

**Què pot fer el professional d'atenció primària amb el malestar psíquic del pacient?
Quan i com derivar-lo a salut mental?**

Dra. Maria Leon Sanromà MF Cornellà de Llobregat Grup SM CAMFiC

ACMCB Vallès Oriental 7-11-2013

Entre un 25% i un 30% de les consultes del MF són bàsicament relatives a la salut mental, i més del 50% de totes les consultes del MF tenen algun component relacionat amb el malestar de causa psíquica, ja sigui manifestat en forma de malestar percebut en el cos, en forma de malestar mental, o una combinació de les dues presentacions.

Esbrinar si el malestar pel que consulta el pacient té un component orgànic i com tractar-lo és una tasca fonamental pel MF. Però avui dedicaré la sessió a parlar de com el professional d'AP pot abordar de manera no farmacològica el malestar d'origen psíquic del pacient. Em refereixo tant al malestar no patològic com als trastorns mentals lleu-moderats. No als trastorns mentals greus.

1-Quan el malestar de causa psíquica es presenta com malestar somàtic

Moltes vegades aquests pacients consulten per malestors que afecten a diferents aparells o sistemes, sense una distribució anatòmica lògica, cosa que ens fa sospitar. De tota manera molt sovint hem de fer proves complementàries per comprovar que no hi ha un component orgànic i per convèncer al pacient (i familiars).

A la vegada hem d'anar ajudant al pacient a que ens expliqui les seves circumstàncies vitals, que ens vagin acostant a la causa del seu malestar.

Fins i tot hi ha casos en que el metge/metgessa triga anys a adonar-se'n de que aquell pacient tant freqüentador que consulta per causes suposadament orgàniques, en realitat el que té és un malestar psíquic de difícil abordatge que ell no relaciona amb la seva queixa.

Arribar a la certesa de que gran part del malestar somàtic pel que consulta un pacient és de causa psíquica ajuda a no haver de fer més proves i a convèncer als familiars per a que no consultin tan sovint per aquell motiu, però al pacient de vegades el deixa sense la possibilitat de donar una forma al seu malestar per la qual podia demanar ajuda, i s'ha d'enfrontar amb un buit sense significat, de vegades irresoluble.

De vegades el malestar relacionat amb traumes vitals primerencs no elaborats i posats en el cos són la manera d'estar en el món d'un subjecte, és el que li dóna sentit. Canviar això és extremadament difícil. ... La manca de representació mental de la causa del malestar queda

substituïda per dolor i/o una actuació . Podem ajudar a posar paraules a aquell malestar que l'ha acompanyat tants anys i a potenciar les capacitats individuals d'afrentament de situacions difícils. Ajudar a representar, a simbolitzar, a pensar. S' intenta amb teràpia grupal: de relaxació, d' auto ajuda, grups psicoterapèutics.

2-Quan el pacient identifica que el malestar és de causa psíquica

Quan el pacient identifica que el malestar és de causa psíquica sovint ho percep com quelcom extern que li envaeix i produeix malestar psíquic sense cap relació amb ell mateix: "me ha pillado la ansiedad". Pot veure-ho com un malestar estrany a ell que un professional li pot curar, extirpar: "quiero que me mande al psicólogo y al dermatólogo". O com idees molestes que fan mal i cal aprendre a controlar : "per a no pensar".

Podem ajudar a pensar: Cal treballar la capacitat mental del subjecte a través de la relació M-P per anar introduint la idea de que allò que li passa no està escindit de la seva vida, de les seves emocions, dels seus problemes. Cal guanyar-se la seva confiança poc a poc, en successives visites i potser en algun moment estigui en condicions de treballar més a fons els desencadenants del malestar.

Cal introduir la idea de procés: d'abordatge del malestar des d'unes expectatives realistes, de que hi ha un treball mental que cal fer i una responsabilitat individual en el que està succeint que cal afrontar i acceptar.

Diagnòstic comprensiu versus classificacions: Parlem de diagnòstic comprensiu en tant que metge i pacient fan un procés al llarg del temps (més o menys llarg) , un procés que cap dels dos coneix com serà *a priori* , que a través de l'aliança terapèutica aporta significats, ajuda a comprendre, i aquesta comprensió provoca canvis en el pacient, en el professional i en la relació de tots dos. En aquest procés podem ajudar-nos de tècniques com ara la teràpia de resolució de problemes, ...

Quan el pacient ve amb el seu malestar la relació s'estableix amb un professional concret. Si es manté la continuïtat de l'atenció d'un mateix professional , els resultats són millors: "vostè és la meva metgessa, sento que estic en bones mans".

El contracte implícit amb el pacient:

- El professional com a referent fiable.
- Voluntat de presentar-se al pacient com un professional, que intenta entendre'l i ajudar-lo. dintre d'unes possibilitats realistes, però amb un lligam sòlid i el compromís personal al llarg del temps "mentre jo sigui la seva metgessa".
- Afavorir que la relació assistencial passi a ser consistent i pugui aportar els significats que ajudin a encarrilar la resolució del malestar del pacient, passant de la demanda inicial al problema de fons.

- Algoritmes i guies són una eina, per orientar-nos en el diagnòstic, tractament, derivació, ...però sempre al servei de la relació de transferència professional – pacient

El sistema no facilita l'atenció personalitzada, es tendeix a repetir a l'AP la manera de funcionar dels hospitals: fragmentant l'atenció (atenció urgent, atenció domiciliària, atenció a crònics, PADES), tractant malalties i no persones. L'e-cap no ajuda a recollir les dades personals i les vivències que han creat la nostra història de relació amb el pacient. La massificació de les consultes tampoc hi ajuda. Cal cuidar i defensar la relació M-P: Un dels factors que ens pot ajudar a no cremar-nos al llarg de la vida laboral és cuidar aquesta relació. Si cuidem als pacients ells ens cuiden a nosaltres.

3- Què pot fer el professional d'atenció primària amb el malestar psíquic del pacient?

- Quan el pacient ens porta el seu malestar psicològic cal aprendre a diferenciar entre el malestar psicològic normal (codis Z) o trastorn mental .
- Escoltar sense mostrar espant, ni censura, ni pressa, ni incomodat. Intentar comprendre, repreguntar..Retornar el que hem entès. Contenir, acollir el malestar del pacient. Donar-nos temps, citar de nou. Sostenir la relació amb el pacient.
- Interessar-nos per la seva problemàtica, mirant de trobar els aspectes en que podem ajudar-lo a estar millor.
- En cas de que el pacient entengui que el seu problema no és orgànic, ha de saber que el continuarem atenent (no direm “vostè no té res”).
- Ajudar a buscar el sentit del què li passa.
- Importància de l'entrevista inicial i posteriors
- No encasellar al subjecte: “una deprimida” “un alcohòlic”....
- No es tan important inicialment contar els criteris diagnòstics que compleix com entendre què li succeeix.
- Col·laborar amb altres membres de l'EAP (DUI, TS).

4- Interconsulta (consultoria) i derivació del pacient amb malestar psíquic .

Quan i com derivar a salut mental?

- Pel que fa al pacient: Quan estigui en condicions d'aprofitar el que el professional de SM li pot oferir. Sense falses expectatives. Per part d'AP convé sostenir i treballar la derivació fins que arribi la data de la citació.

- Pel que fa a SM: Dependrà de les característiques personals i de formació dels professionals a qui derivem i dels acords presos entre els equips de SM i AP. Per exemple, no és igual que el psiquiatra tingui formació psicoterapèutica o no...
- Pel que fa a AP: Quan MF, pediatria o infermeria ja no poden oferir més ajuda (per manca de formació, per saturació) o perquè cal l' avaluació del psiquiatra, una teràpia focal, etc. Però derivar no vol dir desentendre's del pacient.
- Algoritmes i guies: són una eina, per orientar-nos en la necessitat de derivació, però no ha de ser una eina rígida.

És bo, abans de fer una derivació, fer sempre una interconsulta (especialment si és una derivació a psicologia).

La percepció de que una derivació és urgent sovint depèn més de l'angoixa de qui deriva que de la patologia del pacient /urgència del cas.

La interconsulta: eina fonamental

És una de les eines més potents. Permet donar sortida al cas puntual però també és un dels pilars de la formació continuada i enforteix la relació entre professionals de SM i AP.

Poden ser:

- Presencials (individuals o grupals).
- No presencials : telefòniques, telemàtiques, e-mail (preservant confidencialitat).

La interconsulta permet als professionals de SM i AP:

- acordar si és el moment adequat de derivar i què fer mentrestant,
- veure si el professional d' AP ja està fent tot el que li cal al pacient, i no cal derivar-lo,
- triar quin és el recurs més adequat per aquell pacient entre els disponibles,
- escollir el grau de prioritat.

La interconsulta prèvia a fer una derivació a SM, millora la satisfacció dels professionals de SM i AP, millora la formació dels professionals de SM i AP, disminueix l'absentisme del pacient a la primera visita de SM, ja que ajuda a que el MF estigui motivat per a sostenir la derivació sense desentendre's del pacient i millora la prioritització de la cita.