

LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y EL REGISTRO TRIAXIAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LA ATENCION PRIMARIA: OPORTUNIDADES Y DIFICULTADES

Título original: *Intervenções Preventivas e o Registro Triaxial dos Problemas de Saúde em Cuidados Primários: Oportunidades e Dificuldades **

Dr. Bruno R. Lima **

Introducción

El estudio conjunto de la OMS "El registro triaxial de los problemas de salud: componentes físicos, psicológicos y sociales de los contactos en atención primaria" (87) tiene como objeto el desarrollar métodos de evaluación, de registro y de comunicación de tales problemas, para planear ulteriormente intervenciones preventivas a nivel individual, comunitario y nacional. En el proyecto participan siete países: Brasil *** Canadá, Colombia, Malasia, Tailandia, Estados Unidos y Zambia. Un proceso de intensa colaboración internacional**** condujo a la elaboración de clasificaciones de los problemas psicológicos y sociales, y de sus respectivos glosarios, que fueron inicialmente probados con resúmenes de historias clínicas redactadas a nivel local e internacional que representaban problemas típicos, excepcionales y difíciles, y en un segundo tiempo, con pacientes reales, con el objeto de incorporar estos mecanismos en la rutina del registro clínico de los centros. Cuando se conozca la frecuencia y la significación cultural de los problemas registrados podrán elaborarse modelos de intervención. El presente trabajo aborda este último aspecto, revisando algunos problemas conceptuales y metodológicos de posibles estrategias preventivas en atención primaria en relación con la clasificación triaxial. Como su uso en este contexto entraña una alteración tentativa y cuestionable de sus objetivos iniciales (concientizar al trabajador de la salud sobre los problemas psicosociales para valorar intervenciones preventivas) este trabajo también

propondrá algunos procedimientos de registro complementarios y/o alternativas para la consecución de este objetivo de investigación y de prestación de servicios.

Prevalencia de morbilidad física y psicosocial en la atención primaria

Los datos generados por el proyecto triaxial muestran los niveles y tipos de morbilidad física y psicosocial y su interrelación en varios centros de atención primaria en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados, pero, inclusive antes de obtener una revisión concisa de la literatura, muestran cuáles son los problemas que tendrán mayores probabilidades de ser identificados y registrados en los centros de investigación de campo, comprometidos en el estudio y que, por lo tanto, pueden prevenirse. Varios trabajos han demostrado que en los pacientes de atención primaria de salud, la morbilidad psicosocial se sitúa, generalmente, alrededor del 15% en los países desarrollados (37, 65) y en aquéllos en vías de desarrollo (15), como ocurre en la población general de los EU (60). Se sabe también que en la atención primaria, los cuadros psicóticos son los más raros, y los depresivos ansiosos, los más comunes (26, 34), y que los problemas físicos y los psicosociales están íntimamente relacionados (19). La utilización de los servicios generales de salud, más elevada entre los pacientes con trastornos mentales (32, 47), ha sido controlada, aunque no sistemáticamente (17, 46) por acciones de salud mental eficazmente implementadas (20, 26, 41, 79).

En el área social, la investigación muestra importantes y frecuentes problemas interrelacionados con trastornos físicos y psiquiátricos (2) entre los pacientes de la atención primaria (65). Los pacientes sujetos a transiciones sociales (57) también parecen tener más riesgo de desarrollar problemas emocionales y físicos. Han sido realizadas algunas tentativas para identificar, medir y encuadrar unidades de cambio social (36) y de disfunción social (14), que frecuentemente pasan desapercibidas (9, 72). La relación entre los problemas sociales y los psicológicos necesita analizarse más a fondo, pues las asociaciones observadas han tenido diversas interpretaciones (43), debido a que se responsabiliza más de los síntomas neuróticos (35) a los factores intrapsíquicos y caracterológicos, que a la

Salud Mental V. 7 No. 2 verano 1984

*Traducido por Pérez-Rincón.

**Profesor asistente del Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, EUA.

***En el Brasil, el área de estudio es el Sistema de Salud Comunitaria de la Unidad Sanitaria Murialdo, Porto Alegre, de cuyo equipo de investigación forma parte el autor, bajo la jefatura del Dr. Ellis Busnello, Director de Investigaciones del Centro.

****Grupo de trabajo OMS/NIMH, Washington, EU, 1979; Conferencia sobre Factores Psicosociales que Afectan la Salud. Evaluación, Clasificación y Utilización. Bellagio, Italia, 1981; Consultoría informal sobre el desarrollo de glosarios para categorías de problemas psicológicos y sociales, Ginebra, 1981; Encuentro de Investigadores Colaboradores, Washington, EU, 1982.

adversidad social.

Los resultados obtenidos a través del uso sistemático de la clasificación triaxial no sólo cuantificarán los problemas presentes en la atención primaria, sino que identificarán perfiles de comorbilidad, con importantes consecuencias para la comprensión de diversos aspectos del proceso de la enfermedad y de la prestación de servicios.

Prevención

a) Conceptos de las estrategias preventivas

Durante muchas décadas se pensó que si pudieran controlarse los factores predisponentes, podrían prevenirse las enfermedades específicas. Este enfoque se empleó con éxito en el manejo de las enfermedades infecciosas y nutritivas en las que existe una condición necesaria, claramente identificada, aunque con frecuencia sea insuficiente. Sin embargo, hay muchos trastornos médicos y psiquiátricos que no se adaptan a este paradigma (7). El pensamiento moderno enfocó la atención en los factores precipitantes que se relacionan con la enfermedad y el funcionamiento desadaptado en general. Es poco probable que "algún proceso o estrés psicosocial pudiera ser etiológicamente específico para cualquier enfermedad, por lo menos, de acuerdo con la clasificación actual" (13). Pero el que "las manifestaciones clínicas de esta mayor susceptibilidad aumenten la susceptibilidad a la enfermedad, no sería debido al estrés específico". Este enfoque permite aplicar un repertorio más amplio de posibles intervenciones preventivas. Además de la prevención de trastornos mentales específicos, a través de una menor exposición a tóxicos, infecciones, genes, deficiencias nutritivas, traumas y enfermedades sistémicas (1), han sido enfatizados mecanismos adaptativos más globales que tratan de desarrollar capacidades y, por lo tanto, de disminuir la vulnerabilidad del "huésped" a la repetición del estrés.

Estos dos enfoques, a saber: "el mayor interés en las crisis precipitantes en lugar de las variables evolutivas predisponentes, y la mayor aceptación de las intervenciones preventivas generales, además de las específicas" (7), permiten un mejor entendimiento y comprensión de las oportunidades preventivas en la atención primaria. Los periodos de cambio biopsicosocial, como factores precipitantes que conducen al estrés y al funcionamiento inadecuado, se convierten en áreas adecuadas de intervención para el trabajador de la salud (62).

b) Prevención integral

La OMS-EURO desarrolló recientemente un plan de prevención integral de las enfermedades no contagiosas, orientado a la comunidad, con el objeto de dirigir a otras enfermedades las diversas intervenciones que se ocupaban de una sola enfermedad, o de aplicar una estrategia única para la prevención de varias enfermedades, a modo de reducir la carga total de muerte prematura, incapacidad y morbilidad, y no sólo las

consecuencias de una enfermedad única (86).

Sus objetivos específicos son:

1. Desarrollar un enfoque para la promoción de la salud en el área de las enfermedades no contagiosas y facilitar su implementación por los servicios sociales y de salud existentes;
2. Desarrollar métodos educativos para ampliar el conocimiento y modificar las actitudes y el comportamiento que influyen en la salud, permitiendo así que las comunidades asuman la responsabilidad sobre su propia salud;
3. Monitorear la incidencia de enfermedades no contagiosas relacionadas con el estilo de vida, a través de sistemas adecuados de información, incorporados, en la medida de lo posible, a los servicios de salud existentes, permitiendo la recolección, el registro y el almacenamiento de la información necesaria para valorar el programa a largo plazo;
4. Descubrir la manera de incorporar a la atención primaria de la salud los programas de control y prevención de enfermedades no contagiosas.

Se propuso que fuera creado un programa de salud mental con este propósito (29), que comprendiera los siguientes trastornos: encefalopatía por sarampión, encefalopatía por rubeola, pelagra, neurosífilis congénita, encefalopatía por herpes neonatal, síndrome de Down, síndrome del feto alcohólico, síndrome cerebral iatrogénico, hipertensión con demencia por infartos múltiples, síndrome cerebral traumático, abuso y dependencia al alcohol, abuso y dependencia a las drogas, incapacidad crónica, síndrome cerebral tóxico resultante de exposición ambiental, y demencia senil. El "mapeo" de los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), de acuerdo al aspecto en que interviene (comportamiento individual, organización de los servicios de salud y política gubernamental), produce nueve células en las que pueden ser anotadas individualmente las acciones específicas de salud. El alcohol se da como un ejemplo (figura 1), por ser un factor conocido de riesgo para el síndrome del feto alcohólico, el abuso y la dependencia al alcohol, la demencia asociada al alcoholismo, la incapacidad crónica asociada al abuso, la dependencia con síndrome cerebral, la violencia (homicidio, suicidio, asalto, estupro, abuso conyugal y hacia los hijos), los accidentes (tránsito, industrial, doméstico), el cáncer de varios tipos (boca, lengua, faringe, esófago, hígado), la enfermedad coronaria, y muchas otras condiciones, incluyendo la cirrosis, la infiltración hepática, la muerte súbita y la muerte por exposición.

Debería darse una prioridad similar a la identificación de otras condiciones y factores de riesgo cuya prevención o control tendrán diversos resultados preventivos. Como se ha visto, uno de los objetivos del proyecto es incorporar el concepto de prevención integral de las enfermedades no transmisibles a otras intervenciones preventivas a nivel de atención primaria. Este punto podría ser investigado en el "Estudio Triaxial", en el cual el registro simultáneo de los

problemas físicos, psicológicos y sociales crea una situación natural para la identificación de las intervenciones preventivas y su valoración ulterior. Deben desarrollarse cuadros semejantes para los problemas específicos con el objeto de identificar acciones de salud para la prevención primaria, secundaria y terciaria, que controlen diversas condiciones a nivel de comportamiento individual, organización de servicios de salud, y política gubernamental.

Clasificaciones dimensionales vs. tipológicas

Deberán proponerse estrategias preventivas para modificar sustancialmente las condiciones que se observan en la atención primaria, o sea, su incidencia, duración o nivel de incapacitación resultante; y para nuestros objetivos específicos, la clasificación triaxial debería registrar el proceso de intervención y sus resultados. Como se ha visto antes, este objetivo se desvía de su propósito inicial, centrándose ahora en la valoración de las intervenciones preventivas. Podría argumentarse que esto no está en función de un sistema clasificatorio. No obstante, la clasificación debería permitir el registro de lo que está presente antes y después de una determinada intervención, permitiendo así la valoración de la eficacia de esta intervención. Para llegar a este objetivo, el proceso de registro debe reestructurarse. Posteriormente se discutirá la modificación del instrumento.

La clasificación actual ofrece la doble posibilidad de registrar tanto "enfermedades/síndromes" como "síntomas/signos", así como varios tipos de función social. Esta flexibilidad es evidentemente muy útil y evita que se formulen críticas contra el uso de definiciones convencionales de los casos clínicos como el criterio principal para la identificación de trastornos no psicóticos en comunidades y en la atención primaria, porque en psiquiatría se hospitaliza demasiado y se pone un mayor énfasis en los síntomas de las enfermedades y no se valoran los factores caracterológicos y el funcionamiento social (11, 83). La clasificación triaxial combina los ejes tipológicos y dimensional (48) sin reconocer, empero, claramente esta dualidad en su conceptualización y operacionalidad. Ciertos problemas se adaptan al modelo binario "presente/ausente" (vg. el síndrome orgánico cerebral secundario a la intoxicación alcohólica), en tanto que otros deberán ser anotados como si fueran categóricos (vg. el conflicto conyugal), como en los casos en los que una conceptualización dimensional tenga mayor valor heurístico (vg. la presencia de mayor o menor conflicto conyugal). Aquí, la clasificación y su proceso de codificación hacen difícil la valoración del impacto de las intervenciones preventivas. La atención primaria enfrenta con mayor frecuencia trastornos psicosociales "menores que representan desviaciones cuantitativas de la normalidad, para las cuales las dimensiones de la intensidad de los síntomas y su perfil sintomático subsecuente deben ser vistos como más adecuados" (38) que las categorías individualizadas. Por consiguiente, las categorías conceptualizadas como dimensionales deberían registrarse como tales para que las interven-

ciones dirigidas a disminuir su intensidad, en lugar de abolirlas por completo, puedan registrarse, comunicarse y valorarse.

Hay tres modelos posibles para proceder:

- a) Fragmentar las grandes unidades dimensionales de observación en unidades categóricas menores con el fin de tener "perfiles binarios" (vg., en lugar de "conflicto conyugal" solamente, esta unidad podría ser subdividida en varias subunidades, como "vida sexual", "disputas físicas", "disputas verbales", "ausencia", etc.), por lo que será muy difícil identificar las subunidades significativas, así como su registro fidedigno, debido a la escasez de tiempo y a otros factores limitantes en la atención primaria.
- b) Se podría anexar alternativamente una escala dimensional para cada problema, de modo que, además de identificar su presencia, el trabajador de la atención primaria pudiera registrar rápidamente su intensidad. En un modelo visual-analógico (21) se podría alcanzar este objeto marcando una línea que indicara un gradiente de intensidad creciente de izquierda a derecha. Por ejemplo: si la línea tuviera 100 mm. de extensión, se le daría un valor de 56 a la marca que distara 56 mm de la extremidad izquierda,
- c) Por último, se podrían usar tres cuadros para indicar la intensidad del problema (mínimo, moderado y grave).

El modelo visual-analógico hace más fácil el registro, pero es difícil medir la distancia entre la marca y el extremo de la línea. Los cuadros seriados, a pesar de crear artificialmente niveles de intensidad, hacen más fácil el registro y la computación y pueden representar una considerable ventaja. Las categorías y perfiles dimensionales indican la presencia e intensidad de síntomas que tendrían consecuencias directas para el tratamiento, pero en ciertas condiciones han sido considerados más útiles para preveer los resultados de las intervenciones terapéuticas que para el diagnóstico (81) y los estudios de valoración de las intervenciones preventivas. Es cuestionable si la operacionalidad de la intensidad de un determinado problema deba ser especificada a través de criterios objetivos o dejada para ser valorada por la impresión del trabajador de salud. En este caso, se necesitaría de un estudio ulterior. La lista de los problemas físicos podría ser sometida a una reorganización similar.

Evaluación

Para evaluar la eficacia de una intervención determinada es necesario que se hagan ensayos clínicos preliminares de acuerdo con un protocolo de investigación, en una muestra representativa de pacientes, por medio de instrumentos que midan trastornos psicológicos y de funcionamiento social, como el *Present State Examination* (84), para los trastornos psiquiátricos, y el *Standardized Social Interview Schedule* (15), para el funcionamiento social. Una vez que sea determinada la eficacia de una intervención específica y que el cambio

que provoca pueda ser medido por estos instrumentos de investigación, debe repetirse la intervención, utilizándose ahora la clasificación triaxial modificada para ver si ésta permite un registro correcto tanto de los problemas como de su evolución. Podría ocurrir que el cambio identificado por el instrumento de identificación sea de muy pequeña magnitud como para ser registrado por la clasificación triaxial modificada de uso clínico rutinario, de manera que la monitorización de un programa preventivo exigiría un instrumento simple, inclusivo y sucinto para ser anexado a la clasificación, y que posea una validez y una fidelidad bien establecidas en la atención primaria. El *General Health Questionnaire* (24), el *Mini Mental State Examination* (22) y, tal vez, el *Psychosocial History Screening Questionnaire* (72), cuantifican, respectivamente, perturbación emocional, estado cognitivo y funcionamiento social de una manera adecuada para la atención primaria.

Los aspectos físicos de la enfermedad deberían recibir una atención similar y podrían emplearse instrumentos de registro para valorar los problemas que serían controlables por las intervenciones preventivas.

Capacitación y educación de los trabajadores de la salud

Para que se registren los problemas, se implementen las intervenciones y se midan los resultados, es necesario capacitar a los trabajadores de la salud para que puedan desempeñar varias acciones de salud mental. Si no se da atención al componente educativo, existe una mínima posibilidad de que la clasificación triaxial *per se* tenga un impacto sustancial en la actividad clínica del trabajador de la salud, a pesar de proporcionarle una mayor concientización de los problemas psicosociales. Se pueden usar varios medios para la educación y la capacitación del sector especializado (31), tales como aulas, seminarios, consultorías, *liaison* y comunicación informal, que le permitan hacer el diagnóstico correcto y manejar debidamente la farmacoterapia, la psicoterapia, los tratamientos y las alternativas, así como para referir adecuadamente a los pacientes.

Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones educativas al sector especializado durante el curso médico (78), tendientes a mejorar las habilidades interpersonales (53) y la manera de hacer las entrevistas (63). Los residentes (52) también reciben esta influencia positiva por medio del adiestramiento en problemas psicosociales. Burns publicó recientemente una revisión de la literatura sobre varios aspectos actuales del adiestramiento del médico familiar en salud mental (10). En el tercer mundo, la educación en la atención primaria se ha llevado a cabo con el auxilio de los manuales de entrenamiento, que se han usado con éxito en programas de capacitación a nivel estatal en el Brasil (45).

Estrategias de intervención

Las diversas acciones de salud que puede emprender

el trabajador de la atención primaria para manejar la morbilidad psicosocial, son: la identificación, la consultoría, el tratamiento y la derivación (31).

a) Identificación

El uso de un instrumento triaxial no solamente aborda el problema de la identificación correcta de los problemas emocionales, sociales y físicos, separadamente, sino que amplía las posibilidades de explorar sus asociaciones. Los pacientes que atraviesan por transiciones psicosociales corren el riesgo de desarrollar diversas condiciones patológicas y es aquí en donde intervendría la prevención primaria (57). Se han identificado importantes transiciones psicosociales en la infancia (pérdida o separación de los padres, pérdida del ambiente familiar, vg., por hospitalización); en la adolescencia (separación de los padres, del hogar y de la escuela); en la vida adulta (separación conyugal, gravidez, nacimiento de los hijos, muerte o enfermedad de éstos, pérdida del empleo, muerte de los padres, migración); y en la vejez (jubilación, pérdida de funciones físicas, luto, enfermedad o la incapacitación de un pariente cercano). Además de que estas transiciones psicosociales son comunes, deben estudiarse los factores adicionales que contribuyen a dificultar el manejo adecuado de una situación psicosocial específica (vg. las crisis vitales de magnitud excesiva), así como la vulnerabilidad a ciertos problemas que influyen en la reacción individual, a despecho de la capacidad del paciente para manejar el acontecimiento vital en sí (vg. la pobreza, la presencia en el hogar de muchos hijos pequeños, el desempleo) (62).

El registro triaxial cubre gran parte de estas áreas y la identificación de estos estados transicionales debería alertar sobre el aumento de riesgos a los que puede estar sujeto un determinado paciente o una determinada familia. Uno de los medios para facilitar la comunicación podría ser el empleo de fichas de problemas. El trabajador de la salud podría anotar en el expediente del paciente cuando observara que éste estuviera experimentando algún estrés psicosocial, el cual probablemente no pudiera manejar con eficacia, predisponiéndolo a la depresión o al alcoholismo. Podría usarse un índice de morbilidad social para identificar, valorar y comunicar al equipo de salud la gravedad del problema y las medidas que deban tomarse. "Este índice también permitirá atender a grupos de pacientes que necesitan atención especial, como son los padres solteros o los ancianos que viven solos, de manera que los planes de tratamiento se puedan elaborar adecuadamente" (62).

Los pacientes que intentan suicidarse también representan una buena oportunidad para aplicar la prevención en la atención primaria, ya que dos tercios de los pacientes envueltos en actos parasuicidas habían consultado a su médico general el mes anterior (62). Se han identificado errores de omisión (51) y de acción médica (50), no obstante, no se le ha dado importancia a este problema en la literatura sobre atención primaria. A pesar de que el suicidio es un acontecimiento raro en la práctica clínica diaria, sus factores de riesgo

abarcen los ejes biológico, psicológico y social (enfermedades físicas, especialmente crónicas e incapacitantes, depresión, alcoholismo, desempleo, aislamiento, vejez) (61), de manera que el trabajador de la salud, al valorar sistemáticamente los aspectos físicos y psicosociales de sus pacientes y al registrarlos triaxialmente, tendrá más oportunidad de identificar a los pacientes que presenten el riesgo de intentar o cometer suicidio, pudiendo intervenir a tiempo (69), (76).

Por último, debe observarse que la morbilidad física y psicosocial tiende a coexistir y que los problemas de salud mental predisponen a la enfermedad física, lo que hace que disminuya la esperanza de vida (75). Por lo tanto, la presencia de trastornos psiquiátricos y de problemas psicosociales debe alertar al trabajador de la salud sobre la vulnerabilidad potencial de sus pacientes.

b) Consultoría y liaison

El sector de salud mental puede y debe ejercer una gran influencia en la prevención de la morbilidad psicosocial en la atención primaria, dentro de un modelo de *liaison* (medicina de enlace). Se han propuesto varios modelos integrativos (8, 28) y se han hecho recomendaciones (54) encaminadas a alcanzar una integración y una coordinación de los servicios. Sin embargo, se le ha dado poca atención a la posibilidad de registrar estas intervenciones de enlace que no se anotan en el carnet del paciente, pues el "encuentro" entre el trabajador de la atención primaria y el supervisor de salud mental no se registra en un formato especial que permita conocer esta interacción, así como las recomendaciones que se hayan hecho en esa ocasión. Si el trabajador de la salud ha de desempeñar sus tareas de salud mental adecuadamente, el "enlace" es crucial y debería ser visto como una necesidad esencial en la prestación de servicios primarios de salud. Debe haber una supervisión especializada para que el modelo de "enlace" funcione adecuadamente. Como las actividades del trabajador primario de la salud abarcan servicios directos y consultoría con el especialista en salud mental, debería existir un registro de ambos, para tener el cuadro completo de sus tareas. Se propuso hacer una clasificación del proceso de la atención primaria, pero sin especificar las actividades de consultoría y enlace (73). El registro sistemático de acontecimientos importantes favorecería el pago de los servicios de enlace, cuya ausencia ha sido denunciada como uno de los mayores impedimentos para una cooperación efectiva entre la atención primaria y la psiquiatría en un hospital general (30). El servicio de consultoría del Hospital Monte Sinaí de Nueva York (71) utiliza un banco computarizado de datos y ofrece la oportunidad de valorar los servicios y los aspectos educativos del programa. Debería pensarse en ampliar su objetivo adaptándolo en forma simplificada a una función de enlace aceptable para las instituciones interesadas, financieramente viable para las comunidades de escasos recursos y adaptado para la atención primaria.

c) Tratamiento/manejo

1. Medicación psicotrópica

Existe la preocupación de que en la clínica general se han estado usando medicaciones psicotrópicas en exceso (55) y de manera inadecuada (40), además de que "los trastornos emocionales parecen haber sustituido al dolor como la razón más común para recurrir a estos medicamentos" (6). Parece ser que estas drogas, especialmente los antidepresivos (39), estaban siendo subprescritas (18), por lo que los pacientes que debían beneficiarse con ellas no las estaban recibiendo en cantidades suficientes, tal vez debido a que en la decisión de prescribirlas están involucrados varios parámetros físicos y psicosociales (59). "Por lo tanto, sería aconsejable una intervención médica más apropiada y de mejor calidad, que garantizara el uso responsable de drogas psicotrópicas" (56).

El registro sistemático y simultáneo de los síntomas psicológicos y de los problemas sociales proporcionará datos muy interesantes. En los pacientes ambulatorios deprimidos, la medicación antidepresiva no ha evitado las remisiones, y, a su vez, la psicoterapia ha producido mejor adaptación social, justificándose de esta manera un tratamiento combinado (77).

Con el uso sistemático de las clasificaciones de problemas psicológicos y sociales podrán identificarse rápidamente los efectos semejantes evidenciables en varios ejes.

Además de esto, se ha observado que algunos pacientes que reciben medicación psicotrópica, en especial benzodiazepinas para los trastornos cardiovasculares (8), tienen problemas físicos en proporciones significativas. El registro simultáneo del eje físico abarca esta área de comorbilidad, de tal manera que la utilización de la clasificación triaxial será muy importante para valorar las prescripciones de los médicos familiares, y para explicar mejor las diferencias observadas entre estos profesionales y los psiquiatras (44).

Esta área de estudio indica que cuando el perfil de los medicamentos prescritos y de la morbilidad física y psicosocial en la atención primaria es registrada sistemáticamente por la clasificación triaxial, se pueden descubrir interesantes asociaciones entre los problemas físicos, psicológicos y sociales y el subsecuente tratamiento psicofarmacológico.

2. Tratamiento psicológico

Se le ha dado poca atención a la valoración sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas llevadas a cabo por los trabajadores de los centros de atención primaria de la salud, considerando las limitaciones y dificultades con que se encuentra este tipo de trabajador. Esta omisión no refleja la eficacia potencial de estas intervenciones. Una revisión reciente de la literatura sobre los pacientes hospitalizados por problemas cardíacos, mostró que las intervenciones psicológicas, aunque sean mínimas, se asocian con una mejor y más rápida recuperación del paciente cuando se comparan

con los casos en los que no hubo intervención psicológica (49).

La mayor parte de las estrategias psicoterapéuticas se desarrolla a partir del modelo del psicoanálisis clásico; tratamiento prolongado e intenso. Se ha intentado mantener la intensidad y abreviar significativamente la duración (68), pero no se han difundido protocolos de investigación que estudien el impacto de una psicoterapia de apoyo de baja intensidad, pero prolongada, a cargo del médico familiar. El sector de la atención primaria, al asumir una responsabilidad longitudinal integral y personalizada en el tratamiento del paciente, y al coordinar los servicios médicos especializados y sociales, disfruta de una perspectiva adecuada para estudiar ese problema.

De manera similar, la escasez de tiempo se considera como una gran dificultad que debería ser investigada mejor. Por otro lado, "una entrevista breve no es necesariamente una entrevista trivial" (5). El trabajador de la atención primaria no es un "psicoterapeuta fallido" (66) ni un "especialista fallido". Su esquema de referencia, al ser considerablemente diferente del de sus colegas especialistas, le permite una mejor comprensión de los aspectos familiares y sociales del paciente, de su historia y de sus problemas actuales; le da la oportunidad de seguir estos aspectos longitudinalmente por periodos prolongados de tiempo, y de manejar problemas médicos y psicosociales. Se ha desarrollado una agenda para la utilización completa de lo que se ha llamado "el potencial excepcional de cada consulta de medicina familiar" (70) en la que se han señalado cuatro áreas: 1) manejo de los problemas corrientes; 2) modificación y utilización de los servicios; 3) manejo continuo de problemas; 4) promoción oportuna de la salud. Existen oportunidades semejantes para la promoción de la salud mental y para el manejo de los problemas psico-

sociales. Se obtendrían mejores resultados si pudieran identificarse los factores que predicen resultados positivos en la psicoterapia del consultorio (3, 16).

Es necesario que se registren los cambios subsecuentes a estas intervenciones. La clasificación triaxial satisface esta exigencia logística de manera que las intervenciones psicológicas pueden ser valoradas simultáneamente en las áreas física, psicológica y social del paciente.

d) Encauzamiento

El nivel de responsabilidad que debe tener el trabajador de la atención primaria para manejar los problemas psicosociales, depende de varios aspectos: la práctica local, la disponibilidad de servicios de apoyo y las vías de canalización o encauzamiento. Pero una mayor concientización de los problemas psicosociales traería como consecuencia principal el que se encauzaran más pacientes hacia el sector especializado —el "enlace" serviría para facilitar ese proceso— y esto podría originar que el trabajador de la atención primaria se sintiera frustrado e impotente para manejar los problemas psicosociales que identifique. En los países desarrollados se considera crucial la "revitalización del papel del médico familiar en la prestación de servicios de salud mental" (65). En el mundo en vías de desarrollo esto es indispensable, pues la proporción de psiquiatras en la población general es de menos de 1 por millón (40), o sea que, por ejemplo, en el Senegal, para una prevalencia de trastornos mentales graves, valorada en el 1% de la población general (85), hay un psiquiatra por cada 5,000 pacientes; y en Etiopía, uno por cada 50,000 habitantes (33), lo que da por resultado que el pretender enviar al paciente con el especialista sea una alternativa impráctica e irreal. Sin embargo, cuando esto

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL *

	Legislativo gubernamental	Prestación de servicios	Comportamiento individual
Nivel primario (eliminación de las causas de una enfermedad y sus precursores).	Gravar el alcohol. Establecer programas de educación sobre el alcoholismo y restringir su accesibilidad. Aumentar el castigo para los delitos cometidos bajo su influencia. Difundir a través de los medios de comunicación, las consecuencias del consumo de alcohol.	Educar al personal de la salud para que reconozca y acepte el alcoholismo como una enfermedad, y lo trate adecuadamente.	Educar al público acerca de los signos y síntomas del alcoholismo y su prevención. Identificar a los niños tímidos y agresivos de 6-7 años, y ofrecerles terapia en la que se incluya a su familia.
Nivel secundario (tratar la enfermedad clínica para prolongar la vida y limitar la incapacitación).	Penalizar efectivamente los delitos cometidos bajo su influencia. Subvencionar programas de tratamientos médicos relacionados con el alcoholismo. Establecer los servicios necesarios para atender al público.	Seleccionar a los pacientes de alto riesgo (por ej. jóvenes del sexo masculino que hayan tenido accidentes de tránsito). Impartir educación acerca del alcoholismo, su tratamiento, los grupos de autoayuda, el disulfirán, la nutrición adecuada y la atención médica.	Educar e informar al público acerca del tratamiento y los grupos de autoayuda. Reforzar la adhesión al tratamiento. ¿Técnicas?
Nivel terciario (tratar la enfermedad clínica para prolongar la vida y limitar la incapacitación).	Implementar los cuidados necesarios de salud. Subvencionar programas para tratamientos médicos. Favorecer el alojamiento o la pensión protegida para pacientes incapacitados debido a su dependencia al alcohol.	Impartir educación sobre el alcoholismo, su tratamiento, los grupos de autoayuda, el disulfirán, la nutrición adecuada y la atención médica.	Reforzar la adhesión al tratamiento ¿Técnicas?

* Fuente: (29)

es posible, la clasificación triaxial permite hacer un análisis de la interrelación que existe entre los problemas físicos y psicosociales, y el encauzamiento del paciente al especialista (12, 23, 27, 52, 67, 78). Con este sistema podría saberse si "el médico familiar envía al especialista a los pacientes que juzga que se beneficiarán del tratamiento psiquiátrico, o a aquellos pacientes complicados, desagradables o no gratificantes" (82). Deberá estudiarse el envío de pacientes al sector médico especializado, ya que la magnitud de los problemas psicosociales influye mucho en esta decisión (23).

Antes de enviar a un paciente al sector especializado se estudiará la relación que haya en el proceso entre los problemas físicos, psicológicos y sociales por medio del análisis de los datos. Estos se tendrán a la mano si se utiliza en la clínica, de manera rutinaria, la clasificación triaxial.

Conclusión

El nivel de la atención primaria, la íntima interrelación de los problemas físicos, psicológicos y sociales en la predisposición, desencadenamiento y evolución de la enfermedad, así como el proceso de prestación de servicios, exige que el registro de salud se lleve a cabo triaxialmente. El uso sistemático de la clasificación triaxial, propuesto en la rutina clínica de la atención primaria, generará una riqueza de datos que permitirá una mejor comprensión del tipo y magnitud de los problemas a este nivel de la prestación de servicios, y de los perfiles de comorbilidad, lo que permitirá ampliar las estrategias de tratamiento y las intervenciones preventivas.

Nota:

El autor agradece a los Dres. E. Gruenberg y T. Sluss por el material sobre prevención integrada de las enfermedades no transmisibles; y a los Dres. E. Busnello y P. Mc Hugh, por el apoyo continuo que han brindado al desarrollo de este proyecto.

APENDICE I

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS

- 00 Ningún problema psicológico que amerite consulta
- 01 Se siente ansioso, nervioso o tenso
- 02 Se siente deprimido

- 03 Se siente irritado o agresivo
- 04 Se siente inquieto o agitado
- 05 Trastornos del sueño
- 06 Se siente cansado, apático o distraído
- 07 Se siente insatisfecho
- 08 Trastorno de memoria o de concentración
- 09 Ideas, impulsos o actos suicidas
- 10 Delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos
- 11 Retraimiento social
- 12 Problemas relacionados con la ingesta de sustancias
- 13 Trastornos de personalidad
- 14 Problemas sexuales
- 15 Problemas de alimentación
- 16 Problemas psicofisiológicos (incluye síntomas físicos exacerbados por factores psicológicos)
- 17 Problemas de aprendizaje
- 18 Problemas emocionales en la infancia
- 19 Problemas de conducta en la infancia
- 20 Condiciones orgánicas psicóticas
- 21 Psicosis esquizofrénicas y paranoides
- 22 Psicosis afectivas
- 23 Otras psicosis no orgánicas
- 24 Retardo mental
- 25 Otros trastornos o síntomas mentales y psicológicos

APENDICE II

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS SOCIALES

- 00 Ningún problema social que amerite consulta
- 01 Problemas conyugales
- 02 Problemas entre padres e hijos
- 03 Ruptura familiar
- 04 Otros problemas de relación interfamiliar
- 05 Problemas relacionados con el cuidado de personas enfermas o incapacitadas
- 06 Problemas habitacionales
- 07 Cambio de residencia
- 08 Otros problemas interpersonales extrafamiliares
- 09 Aislamiento social
- 10 Problemas financieros
- 11 Problemas con el sistema educacional
- 12 Problemas ocupacionales
- 13 Problemas legales
- 14 Situaciones personales que impiden el acceso a la atención de la salud
- 15 Situaciones ambientales perjudiciales para la salud
- 16 Problemas originados por prácticas sociales, culturales o por sistemas de creencia
- 17 Otros problemas sociales

REFERENCIAS

1. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: *Mental Disorders. A guide to control methods*. Nueva York: American Public Health Association, 1962.
2. ANDREWS G y cols: The relation of social factors to physical and psychiatric illness. *Amer J Epidemiology*, 108: 27-35, 1978.
3. ANSTETT R, HIPSKIND M: Selecting patients for brief office counseling. *J Fam Pract*, 13: 195-9, 1981.
4. BAGADIA VN: Mental health care and its problems in India. *Int Soc Sci J*, 25: 512-31, 1973.
5. BLACKWELL B, GOLDBERG DP: Psychiatric interviews in general practice. *Brit Med J*, 4: 99-

- 101, 1968.
6. BLACKWELL B: Psychotropic drugs in use today. The role of diazepam in medical practice, *JAMA*, 225: 1637-41, 1973.
7. BLOOM BL: Prevention of mental disorders: Recent advances in theory and practice. *Comm Ment Health J*, 15: 179-91, 1979.
8. BORUS JF: Neighborhood Health Centers as providers of primary mental health care. *New Eng J Med*, 295: 140-5, 1976.
9. BRODY DS: Physician recognition of behavioral, psychological, and social aspects of medical care. *Arch Intern Med*, 140: 1286-9, 1980.
10. BURNS JB, SCOTT JE: Mental health training for family practice residents: an annotated bibliography of recent literature (1975-1981), *Family Medicine*, 14: 1-9, 1982.
11. BUSNELLO E y cols: Psychiatric and Psychosocial Issues in Vila Sao Jose do Murialdo Setting in Brazil. Proceedings of the *WHO/ADAMHA International Conference on Classification and Diagnosis of Mental Disorders, Alcohol - and Drug-Related Problems*, Copenhagen, Dinamarca, 1982 (en prensa).
12. CAREY K, KOGAN WS: Exploration of factors influencing physician decisions to refer patients for mental health service. *Med Care*, 9: 55-66, 1971.
13. CASSEL J: The contribution of the social environment to host resistance. *Amer J Epi*, 104: 107-23, 1976.
14. CLARE AW, CAIRNS VE: Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychol Med*, 8: 589-604, 1978.
15. CLIMENT CE y cols: Mental Health in Primary Health Care. *WHO Chronicle* 34: 231-6, 1980.
16. CONROE RM y cols: A systematic approach to brief psychological intervention in the primary care setting. *J Fam Pract*, 7: 1137-42, 1978.
17. DIEHR P y cols: The relationship between utilization of mental health and somatic health services among low income enrollee in two provider plans. *Med Care*, 17: 937-52, 1979.
18. DUNLOP D: The use and abuse of psychotropic drug. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 63: 1279-82, 1970.
19. EASTWOOD MR, TREVELYAN MH: Relationship between physical and psychiatric disorder. *Psychol Med*, 2: 363-72, 1972.
20. FOLLETTE W, CUMMINGS NA: Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting. *Med Care*, 5: 25-35, 1967.
21. FOLSTEIN MF, LURIA R: Reliability, validity, and clinical application of the visual analogue mood scale. *Psychol Med*, 3: 479-86, 1973.
22. FOLSTEIN MF y cols: Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*, 12: 189-98, 1975.
23. GARDINER AQ y cols: A survey of general practitioners' referrals to a psychiatric outpatient service. *Brit J Psychiat*, 124: 536-41, 1974.
24. GOLDBERG D: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Londres, Oxford University Press, 1972.
25. GOLDBERG D, KAY C, THOMPSON L: Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med*, 6: 565-9, 1976.
26. GOLDBERG ID y cols: Effect of a short-term outpatient psychiatric therapy benefit on the utilization of medical services in a prepaid group medical program. *Med Care*, 8: 419-28, 1970.
27. GOLDENSOHN SS y cols: Referral and utilization patterns in the first year of a mental health center in a prepaid group practice medical program. *Med Care*, 5: 36-43, 1967.
28. GOLDMAN HH, BURNS BJ, BURKE JD: Integrating primary health care and mental health services: a preliminary report. *Public Health Reports*, 95: 535-9, 1980.
29. GRUENBERG EM, SLUSS TK: The WHO perspective on prevention of mental disorder. Paper presented at the 136th meeting of the American Psychiatric Association, Nueva York, NY, abril 30 - mayo 6, 1983.
30. HALES RE, FINK PJ: A modest proposal for consultation/liaison psychiatry in the 1980's. *Amer J Psychiat*, 139: 1015-21, 1982.
31. HAMBURG DA y cols. (eds): *Health and Behavior*. Washington, DC: National Academy Press, pp 279-92, 1982.
32. HANKIN JR y cols: Use of general medical services by persons with mental disorders. *Arch Gen Psychiat*, 39: 225-31, 1982.
33. HARDING TW: Psychiatry in rural-agrarian societies. *Psychiat Annals*, 8: 302-10, 1978.
34. HARDING TW y cols: Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med*, 10: 231-41, 1980.
35. HENDERSON S: Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *Brit J Psychiat*, 138: 391-8, 1981.
36. HOLMES TH, RAHE RH: The social readjustment rating scale. *J Psychos Res*, 11: 213-8, 1967.
37. HOUPJT JL y cols: *The Importance of Mental Health Services to General Health Care*. Ballinger Pub. Co., Cambridge, Mass. 1979.
38. INGHAM JG, MILLER PMCC: The concept of prevalence applied to psychiatric disorders and symptoms. *Psychol Med*, 6: 217-25, 1976.
39. JOHNSON DAW: Treatment of depression in general practice. *Brit J Med*, 2: 18-20, 1973.
40. JOHNSON DAW: A study of the use of antidepressant medication in general practice. *Brit J Psychiat*, 125: 186-92, 1974.
41. JONES KR, VISCHI TR: Impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization. *Med Care*, 17, Suppl. 1979.
42. JONES LR y cols: A curriculum for the psych-

- iatric training of family physicians. *Gen Hosp Psychiat* 3: 189-98, 1981.
43. KEDWARD HB, SYLPH J: The social correlates of chronic neurotic disorder. *Social Psychiat*, 9: 91-8, 1974.
 44. KETAI RM, HULL AL: Tricyclic antidepressant prescribing habits: a comparison of family physicians and psychiatrists. *J Fam Pract*, 7: 1011-4, 1978.
 45. LIMA BR (ed): *Manual de Treinamento em Cuidados Primarios de Saude Mental*. Porto Alegre, RS: Secretaria de Saude e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Brasil, 1981.
 46. McHUGH JP y cols: Relationships between mental health treatment and medical utilization among low-income Mexican-American patients: some preliminary findings. *Med Care*, 15: 439-44, 1977.
 47. MECHANIC D, CLEARY PD, GREENLEY JR: Distress syndromes, illness behavior, access to care and medical utilization in a defined population. *Med Care*, 20: 361-72, 1982.
 48. MEZZICH JE: Patterns and issues in multi-axial psychiatric diagnosis. *Psychol Med*, 9: 125-37, 1979.
 49. MUMFORD E: The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Amer J Pub Health*, 72: 142-51, 1982.
 50. MURPHY GE: The physician's responsibility for suicide. I. An error of commission. *Ann Inter Med*, 82: 301-4, 1975.
 51. MURPHY GE: The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission. *Ann Int Med*, 82: 305-9, 1975.
 52. MURPHY HBM: Which neuroses need specialist care? *Canad Med Assoc J*, 115: 540-3, 1976.
 53. PACOE LV y cols: Training medical students in interpersonal relationship skills. *J Med Educ*, 51: 743-50, 1976.
 54. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. La integración de los componentes psicosociales en la atención primaria de salud. Informe de un grupo de trabajo. Washington, DC, marzo 31 - abril 4, 1980.
 55. PARISH PA: The prescribing of psychotropic drugs in general practice. *J Royal College of Gen Pract*, 21, Suppl 4, 1971.
 56. PARISH PA: The use of psychotropic drugs in general practice. En: CLARE AW, LADER M: *Psychiatry and General Practice*. Academic Press, Nueva York, 1982.
 57. PARKES CM: Psycho-social transitions: A field for study. *Soc Sciand Med*, 5: 101-15, 1971.
 58. RAWNSLEY K, LOUDON B: Factors influencing the referral of patients to psychiatrists by general practitioners. *Brit J Prev Soc Med*, 16: 174-82, 1962.
 59. RAYNES NV: Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychol Med*, 9: 671-9, 1979.
 60. REGIER DA, GOLDBERG ID, TAUBE CA: The 'De Facto' US Mental Health Services System. *Arch Gen Psychiat*, 35: 685-93, 1978.
 61. RENICK HLP: Suicide. En: KAPLAN HI y cols: *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Williams, Wilkins Co., vol II, Cap. 29.1, p. 2085-98, Baltimore, 1980.
 62. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Prevention of psychiatric disorders in general practice. Report of a sub-committee of the Royal College of General Practitioners' Working Party on Prevention, 1981.
 63. SCOTT NC y cols: Changes in interviewing styles of medical students. *J Med Educ*, 50: 1124-6, 1975.
 64. SHEPHERD M: Mental health as an integrant of primary medical care. *J Royal Col Gen Pract*, 30: 657-64, 1980.
 65. SHEPHERD M y cols: *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press, Nueva York, 1981.
 66. SHEPHERD M: Psychiatric research and primary care in Britain - past, present and future. *Psychol Med*, 12: 493-99, 1982.
 67. SHORTELL SM, DANIELS RS: Referral relationships between internists and psychiatrists in fee-for-service practice: an empirical examination. *Med Care*, 12: 229-40, 1974.
 68. SIFNEOS PE: *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1972.
 69. SLETTEN IW, BARTON JL: Suicidal patients in the emergency room: a guide for evaluation and disposition. *Hosp & Comm Psychiat*, 30: 407-11, 1979.
 70. STOTT NCH, DAVIS RH: The exceptional potential in each primary care consultation. *J Royal College of General Pract*, 29: 201-5, 1970.
 71. TAINTOR Z y cols: Recording psychiatric consultations. A preliminary report. *Gen Hosp Psychiat*, 1: 139-49, 1979.
 72. THOMPSON TL y cols: Underrecognition of patients' psychosocial distress in a university hospital medical clinic. *Amer J Psychiat*, 140: 158-61, 1983.
 73. TINDALL HL y cols: The NAPCRG process classification for primary care. *J Fam Pract*, 12: 309-18, 1981.
 74. VAILLANT GE y cols: Psychological motives for medical hospitalization. *JAMA*, 214: 1661-5, 1970.
 75. VAILLANT GE: Natural history of male psychological health. Effects of mental health on physical health. *New Eng J Med*, 301: 1249-54, 1979.
 76. WALTZER H: The medical practitioner. En: HANKOFF LD, EINSIDLER B: *Suicide. Therapy and Clinical Aspects*. PSG Pub. Co. Inc., p. 353-61, Littleton, Mass. 1979.
 77. WEISSMAN MM y cols: Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiat*, 30: 771-8, 1974.
 78. WELSH RJ y cols: Teaching primary care psych-

- iatry to medical students: a program and its results. *J Med Educ*, 55: 135-7, 1980.
79. WHITE SL: The impact of mental health services on medical care utilization: economic and organizational implications. *Hosp & Comm Psychiat*, 32: 311-9, 1981.
 80. WILLIAMS P: Physical ill-health and psychotropic drug prescription - a review. *Psychol Med*, 8: 683-93, 1978.
 81. WILLIAMS P: Deciding how to treat -the relevance of psychiatric diagnosis. *Psychol Med*, 9: 179-86, 1979.
 82. WILLIAMS P, CLARE A (eds): *Psychosocial Disorders in General Practice*. Academic Press, p. 136, Nueva York, 1979.
 83. WILLIAMS P: Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychol Med*, 10: 101-14, 1980.
 84. WING JK y cols: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge, Mass, 1974.
 85. WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Organization of mental health services in developing countries*. Sixteenth report of the Expert Committee on Mental Health. Technical Report Series No. 564. World Health Organization, Ginebra, 1975.
 86. WORLD HEALTH ORGANIZATION: An integrated program for the prevention of non-communicable diseases. Report of a meeting. Kaunas, Lithuanian SSR, USSR, noviembre 16-20, 1981.
 87. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Recording Health Problems Triaxially: The Physical, Psychological, and Social Components of Primary Health Care Contacts. Report, Second Meeting of Collaborating Investigators, julio 26-9, Washington, D.C., 1979.