



Solución de continuidad entre Enfermería de Atención Primaria y Enfermería de Salud Mental. Una tradición a extinguir

María Luisa González Montoro

Enfermera

Servicio Andaluz de Salud

Julio 2023. Psicoevidencias nº 66. ISSN 2254-4046

La integración de la salud mental en Atención Primaria (AP) es un elemento clave de salud mental comunitaria. En el último informe mundial sobre la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se destaca la importancia de la atención de salud mental basada en la comunidad, orientada a la persona y con un enfoque de derechos humanos. Incluye servicios de salud mental vinculados en una red en la atención sanitaria general, comunitarios y apoyos comunitarios informales.¹ Bajo este marco, la temprana identificación de problemas de salud mental, incluyendo cribado y diagnóstico, puede ser realizada en AP en colaboración con profesionales de atención especializada de salud mental. Se pueden usar muchas intervenciones preventivas en el contexto del entorno natural del paciente.²

Sin embargo, queda mucho camino por recorrer ya que el día a día, muchas veces basado en la atención de la demanda, dificulta esta visión de red comunitaria.

Cualquier mañana de mi consulta de enfermera en AP en el Servicio Andaluz de Salud:

- *Buenos días, en 5 minutos empezamos.* - Preparo el material y los tubos para extracción de sangre y voy llamando por orden.
- *Buenos días* - Una mujer en la sala de espera acercándose. - *¿Podrías sacarle sangre a mi hijo primero? Por si le da tiempo a entrar al instituto. Los demás están de acuerdo.*
- *Pues adelante.*

Habitualmente, mientras se van descubriendo el antebrazo, les doy pie para que me cuenten el motivo de la extracción, pero en este caso, él está callado. Sin embargo, su madre me cuenta:

- *Mira qué ojeras y qué mal color tiene, me tiene muy preocupada, sólo le da la luz al ir al instituto y volver, después de comer se mete en su habitación y no sale ni se relaciona con nadie. Bueno, con el ordenador, hasta las tantas está jugando”.*

Es el primero de los 20 que están citados para extracciones. Una embarazada para analítica de control, una mujer de 30 años por taquicardia, una de 24 años por cefaleas e insomnio. El insomnio se repite en tres pacientes distintos, un hombre de 55 años por debut de hipertensión arterial, otra mujer de 50 por astenia tras toma de antidepresivos por primera vez, otra por caída profusa de cabello (ella misma cree que es por estrés), otros por revisión de sus patologías crónicas y por último uno de urgencia, que tras haberle hecho un electrocardiograma y descartar patología cardiaca aguda, se realiza extracción por dolor precordial.

Y así empiezo el día, comprobando cómo una gran parte de los motivos de consulta son malestares emocionales y/o somatizaciones. Igual pasa con las consultas de Medicina de Familia y Pediatría.

En principio puede que no requieran medicación, pero sí un tipo de intervención que esté relacionado directamente con el nivel de gravedad e interferencia de la funcionalidad en su vida que le produce a esa persona el trastorno. Debido al limitado tiempo de consulta de Medicina de Familia y la dinámica de trabajo, no se ofrece esa intervención.

El profesional enfermero de AP sería idóneo para protagonizar una entrevista en la que ofrecer consejo sanitario, adopción de hábitos de vida saludable y materiales como las “Guías de Autoayuda para la Depresión y Trastornos de Ansiedad”³ o “En tiempos de

estrés, haz lo que importa” de la OMS ⁴. En definitiva, trabajar aspectos relacionados con la promoción de la salud mental y prevención de problemas psicoemocionales.

Para ello, algunas cuestiones básicas deben cambiar. Tanto la dinámica de prestación de cuidados enfermeros de AP, como la formación, la voluntad y expectativas de la población, tratando siempre de contar con la participación activa de la misma en todo proceso de toma de decisiones.

También en AP se atiende a personas con trastornos mentales ya diagnosticados y en seguimiento por profesionales en los servicios especializados de Salud Mental (SM), de ahí la importancia y necesidad de colaborar en los cuidados desde los dos niveles de atención, tanto para las personas usuarias, sus familias, la comunidad en general y los propios profesionales sanitarios.

Pese a lo remarcado de la importancia del trabajo colaborativo entre AP y la red de atención a la SM, mi percepción es que no hay trayectoria de programas conjuntos, encuentros en común, ni comunicación bidireccional habitual entre ellos, a pesar de la importancia de los espacios de cooperación entre AP y SM, tal como indica el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.⁵

La Enfermería de AP se ve diariamente abocada a realizar técnicas y cuidados muy específicos de otras especialidades. Ha tenido que adaptarse a nuevos materiales y formas de trabajo al prestar cuidados por ejemplo a pacientes con procesos oncológicos, con ostomías, etc. Normalmente con un referente de esa especialidad al que poder consultar las dudas y comunicar incidencias y dificultades. De igual modo, participando en talleres y cursos de reciclaje y/o especialización según van apareciendo novedades. Esto mismo podría hacerse para salud mental.

Tradicionalmente hay una escasa cooperación entre Enfermería de AP y de SM que en mi opinión se debe a diversos motivos que describo:

- Eventualidad en todos los puestos de las enfermeras dentro del Servicio Andaluz de Salud.
- Impacto del estigma. El estigma que tiene la sociedad en general, lo comparten los profesionales de AP. Miedo a una reacción inesperada del paciente, a hacer algún comentario o intervención contraproducente, ...
- Falta de formación. Sobre los trastornos de salud mental en general y los objetivos que se trabajan desde Enfermería de SM en concreto.
Escasez de encuentros de docencia o sesiones clínicas conjuntas, en los que identificar espacios e intervenciones que garantizarían mejora en los cuidados y comunicación fluida entre diferentes profesionales.
- Historia de SM con dificultad de accesibilidad. El personal de enfermería de AP tiene acceso a la Historia de Salud Digital del paciente, pero el acceso es complicado. Esto hace que no sabe en qué circunstancias está, ni ve si la enfermera de SM está trabajando un objetivo en concreto en el que haya que intervenir. Sin embargo, el profesional de SM sí ve las intervenciones y citas del de AP y el resto de especialidades con facilidad.
- Otros problemas varios, pero con ir modificando lo mencionado tenemos tarea.

El resultado es que ambos perfiles profesionales sienten que el otro es inaccesible y no colabora. No se conocen las dinámicas de trabajo y no se entienden bien las actuaciones desde cada lado.

El paciente y su familia se encuentran en dos atmósferas distintas y deben actuar de diferente forma en una y otra. Diferente accesibilidad, tiempo de atención, diferente actuación para la misma petición, etc.

Para que haya continuidad de cuidados y uniformidad en la atención, debe haber cambios que requieren esfuerzo de todos los profesionales. Debe haber un conocimiento de alternativas y apoyo de los demás profesionales y de la ciudadanía que está acostumbrada a una determinada actuación.

Propuestas para mejora de comunicación:

- 1) *Nombramiento de la figura de “referente de Enfermería de AP para SM” y una enfermera especialista en salud mental “referente de Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y/o resto de dispositivos de SM para AP”*

Sería solo el nombramiento de un profesional de Enfermería de una Zona Básica de Salud que tenga sensibilidad y disposición a serlo y la enfermera especialista en salud mental de los dispositivos especializados de SM; USMC, Unidad de Rehabilitación de SM, Unidad de SM Infanto-juvenil, etc. No requiere una incorporación nueva. Sería un comienzo para solventar la eventualidad en los puestos y la falta de comunicación. Después, cada enfermera atiende al paciente de su cupo.

Una enfermera referente de SM y AP supondría una gran ayuda para solventar dudas de administración de inyectables de depósito, de seguimiento con otras enfermedades, para acoger y garantizar que tienen seguimiento las personas a las que se ha dado de alta en la atención especializada, etc.

Por otro lado, la enfermera de AP está en contacto con la comunidad, con asociaciones y recursos de la comunidad con los que colaborar y “prescribir” estos recursos a los pacientes para que participen en ellos.

Facilitaría que la enfermera de SM comparta con la enfermera de AP lo que le gustaría trabajar con un paciente en concreto, como objetivos, registro del inyectable, visitas domiciliarias conjuntas, etc.

A falta de esa figura, está la Coordinadora de Cuidados de cada Centro de Salud de AP y la Enfermera Gestora de Casos de AP, ambas en contacto con todo el personal de enfermería. La comunicación se podría canalizar a través de ellas, pero evitando en todo momento seguir como compartimentos estancos, que perpetuaría el distanciamiento.

2) Formación

Actividades de formación sobre prevención del suicidio, talleres y cursos conjuntos, potenciar actividades como la puesta en marcha de Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria (GRAFA)⁶, sesiones clínicas, propuesta de visitas domiciliarias conjuntas, etc. La situación obviamente no es igual en todo el territorio andaluz, y sé que se realizan intervenciones de promoción de salud mental en AP, por ejemplo mediante los grupos socioeducativos en AP (GRUSE)⁷ impartidos por lo profesionales de trabajo social, y programas como Forma Joven⁸ y Creciendo en Salud, que se realizan en los entornos escolares, en estrecha coordinación con AP. Aun así, hay mucho margen de mejora y se necesitaría una implantación más homogénea.

Profesionales clave y momento oportuno

Estamos ante un escenario novedoso y propicio en la historia. Estamos presenciando la llegada e implantación de varias figuras que podrían ser el puntal sobre el que hacer el cambio. Tanto la enfermera de AP con dedicación completa a la población infantojuvenil (“enfermera de pediatría”), la Enfermera Referente de Centros Educativos (“enfermera escolar”)⁸, como los profesionales de psicología clínica de AP son figuras que están presentes en los Centros de Salud. Están diseñando sus papeles con la comunidad en una posición privilegiada para detección precoz de trastornos en población infantojuvenil y para la atención precoz de trastornos emocionales.

Estos profesionales están en contacto con los Equipos de Orientación Educativa de los centros educativos, con los profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería y trabajo social de AP.

Sería el momento de empezar el gran cambio con un espacio de colaboración y asesoramiento para los profesionales de AP.

Por otro lado, la predisposición de los profesionales de AP para los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario en salud mental (ETIC) va a ser valiosa. Es imprescindible esa cooperación, siempre en coordinación con las USMC, debido a la vulnerabilidad y necesidad de atenciones sanitarias en los centros de salud para personas candidatas a ser atendidas por ETIC, personas con trastorno mental grave y complejo.

La ayuda entre profesionales para una atención a pacientes complejos puede ser muy enriquecedora.

Para concluir, considero que la situación de altísima frecuentación de personas con demandas de trastornos mentales leves, la demora para consulta medicina de familia y pediatría, las preocupantes cifras de suicidio e intentos de suicidio y la incapacidad de resolver satisfactoriamente la demanda por falta de tiempo en una consulta médica, hacen que personas que se podían beneficiar de una atención adecuada a la gravedad e interferencia en su vida deban ser derivadas a los servicios de SM, darse de baja laboral o corran el riesgo de desarrollar un trastorno grave por la demora de su atención.

Por todo esto, creo que toda la población se beneficiaría si se llevara a cabo la extinción de esa tradicional lejanía entre Enfermería de SM y AP, tomando la enfermera de AP protagonismo, con el inexorable asesoramiento y apoyo por parte de la enfermera especialista en salud mental, en promoción y divulgación de salud mental.

También si la incorporación de los nuevos perfiles competenciales en AP, anteriormente mencionadas, hacen labor de unión para que la atención multidisciplinar que recibe la ciudadanía se perciba integrada, y no más disgregada en compartimentos estancos de difícil acceso, daríamos pasos importantes en la mejora de la atención a la salud mental en AP.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS. 2022
2. Pieters, G et al. Recuperación para todos en la comunidad. Documento de consenso del European Community based Mental Health Service Providers (EUCOMS) Network. 2017. Disponible en: <https://eucoms.net/wp-content/uploads/2019/12/EUCOMS-consensus-paper-Spanisch-version.pdf>
3. Servicio Andaluz de Salud. Guía de Autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Sevilla. Junta de Andalucía: 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto
4. Organización Mundial de Salud. En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada [Doing what matters in times of stress: an illustrated guide]. Ginebra 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/sh-2020-spa-3-web.pdf?sfvrsn=34159a66_2
5. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, depresión y Somatizaciones. 2ª edición. Sevilla. Junta de Andalucía: 2011. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d163e3_ansiedad_depresion_somatizacion.pdf
6. Servicio Andaluz de Salud. Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria. Sevilla: Junta de Andalucía: 2016. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Grupo_Afrontamiento_Ansiedad_AP_SAS_2016_DEF.pdf
7. Servicio Andaluz de Salud. Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE) Disponible en:

<https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/estrategia-gruse-guia-actualizada-para-el-desarrollo-de-grupos-socioeducativos-con-mujeres>

8. Consejería de desarrollo educativo y formación profesional. Hábitos de vida saludable en el ámbito educativo. Sevilla. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://portals.ced.junta-andalucia.es/educacion/portals/web/habitos-vida-saludable/forma-joven-en-el-ambito-educativo>

9. Servicio Andaluz de Salud. Funciones y competencias de las Enfermeras Referentes de Centros educativos (ERC) en Andalucía: Estrategia de Cuidados de Andalucía. Sevilla. Junta de Andalucía: 2021. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/funciones-y-competencias-de-las-enfermeras-referentes-de-centros-educativos-erc-en-andalucia>