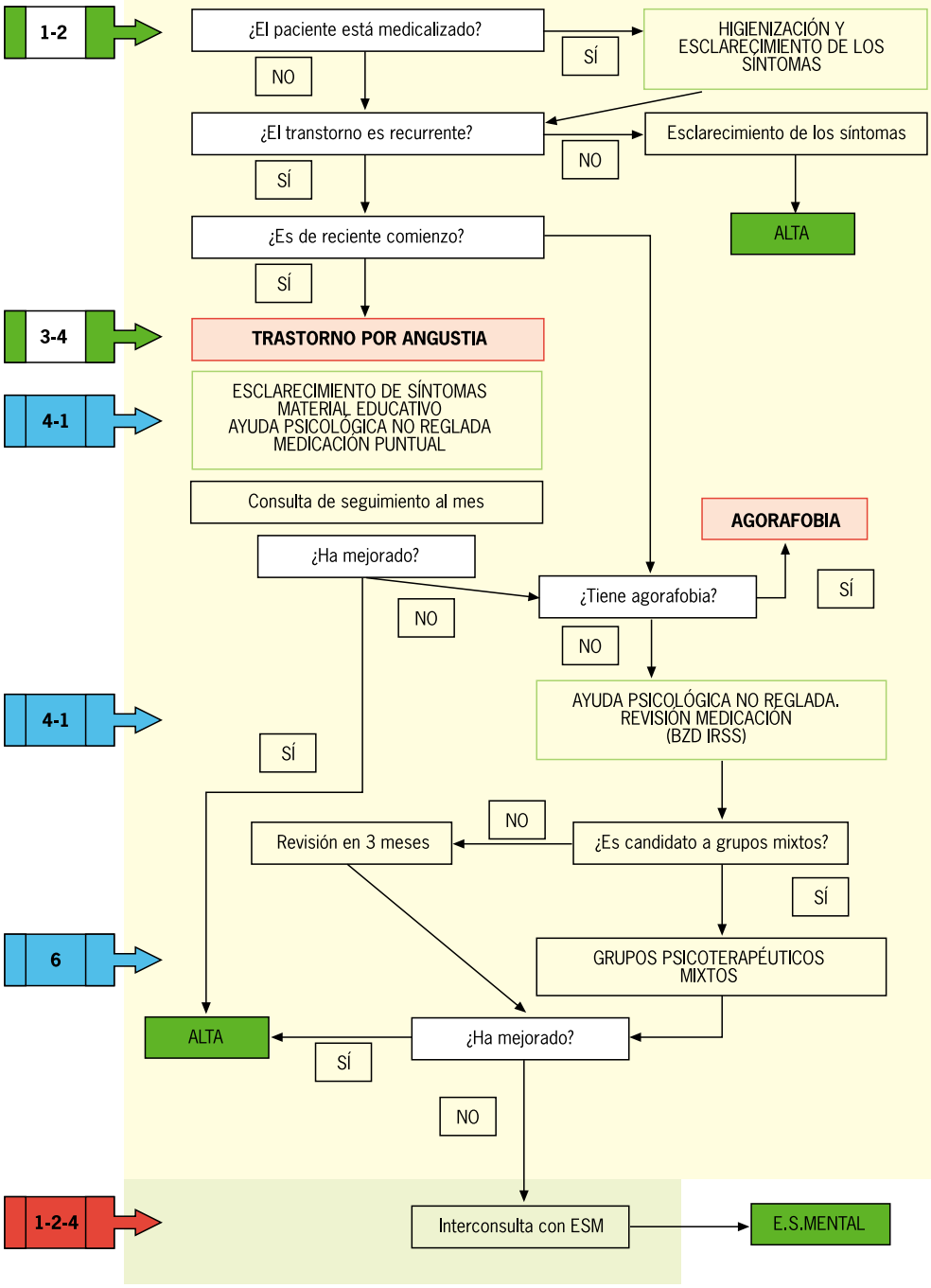

Unidad de Atención al Usuario
URGENCIAS
CONSULTAS EBAP
1-2
CONSULTA MÉDICA
3-4
¿Se debe al consumo de alguna sustancia o a una enfermedad?
SÍ
NO
3-4
¿Se encuentra el cuadro en el contexto de un trastorno depresivo o por somatización?
SÍ
S. DEPRESIVO
S. DE SOMATIZACIÓN
NO
3-4
¿Presenta crisis de angustia?
CRISIS DE ANGUSTIA
NO
3-4
¿Son los síntomas dominantes de temor, la evitación o la anticipación de una o más situaciones específicas
SÍ
AGORAFOBIA
FOBIAS SOCIALES
NO
4
¿La ansiedad está relacionada con obsesiones o rituales?
SÍ
SALUD MENTAL
NO
3-4
¿Se puede identificar un estresante psicosocial?
SÍ
TRANSTORNO ADAPTATIVO
ESTRÉS AGUDO
NO
3-4
¿Se asocia a variedad de situaciones y dura más de 6 meses?
SÍ
TRAS. ANSIEDAD GENERALIZADA
PERSONALIDAD ANSIOSA
NO
4-1
AYUDA PSICOLÓGICA NO REGLADA Y MEDICACIÓN PUNTUAL
¿Mejora?
SÍ
ALTA


¿EL PACIENTE ACUDE A CONSULTA?
NO
SÍ
1-2
Hay demanda concreta del paciente o sus familiares?
NO
SÍ
3
No intervención
A. PRIMARIA
4
Interconsulta AP-ESM
E.S. MENTAL
4
1
Plan terapéutico en coterapia
Modalidades distintas de intervención (domicilio, teléfono, Centro de Salud).
PRIMERA CONSULTA
Valoración diagnóstica y pronóstica.
Indicación terapéutica
¿Es necesaria una psicoterapia reglada?
NO
SÍ
Psicoterápia: individual
familiar
grupal
2-3-4
NO
4-1
Ayuda psicológica no reglada.
Con / sin medicación.
¿Mejora?
SÍ
NO
¿Mejora en 45 días?
ALTA
SÍ
ALTA

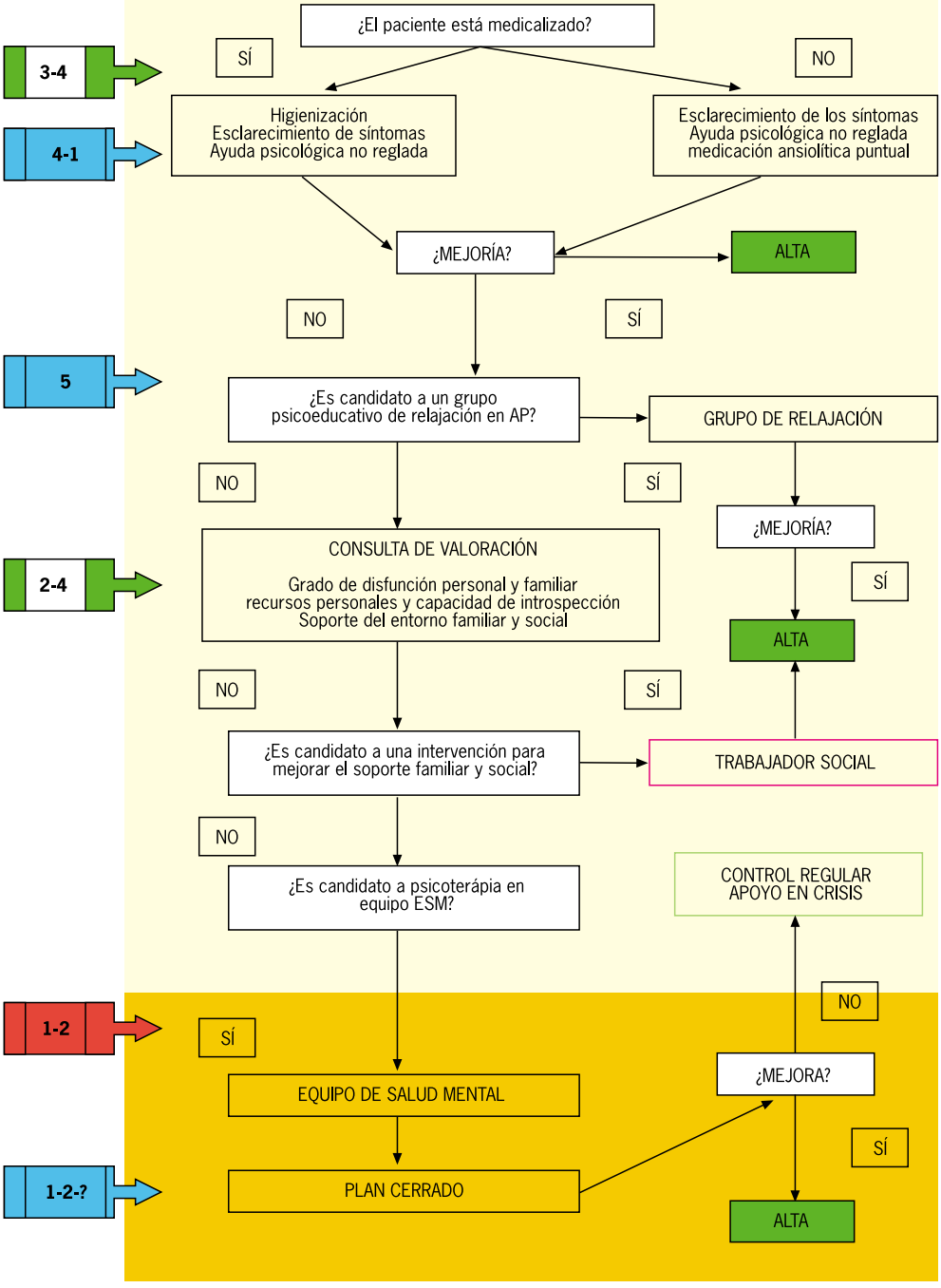
FOBIA SOCIAL

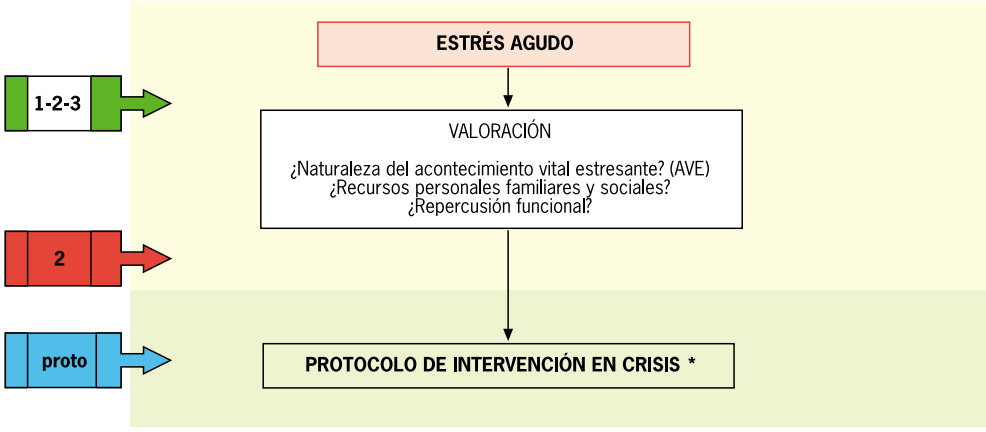


CRISIS DE ANGUSTIA



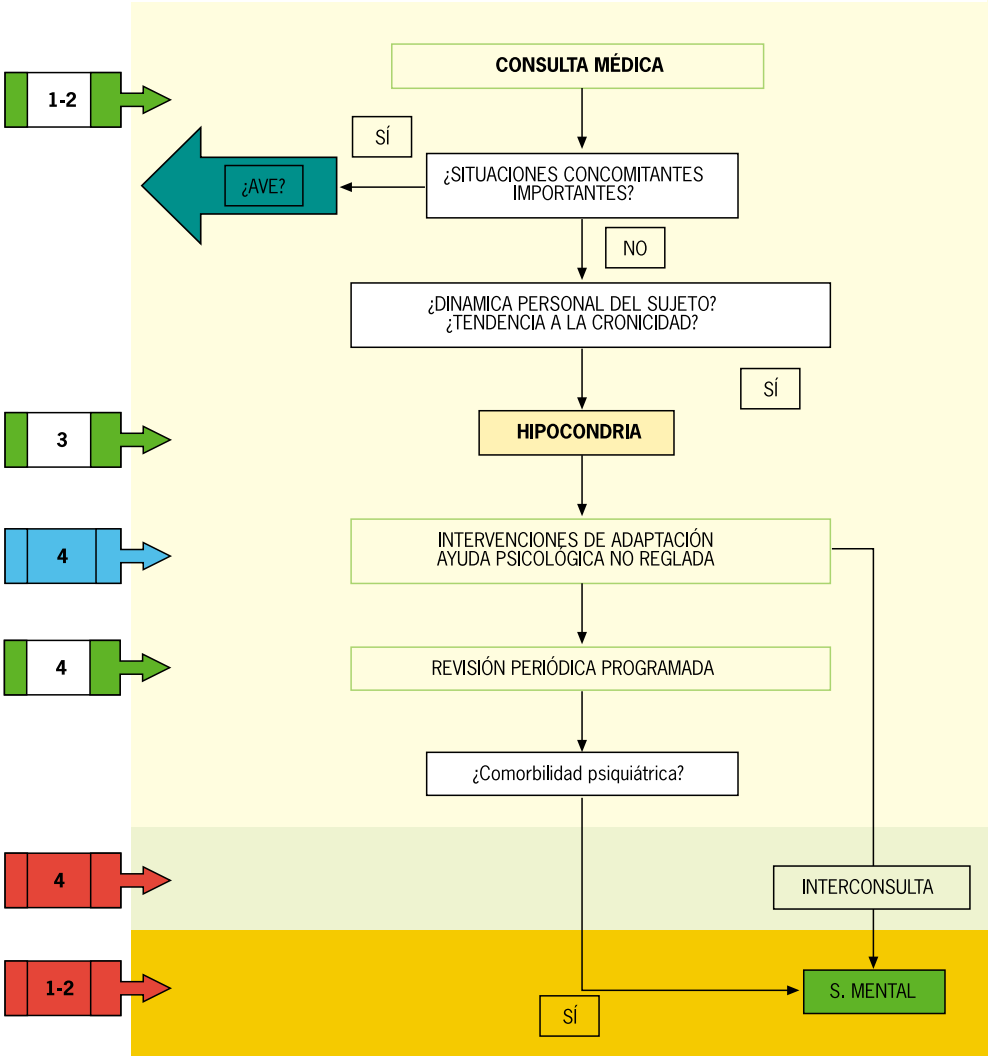
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. PERSONALIDAD ANSIOSA



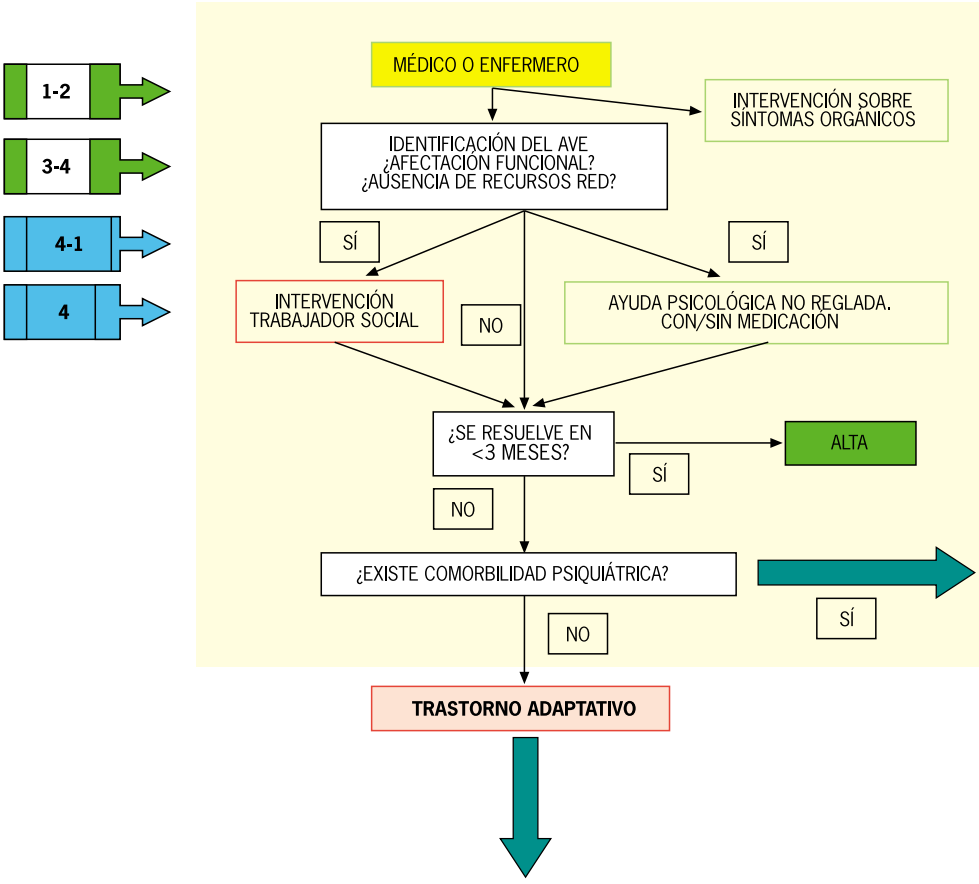


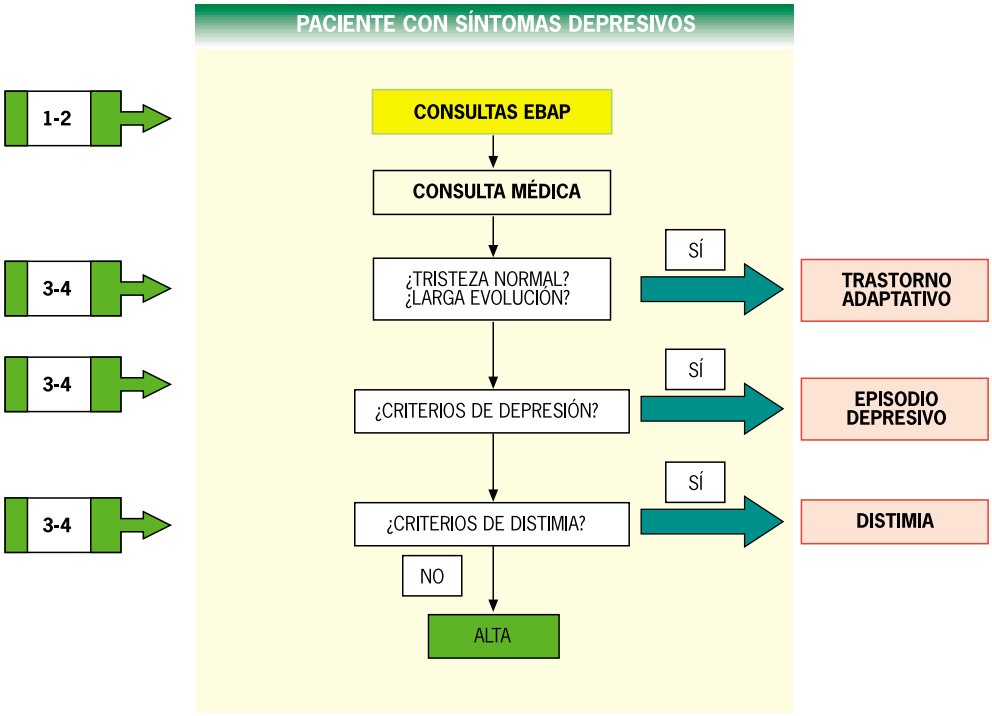
* SE DEBE REALIZAR Y CONSENSUAR ESPECÍFICAMENTE

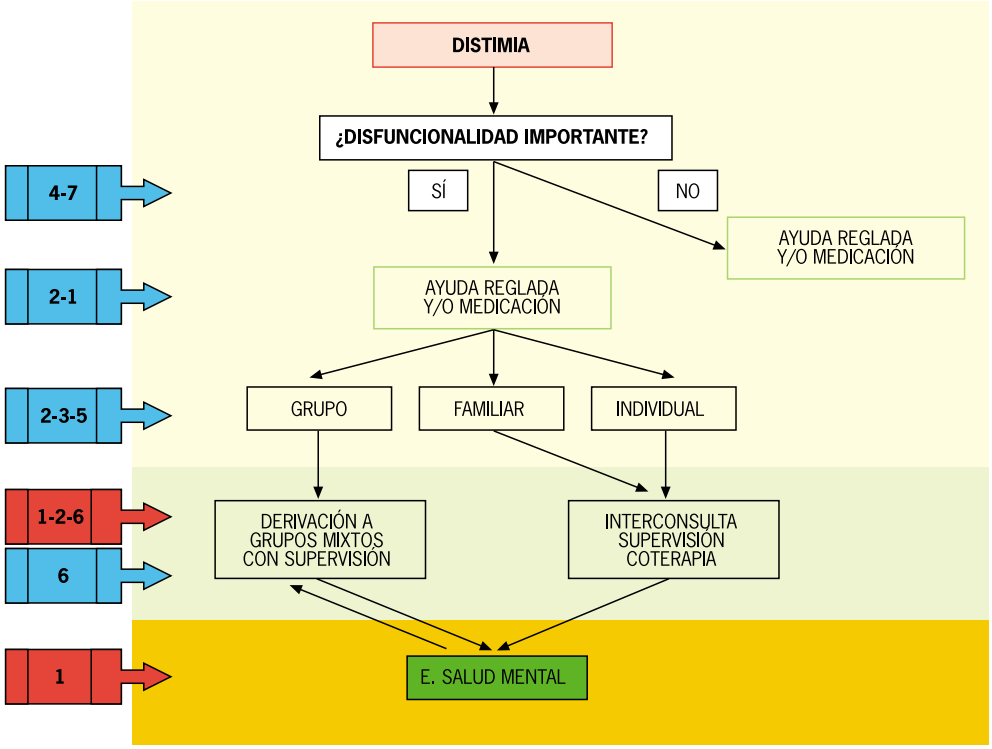
PACIENTE CON MIEDO A PADECER ENFERMEDADES



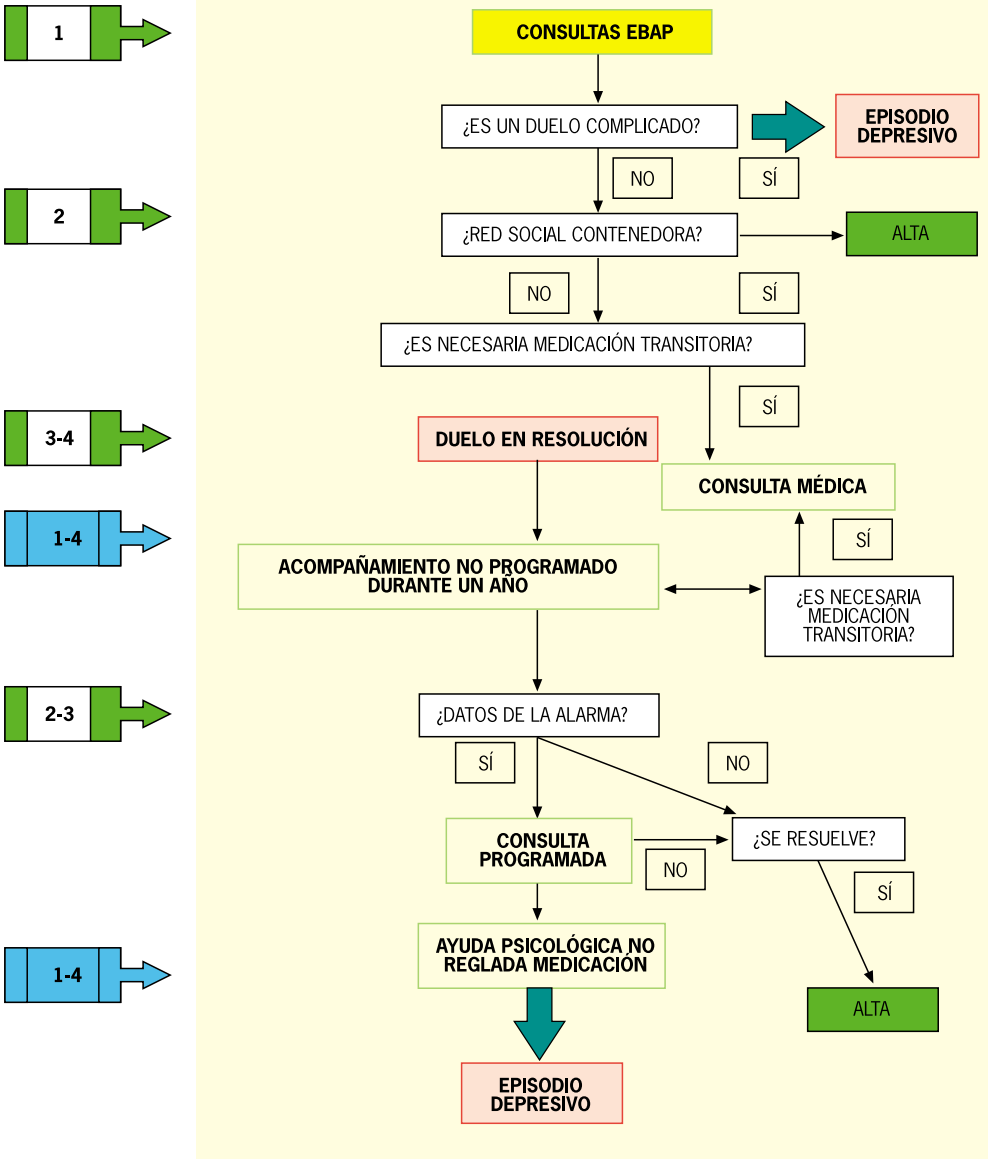
PACIENTE QUE SE DESCOMPENSA POR UN ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE



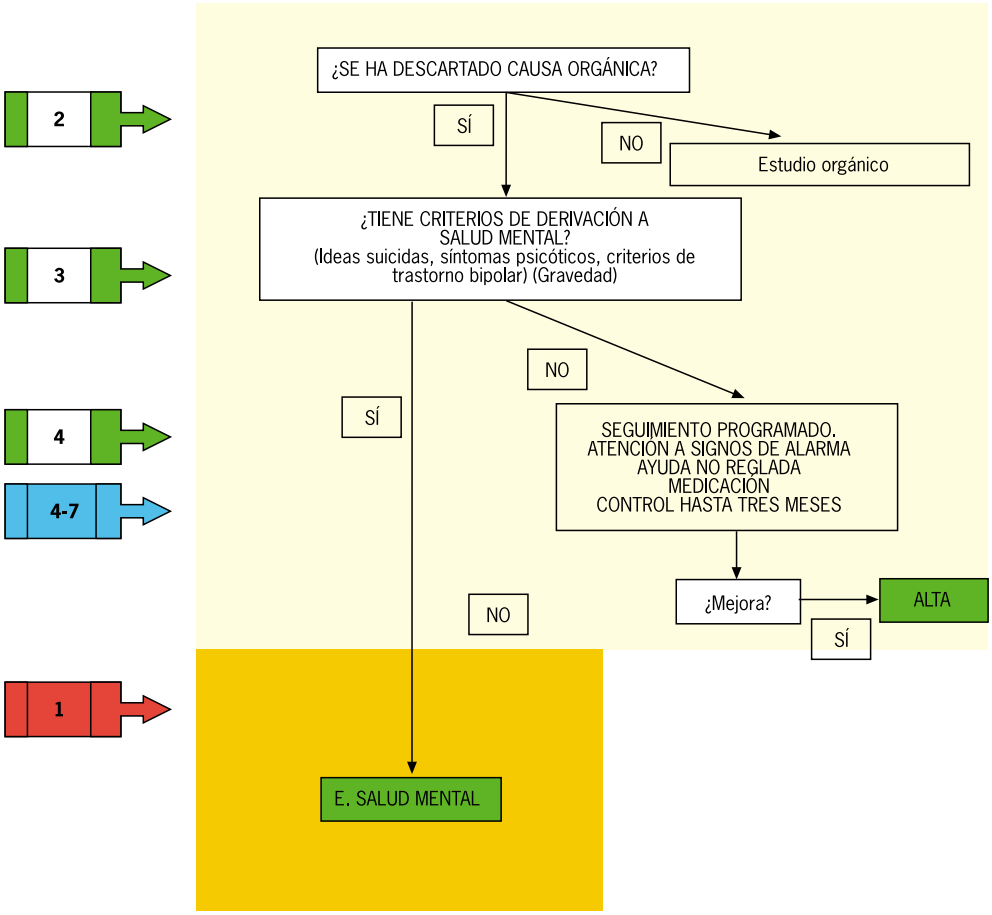

PACIENTE CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS
1-2
3-4
3-4
3-4
CONSULTAS EBAP
CONSULTA MÉDICA
¿TRISTEZA NORMAL?
¿LARGA EVOLUCIÓN?
SÍ
TRASTORNO ADAPTATIVO
¿CRITERIOS DE DEPRESIÓN?
SÍ
EPISODIO DEPRESIVO
¿CRITERIOS DE DISTIMIA?
SÍ
DISTIMIA
NO
ALTA


DISTIMIA
¿DISFUNCIONALIDAD IMPORTANTE?
SÍ
NO
AYUDA REGLADA Y/O MEDICACIÓN
AYUDA REGLADA Y/O MEDICACIÓN
GRUPO
FAMILIAR
INDIVIDUAL
DERIVACIÓN A GRUPOS MIXTOS CON SUPERVISIÓN
INTERCONSULTA SUPERVISIÓN COTERAPIA
E. SALUD MENTAL
4-7
2-1
2-3-5
1-2-6
6
1

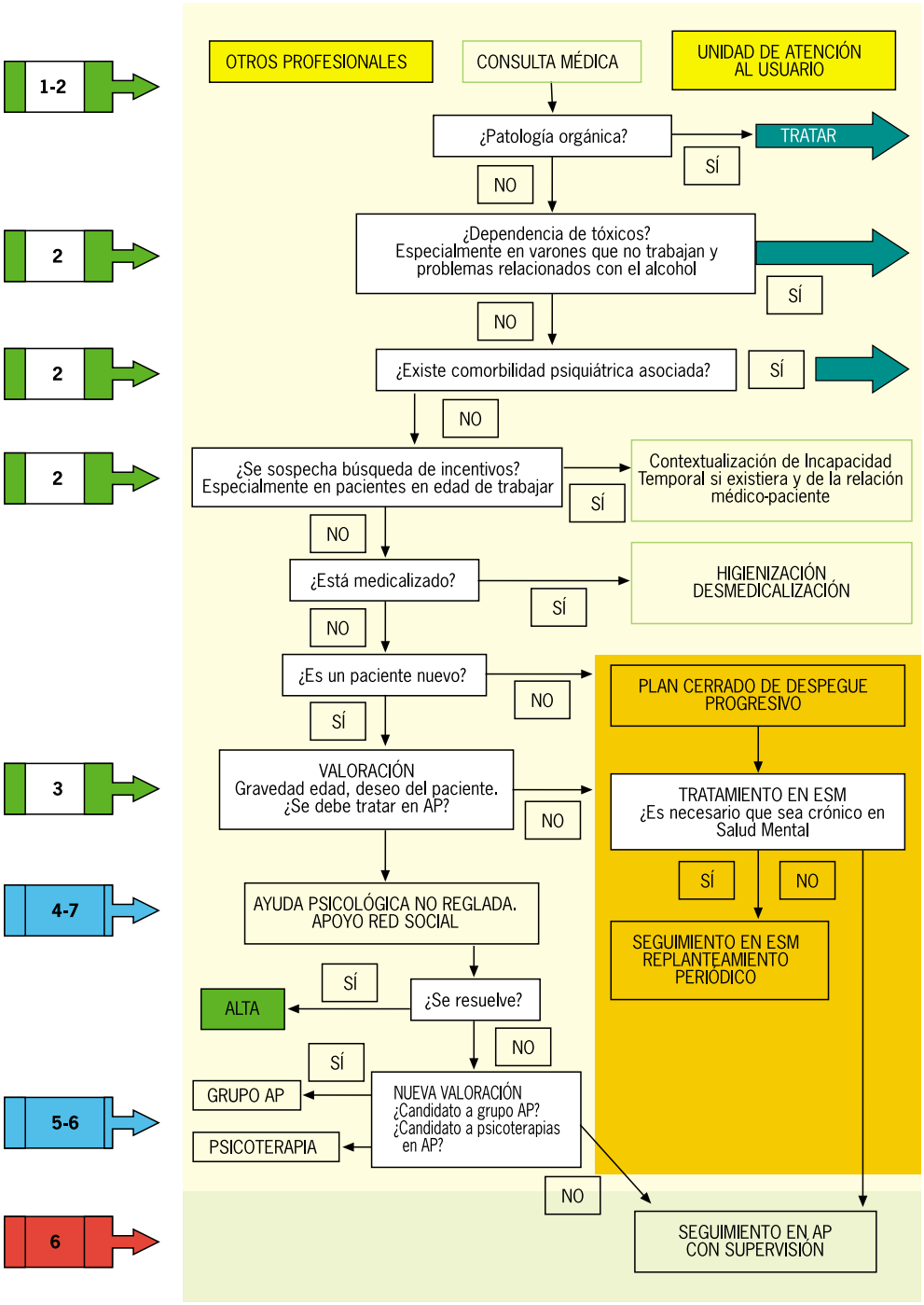
DUELO NO RESUELTO (EN RESOLUCIÓN O PATOLÓGICO)

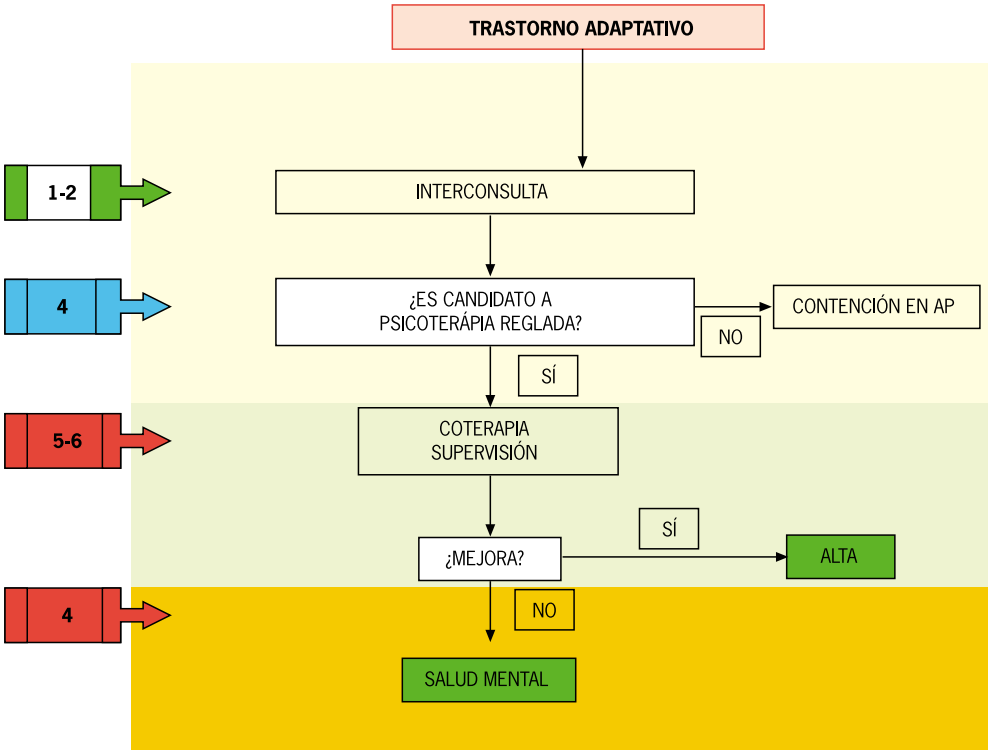


EPISODIO DEPRESIVO

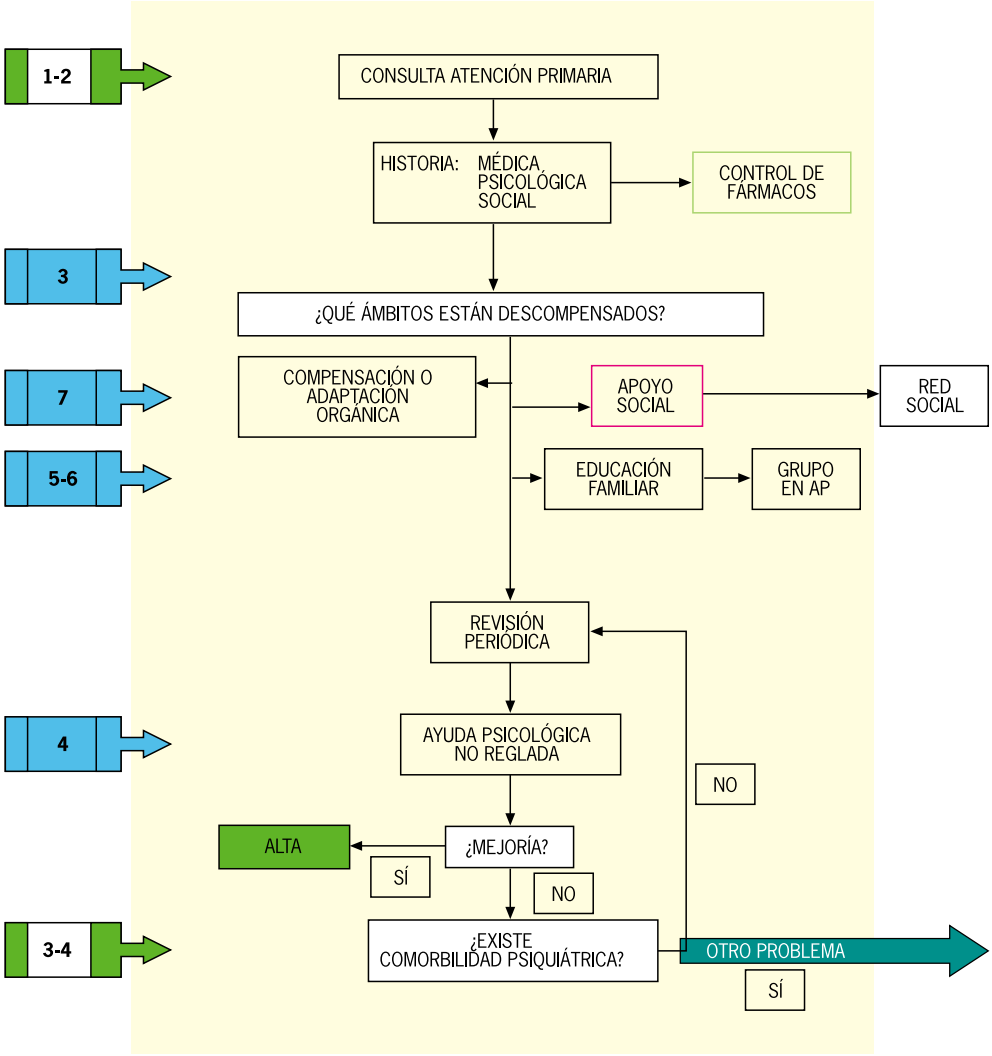


PACIENTES CON QUEJAS SOMATOFORMES




TRASTORNO ADAPTATIVO
1-2
INTERCONSULTA
4
¿ES CANDIDATO A PSICOTERÁPIA REGLADA?
NO
CONTENCIÓN EN AP
SÍ
5-6
COTERAPIA SUPERVISIÓN
SÍ
¿MEJORA?
ALTA
4
NO
SALUD MENTAL

PACIENTES DE LA TERCERA EDAD QUE ACUDEN POR DESCOMPENSACIONES PSICOPATOLÓGICAS ATRIBUIBLES A LA VIVENCIA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO



Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

– Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.

– Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.

– Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia,* todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el Proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL 1 2 3 4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I	
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I	
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I	
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I	
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I	
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I	
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I	
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I	
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I	
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I	
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I	
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I	
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I	
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I	
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I	
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I	
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I	
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I	
C-0447	Codificación de procesos asistenciales en CIE-9-MC	D	I	I	
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I	
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I	
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas con el proceso	D	I	I	
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I	
C-0535	Genograma e instrumentos de intervención familiar	I	I	I	
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I	

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1 2 3 4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I	
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I	
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I	
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I	
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I	
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I	
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I	
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I	
H-0055	Capacidad docente	D	I	I	
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I	
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I	

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos, psicoterapeúticos	D	D	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0020	Proactivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL 1	2	3	4
C0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)	I	I	I				
C0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C0536	Genograma e instrumentos intervención familiar	I	I	I				
C0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto.)	D	I	I				
C0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas con el proceso	D	I	I				
C0174	Bioética	D	D	I				
C0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL 1	2	3	4
H0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H0069	Facilidad para la comunicación	I	I	I				
H0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H0055	Capacidad docente	D	I	I				
H0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	D	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos, psicoterapéuticos	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talente positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0020	Proactivo/a	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

5 PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA Y ESTRUCTURA DE INDICADORES

Explícitar un modelo tiene como principal ventaja que éste puede ser evaluado y corregidas sus desviaciones de lo ideal, en un proceso de mejora continua. En este camino no es tan importante alcanzar las metas que el modelo define sino el proceso en sí mismo y el hábito de trabajo que deja como poso: la cultura de la calidad.

Sin embargo, y aun considerando que esa fase del trabajo es fundamental, tenemos que recordar que planteamos la atención a estas patologías desde un modelo de cooperación entre Atención Primaria y Salud Mental, y ser conscientes de que es posible que en determinados contextos ésto no sea alcanzable. Bajo esta premisa, presentamos los puntos de buena práctica y la estructura de indicadores. Cada área de Salud Mental y cada Distrito de Atención Primaria tendrán que elaborar su cuadro específico de mando donde se incluyan criterios e indicadores, no sólo por su transcendencia para el proceso sino en función de su nivel real de desarrollo y posibilidades.

La idea que nos guía en la selección de criterios es que permitan vigilar lo que consideramos la filosofía del proceso, lo más trascendente de él, lo que tiene de específico y orientador. En la definición funcional global hemos establecido:

1. DEFINICIÓN GLOBAL

La asistencia estará basada en los principios de buena práctica utilizando la evidencia científica disponible, usará los recursos del sistema con la máxima eficiencia, evitará tanto

la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental y generará autonomía y satisfacción en usuarios y profesionales.

Por tanto, se derivan de esta definición los siguientes criterios:

Criterios derivados de la definición del proceso global

- Práctica profesional ajustada a la evidencia científica disponible.
- Eficiencia en el uso de los recursos.
- Grado de medicalización en la resolución de los problemas.
- Uso de las redes sociales no institucionales por parte de los pacientes.
- Satisfacción de los usuarios.
- Satisfacción de los profesionales.

También cuando definimos los *Flujos de salida* (servicios) establecimos sus criterios de calidad.

En este apartado, presentaremos como complemento y desarrollo a lo anterior el repaso de la arquitectura del proceso global y de cada uno de los subprocesos, señalando la filosofía que inspira su construcción y los criterios que deben ser evaluados para verificar su calidad.

2. ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVELES 1 Y 2

La circulación general de los pacientes en Atención Primaria para este proceso sigue el esquema general común para otras demandas y patologías, con la salvedad específica de la existencia de un espacio de trabajo común interniveles (el espacio de cooperación) y la importancia de un abordaje biopsicosocial de entrada que evite medicalizaciones innecesarias. Este espacio de cooperación viene definido, cualitativamente, por la interconsulta, la coterapia y la supervisión de casos, en el marco de una relación estable entre profesionales; y, cuantitativamente, por el número de pacientes incluidos en estas modalidades de tratamiento.

Las dimensiones fundamentales que establecen la relación entre los niveles son: la demora en la transferencia de los casos, la calidad de la información que acompaña a los pacientes en su trayectoria, y la pertinencia de las transferencias en ambos sentidos.

La arquitectura del subproceso de circulación general de pacientes en ESM está diseñada para que, aumentando la comodidad y manteniendo la libertad de elección por parte del paciente, el ESM tenga capacidad de ordenar su trabajo y utilizar con máxima eficacia y eficiencia todos los recursos profesionales que posee (y no solo los médicos) a través de la reunión diaria de acogida y ordenación de la asistencia. La decisión del equipo sobre el uso

más adecuado de los recursos disponibles y el profesional responsable, y sobre el plan cerrado de tratamiento (revisable y con valoración de todas las modalidades terapéuticas) para cada caso, impiden la "medicalización", psiquiatrización y "cronificación" de los pacientes en un modelo que genera dependencia y es ineficiente.

Criterios derivados del modelo en sus niveles 1 y 2

- Volumen del espacio de cooperación interniveles.
- Volumen de actividades de formación, planificación, evaluación e investigación interniveles
- Estabilidad de las relaciones entre profesionales interniveles.
- Establecimiento de categorías diagnósticas de Salud Mental.
- Uso de recursos no médicos (sociales y de enfermería) del Centro de Salud para estos pacientes.
- Demora en la transferencia de casos.
- Cumplimentación adecuada de informes de transferencia de casos.
- Pertinencia en la transferencia de casos (cumplimiento de criterios de derivación acordados en protocolos)
- Realización de reuniones de acogida y ordenación de la asistencia en los ESM.
- Cantidad de pacientes con planes cerrados de tratamiento y calidad de los mismos.
- Multidisciplinariedad en la asignación de profesionales responsables de casos en el ESM

3. ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3. SUBPROCESOS DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

En estos subprocesos la demanda inicial del paciente o sus familiares suele ser directamente por síntomas de ansiedad, tensión o nerviosismo, pudiendo identificarse o no un acontecimiento vital estresante (AVE) responsable del cuadro. En el primer caso, la calidad de la atención gira en torno a la capacidad del profesional para contener en las crisis (intervención en crisis que debe estar protocolizada por cada EAP y ESM), y en identificar qué pacientes tienen capacidad para resolver la situación por sus propios medios con el acompañamiento y atención del nivel primario, y cuáles necesitan otras modalidades de tratamiento o la derivación por presentar comorbilidad psiquiátrica. La contención adecuada resumiría la filosofía de estos subprocesos.

En el segundo caso, lo que se pone en juego es la habilidad de un diagnóstico preciso por el Médico de Familia. De este diagnóstico se derivan tres caminos posibles: la derivación temprana (trastorno obsesivo compulsivo (TOC), fobia social generalizada, agorafobia), agotar todas las posibilidades terapéuticas en el espacio de Atención Primaria sin medicalizar (crisis de angustia, ansiedad generalizada), e identificar los candidatos a psicoterapia

reglada en el ESM (trastorno de ansiedad generalizada, personalidades ansiosas). En los ESM, un indicador global de la calidad de atención en estos subprocesos (salvo en el TOC) es el número de altas en el periodo de tiempo más corto posible (incluyendo las altas intermitentes del trastorno de ansiedad generalizada), el número de pacientes "cronificados" con estos diagnósticos, y el uso durante largos periodos de tiempo de medicación, sin psicoterapia reglada, para los trastornos fóbicos.

Criterios derivados del modelo en su nivel 3. Ansiedad

- Existencia de protocolos consensuados EAP-ESM de intervención en crisis.
- Multidisciplinariedad (interniveles) en el tratamiento inicial de las reacciones de estrés agudo.
- Uso de recursos sociales en los trastornos adaptativos.
- Frecuencia de diagnósticos pertinentes de trastorno de angustia, trastorno fóbico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada en Atención Primaria.
- Volumen de pacientes con trastornos de ansiedad generalizada incluidos en grupos psicoeducativos en Atención Primaria.
- Volumen del espacio de cooperación para estos trastornos.
- Uso de medicación con criterios de evidencia científica para estos trastornos.
- Volumen de pacientes crónicos por estos trastornos en los ESM.
- Volumen de pacientes diagnosticados de trastornos fóbicos con medicación de larga duración, sin psicoterapia reglada.

4. ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3. SUBPROCESOS DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

En Atención Primaria, la entrada de este tipo de pacientes suele ser por una demanda explícita relacionada con un duelo no resuelto o la consulta directa por síntomas de tristeza, cansancio o desánimo sin causa aparente. El desarrollo adecuado de estos subprocesos pivotan en la capacidad del profesional de Atención Primaria de diagnosticar correctamente los episodios depresivos, diferenciándolos de la tristeza no patológica; de la claridad que tenga el médico para diferenciar qué casos debe tratar y cuáles derivar; y de las pautas claras de tratamiento de los pacientes que decida abordar. Mención aparte requiere la distimia, un grupo numeroso de pacientes "para toda la vida" que no deben "cronificarse" en Salud Mental. En este subproceso la capacidad de contención del nivel primario y el espacio de cooperación interniveles juegan un papel fundamental.

Criterios derivados del modelo en su nivel 3. Depresión

- Frecuencia de diagnósticos pertinentes de episodio depresivo en Atención Primaria.
- Existencia de protocolos consensuados de derivación de episodios depresivos.
- Pertinencia de las derivaciones por estos trastornos.
- Volumen de pacientes con distimia incluidos en grupos psicoeducativos en Atención Primaria.
- Volumen del espacio de cooperación para la distimia.
- Uso de medicación con criterios de evidencia científica para estos trastornos.
- Volumen de pacientes crónicos por distimia en los ESM.
- Volumen de pacientes diagnosticados de trastorno depresivo recurrente incluido como crónico en los ESM.

5. ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3. SUBPROCESOS DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS DE SOMATIZACIONES

Los conceptos que definen la filosofía para estos subprocesos son la higienización y el esclarecimiento de los síntomas, el uso racional de las pruebas diagnósticas y los tratamientos médicos, el evitar los diagnósticos "organificadores" del síntoma, el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica, y la contención en Atención Primaria de los trastornos somatoformes.

Criterios derivados del modelo nivel 3. Somatizaciones

- Frecuencia de diagnósticos pertinentes de trastorno somatoforme en Atención Primaria.
- Volumen de recursos gastado por los pacientes somatoformes (pruebas diagnósticas, derivaciones innecesarias, medicación, bajas laborales, etc.)
- Volumen de pacientes con trastorno somatoforme incluidos en grupos psicoeducativos en Atención Primaria.
- Volumen del espacio de cooperación para el trastorno por somatización.
- Pacientes con trastorno somatoforme incluidos en psicoterapia reglada en Atención Primaria.
- Volumen de pacientes crónicos por trastorno somatoforme en los ESM.
- Volumen de pacientes derivados a los ESM por estos trastornos y procedimiento para ello.

6. ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3. SUBPROCESO DE LOS PACIENTES DE TERCERA EDAD CON DESCOMPENSACIONES PSICOPATOLÓGICAS ATRIBUIBLES A LA VIVENCIA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Este subproceso se trata aisladamente por su magnitud progresiva y frecuente, la necesidad de una valoración e intervención familiar y social, el aislamiento de este tipo de pacientes que rara vez consultan por ellos mismos, y el importante infradiagnóstico de situaciones mejorables (psiquiátricas o no) atribuible a una visión equivocada del proceso de envejecimiento por parte de los profesionales sanitarios. En general, la calidad del proceso de atención parte de una identificación precoz del anciano en riesgo por parte de la Unidad de Atención Familiar (incapacitados, hiperfrecuentadores, etc.), un plan integral de abordaje, y la identificación y el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.

Criterios derivados del modelo Nivel 3. Ancianos con descompensaciones psicopatólogicas

- Identificación de estos pacientes (valoración psiquiátrica del censo de incapacitados, análisis de hiperfrecuentadores, etc.)
- Realización de valoraciones y planes de intervención interdisciplinar.
- Volumen de pacientes incluido en intervenciones familiares (o de potenciación del uso de la red social.)
- Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes de la tercera edad.

6 Recomendaciones Finales

1. La primera recomendación es una llamada de atención sobre los requisitos para la puesta en marcha del proceso:

   - La tecnología fundamental de la que se sirve este proceso es el tiempo de profesional capacitado dedicado a cada paciente. La suficiencia de este recurso es el requisito básico para la puesta en marcha. Es evidente que, dada la situación actual de masificación se debe hacer un reanálisis para mejorar el marco de dotaciones de personal en Atención Primaria y en Salud Mental. Nos remitimos a las cifras de profesionales por habitante recomendadas por otros grupos de trabajo de la Consejería de Salud y del SAS.
   - El modelo que sustenta el proceso se caracteriza por la cooperación entre el nivel primario y el especializado, y por el trabajo en equipo. La existencia de espacios de trabajo en común (para la supervisión, interconsulta, coterapia, elaboración de protocolos, etc.) es una necesidad que no puede dejarse al voluntarismo de determinados profesionales motivados. La Administración debe velar por su creación y formalización.
   - La comunicación efectiva y eficiente entre profesionales, y de éstos con los pacientes, requiere del uso de determinadas tecnologías de la comunicación que, a menudo, no están disponibles (teléfono accesible, correo electrónico, agendas electrónicas abiertas para la citación de pacientes desde AP, etc.). Una revisión de su disponibilidad es otro requisito previo a la puesta en marcha del proceso.

- La evaluación sistemática del proceso exige la modificación y adaptación de los actuales sistemas de registro y de gestión de la información para incluir las categorías diagnósticas que se han de vigilar y el cuadro de indicadores monitorizados periódicamente.
- La formación de los profesionales es otro de los elementos que posibilitan el funcionamiento del proceso. El grupo no la entiende como requisito previo sino como producto del trabajo cotidiano en un proceso de mejora continua de la calidad. Por tanto, se apuesta por la formación continuada en el puesto de trabajo y la supervisión por expertos. Los esfuerzos económicos y de recursos de la Administración deben apuntar en esa dirección y no a cursos puntuales de reciclaje.

2. Para la viabilidad de las transformaciones que implica este proceso es fundamental que el documento elaborado adquiera legitimidad en ámbitos profesionales y de gestión. Las vías pueden ser múltiples (páginas web de sociedades científicas o del SAS, congresos, publicaciones profesionales, foros de discusión, etc.), y ha de quedar claro el carácter de marco abierto del documento elaborado.

3. El grupo recomienda que la difusión de este documento se realice a través de su adaptación a los diversos destinatarios con documentos diferentes. Identificamos como destinatarios con intereses diversos a los Servicios Centrales del SAS, las estructuras de gestión de Áreas de Salud Mental y los Distritos de Atención Primaria, los Directores de Centros de Salud y los Coordinadores de equipos de Salud Mental y profesionales asistenciales de Salud Mental y Atención Primaria. Las cuestiones de modelo de servicios serían más relevantes para los primeros, las de control de gestión y cuadro de mandos para los segundos, las de ordenación de los servicios y organización para los terceros, y las clínicas para los profesionales. Esta difusión debería realizarse en el marco de un plan global de comunicación.

4. Si bien ha quedado clara la necesidad de mejorar el marco de dotaciones, se propone que esta mejora de las condiciones de trabajo a través de un incremento de recursos esté vinculada indefectiblemente a la incorporación de los recursos lógicos que aporta el proceso desde la relevancia de la propia zona de influencia de cada profesional para el cambio o proactividad.

5. La aplicación de este modelo de atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones debe realizarse de una forma descentralizada. A lo largo del documento ha quedado claro que el modelo de cooperación propuesto es el resultado del proceso de interacción entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental y éste no puede ser único ya que las condiciones de partida son distintas y a veces no modificables.

6. El grupo no se muestra favorable a las experiencias piloto. Sin embargo, considera que la aplicación del proceso en ámbitos concretos debe ser cuidadosamente moni-

torizada y deben intercambiarse fluidamente los resultados y los problemas para su generalización.

7. Por último, la incorporación del proceso a la rutina de funcionamiento de la organización requiere que los contratos-programa de todas las instituciones incluyan objetivos en esta área que los servicios tangibles identificados se incluyan en la cartera de servicios de Atención Primaria. La no realización de este último punto dejaría en mano de profesionales voluntarios la aplicación del proceso, lo discriminaría negativamente respecto a las patologías "orgánicas" priorizadas en los contratos-programas, e impediría su consolidación.

ANEXO 1

TERAPIA PSICOLÓGICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Somos conscientes de que nos movemos en el modelo biomédico. Sin denostar su eficiencia en general, queremos, no obstante, llamar la atención sobre algunos matices del mismo que se han deslizado, contaminando las psicoterapias.

– *Es un modelo centrado en el profesional:* 'La ayuda ofrecida tiene algo de mercancía a adquirir, a promocionar. Es una relación asimétrica. Es el doctor quien detenta el único saber válido, el científico." (Riesman, 1989).
– Favorece la pasividad y la delegación por parte del usuario y cierra las puertas a otros sistemas, no formales, de ayuda. Lleva con frecuencia al usuario a una codependencia, por la que la complementariedad entre ambos, "la necesidad mutua", puede no tener fin.
– Igualmente, cercena la reciprocidad, unos de los mecanismos fundamentales por los que elaboramos nuestra identidad social. En el modelo centrado en el profesional, el contrato, la reciprocidad, es básicamente con el Estado. Alguien da y es compensado por un tercero. La rueda de la solidaridad, el dar y recibir, y viceversa, y la propia autoestima quedan bloqueadas. Su consecuencia es la desresponsabilización.

Por ello apostamos por *un modelo centrado en el usuario,* que se apoya en el principio de la responsabilidad personal e incita al uso de recursos propios, a la autonomía, a la independencia. Un modelo que desestigmatiza y expande las experiencias saludables entre iguales. Desacraliza el único saber, introduciendo la diversidad.

La preeminencia del individuo, poco o nada conectado con su entorno, descontextualizado, es una de las contaminaciones epistemológicas más conspicuas en la colonización de la psicoterapia por el modelo médico.

En aras de admitir esta realidad, se ha dado más amplio tratamiento a la psicoterapia individual. No obstante, el grupo de trabajo es consciente de la necesidad de potenciar técnicas grupales, familiares, de pareja, ayuda psicológica no reglada, recurso a redes sociales, etc. como se puede colegir de la exposición global.

CONTEXTO

Contexto en Atención Primaria

La prevalencia observada de trastorno mental en Atención Primaria oscila entre el 20-40% (Retolaza A, 1998). También se conoce la importancia de los factores psicosociales

como generadores de hiperfrecuentación. Entre un 20-25% de las consultas diarias son realizadas por personas que tienen como principal, o único motivo de consulta, un problema de salud mental (Tylee A, 1998). Estos pacientes son tratados en el ámbito de Atención Primaria, más que en servicios de Salud Mental.

El grupo más frecuente de pacientes que acuden con sufrimiento psicológico no cumplen los criterios de caso psiquiátrico y la farmacoterapia no es generalmente útil para estos problemas. Sin embargo, la terapia psicológica puede ser exitosa y los pacientes encuentran aceptable dicha intervención (Arean PA 1996). "Si el Médico de Atención Primaria ha de saber utilizar dos o tres antidepresivos básicos, otros tantos ansiolíticos y algún que otro neuroléptico, la pregunta que debe hacerse es ¿y por qué no debemos saber aplicar tratamientos básicos de psicoterapia?. Existen investigaciones sólidas y contundentes sobre la eficacia de la psicoterapia realizada por los Médicos en Atención Primaria en diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como médicos (ansiedad, depresión, pánico, somatizaciones, mixto ansioso-depresivo, alimentarios, alcoholismo) y en patologías médicas específicas en las que, con frecuencia, va asociada una comorbilidad psiquiátrica" (Mirapeix C. 1998).

Los resultados obtenidos por los médicos de familia son tan efectivos como los de psicoterapeutas expertos (Lambert M. 1994), tras ser entrenados y supervisados por terapeutas profesionales.

Estos resultados sitúan a los médicos de familia ante la necesidad de formarse en este tipo de tratamiento para poder ser más efectivos en su quehacer diario y les obliga a poner encima de la mesa la indicación de la terapia psicológica como una alternativa terapéutica, permitiendo que el paciente decida, en colaboración con su médico, qué tipo de abordaje prefiere que se realice. Muchas veces, los problemas emocionales se manifiestan como un problema físico y, a la inversa, los problemas físicos pueden tener consecuencias emocionales. En el marco de la Atención Primaria, el tratamiento adecuado no es posible sin confrontar los aspectos psicológicos.

Independientemente de que el médico lo desee o lo intente, los pacientes frecuentemente esperan que éste les ayude con sus problemas emocionales además de los físicos. Por lo tanto, el médico llega a ser, casi sin querer, un psicoterapeuta.

¿El Médico de Familia está realmente cualificado para la práctica de la psicoterapia?

– Los pacientes creen que sí.

– Sin embargo, muchos médicos no creen tener o no saben que tienen habilidades y están cualificados para realizar psicoterapia. Y, por tanto, no hacen intentos de intervenciones simples que pueden resultar muy efectivas.

Aunque casi el 60% de los cuidados de salud mental lo dispensa exclusivamente el Médico de Familia, éste no es capaz de reconocer ni dos tercios de la patología de salud mental que le llega.

Muchos pacientes se sienten decepcionados con sus médicos porque, después de escuchar sus problemas personales o emocionales, no encuentran en ellos un "acuse de

recibo". Es frecuente observar vídeos de consultas atendidas por médicos residentes de familia que, después de escuchar activamente al paciente (contacto visual-facial, cabeceo, expresiones como "continúe", etc.), que le transmite ciertos problemas emocionales, vuelven bruscamente al terreno donde se sienten seguros: el del síntoma físico (Stuart y Lieberman, 1996).

Aspectos organizativos

Un tiempo medio de consulta que oscila entre 4 y 7 minutos, junto con otras presiones asistenciales a las que se ven sometidos los médicos de familia en las consultas a demanda (entradas y salidas de auxiliares, enfermeras, otros médicos, llamadas telefónicas,....), hacen que las condiciones en las que se realiza la práctica médica actual de un Centro de Salud no sea la más adecuada ni para la medicina, en general, ni por supuesto, para la práctica de la terapia psicológica, en particular.

Las condiciones estructurales y organizativas básicas precisas para la realización de tratamientos psicoterapéuticos requerirían disponer de un espacio tranquilo donde poder desarrollar la actitud de "escucha" sin ningún tipo de interferencia, con un tiempo mínimo de consulta de 20-30 minutos (similar al que tenían asignadas las consultas programadas inicialmente, antes de que fueran transformadas en consultas a demanda).

Contexto en los equipos de Salud Mental

El equipo de Salud Mental es multidisciplinar y está formado por Psiquiatras, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermeros y Auxiliares psiquiátricos.

Referido al tema concreto de la práctica en psicoterapia, ésta es asumida fundamentalmente por los técnicos superiores, si bien la demanda mayor desde Atención Primaria con indicación de psicoterapia es al Psicólogo. De ahí la importante lista de espera de los mismos.

Habitualmente, se asocia psiquiatra-fármaco, psicólogo-psicoterapia aunque consideramos que esta rigidez correspondería a aquellos casos en los que psiquiatras determinados, con una orientación organicista y siguiendo un modelo médico clásico, sólo dan como alternativa al sufrimiento neurótico una respuesta farmacológica. Hay otros que compaginan la medicación con intervenciones psicoterapéuticas.

En el subgrupo de la población infantil y juvenil ocurre algo parecido: es el Psicólogo el que asume la mayor parte de esta demanda en los equipos de Salud Mental, ya que se le presupone la formación necesaria, lo que le da un lugar no ocupado por el resto de los profesionales.

El paciente, una vez evaluado y propuesto para psicoterapia, cuenta con visitas quincenales – mensuales, de treinta minutos aproximadamente.

La dificultad más importante que tenemos para conseguir fluidez en las derivaciones, en el tratamiento y en la devolución de casos es, además de la masificación, *la libre elección*

de especialista. Se produce la paradoja de que derivaciones de aquellos profesionales de Atención Primaria con los que llevamos trabajando más de diez años, y que corresponden a nuestra zona geográfica de trabajo, se han visto desplazadas e invadidas por un sinfín de demandas de toda la provincia. La forma de trabajo y la continuidad de cuidados entre niveles es para Salud Mental una tarea ardua en este contexto. Intentamos buscar fórmulas de origen interno, aunque creemos que será poco útil siempre que no exista una voluntad política de solucionar dicho problema.

La escasez de tiempo, la falta de formación y la ausencia de una cartera de servicios, en los que se detalle y concreten las opciones terapéuticas, incluyendo entre ellas la psicoterapia, serían los principales obstáculos para la realización de psicoterapia en los equipos de Salud Mental. (Martín JA, 1999).

La aplicación de los siguientes aspectos técnicos: establecimiento de un contrato, definición de los objetivos y fijación de unos límites temporales (salvo excepciones), puede facilitar un mejor aprovechamiento de los recursos, permitiendo paliar en cierta medida los obstáculos que frenan el desarrollo de la psicoterapia y los problemas de accesibilidad.

¿QUÉ ES PSICOTERAPIA?

Cuando se recibe una demanda en Salud Mental, generalmente tenemos claro que el sujeto en cuestión viene para ser escuchado y, sin haberlo oído aún, creemos saber qué pide y necesita. Pero "¿qué necesita realmente el paciente del médico y qué es lo que obtiene?'. "¿Qué es lo que el paciente no obtiene del médico para que tenga que volver a insistir?' O bien "¿qué es lo que el médico da al paciente que éste no desea o no necesita?' (Michael Balint: "el paciente, el médico y la enfermedad"). Consideramos estas cuestiones aspectos importantes sobre los que hay que hay que pensar y debatir.

Como punto inicial, tenemos que aclarar que usaremos el término psicoterapia en el sentido etimológico: terapia psicológica, con el objeto de poder englobar las distintas orientaciones teóricas.

Existen múltiples definiciones del término, por lo que nos hemos limitado a recoger aquí algunas que nos parecen más aclaratorias y que englobarían las distintas formas de ver algo por parte de los miembros del pequeño subgrupo que ha realizado este trabajo.

La psicoterapia consiste en la ayuda que puede prestar un profesional, capacitado para ello, a un sujeto que sufre debido a problemas psíquicos, por medios siempre psicológicos. Para una definición operativa del término, de cara a una evaluación de calidad, consideramos que no hay psicoterapia si esta ayuda profesional no cumple los siguientes requisitos característicos de un encuadre.

- Marco teórico en el que se sustenta.
- Objetivos terapéuticos negociados.

- Tiempo de desarrollo determinado (aunque revisable).
- Contrato terapéutico con el paciente.

En la psicoterapia se trabaja mediante la clarificación o esclarecimiento del problema que el paciente plantea. Por medio de ella, se es capaz de advertir dónde se encuentra su dificultad personal, qué le impide salir de la situación. Con ello, se produce en el sujeto un cambio afectivo, cognitivo y/o volitivo. La participación del sujeto es activa y conlleva siempre un plan terapéutico establecido, según las características del paciente, el cuadro clínico que presenta y las posibilidades de intervención.

No es un consejo, orientación, apoyo social o educación sanitaria.

Estas definiciones, aunque responden más a las prestaciones de los servicios especializados de Salud Mental, donde se considera la psicoterapia como una seña de identidad (se asume como una técnica fundamentalmente específica del trabajador de Salud Mental, Martín J. 1999), también resultan útiles para Atención Primaria. Es previsible que en un futuro, conforme se consoliden las actuaciones que se vienen incorporando en esta dimensión asistencial, se elabore una terminología más específica para este contexto, que no proceda de conceptos inherentes a la psiquiatría.

¿QUÉ ES LA AYUDA PSICOLÓGICA (O TERAPIA PSICOLÓGICA) NO REGLADA?

A pesar de las definiciones de psicoterapia, en ocasiones no queda clara cuál es la diferencia entre la psicoterapia y la entrevista clínica y/o relación médico-paciente a lo largo del tratamiento. Fernández Liria y cols. delimitan lo que no es psicoterapia en los siguientes, apartados:

- Otras relaciones de ayuda (amigos...) en los que el que la brinda no es un profesional experto.

- Consejo médico o psicológico en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección (cuya realización no está impedida por la patología mental).

- Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información, confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento), que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

La propia relación del médico-paciente posee de por sí una propiedad psicoterapéutica de la que a veces el propio médico no es consciente, pero que resulta evidente si pensamos que su papel no es la simple dispensación de medicamentos. Ésta ha sido denominada terapia de apoyo o manejo psicoterapéutico y es la que suele (y debe) emplearse en la práctica clínica habitual. Nosotros la identificamos con el concepto de ayuda psicológica no reglada. Entre sus principales características están:

- La cordialidad: dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él.
- Establecer una escucha activa (transmitir "te atiendo" y "te entiendo") y una relación empática (transmitir: "imagino lo que debes de sentir").
- Asertividad: capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.
- Flexibilidad: capacidad de modificar la estructura y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- Proveer una explicación racional para los síntomas del paciente.
- Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Tratar de conseguir el apoyo de la familia y otros.
- Respetar las creencias del paciente y familiares: nunca erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral.

Bajo el término de ayuda no reglada incluimos a continuación algunas técnicas (bien separadas o bien en bloques) que pueden resultar útiles para el abordaje de los problemas de salud mental, en un contexto que no cumple los requisitos que hemos estipulado previamente para definir la atención prestada como psicoterapia: el establecimiento de un contrato con límites temporales, fijación de unos objetivos y definición de un marco conceptual.

Técnicas de ayuda psicológica no reglada

1. TERAPIA DE APOYO

Como se puede observar, todas estas características son inherentes al abordaje biopsicosocial recogido en la propia definición de ayuda psicológica no reglada, de tal forma que la denominada terapia de apoyo estaría imbricada en el desarrollo de la entrevista psicoterapéutica y en la elaboración de un plan de tratamiento. Su separación sólo responde a un análisis de ésta.

2. ENTREVISTA DE CONTENCIÓN (INTERVENCIÓN EN CRISIS)

Comprendería la realización del contacto psicológico (establecer una "alianza terapéutica", ofrecer contención emocional y proporcionar "control de calma"), el examen del problema y de las soluciones posibles, junto con el diseño de la intervención y la fijación de una entrevista de seguimiento.

Las técnicas que relacionamos a continuación, se comportan como "conmutadores de códigos" cuando se utilizan correctamente en la entrevista con un paciente que cuenta un relato, al facilitar la construcción de un relato alternativo, que aporta nuevos significados y resulta más satisfactorio para el paciente. Para la adecuada aplicación de estas técnicas será necesario recibir formación acerca de las mismas.

3. REDEFINICIÓN

Modifica el marco conceptual que el paciente utiliza para pensar en su problema de forma tal que le facilita el cambio ante el mismo.

4. CONNOTACIÓN POSITIVA

Es un tipo de redefinición que se basa en la modificación de los patrones de atribución entre los miembros de la familia para que aparezcan las causas del síntoma debidas a la abnegación y al amor del paciente por el resto de la familia (igualmente, se definen en términos de abnegación y sacrificio las relaciones de los miembros de la familia entre sí y con el paciente identificado).

5. TAREA DIRECTA

Trata de sustituir la conducta sintomática por otra cuando el paciente colabora de forma literal con el profesional y necesita ensayar una conducta nueva.

6. ESTRATEGIAS QUE SIRVIERON PARA RESOLVER EL PROBLEMA

Intentan identificar, afianzar y ampliar aquello que el paciente ha venido haciendo y que le ha servido para resolver o, al menos, para atenuar sus problemas.

7. SOLUCIONES INTENTADAS

Definen qué solución ha venido utilizando el paciente y/o la familia para tratar de resolver el problema. Establecen qué es lo que el profesional no debe intentar y orienta sobre el tipo de intervención que hay que utilizar (por lo común aquélla que invierte la solución intentada por el paciente).

8. CAMBIO PRETRATAMIENTO

Es cualquier mejoría, relacionada con la demanda que ha hecho el paciente, y que se haya producido en el intervalo de tiempo transcurrido desde que pidieron la consulta (técnica: elicitar, ampliar y analizar, atribuir control de forma retrospectiva).

9. LA PREGUNTA MILAGRO

Esta técnica, mediante la utilización del lenguaje presuposicional, permite establecer los objetivos que han de ser relevantes para los clientes: concretos, alcanzables, formulados en positivo y descritos interaccionalmente.

10. UTILIZACIÓN DE ESCALAS

La utilización de escalas subjetivas para hacer que los pacientes valoren diversos aspectos relacionados con el problema (de avance, de confianza, de disposición a trabajar, de discusiones, de relaciones con la familia, etc.), nos permiten, mediante el lenguaje presuposicional, identificar objetivos, definir cambios mínimos, prescribir tareas,...

11. TRABAJO CON EXCEPCIONES

Se llama excepción a cualquier suceso que ocurre, en vez del problema, en las circunstancias en que éste suele darse (de Shazer, 1988). Este trabajo se llevaría a cabo de forma sistematizada: 1º buscando las excepciones, 2º, analizándolas y ampliándolas, y 3º atribuyéndole control de forma retrospectiva.

¿QUIÉNES "COLABORARÍAN" CON LOS PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN EL DESARROLLO DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA?

Con el contexto que hemos descrito resulta evidente que los médicos de familia y otros profesionales de los centros de salud (enfermeros y trabajadores sociales) están necesitados de la incorporación de técnicas que faciliten el manejo de los problemas psicológicos de la población y que paralelamente les permita "cuidarse" a sí mismos, dado el desgaste emocional que conlleva recibir este tipo de demandas, sin disponer de medios (técnicas) y sin poder definir mínimamente el contexto terapéutico. Estas técnicas podrían ser las utilizadas por los profesionales de salud mental con las adaptaciones pertinentes u otras específicas de este nivel asistencial.

Previamente a esta etapa (incorporación de la terapia psicológica en Atención Primaria), sería necesario crear las condiciones para implementar, dentro del formato general de la entrevista clínica estructurada, la valoración de las dimensiones psicosociales en aquellas demandas que explícita o implícitamente así lo requieran.

Este "salto" psicosocial resulta muy difícil de asumir por todos los "actores" del sistema, es decir: los profesionales, los usuarios y los gestores.

Para los profesionales:

- Por la visión que imprime el modelo médico (profesional con todos los recursos frente al usuario pasivo sin soluciones personales). El proceso de educación médica predispone a ser el "salvador" y el "solventador" de los problemas del paciente. Quizás el factor más importante para retener en la mente es que el problema es del paciente. El Médico de Familia no debe meterse en los detalles de la situación, ni tiene la responsabilidad de resolver el problema del paciente. Su responsabilidad estaría limitada a apoyar al paciente, de tal forma que éste pueda identificar los factores subyacentes de la experiencia de estrés, y tomar conciencia de que tal problema está contribuyendo al sentimiento de enfermedad que está experimentando, y estimularlo para que explore las potenciales soluciones del problema. (Stuart y Lieberman, 1996).
- Por trabajar con realidades de primer orden (preguntas dirigidas con respuestas del tipo sí-no).
- Por las condiciones que imprime el contexto.

Para los usuarios:

También resulta difícil para el paciente y/o la familia (por las dificultades que encierra adoptar una posición más activa en la relación médico-paciente y por las falsas expectativas que genera el modelo que "todo lo cura con medicación").

Para los gestores:

Los gestores de la empresa, acostumbrados al dimensionamiento de toda la organización en torno al síntoma físico (citas, analíticas, Rx, farmacia, interconsultas, urgencias, formación, ...), con una cartera de servicios en la que se aprecia un alto porcentaje de objetivos centrados en el censo y el seguimiento de las patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, asma, OCFA, dislipemias, ...), también tendrían que introducir importantes modificaciones en la planificación de los servicios.

La alta prevalencia de estas patologías crónicas, así como los criterios exhaustivos de seguimiento que impone la institución, pueden generar un elevado consumo de recursos, que a veces llega a "prohibir" cualquier innovación que requiera del recurso tiempo, convirtiendo a los profesionales y a los usuarios en "prisioneros" de la recurrencia que introducen en la utilización de los servicios. La prioridad que se les confiere a estas patologías origina una discriminación negativa en el abordaje del resto de los problemas de salud, entre ellos el del síndrome ansioso-depresivo.

En el ámbito de la Atención Primaria, la confianza con el paciente y/o la familia, la continuidad asistencial y la relación asimétrica de apoyo ayuda, son cualidades fundamentales que caracterizan la relación terapéutica, y que van a permitir ahorrar o aminorar los recursos que habitualmente conlleva la fase de "acomodación" al inicio de cualquier terapia psicológica y la fase de "desamarre" en la terminación. Este contexto también puede propiciar que la demanda del paciente se confunda con la del profesional, de tal forma que, siempre que las características del problema lo permitan, sería preciso garantizar que la demanda es realmente del paciente al delegar en él esa toma de decisión tras mediar un tiempo entre la consulta y la petición de la cita (paralelamente, estaríamos propiciando con esta medida que el paciente adopte una posición activa como dueño de sus decisiones). Por último, sin una voluntad política que impulse estas innovaciones o que, como mínimo, las sitúe en el mismo nivel de prioridad que el seguimiento de las patologías crónicas, difícilmente se podrán incorporar en la "rutina" de nuestras actuaciones, a pesar de la complementariedad que conlleva para todos los protocolos que no incorporan la dimensión psicosocial.

¿A QUIÉN?. INDICACIONES

La psicoterapia está especialmente indicada en la atención a la patología neurótica: trastornos de ansiedad, depresión, fobias, TOC, etc., así como a los acontecimientos traumáticos que en un momento determinado desbordan las posibilidades psíquicas de las personas, por no tener ni recursos personales ni sociales de adaptación. Es decir, cuando el

paciente presenta un conflicto consigo mismo, un conflicto con personas significativas de su entorno, o un conflicto relacionado con diversos acontecimientos de su vida cotidiana sobre los cuales va a ser posible intervenir.

Así mismo, en las poblaciones infantil y juvenil, la psicoterapia, además de imprescindible, es insustituible, constituyendo el recurso terapéutico más útil. Es clara la continuidad de los trastornos de ansiedad en la infancia, adolescencia y, posteriormente, en la vida adulta, por lo cual existe una clara hipótesis de que la expresión de ansiedad patológica en el niño tiene una alta correlación con trastornos en la edad adulta. Este hecho, como hemos señalado, no sólo hace imprescindible el abordaje psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad en la infancia, sino que además hay que asumir todo su carácter preventivo. El quién y el dónde se debe realizar dicha intervención es un debate vivo en psiquiatría, ya que implica características peculiares, diferentes a las de la asistencia a pacientes adultos.

Para la aplicación de la psicoterapia en el servicio público hay que tener en cuenta una serie de factores del paciente: la edad, la motivación, la capacidad de focalización, la capacidad cognitiva, la situación emocional, y el grado de compromiso y disponibilidad del sujeto.

El terapeuta debe informar de esta opción terapéutica y el paciente, si acepta, se debe comprometer a cumplir su parte del contrato terapéutico.

¿CÓMO?

Al hablar de psicoterapias, hemos planteado un qué, a quién, y también tenemos que hablar de *cómo.* A continuación, se expone el esquema que al respecto propone J.M. García Arroyo (trabajador de Salud Mental del Distrito Macarena).

El proceso psicoterapéutico estaría dividido en los siguientes pasos:

– *Toma de datos:*

Búsqueda de conexiones de éstos entre sí y, a su vez, entre éstos y su biografía

– *Determinación de objetivos:*

Realistas y definidos de acuerdo a:

- ❑ Características del paciente:
  - – Inteligencia
  - – Capacidad de reconocimiento de sus problemas psicológicos.
  - – Capacidad de establecer conexiones síntoma – conflicto
  - – Deseo de ayuda psicoterapéutica
- ❑ Cuadro psicopatológico:

– Gravedad

– Agudeza

❑ Características del terapeuta:

– Teóricas: formación suficiente

– Afectivas: sensibilización ante problemas humanos.

❑ Espacio y tiempo disponible

ELECCIÓN DE TÉCNICAS ADECUADAS: LOS PRINCIPALES ENFOQUES EN PSICOTERAPIA

Abordamos aquí los tres principales modelos de psicoterapia "consagrados" y de uso más frecuente. Naturalmente, no se excluyen otros modelos que gocen de la aprobación académica y/o el reconocimiento de la Asociación Nacional de Psicoterapias.

Psicoterapia breve de orientación dinámica:

Siguiendo a F. Lovaco et al. 1999:

Supuestos básicos: Los del psicoanálisis. Desde sus orígenes, la psicoterapia analítica ha venido defendiendo tratamientos de corta duración. En la actualidad, el enfoque dinámico breve o focal se centra en los dinamismos intrapsíquicos y las relaciones intersujetivas. Se trabaja como foco el estilo relacional significativo del presente y la personificación de relaciones pasadas.

Focos de intervención: Se identifica el foco del problema o conflicto, poniendo énfasis en lo interpersonal y en aquellos patrones que provocan y mantienen el conflicto.

Relación terapeuta-paciente: Las intervenciones son activas, manteniendo el foco diagnosticado a lo largo de la terapia, y solicitando continuamente la actividad del usuario para impedir la regresión y la neurosis de transferencia.

Técnicas: Las principales técnicas son las interpretaciones, clarificaciones y confrontaciones. Se usa la asociación libre sólo excepcionalmente.

El rol activo del terapeuta canaliza las asociaciones y el material de lo verbalizado hacia la resolución del foco del conflicto (RTMHII, 2ª edición, 1999).

Terapia cognitivo-conductual:

Supuestos Básicos: Relee y actualiza el viejo adagio: "Nada hay en los sentidos que antes no haya estado en el intelecto".

Siguiendo a Franco Lovaco et al.: (1999) "La conciencia del individuo está constituida por sus cogniciones, resultado de una síntesis de estímulos internos y externos, que reflejan la concepción de la persona acerca de sí misma, su pasado, su futuro y el mundo que la rodea.

Las emociones y la conducta están en gran parte determinadas por los pensamientos conscientes, por lo que la modificación de las cogniciones influyen sobre el estado de ánimo y la conducta". Las cogniciones irracionales, con frecuencia, están en el origen del problema.

Encuadre: Es un tratamiento directivo estructurado y de duración breve: 15/20 sesiones y de una frecuencia semanal al principio y más espaciada después.

Focos de Intervención: El objetivo principal es identificar y modificar las falsas creencias y los errores cognitivos, y descubrir las conexiones entre cognición, afecto y conducta. Del mismo modo, las vivencias y emociones pueden influir en las cogniciones o creencias, generándose así un círculo de mutua influencia entre cognición, emoción y conducta en un contexto dado.

Técnicas cognitivas:

Reestructuración cognitiva

Resolución de problemas

Fomento de autoeficacia

Autoinstrucciones

Etc.

Técnicas conductuales:

Aprendizaje vicario

Relajación diferencial

Entrenamientos

Etc.

Estas técnicas se aglutinan en paquetes terapéuticos con objetivos concretos como: psicoeducación, prevención de recaídas, fomento de la salud, etc.

Relación terapeuta/paciente: Como decía Beck, se utiliza el "empirismo en colaboración". Hay una interacción continua entre ambos actores.

Terapia familiar breve:

*Supuestos Básicos, (*M.Selekman, 1996):

1º: La resistencia no es un concepto útil: la cooperación entre terapeuta y paciente debe reemplazar los conceptos de resistencia, poder y control.

2º: La cooperación es inevitable: para establecer un buen *rapport*, el terapeuta utiliza las fuerzas, los recursos, las palabras claves, los sistemas de creencias, las conductas no verbales, etc. del paciente.

3º: El cambio es inevitable: la estabilidad es una ilusión. La aceptación del terapeuta de esta premisa genera profecías positivas de autocumplimiento.

4º: Sólo se necesita un pequeño cambio: "Pensar que lo pequeño es grande y que lo poco es mucho" (Lao-Tsé).

5º: Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar: Una encuesta Gallup sobre "cómo la gente resuelve mejor sus problemas", arrojó, entre otros datos, que sólo un 3% de los problemas fueron resueltos por el médico. Los familiares y amigos íntimos fueron los que brindaron más ayuda en lo relativo al cambio (Gurin, 1990).

6º: Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos: cuando los recursos propios y la ayuda de los próximos no logran el cambio suele hacerse más de lo mismo. Los problemas son como arenas movedizas: cuantos más esfuerzos se realiza por salir, más riesgos existen de hundirse.

7º: No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. El problema no se presenta todo el tiempo. Investigar lo que ocurre en estas "excepciones" y ampliarlas encaminan hacia la solución del problema.

8º: Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento: la tarea del terapeuta es negociar soluciones accesibles y objetivos realistas junto con el paciente y/o la familia. Objetivos concretos, pequeños y alcanzables.

9º: La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico: "Las creencias de una persona de cómo es el mundo determinarán su manera de percibir y actuar en el mundo y ésta determinará sus creencias acerca de la naturaleza del mundo". (Bateson)

10º: Existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más correcta que las otras. Un filósofo ha dicho: "Nada es más peligroso que una idea cuando es la única que uno tiene".

La terapia familiar breve tampoco es una panacea para todo.

Técnicas: a través de conversaciones terapéuticas, y sobre la base de las premisas antes referidas, se manejan las siguientes variables clínicas (J.L. Rodríguez Arias y otros, 1996): Cambios pretratamiento, excepciones, objetivos, relación objetivo-excepciones. Y se prescribe al paciente hacer más aquello que lo mejora o con lo que la queja no se presenta.

DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA:

Es fundamental el establecimiento de un contrato terapeútico. A través de una adecuada relación terapeuta -paciente, en la que se han obtenido datos, marcado objetivos y planteado técnicas, se concretan con el paciente distintos elementos de encuadre terapéutico, como son: frecuencia de sesiones, duración, horario, etc.

Evaluación de resultados y distanciamiento de las sesiones hasta la separación del paciente

Podríamos reflexionar en este punto sobre determinadas cuestiones que consideramos importantes, no sólo porque condicionan la famosa “lista de espera” sino porque deterioran

la calidad de nuestro trabajo y, por consiguiente, nuestra salud mental (que también debemos tenerla) y la de los profesionales de Atención Primaria que son quienes realmente "soportan" esas demoras.

Son conocidas expresiones como "este paciente es nuestro", "esto corresponde a Salud Mental o a Atención Primaria", etc. Comentarios como éste, que se oyen a diario, no sólo no favorecen que nuestro trabajo sea útil, sino que impiden la fluidez: hay una bolsa de pacientes que crece sin parar, ya que entran pero no hay puerta de salida, no se habla del alta.

Si insistimos tanto en el contrato terapéutico es por la necesidad de que nuestro trabajo no sólo tenga una calidad asistencial adecuada sino que, además, sea la mayor cantidad de población la que se vea beneficiada de estos servicios.

La posesión de los pacientes, la idea omnipotente de que siempre hay problemas que tratar, por lo cual siempre seremos necesarios para el paciente, no sólo no es práctico (al no dar altas, no se agiliza la lista de espera), sino que supone cronificar a los individuos que vienen con una demanda concreta y cronificarnos también nosotros, lo que implica insatisfacción para ambos. Como dice Balint, nos convertimos en "la droga – médico".

La devolución, terminada la intervención psicoterapéutica, a su Médico de Familia, que es quien continuará tratando al individuo de forma global, y a su familia, es un objetivo fundamental al hablar de coordinación entre niveles.

NECESIDAD DEL TRABAJO SUPERVISADO

En contra de la visión idealizada de que el profesional de salud, es inmune a las ansiedades de los pacientes, éstas generan un gran impacto emocional sobre el profesional.

Este impacto condiciona su capacidad de comprensión y de actuación ante los conflictos y problemas psicológicos, por lo que se requiere un trabajo de supervisión.

La actitud profesional se basa en el compromiso de no manipular las emociones de los usuarios, sino de contenerlas, revelarlas y permitir así que nazcan los mecanismos necesarios para solucionar dichos conflictos.

Generalmente, el paciente toca las emociones del terapeuta, y la tarea del supervisor será que el terapeuta identifique esas emociones, eventualmente las comparta con el supervisor y/o con el equipo y, en todos los casos, las utilice en beneficio propio y de la terapia. No se pueden ignorar las emociones, lo importante es saber servirse de ellas.

La supervisión, definida en este sentido amplio, ejerce una función de control: alguien vigila y corrige los defectos de nuestro trabajo desde fuera, que permite hacerlo mejor y separar las emociones del usuario de las nuestras propias. Supone un ejercicio que en general crea muchas resistencias, por lo que tiene de "mostrar" lo que hacemos, sometiéndolo

al juicio del otro y con los fantasmas que ello genera. A pesar de su dificultad, pensamos que su necesidad radica fundamentalmente en el control de calidad de nuestro trabajo.

Niveles de supervisión

Partimos de un modelo de cooperación entre niveles (ESM) en el que se pueden dar distintos tipos de supervisión, que oscilarían entre un sentido amplio (interconsulta y coterapia) y otro más estricto (supervisión en sí). Atendiendo a los niveles de responsabilidad, tendríamos:

- Interconsulta: Consulta puntual de dos profesionales (Atención Primaria y Salud Mental) sobre un paciente (o familia o grupo, con presencia física de éste o no) atendido por el primero, en la cual la responsabilidad última sería del profesional consultante, ya sea en una relación Paciente – Médico de Familia o Médico de Familia – Salud Mental.

  Cuando un paciente va a su Médico de Familia con una demanda determinada, es éste, su médico, quien asume la responsabilidad en dicha relación, al igual que ocurre con el Especialista en Salud Mental cuando es requerido por el Médico de Familia en una interconsulta.

- Coterapia: Relación terapéutica de un paciente (o familia o grupo) con dos profesionales (uno de ESM y otro de AP. En una relación de este tipo son ambos los que asumen la responsabilidad con respecto al paciente. La relación entre coterapeutas se construye, a lo largo del proceso psicoterapéutico, en una constante redefinición, a veces incómoda, de los roles de cada uno y de la identidad de cada terapeuta. Sin embargo, lo más útil es que los dos no vean las cosas de la misma manera. Los desacuerdos enriquecen, desafían y abren alternativas terapéuticas.

- Supervisión: La supervisión es un acto clínico que, a diferencia de las sesiones clínicas, que centran el trabajo en el paciente (diagnóstico, pronóstico y tratamiento), dedica su atención preferente a la relación terapeuta-paciente sin olvidar los otros aspectos. Es, por así decirlo, una sesión clínica en la que "el clínico" se implica como agente que es, a fin de cuentas, del tratamiento. El supervisor (sea individuo o grupo), al hacerse cargo de dicha tarea, está asumiendo totalmente la responsabilidad del caso. La supervisión en un sentido estricto puede ser diferida o en directo. La diferida pasa por el relato del terapeuta de las diferentes peripecias de la terapia y/o por la visión de un vídeo de la misma. La supervisión directa se desarrolla en el cuadro de trabajo del terapeuta.

Organizativamente:

Los distintos lugares en los que la consideramos fundamental son:

- Dentro de los EPS.

El trabajo de control del funcionamiento de la actividad clínica pasa, necesariamente, por los lugares de discusión creados en los propios equipos para ello: sesiones clínicas, pre-

sentación y supervisión de casos en sentido estricto. La supervisión es grupal, entre todos los miembros del equipo, lo que no impide que pueda plantearse, dependiendo de los recursos disponibles, como supervisión externa intra o interparadigmática (al equipo o al SAS). No obstante, con el objeto de que dicho trabajo sea más eficaz y tenga una rentabilidad no sólo clínica sino también práctica, es necesario introducir el concepto de otros sistemas de garantía de calidad, mediante los cuales cada cierto tiempo (a determinar por el equipo) se revisarán los casos, sus contratos terapéuticos, sus objetivos clínicos, etc.

- Cooperación entre niveles.

Este trabajo debe centrarse fundamentalmente en los siguientes lugares de encuentro:

– Aquél cuya finalidad es valorar conjuntamente la utilidad o no de una derivación al EPS u otras decisiones terapéuticas del profesional de Atención Primaria (interconsulta). Consistiría en una o varias consultas conjuntas con el paciente a través de las cuales se valoraría la eficacia, la utilidad y las posibilidades terapéuticas de la derivación u otras intervenciones.

– Aquel caso en tratamiento psicoterapéutico, que está seguido por el Médico de Familia y supervisado, a lo largo de la evolución del tratamiento, por un miembro del EPS (supervisión).

– Por último, los casos que son llevados por profesionales de ambos niveles (coterapia)

Siempre que se habla de supervisión nos centramos en el trabajo de médicos de familia, psiquiatras y psicólogos. No obstante, consideramos que debe ser extensible al equipo de enfermería y a los trabajadores sociales, y que se refiere tanto a las actividades individuales como a las familiares y grupales.

ANEXO 2

GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

TERAPIA GRUPAL EN AMAS DE CASA

Introducción

En este tipo de terapia utilizamos el lenguaje como modo preferente de comunicación.

El fin ideal es que al paciente resuelva por sí mismo los conflictos intrapsíquicos compartiendo los fenómenos individuales que se dan en el grupo. En las interpretaciones de los mismos se tiende a entender su significado en el momento de la situación grupal, viendo al grupo como un ente que se construye poco a poco, hasta alcanzar su propia individualidad, que es inseparable de las características de los individuos que lo constituyen.

Características

Grupo de mujeres con trastornos neuróticos crónicos, encaminado a crear un ambiente rico para facilitar el campo personal.

Este tipo de grupo se caracteriza por fomentar la enseñanza/aprendizaje individual en situación de grupo y el cambio de hábitos y actitudes indeseables, así como por motivar a los individuos hacia un mayor manejo de determinadas habilidades que afectan a su patología. El propósito final es aumentar el manejo de los problemas de la vida y, en especial, los derivados de las interacciones con otros miembros.

Composición

El número óptimo es entre 6-12 miembros.

No debe ser demasiado grande para no trivializar las situaciones y evitar la no participación de las más introvertidas, pero sí lo suficientemente amplio para que surjan situaciones variadas que enriquezcan y dinamicen a las participantes.

Objetivos

El objetivo principal es aliviar el sufrimiento de los participantes y de su entorno.

Secundariamente, se intentará disminuir la frecuencia de las consultas a los facultativos, potenciar la capacidad en habilidades sociales, mejorar las relaciones personales y situaciones conflictivas así como la ocupación del tiempo libre.

También son objetivos:

Mejorar la atención en la clínica a estas pacientes, poco valoradas por lo general, y elevar su calidad de vida, lo que se consigue enseñándoles las técnicas de afrontamiento que las prepararán para futuras situaciones de riesgo.

Se obtienen beneficios para la sociedad como: la disminución de citas en consultas especializadas, al derivarse esta patología hacia los grupos psicoeducativos, y la posible reducción de los gastos farmacéuticos, al educarse adecuadamente a la población que acude a la terapia.

Otro logro muy importante es que el sujeto que acude a los grupos va aprendiendo a ser un experto en el manejo de las situaciones conflictivas que se producen a su alrededor, y se convierte en un modelo de conducta para otros sujetos de su entorno.

Metodología

La basamos en:

1. Exposición de las técnicas de autocontrol.

   Con este tipo de técnicas hemos fundamentado los modelos de aprendizaje y se elaboran unas sesiones teóricas que serían como una clase-lección en las que se desarrollarán los temas específicos.

2. Análisis de situaciones aportadas por los pacientes.

   Cada clase teórica irá seguida de una sesión práctica, en la que los pacientes harán ejercicio para evaluar su aprendizaje, consistente en un role-playing o en una exposición de los temas.

3. Técnicas de relajación.

   Finalizadas las sesiones teóricas y prácticas, los pacientes pasarán por el programa de relajación para conseguir un entrenamiento en esta técnica.

El grupo terapéutico será de estructura semi-abierta, incluyéndose nuevos miembros, bien por abandono o por derivación de algunos a los grupos de autoayuda.

Se cuidará que la relación enfermera-paciente sea lo más empática posible.

El formato de las sesiones será aproximadamente como sigue:

1ª SESIÓN:

Evaluación individualizada del sufrimiento de cada miembro a través de cuestionarios (de depresión de Beck y de ansiedad de Hamilton).

Presentación de los componentes del grupo comenzando por los coordinadores.

Explicaciones de los objetivos y el método para conseguirlos.

Preguntar a cada uno de los miembros cuáles son sus expectativas respecto del grupo.

Apertura de un turno abierto de discusión sobre las preocupaciones de los participantes.

Síntesis de la sesión.

2ª SESIÓN:

Retomar lo dicho en el último encuentro.

Abrir un turno de discusión.

Si existe una situación especialmente significativa para el grupo o para un individuo, realización de una actuación de role-playing.

Síntesis de la sesión.

Lugar, duración y frecuencia

En las zonas básicas, 1 día a la semana, con una duración de 1h. 30´.

El comienzo y fin de los grupos coincide básicamente con el curso escolar, comienza en septiembre y termina en junio.

Celebración de una clausura de todos los grupos de amas de casa, tanto del ESM como de las zonas básicas y de autoayuda, para conseguir crear vínculos con el fin de que los usuarios que salen de nuestros grupos puedan integrarse en los respectivos grupos de auto-ayuda donde se trabaja la acogida, la comprensión, el diálogo y la compañía.

Esto se consigue con reuniones semanales, terapeúticas, relajación, encuentros con otras asociaciones similares, ayudas sanitarias y estatales, ocio, lectura y, últimamente, también se está trabajando en el voluntariado a domicilio.

Criterios de inclusión

El objetivo es el de hacer un grupo lo más homogéneo posible con el fin de facilitar la consecución de las metas propuestas.

Padecer un trastorno neurótico de más de un año de duración (distimias, depresiones reactivas, trastorno mixto ansioso depresivo).

Ser ama de casa o similar.

Acudir con cierta regularidad a las citas.

Edad comprendida entre 30-50 años.

En esta primera etapa, su personalidad no debe ser muy conflictiva.

No tener una actividad laboral fuera de casa.

Entrenamiento del personal de AP

- Se oferta un curso de Taller de Formación Grupal.
- Los interesados harán una rotación por las sesiones grupales del ESM, actuando como observadores.
- Duración de 8 sesiones.

Puesta en marcha de los grupos en AP

Comienzan con el apoyo del ESM y, cuando se consolida el grupo, se establece una supervisión mensual.

Conclusiones

La terapia cognitiva dirigida al autocontrol es un modelo de tratamiento eficaz en el manejo de pacientes distímicas con un ESM.

Estas técnicas de autocontrol se pueden aplicar fácilmente, tanto en los ESM como en EAP, especialmente en grupos que presentan alto riesgo de padecer procesos depresivos reactivos.

Otro aspecto positivo es el bajo coste que representa su utilización.

Mientras que con un tratamiento farmacológico mejoramos los síntomas ansioso-depresivos, estas técnicas facilitan al paciente el enfrentamiento con situaciones conflictivas, al enseñarles a conocer los pensamientos de tipo irracional que pueden condicionar sus respuestas cognitivas, emotivas, comportamentales y fisiológicas.

Otra ventaja del grupo es que posibilita tratar a un mayor número de pacientes que precisan un tratamiento psicoterapéutico y que, de no recibirlo, tienden a cronificarse en los servicios públicos.

GRUPOS DE RELAJACIÓN

Introducción

La relajación está considerada otro método terapéutico que tiene su base en las técnicas del yoga y otras procedentes del budismo.

Existen variedad de técnicas de relajación.

Nosotros basamos nuestras sesiones en dos:

– Relajación progresiva de E. Jacobson, que se basa en la relación entre tensión psíquica y tensión física, y consiste en la contracción y posterior descontracción de los principales grupos musculares.

– Entrenamiento autógeno de Schulz, que se basa en la inducción de las sensaciones corporales que acompañan al estado hipnótico, con el fin de provocar la desconexión orgánica a la que nos lleva dicho estado. Consiste en la inducción de sensaciones de pesadez y calor que se acompañan de ejercicios cardíacos, respiratorios, en el plexo solar y en la cabeza.

Indicaciones

La principal indicación serían los problemas de ansiedad.

Derivados de esta indicación existen otras como: ansiedad derivada de patologías físicas, mejoría de los síntomas de las enfermedades psicosomáticas, en la preparación al parto, estrés, ya que en todas ellas subyace una causa o efecto de ansiedad.

Otras indicaciones serían: inducción al sueño y para dejar de consumir hipnóticos y ansiolíticos.

Contraindicación

De manera absoluta en personalidades psicóticas.

Será muy difícil conseguir resultados en personalidades obsesivas graves.

En hipoacusia grave.

Aprendizaje

Consta de 8 sesiones, de 1 hora de duración, y con una periodicidad semanal.

1ª.- Sesión consta de:

- Presentación: nombre, edad, estado civil, núcleo de convivencia, etc...
- Sintomatología que la trae al grupo.
- Expectativas respecto al grupo.
- Explicar qué es la ansiedad y cómo se producen los síntomas.
- Qué son las técnicas de relajación y para qué sirven.
- Explicación acerca del ritmo con que la relajación hace sus efectos, recordando la necesidad de practicar.
- Enseñanza práctica de la respiración diafragmática y su utilidad.

- Exponer el desarrollo de las posteriores sesiones.
- Ruegos y preguntas.

2ª y 3ª sesiones. Relajación progresiva de Jacobson:

- Preguntar si han practicado lo aprendido en la sesión anterior, aclarando los efectos negativos.
- Repasar la respiración diafragmática.
- Seguir con las técnicas progresivas, basados en ejercicios de contracción-descontracción muscular.
- Valorar el efecto de los ejercicios realizados y las dificultades.
- Recordar la necesidad de practicar.

4ª y 5ª sesiones. Entrenamiento autógeno de Schulz.

- Preguntar si han practicado, etc...
- Repasar la respiración diafragmática.
- Desarrollo de la sesión de relajación con entrenamiento autógeno, basado en la inducción de sensaciones corporales.
- Preguntar sobre el efecto y las dificultades.
- Recordar la necesidad de practicar.
- Entrega de cinta grabada con sesión de relajación.

6ª y 7ª sesiones:

- Repasar las anteriores.
- Valorar los efectos y las dificultades, etc.

8ª sesión:

- Preguntar la valoración subjetiva de cada participante.
- Preguntar qué técnica le beneficia más.
- Repasar la técnica para reforzar aprendizaje.

Derivaciones

Los grupos de relajación en las zonas básicas se nutren de los pacientes derivados de las consultas de facultativos y consultas de enfermería de AP.

Se excluyen los pacientes psicóticos y con síntomas de ansiedad grave.

El objetivo es enseñar al sujeto una técnica que le permita controlar la ansiedad una vez que se le retira el tratamiento ansiolítico y/o hipnótico, o bien cuando los síntomas se agudicen.

Es importante para el paciente dominar una técnica que se consigue a base de entrenamiento con el que controlar los síntomas de ansiedad, que sólo dependen de sus conocimientos y habilidades personales y no de ningún factor externo.

Además de los beneficios propios de la relación, se producen efectos de apoyo y contención derivados de toda situación grupal.

Composición del grupo

No debe ser menor de 5 ni mayor de 12 personas.

Es preferible que el grupo sea homogéneo respecto a la patología y heterogéneo en cuanto a género y edad.

ANEXO 3

RELACIONES ENTRE PROFESIONALES DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL EQUIPO DE SALUD MENTAL. EL ESPACIO DE COOPERACIÓN. COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES

RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES DENTRO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La relación entre los profesionales se establece sobre la base del modelo de trabajo en equipo que se desarrolla para el conjunto de actividades del Centro de Salud.

La forma básica de comunicación escrita que comparten los profesionales es el modelo de historia clínica para la Atención Primaria. En la actualidad, este modelo es la historia clínica informatizada dentro del proyecto TASS.

La relación entre los profesionales se puede separar de forma artificial según se establezca en ámbitos no asistenciales o en situaciones de asistencia directa al paciente y obviamente con su presencia.

1. Sin la presencia del paciente, la relación podría establecerse en las siguientes modalidades:
   a. Reuniones de la Unidad de Atención Familiar (con la presencia deseable de Médico, Enfermero y Trabajador Social). Son reuniones, más o menos formalizadas, que afectan fundamentalmente a 3 actividades de un producto de este proceso:
      i. Orientación en la utilización de servicio.
      ii. Elaboración del plan que se ha de seguir.
      iii. Seguimiento (detección de signos de alarma).
   b. Reuniones del equipo:
      i. Organizativas: dirigidas a la programación, evaluación,…
      ii. Docentes: sesiones clínicas, bibliográficas, presentación de casos,...
      iii. De relación interpersonal: relación médico-paciente, interprofesional, grupos de profesionales tipo Balint, análisis organizacional.

Para cualquiera de estas actividades existe la posibilidad de un abordaje interestamental / intraestamental. En algunos casos, sería recomendable la participación de profesionales del Equipo de Salud Mental.

2. Con la presencia del paciente:

   a. Realización de actividades conjuntas.

      i. Asistencia clínica al paciente/ familia.

      ii. Trabajo conjunto en grupos.

      iii. Trabajo conjunto en domicilio.

Sobre la base de las reuniones más o menos formalizadas, y del registro de los planes de actuación en la historia clínica, se debe establecer la relación entre los profesionales de Atención Primaria.

RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

Solamente compete en este campo la atención del paciente en situación grave depresiva con alto riesgo de suicidio y sin la posibilidad de atención inmediata en el Equipo de Salud Mental.

La comunicación se establece sobre la base del documento de interconsulta que se propone en el apartado de comunicación.

Siempre que sea posible, debe haber comunicación telefónica entre profesionales.

RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EQUIPO DE SALUD MENTAL

Como se ha venido comentando hasta el momento, en todo el proceso la relación debe establecerse en el marco de las siguientes premisas:

- ❑ Se establece un modelo de trabajo colaborativo entre los dos niveles, frente a un modelo puramente de derivación. Para ello, se debe crear un espacio de trabajo y comunicación común.

- ❑ Las circunstancias físicas y las actitudes de los profesionales en ambos niveles van a dibujar un entorno con múltiples realidades que se situarán entre unos mínimos muy cercanos a la relación basada en la mera derivación de pacientes y un modelo de colaboración-negociación-evaluación más estrecho.

Por ello, en el nivel de menor colaboración se deberían cumplir las actividades mínimas exigibles en el documento escrito de derivación.

Las siguientes situaciones de relación deben entenderse como posibles, pero en grado diferente según las circunstancias y las posibilidades de colaboración.

Se establecen dos marcos de relación diferentes:

Relaciones entre los profesionales

1. Comunicación (se dedica a ello otro apartado específico).

2. Supervisión en el sentido amplio de la palabra:

- Interconsulta: Consulta puntual de dos profesionales (Atención Primaria y Salud Mental) sobre un paciente (o familia o grupo, con presencia física de éste o no) atendido por el primero, en la cual la responsabilidad última sería del profesional consultante, ya sea en una relación Paciente – Médico de Familia o Médico de Familia – Salud Mental.

  Cuando un paciente va a su Médico de Familia con una demanda determinada, es éste quien asume la responsabilidad en dicha relación, al igual que ocurre con el E.S.M., cuando el paciente es derivado por el Médico de Familia y asumido por ese nivel.
- Coterapia: Relación terapéutica de un paciente (o familia o grupo) con dos profesionales (uno de Salud Mental y otro de Atención Primaria). En una relación de este tipo son ambos los que asumen la responsabilidad con respecto al paciente. La relación entre coterapeutas se construye, a lo largo del proceso psicoterapéutico, en una constante redefinición, a veces incómoda, de los roles de cada uno y de la identidad de cada terapeuta. Sin embargo, lo más útil es que los dos no vean las cosas de la misma manera. Los desacuerdos enriquecen, desafían y abren alternativas terapéuticas.

- Supervisión: La supervisión es un acto clínico que, a diferencia de las sesiones clínicas, que centran el trabajo en el paciente (diagnóstico, pronóstico y tratamiento) dedica su atención preferente a la relación terapeuta-paciente sin olvidar los otros aspectos. Es, por así decirlo, una sesión clínica en la que "el clínico" se implica como agente que es, a fin de cuentas, del tratamiento. El supervisor (sea individuo o grupo), al hacerse cargo de dicha tarea, está asumiendo totalmente la responsabilidad del caso. La supervisión en un sentido estricto puede ser diferida o en directo. La diferida pasa por el relato hecho por el terapeuta de las diferentes peripecias de la terapia y/o por la visión de un vídeo de esta misma terapia. La supervisión directa se desarrolla en el cuadro de trabajo del terapeuta.

3. Formación:

- Documental.
- Estudio de los informes de derivación.
- Análisis de las historias clínicas.
- A través de las sesiones formativas clínicas.
- Valoración conjunta de pacientes que los profesionales conocen (pacientes que ya han pasado por los distintos servicios).
- Valoración de pacientes que se tratan en AP y cuyos casos que se comentan con profesionales del equipo de ESM, sin que tengan que ser vistos necesariamente por éstos.
- A través de las sesiones de formación sobre contenidos teóricos específicos (protocolos, revisiones de farmacoterapia, habilidades básicas en relación,...).

4. Reciclajes:

- De los profesionales de AP.
- En actividades de profesionales de SM en el Centro de AP.
- En actividades de profesionales de SM en el Centro de SM de profesionales de SM.
- En las actividades de profesionales de AP en el Centro de Salud.

5. Investigación conjunta.

Relaciones centradas en la organización.

- Comunicación explícita de la cartera de servicios y organización de los mismos en los centros de salud mental.
- Comunicación explícita de la cartera de servicios relacionados con la salud mental en los centros de salud.
- Relaciones conjuntas de coordinación de la asistencia.
- Grupo delegado de interconsulta como forma máxima de cristalización de las reuniones periódicas.
- Relaciones para el desarrollo de programas o actividades de interés común.

COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES

Hace referencia a la comunicación en los procesos de derivación entre profesionales de los equipos de Atención Primaria y el Equipo de Salud Mental, y se ha desarrollado complementando el modelo de flujo de pacientes discutido con anterioridad.

La situación mínima de partida es la que podemos encontrar en aquellas zonas donde la distancia o la actitud de los profesionales (justificada o no) no permita la comunicación en persona o telefónica. En este caso, el informe escrito es trascendental.

Pero incluso en estas situaciones, hay circunstancias en las que la confidencialidad de los datos o la necesidad de una comunicación inmediata directa con el médico debería hacer ineludible el encuentro personal o la comunicación telefónica.

En situaciones más favorables, sería recomendable la intercomunicación además del informe escrito.

Por ello, se establecen los siguientes apartados:

COMUNICACIÓN FORMAL ESCRITA.
COMUNICACIÓN TELEFÓNICA.
COMUNICACIÓN EN PERSONA.

1. COMUNICACIÓN FORMAL ESCRITA.

En todos los casos se hace constar una primera parte referida a los elementos de la comunicación: sujetos implicados y canal que propicia la misma. Posteriormente, se describen los datos mínimos que deben figurar, agrupados en epígrafes. Éstos podrían ser incluidos en un modelo de formato de derivación.

Informe de derivación desde el Equipo de Atención Primaria al Equipo de Salud Mental.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN:

❑ ¿Quién lo realiza?: profesional/es del equipo básico de Atención Primaria.

❑ ¿A través de qué canal?:

Informe de derivación escrito, que actualmente es el modelo P 111 (este modelo incluye los datos de filiación completos, nombre y apellidos, número de la Seguridad Social, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y datos del profesional que lo deriva). Debe circular desde el Centro de Salud hasta el equipo de Salud Mental, sin necesidad de la intervención del paciente. Por lo tanto, supone el apoyo administrativo desde la recogida y gestión del informe hasta su recepción. Se puede establecer un tiempo máximo de recepción de tres semanas.

❑ ¿A quién se dirige?: a Equipo de Salud Mental, salvo que el paciente muestre preferencia explícita por un profesional concreto.

DATOS MÍNIMOS DEL INFORME:

1. Antecedentes de interés

❑ *De enfermedades relacionadas con la Salud Mental.*

Referencia explícita si fue tratada en el equipo al que se deriva, lo que favorecería la recogida de datos de historia previa.

❑ *De enfermedades concomitantes que puedan tener interés.*

– Enfermedades orgánicas que se acompañan o provocan síntomas de ansiedad / depresión.

– Enfermedades que tengan trascendencia por su impacto en las indicaciones y contraindicaciones de tratamientos con fármacos.

2. Tipología por la que el paciente entra en el proceso

Se ha elaborado una clasificación para definir la tipología de los pacientes que presentan con más frecuencia ansiedad, depresión y somatizaciones. Esta tipología permite definir la situación social que acompaña al proceso.

3. Datos importantes del proceso

Datos trascendentes de la historia biopsicosocial.

4. Valoración e intervenciones previas

Intervenciones realizadas. Descripción detallada de tratamientos farmacológicos. *Profesional que la ha realizado* (firma el documento y sus datos figuran en los datos de encabezamiento del modelo P 111).

5. Hipótesis diagnóstica

Hipótesis diagnóstica que puede ser la misma identificada al principio o modificada después de la evaluación.

6. Motivo y finalidad de la derivación

Debe constar el motivo, el por qué y el para qué de la derivación. Por ejemplo: confirmar un diagnóstico, modificar pautas terapéuticas, por demanda explícita del paciente, por tener factores de riesgo o situaciones que el Médico considera graves o se siente incapaz de tratar. Se considera importante explicitar si el paciente demanda atención en ESM de forma directa, obviando la ayuda propuesta por el equipo de AP.

Informe del Equipo de Salud Mental tras la derivación.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN:

Este informe se emite una vez conocido el anterior en la reunión del Equipo de Salud Mental. Pueden darse dos situaciones:

A) El informe que se recibió desde AP no cumple los requisitos mínimos de calidad.

En este caso, debería devolverse por los canales de comunicación interiores, sin participación del paciente, con referencia explícita a las carencias del informe.

B) El informe recibido es adecuado.

a) Emisor: profesional que ha realizado la valoración del paciente y/o profesional que asumirá el caso.

b) Canal: según las características del paciente y del caso, puede ser enviado por vía interna o a través de los propios pacientes / familiares.

c) Dirigido a: profesional/es que realizaron la derivación.

DATOS MÍNIMOS DEL INFORME:

1. Pertinencia de la derivación

Es importante referir la pertinencia de la derivación, tanto desde el enfoque de la organización y los flujos en el proceso, como desde el punto de vista de la formación continuada de los profesionales.

2. Profesional de referencia en el caso

3. Resumen del plan cerrado de tratamiento inicial

Debería incluir al menos:

- *Tratamiento farmacológico*: si lo hay, describiendo con exactitud las dosis, duración y modificaciones posibles hasta la siguiente visita.
- *Otros tratamientos no farmacológicos*: grupos,...
- *Incapacidad transitoria*, si corresponde: debería cumplir unos requisitos mínimos en cuanto a la indicación por la que se establece y duración de la misma.

4. ¿Qué se espera del EBAP mientras está en seguimiento por el Equipo de Salud Mental?

- Con relación al tratamiento.
- Detección de casos de patología cercana (por ejemplo, en casos de duelo, hay que realizar valoración de otros familiares que se manifiesten en la consulta especializada...)
- Indicaciones de intervenciones específicas con otros familiares, bien para detectar casos (por ejemplo, situaciones de maltrato) o bien para trabajar con ellos como colaboradores en las terapias realizadas con el paciente (búsqueda de familiares acompañantes en casos de pacientes que viven solos...).

Informe de alta del equipo de salud mental sobre pacientes con alta por remisión de los síntomas.

ELEMENTOS EN LA COMUNICACIÓN:

- Emisor: profesional que ha realizado la valoración del paciente y/o profesional que asumirá el caso.
- Canal: según las características del paciente y del caso, puede ser enviado por vía interna o a través de los propios pacientes / familiares.
- Dirigido a: profesional/es que realizaron la derivación.

DATOS MÍNIMOS DEL INFORME:

1. Diagnóstico definitivo

Con arreglo a la clasificación de pacientes que se utilice.

2. Situación en el momento del alta

- Especialmente en pacientes en los que el alta no se establece en situación de remisión absoluta de síntomas.
- Una situación particular, pero muy frecuente, son los pacientes “para toda la vida”. Se entiende que las situaciones de alta en estos casos son transitorias. Si no se mantiene una cita periódica con el Equipo de Salud Mental, debe existir una idea de

seguimiento continuada, e incluso supervisada, si el que lo realiza es el Médico de Familia.

3. Seguimiento de tratamiento

- Si corresponde a situaciones de alta con tratamiento farmacológico o no que deban continuarse en Atención Primaria.

4. Pronóstico y evolución previsible

- Para algunos procesos es fundamental, tanto para el paciente como para el Médico de Familia, conocer la perspectiva futura.
- Puede ser importante revelar los síntomas y signos de alarma cuya detección indique que de nuevo se deba iniciar el tratamiento y/o, al menos, volver a ser valorado por el Equipo de Salud Mental.

2. COMUNICACIÓN EN PERSONA Y VÍA TELEFÓNICA.

La comunicación personal debería ser "obligatoria", tanto en el nivel individual como a través de grupos y equipos.

En la situación actual, puede quedar limitada a equipos que comparten el mismo espacio físico de trabajo.

La propuesta de comunicación interpersonal entre profesionales debe incluirse dentro de las actividades de interconsulta, coterapia y supervisión, y formación de los profesionales.

Respecto a la comunicación telefónica, debemos considerar las siguientes situaciones especiales y ventajas respecto a la escritura:

- ❑ Situaciones que requieran comunicación urgente.
- ❑ Momentos o circunstancias en los que la comunicación escrita no cumpla los plazos mínimos.
- ❑ Situaciones no contempladas por lo excepcional o poco trascendente (datos olvidados, ligeras modificaciones en duración de actividades del equipo o del seguimiento).
- ❑ Debe complementar de forma flexible la rigidez del esquema de flujo propuesto.

Además, le debemos exigir, como canal de comunicación, unos requisitos mínimos.

ANEXO 4

PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA EN GRUPO

¿POR QUÉ PROGRAMAS EN GRUPO?

- Los programas de tratamiento en grupo en nuestro entorno surgen para atender diversas demandas, y aprovechar las ventajas y valores de los formatos de grupo. Entre ellos:
  - Compartir (cohesión, identidad grupal).
  - Aprendizaje mutuo y conjunto.
  - Apoyo, comprensión e interés por "otro".
  - Desdramatización de errores, de dificultades e inhabilidades personales, generalmente compartidas, mediante el uso del humor.
  - Despatologización / normalización o nueva visión de los problemas personales dentro de un continuo por el que nos movemos con avances y retrocesos en un proceso de cambio.
  - Rentabilidad, etc.

- Los resultados de nuestras intervenciones, con algunos tropiezos, han sido, en general, satisfactorios. Entre ellos podríamos señalar:
  - Que han disminuido las recaídas, tan habituales en estos pacientes, y muchos de ellos no han demandado nuevas consultas individuales.
  - Que han aumentado sus estrategias de afrontamiento, la implicación / responsabilización en el cambio personal, la sensibilización hacia otros, convirtiéndose algunos de ellos en agentes de salud en su entorno.
  - Que los terapeutas hemos aprendido y nos hemos enriquecido colaborando y trabajando con ellos.
  - Que muchos de dichos aprendizajes los hemos podido transferir, mejorando así el seguimiento de los casos individuales.
  - Que nos hemos dado cuenta de algunas de nuestras limitaciones, de las dificultades con algunos pacientes y de lo que queda por avanzar.
  - Y, en general, durante todo el proceso nos hemos activado, motivado y hemos generado optimismo, buena vacuna contra el desánimo en una tarea como la nuestra.

¿QUÉ GRUPOS PARA ESTOS PACIENTES?

- Modelo de grupo de desarrollo de habilidades (en lugar de curación), organizados como programas estructurados de aprendizaje con metodología psicoeducativa y pre-

ventiva. Se usan con frecuencia, son adecuados, con considerable eficacia y beneficios razonablemente mantenidos.

- Los programas en grupo han surgido a veces como adaptaciones de procedimientos terapéuticos individuales, mejorando su rentabilidad.

¿CÓMO SON Y CÓMO SE TRABAJA EN ELLOS?

- A nivel general, en todos ellos se enfatiza:

1. La explicación clara del tratamiento, sus objetivos y la evaluación a lo largo del programa (cuestionarios, registros, tareas, ...)
2. El conocimiento compartido entre terapeutas y pacientes sobre el modelo explicativo del problema y sus vías de solución.
3. La implicación personal y activa en el cambio, dirigido por ellos mismos, atribuyéndose cualquier mejoría.
4. La organización del programa, con tiempo limitado, agenda definida y compartida donde se entrega material informativo y manuales (guías de trabajo) para el paciente y, en ocasiones, también para las personas significativas.
5. El entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento dentro de las sesiones y la práctica independiente y/o supervisada de las mismas entre sesiones.
6. La adaptación al ritmo y características de los componentes del grupo.
7. Los terapeutas son directivos, proactivos con los pacientes, colaborando y acompañándolos por las etapas del cambio.
8. Se trabaja el mantenimiento de los beneficios con un plan específico de prevención de recaídas.

¿PARA QUIÉNES?

- Se conocen experiencias grupales con pacientes de todos los grupos diagnósticos incluidos en los trastornos de ansiedad y depresivos.
- En nuestro centro hemos desarrollado programas de grupo de trastorno de pánico con/sin agorafobia, fobia social, hipocondría, estrés en víctimas de abuso sexual infantil, y existen otros proyectos en relación con depresión, ansiedad generalizada y ansiedad-depresión debidas a condiciones médicas.

¿DÓNDE SE REALIZARÍAN?

- En EBAP de nuestro entorno tenemos conocimiento de la puesta en marcha de programas de grupo en relación con: manejo de la ansiedad, relajación, amas de casa, apoyo en situaciones vitales críticas, grupos de autoayuda, etc. (se mezcla todo)
- De los hasta ahora implementados y de los que se encuentran en previsión en nuestro ESMD vamos a ocuparnos, de forma esquemática, más adelante.

¿QUIÉNES LOS PONEN EN MARCHA?

- En general, todos aquellos profesionales de los equipos que se encuentren disponibles, interesados, motivados, y con formación y experiencia en los mismos.
- En los EBAP prácticamente todo el personal ha participado en grupos con enfoques más psicoeducativos y preventivos.
- En los ESMD, con enfoques más clínico-terapéuticos, los programas han sido organizados por psicólogos, psiquiatras y enfermeros especializados.
- Planteamos como propuesta de futuro la implementación de algunos de los siguientes programas dentro de los centros de Atención Primaria y con pacientes seleccionados desde dichos centros, con la participación y colaboración de los profesionales de ambos niveles (Salud Mental y AP). La preparación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los mismos se convertirían así en tareas que, dentro de un modelo de cooperación, serían instrumentos válidos para la formación y supervisión conjunta y, si se demuestra su eficacia, posibilitarían la inclusión en la cartera de servicios de los centros asistenciales dentro de este proceso.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Qué, cómo, dónde y cuándo se trabaja específicamente en cada grupo diagnóstico.

I. Fobia social

¿Qué se trabaja?

1. Estrategias de relajación
2. Exposición a situaciones temidas
3. Entrenamiento en habilidades sociales
4. Reestructuración cognitiva

(2.) Se trata de una estrategia básica, recomendable y muy eficaz en fobia social discreta.

(3. y 4.) En casos de fobia social generalizada.

¿Cómo y dónde?

- En grupos pequeños de ambos sexos, en un clima de aceptación incondicional, priorizando la participación activa dentro y fuera de las sesiones.
- Con un programa estructurado en sesiones con agenda que comprende:
  - Repaso de tareas asignadas
  - Programa de la sesión
  - Práctica: ensayos y discusión
  - Resumen y asignación de tareas graduadas, acordes con el programa, justificadas en los objetivos y acompañadas de instrucciones y registros para que ensayen solos y/o acompañados entre sesiones.

- En la exposición a las situaciones temidas:
  - Cada ítem de una jerarquía graduada se describe previamente, se analizan tanto las expectativas como el grado de creencia en las mismas
  - Se procede a su ensayo / representación (con diferentes niveles de ayuda si se precisan)
  - Se graba en vídeo para su posterior evaluación y discusión (contraste entre las propias expectativas y la evaluación del grupo)
  - Uso de modelado, autoevaluación-autorrefuerzo, y refuerzo social discriminativo y específico del grupo
  - Nuevo ensayo

De acuerdo con lo anterior, se dan instrucciones para ensayos fuera de la sesión.

- En sesiones avanzadas, se organizan ensayos en situaciones reales fuera del centro, solos y/o acompañados por terapeutas y el grupo, donde se pone a prueba lo aprendido.
- En las sesiones finales, se realiza entrenamiento en situaciones previsibles o complejas (por ejemplo, personas o situaciones específicas, respuestas de rechazo, etc.).

¿Cuándo?

- 15 sesiones, semanales, de 150 minutos.
- Posibilidad de añadir sesiones especiales.
- Seguimiento mensual durante seis meses.

II. Trastorno de pánico con/ sin agorafobia

¿Qué se trabaja?

- Principalmente, el ataque de pánico.
- Los principales componentes terapéuticos son los siguientes:

a) Estrategias de afrontamiento:

1. Entrenamiento en respiración controlada.
2. Relajación aplicada.
3. Técnicas de inervación vagal.
4. Control de pensamientos negativos mediante autoinstrucciones o reestructuración cognitiva.

b) Exposición en vivo:

5. A las sensaciones temidas: exposición interoceptiva.
6. A las situaciones temidas: conductas que evitan la agorafobia.

¿Cómo y dónde?

- Programas estructurados en grupos pequeños (6-8 componentes) con 2 terapeutas.
- El protocolo de tratamiento sigue las indicaciones generales descritas.
- En sesiones avanzadas, los terapeutas y los pacientes se ven fuera del centro para una exposición asistida con el fin de descubrir que no suceden las consecuencias temidas y abandonar los componentes protectores. Es un descubrimiento guiado que contribuye a la desconfirmación de creencias catastróficas.
- Se termina con un programa de mantenimiento en el que:
  - Se recuerda lo aprendido.
  - Se señala la importancia de mantener y mejorar las habilidades de afrontamiento.
  - Se distingue contratiempo y recaída.
  - Se identifican las situaciones de riesgo.
  - Se discute qué hacer.
  - Se programan actividades de práctica continuada y la manera de seguir en contacto con los terapeutas.

¿Cuándo?

- En dos fases: la 1ª fase de 16 sesiones, con una frecuencia semanal, salvo las tres últimas de periodicidad bisemanal, de 90 a 120 minutos. La 2ª fase consiste en un programa de mantenimiento de 6 meses durante los que se mantiene algún contacto con los terapeutas.

III. Trastorno obsesivo con/ sin compulsiones manifiestas

¿Qué se trabaja?

- Objetivos:
  - Conocimiento sobre el modelo.
  - Evitar la neutralización.
  - Habituación a los pensamientos obsesivos a los que atribuyen un significado personal (valor, importancia e implicaciones).
- Procedimientos:

1. La exposición en imaginación y en vivo.
2. La prevención de respuesta: control de rituales y estrategias para eliminar, evitar o atenuar los pensamientos.
3. Técnicas cognitivas: para abordar la sobreestimación del poder / importancia de los pensamientos, la exageración de sus consecuencias, el perfeccionismo y la responsabilidad excesivas, etc.

¿Cómo y cuándo?

- Programa en grupo pequeño, durante 5 meses, con 2 sesiones semanales de 90 minutos durante los primeros meses, disminuyendo frecuencia, duración y ayudas en la última fase de desvanecimiento del programa.
- Se usa manual de autoayuda y se termina con una fase de prevención de recaídas, recogiendo la información relevante en un documento que guardan los pacientes.
- Se programan contactos periódicos de "puesta a punto" e implementación de estrategias ante nuevas situaciones y dificultades.

IV. Trastorno por ansiedad generalizada

¿Qué se trabaja?

1. Auto-observación para reconocer señales de hiperactivación ansiosa, con atención especial a los pensamientos de preocupación.
2. Entrenamiento en relajación a través de distintos métodos:
   - Relajación muscular progresiva.
   - Relajación sin tensión.
   - Relajación inducida por respiración profunda.
   - Imágenes de relajación.
   - Relajación controlada por señales-palabras.
3. Exposición a estímulos provocadores de ansiedad y práctica de habilidades de afrontamiento.
4. Técnicas cognitivas para la preocupación excesiva relacionada con la intolerancia a la incertidumbre.

¿Cómo y cuándo?

- Grupo pequeño, con diferentes fuentes de ansiedad, número de sesiones variable, con frecuencia semanal y de una duración de 90 minutos.
- El ritmo se adapta al componente de más lento progreso.
- Se facilitan ayudas para la identificación de "escenas de relajación" (momento concreto, breve, emocional, vívido, con amplitud de elementos sensoriales, que tranquiliza y relaja).
- Igualmente para imágenes provocadoras de ansiedad.
- En las sesiones se dan instrucciones generales para provocar dichas escenas por el grupo, que cada uno individualiza.
- Se pide a los pacientes indicaciones y se atiende a sus señales.
- Suele ser necesario prestar atención a otras emociones perturbadoras (ira, depresión,...).

- Progresivamente, se alarga el tiempo entre sesiones y se programan sesiones de apoyo periódicas.

Nota: actualmente los beneficios son variables y limitados.

TRASTORNOS SOMATOFORMES

Hipocondria: Ansiedad y preocupación excesiva por la salud / enfermedad

¿Qué se trabaja?

1. Tomar conciencia de supuestos disfuncionales: sobre la sintomatología / enfermedad.
2. Reatribución de los síntomas.
3. Suprimir los comportamientos involucrados en el mantenimiento de la preocupación exagerada por la salud.

¿Cómo y cuándo?

- Programa en grupo en dos etapas:
  1. Evaluación (tres sesiones), mediante entrevistas, autoobservación, cuestionarios,...
  2. Intervención (de diez a doce sesiones), semanales, de 90 minutos.
- Principios generales del tratamiento:
  - El objetivo es ayudar a los pacientes a identificar en qué consiste el problema.
  - Reconocer que los síntomas existen realmente y que el tratamiento aspira a ofrecer una explicación satisfactoria para los mismos.
  - Distinguir entre dar información relevante versus reasegurar con información irrelevante y repetitiva.
  - Las sesiones de tratamiento no serán combativas; el estilo adecuado es preguntar y colaborar con el paciente.
  - Las creencias del paciente están invariablemente basadas en una evidencia que es convincente para él; antes que desaprobar las creencias, hay que descubrir la observación que él toma como evidencia y trabajarla.
  - Establecer un contrato por un periodo de tiempo limitado que cubra las exigencias del terapeuta, teniendo en consideración los temores del paciente.
  - La atención selectiva y sugestión típica de muchos pacientes puede utilizarse para demostrar la forma en que la ansiedad puede dar lugar a la creación de síntomas a partir de hechos inocuos.
  - Lo que los pacientes han entendido de lo tratado en la sesión de tratamiento debe ser siempre comprobado pidiéndoles que hagan un resumen sobre ello y sobre la forma en que les repercute.
- Fases de la intervención.

  A) (sesiones 1 y 2)

1. Formulación del modelo:
   – Hipótesis del paciente (trastornos orgánicos).
   – Hipótesis alternativa (problema de ansiedad).
   – Modelo explicativo de la hipocondría.
   – Lógica del tratamiento.
2. Obtención del compromiso:
   – Establecimiento del contrato terapéutico: lista de autoprohibiciones (ej. visita/ exploraciones médicas/ hablar/ informarse de síntomas/ enfermedades...)
   – Búsqueda de colaboración de su entorno.

B) (sesiones 3 a 8 / 10)

3. Estrategias de intervención:
   – Prevención de respuesta: control de conductas que mantienen el problema (ej. restricciones, autoinspección, búsqueda de información tranquilizadora...)
   – Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas.
   – Entrenamiento en respiración lenta y / o relajación muscular.
   – Entrenamiento en técnicas de distracción (ej. centrarse en objetos, conciencia sensorial, ejercicios mentales, actividades absorbentes, recuerdos y fantasías...).
   – Experimentos conductuales para poner a prueba creencias e hipótesis y apoyar en evidencias las explicaciones alternativas.
   – Tareas de exposición en imaginación y en vivo (ej. hora de preocuparse: ejercicios de saciación y exposición imaginaria a la probabilidad de sufrir la enfermedad que cree tener y su evolución, con el análisis de pensamientos negativos y explicaciones alternativas que, posteriormente, tendrá que registrar).

C) (sesiones 9 y 10 o 11 y 12).

4. Prevención de recaídas.
5. Repaso y evaluación.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Multitud de programas en grupos se han puesto en marcha con diversos objetivos (preventivos, autoayuda, clínicos,...) con distintas poblaciones (niños, adolescentes, adultos, mayores), diferentes niveles de estrés (amas de casa, condiciones médicas, cuidadores...), y grupos diagnósticos (depresivos, distímicos, bipolares...)
- Los principios generales comentados son aplicables aquí.
- Tratan, en general, de disminuir factores de vulnerabilidad psicológica (creencias disfuncionales, ausencia de entorno reforzante, déficits en habilidades...) y aumentar los

de inmunidad para abordar las exigencias presentes y futuras de la vida y así modificar el estado de ánimo.

- Los principales objetivos cognitivos de intervención son los pensamientos (automáticos negativos) que la mantienen y los esquemas (suposiciones y creencias) que predisponen a la persona a la depresión.
- Su contenido principal se orienta, por tanto, a ayudar a los pacientes a que tomen conciencia y evalúen las formas en que construyen el significado de sus experiencias (de fracaso, derrota, pérdida, impotencia...) y experimenten con nuevas formas de responder cognitiva, emocional y conductualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. J.L.Tizón García. Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria. Doyma. Barcelona 1992
2. F. Borrell i Carrio. Manual de entrevista clínica. Doyma. Barcelona 1989
3. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación internacional de la Atención Primaria. Masson 1999
4. A. Pérez-Sánchez. Prácticas Psicoterapeúticas. Ediciones Paidos Barcelona 1996
5. IASAM: La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Nº 2 de la serie monografías de salud mental. Consejera de Salud Junta de Andalucía. Sevilla1988.
6. W. Doherty y M.Baird. "Family therapy and family medicine." Guilford, 1983.
7. K. Eia Asen. " Intervención familiar." Paidos,1997.
8. J. S. Rolland. "Familias, enfermedad, discapacidad." Gedisa,2000.
9. M. Real Pérez et al. "Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria. Atención primaria. Vol.17. Num. 4.15 de marzo de 1996.
10. Félix Castillo. "Análisis de las Organizaciones". Seminario en La Escuela de T. Familiar de Málaga. Noviembre del 2000.
11. Félix Castillo. "El profesional en las organizaciones," capítulo 7 de M. Coletti y J. L.Linares: "La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática." Paidos Terapia Familiar, 1997.
12. OMS. "CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación". Meditor. 1994
13. D. Goldberg y P. Huxley. "Enfermedad Mental en la Comunidad". Nieva. 1990
14. G. Caplan. "Aspectos Preventivos en Salud Mental". Edit. Paidós. 1993
15. J:L. Vázquez Barquero "Psiquiatría en Atención Primaria" Edit. Grupo Aula Médica. 1998
16. Programa de Salud Mental. "Memoria 1999". SAS
17. J. Vallejo. "Árboles de decisión en Psiquiatría". Edit. Médica JIMS. 1999