



AL VOLTANT
DEL MODEL
D'ATENCIÓ A LA
SALUT MENTAL
A L'ATENCIÓ
PRIMÀRIA DE SALUT
REFLEXIONS I PROPOSTES

M^a JOSÉ FERNÁNDEZ DE SANMAMED

YOLANDA GONZÁLEZ

M^a VICTÒRIA MAZO

GEMMA PONS

IAGO ROBLES

ELENA SERRANO

ARACELI TEIXIDÓ

FRANCESCA ZAPATER

FÒRUM CATALÀ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Per citar aquest document suggerim

fer-ho de la següent forma:

Fernández de Sanmamed M^a José, González Yolanda,
Mazo M^a Victòria, Pons Gemma, Robles Iago, Serrano
Elena, Teixidó Araceli, Zapater Francesca. Al voltant del
model d'atenció a la salut mental a l'atenció primària de
salut. Barcelona. Fòrum Català d'Atenció Primària. 2020

Fotografia de la portada: Elena Serrano

1^a edició: Juny del 2020

Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)

<https://focap.wordpress.com/>

Producció gràfica: lacontragrafica.com

AL VOLTANT DEL MODEL D'ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT REFLEXIONS I PROPOSTES

M^a JOSÉ FERNÁNDEZ DE SANMAMED

YOLANDA GONZÁLEZ

M^a VICTÒRIA MAZO

GEMMA PONS

IAGO ROBLES

ELENA SERRANO

ARACELI TEIXIDÓ

FRANCESCA ZAPATER

FÒRUM CATALÀ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA



ÍNDEX

Glossari d'acrònims	06
Presentació	07
1. Introducció	09
2. Abordatge actual del patiment emocional i del trastorn mental a l'Atenció Primària de Salut (APS)	13
2.1. Epidemiologia.....	13
2.2. Abordatge actual.....	15
2.3. Coordinació entre l'APS i els serveis de Salut Mental (SM)	18
2.4. Debilitats actuals de l'APS i desgast professional	19
3. Breu resum de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC) i el Procés Assistencial en Salut Mental i Addiccions a la xarxa d'atenció primària (PASMiA)	23
3.1. L'ENAPISC	23
3.2. El PASMiA.....	25

4. Anàlisi i valoració del PASMIA	29
4.1 Marc conceptual de l'anàlisi.....	30
4.2. La transformació del model d'APS. L'equip de treball integrat.....	31
4.3. Model de Salut Mental. Quina filosofia hi ha en la base del PASMIA?	34
4.4. La cartera de serveis.....	36
4.5. Activitats i professionals involucrats	39
4.6. Consideracions finals.....	43
5. Altres experiències de coordinació i col·laboració entre APS i SM a l'Estat Espanyol	45
6. Revisió de la literatura sobre els models organitzatius i de relació d'APS amb SM	52
7. Reflexions finals i propostes	59
8. Bibliografia	66
Annex: Taller clínic	76

GLOSSARI D'ACRÒNIMS UTILITZATS EN AQUEST DOCUMENT (per ordre alfabètic)

APS	Atenció Primària de Salut
APSC	Atenció Primària i Salut Comunitària
ASSIR	Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
CAP	Centre d'Atenció Primària
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
COP Madrid	Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAP	Equip d'Atenció Primària
ENAPISC	Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
Espai PIAC	Espai per a la Planificació i Atenció Compartida
ETI	Equip de Treball Integrat
FoCAP	Fòrum Català d'Atenció Primària
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
MACA	Malaltia Crònica Avançada
PADES	Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
PASMiA	Procés Assistencial en Salut Mental i Addiccions
PCC	Pacient Crònic Complexe
PIIC	Pla Intervenció Individualitzat Compartit
PSP	Programa de Suport a la Primària
SM	Salut Mental
SMiA	Salut Mental i Addiccions
SoMaMFyC	Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
XAP	Xarxa integral d'Atenció Primària i Comunitària



PRESENTACIÓ

El document que teniu entre mans comprèn anàlisi, reflexió i propostes sobre l'atenció a la salut mental (SM) a l'atenció primària de salut (APS). L'actiu grup de reflexió sobre salut mental del FoCAP, que en aquesta ocasió ha incorporat professionals de la psicologia i la psiquiatria, fa temps que hi treballa, i hem pensat que, després de l'aturada forçosa a conseqüència de la primera onada de la pandèmia de la COVID, és un bon moment per donar-lo a conèixer.

Ara més que mai, el malestar emocional està present a l'atenció primària. Una atenció primària que en aquests moments està desnaturalitzada, desposseïda en bona part de presencialitat i funcions. Com sempre a l'atenció primària, els reptes són múltiples. Un dels més destacats és la comprensió de la complexitat dels elements que condicionen la salut de les persones i les comunitats, la seva subjectivització i la seva expressió clínica. El que se'ns planteja és com acompanyar i alleujar el patiment físic, mental i social, ara empitjorat a causa de la pandèmia. Tal com s'exposava en l'anterior document del grup, «Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'APS», la relació assistencial, la confiança i el vincle són eines bàsiques per a l'acolliment i l'atenció al malestar emocional. Eines que no només estan a l'abast de l'APS, sinó que li són pròpies i inherents, si bé en aquests moments sotmeses a la limitació de les visites presencials i a la potenciació de l'atenció telefònica i telemàtica.

Aquest document se centra en els models de relació entre l'APS i els serveis de SM. La llavor va néixer arran d'una notícia que fa un temps va saltar als mitjans: hi haurà psicòlegs als equips d'atenció primària. Fou acollida de manera desigual per les professionals de l'APS; amb escepticisme per unes, amb esperança per d'altres. Què hi havia darrera d'aquests titulars? Com s'havia de concretar? Quins eren els pros i els contres de la mesura? Posteriorment va aparèixer l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Co-

munitària (ENAPISC), i amb ella, el Procés Assistencial de Salut Mental i Addiccions a la Xarxa d'Atenció Primària (PASMIA) que va desenvolupar el model d'atenció i de relació entre els diferents serveis. El fet que aquesta estratègia sembli paralitzada (no sabem si definitivament) no resta interès a la feina feta, que consisteix en veure què hi ha més enllà de les propostes, en què es basen i què oblidem pel camí.

Amb rigorositat, el text parteix de l'anàlisi de l'abordatge actual del patiment emocional i del trastorn mental a l'APS. A continuació, analitza en profunditat el PASMIA, la cartera de serveis, les activitats assistencials i preventives, les formes organitzatives, el paper de les diferents professions implicades i les bases conceptuals en què s'acull. També fa un recorregut per les experiències dutes a terme a l'estat espanyol i una revisió de la literatura. Com no pot ser d'altra manera, el document acaba amb propostes concretes de com podria establir-se un model col·laboratiu entre APS i SM que aprofiti els sabers i els valors de cada àmbit per oferir la millor atenció al patiment mental tot minimitzant-ne els efectes adversos. Un model col·laboratiu que ha de mantenir el treball específic de cadascun dels equips, s'ha de basar en un projecte comú d'atenció, enfortir el paper de l'APS i la potencialitat terapèutica dels i les seves professionals, i garantir, al mateix temps, un equip de SM que pugui abordar els patiments mentals greus. El model que es planteja ha de traspasar els serveis sanitaris per tal d'acollir les i els pacients i la comunitat, i incorporar la mirada, la veu i la sensibilitat dels que pateixen.

Esperem que el document sigui d'interès i pugui inspirar les i els professionals per a una pràctica assistencial plena de sentit i beneficiosa per a les persones que atenem, i també pugui inspirar polítiques sòlides, basades en el coneixement i orientades a la salut de les persones i les comunitats.

Bona lectura!

Meritxell Sánchez-Amat
Presidenta del FoCAP



1. INTRODUCCIÓ

L'atenció a la salut mental (SM) i al patiment emocional és un repte per als serveis sanitaris i és objecte de successius plans d'intervenció a nivell nacional i internacional. A l'actualitat hi ha un intens debat sobre el concepte mateix de trastorn mental i sobre les causes o condicionants que el provoquen.

Els sistemes de classificació de trastorns mentals que s'han imposat, el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), o l'ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) estan en plena crisi. Allen Frances, psiquiatre i president del grup de treball del DSM IV, ha fet fortes crítiques a aquests sistemes i ha alertat de l'epidèmia de diagnòstics psiquiàtrics que ha resultat del seu ús¹. Així mateix, organismes com el Consell Superior de Salut de Bèlgica, adverteixen que aquests sistemes de classificació comporten diversos problemes, recomanen que siguin usats amb cautela i que no es posin al centre de la planificació de l'atenció. Aquest organisme opina que les classificacions no proporcionen un retrat dels símptomes, ni un maneig de les necessitats, ni un bon pronòstic perquè no disposen de validesa, fiabilitat ni poder predictiu. Però és més, el mateix Consell afirma que el concepte de trastorn mental està en dubte, i que cada vegada es dóna més valor a les concepcions que defineixen la salut com la capacitat de desenvolupament i d'adaptació de les persones malgrat les dificultats que puguin tenir. Així, recomana un enfocament basat en la recuperació, que contextualitzi millor els símptomes i adeqüi les intervencions d'acord amb els valors dels individus, treballant estretament amb ells².

Les característiques de l'esfera mental, per a la qual no es disposa de biomarcadors, ni de proves d'imatge que puguin objectivar el seu funcionament ni els possibles trastorns, atorguen al seu abordatge un grau de dificultat superior a altres camps de la medicina. Les últimes dècades han estat dominades per l'intent de trobar una explicació biològica dels processos emocionals a través del paper dels neurotransmissors. Però aquest paper no s'ha pogut demostrar i, malgrat la manca de con-

sistència científica, s'ha fet un ús extensiu dels psicofàrmacs, fet que no ha provocat millors nivells de SM. Mica a mica, es van desmuntant les esperances que s'havien posat en ells³. En canvi, sí que està demostrat que hi ha condicionants socials, entre ells les desigualtats i l'empitjorament de les condicions de vida, que tenen impacte en la SM. Malgrat que no totes les persones que estan sotmeses a tensions i problemes socioeconòmics pateixen malalties ni malestar emocional, n'hi ha d'altres que es veuen incapacitades per aquest malestar i han de demanar ajuda al sistema de salut.

La resposta que ha de donar el sistema sanitari a les demandes per malestar emocional és motiu de debat i obliga a repensar els enfocaments conceptuals i organitzatius. A les consultes d'atenció primària de salut (APS) s'observa una alta prevalença de patiment emocional que reflecteix la complexitat que expressen les persones a través dels símptomes i les emocions. L'augment de simptomatologia psíquica dels nostres temps emplaça l'APS a fer front a una realitat per a la qual no disposa de les eines adequades perquè les ha deixat pel camí del darrer trajecte dominat per plantejaments biologicistes, per una progressiva estandardització dels processos assistencials, per una visió fragmentada dels problemes de salut i de les persones, i per una davallada de recursos en el sistema sanitari públic en general i més en l'APS.

En el document "Atenció a les persones amb malestar emocional a l'Atenció Primària", publicat el 2016, el Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)⁴ va proposar un abordatge d'aquest tipus de consultes en base a elements epidemiològics i conceptuals sobre la salut i la malaltia i va donar instruments d'intervenció útils per acollir el patiment en el dia a dia. De manera resumida, en aquest document es planteja que s'ha de tenir més en compte a les persones i la seva subjectivitat (context social, cultural, polític i biogràfic), que no pas les malalties, i cal potenciar més l'orientació sistèmica i comunitària enlloc de centrar-se en la individualitat. Defensa un model salutogènic per donar prioritat als recursos propis de les persones i el seu entorn, amplia el concepte de curar lluny de la dicotomia salut/malaltia i qüestiona el valor de les etiquetes diagnòstiques considerant la seva iatrogènia. Així mateix, es

descriuen unes eines bàsiques pròpies de l'APS, com són el vincle, la relació de confiança, la paraula, etc... recordant que la principal eina terapèutica som nosaltres mateixos i la relació longitudinal que establim amb els i les nostres pacients.

Sovint es troben dificultats per abordar el malestar emocional a les consultes i es pot buscar una solució en la intervenció d'especialistes en el camp de la psicologia o la psiquiatria per tal que se'n facin càrrec. Així, es declara la incompetència de l'APS per atendre la problemàtica mental, i passa a centrar-se de forma prioritària en els aspectes biològics. Es pot simplificar l'atenció en una etiqueta diagnòstica, un tractament farmacològic, o en una derivació a l'equip de SM, sense que sigui la millor opció. Amb la parcel·lació del *saber* i del *fer* i la derivació a diferents dispositius, s'està aplicant una manera d'entendre el patiment que parcel·la també la persona. Pot existir tracte sense tractament, però mai s'hauria de donar el tractament sense tracte. El tracte, respectuós i el mínim opressor possible, implica conèixer què li passa a la persona i allò que explica⁵.

La tendència a la parcel·lació no és nova, ni la SM és l'únic camp en el que s'observa. També es veu en l'atenció pal·liativa, en alguns programes d'atenció a la cronicitat o en l'atenció domiciliària. Són canvis que estan transformant l'APS, la visió que tenen els i les professionals de les seves funcions, i la seva pràctica clínica. La fragmentació de les persones per problemes de salut i la substitució dels i de les professionals de l'APS per d'altres amb coneixements focals entra en plena contradicció amb el paradigma bio-psico-social que ha presidit l'APS fins fa uns anys i que considera indestruïbles els diferents components dels processos d'emmalaltir i de guarir. No obstant, la idea d'incorporar professionals de la psicologia clínica en el primer nivell d'atenció és una demanda que s'ha fet per part d'alguns metges i metgesses de família i que s'està promovent des d'alguns sectors de la psicologia⁶. També a nivell social s'ha produït algun moviment en aquest sentit, en un moment en què la premsa parlava de l'important augment de la depressió i de l'ansietat⁷. Ens preguntem si aquest auge de demanda psicològica indica que la gent troba a faltar el suport i el vincle amb els i les referents d'APS o

si això té alguna cosa a veure amb els continus canvis dels metges i de les metgesses i amb la fragmentació de l'atenció.

La combinació dels tres elements (presència del tema a la premsa general, demanda social i demanda professional) va tenir la seva resposta política. En efecte, en ple procés de desballestament de l'APS, el conseller Toni Comín va llançar un missatge: «Posarem psicòlegs a l'APS», que va reforçar determinades expectatives⁸. A partir de l'anunci es van projectar escenaris de futur, com la incorporació de professionals de la psicologia en els equips d'atenció primària (EAP), alimentats per declaracions d'alguns Col·legis Professionals i Societats Científiques. Fins i tot es va fantasiejar amb la idea que els trastorns mentals ja no serien atesos a les consultes dels metges i de les metgesses o l'infermer i les infermeres de família perquè ja ho farien especialistes en la matèria. És en aquest context de confusió que apareix el “Procés Assistencial en Salut Mental i Addiccions a la Xarxa d'Atenció Primària” (PASMiA), impulsat pel Departament de Salut, que estableix les línies d'actuació i els sistemes de coordinació entre els diferents nivells assistencials en l'àmbit de la SM.

Amb motiu del creuament de demandes, promeses i programes, hem cregut oportú fer una reflexió sobre les formes organitzatives i els models de coordinació entre els serveis d'APS i els especialitzats en SM. El nostre objectiu és aportar elements d'anàlisi sobre l'estat actual de l'abordatge del patiment emocional a l'APS i sobre la iniciativa del Departament de Salut. I en concret, respondre els interrogants al voltant de l'adequació i l'impacte de la incorporació de professionals de la psicologia a l'APS. Conscients de la dificultat de la tasca, hem incorporat una revisió de la literatura que ha permès delimitar aspectes conceptuals a partir dels quals hem dibuixat un seguit de propostes per vertebrar tant el model organitzatiu com la relació dels diferents agents implicats.

En el moment de tancar aquest document no s'ha implementat ni l'ENAPISC ni el PASMiA i hi ha dubtes raonables que s'arribi a fer. Malgrat això, pensem que les reflexions que es recullen mantenen la seva validesa i poden ser útils per orientar l'atenció al patiment emocional en l'entorn comunitari.

2. ABORDATGE ACTUAL DEL PATIMENT EMOCIONAL I DEL TRASTORN MENTAL A L'APS

2.1. Epidemiologia

Disposem d'informació, obtinguda en diferents entorns i amb diferents metodologies, per conèixer la prevalença del patiment emocional i del trastorn mental. A la Taula 1 s'exposen els principals estudis i els seus resultats.

Comptem amb dos estudis de base poblacional: el Projecte ESE-MeD-Espanya, basat en enquestes fetes a una mostra representativa de la població espanyola entre els anys 2001 i 2002⁹, i l'Enquesta de Salut autopercebuda de Catalunya (ESCA)¹⁰.

Altres investigacions s'han dut a terme sobre les persones usuàries del sistema sanitari: l'estudi DASMAP, basat en enquestes de persones usuàries dels serveis d'APS a Catalunya l'any 2006¹¹, i el registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) que informa sobre l'activitat i la morbiditat atesa en els centres sanitaris de Catalunya, el 2016¹².

Pel que fa a l'estudi IMPACT, compara la prevalença de trastorns mentals a l'Estat Espanyol abans i durant la crisi econòmica (2006-2010). La informació es va recollir mitjançant l'administració d'un qüestionari a una mostra de persones ateses a l'APS¹³.

El malestar emocional que no arriba a trastorn es veu amb freqüència a les consultes, tot i que és difícil establir-ne la prevalença. Algunes de les dades disponibles ens les proporcionen estudis que s'han realitzat sobre les persones derivades als serveis de SM¹⁴. En un treball fet a la ciutat de Córdoba, es va analitzar la percepció dels metges i metgesses

de família sobre la prevalença de problemes psicològics i de SM de la població atesa en els seus centres¹⁵.

Taula 1. Prevalença del patiment i trastorn mental a l'Atenció Primària de Salut (APS). Resultats principals dels estudis.

ESTUDI	TIPUS I LOCALITZACIÓ	RESULTATS PRINCIPALS
El projecte ESEMeD-España. 2001-2002.	Enquesta poblacional. Espanya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 19,5% de les persones havien presentat un trastorn mental en algun moment de la seva vida, i un 8,4% en els últims dotze mesos. 2. El trastorn més freqüent va ser l'episodi depressiu major, seguit de la fòbia específica, el trastorn per abús d'alcohol i la distímia. 3. Els factors associats a patir un trastorn mental van ser el sexe femení, estar separat, divorciat i vidu i estar en atur, de baixa laboral o amb una incapacitat.
Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). 2018.	Enquesta poblacional sobre salut auto-percebuda. Catalunya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 7,6% de la població de més de 14 anys pateix depressió major (3,9% dels homes i 11,2% de les dones). El percentatge és més elevat en: <ul style="list-style-type: none"> - Persones a partir dels 75 anys (13,9%) - Persones que pertanyen a classes socials desfavorides (8,5% la classe III i 4,6% la classe I)* - Persones que no tenen estudis o tenen estudis primaris (11,5%, enfront del 3,4% de les persones amb estudis universitaris). 2. El consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més és del 4% (6,4% els homes i 1,7% les dones) i és superior en les persones de 15 a 44 anys (6,2%).
Estudi DASMAP. 2006.	Enquesta a persones usuàries de serveis d'APS. Catalunya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 45% referia haver patit almenys un trastorn mental durant la seva vida i el 32% un trastorn mental en els últims dotze mesos. 2. Els trastorns més comuns van ser la depressió major (9,6%), el trastorn de pànic (7,0%), la fòbia específica (6,6%) i el trastorn d'ansietat generalitzada (3,8%). 3. Es va trobar una alta comorbiditat entre els trastorns d'ànim i l'ansietat, així com entre els trastorns mentals i algunes condicions físiques cròniques.

ESTUDI	TIPUS I LOCALITZACIÓ	RESULTATS PRINCIPALS
Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). 2016.	Activitat i morbiditat atesa en els centres sanitaris. Catalunya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 24% de les persones visitades presentaven algun problema de salut mental. 2. El 6,2% de les persones afectades era menor de 18 anys. 3. La taxa de dones ateses per un problema d'ansietat era el doble que la dels homes en tots els grups d'edat.
Estudi IMPACT. 2006-2010.	Comparació de la prevalença de trastorns mentals a l'APS abans i durant la crisi econòmica. Estat Espanyol.	<p>Increment considerable de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorns d'ànim (19,4% en depressió major i 10,8% en distímia) - Trastorns d'ansietat (8,4% en trastorn d'ansietat generalitzada i 6,4% en crisis d'angoixa) - Trastorns somatomorfs (7,2%) - Abús d'alcohol (4,6% en dependència i 2,4% en abús d'alcohol).
"La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable". 2006.	Avaluació clínica de les persones derivades a consultes de salut mental. Madrid.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 24% dels casos derivats no presentaven un trastorn mental diagnosticable. 2. El 42% dels casos derivats estaven en tractament antidepressiu.
"El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria". 2012.	Enquesta d'opinió a metges i metgesses de centres de salut. Còrdoba.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Els problemes "menors" de SM (principalment símptomes d'ansietat/depressió i problemes psicosocials) tenen una prevalença superior als trastorns amb diagnòstics formals. 2. El 43% dels enquestats opinen que el 43% de totes les consultes que atenen es relacionarien directa o indirectament amb problemes de salut mental.

* Categorització de les classes socials utilitzades a l'ESCA: I classes més afavorides: Professionals de direcció, gerència i universitaris / II classe intermèdia: ocupacions intermèdies, treballadors/es per compte propi / III classes menys afavorides: treballadors/es manuals (bassat en Domingo-Salvany et al¹⁶)

2.2. Abordatge actual

Malgrat no disposar de molts estudis, es pot veure una gran variabilitat entre centres i professionals a l'hora d'abordar el malestar emocional a les consultes d'APS. Aquesta variabilitat està relacionada amb

la formació, sensibilitat i orientació de la pràctica assistencial. L'heterogeneïtat en l'abordatge es reflexa en les notables diferències que s'han observat entre diversos equips en els registres d'abús d'alcohol, de depressió no greu, d'ansietat i de demència que consten a les històries clíniques¹⁷.

L'orientació bio-psico-social, que va ser la predominant durant els primers anys de la reforma de l'APS, ha estat progressivament substituïda per la biologicista, dominant en les últimes dècades. Aquesta condició una atenció de caràcter individual i protagonitzada pels i per les professionals de la medicina, amb un elevat ús de fàrmacs. Segons un estudi fet amb una mostra petita de metges i metgesses d'APS, un 80% dels enquestats manifesta que no treballa en equip, no utilitza tècniques psico-educatives i no realitza interconsulta amb serveis especialitzats per problemes menors de SM. El 39% de les persones que atenen estan tractades amb psicofàrmacs i creuen que podrien resoldre els seus problemes sense aquests, i més del 50% consideren no tenir coneixements suficients per diagnosticar i/o tractar problemes de SM. En el mateix estudi, el 97,4% de professionals mèdics assenyalen que incorporar psicòlegs i psicòlogues en els centres de salut beneficiaria la prestació de serveis¹⁵.

Tanmateix, comptem amb experiències de tractaments grupals en diversos centres d'APS, com els grups psicoeducatius, conduïts per professionals d'infermeria, en ocasions amb el suport de psicòlegs i psicòlogues clíniques. Aquestes intervencions han estat dirigides a persones amb trastorns d'ansietat, depressió, trastorns adaptatius i trastorns somatomorfs. Han inclòs tècniques de relaxació i respiració, reestructuració cognitiva i altres^{18 19}.

L'elevada prescripció de psicofàrmacs (ansiolítics, hipnòtics-sedants i antidepressius) a l'APS és una de les característiques més destacables en l'abordatge del malestar emocional en el nostre entorn. Durant el període 2000-2015, l'increment del consum d'aquests medicaments a Espanya ha estat molt superior que a la resta d'Europa²⁰. Els psicofàrmacs es plantegen com una solució per a moltes de les demandes que

fan les persones ateses a les consultes a les quals se'ls assigna un diagnòstic de trastorn mental. D'aquesta manera, s'atribueix a aquestes substàncies el poder de corregir un suposat dèficit o desequilibri dels neurotransmissors en el cervell. L'ús dels psicofàrmacs, en especial dels antidepressius, se sustenta en assajos clínics que parteixen d'una comprensió biomèdica dels problemes mentals i s'enfoquen a la millora simptomàtica, marginant aspectes clau com els efectes adversos dels medicaments o la millora en la qualitat de vida i prescindint de l'opinió de la persona i de les seves necessitats reals²¹.

El predomini de l'atenció de caràcter individual i sense perspectiva comunitària és una altra de les característiques de l'atenció als problemes de SM a casa nostra. Dins les escasses intervencions comunitàries s'ha de destacar el programa Salut i Escola, implantat de manera desigual en el territori (entorn del 50% de les escoles a la ciutat de Barcelona) i portat a terme per professionals d'infermeria dels EAP. En l'avaluació del curs 2016-2017 es va observar que un dels temes tractats amb més freqüència, juntament amb les preguntes sobre sexualitat, eren els relacionats amb la SM (19,2%). I desglossant els motius: el 40,8% estaven relacionats amb problemes d'ansietat, el 26,1% amb problemes d'autoestima, el 17,7% amb problemes del son i en un 7,5% amb la ideació suïcida. Així mateix, en les consultes de salut social es van detectar problemes vinculats amb el suport social i amb l'aïllament en un 24,1%²².

A l'APS la professió més implicada en l'atenció al malestar emocional es la mèdica, molt per sobre de la infermeria i del treball social. No obstant, la professió infermera participa àmpliament, i sovint lidera, les activitats comunitàries i els grups psico-educatius. En una investigació qualitativa feta a Euskadi per conèixer les vivències dels professionals no mèdics en l'atenció a persones amb depressió, es considerava que la participació d'infermers i infermeres i de treballadors i treballadores socials era escassa, però podia aportar una atenció més holística i menys medicalitzadora i que la col·laboració entre ells i elles pot suposar beneficis tant per a les persones ateses com per al desenvolupament i satisfacció dels i de les professionals²³.

2.3. Coordinació entre l'APS i els serveis de SM

Si bé sempre han existit formes de coordinació entre l'APS i els serveis de SM de manera local i no sistematitzada, i per iniciativa dels i les professionals, va ser a partir del 2006 que amb el Programa de Suport a la Primària (PSP) es va institucionalitzar la coordinació entre nivells. Al cap de deu anys, la seva implantació abastava el 50% de la població de tot el territori²⁴. Les activitats dutes a terme han estat diverses, segons el proveïdor i l'orientació dels equips: sessions d'interconsulta, sessions formatives (gairebé sempre unidireccionals), discussió de casos, primeres visites de professionals de SM en els centres d'Atenció Primària (CAP), grups psicoterapèutics, grups Balint, i altres. No s'ha donat a conèixer una avaluació global del programa.

En una anàlisi del programa de col·laboració d'un equip de SM amb l'APS a la ciutat de Barcelona²⁵, un grup de psiquiatres reflexionen sobre la seva experiència i ressalten els següents elements:

- El treball de suport s'ha reduït a traslladar el treball dels centres de SM als CAP, de tal manera que a la pràctica, funcionen des d'un model de substitució.
- Molts professionals dels EAP viuen l'arribada dels professionals de SM als seus equips com a majors obligacions i responsabilitats en el futur.
- Podria ser més interessant desenvolupar activitats de prevenció quaternària que de prevenció primària, que consideren poc estudiada, presumptament innòcua i amb molts efectes negatius.
- Apropar-se als CAP els ha permès conèixer les condicions reals de treball i els condicionants dels seus i de les seves professionals, com ara el poc temps per visita, la direcció per objectius i els estàndards de qualitat de la prescripció farmacèutica.
- L'escàs pes del personal d'infermeria i de treball social.

El que sí s'ha fet són estudis de concordança diagnòstica entre professionals de psicologia i professionals de medicina de família en el marc del PSP. Les autores indiquen que existeix una baixa concordança en els diagnòstics degut a que els metges i les metgesses de família diagnostiquen per derivar i el psicòleg i la psicòloga ho fa per intervenir. Plantegen que, per millorar la concordança, s'haurien de reformular els criteris de derivació així com anar cap a la integració de professionals de psicologia en el CAP ²⁶. El que s'assenyala com un problema (la manca de concordança diagnòstica) s'hauria de veure més com una expressió de la diferent metodologia de treball dels serveis d'APS respecte els d'altres especialitats. Així, mentre els primers treballen en base a la sensibilitat de la clínica i de les proves i amb un baix valor predictiu, el treball dels segons s'orienta a l'especificitat i té un alt valor predictiu. Entendre aquesta diferència és clau per desenvolupar serveis adequats a cada nivell assistencial, amb els i les professionals més adients. Així doncs, la concordança diagnòstica probablement no seria el millor criteri d'avaluació dels programes de coordinació, que s'haurien de centrar en l'efectivitat, és a dir, en la millora de la salut i de la funcionalitat de les persones ateses²⁷.

2.4. Debilitats actuals de l'APS i desgast professional

A l'actualitat l'APS presenta un conjunt de debilitats que la limiten (i en ocasions incapaciten) per oferir una correcta atenció a les persones que presenten malestar emocional, sigui quina sigui la seva naturalesa. No és aquesta l'única tasca en la que l'APS veu reduït el seu desenvolupament, però és una de les més significatives.

Les debilitats de les quals parlem no són intrínseques a l'APS, sinó que tenen a veure amb el deteriorament i les transformacions que està patint en l'última dècada. Entre elles destaquen: els freqüents canvis de personal que fragmenten la longitudinalitat, la manca de temps, les demandes d'altres sectors (escoles, serveis socials, empreses...), els models de substitució que limiten l'espectre de l'atenció, el desgast professional i el fet que l'organització d'alguns equips fomenta la ruptura del vincle professional-pacient i professional-professional.²⁸

Es parla d'un elevat grau de desgast dels i les professionals sanitaris, o síndrome de *burnout*, compost de tres dimensions: esgotament emocional, despersonalització i realització personal. Encara que hi ha diferències a l'hora de quantificar-lo, nombrosos estudis parlen d'una elevada prevalença de desgast dels sanitaris respecte d'altres professions. La prevalença del desgast professional entre el personal mèdic se situa entre el 30 i el 50%, mentre que els treballadors i les treballadores socials són els qui presenten majors índexs d'esgotament emocional^{29 30}.

Sovint es veuen les causes laborals, com les condicions de treball i la sobrecàrrega assistencial, com a productores de *burnout*. Tanmateix, aquestes no són les úniques ni, probablement, les més importants. La seva arrel l'hem de buscar en les causes intrínseques del treball sanitari dels nostres dies, que respon a un enfocament gerencialista. Segons Juan Irigoyen, la desprofessionalització en el camp de la medicina derivada de les reformes que s'han produït en els sistemes sanitaris des de la dècada dels noranta seria una de les causes d'aquest desgast. L'aspecte més rellevant és l'emergència del paradigma tecno-productiu, que entra en conflicte amb alguns elements essencials del model professional mèdic i erosiona la seva autonomia professional.³¹ Aquesta transformació tecno-productiva de l'APS a la pràctica clínica es manifesta en l'estandardització dels processos assistencials, l'ús extensiu d'escalles per a la classificació diagnòstica, o la invasió de l'acte clínic per l'acte de registrar, el que es coneix com a «registritis»³². Aquesta realitat resta qualitat i temps a la tasca de cuidar que històricament ha caracteritzat la labor de les professions sanitàries, dificulta l'escolta de narratives, impedeix pensar narrativament, i orienta als codis i a la malaltia, en comptes de a la persona, la qual cosa dificulta l'interès pels factors humans i relacionals. Aprofundint en aquesta idea, i tal com diu Deborah Swinglehurst et al.: “Les històries dels pacients es transformen en bytes; allò particular es converteix en generalitzable; allò complex es fa simple i manejable; i la incertesa es categoritza i, d'aquesta manera, es pot emmagatzemar”³³.

Ens preguntem, per tant, si el que desgasta els i les professionals no és tant la quantitat i les condicions del treball com la seva qualitat que, en

el cas del malestar emocional, dificulta, i molt, un abordatge sintònic amb els i les pacients. Davant de les dificultats laborals, personals i clíniques, és fàcil que la resposta sigui derivar aspectes de l'atenció cap a d'altres professionals que puguin assumir-ne aquesta responsabilitat. Per això resultaria tan fàcil acceptar, o fins i tot reclamar, models de substitució en camps assistencials que són propis de l'APS. Però ens podem trobar amb que la renúncia a atendre el malestar emocional (i també altres necessitats) agreugi encara més el grau de despersonalització i desprofessionalització.

En aquesta línia, recents investigacions sobre el tema del *burnout* en metges i metgesses de família nord-americans suggereixen que la visió integral de l'atenció mèdica està associada a un menor grau de desgast. Aquesta visió inclou atendre pacients hospitalitzats, la pràctica obstètrica i atendre ambulatoriament pacients pediàtrics, a més de disposar de procediments i/o àrees de contingut clínic i proporcionar atenció fora del lloc de consulta habitual³⁴. Aquests resultats ens han de fer pensar que disminuir competències als metges i les metgesses i als infermers i les infermeres de família no és una bona idea per als pacients ni per als professionals, tot i que és una aspiració d'una part d'aquests.

El funcionament dels EAP obvia sovint les necessitats emocionals dels seus membres. Les qüestions organitzatives i les avaluacions numèriques acaparen el temps en les reunions de l'equip i dels diferents col·lectius. Les institucions tenen escassa cura dels seus i les seves professionals; ni els i les escolta, ni els dóna suport en les dificultats del dia a dia. Aquesta precària gestió emocional es trasllada a les consultes. Davant la manca d'espais en els quals es puguin expressar opinions, sentiments i emocions, aquests es traslladen a espais privats on fàcilment adquireixen la forma de queixa i no troben la manera de sortir-se'n³⁵.

Un últim element que volem esmentar és que la formació de pregrau que es fa a les facultats de medicina del nostre país està dirigida a la pràctica hospitalària i ignora l'existència i el valor de l'APS. El model de pacient a través del qual s'aprèn només es troba a l'hospital; una formació esbiaixada si considerem com emmalalteixen les persones en la

comunitat. De fet, hi ha estudis que demostren com en cursos superiors de la carrera es perden certes habilitats i a partir del tercer curs els i les estudiants acostumen a perdre l'empatia amb el o la pacient i el seu patiment. Es pot dir que la formació actual en la docència pregrau implica una deformació de cara a l'atenció centrada en la persona en la seva globalitat³⁶.

3. BREU RESUM DE L'ESTRATÈGIA NACIONAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I COMUNITÀRIA (ENAPISC) I DEL PROCÉS ASSISTENCIAL EN SALUT MENTAL I ADDICCIONS A LA XARXA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (PASMIA)

«El Procés Assistencial en Salut Mental i Addiccions a la xarxa d'Atenció Primària» (PASMIA) és un document elaborat en el marc de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC) impulsada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La seva missió és «impulsar un nou model de l'atenció primària i salut comunitària (APSC) fonamentat en el concepte integral de salut que inclogui els seus determinants socials i que la consolidi com l'eix vertebrador del sistema públic de salut». Un dels processos clau identificats en l'estratègia és la SM i les addiccions, que és l'objecte d'aquest document. A continuació fem un resum dels continguts més rellevants per la temàtica que ens ocupa³⁷.

3.1. L'ENAPISC

L'ENAPISC defineix el marc conceptual del PASMIA i parteix d'un sistema sanitari amb bons resultats, un creixent envelliment de la població, una millora de la supervivència i un augment del nombre de persones amb trastorns crònics i discapacitats. Aquesta nova realitat requereix una adaptació i una transformació del model d'APS per respondre als reptes actuals i de futur. Ha de superar, així mateix, les conseqüències de la recent crisi econòmica: augment de les desigualtats socials en salut i afectació de les condicions laborals dels i les professionals amb «manca d'alguns grups professionals» i augment de la pressió assistencial.

El nou model d'APS propulsat per l'ENAPISC «busca una orientació salutogènica, centrada en la persona, integrada i deliberativa en la presa de decisions compartides, en què es tingui cura de la protecció i promoció del professionalisme com a valor principal que garanteixi la qualitat de l'atenció, i es fomenti la participació ciutadana com un instrument per afavorir l'apoderament de les comunitats». Afirmar que l'objectiu principal és enfortir l'APSC i consolidar-la com a eix vertebrador del sistema sanitari públic.

Per fer possible el nou model planteja transformacions imprescindibles en tres àmbits: en els models organitzatius, en la implicació directa dels i les professionals i en l'enfocament de les persones com a centre de tota l'estratègia.

La transformació del model organitzatiu consisteix fonamentalment en adaptar l'estructura actual, augmentant el perímetre d'influència de l'APSC, en què l'element clau són les xarxes integrals d'atenció primària i comunitària (XAP). Aquesta nova estructura inclou els actuals EAP i altres equips i serveis de proximitat del territori: de salut pública, d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), de salut mental i addiccions (SMiA), de rehabilitació i els serveis d'atenció continuada i urgent.

El nou model vol tenir cura del professionalisme i el seu desenvolupament per garantir la qualitat de l'atenció. D'aquesta manera, impulsarà l'adequada dotació de professionals, la seva autonomia en la gestió, la millora de les condicions laborals i el seu desenvolupament professional i el reconeixement de l'APSC tant en l'àmbit social com en el sanitari.

L'ENAPISC diu que situa la persona en el centre del sistema amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències. A més, compta amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció. Contempla la participació de les persones a nivell micro (salut individual), meso (centres i comunitats) i macro (polítiques i estratègies).

Les aportacions de l'ENAPISC més destacades en la definició del nou model d'APS són les XAP (com a estructura organitzativa bàsica), i el desenvolupament de la salut comunitària.

3.2. El PASMia

El PASMia s'acull al contingut del Pla Director de Salut mental i Addiccions 2017-2020²⁴. Refereix una alta prevalença de trastorns mentals en les consultes d'APS (el 24% del total de visites realitzades el 2016), però tanmateix considera que la seva detecció és insuficient, així com la detecció del trastorn per consum d'alcohol i drogues.

L'antecedent del PASMia és el Pla de Suport de SM a l'APS iniciat l'any 2006 i que al cap de 10 anys ha tingut una baixa implantació (d'un 43% en la població de <18 anys i d'un 54% en la població >18 anys) i una extensió territorial irregular. Com a nou repte planteja que cal superar la «relació vertical», incorporar les addiccions i fer equips integrats de professionals especialitzats en SMia i d'APS, en el context de la XAP, per assumir l'atenció als problemes de forma conjunta.

La visió sobre la qual se sustenta el PASMia ve definida per:

- Una visió de salut mental positiva, la consideració de la salut mental com un determinant bàsic del concepte de salut i element indispensable per al desenvolupament humà i social.
- La salut mental i l'abordatge de les addiccions requereixen una atenció integral i s'han d'entendre com el resultat multifactorial de determinants biològics, psicològics, educatius, socials, relacionals i mediambientals.
- El caràcter de les actuacions és marcadament transversal i requereix un treball multidisciplinari en equip i en xarxa de tots els actors implicats.
- El model d'atenció ha de ser orientat a les necessitats de les persones, participat i amb una cartera de serveis única, basada en el territori de referència.

- L'enfocament dels serveis i les prestacions ha de ser decididament comunitari, basat en la prevenció, la detecció i la intervenció, el més primerenques possible, per tal de minimitzar la cronicitat i complexitat evitables, i la rehabilitació.
- La cartera de serveis està recollida en la figura 1.

Figura 1. Resum de la cartera de serveis de salut mental i addiccions a l'atenció primària.

CARTERA DE SERVEIS	
Promoció i prevenció Metodologia fixada per CT salut comunitària i CT prevenció i promoció	<ul style="list-style-type: none"> – Promoció de l'autocura – Interrelació amb l'entorn de la persona – Identificació de col·lectius més vulnerables – Intervencions comunitàries
Detecció precoç del TMG i consum de risc, perjudicial i d'alt risc de substàncies Homogeneïtzar les eines de cribatge basades en l'evidència i fer-les accessibles	<ul style="list-style-type: none"> – Exploració de l'estat mental i criteris diagnòstics de patologies prioritzades: TEA, psicosis incipient, risc de suïcidi – Consums de risc, perjudicial i d'alt risc d'alcohol i drogues – Assessorament en espais de planificació – ATDOM – Planificació de l'atenció als centres SMiA – Coordinació amb recursos locals comunitaris
Atenció a la patologia de baixa complexitat Els problemes de baixa complexitat en SM, el consum lleu i el malestar emocional han de ser atesos a l'AP	<ul style="list-style-type: none"> – Evitar la medicalització dels problemes de la vida, disminuir la prescripció de fàrmacs – Eines bàsiques de l'entrevista motivacional – Potenciació del tractament psicològic i les intervencions grupals – Programes específics per a població jove
Atenció integrada i integral a la patologia complexa Garantir l'atenció a la salut física i mental	<ul style="list-style-type: none"> – Planificació integrada tant de PCC/MACA, final de vida com de PCC-SMiA
Enfocament comunitari	Pendent de redacció

Font: PASMiA²⁴

La participació dels i les diferents professionals en cada àrea de la cartera de serveis i les actuacions que s'han de dur a terme queden també definides: els problemes de SM i per consum de substàncies lleus, tant en població adulta com en l'infanto-juvenil, han de ser atesos prioritàriament pels serveis d'APS amb col·laboració dels serveis de SMiA, mentre que els trastorns mentals i per consum de substàncies de caràcter greu s'han de derivar als serveis de SMiA.

S'introdueix el concepte d'Equip de Treball Integrat (ETI), format pels i per les professionals dels CAP i de SMiA que es desplacen a aquest centre per passar visita i per realitzar interconsultes. Aquest equip també s'interrelaciona amb altres serveis de la XAP per tal de coordinar els casos que ho necessitin. Hi haurà un referent de SM en cada EAP i un referent de l'APS a SMiA tant en adults com en infanto-juvenil.

S'estableixen tres formes organitzatives de coordinació entre els serveis de la XAP:

- Espai PIAC (espai per a la planificació i atenció compartida), de relació entre els i les professionals d'APS i de SMiA, que es vertebrarà a través de formes virtuals o presencials per a l'anàlisi de la demanda, la gestió conjunta del cas, la realització de plans d'intervenció individualitzats i compartits (PIIC) i l'assessorament bidireccional. Es recomana la presència setmanal de professionals de SM en els CAP per fer visites programades, així com l'existència d'un o una referent d'addiccions per comunicar-se amb l'EAP.
- El grup motor, format per tres representants de l'EAP, tres representants de SM d'adults i un o una referent de cada servei de la XAP. El grup motor treballa de forma conjunta i coordinada amb l'objectiu de vetllar perquè la comunicació i els fluxos entre els diferents serveis funcionin de forma eficient.
- Un òrgan mixt, format pels responsables de la XAP, dels EAP i dels altres serveis, així com per un o una representant clínic d'AP i un o una de SMiA membres del grup motor. Aquest òrgan té funcions clíniques i directives.

En els annexos del document es recullen:

- Activitats preventives en l'àmbit del consum d'alcohol i altres substàncies.
- Recomanacions específiques per a la detecció precoç dels problemes de SM amb més prevalença a la població infantil (0-14 anys)- Recomanacions específiques per a la detecció precoç dels trastorns mentals amb més prevalença a l'edat adulta (≥ 15 anys).
- Recomanacions específiques per a l'atenció dels problemes de SM en funció de la seva tipologia i complexitat.
- Funcions del grup motor.

En l'apartat de facilitadors del PASMIA s'inclouen: l'autonomia de gestió, la formació, les tecnologies de la informació i la comunicació, els espais i recursos assistencials, la recerca i la innovació, i l'avaluació.



4. ANÀLISI I VALORACIÓ DEL PASMiA

L'ENAPISC va aparèixer en un moment de profunda crisi de l'APS, fruit de les retallades pressupostàries dels anys 2011-2014 en el sistema sanitari, i de les successives transformacions (prèvies a les retallades, però agreujades per aquestes) que van anar relegant les funcions de l'APS i reforçant l'atenció per part d'altres especialitats o dels hospitals. La greu descapitalització i la pèrdua de professionals i de prestigi no van millorar quan el pressupost sanitari va iniciar la seva recuperació a partir de l'any 2015. Tampoc els nous programes, com el de prevenció i atenció a la cronicitat, van suposar un reconeixement de les tasques de l'APS ni li van atorgar un paper clau en el que representa una part important de l'activitat del sistema sanitari.

Els nous enfocaments de l'APS que fa l'ENAPISC (el desenvolupament de l'atenció comunitària i les XAP com a estructura organitzativa bàsica) no donen resposta als requeriments per aconseguir que esdevingui l'eix vertebrador del sistema públic de salut, objectiu de l'estratègia. Per avançar en aquest sentit caldria abordar les causes de l'actual deteriorament de l'APS i del fet que no pugui desenvolupar totes les seves competències i potencialitats. En primer lloc, el finançament insuficient amb totes les seves conseqüències, com el dèficit i la sobrecàrrega de professionals, i en segon lloc, el rol de l'APS en relació a l'atenció especialitzada de segon nivell. Aquestes són qüestions que l'ENAPISC no planteja més que de manera superficial i no hi aporta solucions.

En el PASMiA hi trobem a faltar una reflexió sobre l'actual abordatge sanitari de la salut i de la SM en particular. En efecte, no s'incorporen les evidències disponibles sobre l'excessiva medicalització, el sobre-diagnòstic i el sobre-tractament ni la conseqüent iatrogènia que generen. Els enfocaments crítics que s'estan fent des del camp de la psiquiatria, la psicologia i l'APS haurien de ser recollits d'alguna manera en els plans estratègics del Departament de Salut.

4.1. Marc conceptual de l'anàlisi

Tot i compartir molts dels plantejaments del PASMIA, la nostra reflexió crítica se centra en aquells elements en els qual tenim una visió conceptual diferent o en aquells que ens susciten dubtes respecte la seva adequació o eficàcia. Partim de quatre premisses:

- Un model conceptual d'APS que ha estat ben desenvolupat i que ofereix beneficis contrastats en la salut de les poblacions, en l'equitat del sistema i en la reducció de costos. Aquest model considera característiques definitòries de l'APS: l'accessibilitat, el caràcter longitudinal de l'atenció, la perspectiva de globalitat en l'abordatge dels problemes de salut i la capacitat de coordinació del conjunt de serveis i actuacions que reben les persones en tots els àmbits i nivells del sistema sanitari.
- La comprensió de la salut -i la malaltia- com el resultat d'un conjunt de factors que impliquen les esferes biològica, social i psicològica de les persones. Les tres esferes estan interrelacionades i són indistingibles, tant quan analitzem les causes de malaltia i del patiment, com quan aquest es manifesta en forma de símptomes. L'atenció al malestar emocional ha de recollir aquesta conjunció de factors per oferir un abordatge de la globalitat de la persona i incorporar la importància dels determinants socials, així com els eixos de desigualtats en la salut.
- La perspectiva dimensional de la salut i el trastorn mental, enfront de la perspectiva categorial. La frontera entre salut i trastorn mental no es pot establir d'una manera clara, tothom pot tenir símptomes d'alguna malaltia i presentar al llarg de la vida algun tipus de patiment mental. A l'APS la classificació diagnòstica i categorial és poc útil i ens enfrontem al repte de trobar formes properes, humanes i no patologitzadores d'acompanyar i alleugerir el patiment emocional i psicològic de les persones que demanen ajuda en les nostres consultes.
- Els i les professionals són el principal instrument terapèutic en l'entorn de l'APS i la SM. Actuen a través del vincle amb la persona atesa

i la transferència generada, que esdevenen elements clau per operar canvis i millores en la salut o el benestar. Diríem que no comptem tant amb malalties com amb persones que no es troben bé, de vegades degut a malalties. Atès que la salut és una construcció social i subjectiva, les accions d'acollir, comprendre, acompanyar o tenir cura requereixen un component humà i també subjectiu que tan sols els professionals poden proporcionar quan se centren en l'individu únic i estableixen la relació de persona a persona.

4.2. La transformació del model d'APS. L'equip de treball integrat

El nou model focalitza l'actuació assistencial en l'ETI, que assumirà els problemes de forma conjunta i interactuarà amb la resta de serveis de la XAP.

L'ús del terme «integrat» (atenció integral, treball integrat, serveis integrats...) es repeteix tant en l'ENAPISC com en el PASMIA i sembla que respon a la intenció de reduir la variabilitat en els processos assistencials i de millorar la coordinació dels diferents serveis. Però integrar vol dir que diverses parts formen un tot, i aquí apareixen unes primeres preguntes:

- Poden formar un tot dos equips (APS i SM) que tenen visions diferents, que atenen poblacions diferents o utilitzen instruments terapèutics diferents?
- No s'estan negant, de fet, les especificitats de la manera de treballar de l'APS i de SM i els rols de cadascuna?
- No s'estan diluint les competències i capacitats dels professionals de l'APS?

L'ús de les paraules no és innocu, les paraules conformen la construcció de la realitat i els esquemes mentals que ens fem d'aquesta. En

aquest sentit, seria més adequat parlar de cooperació entre els equips, en comptes d'integració. El concepte cooperació reconeix els diferents rols i diferencia els camps de treball de cada actor, el de l'APS i el de l'especialitzada en SM. En canvi, la integració dels serveis de SM i els d'addiccions sí que és coherent amb les seves funcions, ho considerem altament positiu i és una decisió que s'havia d'haver pres fa anys.

Què aporta l'ETI? El PASMIA manté l'actual diferenciació entre professionals de l'APS (metges i metgesses de família, professionals d'infermeria, professionals del treball social i professionals administratius) i de SMIA (psiquiatres, psicòlegs i psicòlogues, professionals d'infermeria, professionals del treball social i professionals administratius) i els situa en equips diferenciats. No hi ha, per tant, una incorporació de psicòlegs i psicòlogues com a membres dels EAP tal com suggerien algunes declaracions de responsables del Departament de Salut i com alguns professionals esperaven.

Per altra banda, s'avança en la definició de les àrees d'actuació de cada equip i les formes de coordinació entre ells. Els i les professionals de SM es desplaçaran un cop a la setmana a l'àrea bàsica de salut per fer visites programades, anàlisi de la demanda, gestió conjunta de casos, o plans d'intervenció. Aquestes activitats ja són dutes a terme dins de l'actual PSP, del qual no s'ofereix cap avaluació més enllà del grau d'implementació. La relació entre els equips assistencials d'APS i de SM, tant en el programa de suport com en els equips integrats, se situaria, en general, dins del model teòric d'assistència cooperativa. Però ja hem vist com a la pràctica, en alguns llocs, el programa de suport ha esdevingut un model de substitució.

La xarxa d'atenció primària de salut (XAP). Tampoc els models organitzatius no són neutres. Ben al contrari, sempre tenen un impacte en el funcionament del sistema i en els processos assistencials i poden contenir canvis conceptuals no explicitats. Així, quan l'ENAPISC introdueix les XAP com a estructura bàsica de l'APS, el que està fent és desplaçar els EAP d'aquest rol i transferir competències del que hauria de ser el nucli central del sistema a un conglomerat de serveis en el

qual tenen la mateixa consideració els EAP que els serveis de suport o d'atenció per problemes de salut focals.

Tot i afirmar que l'APS ha de ser l'eix del sistema li detreu aquesta funció quan atorga a l'ETI les funcions d'interrelació amb la resta de serveis de la XAP. Vol dir això que des del PADES o l'ASSIR es podrà fer una derivació a SM sense passar pel metge o infermera d'APS? Com queda la centralitat de l'APS? Són aspectes que haurien de quedar clars i no hi queden. Per això, amb el «nou model» que s'impulsa d'ETI queden difuminades, de fet, les competències de l'APS i el rol dels seus i les seves professionals.

Els espais de coordinació. L'espai PIAC és l'equivalent a les actuals consultories del PSP, amb la diferència que incorpora professionals d'addicions.

Tal com estan descrites les altres estructures de coordinació (grup motor i òrgan mixt), comportaran un excés de reunions i de burocràcia, que d'entrada sembla poc eficient. Som més partidaris del que es diu en algun moment que cada professional utilitzi la via de comunicació que cregui millor per conversar amb altres, per exemple, per telèfon o per correu electrònic. Cal comptar amb què no tothom ho farà, però pot ser millor assumir aquest fet que no incrementar els costos de majors indicacions i controls, que tampoc assegurin l'èxit.

Si bé és cert que la coordinació mai no és perfecta i que de vegades es perden pacients entre derivacions, també és cert que més que afegir nous i noves professionals i noves estructures, potser seria millor revisar per què ha fallat cada vegada i veure quan es pot corregir i quan no. Una mala derivació a SM, per exemple, pot implicar que el o la pacient no hi vagi perquè li sembli que el metge o la metgessa se'l vol treure de sobre o que l'està tractant com a boig³⁸. O de vegades, simplement, la derivació no era indicada o no era el moment de fer-la.

Catalunya compta amb molts i diversos proveïdors de serveis de SM, més de 60, la majoria de caràcter privat. La seva naturalesa jurídica per-

met una gestió opaca i el sistema de concertació amb el que es regeixen ocasiona un finançament per habitant molt desigual. Per exemple, a Barcelona, l'any 2014, els districtes de renda alta tenien 332 € de contracte per pacient atès, un 42% més que els de renda baixa (234 €)³⁹.

La diversitat de proveïdors i de concerts suposa un entrebanc per a la coordinació amb els EAP. En tenim un exemple en el PSP que ha tingut una implantació parcial en tot el territori. Aquest és un problema real de manca de planificació i distribució equitativa de recursos que hauria de ser resolt des dels organismes rectors centrals. Els òrgans de coordinació ideats dins la XAP no podran resoldre les deficiències de planificació i gestió dels recursos assistencials, tal com s'intueix que es planteja.

4.3. El model de salut mental. Quina filosofia hi ha en la base del PASMIA?

El document respon de manera que qualsevol problema ha de ser suprimit. Considerem que es fonamenta en una **filosofia de supressió de la pèrdua**.

Per això, hi ha un intent perquè no es perdi cap informació susceptible de ser recollida i que, per a cada nou problema, s'afegeix un nou programa, un nou o nova professional, un nou equip o una nova reunió. Per això, es planifiquen cribratges i exploracions exhaustives que treuen temps als i les professionals i resten importància a les comunicacions espontànies del o la pacient.

Convindria, més aviat, formar en l'escolta de les narratives i l'exploració de les mateixes amb l'entrevista clínica per definir millor la demanda de les persones que atenem i, només quan sigui el cas i quan sigui el moment, poder comunicar a aquestes els problemes detectats i que, sovint, no han tingut en compte.

Per exemple, una persona consulta per una tos que al metge o a la metgessa no li sembla important, però a més es detecta que té una diabe-

tis. Si es minimitza el valor de la tos i se centra la visita en el problema “més important” (segons les dades objectives) potser no s’aconseguirà la participació de la persona en el tractament perquè dona més importància a la tos. Cal respondre d’alguna manera a la preocupació expressada: “*per què li sembla important la tos?*”

Una bona escolta permet esbrinar problemes com la presència de deliris o al·lucinacions, ideació auto-lítica, depressió i qualsevol malestar que estigui en joc. També és cert que pot produir malentesos i que algunes informacions no seran incloses.

Comptar amb que alguna cosa es perd, alleuja molt la càrrega de professionals i pacients. Si es treballa amb rigor i si el vincle és de qualitat, allò perdut podrà ser recollit d’altres maneres.

Les intervencions del PASMIA **obvien la importància de la relació pacient-professional i entre professionals**. La capacitat d’escoltar, l’empatia, la voluntat d’acompanyar i l’establiment d’una relació de confiança són qualitats pròpies de l’APS i només es poden desenvolupar plenament en el marc d’una relació longitudinal i d’un acte assistencial sense presses, amb el temps necessari per poder connectar adequadament amb les necessitats i percepcions de la persona atesa. La longitudinalitat no només és imprescindible per poder establir confiança i vincle, sinó que s’associa amb menors taxes de mortalitat en molts tipus de serveis, inclosos els psiquiàtrics⁴⁰. Fer de l’APS l’eix del sistema, tal com s’afirma que es persegueix, comportaria millores substancials en aquests elements (longitudinalitat i temps), cosa que no contempla el PASMIA.

Les diferents modalitats d’intervenció es presenten com a **unívocament bones**, quan sabem que comporten, com totes les intervencions sanitàries, efectes iatrogènics que esdevenen inacceptables quan són resultat d’accions innecessàries o excessives. El camp de la SM no s’escapa d’aquesta realitat i s’han descrit efectes perjudicials tant com a conseqüència de tractaments farmacològics i psicològics, com de programes preventius o de diagnòstic precoç. Per exemple, una

metanàlisi que comparava els resultats en un grup sotmès a teràpia en dol no patològic amb un altre grup que no va rebre tractament va mostrar millor evolució en les persones d'aquest últim grup. Tampoc no s'ha demostrat benefici en les intervencions de prevenció del trastorn d'estrès posttraumàtic, fins i tot s'ha trobat una major incidència en les persones que havien participat en grups d'intervenció després d'un esdeveniment traumàtic⁴¹.

Trobem a faltar, doncs, la consideració dels possibles efectes adversos de les diferents intervencions que es proposen, que haurien d'apostar per la protecció de les persones amb algun tipus de patiment o trastorn mental, que sovint tenen una major fragilitat i vulnerabilitat.

4.4. La cartera de serveis

La promoció i la prevenció. La promoció i la prevenció – desitjables de manera genèrica – s'orienten a col·lectius específics negant la variabilitat individual. Els programes poden suposar una profecia sobre l'individu en el que s'aplica (com Watzlawitz ja va assenyalar fa anys). Especialment quan es tracta de persones fràgils i, per tant, molt suggestionables. La promoció per programes pot allunyar de la realitat efectiva dels individus.

Sobre aquest punt, plana també l'ideal de la *salut mental positiva*. Hi ha persones per les quals és imprescindible viure en la tristesa, n'hi ha que han de consumir algun tòxic per estabilitzar-se psíquicament. Aquestes persones difícilment poden encaixar en un programa de salut mental positiva. S'intenta acabar amb la tristesa o el consum a tota costa?^{42, 43}. Més que el concepte dicotòmic de la salut mental com un «element indispensable per al desenvolupament humà i social», la salut i la malaltia han de ser enteses com un *continuum*, on els límits entre allò que és normal i sa i allò que no ho és són porosos i depenen de múltiples factors socials, personals o fins i tot de les definicions que fa la comunitat científica.

La detecció precoç. Cal sempre detectar precoçment? És possible? És bo per a la persona? No és més efectiu una bona relació assistencial? De vegades no es detecten problemes a temps, perquè no es poden detectar, perquè encara no existeixen o perquè no s'està en condicions per enfrontar-los, per exemple. La mesura objectiva no necessàriament suposa la subjectivació del problema, la sola comunicació que existeix un problema – especialment en el camp de la SMiA – no suposa que la persona se'l faci seu i, al contrari, pot malmetre la relació amb el o la professional. Per altra banda, no es pot descuidar la iatrogènia que el treball psicològic no fonamentat en els interessos legítims del o de la pacient pot generar⁴¹.

Els programes de detecció precoç del trastorn mental greu i la intervenció en estats mentals d'alt risc per a la psicosi han estat qüestionats per la manca d'instruments per definir-los, pels falsos positius i per la baixa proporció que evolucionaran realment cap a una psicosi. També s'han descrit danys col·laterals del diagnòstic precoç com a conseqüència d'efectes secundaris del tractament, de l'estigma associat al diagnòstic o de la limitació de les expectatives vitals⁴⁴.

Considerem que caldria una major prudència a l'hora d'impulsar programes de diagnòstic precoç i que, en canvi, caldria orientar les intervencions cap a una prevenció primària que podria incloure programes socials de detecció i prevenció de traumes i abusos (sexuals, físics, racials) en la infància, així com la reducció de les desigualtats econòmiques i socials, que estan correlacionades amb els trastorns mentals de tot tipus, inclosos els més greus^{45, 46}.

Es parla de cribratge i homogeneïtzació, però no de demanda. És a dir, si la persona troba que consumeix massa, però el cribratge diu que no, se li dirà que no. O si la persona es manté en un consum elevat des de fa anys però du una vida normal i el cribratge diu que consumeix massa, haurà d'entrar en un programa?

La protocol·lització de la detecció precoç mitjançant el cribratge, recollida en els annexos 4 i 5, fa pensar que:

- Considera incapaços els i les professionals per detectar les dificultats de les persones. Aquest fet hauria d'alertar-nos seriosament. De ser cert, no serviria de res intentar reduir el seu efecte amb comprovacions estandarditzades enlloc de promoure la capacitació professional.
- Considera incapaços els i les pacients per exposar les seves dificultats als agents de salut. Considerem que no es tracta tant d'una incapacitat com de la dificultat de parlar d'alguns problemes quan encara no prenen una forma que es pugui adreçar a un interlocutor. Davant d'aquesta dificultat convé el màxim respecte. Avançar-se amb escales invalida el subjecte que té el problema. L'orientació podria ser cap al treball del vincle amb el o la professional⁴³.
- Hi ha un excés de classificació diagnòstica del patiment que s'expressa de maneres comuns en cada època i que actualment té el màxim exponent en el controvertit sistema DSM^{2,47}. Una millor orientació seria la d'acollir el patiment en la relació assistencial i en l'educativa⁴³.

Atenció a la patologia de baixa complexitat. Compartim la idea que els problemes de baixa complexitat, el consum lleu i el malestar emocional han de ser atesos a l'APS, però trobem a faltar la descripció de les eines pròpies i els recursos necessaris per dur-ho a terme.

A més de l'entrevista motivacional, l'APS disposa d'altres eines que s'usen habitualment com l'escolta empàtica, la contenció, l'entrevista clínica, la indicació de no tractament o la prescripció social. No podem obviar que el o la professional és el principal factor terapèutic que actua a través del vincle i basa el seu treball en la narració, més que en les escales i protocols, per arribar a la subjectivitat, fer aflorar el relat biogràfic i construir l'aliança terapèutica. No considerem que es pugui apoderar una persona –com es recomana– que ha estat avaluada amb escales abans que escoltada.

Atenció integrada i integral a la patologia crònica complexa. En la línia de preveure i planificar-ho tot, la cartera de serveis del PAS-MiA inclou l'atenció integrada i integral a la patologia crònica com-

plexa, convenientment etiquetada i estratificada com a PCC (pacient crònic complex), MACA (malaltia crònica avançada) i final de vida. Les situacions de cronicitat i malaltia avançada poden comportar patiment emocional, de la mateixa forma en què ho pot fer el diagnòstic d'una malaltia greu o invalidant, o altres estats de malaltia que tinguin un significat especial per a la persona. Però no per això es requereix sempre una actuació específica des del camp de la SM, i menys si no es formula una demanda per part de l'individu. L'enfocament holístic de l'APS, precisament, inclou l'atenció als aspectes emocionals, psicològics i espirituals de les persones en les diferents etapes de vida i malaltia. Incorporar com a grup diferenciatiu d'intervenció els PPC, MACA o en final de vida corre el risc de psicologitzar la malaltia crònica, el mal pronòstic, les males notícies i el procés de mort. Pot portar el i la professional d'APS a desentendre's del vessant mental i centrar-se en els problemes orgànics i, quan «no hi ha res a fer», a abandonar el malalt.

Quan se sol·licita la presència del psicòleg o de la psicòloga en aquests processos s'està negant la seva dimensió humana i el paper de professionals de l'APS que coneixen i atenen la persona i han establert un vincle amb ella. Si bé és cert que per la seva naturalesa la cronicitat i la mort imposen gran respecte i s'aconsella la delicadesa del maneig, la via del o de la psicòloga pot obturar la seva manifestació genuïna. Més que la intervenció directa des del camp de la psicologia, seria una millor aproximació mantenir espais en els quals el metge i la infermera puguin consultar si apareixen dificultats en el maneig.

4.5. Activitats i professionals involucrats

El document incideix de manera molt directiva sobre els models de les intervencions (psicoeducatives, motivacionals, de relaxació, de maneig de l'estrès i de contenció emocional) i la tipologia de trastorn en els quals s'han d'aplicar (malestar emocional, dol, trastorns adaptatius, somatomorfs, ansietat i depressió lleu o moderada) deixant poc marge a l'autonomia per decidir com abordar cada persona en concret. La manera de tractar els i les pacients omet el fet que poden tenir motius per

estar com estan. No sempre s'ha d'intervenir, en ocasions tan sols s'hi ha de ser. Cal contemplar l'adequació del «no fer»⁴⁸.

Protocol·lització i registres. El PASMIA orienta cap a la progressiva homogeneïtzació, tant de les categoritzacions diagnòstiques com dels processos assistencials. Considerem que aquest enfocament suposa no comprendre ni reconèixer la tasca que es realitza des de l'APS, i que també nega el valor de la proximitat quan precisament es tracta de recollir allò heterogeni respecte del comú. La sistematització de les intervencions i la homogeneïtzació dels registres suposen una negació sistemàtica de la individualitat de pacients i professionals. Amb tants registres i tot estandarditzat és fa difícil ser resolutiu com s'espera. Tota situació té el seu qüestionari i el seu protocol, de manera que aquests desplacen, de fet, la persona del centre de l'atenció.

El seguiment de guies i protocols pot reduir la variabilitat de la pràctica clínica, però també la pot limitar i empobrir. Condiciona el treball individual tant com l'enfocament assistencial perquè les guies estan elaborades des d'un determinat paradigma de comprensió de la salut i la malaltia que correspon al paradigma biologicista i mecanicista dominant en medicina. La idea de normalitat ens allunya de la comprensió de la complexitat de les persones i del mateix concepte de salut, i exclou altres concepcions més dimensionals que tinguin en compte les experiències vitals i els significats que des de la subjectivitat se'ls atorga. No es tracta d'aconseguir la «normalitat» definida amb criteris biomèdics, sinó d'acompanyar el patiment, tal vegada ser-ne testimoni i, com a conseqüència, alleugerir-lo.

L'increment de l'ús de registres de la història clínica informatitzada suposa un risc per a la bona relació clínica. Cada vegada hi ha més queixes que la metgessa o l'infermer no miren a la cara, miren més l'ordinador (que acaba estructurant la visita) i relega el paper de subjecte del i de la pacient, que veu com la seva narrativa, allò que el defineix, deixa de ser important⁴⁹.

El paper del psicòleg i de la psicòloga. Apreciem que s'incloguin diferents orientacions de les intervencions de professionals de la psico-

logia clínica, però aquest punt pot quedar contradit per les indicacions d'avaluació de resultats i d'escala de mesura, segons com s'apliquin.

Documentar el compromís d'un tractament psicoterapèutic amb un consentiment informat i el grau de satisfacció al final del tractament ens sembla una ingerència fora de lloc contrària a l'esperit del treball psicològic. Partim d'un model de psicologia en el qual la vinculació amb el o la professional hi té un paper fonamental, la confiança és imprescindible i l'individu atès no es presta com a objecte de tractament sinó que n'és subjecte actiu. La filosofia del consentiment informat neix del reconeixement de l'autonomia del subjecte i de l'abús mèdic en intervencions que deixen el i la pacient en les seves mans, corrent el perill de quedar reduït a ser un objecte de tractament. Però actualment ha esdevingut un mer tràmit administratiu pel qual el o la professional mèdic es desentén de la persona atesa⁵⁰. En el marc d'una relació clínica de confiança seria suficient un acord verbal de la persona que quedés anotat en la història clínica.

El PASMia estableix la intervenció de l'EAP i de l'equip de SM en les diferents activitats que proposa. Es fa difícil definir el punt en què ha d'entrar el treball del psicòleg o de la psicòloga, que depèn de factors relacionats amb els mateixos professionals (formació, motivació, temps..) i amb les persones ateses (complexitat, confiança amb el o la professional...). Així doncs, és important que s'atribueixi als i les professionals de capçalera l'atenció als processos més comuns i no greus. Seria discutible la intervenció dels i les professionals de la psicologia clínica en les «visites breus i estructurades per l'atenció dels trastorns mentals no greus i les addiccions no greus» que entrarien en les competències de l'APS i de manera excepcional serien objecte de la intervenció des de SM.

Trobem a faltar el paper de l'APS en els casos de trastorn mental greu, que si bé requereixen atenció especialitzada en SM, també necessiten acompanyament i seguiment pels referents de capçalera que són els qui garanteixen la continuïtat assistencial quan hi ha un rebuig o abandonament de la intervenció especialitzada.

Les intervencions grupals. El tractament en grup té les seves indicacions i les seves bondats, però la manera en què el document ho presenta ens fa pensar si no es tractarà d'atendre molts pacients a la vegada. Convindria especificar si hi ha una indicació d'inclusió en grup que no sigui estandarditzada sinó que pugui ser decidida per la persona responsable de l'atenció.

En l'apartat de l'assistència grupal es contemplen tres tipus d'intervencions: les psicoeducatives, les psicoterapèutiques i les intervencions grupals a la comunitat, liderades per infermeria d'APS i SM amb col·laboració de professionals del treball social, de la psicologia clínica i de la medicina. S'indica la intervenció grupal amb objectius de promoció de la salut (criança positiva, prevenció de l'estigma, hàbits saludables...), de tractament de trastorns mentals amb més prevalença (ansietat, depressió lleu/moderada, distímia, trastorns adaptatius...) i en intervencions comunitàries (tallers en el programa salut i escola, participació en activitats d'associacions...).

Com qualsevol tipus d'intervenció psicològica, les de caràcter grupal tenen les seves indicacions, limitacions i efectes adversos, motiu pel qual s'han de portar a la pràctica amb prudència i seguint les recomanacions que marca l'evidència. Una revisió sistemàtica sobre l'efectivitat de la psicoeducació per a la depressió remarca que les publicacions encara són limitades, però els articles seleccionats suggereixen que la psico-educació és efectiva en la millora del curs clínic, en l'adherència al tractament farmacològic i en la millora del funcionament social. Tanmateix, l'efectivitat és baixa en casos amb símptomes greus i és més alta en casos amb símptomes lleus i moderats, que presenten millora clínica a curt i llarg termini i una millor qualitat de vida⁵¹.

Les intervencions grupals tenen una bona tradició en el marc de l'APS i, de fet, són considerades dins de les activitats ordinàries de molts EAP, sovint liderades per infermeria. Comptem amb experiències de tractaments grupals en diversos CAP per a persones amb trastorns d'ansietat, que pretenen disminuir l'ús de psicofàrmacs i una reducció de símptomes¹⁸.

Considerem que, en general, els grups de caràcter psicoeducatiu i els grups comunitaris haurien de ser competència de l'APS i la participació dels psicòlegs i psicòlogues clínics caldria reservar-la per a tasques d'assessorament i suport. Aquest matís no queda clar quan es parla de «amb la col·laboració de psicòlegs clínics». La seva integració en aquest tipus de grup comporta un enfocament des de l'especificitat de la SM, que de manera implícita suposa una patologització de situacions i vivències que responen a les dificultats de la vida, no a una malaltia. Molt més pertinent és la seva participació en els grups psicoterapèutics.

4.6. Consideracions finals

En general, el document exposa un model de trastorn i malaltia mental amb el qual no estem d'acord. Suposa, en part, que pel fet de ser professionals sanitaris, sabem què és estar sa mentalment⁵² i ho podem ensenyar a qui pateix, que necessàriament està en un error^{41, 53}. L'escolta del patiment humà ens mostra que sovint les persones tenen raons per trobar-se malament i saben què podrien fer per resoldre-ho. Però no poden fer-ho o no se'n surten⁵⁴. Sovint és suficient amb escoltar, assentir o preguntar i citar un altre dia perquè se'n vagin sortint.

Per altra banda, els i les professionals han de seguir protocols i ser permanentment avaluats. Es fa difícil veure com podrien ser apoderats ni eix de cap sistema quan la desconfiança que demostra l'administració és constant. L'acompanyament del psicòleg i de la psicòloga en les consultes d'APS ha de contribuir a alleugerir la càrrega professional i aquest programa ho complica.

Ortiz i Ibáñez⁴¹ assenyalen que el model de SM varia segons les èpoques, el context i els i les professionals que tenen el poder i la representació social de la professió, indicant que no hi ha un model únic. Considerem que, atenant a aquesta variabilitat, convindria deixar oberta des de les instàncies governamentals la possibilitat de treballar amb diferents models.

El document nega la singularitat de pacients i professionals (universalitzar un problema singular no és acollir-lo, és negar la seva singulari-

tat), conduint a la necessitat d'augmentar els programes disponibles i la coordinació entre ells. Si es recollís l'especificitat de cada pacient, es potenciaré el valor del treball assistencial i es garantissin les condicions per fer-lo bé, no caldria incrementar tant els programes.

Quan cada nova dificultat es vol incloure en una categoria universal, ens veiem abocats a augmentar les categories i els programes per acollir-les. Quan en realitat, sovint es tracta de casos aïllats que només mereixen la consideració d'un o d'una professional: aquell o aquella a qui s'han adreçat. Això implica tenir professionals ben formats que puguin compartir les dificultats amb altres especialistes. És dur atendre el patiment perquè suposa acollir molts impossibles. En aquest punt sí que es pot considerar convenient que intervinguin professionals de SM. La supervisió psicoanalítica o els grups Balint, per exemple, acompanyen a qui es confronta als impossibles de les persones que atén.

En la mesura que nega la singularitat del i la professional, també en limita la seva autonomia, no es reconeixen com a principals agents terapèutics i es releguen a un mer compliment de protocols i registres. Aquest fet pot tenir unes conseqüències que, enlloc d'alleugerir la sobrecàrrega emocional, ocasionin sentiments de despersonalització i de desprofessionalització. Quan apareixen aquests sentiments és fàcil abandonar la responsabilitat i traspasar-la a altres dispositius. Probablement, aquest fenomen és una de les causes de la pèrdua d'identitat de l'APS i de l'alt grau de *burnout* existent.

No és suficient amb una declaració d'intencions per validar un programa. El document del PASMIA conté poques referències bibliogràfiques que donin suport a les diferents propostes que fa, i pateix d'una certa endogàmia documental (sis de les onze cites són documents del propi Departament de Salut). Denotem l'absència de revisions de la bibliografia i de les evidències en millora de resultats. Un altre element que hi trobem a faltar és que es recullin efectivament les diferents orientacions dins de la psicologia. Identificar psicologia i ciència fa un mal sevei als i les professionals en un terreny en què dominen la incertesa, la imprecisió i les decisions personals⁵⁵.



5. ALTRES EXPERIÈNCIES DE COORDINACIÓ I COL·LABORACIÓ ENTRE APS I SM A L'ESTAT ESPANYOL

Les experiències en la introducció de psicòlegs i psicòlogues en APS en el nostre país són escasses i la bibliografia existent sobre el tema és pobre. Els pocs estudis trobats es basen generalment en descriure la coordinació entre les diferents xarxes de SM i els EAP. Encara escassegen més els estudis avaluatius, i els que hi ha són de poca qualitat i es fixen solament en el procés. Només hem trobat un estudi que, en avaluar l'experiència de Madrid, ho fa amb resultats en salut. Cal recalcar no obstant les limitacions que aquest estudi presenta, donat que els resultats són valorats en un període de temps que considerem curt (12 mesos).

Girona

El PSP de la província de Girona neix a l'octubre de 2006 a la Comarca del Baix Empordà amb la figura del professional de psicologia, definint de forma conjunta, amb els EAP, la cartera de serveis. El programa s'amplia durant els següents anys a d'altres comarques, creixent progressivament fins la seva última forta ampliació a finals de 2017, en què el programa passa de 8 psicòlogues a 18, apareixent el rol de psiquiatra en una de les comarques.

Des del principi el programa es desenvolupa amb la clara intenció d'implementar un model col·laboratiu entre els CSMA i els CAP, i aquest es va desplegant per tota la província amb la flexibilitat suficient per adaptar-se als diferents contextos assistencials i comunitaris.

Els objectius principals que es plantegen des del principi són:

- Detectar i atendre de forma no medicalitzada els trastorns adaptatius.
- Desplegar intervencions preventives en salut mental.
- Detectar, orientar i tractar els trastorns mentals de més baixa complexitat.
- Detecció precoç i facilitació de la vinculació als serveis especialitzats dels trastorns mentals greus.
- Millorar la formació dels professionals d'AP en temes de salut mental i habilitats psicoterapèutiques bàsiques.
- Optimitzar la coordinació dels equips de SM amb els EAP.

Aquests objectius s'estructuren en diferents activitats assistencials, que es despleguen de diferents formes segons les peculiaritats de cada territori. De forma genèrica es duen a terme les següents:

- *Consultes psicològiques individuals*: En format breu, amb la intenció de no fer més de tres consultes, intentant fer intervencions úniques i indicacions de no-tractament⁵⁶.
- *Consultes compartides*: Hi està present el o la pacient-família, i professionals de SM i APS. Tot i ser el centre del programa en quant a filosofia, també és el punt més complex de dur a terme i de sostenir, per diversos motius estructurals, de dinàmiques assistencials i d'organització de l'atenció a la demanda.
- *Espais d'interconsulta*: Segons territori, s'estructuren espais on, de forma individual i/o grupal, es pot compartir sobre la demanda generada a l'APS en relació a problemàtiques de SM, per poder gestionar-la de forma conjunta i donar una visió i resposta integrades.
- *Espais de formació*: Espais variables segons territori per poder tractar temes específics de SM amb els EAP.

– *Psicoteràpies de grup*: Diferents tipus de grups (oberts, tancats, per edat, per diagnòstic) amb diverses temàtiques (processos adaptatius, fibromiàlgia, adolescència, ansietat...).

Com a tret diferencial, cal destacar l'existència de dos tipus d'espais grupals:

1. Espais oberts:

Amb l'objectiu de generar un canvi en la dinàmica de la demanda, s'han obert (al llarg dels últims anys i en algunes de les comarques) espais d'acollida i acompanyament setmanal per a persones que es troben en situació de patiment emocional. En aquests grups el males-tar emocional que arriba en forma de símptomes es transforma en ferides biogràfiques que es comparteixen amb altres persones, en un context social comú (desigualtats, alts nivells de soledat, masclisme, estructura socio-laboral injusta i generadora de patiment, impotència institucional...).

Aquestes dinàmiques grupals des-psicologitzen les persones per em-pènyer-les a fer alguna cosa amb la seva situació, encara que sigui no-més per no quedar-se soles i aïllades. Al cap i a la fi, no són tan sols les coses que passen les que fan patir, sinó sobretot la soledat amb què es viuen. L'atenció grupal genera un canvi en la percepció dels i les professionals dels EAP. Trencava amb estructures narratives medicalitzadores i retorna el centre a les persones, les seves vides, les seves emocions i els seus contextos socials. Això genera en els participants un sentiment de pertinença que estimula respostes col·lectives, com ara la creació de grups fora del propi grup, produint canvis salutogènics en la comunitat.

2. Grups de deprescripció de psicofàrmacs:

En una de les comarques (Pla de l'Estany) s'ha creat un grup tancat i multi-professional (d'APS i de SM) de deprescripció de benzodiazepines, que està previst que tingui continuïtat. En una altra de les

comarques (La Selva Interior), on s'introdueix el rol de psiquiatra a temps complet, s'han engegat, en els darrers dos anys, la creació d'espais d'acompanyament als processos de desmedicalització per a la població general i un treball amb els equips d'APS al voltant de dinàmiques de prescripció prudent.

És interessant assenyalar un fet central dels programes de col·laboració entre les xarxes de SM i APS: les dinàmiques entre els equips són més fàcils (i per tant, més operatives i eficients) com més temps s'ha compartit plegats i plegades, tant en relació a les tasques assistencials com als esdeveniments més personals, dins i fora de l'àmbit laboral. Podríem dir que el contacte i la presència generen dinàmiques més fluïdes i faciliten la creació de noves formes d'atendre la demanda.

Cal destacar que, des del 2012, es fan memòries anuals del programa, amb dades que proveeix el CatSalut, una per cada equip de comarca. Des del 2018, s'envien les memòries sense dades a la coordinació dels programes i es genera una memòria integrada pel CatSalut. Durant tots aquests anys només s'han obtingut indicadors de procés però mai de resultats. A data d'avui encara no s'ha realitzat cap investigació ni anàlisi de dades que avalui les diferències territorials ni els resultats de cap d'aquestes intervencions.

Elx (Comunitat Valenciana)

A Elx trobem una experiència en sis centres de salut en la qual es va posar en funcionament un dispositiu de Psicologia Clínica dins l'APS en un marc de col·laboració amb SM. L'experiència consistia en una consulta de psicologia clínica, situada al CAP, a temps complet, quatre dies a la setmana. S'hi van atendre una mitjana de quatre primeres visites setmanals. La derivació a aquest dispositiu es va formular segons l'alteració lleu que mostrés el o la pacient en l'escala d'activitat global. Els resultats avaluats a l'any d'assistència van mostrar una reducció en la prescripció de fàrmacs i una reducció en les derivacions a SM⁵⁷.

Astúries

A través d'un programa pilot s'han inclòs dos psicòlegs clínics a les àrees sanitàries d'Oviedo i Gijón per millorar l'accessibilitat als tractaments psicològics de les persones amb quadres d'ansietat i depressió clínicament significatius. Ofereixen intervencions breus, focalitzades en el problema, tant en format individual com grupal i familiar, amb l'objectiu de resoldre els problemes vitals, sense fer d'aquests una patologia.

El servei s'ubica físicament dins d'un centre de salut, amb agenda pròpia, en la qual els facultatius i les facultatives citen directament els i les pacients. Els criteris de derivació són els següents: presència de símptomes d'ansietat o depressió reactius a situacions d'estrès actuals, a pèrdues personals, estrès laboral o a malalties somàtiques, que provoquin una pèrdua funcional per la persona, i que no estiguin rebent atenció especialitzada pel mateix motiu. Hi ha un treball conjunt amb els professionals d'APS dels centres, compartint casos clínics, i participant en les sessions clíniques i en les reunions d'equip.

Hi ha publicada una memòria descriptiva de l'any 2017⁵⁸ que mostra els resultats del programa que va durar nou mesos. Destaquen que en una mitjana de 3-4 consultes individuals, les persones ateses són donades d'alta, un 20% d'aquestes en una sola consulta. El 80% milloren després de la visita, un 24% deixen de consumir psicofàrmacs després de la intervenció i més de la meitat redueixen la dosi. Existeix una millora en la qualitat de vida, amb una percepció de la intervenció bastant o molt útil i un alt grau de satisfacció. Els professionals d'APS valoren positivament la inclusió d'aquesta figura.

Madrid

Al llarg de l'any 2018 la Comunitat de Madrid va introduir 21 psicòlegs i psicòlogues en diferents centres d'AP com a resposta a l'augment progressiu de les consultes per ansietat, depressió i malestar lleu i moderat, i per les conseqüents derivacions a SM. Es van basar en el model

presentat per l'estudi PsicAP. Seguint aquest model, el metge i la metgessa d'APS deriva en funció del resultat de diverses escales psicomètriques (Patient Health Questionnaire (PHQ)) i els diferents mòduls d'ansietat (GAD-7), depressió (PHQ-9) i pànic (PHQ-PD), així com el PHQ reduït (PHQ-4) per ansietat i depressió), i el professional de la psicologia decideix si és un candidat per teràpia grupal o es deriva a psiquiatria, fent així també de filtre per a les derivacions a SM⁵⁹.

L'estudi PsicAP va servir per crear un protocol de tractament per a aquests trastorns i va definir quins serien els criteris de derivació a psicologia d'APS. En aquest estudi, patrocinat pel Colegio Oficial de la Psicología (COP) de Madrid i coordinat per la Psicofundación (*Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología*), hi van participar 1.176 persones⁶⁰. Caldria mencionar que l'estudi PsicAP no està publicat i que, per tant, les referències són d'altres estudis que analitzen la seva metodologia, tractaments psicològics i models de diagnòstic i de derivació.

Es va fer un seguiment de les persones participants en l'estudi als 3, 6 i 12 mesos i els resultats preliminars, presentats el 2018, posaven de manifest l'eficàcia en la reducció de símptomes en el grup d'intervenció (fins a tres vegades en ansietat i quatre vegades en depressió). El 70% dels i les pacients es van recuperar completament del trastorn emocional i el consum de psicofàrmacs i la hiperfreqüentació van disminuir. També es va valorar el cost-efectivitat de les sessions grupals i els bons resultats en relació a la satisfacció de la ciutadania.

Es troben a faltar, no obstant, resultats sobre l'impacte de la implantació dels professionals de la psicologia en els centres de salut. De moment no hi ha resultats, però sí que han sortit algunes veus crítiques al respecte, com la de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC)⁶¹, que ho valoren com un model basat en el símptoma i que deixa de banda les causes principals del malestar, en la immensa majoria de casos provocat per motius socials. La SoMaMFyC remarca també que utilitzar escales psicomètriques per determinar la derivació té com a conseqüència més etiquetes diagnòs-

tiques, sobre-tractament i una possible iatrogènia, perdent les narratives i la visió holística com a fet característic de l'APS. I no tan sols això, sinó que deixant "allò" psicològic per al psicòleg i la psicòloga es contribueix a la fragmentació de l'atenció. Donar més valor al resultats psicomètrics que a l'opinió professional torna a ser una mostra més d'aquesta manca de comprensió de la tasca dels professionals d'APS. Es tracta d'un model de substitució, es deriva tot allò que sigui "psicològic", sense millorar la coordinació entre professionals, fraccionant l'atenció i corrent el risc de patologitzar el malestar emocional i de provocar iatrogènia.



6. REVISIÓ DE LA LITERATURA SOBRE ELS MODELS ORGANITZATIUS I DE RELACIÓ D'APS AMB SM

A la bibliografia consultada es destaquen tres limitacions⁶² per poder arribar a conclusions definitives:

- La dificultat per comparar contextos culturals, poblacionals i sanitaris diferents
- Que les intervencions efectuades no estan prou especificades ni descrites
- Que es basen en l'atenció a pacients etiquetats de depressió, sense tenir en compte altres diagnòstics vinculats al patiment emocional. A més, els diferents estudis no parteixen d'una mateixa definició del que seria una depressió ni dels mateixos instruments diagnòstics per definir-la.

La literatura⁶³ parteix de la necessitat de plantejar una «assistència equilibrada», en la qual la primera línia d'atenció estigui fonamentada en el context comunitari i la resta de dispositius desenvolupin funcions de serveis especialitzats.

Existeix evidència científica que demostra que el grau d'orientació cap a l'APS és un element clau en la rendibilitat econòmica i en l'eficiència. De fet hi ha acord que la major part dels “trastorns psiquiàtrics comuns” poden abordar-se de manera efectiva a l'APS per part dels i les professionals que en formen part, amb la col·laboració d'especialistes quan sigui necessari. Aquest fet permetria que els recursos especialitzats en SM es dediquin als trastorns greus i complexos.

Es proposen quatre models diferents d'organització per integrar a l'APS l'assistència al patiment emocional:

1. Model formatiu, en el qual es forma als i les professionals de l'APS en coneixements i habilitats per prevenir, identificar i tractar els trastorns mentals. D'aquesta manera s'espera que només es derivarà a SM una part petita de pacients.

2. Model de consultes d'enllaç. Constitueix una variant del model formatiu. Els i les especialistes en SM tenen una relació educativa continuada i actuen de consultors de l'APS en l'abordatge de pacients amb patiment emocional. Només es derivarien a SM una proporció petita de casos, aquells que així es consideri, després de discutir-los amb els i les professionals implicades.

3. Model d'assistència cooperativa (dit també model col·laboratiu), que inclou elements dels dos models anteriors però implica la realització de canvis en l'organització del sistema assistencial. Aquest complex model inclou: la formació dels i les especialistes d'APS, oferir directrius per a l'abordatge de patologies, activitats d'avaluació, educació de pacients, gestió de casos i realització de consultes dels professionals d'SM en el nivell primari. Aquests canvis suposarien també modificació en el rols professionals d'APS i SM i la introducció de noves funcions professionals com la "gestió de casos".

4. Model de substitució, en què, malgrat tenir els i les professionals d'APS la responsabilitat clínica integral sobre els seus i les seves pacients, el patiment emocional és derivat a professionals de SM durant el període de temps del tractament. Amb freqüència en aquest model s'ofereixen en el nivell primari psicoteràpies reglades com la cognitiva-conductual, la de resolució de problemes, la interpersonal i d'altres.

Els estudis que analitzen aquests quatre models des del punt de vista de l'accés, l'equitat, l'efectivitat i l'eficiència destaquen el següent:

– Tots els models que es basen en l'APS tenen major **accés i equitat** en l'atenció.

- Pel que fa a **l'efectivitat**, els models formatius i d'enllaç són poc efectius. La hipòtesi d'aquest resultat és que incideixen només en els i les clíniques d'APS que estaven prèviament interessades en abordar el patiment emocional, i a més, el model d'enllaç és insuficient per canviar conductes poc afavoridores d'un abordatge integral del patiment emocional. En general des de la literatura científica es dona suport al model col·laboratiu, i li asseguren evidència en l'efectivitat i els resultats en salut. Es comenta que aquesta efectivitat pot derivar del gran nombre de components que inclouen les intervencions (educació de pacients, formació i recolzament a professionals de primària, compliment de directrius, seguiment estructurat de pacients, auditories i retroalimentació). En el model de substitució hi ha poca evidència que recolzi que l'existència de psicoteràpia en el nivell primari millori els diagnòstics i els resultats. No obstant, un dels seus principals inconvenients i riscos és que els i les professionals d'APS deixin d'implicar-se en l'abordatge del patiment emocional i perdin les capacitats que tenen per atendre'l.
- Respecte de **l'eficiència i rendibilitat econòmica**, sembla que els models de cooperació i de substitució són els menys eficients, ja que l'especialista en SM ha de dedicar un temps significatiu a totes les persones amb patiment emocional, ja sigui gestionant casos o bé aplicant tractaments.

Model d'assistència cooperativa

Tot i que la literatura avala aquest model, l'evidència sobre la seva efectivitat és actualment feble donada l'heterogeneïtat dels estudis i la dificultat per comparar models anomenats cooperatius que inclouen components molt diferents sota el mateix epígraf. Potser, amb el nivell d'evidència actual, únicament podem afirmar que alguns dels components que integren el model sí que són efectius (taula 2).

El grup Cochrane Effective Practice and Organization of Care⁶⁴ va trobar, en una síntesi narrativa, bons resultats en l'evolució dels paci-

ents amb depressió mitjançant intervencions complexes que suposen mesures formatives per a professionals d'APS i la potenciació d'infermeria amb la creació de la figura gestora de casos. Implicaria també un major grau d'integració entre l'APS i l'atenció especialitzada, mitjançant consultes d'enllaç, i destaquen l'eficàcia de les orientacions telefòniques. Així mateix, afirmen que la implementació només de directrius o estratègies educatives no és eficaç.

El grup d'investigació de Franx i col·laboradors⁶⁵ va realitzar una revisió en l'àmbit nord-americà i conclou que les estratègies més beneficioses compleixen quatre característiques: a) tenen moltes facetes i es defineixen de manera local, b) impliquen un compromís de les parts interessades, c) combinen diferents estratègies d'implementació en funció del nivell de prestació de serveis, adaptant-se a entorns i grups específics i d) suposa la participació dels interessats.

Calderón y col·laboradors⁶² parlen de dos tipus de models:

- Els denominats *Quality Improvement Collaboratives* (QIC), que actuen simultàniament sobre diferents dimensions i agents en l'organització de l'assistència i en els quals les millores són atribuïbles a combinar activitats de formació a professionals i pacients, amb la gestió de casos per infermeria i la monitorització de la medicació.
- El model d'atenció crònica (*Chronic care model*, CCM) que inclou la gestió de casos, atenció esglaonada en funció de la gravetat, guies de pràctica clínica, inclusió de tecnologia de la informació, suport i educació de pacients, i la creació clau de la figura professional del o de la gestora de cures (*care manager*) atribuïda a infermeria. Amb aquest model millora l'adherència al tractament, l'evolució dels símptomes i la satisfacció tant d'usuaris i usuàries com de professionals. Aquests efectes beneficiosos són importants en la depressió major i s'atribueixen a la major adherència al tractament farmacològic. Per contra, no es troben efectes positius si la persona té depressió menor. Els beneficis d'aquest model es relacionen amb l'experiència professional en SM del o de la gestora de casos i la supervisió que pugui fer a les persones ate-

ses. Destaquen la importància de les relacions clíniques prèvies entre l'APS i la SM, compartir unes mateixes guies de pràctica clínica, que els canvis organitzatius potenciïn la infermeria, i incorporar equips multidisciplinaris per poder fer intervencions psicosocials.

Una altra gran revisió sistemàtica de diferents models cooperatius⁶⁶ conclou que existeix ja un cos d'evidència experimental de l'impacte d'aquests en la millora de pacients amb trastorns depressius. Defineix el model cooperatiu com aquell que implica a proveïdors de diferents especialitats, disciplines o sectors diversos que treballen junts per oferir serveis complementaris i suport mutu per tal de garantir que les persones rebin el servei més apropiat, en el context més idoni, amb la màxima rapidesa possible i amb el mínim d'obstacles. La col·laboració suposa millors comunicacions, contacte personal més proper, compartir l'atenció clínica, i elaborar conjuntament programes educacionals i planificació de serveis.

Aquests autors troben que les característiques que afavoreixen els bons resultats del model col·laboratiu són les següents:

- Requereix preparació, temps i estructures de recolzament.
- S'ha d'inserir en un context de relacions clíniques preexistents.
- Els serveis d'APS i de SM han de compartir una mateixa localització que possibiliti el contacte cara a cara dels i les professionals implicades.
- Incloure instruments de presa de decisions i protocols o guies de tractament.
- Incloure un seguiment sistematitzat dels i les pacients
- Participació d'infermeria en el seguiment de l'adherència al tractament farmacològic (tot i que no hi ha una relació entre els bons resultats i l'adherència a la medicació, es podria atribuir possiblement al recolzament emocional que suposa el seguiment).

Tots aquests resultats s'han basat en l'atenció clínica de la depressió i destaca el fet que el grau de col·laboració no prediu els resultats clínics. En canvi, sí ho fa el fet de disposar dels factors afavoridors citats. La simple col·laboració entre professionals no produeix, per si mateixa, una transferència de coneixements o conductes. Perquè aquesta funcioni, són necessaris canvis a la pràctica que incloguin la reestructuració de serveis específicament dissenyats.

Els estudis revisats destaquen també la importància de l'educació de pacients sobre el seu trastorn mental i el tractament requerit per alleujar els símptomes. Un altre dels factors importants és que els i les pacients puguin escollir quin tipus de tractament desitgen rebre, tenint en compte que fins a un 66% prefereixen la psicoteràpia a la teràpia farmacològica.

Conclusió

El fet de desenvolupar serveis de SM orientats a l'APS, així com l'equilibri entre l'assistència de l'atenció secundària i la comunitària, constitueixen una prioritat dels sistemes sanitaris per a l'atenció al patiment i al malestar emocional. L'educació i formació dels i de les professionals de l'APS en aquest terreny, i la devolució a aquest nivell dels trastorns/patiments mentals més freqüents i comuns que s'atenen en el dia a dia, haurien de ser un objectiu prioritari.

Quan es disposa de suficients recursos econòmics per a la SM, aquests haurien de revertir en la cooperació dels nivells primari i secundari de l'assistència i en el control eficient dels recursos per la participació de professionals de SM en els contextos d'APS, fet que implica canvis en l'organització i en la provisió de serveis.

Quasi tota l'evidència existent actualment deriva d'estudis fets als EEUU, on l'APS és molt feble i el model d'atenció a la cronicitat, amb especialistes en gestió de cadascuna de les malalties, és dominant. D'altra banda, tots són estudis fets en persones etiquetades de depres-

sió. Ambdues circumstàncies dificulten la generalització i transferibilitat del resultat a d'altres contextos socials i sanitaris.

Malgrat l'evidència limitada, l'atenció cooperativa és l'estratègia més defensada i les característiques que es destaquen en els resultats clínics són les que apareixen a la taula 2.

Taula 2. Característiques del model d'atenció cooperativa entre APS i SM que influeixen positivament en els resultats clínics

- ✓ Han de ser intervencions complexes i multifacètiques, que combinin diferents estratègies d'implementació, i dirigides a diferents nivells i aspectes de l'atenció clínica
- ✓ Adaptat a entorns i grups específics, localment definit
- ✓ Compromís, participació i acceptació de les parts interessades
- ✓ S'ha d'inserir i créixer en un context de relacions clíniques preexistents entre professionals
- ✓ Requereix preparació, temps i estructures de recolzament; requereix la reestructuració del servei per recolzar el canvi
- ✓ Desenvolupament d'equips multidisciplinaris per poder fer també intervencions psicosocials
- ✓ Canvis organitzatius adreçats a potenciar la participació i implicació d'infermeria
- ✓ Experiència professional en SM del gestor o gestora de casos i experiència en la tasca de supervisió
- ✓ Compartir instruments de presa de decisions, protocols o guies de pràctica clínica entre APS i SM
- ✓ Existència i inclusió en el model de visites del pla de seguiment del i de la pacient
- ✓ Ha de centrar-se en quelcom més que l'adherència a la medicació
- ✓ Les intervencions psico-educatives no han demostrat evidència clara
- ✓ Ha de tenir en compte les preferències del i de la pacient, i estar preparat per oferir altres opcions terapèutiques, inclús l'opció de psicoteràpia

Font: 62, 64, 65, 66

7. REFLEXIONS FINALS I PROPOSTES

Com a reflexions finals podem dir que, tot i compartir molts dels plantejaments del PASMIA, la nostra aportació crítica se centra en què:

- No es garanteixen les característiques definitòries de l'APS, com són l'accessibilitat, el caràcter longitudinal de l'atenció, la perspectiva de globalitat en l'abordatge dels problemes de salut i la capacitat de coordinació del conjunt de serveis i actuacions que reben les persones en tots els àmbits i nivells del sistema sanitari.
- Es proposa treballar en base a una perspectiva categorial del patiment mental i la conseqüent cascada d'etiquetes diagnòstiques, protocol·litzacions i registres que perden de vista que a la pràctica no existeix una frontera definida entre salut i trastorn, sinó que són realitats dinàmiques i canviants al llarg del temps i de les circumstàncies vitals de les persones.
- No es té prou en compte que els i les professionals són el principal instrument terapèutic i, per tant, cal prendre mesures per garantir que puguin desenvolupar plenament la seva tasca. Això suposa: dotacions suficients, formació, motivació, condicions laborals satisfactòries, etc..
- Si bé sembla en alguns moments que s'aposta per un model col·laboratiu entre els serveis d'APS i de SM, aquest model no queda prou garantit en la mesura que les funcions de l'APS no estan assegurades i fàcilment pot desembocar en un model de substitució.
- Estableix unes estructures organitzatives i de coordinació excessivament burocratitzades i poc centrades en l'atenció clínica i la relació de confiança entre professionals.

Per tant, intentant respondre a la pregunta inicial sobre l'adequació i l'impacte de la incorporació de professionals de la psicologia als CAP,

diríem que depèn del model en què s'insereixin. A la taula 3 resumim les característiques que s'haurien de potenciar i les que s'haurien d'evitar.

Taula 3. Característiques que cal potenciar i que cal evitar en un model d'incorporació de professionals de la psicologia als centres d'atenció primària.

CAL POTENCIAR	CAL EVITAR
Model col·laboratiu	Model de substitució
Abordatge bio-psico-social a l'APS	Segmentar l'atenció atribuint l'abordatge dels problemes biològics a l'APS i dels psicològics a SM
Relació àgil entre professionals dels diferents serveis	Estructures burocràtiques de coordinació
Suport emocional i clínic als i les professionals d'APS	Relació vertical entre professionals
Objectius comuns i funcions definides entre l'EAP i l'equip de SM que formen part del model col·laboratiu	Dependència funcional i objectius marcats per l'equip de SM
Atenció individual i comunitària	Atenció exclusivament individual
Atenció basada en la narració i el vincle professional-pacient	Atenció basada en codis diagnòstics, protocols i registres

Font: El·laboració pròpia

Propostes

Establir un model col·laboratiu entre l'EAP i l'equip d'SM

- En el qual els equips d'AP i de SM tinguin un projecte comú en l'atenció conjunta al patiment emocional humà de la població que arriba cada dia a les consultes. Col·laboració per abordar-la amb qualitat i en benefici dels i les pacients.
- Que permeti mantenir el treball específic de cadascun dels equips, i compartir no només pacients sinó les vicissituds dels nostres vincles amb aquests i aquestes, i també entre companys i companyes.
- Que potencï que l'APS doni cobertura als patiments emocionals amb les eines pròpies i bàsiques com la longitudinalitat, l'escolta i la confiança en el vincle, impulsant la participació de metges i metgesses i d'infermers i infermeres en aquest abordatge global.
- Garantir al mateix temps un equip de SM que pugui abordar els patiments mentals greus, establint amb les persones que els pateixen una relació de continuïtat i un vincle de confiança, que sostingui l'adherència al tractament.

El model col·laboratiu implica:

- Tenir una tasca conjunta de tots dos equips, clarament definida i explícita
- Acceptació del projecte per tots dos equips
- Sentiment de pertinença per part dels i les professionals al projecte comú
- Compromís i col·laboració dels i les professionals en el projecte
- Relació horitzontal entre tots dos equips

- Presència física del psicòleg i la psicòloga al CAP. Espais i temps compartit entre el psicòleg i la psicòloga i l'EAP, i treball d'equip
- Reflexionar sobre la tasca realitzada
- Donada l'elevada prevalença de la demanda i del patiment, reflexionar també de quina manera transformar-la

El model col·laboratiu no és:

- Imposició del projecte
- Jerarquització, burocratització i excessiva protocol·lització (programes, rutes, protocols)
- Treball encaminat a “fer de filtre” i a reduir la demanda de SM
- Relació vertical de SM cap a l'EAP, en el sabers i en les pràctiques
- Coordinacions complexes i burocratitzades

Espais cooperatius en l'atenció clínica

- Espais de consulta oberts per tal que els i les professionals d'AP puguin consultar individualment els dubtes que tenen en el maneig dels casos, tant dels que duen ells/elles mateixes com dels que volen derivar.
- Espai de treball clínic en grup, per treballar els casos i fer supervisions, i també per realitzar formació i revisions clíniques.
- Espai en el que el o la psicòloga puguin atendre individualment a persones que segueixen processos complicats. Els criteris de derivació seran acordats de manera general, però han de ser flexibles i tenir en compte les diferències existents en l'interès i perícia entre professionals d'APS. Per tant, no han de ser criteris de deriva-

ció absoluts sinó ajustats a les possibilitats de cada professional de fer-se càrrec del patiment emocional de les persones consultants.

- Grups de reflexió de la pràctica amb tots i totes les professionals de l'EAP (antics grups Balint però sense contratransferència). A l'Annex 1 es recull una proposta que s'ha anomenat "Taller Clínic".

Formes de coordinació i relació entre equips de SM i APS en un model col·laboratiu

- Senzilla i horitzontal.
- Coordinacions reals entre equips, amb autonomia a cadascun dels CAP, per tal d'evitar l'acapament del model col·laboratiu pels programes i interessos de cadascuna de les direccions (d'AP i d'SM). És a dir, amb el focus posat en la tasca i el projecte d'atenció conjunta al patiment emocional de la població adscrita.
- Potenciar les relacions personals entre professionals d'ambdós equips.
- Relació telefònica i per via telemàtica, àgil i sempre oberta.

Formes organitzatives per a l'atenció grupal i comunitària al patiment emocional en un model col·laboratiu

- Espais col·lectius de resposta al malestar. Proposem impulsar alternatives de resposta col·lectiva al malestar individual que també és col·lectiu. L'atenció grupal és una proposta de canvi en la percepció de les persones, dels equips d'AP i d'SM, i trenca amb estructures narratives medicalitzadores per retornar el centre a les persones, les seves vides i els seus contextos socials.
- En aquest sentit es proposa crear grups oberts d'acollida i acompanyament a persones que estan en situació de patiment emocional.

- Les intervencions han de ser interdisciplinàries i en múltiples espais i nivells: en el camp de l'educació, del treball social...
- Han d'implicar no només psicòlegs i psicòlogues, sinó també professionals d'APS (medicina, infermeria i treball social).
- Creació d'espais grupals d'informació i acompanyament per a la reducció de consum de psicofàrmacs. La deprescripció és un procés interpersonal i social que requereix dinàmiques clíniques però també treball interdisciplinari i comunitari.
- Fomentar espais de relació i socialització de les persones amb trastorn mental, en el seu entorn social, que no se centrin en el diagnòstic sinó en les seves necessitats i potencialitats.

Paper de les persones usuàries i la comunitat en el model col·laboratiu

- Plantegem un model que traspassi els serveis sanitaris per tal d'acollir, també, els i les pacients i la comunitat i incorporar la mirada, la veu i la sensibilitat dels que pateixen. Si el context social i cultural condiciona les dinàmiques socials i els patrons mentals i conductuals de les persones, i per tant, el seu malestar i patiment, escau plantejar-se quin paper han de tenir les persones i les comunitats en la configuració, organització i gestió dels serveis que els ofereixen ajuda.
- Establir un espai de participació de pacients i d'entitats comunitàries en les tasques de planificació, gestió i avaluació dels serveis. L'òrgan mixt de coordinació que proposa el PASMIA seria l'adequat per fer realitat la participació.
- La participació ha de ser viable per a totes les persones, independentment de la seva situació social, origen ètnic o tipus i grau d'afectació, i ha de tenir caràcter paritari per gènere.

La investigació en el model col·laboratiu

- Avaluar el model, anant més enllà de donar dades del procés assistencial, que només serveixen per justificar el que es fa.
- Avaluació dels resultats per tal de conèixer els efectes reals del model sobre la salut individual i comunitària.
- A més dels indicadors quantitatius, s'han de fer avaluacions amb metodologia qualitativa que permetin sentir les veus autoritzades de les persones implicades (pacients i professionals) en la valoració de si el sistema funciona o no i per què.
- Dissenyar investigacions conjuntes entre SM i AP que permetin donar resposta a la bondat (o no) del que es fa, i avançar en les formes més adients d'organització de l'atenció al patiment emocional.

BIBLIOGRAFIA

1.- Frances Allen. ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Madrid: Ariel, 2014.

2.- Superior Health Council. DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems. Brussels: SHC; 2019. Report 9360. [Consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://www.infocop.es/pdf/Belgica-dsm.pdf>

3.- Gotzsche Peter. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince, 2016.

4.- Castelló Marta, Fernández de Sanmamed M^a Jose, García Judit, Mazo M^a Victoria, Mendive Juan José Mendive, Rico Mercé, et al. Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut. [Internet.] Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016. [Consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://focap.files.wordpress.com/2016/05/atenciocc81-a-les-persones-amb-malestar-emocional-relacionat-amb-condicionants-socials.pdf>

5.- Martín López-Andrade Laura. Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. e-Atopos. 2017; 3: 104-28. [Consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf>

6.- Duro Juan Carlos. Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo?. [sede Web] Madrid: Infocoop online: 2017. [actualitzat 9 de Gener de 2017; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf?fbclid=IwAR1QGuK8ZtzDLihBPP8Ezyz7gKHaJx-Pw0iz-ErI8_XcOVs1oq4hlifb3pv4

7.- Ministerio de Sanidad: Incluyan la figura del Psicólogo en los servicios de Atención Primaria y Hospitales. [Internet]. Change.org. 2015. [Consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.change.org/p/ministerio-de-sanidad-incluyan-la-figura-del-psicologo-en-los-servicios-de-atención-primaria-y-hospitales>

8.- EuropaPress. Los CAP sumarán 5.300 nuevos sanitarios y asignarán trabajadores sociales “de cabecera”. El Periódico (Cataluña) [Internet]. 22 de mayo de 2017 [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.elperiodico.com/es/politica/20170522/los-cap-sumaran-5300-nuevos-sanitarios-y-asignaran-trabajadores-sociales-de-cabecera-6054209>

9.- Haro Josep M, Palacín Concepció, Vilagut Gemma, Martínez Montse, Bernal Mariola, Luque Inma, Codony Miquel, Dolz Montse, Alonso Jordi, el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc).2006;126(12):445-51.

10.- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya.Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2018. [Internet]. 2019. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/_content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/resum-executiu-esca-2018.pdf

11.- Serrano Antoni, Palao Diego J, Luciano Juan V, Pinto-Meza Alejandra, Luján Leila, Fernández Ana et al. Prevalence of mental disorders in Catalonia primary care: results from the diagnostic and assessment study of mental disorders in primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(2):201-10.

12.- Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) [sede Web]. Barcelona: Servei Català de la Salut. [actualitzat el 18 de maig de 2017; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a:

<https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/registres/cmbd/>

13.- Gili Margarida, García Campayo Javier, Roca Miquel. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (Supl 1): S104-8.

14.- Ortiz Alberto, González, Rocío, Rodríguez Francisco. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006;38(10):563-9.

15.- Moreno Eliana, Moriana Juan Antonio. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Mental.2012; 35: 315-28.

16.- Domingo-Salvany Antonia, Bacigalupe Amaia, Carrasco Jose Miguel, Espelt Albert, Ferrando Josep, Borrell Carme. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013; 27(3): 263-72.

17.- Pérez Arriba Joseba, Pinto Urizar Jaione, Latorre Kepa, Aizpuru Felipe. Algunas notas metodológicas sobre el Atlas VPM de hospitalizaciones por problemas de salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2008; 1(3): 191-7.

18.- ICS Atenció Primària BCN [sede Web]. Barcelona: ICS Atenció Primària BCN: 2017 [actualizat 16 Agost 2017; consultat 10 de Febrer de 2020]. Grups psicoeducatius als CAP per tractar l'ansietat i la depressió lleus. Disponible a: <https://atencioprimariaics-bcn.wordpress.com/2017/08/16/beneficis-dels-grups-psicoeducatius/>

19.- Casañas Sánchez Rocio, Raya Tena Antonia, Ibañez Pérez Laura, Valls Colomer Mercé. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresion en atencion primaria de Barcelona. Aten Primaria 2009;41(4): 227-8.

20.- Simó Juan. Uso de psicofármacos en España y Europa. [Internet Blog]. [actualitat 28 d'Abril de 2018; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://saludineroap.blogspot.com/2018/04/uso-de-psicofarmacos-en-espana-y-europa.html?m=0#more>

21.- Ortiz Lobo Alberto, Sobrado de Vicente-Tutor Ana M^a. Uso adecuado de Antidepressivos. AMF. 2017;13(1):29-33.

22.- Agència de Salut Pública de Barcelona. Avaluació del Programa Salut i Escola (curs 2016-2017). 2018. [Consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/js-pui/bitstream/11703/115440/1/ASPB_Avaluacio-Programa-Salut-Escola-2016-2017.pdf

23.- Balagué Laura, Calderón Carlos, Retolaza Ander, Bacigalupe Amaia, Payo Janire, Mosquera Isabel. Los “otros profesionales” en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Index Enferm (edición digital). 2013;22(1-2):35-9.

24.- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estratègies 2017-2010. Pla director de salut mental i addiccions. 2017. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/

25.- Ribé Buitrón Jose Miguel, Pares Miquel Josep, Fleitas Asencio Eduardo. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. Norte de salud mental. 2010; VIII (36): 45-54.

26.- Pérez-Ibáñez Olga, García-Pedrajas Cristina, Grases Nuria, Marsó Espe, Cots Inés, Aparicio Sonia, Ochoa Susana, Ventura Cristina. Programa de soporte a la Primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de Atención Primaria y Psicólogo/a. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015; 35 (126): 257-66.

27.- Starfield Barbara, Shi Leiyu, Macinko James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 2005; 83(3):457–502.

28.- Atención Precaria. Manifiesto. 2015. La precariedad laboral es un símbolo del desmantelamiento del sistema sanitario público en España. [Internet]. [actualizat 20 de Maig de 2015; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://www.nogracias.org/2015/05/20/la-precariedad-laboral-sanitaria-es-un-simbolo-del-desmantelamiento-del-sistema-sanitario-publico-en-espana/?print=pdf>

29.- De Pablo González Rafael. La atención primaria de salud como eje del sistema público sanitario. *Semergen* 2005; 31:214-8.

30.- Vilà Maite, Cruzate Carlota, Orfila Francesc, Creixell Joan, González Maria Pilar, Davins Josep. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten primaria*. 2015; 47 (1): 25-31.

31.- Irigoyen Juan. La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*. 2011; 48 (2): 277-93.

32.- Ètica a l'atenció primària: pensem-hi! [sede Web]. Barcelona: Grup d'ètica de la societat catalana de medicina familiar i comunitària: 2018 [actualizat 16 de setembre de 2018; consultat 28 de febrer de 2020]. Document de posicionament sobre l'hiperegistre (“registritis”) en la trobada clínica professional-pacient a l'Atenció Primària (AP) . Disponible a: <https://ecamfic.wordpress.com/2018/09/16/document-de-posicionament-sobre-lhiperegistre-registritis-en-la-trobada-clinica-professional-pacient-a-latencio-primaria-ap/>

33.- Swinglehurst Deborah, Greenhalgh Trisha, Roberts Celia. Computer templates in chronic disease management: Ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* 2012; 2: e001754. doi:10.1136/bmjopen-2012-001754

34.- Bravo Rafa. Si haces más te quemas menos. 2019. *Primum non nocere*. [Internet Blog]. [actualitzat 5 de Maig de 2019; consultat 10 de

Febrer de 2020]. Disponible a: <https://rafabravo.blog/2019/10/05/si-haces-mas-te-quemas-menos/>

35.- Ribé Jose Miguel. Reflexiones, como psiquiatra consultor, a través de la experiencia de dos años junto a los equipos de Atención Primaria. Avances en salud mental relacional. 2011; 10 (3) ISSN-e 1579-3516.

36.- Woloschuk Wayne, Harasym Peter H, Temple Walley. Attitude change during medical school: a cohort study. Med Educ. 2004 May; 38(5): 522-34.

37.- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. ENAPISC. El procés assistencial en salut mental i addiccions a la xarxa d'atenció primària. 2018. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3965/proces_assistencial_salut_mental_addiccions_xarxa_atencio_primaria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

38.- Tarrida Carolina. Derivaciones, entre trámite y acto. Red de Psicoanálisis y Medicina. [Internet]. 2016 [actualitzat 18 de Gener de 2016; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://redpsicoanalisisy-medicina.org/antiguas/14/derivaciones-entre-el-tramite-y-el-acto1/>

39.- Plataforma per la defensa de l'atenció pública a la salut mental a Catalunya. La situació actual en l'àmbit de la salut mental, retallades i model. [Internet]. 2016 [actualitzat 30 de Gener de 2016; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.sepyrna.com/documentos/2016-01-30-situaci%c3%b3actualenambitsmretalladesimodel.pdf>

40.- Pereira Denis J, Sidaway-Lee Kate, White Eleanor, Thorne Angus, Evans Philip H. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open, 2018;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161.

41.- Ortiz Alberto, Ibáñez Vicente. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev. Esp. Salud Pública. 2011; 85 (6): 523-23.

- 42.- Aromi Anna. Señales de un expolio. Asociación Mundial de Psicoanálisis. [Internet Blog]. 2007 [actualitzat 28 de novembre 2007; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://ampblog2006.blogspot.com/2007/11/arom-intervencin-foro-lna.html>
- 43.- Tizio Hebe. La función del síntoma. Granada: Ed. Universidad de Granada; 2015.
- 44.- Warner R. Problems with early and very early intervention in psychosis. British Journal of Psychiatry. 2005; 187 (Suppl 48): S104-7.
- 45.- Read Jon, Van Os Jim, Morrison A.P., Ross Colin. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implication. Acta Psychiatr Scand. 2005; 112(5):330-50.
- 46.- Warren Larkin, Morrison Anthony P. The environment and psychosis: rethinking the evidence. In Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy. New York: Eds. Routledge; 2006.
- 47.- Roy Daniel; Roy Maryse. Hyperactivité: ordre et désordre. La Cause freudienne. 2004; 58 (3): 28-36.
- 48.- Ho sento, no hauria de plorar aquí. [Internet]. Diaris de Trinxera. 2016 [actualitzat 22 de Febrer de 2016; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://diarisdetrixera.wordpress.com/2016/02/22/ho-sento-no-hauria-de-plorar-aqui/>
- 49.- Un tercer a la consulta. Buscant el nord. [Internet]. Fòrum Català d'Atenció Primària. 2018 [actualitzat 21 de Setembre de 2018; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://focap.wordpress.com/2018/09/21/un-tercer-a-la-consulta-buscant-el-nord/more-5334>
- 50.- Velado Liana. Cuenta la ciencia, cuenta el paciente, ¿qué cuenta el médico?. [Internet]. Red de Psicoanálisis y Medicina. 2018 actualitzat 3 de desembre de 2018; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a:

<http://redpsicoanalisismedicina.org/jornadas/10870/cuenta-la-ciencia-cuenta-el-paciente-que-cuenta-el-medico>

51.- Casañas Rocío, Catalán Rosa, del Val José Luis, Real Jordi, Valero Sergio, Casas Miquel. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 230. doi10-1186/1471.244X-

52.- Balint Michael. La función apostólica. En: Balint, Michael. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos; 1986. p. 273-301.

53.- Léguil Clotilde. L'éthique en pratique: que faire de notre psychisme?. En *La pensée éthique contemporaine*, de Jacqueline Russ y Clotilde Léguil, 95-123. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.

54.- Teixidó Prevosti Araceli. Una Crítica al principi d'autonomia des de la perspectiva de la psicoanàlisi : el cas de la violència contra els professionals sanitaris. [tesis doctoral]. Barcelona: Servei de publicacions Universitat Autònoma de Barcelona; 2019. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.uab.cat/web/detall-de-noticia/agressions-contr-els-professionals-de-la-salut-es-possible-una-altra-resposta-1345469002000.html?noticiaid=1345789930869>

55.- Teixidó Araceli. El estatuto epistemológico del psicoanàlisi. [Internet]. Red de Psicoanàlisi y Medicina. 2010 [actualizat 3 de Juliol de 2010; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <http://psicoanalisisciencia.wordpress.com/2010/07/03/el-estatuto-epistemològic-co-del-psicoanàlisi>

56.- Ortiz Alberto. La indicación de no-tratamiento. En: Desviat Manuel, Moreno Ana. (ed.). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012: p. 302-10 .

57.- Sánchez Sergio, Tornero M^a José, Martín Oviedo Pedro, Redondo Jiménez Maite, Del Arco Jódar Rosa. *Psicología clínica en atención*

primaria: descripción de un año de asistencia. *Semergen*. 2015; 41(5); 254-60.

58.- Memoria de intervenciones psicológicas en AP en Asturias 2017 [sede Web]. Asturias: AsturSalud: Portal de Salud del Principado de Asturias: 2018 [actualizat 6 de Febrer de 2018; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/memoria-de-intervenciones-psicologicas-en-atencion-primaria-en-asturias-2017->

59.- Muñoz Roger, Cano Antonio, Ruiz Paloma, Adrián Leonardo, González César, Morinana, Juan Antonio, Capafons Antonio, Dongil Esperanza. Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*. 2017; 23 (2-3): 124-9.

60.- González César, Umaran Olga, Cordero Patricia, Muñoz Roger, Ruiz Paloma, Adrián Leonardo, Ruiz María, Dongil Esperanza, Cano Antonio. Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*. 2018; 24 (1): 1-11.

61.- Algunas dudas sobre la introducción de psicólogos en Atención Primaria [sede web]. Madrid: Grupo de trabajo de Salud Mental. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaFyC): 2018 [actualizat 4 d'Abril de 2018; consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.somamfyc.com/grupos/noticias/id/5452/gdt-sm-salud-mental-algunas-dudas-sobre-la-introduccion-de-psicologos-en-atencion-primaria>

62.- Calderón Carlos, Mosquera Isabel, Balagué Laura, Retolaza Ander, Bacigalupe de la Hera Amaia, Belaunzaran Jon, Iruin Álvaro, García Beatriz. Modelos de colaboración en atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a personas con depresión. Resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2014; 88 (1): 113-33.

63.- Gilbody Simon, Bower Peter. Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria: objetivos políticos y evidencia. En: Knapp, Martin; McDaid, David; Mossialos, Elias y Thorncroft, Graham, Eds. Salud mental en Europa, políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Open University Press. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. World Health Organization, 2007. p. 235-55. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

64.- Grupo Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC). Revisión sistemática de las estrategias clínicas y de rentabilidad económica para mejorar el tratamiento de la depresión en el contexto de la atención primaria. En: Knapp Martin, McDaid David, Mossialos Elias, Thorncroft Graham. Eds. Salud mental en Europa, políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Open University Press. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. World Health Organization, 2007. p. 244. [consultat 10 de Febrer de 2020]. Disponible a: <https://www.mcsbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

65.- Franx Gardien, Dixon Lisa, Wensing Michel, Pincus, Harold. Implementation strategies for collaborative primary care mental health models. Current Opinion in Psychiatry. 2013; 26 (5), 501-10.

66.- Craven Marilyn, Bland Roger. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. Can J Psychiatry. 2006; 51 (suppl 1): S7-72.

ANNEX: TALLER CLÍNIC

De la mateixa manera que cal tenir un coneixement sobre el cos i el seu funcionament, i aquest coneixement convé que sigui previ a la pràctica mèdica, cal tenir un coneixement sobre l'ús de la paraula en la relació assistencial. Ara bé, aquest saber no pot ser previ o no del tot, sinó que per a produir-se precisa la implicació del i de la professional en l'acte de paraula. Per això, el mètode d'estudi que convé a aquest saber és la pràctica de revisió de casos¹. Amb ella ens apropem a una atenció que acull el patiment de la persona i allò no previsible en la tasca quotidiana.

Els Tallers Clínic dins de l'orientació psicoanalítica permeten al i la professional anar dilucidant el seu acte amb posterioritat. Els grups Balint² a Anglaterra en són el precursor més directe i Henri Ey³ també els proposava per a la formació psicològica dels metges i metgesses l'any 1970 (Ey 1970). Hi ha diverses experiències en el camp de la medicina en diferents països en els darrers anys⁴⁻⁸.

Balint havia proposat treballar els casos a partir de les evocacions d'allò que diu el o la pacient i el que despertava en el metge o metgessa a nivell del seu inconscient, és a dir, a nivell de la contratransferència. En el Taller, en canvi, no es consideren les evocacions personals del metge o de la metgessa sinó que es treballa exclusivament a partir d'allò que diu el o la pacient i de com reacciona al que diu o fa el metge o metgessa. D'aquesta manera s'evita que la subjectivitat del o la professional (les seves opinions, experiències, (pre)judicis, etc..) interfereixin en l'escolta del cas, donant així prioritat a la subjectivitat de la persona que pateix.

Aquests grups no pretenen preveure què passarà, cosa que no es pot fer, sinó acollir què ha estat fet, poder-ne respondre per saber si ha funcionat el prejudici, si s'ha pogut escoltar el o la pacient, què ha anat bé, què no i per què.

En aquest sentit, els Tallers Clínics contribueixen a comprendre i donar forma a l'acte professional i al que s'esdevé en la relació amb la persona que presenta algun tipus de patiment. La transferència del o la pacient i els seus efectes en el o la professional no sempre són fàcils de copsar ni de manegar. En aquests tallers no es tracta d'ensenyar tècniques psicoanalítiques sinó d'acompanyar als i les professionals sanitaris en la seva lectura sobre els casos clínics per poder valorar el desenvolupament i saber quan ha anat bé, quan ha anat malament, quan cal esperar per concloure i per què. És a dir, permet extreure un saber de l'anàlisi de la pràctica. Perquè si no es manega bé el què passa, si no s'analitza per saber què ha impedit la bona evolució del cas, possiblement es repetirà allò que no es coneix que es fa. Igualment, no n'hi ha prou amb fer-ho bé en un cas si no podem aprofitar el què ha passat per obtenir-ne un coneixement.

BIBLIOGRAFIA

1.-Teixidó, Araceli. Temporalidad lógica del decidir y enseñanza de la bioética. *Pedagogía de la Bioética. Comunicaciones del I Congreso Internacional de Bioética. Interrogantes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*; 5: págs. 141-144. Disponible a: <https://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/05-pedagogia-de-la-bioetica-comunicaciones-> [Consultat 29/12/2019]

2.- Balint, Michel. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.3.- Ey, Henry. *Médecine et psychanalyse La revue du praticien*. *Journal d'enseignement postuniversitaire: Baillière et cia., éditeurs*; 1970. Pàgs. 1589-1608.

4.- Raimbault, Ginette. *Médecins d'enfants. (Onze pédiatres, une psychanalyste)*. París: Éditions du Seuil; 1973.

5.- Ribé Buitrón, Josep M^a. ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de salud mental*. 2012; 10(44): 13-27.

6.- Teixidó, Araceli. Activitat realitzada CEPmedicina. Tallers clínics. Disponible a: <https://sites.google.com/a/cepmedicina.org/www/Inici/activitat-realitzada> [Consultat 29/12/2019]

7.- CEPmedicina. Espais de formació (any 2014). Disponible a: <https://sites.google.com/a/cepmedicina.org/www/circuits-1> [Consultat 29/12/2019]

8.- Tizón Jorge Luís. Grupos Balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia). Temas de Psicoanálisis. 1998; 3: 7-37.

