

FORO DE SALUD MENTAL

Encuentro/debate: ¿qué psicoterapia que sea efectiva y factible se puede hacer en el centro de salud?

Moderador:

J.R. Loayssa Lara

Miembro del GdT Atención al Adolescente y Salud Mental de la semFYC.

Ponentes:

M.J. Cerecedo Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud de Pontedeume, A Coruña. Coordinadora del GdT Salud Mental de la semFYC.

D. Eichelbaum Sánchez

Médico de Familia. Centro de Salud de Oviedo. Especialista en Psicoterapia Breve. Miembro del GdT Salud Mental de la semFYC y del GdT Comunicación y Salud de la SAMFYC.

M. León Sanromá

Médico de Familia. EAP La Gavarra, Cornellà de Llobregat (Barcelona). Doctora en Medicina. Miembro del GdT Salud Mental de la semFYC.

P. Pascual Pascual

Médico de Familia y Especialista en Psiquiatría. Pamplona. Miembro del GdT Salud Mental de la semFYC.

Psicoterapia/ayuda psicológica y medicina de familia. Un tema pendiente de debate

J.R. Loayssa Lara

Durante las últimas décadas hemos asistido a un fenómeno dentro de la salud mental, el abandono progresivo y creciente de las intervenciones psicológicas sobre los pacientes con problemas relacionados con la salud mental en los servicios de salud en beneficio de los tratamientos farmacológicos. De hecho, la psicoterapia, cuando se planteaba, era concebida como una intervención de apoyo pero no en el sentido psicodinámico del término, sino como de apoyo al tratamiento farmacológico que se convertía en el elemento clave del plan terapéutico. En los últimos tiempos, sin embargo, el viento está cambiando de sentido a menos en la literatura médica (creo que en la práctica, desgraciadamente, se sigue confiando casi exclusivamente en la farmacoterapia). Investigaciones recientes han indicado que ni los fármacos son tan efectivos¹, y que incluso la psicoterapia psicodinámica muestra más efectividad que la que se decía². Esto es especialmente importante porque ciertas orientaciones han hecho uno de los argumentos centrales de la supuesta falta de evidencia de la efectividad de la terapia de orientación psicoanalítica. La perspectiva teórica que en primer lugar desarrolló un modelo de intervención terapéutica basada en una visión “psicológica” de la génesis y desarrollo de la patología “mental”. Se aprovechaba, de hecho, la dificultad que tiene cierto tipo de intervenciones, como la psicodinámica (difícilmente estandarizable, con variables de confusión no fácilmente controlables, etc.) para someterse a las reglas de la investigación “experimental”. Lo mismo ocurrió un poco como pasó en educación hace años ante las propuestas de renovación metodológica educativa frente a pedagogía de corte más conductista con sus objetivos definidos en términos de comportamiento a la cabeza. Como decía los vientos, están cambiando tanto que hay un comentario editorial muy reciente en JAMA (revista oficial, si las hay, de la visión

científica oficial de la medicina) que se titula “Psicoterapia Psicoanalítica y la evidencia de la Investigación: Bambi sobrevive a Godzilla”³.

Este renacimiento de la psicoterapia de inspiración psicoanalítica (y de hecho, en ciertos aspectos, de cualquier psicoterapia) no sólo viene reforzado por los datos de la investigación empírica también desde las ciencias básicas. Las últimas investigaciones en neurociencias han puesto de manifiesto que la intervención psicoterapéutica puede modificar el funcionamiento de las conexiones neuronales y no de forma efímera. También se ha visto que existen zonas en el cerebro que pueden almacenar “pautas inconscientes” de respuesta a situaciones y modelos de relación interpersonal que fueron gestadas en experiencias del pasado.

El primer argumento para plantear la necesidad de intervenciones de ayuda y apoyo psicológico en atención primaria es su demostrada efectividad, incluso en el caso de aquellas que han encontrado más dificultades para que esta efectividad fuera reconocida. En mi opinión, el segundo es que es difícil que en la consulta no aparezcan demandas derivadas del malestar psicológico del paciente directa e indirectamente. Cómo responder a estas demandas es esencial para la futura salud del paciente. Una respuesta basada exclusivamente en fármacos puede contribuir a la cronificación medicalizada del paciente y decepcionar las expectativas latentes de éste.

Los ponentes de este foro van a ir abordando algunas cuestiones claves sobre la psicoterapia/ayuda psicológica en la consulta y subrayaran algunos aspectos esenciales. Así, algún ponente incidirá en las aportaciones de la entrevista clínica mientras que otro recalcará la importancia del “enquadre interno” del profesional. Lo que es claro es que la relación con el paciente es esencial para cualquier intervención psicoterapéutica y la mayoría de los psicoterapeutas admite la necesidad de dedicar atención a la relación con el paciente.

Algunas de las aportaciones serán planteadas más como preguntas que como respuesta. Por ejemplo, se va comentar el problema del diagnóstico. ¿En que evaluación diagnóstica mínima se debe basar la psicoterapia/ayuda psicológica? Me atrevo a sugerir otros puntos de discusión. Quizás el más obvio sea cómo podemos superar las dificultades que representan los encuentros de una frecuencia y duración limitada que son posibles en el marco de atención primaria, o el hecho de compaginar la intervención de ayuda psicológica con la atención médica habitual al paciente y su familia. También vamos a repasar propuestas de modelos de intervención. La terapia familiar breve es una de ellas, la ayuda psicológica elemental otra. Aunque en este último caso el autor considera que no se trata de un modelo, sino de un esquema integrador de distintas contribuciones teóricas. Personalmente, creo que esta idea de la integración es esencial para cualquier propuesta de un “modelo” o “esquema” de psicoterapia en atención primaria. Esta integración, entre otros argumentos, viene respaldada por la importancia de los llamados factores inespecíficos de la psicoterapia y su impacto “curativo”. Otra idea que en mi opinión va en el sentido de la integración es la necesidad de dedicar atención a las tres dimensiones donde se gestan y expresan los conflictos y las dificultades del paciente: los pensamientos, los sentimientos y las relaciones interpersonales. En sí esto es un camino para adentrarse en las profundidades del pasado, el inconsciente y las relaciones internas es una cuestión muy debatible especialmente en el contexto de atención primaria.

Estos puntos no agotan la discusión y estoy seguro de que en el foro surgirán muchas perspectivas nuevas y nuevas cuestiones para debatir. Os esperamos a todos.

Bibliografía

1. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. 2008;PLoS Med 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
2. Falk Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. JAMA. 2008;300:1551-65.
3. Glass RM. Godzilla psychodynamic psychotherapy and research evidence: Bambi survives Godzilla? JAMA. 2008;300:1587-9.

La terapia familiar breve: una herramienta útil en la consulta del médico de familia

M.J. Cerecedo Pérez

Los médicos de familia abordamos diariamente demandas de carácter emocional y relacional; las quejas no orgánicas representan una cuarta parte de la demanda diaria en nuestras consultas, teniendo que abordar problemáticas tan distintas como son los trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, los trastornos del estado de ánimo o los trastornos somatomorfos. La terapia familiar breve (TFB) ofrece una forma de abordar los problemas psicosociales, determinando los objetivos del paciente, buscando excepciones, definiendo las soluciones intentadas ineficaces, ajustándose a la “modalidad de cooperación” del paciente. La entrevista clínica en la consulta de atención primaria, según esta técnica, se interesa por los puntos fuertes de las personas, sus recursos, lo que hacen para mejorar su salud y por el resultado que tales esfuerzos tienen.

La TFB cree que las personas, con la mejor de sus intenciones, persisten sin darse cuenta en actividades que mantienen vivos los problemas. Estas conductas de repetición que no ayudan a resolver los problemas (“soluciones intentadas ineficaces”) son exploradas y detectadas por el profesional, sirviéndole dicha información para generar cambios dirigidos a conseguir los objetivos del paciente, proponiendo tareas para hacer más de lo que ya funciona o hacer lo contrario de lo que no funciona.

Además, las personas forman partes de sistemas (el más frecuente, el sistema familiar) y cualquier cambio en un elemento del sistema dará lugar a cambios en el resto de los elementos; es decir, el comportamiento de cada uno de los elementos del sistema influye sobre los demás. Este hecho nos permite trabajar sin citar a toda la familia y hacerlo con la persona que acude a la consulta para activar el cambio en otras personas que pertenecen al sistema; esto sucede cuando a la consulta, por ejemplo, acude la mujer planteando el objetivo de que su marido deje de beber o que su hijo salga menos por la noche.

Es una herramienta que contribuye a resolver problemas y resulta especialmente útil en atención primaria porque es sencilla de aplicar, ofrece un amplio abanico de posibilidades terapéuticas y se adapta a los tiempos de consulta, habitualmente muy ajustados, de la atención primaria.

La relación terapéutica se fundamenta en el lenguaje entre el profesional y el paciente y esa es la base de todo el proceso terapéutico; a la hora de sistematizar el tratamiento es necesario especificar los usos que se hacen del lenguaje, la importancia y sentido que tiene el verbal y el no verbal, tanto en contenido como en forma.

Además, de toda la información obtenida por el profesional a través de la entrevista clínica, la TFB diferencia y explora sólo aquella que considera relevante para la solución del problema (objetivos terapéuticos, excepciones a la queja y soluciones intentadas).

A través de casos clínicos iremos descubriendo las aportaciones que puede hacer la TFB a nuestra consulta, la forma de abordar los problemas y las propuestas de solución que se generan.

APE-encuentros experiencias psiquiatría-congreso

D. Eichelbaum Sánchez

No es habitual que el médico de familia sea especialista en psicoterapia, y sin embargo tiene que dar respuesta a un alto porcentaje de consultas por problemas emocionales y psicosociales. En la mayoría de los casos consigue “parar el golpe” él solo, y en algunos recomienda al paciente acudir a un psicoterapeuta. Es de todos conocido el hecho de que los psicoterapeutas trabajan partiendo de enfoques muy distintos: conductistas, cognitivo-conductuales, de orientación dinámica, centrados en soluciones.

Pero los pacientes vuelven, y es el médico de familia el que tiene que entender la intervención hecha por el especialista y contextualizarla en la asistencia que debe seguir prestando al paciente. Y evaluar cómo va evolucionando tras el tratamiento. Y si las cosas no van bien, volver a aconsejar y muchas veces volver a derivar... ¿al mismo o a otro terapeuta?... ¿A uno con el mismo modelo de trabajo o con otro?

Por otra parte, los médicos de familia que sentimos la necesidad de asumir estas consultas solemos ir a los cursos sobre psicoterapia que nos son accesibles. Unas veces será la terapia de resolución de problemas, otras de asertividad o de terapia familiar breve. Yendo a estos cursos intentamos enterarnos de qué va esto de la psicoterapia, a la vez que nos hacemos con recursos para mejorar nuestras intervenciones.

Pero... ¿Cómo pueden existir perspectivas tan distintas sobre el mismo problema?... ¿Cómo organizar la información recibida en los diferentes cursos?

Necesitamos, por tanto, un recurso que integre y ordene las distintas maneras de concebir el problema del paciente. Que nos ayude a organizar la información que recibimos referente a distintos modelos, y a situar cada intervención en su lugar. Que nos facilite la comprensión del impacto de la asistencia prestada por especialistas de distintas orientaciones sobre el problema del paciente, y nos permita contextualizarlas. Y que nos oriente a la hora de saber cuál es la mejor respuesta para cada paciente concreto, en cada momento.

He diseñado un esquema que busca responder a estas necesidades. Deslindando e integrando los distintos elementos que influyen en el problema conseguimos organizar la información.

La psicoterapia interpersonal, por ejemplo, parte fundamentalmente de una categorización de la manera de padecer y afrontar los acontecimientos vitales estresantes. La terapia familiar sistémica y las psicoterapias centradas en el estudio del “ciclo vital” pueden ser agrupadas, dado que ambas dan importancia al análisis de los problemas que surgen cuando una persona atraviesa las distintas etapas en el devenir de su vida, ya sea como individuo o como miembro de una familia.

La mayoría de los demás modelos ponen el acento en las dificultades que tienen las personas para adaptarse a los problemas. Unos, concretamente, en la manera de interpretar los acontecimientos. Me refiero a las terapias de orientación cognitiva. Los modelos dinámicos y centrados en las emociones suelen ocuparse del peso afectivo de las experiencias, los contenidos simbólicos, los aspectos reprimidos, etc. Otros en las conductas. Y dentro de estos, unos hacen hincapié en los hábitos y actitudes (conductistas) y otros en la manera de elaborar soluciones (terapia familiar breve).

Además, hay un elemento básico que todos desarrollan de una u otra forma: la forma en que el terapeuta se relaciona con el paciente. El vínculo que se establece, el objetivo que se busca con cada intervención, la manera de pensar y de actuar del profesional en la consulta, los sentimientos y juicios que el paciente suscita en él, etc.

Y de aquí surge el esquema de la ayuda psicológica elemental. Considero que no merece el nombre de “modelo” porque sólo es un esquema integrador, unas instrucciones para colocar cada pieza en su sitio.

Proponemos organizar la asistencia en tres tareas:

1. Establecer una relación de ayuda.
2. Trabajar la perspectiva sobre el problema.
3. Poner en práctica soluciones.

En lo que se refiere a la primera tarea (*establecer una relación de ayuda*), recogemos aportaciones de distintos modelos acerca de la actitud que recomendamos que adopte el médico de familia a la hora de abordar problemas psicosociales.

Respecto a la segunda (*trabajar la perspectiva sobre el problema*), agrupamos lo referente a la manera en que la persona da significado a la situación que le está generando dificultades. Para conseguir una *perspectiva integrada* proponemos un esquema en tres ejes: circunstancias adversas, necesidades vitales y dificultades de adaptación. Decimos que los dos primeros forman el *plano de situación*, y a partir de ellos establecemos unos objetivos y una estrategia para ayudar al paciente a adoptar una perspectiva que le facilite encontrar soluciones.

El tercer eje (*dificultades de adaptación*) se desdobra, a su vez, en los tres elementos clásicos: cogniciones (pensamientos, imágenes, valores, creencias, etc.), emociones y conducta. La conducta se relaciona directamente con la tercera tarea (poner en práctica soluciones), de manera que lo abordamos allí. Diversos modelos aportan recursos que se enmarcan en los otros dos elementos (cognitivos y emocionales) y nos permiten abrirnos camino para llevar a buen término la estrategia elaborada.

Y a la hora de *poner en práctica soluciones*, describimos algunos recursos de terapia conductual y otros de la terapia centrada en soluciones.

De esta manera, el médico de familia puede orientarse en el mundo subjetivo del paciente. Puede analizar los distintos elementos que influyen en su problema. Puede ordenar la formación que va adquiriendo en los diferentes cursos que recibe. Y decidir qué recurso es el más adecuado para cada consultante, en cada momento. Si se considera capacitado y dispone de tiempo, abordará él mismo el problema. Y en caso contrario puede recomendar un determinado tipo de terapia. Y cuando el paciente vuelva, podrá contextualizar la intervención efectuada por el especialista.

La práctica del modelo biopsicosocial. La dificultad del encuadre interno

M. León Sanromà

El encuentro del paciente con su médico de familia (o más frecuentemente médica), si éste pone en práctica el modelo biopsicosocial puede ser trascendental para que el paciente, a través de la relación terapéutica, pase de la fragmentación por síntomas a percibirse integrado, progrese en la comprensión en profundidad qué le ocurre como persona, y vaya sintiéndose progresivamente sujeto de su vida.

El médico de familia tiene una cita con el sujeto de la demanda y de la transferencia, pero para poder lograr buenos resultados en esa cita debe salir al encuentro de ese sujeto, sin esconderse detrás de los conocimientos biomédicos, de los protocolos, de los registros informáticos, y eso debe producirse sin prisas, respetando los tiempos, a pesar de la masificación de la consulta. El profesional debería encontrar las palabras adecuadas para que se produzca la comunicación entre la persona en busca de ayuda –el paciente– y la persona del profesional que se postula como capaz de prestar esa ayuda, por sus estudios, sus títulos y experiencia, pero además por algo más íntimo que le ha hecho situarse en esa posición poderosa.

Cuando falta la capacidad de contener, cuando faltan la reflexión, los gestos y las palabras adecuadas en el profesional, es precisamente cuando surge la respuesta inmediata a la demanda a través de un protocolo de comunicación aprendido de forma estereotipada, una prescripción o una derivación innecesaria, perpetuando así el vacío abierto entre el cuerpo doliente y el pensamiento del paciente, manteniendo cerradas las vías que ayudarían a acercar al paciente a esa identidad suya, más compleja sin duda, que de momento sólo se manifiesta a través de la queja de su cuerpo. La alianza terapéutica, en caso de lograrse, pone tanto al médico como al paciente en el camino de comprender en profundidad, dar significado a los hechos y ayuda a que el paciente evite la repetición de comportamientos perjudiciales para él, favoreciendo los cambios hacia actitudes y comportamientos más sanos.

Ahora bien, la posibilidad del médico de ayudar a nivel psicológico depende en gran manera de su encuadre interno y eso requiere otro tipo de formación diferente a la que se ofrece en el currículo universitario: tiene que ver con su personalidad, con su formación en sentido amplio, con la capacidad de simbolización del profesional, de lo que haya hecho con sus duelos, con su omnipotencia, de sus aspectos de personalidad no comprendidos, etc. Lograr y mantener un encuadre interno adecuado no es fácil y requiere formación específica, y realizar supervisiones y tutorizaciones, individuales o en grupos, ya que los duelos, malestares y enfermedades del paciente ponen al profesional en contacto con sus propios duelos, contradicciones y temores. El profesional debería poder acercarse a la comprensión de sus reacciones y emociones, para así poder crecer como persona y como profesional, y no quemarse o enfermar en el intento; y también para evitar proyectar masiva y continuamente sus conflictos no resueltos en los pacientes. El profesional, a su vez, precisa poder sentirse contenido por el equipo y por la empresa donde desarrolla su trabajo, para desempeñar esta labor; y debe disponer de los medios suficientes para realizarla.

En este Foro de Salud Mental presentaré una parte de mi experiencia en la práctica del abordaje BPS a lo largo de 20 años en la consulta de médica de familia.

La psicoterapia de apoyo y la práctica de “psicoterapia” en la consulta del médico de familia

P. Pascual Pascual

En mi intervención voy a concentrarme en dos temas del concepto de psicoterapia de apoyo ya que, a menudo, se propugna como una modalidad propia del médico de familia, y voy a tratar de reflexionar sobre el tipo de ayuda psicológica que realizamos en nuestra práctica habitual.

¿Que es la psicoterapia de apoyo?

Para entender qué es la psicoterapia de apoyo nos debemos situar en el continuum que va desde la psicoterapia psicodinámica, que se inicia con el psicoanálisis, continúa con las psicoterapias de orientación psicoanalítica y finaliza en la psicoterapia de apoyo. En el intermedio de ese espectro podemos situar la psicoterapia interpersonal y las psicoterapias breves de orientación psicodinámica.

El conjunto de técnicas que encontramos en este continuum se inicia en un extremo con la interpretación y pasa por la confrontación, la clarificación, el estímulo para elaborar, la validación empática, el consejo, el elogio y la afirmación en el otro extremo.

Comprender las técnicas y las fases de las diferentes psicoterapias también puede proporcionar importantes conocimientos y habilidades acerca de la indicación y el manejo de la medicación, el cumplimiento del tratamiento, los agentes estresantes interpersonales y los problemas familiares pasados y presentes.

La psicoterapia de apoyo proporciona a los pacientes el apoyo de una figura de autoridad durante un periodo, que puede ser indefinido, con el objetivo de restablecer y fortalecer las capacidades de los pacientes. La mejor forma de definirla es exponiendo sus *características*:

Objetivos

- Favorecer la evaluación de la realidad.
- Proporcionar apoyo al «yo».
- Mantener o restablecer el nivel de funcionamiento habitual.

Criterios de selección

- Individuos sanos enfrentados a crisis que les superan.
- Pacientes con déficit en el yo.

Duración

- Variable de días, meses o años, según necesidades.

Técnica

- Terapeuta accesible.
- Si se recurre a la interpretación es para fortalecer las defensas.
- El terapeuta mantiene una relación basada en: la realidad, el apoyo, el interés y la solución de problemas.
- Utiliza la sugestión, el refuerzo, el consejo, la evaluación de la realidad, la reestructuración cognitiva, la fijación de límites e intervenciones ambientales.
- Medicación.
- Narración vital psicodinámica (formulación de las dificultades del momento que tiene el paciente, generalmente una crisis vital, como resultado inevitable de experiencias previas).

En resumen, esta modalidad de psicoterapia intenta ayudar al paciente a mantener o a restablecer su nivel de funcionamiento habitual a pesar de las limitaciones de su enfermedad, su personalidad, sus habilidades y sus circunstancias vitales. En esto se distingue de las psicoterapias orientadas al cambio ya que éstas intentan una reestructuración de la personalidad.

¿Qué psicoterapia hacemos los médicos de familia en nuestra práctica habitual?

Aunque hay múltiples experiencias, algunas de las cuales se verán en esta mesa, existe un continuum en la práctica habitual entre hacer y no hacer psicoterapia. En el extremo de no realizar psicoterapia estaría la relación profesional/paciente en la que no se tienen en cuenta los aspectos psicológicos y se ocupa el papel de técnico, exclusivamente. En el mejor de los casos aquí se obtendría el beneficio inespecífico que se espera de toda intervención sanitaria. En el otro extremo se situarían aquellos profesionales que hacen una psicoterapia reglada.

Este continuum, más que una línea, podrían ser varias líneas diferentes que dependerían del modelo psicológico elegido: psicoanalítico o psicodinámico, conductual o cognitivo-conductual, sistémico, existencial o humanista, y otros. A pesar de estas diferentes posibilidades, en este momento lo que planteo es hacer o no psicoterapia con independencia de la corriente psicológica elegida.

El médico de familia y los profesionales de la salud debemos hacer apoyo psicológico y, de hecho, habitualmente lo hacemos. En este aspecto la aportación de la entrevista clínica a nuestras consultas y las habilidades de comunicación es lo que, en mi opinión, ha supuesto un cambio cualitativo en la atención primaria. Nos hemos convertido en auténticos especialistas en habilidades de comunicación.

Alguien dijo que el objetivo del médico de familia no es hacer las cosas bien, sino tender a la excelencia, por lo que ¿nos vamos a quedar ahí?

Los problemas de salud mental se han convertido en una auténtica epidemia en la sociedad del siglo XXI. La ansiedad, en todas sus formas, la depresión, el duelo, las crisis vitales, etc. están detrás de un sinfín de nuestras consultas, muchas veces bajo la forma de síntomas físicos y de otras mil formas diferentes.

El entrenamiento en entrevista clínica nos ha ayudado a descubrir que, con una relación de confianza y unas habilidades básicas de comunicación, se abre el foco a lo psicosocial y surgen muchos problemas de índole psicológica que estaban ocultos detrás de las demandas de nuestros pacientes.

¿Qué hacemos ante esto?

¿No hacemos nada? ¿Derivamos a salud mental? o, ¿mejoramos nuestras habilidades?

Este sea probablemente nuestro destino como profesionales de atención primaria (AP). No hay otros profesionales tan capacitados como nosotros para atender estos problemas. ¿Quién mejor que nosotros conoce la biografía del paciente, sus problemas físicos, su entorno familiar? Ante esta responsabilidad no nos queda otro remedio que asumirla. En todo momento planteo que la responsabilidad de asumir esta tarea es del equipo de AP y no sólo del médico de atención primaria.

Con lo visto hasta aquí podemos asumir que tenemos interés y ganas de ayudar en temas psicológicos pero, ¿estamos haciendo psicoterapia? La respuesta por ahora es no, salvo honrosas excepciones.

Existen otras condiciones previas antes de plantearse hacer psicoterapia en AP. Una de ellas es reconocer la importancia de las emociones y de las interacciones entre profesional y paciente en la consulta. Esto lo vivimos en las consultas del día a día y lo hemos practicado en diferentes talleres sobre manejo del paciente difícil, malas noticias, de profesionales difíciles, paciente hiperfrecuentador y somatizador, que nos despiertan tantas emociones negativas. En muchas de estas emociones e interacciones tanto el paciente como el profesional reproducen experiencias emocionales previas, conflictos no resueltos o pensamientos erróneos. Esto tiene relación con lo que se denominaba transferencia y contratransferencia en la escuela psicoanalítica y queremos destacar la importancia de estos factores en el encuentro terapéutico. Este aspecto ha sido señalado por diferentes autores, Tizón entre otros. Descubrir estas cuestiones y saber manejarlas adecuadamente es fundamental para así poder ejercer adecuadamente el rol que se espera de nosotros, y es el de profesional capaz de ayudar y no de proyectar en el paciente nuestros problemas.

Para poder hacer psicoterapia hay que iniciar un proceso diagnóstico del problema del paciente y sentar la indicación de un tratamiento psicológico. El diagnóstico del problema puede ser muy variable según el modelo psicológico de enfermar en el que nos queramos posicionar, pero lo que debe estar explícitamente indicado es la indicación del apoyo psicológico. Dicha indicación debe estar aceptada por ambas partes y realizar un acuerdo terapéutico de ayuda psicológica.

A partir de este momento se abre un abanico de posibilidades de ayuda psicológica. En mi práctica habitual el planteamiento se acerca a lo que se está llamando en la actualidad psicoterapia integradora, que se define como "aquellos abordajes que sintetizan elementos teóricos, objetivos terapéuticos y herramientas técnicas de diferentes orientaciones psicoterapéuticas, pudiendo ser estas aplicadas en diferentes formatos, del individual al grupal, pasando por la pareja y el familiar". Es una psicoterapia en la que no hay una adhesión dogmática a una escuela conocida de psicoterapia.

En este contexto se pueden aplicar, dentro del acuerdo terapéutico, modelos de apoyo más globales, como una psicoterapia de apoyo en la línea que hemos visto, técnicas de counselling, como acompañamiento menos estructurado, técnicas más concretas, como terapia de resolución de problemas, técnicas cognitivo-conductuales: exposición cognitiva, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, terapia breve familiar, ayuda psicológica elemental, etc.

No quisiera terminar sin dos reflexiones:

1. La psicoterapia no es una actividad exclusiva del médico de familia, sino que la puede realizar cualquier miembro del equipo que tenga la preparación adecuada.
2. La dificultad para hacer apoyo psicológico y psicoterapia en atención primaria. Se puede hacer, porque de hecho hay muchos compañeros que lo están haciendo, pero a costa de un esfuerzo personal y un "extra de tiempo". Es muy difícil no dar un mínimo de tiempo para la psicoterapia. ¿Cuál es el mínimo de tiempo necesario? No tengo la respuesta exacta, pero tendría que estar entre los 20-30 minutos. Si las condiciones concretas de trabajo no permiten poder dedicar un mínimo de tiempo no se podrá realizar psicoterapia en AP. Seguiremos transmitiendo al paciente nuestro interés, nuestro apoyo y nuestras ganas de ayudarlo, que no es poco, pero no podremos realizar un apoyo psicológico estructurado.

COMUNICACIONES ORALES

Unidad de soporte de salud mental en atención primaria

A. Herrera García, F. Fernández Carrillo, A. Rascón García, M. Sans Corrales, N. Parellada Esquius y L. Gardeñes Morón
ABS Castell. Castelldefels (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: aherrera@ambitcp.catsalut.net

Objetivos. Evaluar el funcionamiento de la unidad de soporte en salud mental (USSM) en atención primaria (AP), creada en enero 2007. Los objetivos eran:

- Ofrecer servicios compartidos entre AP y salud mental (SM) consiguiendo cambiar derivar por compartir.
- Mejorar la habilidad en la detección y activar servicios de intervención.
- Mejorar el manejo en AP de problemas cotidianos.
- Reducir listas de espera del servicio SM.

Material y métodos

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito. Centro de salud urbano. Último semestre de 2007.

Variables. Sexo, edad, diagnóstico, tratamiento por MF y psiquiatra, lista de espera y controles en USSM.

Resultados. 85 derivaciones a USSM, 68,2% mujeres; edad media 47,29 (DE: 15,86).

64 (74,1%) visitados por psiquiatra. Lista de espera: 69 días (DE: 34,6; mujeres: 63,91; hombres: 80 [p = 0,04]). Antes 94 días. Diagnósticos del MF: 30,6% ansiedad, 25,9% trastornos afectivos, 15,3% ansiedad-depresión. Diagnóstico del psiquiatra: 22,4% trastornos afectivos, 20% ansiedad, 10,6% trastorno adaptativo. Concordancia diagnóstica: 47,1%. Tratamiento del MF: 35,3% inhibidores de recaptación de serotonina, 22,4% benzodiazepinas, 8,2% sin tratamiento. Concordancia terapéutica: 63,5%. 28,4% controlados por especialista del centro de SM y 42,4% por MF y psiquiatra en AP.

Conclusión. USSM en AP atiende mayoritariamente mujeres de mediana edad, ansioso-depresivas, tratadas farmacológicamente. MF y psiquiatra concuerdan en diagnóstico y tratamiento. USSM en AP reduce listas de espera y mejora el manejo de pacientes.

Aspectos psicoafectivos de la transición climática en un medio rural

L. Crespo Fradejas, J. Olazábal Ulaia, A. Cabezón Crespo, C. Juliá Álvarez, R. García Paniagua y E. Enríquez Gutiérrez
Centro de Salud San Juan. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: jolazabalu@usal.es

Objetivos. Evaluar los aspectos psíquicos de la transición climática en un medio rural.

Material y métodos. A las mujeres entre 45-55 años de una población rural de 1.460 habitantes se les administró una encuesta autoaplicada conteniendo el estado de salud percibida y el cuestionario Cervantes de semiología climática (validado por la Sociedad Española de Menopausia, 31 ítems, 9 para la escala psíquica).

Resultados. La muestra (N = 43, tasa respuestas 85%) corresponde fundamentalmente a casadas (83,7%) con 2 hijos y estudios primarios (67,4%) y trabajadoras fuera del hogar (54%). 27,9% son pre, 67,3% peri y 4,7% posmenopáusicas. Toman THS 4 mujeres.

– Estado de salud global: 72,1% de las mujeres perciben su salud como buena y un 27,9% como regular.

– Psiquismo: las puntuaciones promedio para cada uno de los 9 ítems de la escala psíquica se situaron por debajo del valor 1 en un rango 0-5 (nula-máxima afectación). Las puntuaciones globales de las premenopáusicas (media 4,54, ET 2,17) y de las peri-posmenopáusicas (media 4,87, ET 0,78) se incluían en valores de normalidad estadística poblacional (ambas subpoblaciones se situaban en el P30), sin encontrarse diferencias significativas entre ellas (T Student p: 0,86). En 4 de los 9 ítems la puntuación de las premenopáusicas fue más desfavorable.

Conclusión. De forma similar a otros estudios de ámbito no clínico, y desmintiendo la mitología social negativa predominante, las mujeres climáticas de este medio rural realizan su transición climática con buen estado de salud, con escasa sintomatología psíquica acompañante y sin empeoramiento de su situación previa.