



04

artículo

Guillermo Moratalla Rodríguez [[Buscar autor en Medline](#)]
Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.



Ayuda psicológica no reglada en la consulta del médico de familia.

Sólo el cambio perdura (Heráclito).

Introducción.

El médico de familia se enfrenta a situaciones que a menudo bordean el campo de sus competencias. Aunque son muchas las ocasiones en que los pacientes presentan un problema médico de abordaje psiquiátrico, es todavía más frecuente que el médico se enfrente a reacciones normales de las personas a situaciones que les resulta difícil manejar.

En estas líneas proponemos un esquema de entrevista clínica que permita trabajar estas situaciones desde una perspectiva ajena a los diagnósticos psiquiátricos y a las interpretaciones psicológicas (que tienen su razón de ser en las enfermedades puramente psiquiátricas y en los conflictos psíquicos). Es decir, proponemos un enfoque que "des-medicalice" y "des-psicologice" el trabajo en la consulta y promueva en los pacientes una actitud de cambio saludable y autónoma

¿De qué hablamos?

Hablamos de un esquema de trabajo para hacer más consciente lo que sin duda practicamos en el trabajo diario, y sobre todo para hacer ese trabajo más eficiente.

Psicoterapia (llamémosle así) no reglada es el proceso de facilitar cambios positivos con objetivos flexibles, sin contrato y sin límite de tiempo definido. Esto sirve para los síntomas psicológicos o para la adaptación a distintas situaciones entre las que se incluyen las enfermedades médicas, naturalmente. La premisa es que todos los pacientes tienen necesidades psicológicas (o de adaptación o afrontamiento) y si las valoramos podemos orientarles de una manera saludable.

Los principios que presiden la ayuda psicológica son dos: minimizar los efectos beneficiosos del rol de enfermo, y evitar la dependencia del profesional.

En resumen, proponemos una terapia para cuerdos.

¿Cómo reaccionan los pacientes al estrés?

La reacción individual al estrés depende de tres factores:

- LA PERSONALIDAD: factor más o menos estático
- LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO: que pueden ser más o menos efectivos.
- EL APOYO SOCIAL: puede movilizarse rápidamente.

Conviene trabajar con el siguiente esquema: PERSONA + ESTRÉS = REACCIÓN

- PERSONA: aquí podemos incluir todos los componentes del modelo centrado en el paciente. Cambiar a la persona es, en principio, un objetivo complicado.
- ESTRÉS: puede ser agudo o crónico, interno o externo. El interno puede ser psicológico (a menudo se produce cuando se tienen expectativas no realistas) o físico (por ejemplo cuando se sufre dolor crónico por una enfermedad). El externo puede ser producido por otras personas o por el medio ambiente, y puede aumentar o disminuir según el apoyo social.
- REACCIÓN: cuando la respuesta al estrés se hace incómoda se busca ayuda---- consulta.

Trabajar sobre la reacción es lo más efectivo y lo más eficiente

Claves para entender la adaptación al estrés:

bibliografía

1. Stuart M.R.; Lieberman J.A. The Fifteen Minute Hour. Aplied Psychotherapy for the Primary Care Physician. 2nd ed. Westport (CT): PRAEGER; 1993.
2. Hudson O'Hanlon W.; Weiner-Davis M. En Busca de Soluciones. Barcelona; Paidós; 1997.
3. Davis M.; McKay M.; Eshelman E.R. Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona; Ediciones Martínez Roca S.A.; 1990.
4. Marinoff Lou. Más Platón y menos Prozac. Madrid; Suma de Letras, S.L.; 2001.

enlaces

No hay enlaces de interés



- La salud mental y física son inseparables.
- Los individuos usan mecanismos de afrontamiento diferentes en situaciones de estrés que en circunstancias normales.
- En general los individuos tienen patrones de afrontamiento consistentes. En situaciones de estrés severo se emplean patrones de afrontamiento menos funcionales.
- Lo más importante es ayudar a las personas sometidas a estrés a usar patrones de afrontamiento más funcionales. Los mecanismos de adaptación de un adulto maduro son: altruismo, humor, supresión, anticipación y sublimación.
- Cada persona tiene dos planos de actuación, uno sano y otro neurótico

El locus de control es otro concepto que nos ayuda a entender la respuesta al estrés: no es lo mismo esperar que lo arreglen los demás que confiar en las acciones propias.

El modelo de intervención en crisis: cualquier crisis vital dura unas 4-6 semanas. En la crisis la persona es ineficaz y necesita depender de la ayuda de otros. Una de las formas más eficientes de obtener ayuda es ponerse enfermo o empeorar de una enfermedad. Esto da oportunidad al médico para intervenir, con objetivos: prevenir consecuencias fatales; retornar al individuo al nivel previo de funcionamiento; aumentar su autoestima; aumentar habilidades de afrontamiento.

Cualificaciones psicoterapéuticas de los médicos de familia.

- ¿Están los médicos de familia realmente cualificados para ser psicoterapeutas? Muchos no se lo creen, les falta sensación de autoeficacia.
- Elementos que facilitan el papel psicoterapéutico: confianza y continuidad
- EL PODER SOCIAL: potencial de una persona para cambiar las creencias, actitudes o conductas de otras. Esa es la función esencial de un psicoterapeuta.
- El médico tiene poder social: el médico tiene un gran poder para actuar y cambiar conductas en los pacientes (aplíquese juiciosamente)
- La mayoría de las cosas que necesitamos para perfeccionar nuestro papel psicoterapeuta se pueden construir desde habilidades existentes.
- Muchas veces solo se trata de hacer consciente al paciente del estado afectivo que está experimentando. Ni siquiera se trata de obtener un diagnóstico categórico de trastorno mental. Simplemente es necesario saber que el paciente experimenta estrés y orientarle para afrontarlo de una forma más productiva. Casi siempre las reacciones al estrés de las personas se pueden etiquetar de conductas normales
- Comunicar una actitud de interés y cuidado –la relación - es una herramienta terapéutica poderosa (la más poderosa). Se transmite más con comunicación no verbal.
- Es la calidad, más que la cantidad del tiempo lo que importa: prestar atención, mostrar interés y estar concentrado.
- Necesitamos ser eficientes con la obtención de información: es el paciente quien necesita comprender la situación para actuar sobre ella. No es importante entrar en detalles sobre la situación (eso es curiosidad). No es importante obtener información sobre elementos que el médico no puede controlar. Es extremadamente importante para el paciente que se haga consciente de la respuesta que la situación genera y reconocer que dicha respuesta es legítima. A eso lo llamamos normalizar.
- Determinar el contexto de la visita. Necesitamos responder a la pregunta "¿porqué viene el paciente hoy?", se traduce por ¿que le preocupa para haberme consultado? El problema de abordar las cuestiones psicosociales es que un paciente animado a hablar puede consumir mucho tiempo de nuestra agenda. Necesitamos un protocolo de exploración del contexto con objetivos específicos:
 - Que centre la consciencia del paciente en los eventos concomitantes que puedan estar afectando su estado de salud
 - Concentre al paciente en el estado emocional que está experimentando.
 - Guíe al paciente hacia un aspecto del contexto que constituya su máxima preocupación.
 - Se concentre en la forma en que el paciente está manejando el estrés que experimenta.
 - Le devuelva una respuesta empática que haga que el paciente se sienta validado

Diferencias entre médicos de familia y psiquiatras que facilitan un abordaje simple.

Claves de las diferencias.

- Posibilidad de tratar los síntomas sin la etiqueta de enfermo mental (casi siempre).
- Dar pequeñas dosis de terapia en cada momento pero sin parar.
- El paciente no percibe que su problema es complejo
- El cuerpo y la mente no se separan.

- El paciente puede sentirse más cómodo hablando de ciertos temas
- El conocimiento de la familia es esencial muchas veces.
- Los cuidados psicoterapéuticos son percibidos como un regalo, como un esfuerzo extra que hace mi médico
- El médico de familia no se focaliza, ve al paciente como un todo.
- La visión del médico de familia sobre el problema es simple:
 - El problema pertenece al paciente.
 - El problema se define como la reacción del paciente
 - El médico no necesita conocer todos los detalles
 - El médico no tiene la responsabilidad de resolver el problema del paciente, sino de ayudarlo a identificarlo, y a decidir cómo enfrentarse a él.
- Nos focalizamos en el aquí y ahora, y podemos integrar la exploración de los aspectos emocionales en cualquier paciente y en cualquier consulta (algunos autores proponen en todas, pero trabajan en el modelo americano de 15 minutos por paciente).
- Nos focalizamos en la energía del paciente. Debemos tener la habilidad de movilizar las capacidades del paciente.
- Implicamos a la familia del paciente en el manejo del problema.

Aproximación terapéutica del médico de familia.

- El aspecto más importante de una relación terapéutica es que el médico muestre interés.
- Técnicas para mostrar interés :
 - Empatía
 - Exploración de opciones : siempre hay opciones, incluyendo la opción de no hacer nada (por ahora)
 - Averiguar nuevas conductas . Esta aproximación debe hacerse con el debido cuidado, intentado no decidir por el paciente y darle la oportunidad de sabotear nuestras soluciones
 - Proporcionar explicaciones : normalmente son explicaciones que tienden a normalizar y validar al paciente.
 - Consejo anticipado . Técnica especialmente ligada a las crisis del ciclo vital.
 - Accesibilidad al contacto en fases muy iniciales del problema. Podemos incluso hacer prevención (p.e. en duelo).

El efecto de las sesiones breves.

Si tenemos poco tiempo tenemos que ir al grano. Focalizarse en lo más importante es beneficioso (a menudo), porque hacemos el proceso menos complejo para nosotros y para el paciente.:

- Definiendo prioridades . Usando un estilo sintético y priorizando asuntos en la entrevista, enseñamos a los pacientes ese estilo, y podemos ayudarles a focalizarse en los asuntos que más les preocupan. Además les entrenamos a aprovechar bien su escaso tiempo de consulta.
- La tarea en casa es esencial . Es eficaz enseñar a hacer lista de opciones, recursos, pros y contras, argumentos, excepciones, objetivos.....También son de utilidad el uso de diarios de salud, en asuntos como dietas, patrones de sueño. Otro tipo de tareas son lo mejor-lo peor de cada día, o hacer cada día algo nuevo. Las tareas muchas veces requieren imaginación y otras no requieren objetivos concretos, a veces solo necesitamos transmitir que hay que hacer algo nuevo, aunque sea una tontería. las tareas deben ser simples, aceptables y factibles: son los únicos requisitos.
- Promover la independencia . Las intervenciones breves deben maximizar el trabajo en los recursos del paciente: ¡el diván está en su casa!

Hay pacientes que debemos derivar

Cuando lo hagamos, estudiaremos antes el caso y transmitiremos que seguimos siendo sus médicos.

Principios básicos: situarse donde está el paciente.

Si hablamos de psicoterapia es porque queremos conseguir que los pacientes se sientan mejor, bajar su nivel de estrés y combatir su sentimiento de estar sobrepasado. Un paciente sobrepasado manifiesta síntomas físicos y psíquicos (a menudo ansiedad o depresión). Casi siempre la sensación de estar sobrepasado es debido a su interpretación de la situación, más que a la situación en sí.

El lenguaje y la historia.

- Cada persona construye su experiencia del mundo. Esta experiencia se procesa a través de tres sentidos: visual, auditivo o cinestésico. En cada persona predomina un sentido y esto lo comunica en el lenguaje.

- ¿Porqué hay personas que no ven opciones para enfrentarse a las situaciones?. Porque usan un mapa del mundo empobrecido. Hay tres mecanismos que empobrecen el mapa de la realidad:
 - Generalización: generalizar que tocar una estufa caliente es doloroso tiene un valor positivo. Generalizar que las estufas son dañinas y conviene evitarlas limita las opciones de una persona. Hay personas que solo escuchan lo que concuerda con su generalización de la situación. Sólo ven y escuchan lo que ellos esperan. El lenguaje puede cuestionar las generalizaciones: "¿Nadie ha aceptado nunca sus ideas?".
 - Supresión: se manifiesta mediante expresiones incompletas como "estoy asustado". Se contrarrestan con especificaciones "¿De qué está asustado concretamente?"
 - Distorsión
- Hay técnicas para cambiar el lenguaje y la historia del paciente: Hablar en pasado del problema, deshacer los términos absolutos y el lenguaje presuposicional del cambio

Modelos de ansiedad.

- Aproximación - Aproximación: + _____ paciente _____ + El paciente tiene dos opciones pero tiene que decidirse por una. Si quiere tener las dos se genera ansiedad.
- Repulsión - Repulsión: - _____ paciente _____ - El paciente está atrapado entre dos situaciones de las que quisiera huir. Cuando huye de una está más cerca de otra, lo que genera ansiedad y a menudo INMOVILIDAD, rigidez, incapacidad de buscar opciones de cambio.
- Aproximación - Repulsión: ± _____ paciente. La opción deseada y la que produce miedo están en el mismo polo. Es una situación común en las relaciones interpersonales. En esta situación muchas personas generan síntomas somáticos que legitiman su opción de no acercarse.

Los estilos de expresión.

- Distintas investigaciones han demostrado que la forma de expresión condiciona los sentimientos (las personas con visión pesimista son más propensas a la depresión).
- Los estilos de expresión comprenden tres dimensiones:
 - Si es interna o externa.
 - Si es estable (siempre así) o inestable (acontece ahora).
 - Si es global (sucede con todo) o específica (sucede en esta situación)
- **Tabla 1: ¿Por qué mi cuenta corriente está al descubierto?**
- Es útil pedirle a los pacientes que nos expliquen por escrito las cosas malas que le hayan ocurrido y cambiarlas de estables, globales e internas a un modelo explicativo más saludable. "¿Son realmente fallos suyos o hay elementos externos que han intervenido?"
- A veces el lenguaje ayuda a corregir las percepciones de los pacientes:
 - La palabra todavía es una poderosa herramienta terapéutica.
 - Hablar en pasado.
- Todo ello persigue corregir el sentido de que el problema tiene una cualidad estable

El sentido de autoeficacia.

- Las creencias de las personas en su capacidad para desempeñar una tarea, determinan si se inician los cambios, el grado de esfuerzo que se pone y durante cuánto tiempo se mantiene ese esfuerzo cuando aparecen adversidades.
- Si el paciente piensa que él puede hacer algo, probablemente lo hará, y lo intentará repetidamente porque sabe que es cuestión de tiempo.
- La información positiva que el médico puede aportar sobre una tarea o sobre el propio paciente aumenta su propio sentido de autoeficacia y conduce a que lo intente otra vez con más convicción. Cualquier exageración de los resultados positivos aumenta la sensación de autoeficacia.

Objetivos básicos de una psicoterapia elemental

- Desde la medicina de familia americana (15 minutos por paciente) se propone que se evalúen las necesidades psicológicas en todos los encuentros con pacientes. Para ello desarrollan una herramienta efectiva. Explorar no significa necesariamente intervenir más allá del nivel uno. ¿Podemos hacer esto en nuestro sistema sanitario? Quizás por el momento debamos priorizar en los pacientes que nos comuniquen claves verbales o no verbales, de que las cosas no van según lo previsto.
- El objetivo terapéutico es ayudar al paciente a reorganizar algunos pequeños aspectos de su idea de sí mismo o de su conducta hasta un nivel más confortable,

- productivo, o como mínimo menos destructivo.
- La tarea específica terapéutica es intentar modificar en el paciente: la imagen de sí mismo, sus problemas y sus opciones
- La hipótesis de trabajo es que al dedicar tiempo a las necesidades psicológicas del paciente, se gana tiempo en futuros encuentros. Por el contrario, si las ignoramos dejamos rodar y rodar la bola de nieve.

Esquema de entrevista: el modelo BATHE.

- Todos los médicos estamos familiarizados con la estructura SOAP de la historia clínica de atención primaria. Si damos SOAP en seco quizás dejemos cosas por limpiar. Necesitamos comprender el contexto del problema en toda la situación vital del sujeto.
- El acrónimo BATHE como complemento al SOAP explica el protocolo de entrevista para determinar el contexto de la visita:
 - B: background- situarse en el trasfondo del problema. ¿Qué está ocurriendo en su vida? ¿Qué le está pasando? ¿Cómo transcurre su vida? ¿Qué hay ahora en su vida, familiar, de trabajo, etc? Aquí cabe la entrevista centrada en el paciente si con una pregunta abierta no salen los componentes.
 - A: affect- situarse en los sentimientos. ¿Cómo se siente a causa de esto? ¿Cómo se siente? ¿Cómo está de ánimo?
 - T: trouble- situarse en el aspecto del problema que más preocupa al paciente. ¿Qué es lo que más le preocupa de todo? Focalizamos la entrevista en el objetivo de trabajo
 - H: handling- situarse en el manejo de la situación. ¿Cómo lo está manejando? ¿Qué está haciendo para que (el problema) desaparezca o disminuya? Se transmite sensación de autoeficacia dando por supuesto que se hace algo y que se obtienen resultados positivos. ¿Qué haces para que (suceda algo positivo)?
 - E: empathy- centrarse en mostrar empatía. La frase clave es debe ser difícil para usted.
- La empatía y validar la reacción del paciente es todo lo que se requiere para ofrecer un mínimo nivel de psicoterapia
- Después de aplicar el BATHE se procede a la exploración física. Si procede un soporte psicológico adicional se planteará en el plan de manejo fijando con el paciente otras entrevistas según el nivel de intervención elegido.

Niveles de intervención.

- No todos los encuentros son igual de terapéuticos. Proponemos un protocolo para guiar al médico en el nivel de intervención a adoptar en cada encuentro concreto.
- El protocolo uNo Dos Tres Cuatro.
 - uNo: Normalizar la reacción del paciente: se trata de dar permiso para sentirse como se sienten. Es una tarea simple y muy eficaz desde el punto de vista terapéutico
 - Dos: Dar información limitada: en el segundo nivel además de normalizar la reacción damos un poquitín más de información que explique el estado emocional. Puede servir explicarles un poco el modelo P+E=R
 - Tres: Se proponen tareas específicas: se emplean para permitir al paciente examinar distintas opciones, como hablar con amigos, introducirse en una asociación, tomarse tiempo libre, etc.
 - Cuatro: Se ofrece seguimiento para terapia en consultas programadas de 15 minutos: supone aceptar el compromiso de seguir al paciente mediante contacto periódico programado. En este nivel se emplean una serie de técnicas psicoterapéuticas más o menos estructuradas, algunas de las cuales proponemos en este taller, y otras que cada profesional empleará según su formación o experiencia.
- Si hacemos muchas intervenciones de nivel 1 (se pueden hacer en cualquier día de consulta y en cualquier paciente), bastantes de nivel 2 (también se pueden hacer en encuentros casuales), unas cuantas de nivel 3 (tampoco requieren demasiado tiempo de agenda) y unas poquitas de nivel 4 (estas sí necesitan algo de tiempo, y habrá que seleccionar los pacientes) conseguiremos prestar una atención excelente a las necesidades psicológicas de nuestros pacientes.

Figura 1: Esquema de la entrevista.

Tabla 2: Modelo de una sesión de apoyo de 10 minutos

Resumen

Hemos tratado de exponer de forma muy concisa los contenidos de un taller que trabajamos en el grupo de comunicación y salud, durante su reunión anual de 2003. Recomendamos a los lectores profundizar los conocimientos teóricos mediante la lectura

de la bibliografía y sobre todo atreverse a poner en práctica estas estrategias.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003