

# Las nuevas relaciones entre la psiquiatría y la atención primaria: Experiencia británica

## The new relationship between psychiatry & general practice: The british experience

P. WILLIAMS (\*) y G. STRATHDEE (\*\*)

### RESUMEN

*Se describe aquí un importante y reciente desarrollo en el campo de la psiquiatría comunitaria en Gran Bretaña: las relaciones entre la atención psiquiátrica y la atención primaria de salud. Presentando un acercamiento a la atención psiquiátrica comunitaria que puede ser complementaria a los que recientemente se están desarrollando en España.*

### SUMMARY

*We have described here an important recent development in community psychiatry in Britain: the new relationship between psychiatric care & general practice. Since it presents an approach to community psychiatric care that is complementary to recent developments in Spain.*

### PALABRAS CLAVE

*Psiquiatría comunitaria. Atención primaria de salud. Psiquiatría de enlace.*

### KEY WORDS

*Community psychiatry. General practice. Liaison-attachment psychiatry.*

### INTRODUCCION

Una de las más importantes tendencias psiquiátricas en nuestros días es el cambio del énfasis de la institución hacia los cuidados comunitarios. Los sujetos con problemas emocionales psiquiátricos están aumentando y empezando a tratarse fuera del hospital, y su ingreso, cuando se hace necesario, se realiza por un corto período —mejor que largo—, siendo este internamiento más idóneo en un servicio del hospital general que en un hospital mental.

(\*) Senior Lecturer y Subdirector. Unidad de Investigaciones en Atención Primaria. Instituto de Psiquiatría. Londres.

(\*\*) Investigador. Unidad de Investigaciones en Atención Primaria. Instituto de Psiquiatría. Londres.

Traducido por: Eva Sardinero García y J. L. Pedreira.

Como parte de estos procesos, el término "atención psiquiátrica comunitaria" está tomando un amplio significado en los últimos años. Mientras formalmente era aplicado, en un principio, a los cuidados post-institucionalización de los pacientes con psicosis crónicas, recientemente está siendo utilizado para hacer referencia a la provisión de cuidados psiquiátricos a la comunidad en su conjunto. Semejante cambio en el significado es especialmente relevante en aquellas regiones españolas donde los cambios en la organización y, consecuentemente, en los cuidados psiquiátricos se están desarrollando en la actualidad.

La ampliación del concepto *cuidados comunitarios* pone el énfasis en la necesidad de unir y efectuar colaboraciones entre los diferentes trabajadores de la salud. En particular, la colaboración entre psiquiatras y médicos de atención primaria (N. de T.) es un aspecto crucial del desarrollo de los servicios psiquiátricos comunitarios. Este trabajo describe los avances recientes de estas relaciones en Gran Bretaña.

## **ATENCIÓN PRIMARIA EN GRAN BRETAÑA** (N. de T.)

En Gran Bretaña el médico de atención primaria está contratado como médico general y es responsable del diagnóstico y tratamiento tanto de los trastornos físicos como de los mentales. El médico general británico está contratado y no es funcionario del Servicio de Salud. La mayor parte del trabajo se realiza en conjunto con otros médicos, incrementándose la dedicación en centros de salud. Son contratados y pagados por la Administración local, apoyados por un equipo multidisciplinar de atención primaria, el cual puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros.

En 1981 había en Inglaterra y Gales 26.000 médicos generales, cada uno tenía a su cargo aproximadamente 2.000 usuarios. Otras veces, como en una urgencia, un paciente obtendría atención médica no solamente del médico general con el cual él/ella estuviera inscrito, fuera de las urgencias accedería a la atención médica secundaria únicamente a través del médico general.

Como SHEPHERD y cols. (1966) apuntaban hace aproximadamente veinte años, "el médico general por el reconocimiento de sus conocimientos de atención primaria a la población, está bien ubicado para captar los trastornos psiquiátricos en la comunidad..., la evaluación de un paciente no está basada solamente en las observaciones realizadas durante la consulta, sino también en el contacto mantenido con el paciente y la familia, la cual ha podido ofrecer sostén (N. de T.) por varios años".

La presentación y manejo de los trastornos psiquiátricos en los consultorios (N. de T.) de atención primaria han sido objeto de gran cantidad de investigaciones recientes, revisadas por WILLIAMS y CLARE (1986). Particularmente relevante es el consiguiente hallazgo por el que entre el veinte y el veinticinco por ciento de los pacientes presentaban al médico general un sufrimiento significativo de trastorno mental (ansiedad y depresión más que psicosis), pero nada más que uno de cada veinte de estos casos eran remitidos al especialista de salud mental. Esta observación, la mayor parte de las enfermedades mentales en la comunidad son manejadas por la medicina general, más que por los especialistas, los sitúa —como bien ha sido señalado por SARTORIUS— como una de las más importantes investigaciones psiquiátricas de los últimos veinte años (THORNEYCROFT, 1987).

## MODELOS DE COLABORACION

WILLIAMS y CLARE (1986) han descrito tres modelos mediante los cuales los psiquiatras y los médicos generales podían colaborar en proporcionar atención psiquiátrica a la comunidad.

### 1. Modelo de reemplazo:

Remite a la noción por la que el psiquiatra, u otro trabajador de la salud mental, podría reemplazarse por el médico general como "médico de primer contacto" para pacientes con problemas psiquiátricos. Este modelo es inherente al desarrollo de los centros de salud mental comunitarios, tal como ocurrió en Estados Unidos en los años setenta (FINK y OKEN, 1976). El modelo de reemplazo ha ganado un pequeño apoyo en Gran Bretaña (CLARE, 1980), por razones ideológicas y prácticas. El noventa y ocho por ciento de la población británica está registrada con un médico de atención primaria y generalmente retornan a él/ella la mayor parte, como su punto de referencia, cuando solicitan servicios médicos. En este apoyo de los médicos de atención primaria como "médico de primer contacto", Gran Bretaña está alineada con el programa de atención primaria de la OMS. De esta suerte se señala a los médicos de atención primaria como los directores y coordinadores por *excelencia* del tratamiento de sus pacientes. Esto es en virtud del conocimiento privado de sus pacientes y de su idoneidad para proporcionar durante un largo período apoyo y prácticas médicas preventivas.

### 2. Modelo de incremento de responsabilidades:

Describe la noción por la que el médico de atención primaria podría estar apoyando a más pacientes que los pre-

existentes con ayudas dispensadas en el hospital. Tal estrategia requeriría, como consecuencia requiere, un gran número de psiquiatras de plantilla dependientes del hospital. En Gran Bretaña, al menos, esto no aparece en el trabajo. Entre 1970 y 1975, había un treinta por ciento de incremento de psiquiatras de plantilla, pero no estaba asociado con un incremento en la cantidad de pacientes remitidos por el médico de atención primaria a los psiquiatras (WILLIAMS y CLARE, 1981). Este descubrimiento apoya la conclusión de SHEPHERD y cols. de que había que discriminar la enfermedad psiquiátrica en la atención primaria, esta "lógica administrativa y médica deseaba sugerir que el requisito fundamental para el aprovisionamiento de los servicios de salud mental en la comunidad no es una gran expansión y proliferación de agencias psiquiátricas, sino por el contrario un fortalecimiento del médico de atención primaria en su rol terapéutico". El desarrollo lógico de esta conclusión es el tercer modelo.

### 3. Modelo de enlace:

Describe el movimiento de psiquiatras fuera del hospital hacia el consultorio del médico de atención primaria, su desarrollo es el objeto del resto de este trabajo.

## PSIQUIATRAS EN ATENCION PRIMARIA

En 1982, fue enviado un cuestionario a todas las consultas de psiquiatras en Inglaterra y Gales preguntando si realizaban algún tipo de trabajo "en el consultorio del médico de familia". De las 811 respuestas, 154 (19 por 100) indicaban que así lo hacían. Entonces se les envió un segundo cuestionario preguntando sobre los deta-

lles del trabajo, la descripción que se acompaña corresponde a las 109 contestaciones recibidas (STRATHDEE y WILLIAMS, 1984).

Mientras unos cuantos de estos proyectos comenzaron en los años cincuenta y sesenta, el mayor crecimiento de este tipo de trabajos ocurrió en la última década. A pesar de que han sido espontáneos en la forma de desarrollarse pueden identificarse claramente tres modelos de trabajo por las actividades que describen los psiquiatras. Estos son la *consulta, derivación de pacientes no ingresados* y el modelo de *enlace*. Estos, como SENSKY (1986) ha señalado, son similares a los estilos de trabajo adoptados por los psiquiatras en el trabajo de enlace en el hospital general, tal como describió Gerald CAPLAN en 1954.

El modelo de consulta era aceptado por algo menos del treinta por ciento de los psiquiatras. Este estilo de trabajo consiste en atender, pero no en tratar, a los pacientes, discusión de casos con el médico de familia y en darle pautas u orientaciones. El modelo de trabajo de derivación de pacientes era preferido por dos tercios de la muestra de psiquiatras y consistía, esencialmente, en conducir a los pacientes dados de alta al médico de familia. Muchos de los médicos explicaban que ese "desplazamiento" del encuadre de trabajo, conlleva una facilitación de la comunicación con el médico de familia de referencia, capacitándoles en la provisión de diferentes tipos de cuidados.

El modelo de enlace, en el cual los psiquiatras desarrollaban extensa e intensivamente el trabajo de enlace con (y algunos casos llegan a ser considerados como un miembro más) el equipo de atención primaria desarrollaban un modelo de enlace de amplio alcance y nivel.

La adopción de un modelo de trabajo depende de múltiples factores, incluyendo el entendimiento en los

encuadres de enlace, los propósitos y las expectativas de los médicos de familia y psiquiatras, la localización de los psiquiatras hospitalarios y las clínicas ambulatorias en relación a la amplitud del área, la orientación clínica de los médicos implicados, las consideraciones administrativas y la presencia de otros profesionales y su disponibilidad a participar en equipos multidisciplinarios.

La mayoría de los psiquiatras encuestados expresaron gran entusiasmo por el modelo de trabajo de enlace. En relación con lo anterior, muchos de sus comentarios indicaban que cuando derivan al médico de familia, sería porque puede proporcionar un sistema de cuidados más constructivo que en el marco hospitalario. Confiaban en que éste perfeccionamiento será consecuencia de una mejor relación con el médico de familia, resultando una detección precoz de la enfermedad y una disminución de los ingresos hospitalarios. La capacidad para desarrollar en común estrategias y tratamientos fundamentados en los más loables principios de la continuidad en la atención llegará a ser una realidad tangible, más que una fantasía terapéutica. Además, así como su nueva práctica incrementará recursos, su antigua fuerza en los servicios disminuirá y los participantes en este modelo de "amplio alcance" estarán, en algún tiempo, capacitados para asumir supervisiones y entrenamiento específico.

Tan favorable como esta ocasión, en términos de atención clínica, es el entusiasmo que los psiquiatras reflejaban en su contestación de otros beneficios para los pacientes. Un cuarto de las opiniones de los psiquiatras subrayaban que, en su opinión, los pacientes se beneficiaban de ser vistos en un encuadre con el que estaban familiarizados. Muchas respuestas comentaban la ventaja de la proximidad geográfica, particularmente en los pa-

cientes de edad, enfermedades físicas y dificultades sociales. Aproximadamente un quinto opinaba que había menos estigma y rotulación de enfermedad mental unida a la visita psiquiátrica realizada en el consultorio de la atención primaria que en los pacientes de las consultas externas del hospital.

Estos descubrimientos incitan un buen número de preguntas. Una de las más fundamentales de éstas concierne a las razones de inicio de estos servicios, los cuales han iniciado su labor la mayor parte en exclusiva por medio de médicos de familia individualmente o por psiquiatras más que por la intervención de un organismo central o político. La respuesta habría que buscarla en la interacción de un número de factores relativos a modificaciones en la filosofía, organización, entrenamiento y actitudes, tanto en la psiquiatría como en la atención primaria de salud en los últimos años. Por ejemplo, la introducción por el Royal College of General Practitioners de planes profesionales de entrenamiento en la práctica de la atención primaria, con un mayor énfasis en la formación de post-graduados en el campo de la psiquiatría, podría muy bien haber ayudado al desarrollo de modelos de enlace, tanto filosófica como administrativamente.

Igualmente, los cambios en el pensamiento psiquiátrico se han presentado con el reconocimiento de la naturaleza psicosocial de muchos trastornos. Lo que, unido a las innovaciones y cambios ocurridos en las técnicas de tratamiento psiquiátrico ha resultado un desplazamiento del centro de tratamiento desde el hospital a la comunidad. Los psiquiatras, sobre todo por los limitados recursos ahora disponibles, están cuestionándose de manera creciente la capacidad para el tratamiento de pacientes adecuada y apropiadamente en las consultas externas de los hospitales convencionales.

El movimiento hacia el consultorio de atención primaria también debe ser visto en el contexto de los cambios actuales acaecidos en la relación entre médicos especialistas y médicos generales. La necesidad del incremento comunicativo y relacional ha sido identificada como un importante argumento para el establecimiento de los cuidados clínicos primarios (STRATHDEE, 1988). Esto ha hecho observar cómo "introducen un asesoramiento consultivo articulado entre los médicos implicados con una reducción en el poder y la autoridad de los expertos y un incremento en el peso de la responsabilidad que a todos concierne" (Journal of the Royal College of Practitioners, 1978). El incremento de contactos entre los niveles primario y secundario de atención ha dado como consecuencia un reconocimiento por parte de cada grupo de las prácticas y especificidades de los otros, y los logros que se originan de la colaboración espontánea. Adicionalmente, el desarrollo de los equipos multidisciplinarios han sido un concepto que ha adquirido particular aceptación tanto en la psiquiatría como en la medicina de familia.

De este modo, se comprende el enorme entusiasmo hacia estos modos de trabajo, pero en términos de evaluación de servicios clínicos, esto no es suficiente para demostrar que sea del agrado de los usuarios. En el momento actual la evaluación de la atención psiquiátrica basada en la atención primaria acaba de iniciarse ahora. En particular no disponemos aún de estudios comparativos con las consultas externas, ni disponemos de ninguna evaluación coste-beneficio.

Sin embargo, han sido planteadas dos evaluaciones en este sentido:

- 1) Qué distribución de pacientes eran remitidos al médico de familia desde los especialistas, comparado con los remitidos al hospital por los especialistas.

2) Qué efectos producía el establecimiento de la atención psiquiátrica basada en la atención primaria de salud en otros indicadores de la utilización de servicios.

Con relación a lo anteriormente expresado, un autor expresaba críticamente que los pacientes vistos y tratados por los psiquiatras que trabajaban en el consultorio del médico de familia, tenían afecciones menos serias (MITCHELL, 1983). Verdaderamente, COOPER y cols. (1975) han advertido, una vez más: "de las voces alarmistas que intentan subrayar a los psiquiatras de los servicios comunitarios, desde antiguo, el peligro de negligencia hacia los pacientes más seriamente afectados".

Los estudios anteriores han estado acompañados de demostraciones, mientras las críticas no han estado fundamentadas. Por ejemplo, TYRER (1984) estudió pacientes vistos por cinco médicos de familia en clínicas de Nottingham, concluyendo que el espectro clínico no era diferente al encontrado en los departamentos de consultas externas del hospital tradicional. De igual forma, BROWNING y cols. (1987) han puesto de manifiesto que los pacientes vistos en un centro de salud en Bristol padecían de una amplia variedad de desórdenes psiquiátricos: realmente, después del establecimiento de la clínica, eran remitidos proporcionalmente más pacientes psicóticos que en los años anteriores habían sido atendidos en la clínica hospitalaria atendiendo a la misma población.

Similares descubrimientos se extraían del estudio de BROWN y cols. (1988) en Londres, que realizaron una comparación entre pacientes remitidos por los mismos médicos generales a psiquiatras que trabajaban con la atención primaria y a los de las clínicas hospitalarias. También demostraron cómo las mujeres eran remitidas

preferentemente a los psiquiatras que trabajaban en la atención primaria utilizando encuentros aplicados en los grupos diagnósticos. Estos datos sugieren que las clínicas basadas en la atención primaria están abasteciendo de antemano algunas necesidades, ya que ninguna de las mujeres referidas fueron de nuevo a las consultas psiquiátricas externas del hospital, lo que ha sido repetidamente demostrado.

La segunda evaluación concluye que han sido estudiados los efectos concernientes a la medicina general y otros indicadores de provisión de servicios psiquiátricos. Esto ha sido estudiado en un servicio individual y a nivel nacional.

A nivel del servicio concreto, MCKECHNIE y cols. (1981) compararon la atención primaria asistida por equipos especializados de psiquiatría (psiquiatras, psicólogos y trabajador social) con aquellos otros que no tenían tales apoyos. Encontraron que muy pocos pacientes asistidos en la atención primaria eran remitidos a los llamados especialistas. De igual forma, TYRER y cols. (1984) evaluaron el impacto de cinco clínicas psiquiátricas basadas en la atención primaria sobre la tasa de admisiones y de estancias en Nottingham. Acorde con sus resultados, la tasa de admisiones y ocupación de camas fueron reducidas, pero había un incremento de las visitas domiciliarias y derivaciones a hospitales de día.

Estos estudios de servicios psiquiátricos individualizados plantean la pregunta de si esta colaboración entre la atención psiquiátrica basada en la atención primaria y la reducción de los ingresos es un descubrimiento generalizado, o simplemente es aplicable a un servicio particular. WILLIAMS y BALESTRIERI (1987) han investigado la utilización de los datos acumulados durante el examen precedente y los de los de la atención psiquiátrica basada en la atención primaria (STRA-

THDEE y WILLIAMS, 1984), comparándolos, región por región, con los datos administrativos sobre ingresos psiquiátricos. Encontraron que en aquellos lugares del país en los que había existido un gran desarrollo de la atención psiquiátrica basada en la atención primaria fueron siempre aquellos en los que había existido un manifiesto de crecimiento en los ingresos psiquiátricos. Adicionalmente el análisis mostraba que esto era debido, en gran parte, al efecto sobre el ingreso de pacientes no psicóticos.

## **PERSPECTIVAS INTERNACIONALES**

Lo anterior es de interés para considerar el desarrollo de estos nuevos servicios en Gran Bretaña comparado con el panorama de pensamiento internacional en el momento actual para la provisión de servicios de atención primaria. La Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), daba importancia a los cuidados primarios de salud, mostrando ser "cuidados básicos de salud, basados en la práctica, aunque formulados científicamente, con técnicas y métodos socialmente aceptados, haciendo universalmente aceptable para individuos y familias en la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad pueda permitirse mantener".

En 1983 la OMS puso en marcha un grupo de trabajo para examinar los roles y funciones de los equipos de salud mental que operan con la atención primaria de salud, enfatizando los caminos a través de los cuales los especialistas de salud mental podían dar soporte a los trabajadores de atención primaria, trabajando directamente, a nivel comunitario con grupos de auto-ayuda y otras agencias preparadas para su contribución a la

salud mental. Este grupo de trabajo formuló cuatro principios básicos que son de interés examinando, al mismo tiempo, nuestra experiencia británica. Estos puntos fueron:

1) La promoción de la salud mental es un componente vital de la atención primaria de salud.

2) La descentralización de los servicios de salud mental es esencial, llevándolos hacia la comunidad donde la población vive y trabaja.

3) Todos los esfuerzos deben estar encaminados a suministrar un nivel mínimo de cuidados relativos a las necesidades y recursos existentes para los individuos y las comunidades, así como habilitarlos para su propio futuro.

4) Qué prácticas y recursos de atención a la salud mental podrían ser claramente integrados en la atención primaria y los sistemas de bienestar social para las propuestas de educación, soporte y orientación.

Los factores que subyacen al desarrollo de la psiquiatría en la atención primaria de salud en Gran Bretaña están de acuerdo con estos principios. Como se estableció con anterioridad, el desarrollo de cada uno de los modelos podría representar un movimiento hacia la descentralización de los servicios de salud mental. La integración de los psiquiatras en los consultorios de atención primaria es una vía conveniente y apropiada para proveer un modelo de atención más perfecto dentro de los límites de los recursos existentes.

Hemos descrito aquí un importante y reciente desarrollo en el campo de la psiquiatría comunitaria en Gran Bretaña, confiamos que sea de interés para los psiquiatras españoles, presentando un acercamiento a la atención psiquiátrica comunitaria que puede ser complementario a los que recientemente se desarrollan en España.

## N. de T.

Hemos preferido traducir "general practitioners" como médico de atención primaria o médico de familia, así como "general practice" como atención primaria, con el fin de unificar posibles equívocos que pudieran surgir con la organización que actualmente hay en España.

"Setting" lo hemos traducido por

consultorio, o lugar específico de atención primaria, con el fin de evitar equívocos con terminologías utilizadas en contextos de escuelas psiquiátricas determinadas.

"Support" lo hemos traducido como soporte o apoyo, dependiendo del contexto en el cual era utilizado, evitando poner contención dado que pensamos que ésta debería reservarse para la palabra inglesa "holding".

## BIBLIOGRAFIA

- BROWN, R.; STRATHDEE, G.; CHRISTIE-BROWN, J. R. W.; & ROBINSON, P. H. (1988): *A comparison of referrals to primary care and hospital outpatient clinics*. "British Journal of Psychiatry", in print.
- CAPLAN, G. (1954): *The Theory and Practice of Mental Consultation*. Tavistock Press, London.
- CLARE, A. W. (1980): *Community mental health centres*. "Journal of the Royal Society of Medicine", 73, págs. 75-76.
- COOPER, B.; HARWIN, B. G.; DEPLA, C.; & SHEPHERD, M. (1975): *Mental health care in the community: an evaluative study*. "Psychological Medicine", 4, págs. 372-380.
- BROWNING, S. M.; FORD, M. F.; GODDARD, C. A.; & BROWN, A. C. (1987): *A psychiatric clinic in general practice: a description and comparison with an outpatient clinic*. "Bulletin of the Royal College of Psychiatrists", 11, págs. 114-117.
- FINK, P. J., & OKEN, D. (1976): *The role of psychiatry as a primary care speciality*. "Archives of General Psychiatry", 33, páginas 398-1.003.
- JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (1978): *Editorial: general practitioners and psychiatrists - a new relationship?* "Journal of the Royal College of General Practitioners", 28, págs. 643-645.
- MCKECHNIE, A.; PHILIP, A.; & RAMAGE, J. G. (1981): *Psychiatric services in primary care: specialised or not?* "Journal of the Royal College of General Practitioners", 31, págs. 611-614.
- MITCHELL, A. R. K. (1985): *Psychiatrists in primary health care settings*. "British Journal of Psychiatry", 147, págs. 371-379.
- SENSKY, T. (1986): *The general hospital psychiatrist: too many tasks and too few roles?* "British Journal of Psychiatry", 148, págs. 151-158.
- SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; & KALTON, G. (1966): *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press, London.
- STRATHDEE, G. (1988): *Psychiatrists in primary care: the general practitioner's viewpoint*. "Family Practice", in print.
- STRATHDEE, G.; & WILLIAMS, P. (1984): *A survey of psychiatrists in primary care: the silent growth of a new service*. "Journal of the Royal College of General Practitioners", 34, págs. 615-618.
- THORNICROFT, G. (1987): *An interview with Norman Sartorius*. "Bethlem & Maudsley Gazette", autumn 1987, págs. 27-28.
- TYRER, P. (1984): *Psychiatric clinics in general practice: an extension of community care*. "British Journal of Psychiatry", 145, 9-14.
- TYRER, P.; SIEVEWRIGHT, N.; & WOLLERTON, S. (1984): *General practice psychiatric clinics: impact on psychiatric services*. "British Journal of Psychiatry", 145, 15-19.
- WILLIAMS, P.; & BALESTRERI, M. (1987): *Psychiatric clinics in general practice: do they reduce admissions?* Unpublished research report, Institute of Psychiatry.
- WILLIAMS, P.; & CLARE, A. W. (1981): *Changing patterns of psychiatric care*. "British Medical Journal", 282, págs. 375-377.
- (1986): *Psychiatry in general practice*. In HILL, P., MURRAY, R. M.; & THORLEY, A. S. (eds.), *Essentials of Postgraduate Psychiatry* (2nd edition), págs. 597-622. Academic Press, London.