

José Antonion Castro Gómez [Buscar autor en Medline]

Médico de Familia Centro de Salud Almanjajar. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Granada.



Problemas psicosociales: una aproximación en la consulta

Los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria suelen presentar un amplio espectro de problemas clínicos, muchos de los cuales están relacionados con problemas sociales, tales como problemas en las relaciones interpersonales, acontecimientos vitales estresantes, adversidades sociales, etc que pueden ser presentados como problemas emocionales, como trastorno de salud mental y/o como síntomas físicos.

Uno de los problemas principales que nos encontramos al revisar los problemas psicosociales es la variabilidad para su clasificación y por lo tanto la dificultad para comparar estudios, así mientras unos autores utilizan lo que denominan acontecimientos vitales estresantes y meten en el mismo saco vacaciones y muerte de un familiar (Holmes y Rae), otros utilizan escalas donde agrupan esos posibles acontecimientos en áreas: casa, ocupación, finanzas etc (Social Problem Questionnaire), por otro lado la clasificación del DSM IV en atención primaria (A.P). entiende los problemas psicosociales no como verdaderos trastornos mentales y si como acontecimientos vitales negativos, o una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o personal, una insuficiencia en el apoyo social o en los recursos personales u otro problema relacionado con el contexto en que se desarrollan alteraciones por una persona que necesitan atención clínica.

El DSM IV agrupa los problemas psicosociales en:

- Factores psicológicos y comportamentales que afectan al estado medico general
- Problemas de relación, familiares.
- Problemas relacionados con el abuso o negligencia
- Problemas relacionados con los papeles personales (biográficos, de identidad, religiosos etc)
- Problemas sociales (domésticos, económicos, legales)
- Otros (Duelo, capacidad mental limite, problema académico, comportamiento antisocial de adolescente, niño o del adulto, simulación, deterioro cognitivo)

Como se ha observado es un cajón de sastre demasiado grande y demasiado variable como para poder ser definido con precisión, por lo que los estudios relacionados con problemas psicosociales se centran sobre todo en medir el impacto que estos problemas ocasionan en la persona: estrés, ansiedad, depresión, síntomas somáticos etc .

Aunque algunas de estas clasificaciones han intentado establecer un grado de impacto en la persona según la naturaleza del problema, se ha observado que el grado de estrés o malestar del paciente en relación con esos acontecimiento no depende del tipo de acontecimiento, ni de efectos aditivos entre ellos, (un mayor numero de acontecimientos no ocasiona obligatoriamente un mayor impacto) sino de cómo lo afronta la persona.

Así cuando la persona se ve sobrepasada en sus recursos, o cuando los recursos que utiliza no le conducen en la dirección de la solución es cuando aparece el estrés Una de las cualidades más importantes en las que hace énfasis el DSMIV es que ese problema no solo provoque malestar sino que además ese malestar que le produce le haga solicitar ayuda.

Se sabe que la mayoría de las personas suelen resolver estas dificultades a través de su capacidad personal para el afrontamiento o bien con la ayuda de sus redes sociales. Sin embargo alrededor del 20 % de las personas que se ven sometidas a situaciones estresantes recurren a los servicios sanitarios demandando ayuda.

Dificultades en su detección

La presencia de acontecimientos vitales estresantes se asocia a una mayor utilización de las consultas por parte de los pacientes, así como aquellos pacientes que presentan mas acontecimientos vitales es tres veces más probable que presenten problemas de salud

bibliografía

1. Stuart M, Lieberman JA. The fifteen minute hour. Praeger ed. London 1993.
2. Borrell i Carrio F. La entrevista psicologica-psiquiatrica. En Vazquez Barquero editores. Psiquiatria en Atención Primaria. Grupo Aula Medica. Madrid 1998. 91-101.
3. Bellon Saameño J. Problemas Psicosociales. En Semfyc editores. Guia de Actuación Primaria. Ed Edide. Barcelona. 2002: 267-271.
4. Mcculloch J, Ramesar S, Peterson H: Psychotherapy in Primary Care, The Bathe Technique. Am Family Physician. Mayo 1. 1998:
5. Gulbrandsen P, Fugelli, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg?. Family Practice 1998. Vol 15 N 1.1-8. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



mental que la población normal.

Los problemas psicosociales como principal motivo de consulta suponen entre un 3 y 13% de las consultas, si bien están presentes en una proporción mucho mayor. Se ha observado que no llega al 50% de los pacientes que teniendo un problema psicosocial lo comentan a su médico, y si lo hacen suelen esperar al final de la consulta para comentarlo.

Si bien la mayoría de los pacientes les gustaría comentar estos problemas con sus médicos, el comentarlos va a depender de aspectos tan diferentes como:

- Habilidades de entrevista del médico. (contacto visual, postura corporal, capacidad de escucha, ausencia de interrupciones, uso de preguntas abiertas, empatía etc) , se ha observado que para la detección de problemas psicológicos es más importante la manera en que el paciente es entrevistado que la duración de la entrevista.
- Características del médico, aquellos médicos que presentan actitudes negativas hacia sus pacientes tienen menos habilidades para detectar problemas psicosociales. Los médicos suelen presentar emociones que pueden dificultar sus relaciones con los pacientes, miedo, irritabilidad, simpatía etc estas emociones están directamente relacionadas con las características del paciente y del tipo de demanda-queja.
- Conocimiento previo del paciente, tanto si el médico no conoce, como si conoce demasiado al paciente, se asocian a que el médico investigue menos por problemas psicosociales, a veces creemos conocer tanto a nuestros repetitivos pacientes que para que vamos a preguntar sobre lo que suponemos. Así mismo si el médico conoce de antecedentes psiquiátricos del paciente tiende a pensar más en que pueda presentar problemas psicosociales.
- Limitaciones del modelo biomédico. El médico se siente más seguro donde se encuentra respaldado por un marco teórico que le permite administrar un tratamiento adecuado, que cuando tiene que manejarse en el terreno de las emociones. Miedo a destapar la caja de Pandora.
- Percepción que el paciente tenga de las habilidades de su médico. Los pacientes se adaptan al estilo de consulta y así el que el paciente nos comunique sus problemas depende de la percepción que el paciente tiene de la capacidad de su médico para abordar su problema (habilidades de comunicación), de cómo sea analizada la información que transmite por parte del médico.
- Percepción del problema por parte del paciente, no esperan que su médico les ayude en problemas sociales, emocionales, etc.
- La estigmatización de lo mental, aun se mantiene en la sociedad y a veces entre la clase médica el estigma sobre el paciente con problemas mentales. No es infrecuente encontrar valoraciones de estos problemas como un "problema de carácter" por parte del paciente y lo que es más grave también por algunos médicos, quien no ha escuchado "tienes que poner más de tu parte" "tienes que intentar ser más fuerte y veras con se te pasa todo".
- Características del paciente: Mujeres, personas mayores, separados o viudos y personas con experiencias previas donde ya han comentado anteriormente otros problemas con su médico es más probable que sean capaces de hablar de sus problemas psicosociales.
- A veces se produce una confluencia de intereses entre médico y paciente para eludir preguntas de índole psicológica. (requieren tiempo, un tono emocional etc)
- Demandas competitivas, el paciente acude a consulta por varias demandas y suele dejar para la última la del problema psicosocial, la comentará o no según tiempo o las características expuestas en los puntos anteriores. El uso del ticket de la receta o del síntoma como puerta de entrada para abordar otros problemas.
- Como no hablar de la falta de tiempo, (argumento mayoritariamente utilizado por los médicos). Hablar de problemas personales, de emociones y sentimientos requiere tiempo, tiempo que no siempre tenemos.
- De cómo se presente la demanda. Se ha observado que cuando el paciente acude por problemas de salud mental, concretamente con síntomas depresivos, es diagnosticado en el 90 % de los casos, pero cuando esa enfermedad mental se presenta en la consulta con síntomas somáticos la detección por el médico no pasa del 50 %, si bien por otro lado de entre los que son diagnosticados más del 60% son tratados por su médico de familia.

Sin embargo se ha observado que los pacientes con problemas psicosociales y que presentan estrés presentan más señales tanto verbales como no verbales en la consulta, que aquellos pacientes que no presentan estrés.

Hay importantes razones por las que el médico de atención primaria debe de ser quien sea capaz de realizar intervenciones-ayuda psicosocial: Es el profesional que más cercano está y quien más conoce sobre sus problemas de salud, siendo deseable que el médico agote todas sus posibilidades antes de remitir al paciente a otros profesionales de salud mental, es el "stepped care principle". El grado de éxito en cualquier tipo de intervención social depende mucho de la confianza en el cuidador, la mayoría de los pacientes prefieren hablar con su propio médico.

¿Cuándo pensar en que el paciente presenta un problema psicosocial?

- Cuando el paciente así nos lo exprese.
- Síntomas emocionales, referidos por el paciente y/o objetivados por el médico durante la entrevista: nerviosismo, tristeza, irritabilidad, labilidad emocional, anhedonia.....
- Pacientes hiperutilizadores
- Síntomas con alta probabilidad de problemas psicosociales: cefaleas, fatiga, mareos-inestabilidad, dolor pélvico, etc.
- Paciente que acude con síntomas subjetivamente banales pero que el paciente los expresa como trascendentes.
- Descompensaciones de enfermedades crónicas
- Dolor crónico
- Sospecha de situaciones psicosociales de riesgo: alcoholismo, violencia, drogadicción transiciones vitales, separación, duelo etc

El llamado salto psicosocial (¡hablemos de emociones!)

Una vez que sospechamos que el paciente puede presentar un problema psicosocial, y si este no lo ha manifestado abiertamente, tendremos que intentar pasar del terreno de los síntomas al emocional, a veces se nos abre la puerta directamente con preguntas sobre atribución de creencias como ¿y a que cree usted que se debe esto que me ha comentado? , por supuesto siempre estando alerta ante posibles síntomas de trastorno físico a los que el paciente ha hecho una atribución errónea. Si el paciente no nos ofrece la posible relación entre síntomas y problema psicosocial una buena pregunta para saltar a lo emocional es ¿ y que tal esta usted de animo?, o bien preguntando por la calidad de su sueño, a veces si el aspecto del paciente así lo indica podremos ser mas directos haciendo algún señalamiento "y dice usted que esta muy decaída desde hace dos semanas" para después hacer un menú de sugerencias "en esos días presento usted algún problema o algo que le preocupara" . Si el paciente admite la posibilidad del problema como posible causa de sus síntomas pasaremos a una evaluación algo mas extensa, investigando síntomas relacionados con el terreno emocional y/o de salud mental: problemas con el sueño, apetito, disfrute de las cosas que le rodean, irritabilidad, relación con los demás, salida de casa, etc En este momento deberemos de valorar si el estado emocional del paciente va a requerir mas tiempo para valorarlo, con lo cual seria aconsejable el darnos un mayor tiempo para la entrevista a través de una cita programada.

Pasaremos después al terreno familiar y social, que opina la familia, y en el trabajo que tal van las cosas etc. Siempre deberemos investigar primero lo individual, la persona y después dar el salto a lo familiar y social, primero validar a la persona en sus sentimientos y después valorar sus relaciones y redes sociales.

Es muy útil como guía para la entrevista el Modelo para la detección de problemas psicosociales elaborada por J. Bellon, (Anexo 1) si bien al estar basada en el modelo de entrevista semiestructurada presenta una estructura que no siempre es posible mantener en la consulta diaria. No es infrecuente que iniciemos una nueva entrevista sobre aspectos emocionales cuando estamos en la fase resolutiva, sobre todo cuando negociamos el diagnostico. Así en pacientes somatizadores va a ser muy difícil pasar al terreno emocional si antes no hemos explorado lo físico.

Habilidades

Si tuviéramos que elegir entre las habilidades de entrevista clínica necesarias para poder realizar un abordaje psicosocial tal vez la empatía y el manejo de silencio serian las más importantes en el abordaje psicosocial.

- La empatía: La relación médico paciente esta llena de un flujo constante de emociones, las cuales están relacionadas tanto con las características del paciente como con las del médico, las expectativas y creencias de cada uno etc. Ser empático es el primer paso para desarrollar una adecuada relación médico-paciente, y es indispensable si hablamos de sentimientos y emociones.

La habilidad usada para descifrar y responder a los pensamientos y sentimientos que el paciente traslada a su médico es lo que puede entenderse como empatía, aunque esta también ha sido conceptualizada como una conducta o como un aspecto de la personalidad o bien como una experiencia emocional, lo que indica la dificultad conceptual que entraña.

Aquellos médicos que tienen más habilidades de entrevista entre ellas la empatía son capaces de detectar más problemas psicosociales.

La empatía tiene un componente cognitivo y debe de diferenciarse de la simpatía, la cual es una respuesta emocional hacia alguien desafortunado. Tampoco debe de ser el intentar sentir lo mismo que siente el paciente.

La empatía tiene un atributo de temporalidad o sea tiene un sitio y un lugar o sea "aquí y ahora", lo que significa que la empatía no puede ser postpuesta y debe de realizarse en el momento que se necesita, es lo que se denomina "oportunidad empática" .No siempre el paciente nos dice directamente su estado emocional pero si nos da pistas (potencial oportunidad empática) o sea hay una situación donde se

puede preguntar una frase empática, de nuestra habilidad y experiencia dependerá el aprovechar esta oportunidad o no.

La empatía debe de ser activa, la atención del empatizador debe de estar solo en el empatizado, el empatizador debe mostrar al empatizado que le escucha tanto por medios verbales como no verbales, por lo tanto la empatía tiene un componente bifásico: conocimiento empático y respuesta empática

- El silencio es fundamental, el silencio como señal de respeto, el silencio como medio para facilitar la expresión del paciente, como medio para favorecer su concentración. No es fácil para casi nadie hablar de sus sentimientos o de sus emociones, incluso será sospechoso el que alguien de entrada se abra demasiado en la entrevista. Saber manejar el silencio y la mirada es una de las herramientas más útiles en el manejo de las emociones.

Otras cualidades de la entrevista

Debemos de respetar el ritmo del paciente, dar tiempo a que elabore la información a que controle sus emociones y las pueda expresar

Es importante estar alerta al lenguaje no verbal, el paciente puede expresar su estado de ánimo con sus gestos, su lenguaje corporal etc. Si las claves no verbales están en contradicción con las verbales, nos inclinaremos por las no verbales. El médico que sabe manejar mejor el contacto visual es también el que mejor detecta los problemas emocionales de sus pacientes.

Unos de los motivos por el cual la salud mental no se aborda adecuadamente en AP es lo comentado anteriormente como miedo a abrir la caja de Pandora, ese miedo a encontrarnos ante los problemas de los pacientes, antes sus emociones y no tener respuestas o soluciones que dar. Evidentemente es muy difícil escuchar uno tras otro los problemas que nuestros pacientes nos traen a la consulta y después ser capaces de desconectar de tanto sufrimiento, para poder seguir nuestra propia vida sin que nada de lo que hemos oído nos deje "tocados" emocionalmente. La ansiedad es algo contagioso si no se sabe manejar, el paciente nos comenta sus problemas, sus miedos, su falta de recursos para darle solución a esos problemas y nosotros en nuestra "misión" como médicos tratamos siempre de dar soluciones a aquellos problemas que nos plantean los pacientes, soluciones que en la mayoría de los casos ni el paciente nos la ha pedido ni nosotros las tenemos.

A través del conocimiento de las habilidades de entrevista necesarias podremos controlar nuestras ansiedades así como saber manejar aquellas situaciones de sufrimiento de nuestros pacientes. Una adecuada entrevista en salud mental requiere entre otros elementos los siguientes:

- Atender todos los aspectos de la conducta del paciente, apariencia, estado emocional. Los aspectos no verbales dan gran información.
- Aprovechar las oportunidades empáticas o momentos donde el paciente nos da pistas para pasar al terreno emocional.
- Usar las palabras del propio paciente para describir su experiencia. Cuidar el lenguaje, utilizar las palabras que usan los pacientes como forma de empatizar y de mostrar nuestro interés por cooperar. La gente selecciona determinadas palabras que reflejan sus experiencias, las palabras que eligen pueden poseer ciertas connotaciones para el paciente. Adaptarnos a su lenguaje aumenta el sentimiento de que los creemos y entendemos. Incluso a utilizar sus propias metáforas como elemento de conexión.
- Evitar hacer juicios de valor, respetando las creencias del paciente y sus familiares, nunca erigirnos en jueces ni pretender lecciones de moral.
- Asegura la confidencialidad, no es infrecuente que los pacientes quieran hablar solo con su médico "de toda la vida" y así lo piden cuando hay residentes.
- Siempre respeto al paciente, sus opiniones y creencias, aunque nos parezcan disparatadas.
- Trata al paciente más como persona que como paciente.

Evita los términos nunca o siempre, si estos vienen del paciente es mejor transformarlos en términos de posibilidad. Las personas tienen tendencia a generalizar, si algo nos va mal tenemos tendencia a generalizar y por lo tanto a verlo todo de forma negativa. El nunca y siempre induce a pensar que no hay alternativas que no hay soluciones posibles.

Psicoterapia

Modelo Plissit: manejando emociones en una entrevista de 6 minutos

Desgraciadamente el tiempo que disponemos para atender a nuestros pacientes está limitado, así en la consulta a demanda nuestro tiempo no va más allá de los 6 minutos. Por lo que si nos encontramos ante un problema psicosocial podríamos utilizar la denominada terapia Plissit, aunque siempre será recomendable dar cita programada para una valoración más adecuada.

Tras poner encima de la mesa las emociones (ver **Tabla 1**) podemos dar los siguientes pasos para ayudar a nuestro paciente.

- **Stands Permission:** Dar al paciente permiso para sentirse mal. Cuando el medico dice al paciente que sus reacciones o emociones son normales bajo las circunstancias en que se encuentra, puede hacerle sentirse mejor. El paciente suele sentirse culpable por sentirse mal. Se siente culpable por estar deprimido, por estar enfadado, por no ser capaz de realizar las mismas cosas que hace normalmente etc. Se trataría de intentar romper el círculo vicioso, sentirse mal-sentirse culpable de sentirse mal-me siento aun peor.
- **Limited information:** El segundo nivel de intervención es dar al paciente información que explique el porque de sus emociones. Informarle de que las personas cuando se encuentran en situaciones similares a las suyas experimentan sentimientos similares.
- **Specific suggestion:** Sugerencias. Ofrecer sugerencias al paciente para que busque soluciones. Ofrecerle sus propios recursos: ¿Qué crees tu que podrías hacer para encontrarte mejor?. De esta manera indicamos al paciente de que es capaz de encontrar por si solo las soluciones a su problema, lo que por otro lado intenta aumentar su autoestima.
- **Intensive Therapy.** Ofreceremos al paciente nuestra voluntad de ayuda, nuestro compromiso para seguir ayudándole, por ejemplo en sucesivas entrevistas, donde se podrán analizar conjuntamente otros aspectos como percepciones, interpretaciones erróneas que puede realizarse en una consulta programada y con la denominada técnica Bathe que veremos mas adelante

En esta terapia de apoyo se centra mas en ayudar al paciente, no busca el origen de los problemas, ni su discusión, sino ayudar al paciente a reconocer sus emociones e intentar que se centre mas en soluciones que en causas. Si llegamos a un acuerdo de seguir trabajando juntos en sucesivas visitas programadas, o en aquellas donde el afortunado medico disponga de esos 15 minutos para ayudar al paciente recomendamos la técnica Bathe, esta técnica se considera que necesita un mínimo de 15 minutos para su desarrollo. (Stuart, Lieberman) Consiste en:

- **Background:** ¿Qué es lo que ocurre en su vida? ¿A que atribuye usted el encontrarse así? A través de estas preguntas mostramos nuestro interés en el paciente, en sus preocupaciones, así como mostramos nuestra disposición a escucharle
- **Affect.** ¿Cómo se siente acerca del problema? ¿Cuál es su estado de ánimo?. Le estamos diciendo que nos hemos dado cuenta de que se encuentra mal, que sabemos que esta sufriendo, y queremos hablar de su sufrimiento.
- **Trouble** ¿Cuál es el problema mas importante? ¿De todo lo que me ha comentado que considera usted que es más importante? A veces son un cúmulo de problemas las que se le presentan al paciente, y cualquier pequeña cosa la ve como mas negativa de lo que la vería en otra situación, por eso le pedimos que ordene un poco sus ideas, para saber donde tenemos que centrarnos, no podemos hablar de todo. Es más fácil buscar soluciones a lo concreto que a muchas cosas a la vez o a algo difuso
- **Handling** ¿Cómo se ha manejado con el problema? ¿Qué ha hecho para solucionar el problema? ¿Qué soluciones ha intentado, en cuales ha fracasado y porque fracaso?. ¿Qué recursos ha utilizado? A veces las soluciones las tiene el paciente mas cerca de lo que el cree.. Las soluciones las tienen los pacientes y en algunas ocasiones las tenemos nosotros, por eso tenemos que insistir que sea el paciente es que busque la solución ¿Qué cree usted que podría hacerse para solucionar el problema? Solo en caso de que lo veamos muy bloqueado puede ser útil hacer un menú de sugerencias.
- **Empathy.** Eso debe de ser difícil para usted. La empatia como técnica de entrevista nos permite hacerle ver al paciente que entendemos su sufrimiento

Llegados a este punto nos interesa saber si es necesario algo más: Nos preguntaremos

- ¿Presenta algún trastorno específico de salud mental?
- ¿Puedo tratarlo y seguirlo yo o tengo que derivar?
- ¿Esta persona se podría beneficiar de algún recurso social?

Errores frecuentes en el abordaje psicosocial:

- Asumir actitudes paternalistas, pseudotranquilizadoras
- Querer dar siempre las soluciones.
- Psicologizar todos los problemas, una vez que hemos aprendido a manejar estos problemas hay una tendencia a verlo todo como consecuencia de problemas sociales
- Sobervalorar nuestra capacidad para manejar los problemas de salud mental, con lo cual podemos perjudicar a pacientes que podrían beneficiarse de una ayuda especializada.
- Ir de cotilleo, en terapia familiar se denomina "ir de turistas", o sea investigar o

preguntar al paciente por aspectos de escaso interés o que no van en la dirección de ayudarlo.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003