

# **Resum Jornada de treball sobre el rol del psiquiatre a la xarxa assistencial de salut mental.**

## **29-4-11**

### **Obertura de la Jornada.**

#### **Dr. Jaume Padrós (vicepresident del comb).**

Destaca la importància i pertinença de la Jornada pel col·legi de metges, el paper de la Secció col·legial de psiquiatres en l'impuls i defensa de la professió, la importància de la perspectiva integradora de les diferents sensibilitats que hi ha dins la professió i la transcendència de l'aportació que fa la psiquiatria a les disciplines mèdiques i de la salut. Dóna per inaugurada la Jornada.

#### **Dr. Miquel Casas (catedràtic de psiquiatria i president del consell assessor del departament de salut).**

Destaca la creixent importància social de la psiquiatria i com ha de poder intervenir en àrees de patiment social fins ara considerades al marge com pot ser el fracàs escolar, patiments psíquics derivats de dèficits somàtics i addiccions etc. Destaca la complexitat de les eines terapèutiques, els avenços i limitacions de la psicofarmacologia i la necessitat d'abordatges combinats psicoterapèutics i psicofarmacològics que han demostrat una major eficàcia que per separat.

#### **Dr. Lluís Albaigès (president de la Secció col·legial de metges psiquiatres).**

Agraïments per la bona acollida que la Jornada ha tingut en el comb i per la seva participació en l'organització. Importància de fer aquesta reflexió en aquest moment on la crisi econòmica afecta els recursos sanitaris però que requereix per tant la optimització d'aquests i tal com pretén la jornada un replanteig actualitzat del rol del psiquiatre. Explica com va sorgir la proposta de la Jornada, la importància que té especialment pels metges en formació i quines associacions professionals han col·laborat en la seva organització i en les reunions preparatòries. Presenta les conclusions d'aquestes reunions preparatòries.

**Resum de les conclusions dels grups de treball preparatoris:**

- *Qüestionament que fan els metges de primària respecte les aportacions dels psiquiatres en el programa de suport, poc valor afegit, necessitats d'orientacions més relacionals i psicoterapèutiques.*
- *Factors de sobrecàrrega assistencial i càrrega burocràtica excessiva tant en l'activitat dels psiquiatres com dels metges de primària (CAP i CSMA). Necessitat de replanteig.*
- *Mancances molt importants en la formació en psicoteràpia per part dels psiquiatres tant en tractaments individuals, familiars com grupals. Mancances que comencen per la no aplicació del programa docent del resident i continuen per la cultura de treball dels equips i la manca d'oportunitats formatives.*
- *Confusió del rol de psiquiatres i psicòlegs. Identificació reduccionista del psicòleg com a psicoterapeuta (sense que ser-ho impliqui cap capacitat) i el psiquiatre com a prescriptor de psicofàrmacs.*
- *Mancances importants en la formació en psicologia evolutiva, paidopsiquiatria, psicogenètica i psicopatologia fenomenològica i dinàmica. Desviació i reducció del coneixement afavorida pels manuals nosològics a l'ús.*

**Taula Rodona:**

**Sr. Ricard Ruiz (periodista i escriptor). Imatge del psiquiatre des de la societat.**

Fa una revisió de diverses publicacions que reflecteixen la opinió social que es té del psiquiatre i de la visió que es promou des dels mitjans de comunicació. Destaca en clau d'humor la imatge del psiquiatre com a portador de bogeria i la dificultat que té per fer autocrítica. Revisa textos de divulgació i la manca de rigor científic que es traspua de les actuacions d'alguns psiquiatres que surten a mitjans de comunicació. Sovint els psiquiatres senten que s'han de justificar en el que fan o com ho fan.

Podem dir que la societat té una imatge més aviat negativa, estereotipada, arbitrària, estigmatitzada i injusta del psiquiatre, cosa que pot ser també podríem dir de la imatge que a la societat hi ha de l'esquizofrènic.

**Dr. Albert Jovell (president de la Biblioteca Josep Laporte i representant d'usuaris). Vivència i imatge del psiquiatre i la psiquiatria des dels usuaris i familiars.**

Destaca la importància dels avenços psicofarmacològics que han permès l'externació dels pacients dels grans hospitals psiquiàtrics i també els avenços de la psicofarmacologia des dels anys 80 que han facilitat tractar com una

malaltia "més normalitzada" els trastorns mentals. Moltes figures públiques manifesten sense embuts estar afectats de trastorns psiquiàtrics i també que es posen en tractament.

El límit entre normalitat i patologia en el camp psiquiàtric no és precís com en la resta de la medicina, no hi ha proves diagnòstiques estandarditzades i objectives que tinguin gran valor.

El 2020 s'espera a nivell mundial que la malaltia més prevalent serà la depressió. Els trastorns mentals tenen una relació estreta amb la manca de felicitat i fa referència a estats que valoren enlloc del PIB com a indicador de bon funcionament el IFB (índex de felicitat brut) i sorprenentment hi ha estats tercer-mundistes com ara Bután que tenen un índex de felicitat molt superior a països desenvolupats. Cal parlar consegüentment de polítiques de la felicitat.

Destaca la importància del patiment psíquic afegit a altres malalties orgàniques, especialment important és el patiment en trastorns crònics, càncer etc. L'ús de psicofàrmacs com a moduladors del malestar i de psicoteràpia per ajudar a acceptar el problema i possibilitar un funcionament millor basat en les parts sanes del pacient cal traduir-ho en polítiques de salut.

Un element especialment nociu en medicina és la "territorialització" estanca del camp de treball, "això no em correspon a mi..." és un problema molt greu del sistema absolutament contraposat al treball en equip i la cura de la continuïtat assistencial i la integralitat de l'atenció que són imprescindibles per a una sanitat de qualitat.

Es pregunta si és lícit prendre fàrmacs per millorar rendiments "normals" (metanfetamines per incrementar rendiments).

En l'atenció primària cal una segona reforma on es pugui intervenir de forma més específica sobre patologies considerades "menors" però que després es compliquen.

En el nostre medi es fa molta visita però massa curta... no seria possible fer visites més llargues, més espaiades i unes intervencions que incrementin l'educació sanitària de la població per tal d'un us adequat dels recursos sanitaris?.

Es poden plantejar algunes consultes a través de la xarxa?.

Destaca el desastre de les publicacions d'autoajuda que desnaturalitzen sovint la importància relacional i no garanteixen una adequada comprensió.

**Dra. Maria Leon (metge de família). Necessitats dels equips d'atenció primària respecte les funcions que ha de satisfer el psiquiatre.**

Apunta que el 45% dels usuaris del metge de família majors de 18 anys han tingut algun trastorn mental evidenciat i que el 30% el pateix o ha patit en el darrer any.

Destaca que tot l'ensenyament del metge es basa en el PARADIGMA BIOMÈDIC i que el bio-psico-social només és un desideratum teòric.

L'actuació quotidiana del capçalera a la consulta està tota enfocada a la hiperclassificació i a elements programats i protocol·litzats.

La propera edició del DSM d'altra banda incrementa molt el nombre de diagnòstics i indueix una psiquiatrització creixent de la vida quotidiana.

L'extensió del diagnòstic de depressió i els biaixos que hi ha en les publicacions mèdiques afavoreixen el consum de psicofàrmacs i destaca la potència de la indústria farmacèutica com inductora d'aquest fenomen.

Catalunya és puntera en neurociències. Les descobertes actuals permeten afirmar que la genètica només és un factor predisponent però que calen condicions ambientals i de desenvolupament específic de l'individu per que es desencadenin trastorns o malalties. La neurociència per si sola no pot explicar el funcionament de la conducta humana ni dels trastorns mentals.

Un premi Nobel pels seus treballs en neurociència com Kandel diu que "la psicoanàlisi representa el punt de vista més coherent i intel·lectualment satisfactori de la ment".

La primària sanitària es pot fer càrrec de més activitats i tractaments si es creu en ella i s'inverteix en els recursos necessaris. Explica la seva experiència en la que destina més temps al pacient, tenen visites més espaiades i no té llista d'espera. Tot i això comenta que no aconsegueix tenir un control de l'agenda adequat (tema organitzatiu que s'escapa de la competència del metge).

Les etiquetes psiquiàtriques són un obstacle freqüent per a l'elaboració dels fets vitals.

És molt important el paper que pot jugar el metge de família en la detecció precoç de patologies.

Si hi ha una vinculació terapèutica adequada i amb el procés longitudinal d'assistència que el metge de família pot fer tenim una eina molt potent per reconduir el tractament i pronòstic dels patiments mentals més prevalents.

L'atenció mèdica ha d'incorporar, no segregat, l'atenció psiquiàtrica.

Ens manca completament la formació en treball en equip, promoció de la cultura de treball en grup, maneig de les situacions emocionals per tal de permetre un treball amb un lideratge de treball adient. Ni el psiquiatre ni el metge de família en saben.

D'altra banda cal destacar que hi ha factors personals difícilment transformables. En un estudi destaca que 1/3 dels metges de família no volen saber res de la salut mental, 1/3 pensa que si ho ha de fer vol una remuneració extra i només 1/3 es mostren interessats en la salut mental.

**Dr. Lluís Lalucat. (psiquiatre, director gerent del centre d'higiene mental de Les Corts). Els programes assistencials a la xarxa pública, adequació dels psiquiatres a les funcions que se'ls demana.**

Comenta que el rol es configura com una interacció i té relació amb aspectes identitaris.

L'evolució de les demandes a la funció del psiquiatre en els darrers anys es pot articular en tres grans eixos:

1. El pas d'una concepció de la PSIQUIATRIA com especialitat mèdica a l'aportació de coneixements i la incorporació dins seu de conceptes del que anomenem SALUT MENTAL. Això comporta l'ampliació de l'acció del psiquiatre a camps com el de la prevenció i el de la rehabilitació, a diverses formes de presentació de les complexitats dels subjectes i una menor identificació dels problemes a partir de diagnòstics clínics.
2. El pas de la pràctica clínica individual a la PRÀCTICA COMPARTIDA. Cal una modificació dels papers que tots hi juguem, una re definició de la complementarietat dels rols entre professionals de diferents formacions acadèmiques i també entre diferents equips i nivells assistencials.
3. El pas de la mera funció assistencial a la GESTIÓ ASSISTENCIAL. El psiquiatre intervé en la gestió amb la seva pròpia activitat, segons quins instruments terapèutics utilitza, segons com articula la seva praxis en el contínuum dels programes assistencials, segons com organitza la seva activitat o la de l'equip quan té responsabilitats de coordinació etc.

### **Grups de treball-resums :**

1. **La formació del psiquiatre en l'àmbit de primària i en l'àmbit comunitari i preventiu. Moderen: Xavier Clèries i Carlota Albuin.**
  - S'intervé lliurement. En el grup hi ha metges de família, psiquiatres i treballadores socials, es crea un clima de treball i la possibilitat d'interacció multidisciplinar.

- Ens preguntem pel què espera la xarxa de primària del psiquiatre.
- Es comenta que sovint el psiquiatre a les interconsultes té la necessitat de “filtrar” casos per tal de no desbordar-se més assistencialment.
- Es comenta des de l'òptica d'una treballadora social que viu intensament els problemes de grups immigrants etc., que sovint es perd el sentit comú i s'intervé tard i malament.
- L'e-cap es veu com massa “tancat” en els seus encasellats. Sovint el metge té l'ordinador com un obstacle que dificulta la connexió amb la mirada del pacient i per tant afecta negativament la relació metge-pacient, això només podria millorar destinant més temps a les visites tal com plantejava la Maria Leon a la taula.
- Importància del **treball en equip** en termes paritaris, compartint saber-coneixements; en contextos comunitaris i en situacions preventives sobretot en treball amb famílies ( es va parlar que a St Andreu ho feien de forma multidisciplinar).
- Un psiquiatre va parlar que des de AP se'ls hi demanava un rol concret, que calia més **flexibilitat en atendre als pacients**, havien d'estar “primaritzats” (això vol dir més accessibilitat però també pot confondre's amb el funcionament massificat de la primària que no permet l'espai mental necessari per “pensar” el pacient en la seva subjectivitat i complexitat).
- Com moltes vegades ens trobàvem en una “batalla” de TERRITORI (**derivar vs compartir** pacients).
- La treballadora social va apuntar la necessitat d'optimitzar recursos utilitzant el treball en xarxa.
- Una metge de família va assenyalar com **el tipus de persona que som** cadascú de nosaltres **condiciona el nostre rol** com a metge en general, fa que ens movem amb diferents necessitats de formació, diferents inquietuds, actituds,
- Un altre metge apunta que la clau era sortir del treball individual. Cal també trobar eines pedagògiques i un context interessant és el de l'**encontre d'experts** on tothom és expert en alguna faceta i aporta el que sap però ningú ho sap tot. A nivell organitzatiu demana a la direcció la possibilitat d'una escolta de baix a dalt (per comptes de la comunicació vertical dalt-baix que vivim com imposició); Per més curós que sigui el metge no pot fer quelcom tan bàsic com gestionar la seva agenda i això és imprescindible per fer una assistència adequada.
- El coneixement de la realitat està en els professionals que la palpen dia a dia i per tant a més coneixement hi hauria d'haver més autoritat. Això seria un empirisme que permetria una renovació profunda de les organitzacions.
- Un psiquiatre va expressar la preocupació per la falta dels residents a la Jornada. Pot ser la nova idealització neurocientífica que fa que es torni des d'algunes instàncies de poder a demanar un retorn a la neuro-psiquiatria fa que s'estigui induint al resident de psiquiatria a allunyar-se del subjecte-pacient ?.
- La carència de lideratge juntament amb les necessitats bàsiques no cobertes ( com la falta de temps produït per la mala gestió de les agendes) genera conflictes i ineficiència. Tot i que tothom és conscient que per sortir

de la crisi no hem d'esperar respostes ni dels polítics ni de la direcció. L'entorn és complex i evoluciona, canvi constant que necessita adaptació i flexibilitat en el nostre lloc de treball.

- Un psiquiatre de CSM comenta que els metges de família durant la residència han fet una rotació de 2 mesos (un tast) per SM tot i que, des de psiquiatria es va parlar de la importància de conèixer l'entorn de treball dels metges de família per tal d'entendre'ls millor i no caure en el **desconeixement mutu**. Sembla necessari que el psiquiatre que ha d'intervenir en el programa de primària hagi passat prèviament per un stage a primària?.

## **2.- Formació en psicoteràpia dels psiquiatres. Moderen David Clusa i Jordi Blanch.**

Assistents:

Majoria psiquiatres, també metges no psiquiatres, treball social, de diferents àmbits i institucions: Sant Joan de Déu, Benito Menni, coordinació d'emergències mèdiques, ICASS, toxicomanies, salut laboral, Hospital General de Catalunya, Sant Pere Claver, metgessa de família, Hospital de Terrassa, Clínic

Es presenten les 3 preguntes guies:

- Quina és la realitat actual?
- Com hauria de ser la formació?
- Com es valora el programa de la especialitat?

Es comenta el BOE de 2008 i les limitacions d'aquest, especialment la dificultat de poder-lo implantar. En aquest sentit cal destacar que les organitzacions docents no ho apliquen i d'altra banda pot ser no disposen de docents que siguin experts en psicoteràpia, podem veure que molts psicoterapeutes psiquiatres no estan en els cossos docents de les unitats de formació.

La majoria de la formació en psicoteràpia es fa en escoles privades. En alguns d'aquests centres es fa psicodrama o altres tècniques no incloses en el programa. Es destaca la importància de fer grups amb psicoterapeutes. Es treballen dificultats en les relacions interpersonals.

Es destaca la importància de que es rebi una adequada formació en l'acte terapèutic, intervenció en crisi (nivells I i II).

A) Quina és la realitat actual:

- La formació és molt escassa i l'interès dels residents és baix.

- Hi ha competitivitat entre les diferents escoles de formació en psicoteràpia. Hi han alumnes que escullen el tipus de teràpia en funció de la durada / costos de cada programa.
- Qualsevol professional de la medicina hauria de tenir competències en aspectes de comunicació i entrevista clínica. Com a estudiant de Medicina no existeix una adequada formació. A la facultat de Medicina de la Pompeu es fan 4 hores de supervisió pel maneig d'emocions
- Durant la formació de resident es comença amb en situacions amb gran impacte clínic.
- Es discuteix la funció de l'IES. Actualment l'IES sembla estar en un procés de transformació i pot ser no pot donar respostes adients.
- Es valora la iniciativa de la Secció Col·legial de promoure l'acreditació del títol de psicoterapeuta. Es destaca la importància de tenir un títol de psicoterapeuta.
- Es planteja de si la millor formació pot evitar els ingressos en centres residencials de salut mental. No hi han psicòlegs especialitzats en psicosi. La formació depèn d'institucions privades.
- Es planteja un cert pessimisme en relació a la formació en psicoteràpia. En el futur es probable que es diferenciï entre especialistes en intervenció més psicosocial i altres que es dediquin a la biologia del cervell (Neurociències)?.

### **3.- Comentaris en la posada en comú:**

Cal diferenciar entre la Formació bàsica i la formació per exercir els diversos rols que els psiquiatres han de fer segons el context i programa en el que treballen.

La formació bàsica ha d'incloure coneixements per que el psiquiatre pugui ser un expert en el SUBJECTE, fenòmens INTERSUBJECTIUS i capaç de conèixer en profunditat els diferents CONTEXTOS que determinen el pacient (intra psíquic, interpersonal, social). També és molt important tenir una perspectiva EVOLUTIVA del funcionament on es discrimini contínuament entre aspectes sans i patològics.

Per fer tot això no és suficient una formació en l'etapa formativa per tenir l'especialitat sinó que cal una SUPERVISIÓ CONTINUADA posterior i un aprenentatge continuat al llarg de tota la vida professional.

**4.- Valoracions posteriors a la Jornada a partir del què opinen els metges assistents i del conjunt de reflexions dels grups previs de treball.**



La Junta col·legial de psiquiatres valora que la Jornada ha tingut una participació força activa dels assistents. Els assistents han sigut majoritàriament psiquiatres amb alguns metges de família interessats en la psiquiatria, alguns psicòlegs i també algun assistent social de la xarxa. Crida l'atenció la manca d'assistència de residents de l'especialitat. També destaca que dels tres grups de debat plantejats, el tercer que tractava de la psicopatologia i la perspectiva evolutiva, pot ser per la menor participació del sector de paidopsiquiatria no es va poder fer. Tampoc hi ha participació de la xarxa de drogodependències. Encara que aquí tractem del rol del psiquiatre, aquest no pot ser abordat sense tenir en compte tots els altres components de l'equip assistencial. Psiquiatres i psicòlegs han de compartir el camp de coneixement sobre la ment mantenint les seves especificitats. També ens cal rescatar la psicopatologia i la psicogenètica de l'oblit en la que han caigut en la formació dels psiquiatres.

### **CONCLUSIONS:**

- 1) El psiquiatre compleix no un sino molts rols a la societat i concretament a la xarxa assistencial.**
- 2) La psiquiatria com especialitat ha evolucionat amb el desplegament de la xarxa de salut mental havent passat de l'atenció només al pacient individual a l'atenció a grups poblacionals i una perspectiva epidemiològica i preventiva, del treball individual a un treball compartit amb altres especialistes i del treball clínic a un treball on la gestió assistencial és un eix fonamental.**
- 3) L'atenció psiquiàtrica actual sembla ampliar la possibilitat d'intervenció, anant des de la patologia severa al malestar social i psicològic que s'expressa amb simptomatologia més lleu. D'una banda destaca l'increment de prevalença de les patologies ansioses i depressives en la població general i d'altra la possibilitat d'intervenció en patiments socials o insuficiències que van més enllà del límit de la anormalitat psicològica.**
- 4) L'atenció psiquiàtrica en molt bona part és efectuada per professionals que no són psiquiatres. Sobretot metges de família. Per tal que puguin fer aquesta tasca de manera adequada cal que tinguin unes condicions organitzatives i de formació adequades. Així destaquem:**

- Necessitat que els metges puguin controlar la seva agenda per tal d'anar educant la població i possibilitant entrevistes més llargues, espaiades i resolutives.
- Necessitat que els metges tinguin un entrenament suficient en relació interpersonal i coneixements bàsics de psicoteràpia.
- Necessitat que es potenciï el treball en equip i els grups de treball d'interconsulta així com els grups de comentari de casos tipus Balint.

5) Cal que les Unitats docents que formen residents de psiquiatria apliquin els components formatius en psicoteràpia. Es valora que probablement les unitats no tenen psiquiatres formats adequadament per tirar endavant aquesta tasca i per tant caldria un reforç extern.

6) Hi ha uns nivells bàsics d'expertesa que tot psiquiatre ha de tenir:

- a. Competència en la relació metge malalt. Formació que incorpori elements pràctics i d'entrenament emocional per tal de potenciar la observació de la complexitat del subjecte que té davant pel que és imprescindible una sensibilitat entrenada de captar les emocions, en la autocrítica i la auto-observació.
- b. Cal incrementar la FORMACIÓ EN PSICOLOGIA EVOLUTIVA i del desenvolupament per tal que el psiquiatre tingui una perspectiva més diacrònica del funcionament i l'evolució personal.
- c. Expertesa en neurociències aplicades i en psicofarmacologia. Aquest punt ja es compleix adequadament en els programes actuals de l'especialitat.
- d. Competència en dinàmica grupal i d'equips, no es fa ni està previst actualment en els programes de l'especialitat.
- e. Competència en gestió assistencial. Pot ser un tema opcional pels que hi tinguin interès.

- f. **Competència en funcionament en xarxa i en salut comunitària. Important per a qualsevol psiquiatre que vulgui treballar a la xarxa assistencial pública.**
  - g. **Competència en tècniques psicoterapèutiques bàsiques tant individuals, grupals com familiars. Coneixements en psicoteràpia de recolzament, cognitiu-conductual, dinàmica, interpersonal i sistèmica. En aquest sentit és que plantejem que es compleixi el programa docent de l'especialitat i que es millori.**
- 7) **El psiquiatre ha de ser un expert en el diagnòstic i tractament dels seus pacients, considerant i avaluant els diferents CONTEXTOS social, psicològic, interrelacional, familiar etc.**
  - 8) **El psiquiatre ha de ser algú que ajudi a donar SENTIT al que li passa al pacient. Cal que el pacient pugui assumir els elements de la patologia de base amb els que haurà de conviure, ser conscient de les seves limitacions i també potenciar les capacitats que té saludablement conservades per tal de compensar les carències i assolir una millor adaptació a la realitat.**
  - 9) **Totes les intervencions psiquiàtriques no poden tenir present la mera reducció simptomàtica sinó que cal un planteig ètic de la intervenció valorant les conseqüències en termes de qualitat de vida, autonomia i felicitat a mig i llarg termini.**
  - 10) **Els tractaments psicofarmacològics tenen sobretot una funció moduladora de les conductes i el malestar del pacient que han de situar-se en un nivell que no impedeixi la participació activa en el procés de rehabilitació i recuperació en el que el pacient ha d'estar situat.**
  - 11) **El psiquiatre ha de ser un EXPERT EN INTER-SUBJECTIVITAT, és a dir, algú que ha fet un "training" emocional i d'auto-observació suficient per poder situar la patologia del pacient en el seu context biogràfic respectant al mateix temps els seus valors culturals de referència. Això no es pot basar en estudis amb evidència científica que només poden servir com orientació general pel treball en alguna tècnica**

d'intervenció però no pot ser determinant per l'atenció personalitzada del subjecte que tenim davant.

- 12) Cal diferenciar entre formació bàsica en relació metge pacient, funcions psicoterapèutiques bàsiques que tot psiquiatre ha de dominar i l'expertesa en tècniques psicoterapèutiques pròpies de qui es subespecialitza com a PSICOTERAPEUTA.
- 13) També cal diferenciar entre formació bàsica en paidopsiquiatria, psicogeriatria o drogodependències i la formació especialitzada que necessita el psiquiatre que s'orienta plenament en aquests camps.
- 14) Es suggereix que quan el psiquiatre ha de participar del programa de SUPORT A LA PRIMÀRIA el psiquiatre hauria de tenir un contacte assistencial directe amb la feina del capçalera, i una formació específica en elements psicopedagògics per tal de capacitar els capçaleres per la tasca d'atenció psiquiàtrica que els correspon.
- 15) Calen supervisions tècniques continuades tant a primària com en aquelles tasques que es basen en la relació metge-pacient i aportar elements per un Aprenentatge continuat dels especialistes.
- 16) D'altra banda hi ha ASPECTES ORGANITZATIUS que cal millorar per tal que el psiquiatre pugui ser més efectiu en el rol que li correspon jugar actualment dins la xarxa de salut mental:
  - Delimitar quin és el nombre de pacients que pot portar un psiquiatre en la primària dels centres de salut mental per tal que no decaigui la qualitat.
  - Cal que les entitats productives de la xarxa facin anàlisis institucionals continuades per a garantir la salut de l'organització. Ningú pot donar el que no té i si les organitzacions no són saludables no generaran salut.

Resum elaborat per Lluís Albaigès, president de la Secció col·legial de Metges psiquiatres del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.