



**Guía de Salud Mental en Atención Primaria**

**Autores: Grupo de Salud mental del PAPPS**

**ISBN:84-95681-02-1**

**Edita: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona**

**Formato papel. 2001**

**Formato electrónico. Revisión 2008:**

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades mentales han sido, y probablemente siguen siendo, francamente subestimadas en su gravedad y en su frecuencia. El trastorno mental genera un importante sufrimiento y, salvo el suicidio, no se relaciona directamente con la mortalidad. Sin embargo, si nos atenemos a los estudios realizados sobre el tema, la carga de incapacidad y muerte de las enfermedades mentales es extraordinaria. En un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud, el banco mundial y la universidad de Harvard, en 1996<sup>(1)</sup>, se concluye que todas las enfermedades mentales, incluyendo el suicidio, constituyen la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado. Si se consideran las enfermedades de forma aislada, la depresión mayor unipolar ocupa igualmente el segundo lugar (tablas 1, 2 y 3). También relevante es el hecho de que las enfermedades mentales, en la medida en que las infecciones son relativamente mejor controladas, mostrarán un aumento significativo preocupante, que hacia el año 2020 se prevé del 50% sobre los valores actuales de muerte e incapacidad precoz (DALYs).

Desde el contexto asistencial, se debe dar una respuesta eficiente a los problemas de la salud mental. Las deficiencias que impiden disponer de una atención de verdadera calidad son todavía demasiadas. La necesidad de una adecuada formación de los profesionales, las características de idoneidad que deben cumplir las unidades o servicios de atención a la salud mental, adaptados a la realidad de la atención primaria y la capacidad de evaluar los procedimientos más adecuados a la hora de dar respuesta al trastorno mental, son sólo algunas de las cuestiones a resolver en los próximos años. En este escenario juegan un papel fundamental algunos protagonistas principales: los

enfermos, los profesionales (pediatras, médicos de familia, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras), cada uno desde su ámbito, pero también las personas que consultan a los servicios de atención primaria por otros motivos o en las que se detectan situaciones o "desajustes" que las hacen vulnerables al trastorno mental. Ellas son las que más pueden beneficiarse de las iniciativas preventivas de los profesionales y, con este espíritu, el P.A.P.P.S. realiza una propuesta de actuación concreta.

El grupo de trabajo de Prevención de los trastornos de la Salud Mental del P.A.P.P.S., en un intento de contribuir a valorar adecuadamente la importancia del trastorno mental y de mejorar el conocimiento de las habilidades prácticas para ayudar a evitarlos o tratarlos, se propuso, en su día, realizar una guía dirigida, fundamentalmente, a todos los profesionales implicados en el cuidado de los usuarios de los centros de atención primaria. En esta guía se incluyen materiales diversos, algunos para los pacientes y otros para los profesionales.

Por una parte se consideró de interés incluir las recomendaciones del P.A.P.P.S., redactadas de forma resumida y explicitando las actividades más relevantes. El objetivo es hacer más fácil la consulta rápida de este material y favorecer así la implementación del programa.

Con la idea de confeccionar una lista sencilla de recomendaciones para "preservar la salud mental" que pudieran ser entregadas a una mayoría de la población consultante, la que no presenta trastornos mentales, se ha realizado una hoja donde se incluyen diversas recomendaciones encaminadas a "higienizar" las actitudes o actividades de la vida diaria. Esperemos que pueda ser de utilidad para aquellas personas receptivas a los mensajes de los profesionales.

No queríamos dejar de lado un tema importante, a menudo olvidado: el profesional. En la medida en que deba implicarse más activamente en el cuidado "mental" de los demás deberá poseer, más allá de sus características de personalidad, los elementos que le capaciten soportar el sufrimiento de los demás, pero a la vez disfrutando de su trabajo. El tema que se presenta hace referencia a "ese desengaño" profesional (*Burn-out*) y proporciona algunas pautas para defenderse de él.

Finalmente, se presentan en esta guía algunas pautas específicas para la entrevista, incluídas las personas con psicopatología dignosticada. El objetivo es ayudar a mejorar la habilidad del interrogatorio clínico, individualizar el contacto asistencial, conocer lo que es o no adecuado introducir en las entrevistas y, finalmente, en la medida en que el paciente se sienta mejor comprendido, añadir un componente preventivo de otros deterioros de su salud mental.

Aunque variados en sus contenidos, es de esperar que estos cuatro capítulos contribuyan a formar sobre algunos temas tradicionalmente dejados de lado.

Al fin y al cabo, los profesionales cuentan con pocas armas para combatir el deterioro de la salud mental, pero muy potentes. Recordemos las palabras de un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud: "La atención a la salud mental, a diferencia de otras muchas areas de la salud, no precisa, en general, tecnología costosa. Lo que requiere es el trabajo sensible de personal debidamente formado en el uso de fármacos relativamente baratos y de las habilidades de soporte psicológico en el ámbito extrahospitalario"<sup>(2)</sup>.

Esperemos que los contenidos de esta guía puedan ser de utilidad para los pacientes y para los profesionales que les cuidan.

Ramon Ciurana Misol

Médico de familia.

Coordinador del grupo de trabajo de Prevención en Salud Mental del P.A.P.P.S.

### **BIBLIOGRAFIA:**

1.- Murray CJL, López AD, eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

2.- World Health Organisation. The World Health Report. 1999. Making a Difference. Geneva: World Health Organisation., 1999

**Tabla 1.- Principales causas de carga de enfermedad en las economías de mercado establecidas, 1990**  
(medido en DALYs) \*

	Total (millones)	Porcentaje del total
Todas las causas	98,7	
1. Cardiopatía isquémica	8,9	9,0
<b>2. Depresión mayor unipolar</b>	<b>6,7</b>	<b>6,8</b>
3. Enfermedad cardiovascular	5,0	5,0
4. Consumo de alcohol	4,7	4,7
5. Accidentes de tráfico	4,3	4,4
6. Cáncer de pulmón y del tracto respiratorio superior	3,0	3,0
7. Demencia y enfermedades degenerativas del sistema nervioso central	2,9	2,9
8. Artrosis	2,7	2,7
9. Diabetes	2,4	2,4
10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,3	2,3

DALYs: Disability Adjusted Life Years. Es una medida de de los años de vida con salud perdidos, independientemente de si estos años se perdieron por muerte prematura o por incapacidad.

**Tabla 2.- Carga de enfermedad por categorías seleccionadas de enfermedades en las economías de mercado establecidas, 1990**  
(medido en DALYs) \*

	Porcentaje del total
- Todas las afecciones cardiovasculares	
- <b>Todas las enfermedades mentales, incluyendo el suicidio</b>	18,6
- Todos los cánceres	<b>15,4</b>
- Todas las afecciones respiratorias	15,0
- Todas las afecciones relacionadas con el consumo de alcohol	4,8
- Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	4,7
- Todas las afecciones relacionadas con el consumo de drogas	2,8
	1,5

DALYs: Disability Adjusted Life Years. Es una medida de de los años de vida con salud perdidos, independientemente de si estos años se perdieron por muerte prematura o por incapacidad.

**Tabla 3.- Contribución de la enfermedad mental a la carga de enfermedad en las economías de mercado establecidas, 1990**  
(medido en DALYs) \*

	Total (millones)	Porcentaje del total
- Todas las causas	98,7	
- Depresión mayor unipolar	6,7	6,8
- Esquizofrenia	2,3	2,3
- Trastorno bipolar	1,7	1,7
- Trastorno obsesivo-compulsivo	1,5	1,5
- Trastorno de pánico	0,7	0,7
- Trastorno por estrés postraumático	0,3	0,3
- Lesiones auto-infligidas (suicidio)	2,2	2,2
- <b>Todos los trastornos mentales</b>	<b>15,3</b>	15,4

DALYs: Disability Adjusted Life Years. Es una medida de de los años de vida con salud perdidos, independientemente de si estos años se perdieron por muerte prematura o por incapacidad.

**SUMARIO:**

- INTRODUCCIÓN.....Ramon Ciurana Misol
- RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA  
DE SALUD MENTAL DEL PAPPS.....Levy Chocrón Bentata
- RECOMENDACIONES PARA LA  
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL  
DE LOS PACIENTES.....Francisco Buitrago Ramírez  
.....Ramon Ciurana Misol
- PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL  
DIRIGIDA A PROFESIONALES DE  
ATENCIÓN PRIMARIA.....M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso  
.....M<sup>a</sup> Jesús Redondo Granado
- LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LA  
SALUD MENTAL.....Javier García Campayo  
.....Carmen Montón Franco

**EL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL P.A.P.P.S. ESTA  
CONSTITUÍDO POR LOS SIGUIENTES MIEMBROS (en orden alfabético):**

- **Francisco Buitrago Ramírez**  
Médico de familia. Badajoz.
- **Ramon Ciurana Misol**  
Médico de familia. Sant Adrià de Besós (Barcelona)
- **Levy Chocrón Bentata**  
Médico de familia. Madrid.
- **Javier García Campayo**  
Psiquiatra. Zaragoza.
- **M<sup>a</sup> Carmen Fernández Alonso**  
Médica de familia. Valladolid.
- **Carmen Montón Franco**  
Médica de familia. Zaragoza.
- **M<sup>a</sup> Jesús Redondo Granado**  
Pediatra. Valladolid.
- **Jorge Luís Tizón García**  
Psiquiatra. Psicoanalista. Barcelona.

**RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL  
DEL P.A.P.P.S.**

**Autores: Grupo de Salud Mental del PAPPS.  
Redacción del resumen: Levy Chocrón Bentata**



## **ANTECEDENTES DE PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EN LOS PADRES.**

**DEFINICIÓN:** Hijos menores de 22 años de padres que presenten:

- Patología psiquiátrica diagnosticada en los padres:
  - . Trastornos delirantes.
  - . Trastornos depresivos mayores.
  - . Episodio de manía.
  - . Intento de suicidio.
  - . Trastornos graves de la personalidad.
  - . Esquizofrenia.
  - . Alcoholismo y abuso de drogas
- Sospecha de patología mental grave, por presentar el niño o los padres alguno de los siguientes signos de alerta:
  - . Agresividad dentro de la familia.
  - . Episodios reiterados de tristeza e inhibición.
  - . Institucionalización psiquiátrica prolongada.
  - . Sospecha de abuso de drogas.
  - . Carencias biológicas, psicológicas o higiénicas importantes en los hijos o elementos que hacen pensar en una falta de cuidados adecuados.
  - . Malos tratos o abusos con los hijos.
  - . Episodios de ansiedad o depresión de la madre en el 1º año del niño.
  - . Aislamiento social de la familia.

### **A. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la existencia de antecedentes psiquiátricos en los padres de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.
- Realizar un seguimiento especialmente cuidadoso y prudente del programa del niño sano (vacunaciones, revisiones, visitas periódicas...) anotando claramente las citas.
- Realizar "sobre la marcha" o concertar al menos una entrevista con los familiares. Prestar atención cuidadosa, aunque si es posible no explícita o directa, acerca de los cuidados cotidianos recibidos por el niño y atención a lo que los padres expresan acerca del niño.
- En caso de surgir señales de alarma en el niño, contactar, si es necesario, con el médico de adultos, el trabajador social del centro, los servicios psicopedagógicos o los de salud mental y asimismo contactar con el pediatra cuando se detectan trastornos psiquiátricos en los padres.
- Aprovechar la consulta espontánea para realizar estas actividades ya que las familias de este tipo suelen faltar a las citas o interrumpir los seguimientos

### **B. SEÑALES DE ALERTA**

- Recién nacido, lactante y el niño de edad preescolar (0-4 años).
  - . Desviaciones respecto al programa del "niño sano"
  - . Trastornos de la alimentación: inapetencia persistente, retraso en la alimentación con sólidos, vómitos o regurgitaciones reiteradas, pica, niño habitualmente forzado a alimentarse
  - . Insomnio o hipersomnia persistentes
  - . Trastornos de la comunicación/relación: No ríe, no mira, no habla. No responde a los estímulos sociales. Es difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración.
  - . Evidencia de malos tratos
  - . Retraso en el desarrollo psicomotriz o del lenguaje.
  - . Anomalías en el juego y/o en la escolaridad.
  - . Conductas inadecuadas de los padres respecto a la alimentación, sueño y control de esfínteres.
  
- Niño de edad escolar (5-11 años).
  - . Hipercinesia: alteraciones de la atención, movimiento excesivo, impulsividad.
  - . Signos depresivos: tristeza, apatía, pérdida del interés, irritabilidad.
  - . Trastornos de la comunicación/relación
  - . Trastornos por ansiedad: fobias, rituales obsesivos, trastornos del sueño.
  - . Manifestaciones somáticas: dolor de cabeza, abdominalgia, vómitos y náuseas, alteraciones del control de los esfínteres.
  - . Conductas de los padres no adecuadas a la edad del niño
  - . Fracaso escolar con disarmonías evolutivas
  
- Puber y adolescente (12-22 años).
  - . Problemas con la justicia.
  - . Trastornos de la conducta: agresividad en grupo o aislada, conducta antisociales, abandonos del hogar familiar reiterados o en malas condiciones
  - . Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia, obsesión por adelgazar.
  - . Trastornos por ansiedad
  - . Manifestaciones somáticas: dolor de cabeza, abdominalgia, náuseas y vómitos, alteraciones en el control de esfínteres.
  - . Depresión, ideas de suicidio, drogodependencia, alucinaciones o delirio.
  - . Padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la adolescencia
  - . Fracaso en la escuela o el trabajo
  - . Alta frecuentación a los servicios sanitarios: el adolescente acude repetidamente.

### **C. RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO**

- Periodicidad: Integrables dentro de las programadas del "niño sano":
  - . Una visita cada 6 meses hasta los 6 años.
  - . Después, cada año. Hasta los 14 años, por parte del pediatra y hasta los 22 por el médico de familia.
- Estos niños y familias a menudo son más frequentadores de las consultas "espontáneas". Es por ello que a menudo es imprescindible aprovechar las consultas a demanda.
- Investigar sistemáticamente la no presentación repetida a las consultas programadas.

## **ATENCIÓN DE LA MUJER Y EL NIÑO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO**

**DEFINICIÓN:** Embarazo: período comprendido entre la concepción y el parto. Puerperio: período que sucede al parto, en el cual se producen las transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales que restablecen las modificaciones gravídicas, gracias a un proceso involutivo. La duración de este período es de aproximadamente en unas 6 semanas y la repercusión psicológica y de adaptación de esta etapa presenta variaciones interindividuales marcadas.

### **A. RECOMENDACIONES DURANTE EL EMBARAZO**

- Lugar: en las visitas de atención prenatal, tanto de los médicos de cabecera (familia) o de los ginecólogos o pediatras si el centro no posee un programa específico de atención a la mujer embarazada
- Favorecer la intervención del equipo pediátrico en los programas del embarazo y puerperio.
- Facilitar la expresión y ayudar a la "normalización" de los temores maternos
- Promocionar una lactancia satisfactoria (dentro del contexto de la atención prenatal).
- Aspectos más relevantes a valorar por los EAP durante el embarazo:
  - . Actitud de aceptación o rechazo ante el embarazo.
  - . Capacidad para expresar sus sentimientos en torno al embarazo.
  - . Embarazos previos.
  - . Experiencias en embarazos previos: abortos, partos complicados, psicopatología
  - . Edad de la mujer (mayor riesgo de depresión en menores de 20 años).
  - . Estabilidad de la pareja.
  - . Monoparentalidad.
  - . Trato y cuidados recibidos por los hijos ya existentes.
  - . Antecedentes de maltrato infantil.
  - . Composición familiar (otros miembros aparte de la pareja).
  - . Soporte del que dispone (recursos humanos, afectivos, materiales).
  - . Situación laboral y tipo de actividad.
  - . Seguimiento adecuado y periódico de los controles médicos.
  - . Antecedentes personales patológicos, por si se trata de un embarazo de alto riesgo.
  - . Padres con limitación intelectual (oligofrenia, coeficiente intelectual límite).
  - . Antecedentes en cualquiera de los progenitores de: trastornos delirantes, depresivos mayores, episodio de manía, intento de suicidio, trastornos graves de la personalidad, esquizofrenia o alcoholismo y abuso de drogas.
- Trastornos psicológicos asociados al embarazo: en general se acompaña de modificaciones psicológicas y comportamentales menores y de carácter transitorio. Las más frecuentes son la inquietud, la labilidad emocional, la disforia, la apatía, las dificultades para conciliar el sueño y los trastornos de las conductas alimentarias. En general, la ansiedad es más frecuente durante el primer trimestre, presentando una tendencia a mitigarse en el segundo y a mejorar francamente en el tercero, para

reaparecer en las semanas precedentes al parto. La depresión franca está entre el 11 y el 17%. En general se trata de depresiones asociadas a síntomas de ansiedad, que aparecen con mayor frecuencia en mujeres con trastornos psicopatológicos preexistentes.

## **B. RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO**

- Promoción del contacto físico de la madre con el hijo en las primeras 3 horas de vida del niño.
- Entrevista dirigida a vigilar la adaptación a la nueva situación de la mujer y el entorno familiar, valorar el estado emocional y la eventual existencia de depresión postparto o psicosis postparto y exploración de la relación madre-hijo.
- Favorecer la creación de grupos con un objetivo psicoprofiláctico. Cuando el centro de salud dispone de los profesionales motivados para organizarlos, son especialmente útiles los grupos de ayuda psicológica, para que las madres puedan compartir con otras mujeres en su misma situación las ansiedades, fantasías y temores generados en este periodo.
- Para lactantes, niños y madres de riesgo considerar la posibilidad de centros de acogida, centros de día, guarderías asistidas y otras posibilidades de la red social.
- Si existen antecedentes previos de índole psicosocial: valorar visita domiciliaria.
- Atención preferente en las visitas a las alteraciones emocionales o a las incapacidades manifiestas de cuidar al hijo por parte de la madre.
- Aspectos más relevantes a valorar por los EAP en relación con el puerperio:
  - . Condiciones del parto.
  - . Estado de salud del recién nacido: prematuridad, ingreso en U.C.I.
  - . Actitud de aceptación o rechazo del recién nacido.
  - . Capacidad para proporcionar cuidados y afecto al recién nacido.
  - . Actitud ante la lactancia materna y antecedentes previos con los demás hijos.
  - . Valoración del estado de ánimo (hablar con alegría de su hijo).
  - . Presencia de otros hijos en la familia.
  - . Atenciones recibidas por los otros hijos (controles periódicos del “niño sano”)
  - . Estabilidad de la pareja.
  - . Monoparentalidad.
  - . Composición familiar (otros miembros aparte de la pareja).
  - . Soporte del que dispone (recursos humanos, afectivos, materiales).
  - . Situación laboral y tipo de actividad realizada.
  - . Antecedentes personales patológicos.
  - . Padres con limitación intelectual (oligofrenia, coeficiente intelectual límite).
  - . Desviaciones con respecto al programa del “niño sano” y sus protocolos
  - . Antecedentes en cualquiera de los progenitores de: trastornos delirantes, depresivos mayores, episodio de manía, intento de suicidio, trastornos graves de la personalidad, esquizofrenia o alcoholismo y abuso de drogas.
- Trastornos psicológicos asociados al puerperio: los trastornos del estado de ánimo son especialmente frecuentes en el puerperio. Se han descrito tres tipos fundamentales de reacciones psicopatológicas en el postparto: los “blues” del puerperio (o "inestabilidad emocional del puerperio"), la psicosis puerperal y la depresión puerperal. Habitualmente, el desequilibrio emocional se inicia en el

hospital apareciendo bajo la forma de un “blue” postparto que se prolonga. Al llegar al domicilio, la madre se siente desbordada ante la nueva situación mostrando síntomas de tristeza, irritabilidad e incapacidad para cuidar a su bebé, lo que con frecuencia genera numerosas consultas al pediatra. Es frecuente que curse con somatizaciones y muestra una tendencia a cronificarse como trastorno somatomorfo. En muchos de estos casos la depresión se autolimita pasadas unas pocas semanas o en pocos meses pero en ocasiones los síntomas depresivos persisten más allá de un año tras el parto.

- Factores de riesgo de la depresión atípica del postparto:
  - . Edad de la madre: Mas frecuente antes de los 20 y después de los 30 años.
  - . Problemas familiares graves en la infancia de la madre.
  - . Antecedentes de separaciones precoces de sus padres (en la madre).
  - . Problemas psiquiátricos previos al embarazo.
  - . Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo.
  - . Actitud negativa frente al embarazo: embarazo no deseado, dudas sobre IVE en inicio.
  - . Tensiones en la pareja durante el embarazo.
  - . Severidad del “blue” postparto.
  - . Acontecimientos desfavorables que generan ansiedad vividos durante el puerperio.
- Criterios pragmáticos para determinar el estado emocional de la madre durante el puerperio:
  - . ¿Existen criterios de depresión mayor diagnosticada?
  - . ¿Hay momentos buenos durante el día?
  - . ¿Puede la mujer cuidar a su hijo con buen humor en algún momento del día?
  - . ¿Los trastornos del estado de ánimo (“blues” del puerperio) duran más de 4-6 semanas?
  - . ¿La madre puede cuidar al bebé o lo ha cedido a otras personas por sentirse incapacitada en su cuidado?

Periodicidad: al menos, a los 10 días y entre 30-50 días después del parto.

## **HIJOS DE FAMILIAS MONOPARENTALES**

**DEFINICION:** Las familias monoparentales son aquellas compuestas por un solo miembro de la pareja progenitora (varón o mujer) y en las que, de forma prolongada, se produce una pérdida del contacto afectivo y lúdico de los hijos no emancipados con uno de los padres. En esta definición se incluyen una gran variedad de situaciones:

- . Divorcio o separación conyugal
- . Madres solteras
- . Fallecimiento de un progenitor
- . Adopción por personas solteras
- . Ausencia permanente o prolongada de un progenitor: enfermedades, hospitalizaciones, motivos laborales, emigración, abandono o deserción del hogar, encarcelación, exilio y guerras.

### **A. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la situación de monoparentalidad de forma clara en la historia clínica del niño y del progenitor y en un registro específico fuera de ella.
- Detectar la existencia de factores de riesgo de disfunción familiar:
  - . Disputas judiciales continuas e intensas por la custodia de los hijos
  - . Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño
  - . Aislamiento y pérdida de apoyos sociales de los progenitores
  - . Dificultades de elaboración del duelo por parte del que sigue vivo
  - . Mantenimiento de la ocultación en relación a la muerte del padre
  - . Madre soltera adolescente con escasos apoyos de su familia
  - . Situaciones socioeconómicas muy desfavorables
  - . Nivel bajo de bienestar psicológico en la madre
  - . Dinámica familiar conflictiva
  - . Presencia de hijos pequeños
  - . Abuso de drogas en el cabeza de familia o en el progenitor ausente

### **B. RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y A LA FAMILIA**

- Entrevista familiar para explicar la importancia del rol masculino y femenino en el desarrollo del niño, así como para facilitar o recomendar la búsqueda de una figura de apoyo para el progenitor solo y/o figura de identificación para el niño. La primera entrevista ha de procurarse que sea lo más próxima posible al evento que desencadenó la monoparentalidad. La periodicidad de las entrevistas puede ajustarse a los controles del subprograma infantil y a la existencia de factores de riesgo.
- Insistir en la importancia de la presencia de un varón y una mujer (sean o no padres biológicos) cerca del niño en las diferentes etapas de su evolución.
- Durante la infancia todos los niños se benefician del contacto con un modelo paterno respetable, racional y benévolo, aunque éste no tiene que ser necesariamente el padre biológico.

- Para el niño y la niña resultan vitales las primeras señales de aprobación, de reconocimiento y de afecto que les comunica el padre (unas veces de forma activa y otras meramente con su presencia), porque constituye la fuente más importante de seguridad, de autoestima y de identificación sexual.
- Especial atención merece el seguimiento del embarazo de la adolescente que puede terminar en familia monoparental y en el caso de no existir padre que conviva con ella ha de recomendarse la relación continuada del niño con varones a lo largo de su desarrollo.
- En el caso de divorcio o separación existe controversia en cuanto a la inclusión del padre que no tiene la custodia en las entrevistas familiares o en el tratamiento. Incluso se duda que la tendencia actual, que alterna la custodia del niño con cada uno de los padres, sea una medida adecuada en la mayoría de los casos, ya que no respetaría la dinámica de continuidad necesaria para el niño, primando ciertos aspectos de desculpabilización de los padres. Recomendaciones para los padres divorciados:
  - . Asegure a sus hijos que los dos progenitores le quieren
  - . Asegúrese de que sus hijos entienden que ellos no son la causa de su divorcio
  - . Déjeles claro que el divorcio es definitivo
  - . Mantenga invariable el mayor número de aspectos de la vida de su hijo
  - . Haga saber a su hijo que podrá visitar al progenitor que no tenga la custodia
  - . Si el padre que no tiene la custodia no se preocupa, búsquele un sustituto al menos simbólico.
  - . Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos
  - . Proteja los sentimientos positivos de su hijo hacia los dos padres
  - . Mantengan una disciplina normal en ambos hogares
  - . No discuta sobre sus hijos con su excónyuge en presencia de éstos
  - . Intente evitar las disputas sobre la custodia. Su hijo necesita sentirse estable
- Las mujeres, en mayor medida que los varones, tienden a configurar familias monoparentales después del divorcio o después de la viudedad. Una segunda pareja satisfactoria puede mejorar la calidad de vida de adultos y niños.

### **C. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- Los profesionales de los equipos de atención primaria deben saber que por la propia naturaleza de los servicios de atención primaria, la población tiende a buscar en ellos el apoyo del que carece en otros ámbitos sociales.
- El médico ha de tener conocimientos y sensibilidad psicosocial, habilidades para la entrevista clínica y relación asistencial, mejorando la capacidad de ofertar ayuda psicológica desde las consultas de atención primaria.
- Los profesionales de atención primaria, para detectar las situaciones de monoparentalidad, pueden realizar un genograma a las familias que atienden, como instrumento de exploración que evalúa la estructura familiar.
- El médico debe mantener una postura de escucha y comprensión, que permita percibir la vivencia y sufrimiento del niño (y a menudo de sus padres) frente a la situación de monoparentalidad creada y los acontecimientos dolorosos que la acompañan.





## **PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Se podrían agrupar los elementos de la problemática que supone el embarazo en la adolescencia en cinco apartados o conjuntos de problemas que deben atender los EAP.

### **A. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

#### ***A.1. ANTES DEL EMBARAZO***

- . Orientaciones sobre planificación familiar en todos los adolescentes.
- . Tratar con especial cuidado a las minorías étnicas.

#### **A.2. EN CASO DE EMBARAZO EN UN ADOLESCENTE**

- . Considerarlo embarazo de riesgo biológico, psicológico y social.
- . Recomendar especialmente los programas de ayuda al embarazo y puerperio.
- . Entrevista familiar con el fin de explorar la situación y asegurar el apoyo familiar y social.
- . Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
- . Revisar y aplicar las recomendaciones de su programa preventivo “hijos de familia monoparentales”.
- . Especial atención del “niño sano”, a las relaciones padres-hijo. Revisiones más frecuentes: 1 al mes hasta los 2 años, cada 6 meses a los dos años, y anuales después, hasta la adolescencia.

### **MATERNIZACIÓN DE LA FUTURA MADRE**

- . Explorar la aceptación de su embarazo y ayudar a explorar los deseos, temores, dudas de la IVE y favorecer el apoyo de la familia en la entrevista familiar.
- . Favorecer el apoyo social: si hay carencias importantes, poner a la familia en relación con los servicios sociales a través del trabajador social del centro.
- . Si hay cesión del bebé, colaborar en que se defina claramente, tanto desde el punto de vista afectivo como legal.
- . Ayudar a la definición de la díada: apoyar que, si la madre no se hace cargo del bebé, pero éste queda en la familia, que exista una figura de vinculación para el niño suficientemente estable y cercana afectivamente.
- . Salvo en este caso, el EAP debería, en las entrevistas clínicas, dirigirse fundamentalmente a la madre.
- . Si el apoyo a la madre no es suficiente, ponerla en contacto con las organizaciones “profanas” y semiprofesionales de este ámbito.

### **CONSTITUCIÓN DE UNA TRIANGULACIÓN ORIGINARIA**

- . Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.

- . Recomendar la relación cotidiana o casi cotidiana con individuos de género diferente del cuidador habitual, si éste lo hace en solitario.
- . Atender al resto de recomendaciones del subprograma “hijos de familias monoparentales”.

## **ASEGURAR EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL**

- . Entrevistas familiares periódicas para explorarlo y facilitarlas.
- . Revisión en ellas de la situación no sólo familiar, sino también social.
- . Si es necesario, poner en contacto a la familia con el trabajador social del centro y/o con los servicios sociales.

## **ATENCIÓN AL NIÑO COMO INDIVIDUO DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL.**

- . Especial atención al programa de “niño sano” realizado con los criterios de “hijos de familias monoparentales”.
- . Revisiones mensuales hasta los 2 años, cada 6 meses hasta los 6 y anuales hasta después de la adolescencia.
- . Especial atención durante esas visitas al apartado de salud mental en dicho programa.
- . Especial atención al estado afectivo y relaciones de la madre.
- . Especial atención a las relaciones padres-hijo a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño.

## **RETRASO ESCOLAR Y TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE**

### **1. RETRASO ESCOLAR Y FRACASO ESCOLAR**

#### **DEFINICIÓN**

- Retraso escolar: cuando presenta 2 o más cursos de retraso con respecto a su cohorte cronológica.
- Fracaso escolar: constituye una señal de alerta definida por los siguientes elementos:
  - . El niño presenta dos o más cursos de retraso con respecto a su cohorte cronológica
  - . Presenta desinterés por la escuela o dificultades importantes en algún área específica
  - . Presenta trastornos del comportamiento o clínica ansiosa y/o depresiva.
  - . Existen o no déficits sensoriales o de la institución pedagógica s evidentes o no.

#### **B. CLASIFICACIÓN**

- Factores psicológicos inespecíficos:
  - . Trastorno por déficit de atención: pueden poseer, sin embargo, un nivel intelectual normal o incluso superior. Se trata de niños que, en más de un ambiente (en el colegio y en casa, en casa y en la calle, en la calle y en el colegio) manifiestan una dificultad de concentrar la atención en cualquier tipo de tarea, máxime las que implican planificación, complejidad o retardo temporal. Un 78% de los niños hiperactivos presentan trastornos del aprendizaje por falta de atención, si bien hay niños hiperactivos sin trastorno del aprendizaje. Sin embargo, se trata de niños que se comportan de manera impulsiva, lo cual genera a menudo conflictos con el entorno.
  - . Otros trastornos psicopatológicos: depresión infantil, trastornos de la vinculación en la infancia, trastornos por ansiedad.
- Factores psicológicos específicos:
  - . Dislexia: consiste en la dificultad para obtener una lectura funcional. Confunden letras parecidas (b-d, p-q, m-n), invierten el grafismo de algunas letras, permutan sílabas o añaden letras al leer o escribir. En consecuencia, tienen dificultades para entender el significado de lo que leen.
  - . Disortografía: a menudo es el testimonio residual de una dislexia en fase de mejora, cuando ya se han superado los primeros graves escollos en la lectura. Las disortografías no ligadas a la dislexia están en relación con trastornos de la organización espacial, con mala memorización visual y a menudo con trastornos de la personalidad.
  - . Discalculia. Es la dificultad específica para manejar números y cifras con facilidad. Suele ir asociada a trastornos del esquema corporal y a una deficiente noción derecha-izquierda. Es un tipo de trastorno que, como todos los trastornos funcionales de los diferentes lenguajes (verbal, musical, lógico-matemático...), a menudo se halla influenciado por las dificultades emocionales del niño.
  - . Disgrafía. Se trata de un trastorno en el cual el niño está sujeto a importantes dificultades para escribir de forma inteligible. Este problema suele tener una base ansiosa aunque en ocasiones puede tratarse de una verdadera dispraxia: en estos casos la

dificultad motriz no sería simplemente "tensional", es decir, debida a un bloqueo psicomotor de origen emocional, sino expresión de un bloqueo ideopráxico de base neurológica.

- Factores biológicos:
  - . Alteraciones cognitivas de base neurológica, metabólica, endocrina, etc
  - . Alteraciones sensoriales
  - . Alteraciones psicomotrices tempranas
- Factores sociales y psicosociales:
  - . Disfunciones familiares
  - . Disfunciones de las redes sociales
  - . Disfunciones de la institución escolar.

### **C. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la existencia de retraso o fracaso escolar de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.
- Evaluación de los factores de riesgo y señales de alerta: ver punto B en “antecedentes de patología psiquiátrica en los padres”
- Evaluación periódica según el programa del niño sano.
  - . Examen somático: cribado de psicomotricidad, visión y audición
  - . Salud mental y afectividad: observación "bifocal" en la consulta (del niño y de su relación con los padres) y también explorar aspectos clave como el juego, la integración en grupos, la capacidad de comprensión
  - . Lateralidad: predominante en ojo, mano y pie desde los 3-4 años, edad a partir de la cual suele irse estabilizando. La simple constatación de una lateralidad cruzada o poco definida, en ausencia de otras disfunciones, carece de significado patológico.
- Con el fin de confirmar y valorar el problema, usar el libro escolar y los informes escolares.
- Si la impresión obtenida en uno o varios aspectos de la exploración anterior es que el niño se halla por debajo de lo que cabe esperar por su edad se debe recomendar en primer lugar a la familia la estimulación "no profesionalizada" de las funciones menos desarrolladas, si se trata de aspectos instrumentales. Si el profesional no se halla suficientemente capacitado en estas áreas del desarrollo o bien el problema parece ser importante o muy evolucionado, es más adecuado realizar la interconsulta con el equipo psicopedagógico, de salud mental infantil o de atención precoz.

## **2. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE**

### **A. DEFINICIÓN**

- Trastorno del habla: problemas de comunicación verbal limitados a la mecánica de pronunciación verbal, que no afectan a la estructuración lógica o sintáctica del lenguaje.
- Trastornos del lenguaje: si afectan a la estructuración lógica o sintáctica del lenguaje

## **B. CLASIFICACIÓN**

### **B.1. Trastornos del habla**

- Retraso simple del habla. Es una afectación transitoria, no ligada a deficiencia mental, ni a déficit auditivo, ni a trastorno de la personalidad, con escasa o nula repercusión sobre la evolución del niño. Se caracteriza por una aparición tardía del habla, entre los 15 y los 24-36 meses de edad, pero consiguiendo luego un nivel lingüístico suficiente. En medios bilingües este trastorno debe ser considerado con especial cuidado, ya que son frecuentes ese tipo de retrasos tanto en el inicio del lenguaje como en el inicio de la escolarización, aunque, de no existir otros factores cronificadores, la evolución "espontánea" es favorable.
- Trastornos fonológicos. Son perturbaciones mecánicas en la emisión de algunos sonidos: disfonías, disglosias, dislalias... Las disfonías se hallan en relación con alteraciones funcionales o patológicas de los órganos fonadores y precisan exploración y tratamiento otorrinolaringológico. Las disglosias suelen achacarse a malformaciones de los órganos fonadores. En cualquier caso, deben intentarse tratar los trastornos fonológicos, pues pueden interferir el aprendizaje de la lecto-escritura. Las dislalias más frecuentes suelen consistir en deformaciones de la pronunciación de algunas consonantes (ceceo, en la que la "s" se pronuncia "c"; el yaismo, en el que la "ll" está sustituida por la "i"; el rotacismo, en el cual la "r" se pronuncia de forma alterada, etc), sustituciones de unos sonidos por otros, omisiones de sonidos (como por ejemplo, de las consonantes finales...). Son frecuentes y banales hasta los cinco años, muchas veces acompañando el "habla del niño pequeño".

Si duran más, es recomendable la interconsulta con los equipos de salud mental infantil.

- La disfemia o tartamudez: Se trata de una alteración de la fluidez normal y estructuración temporal del habla caracterizada por repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas, interjecciones, fragmentación de palabras, bloqueo audible o silencioso, circunloquios para evitar los síntomas anteriores, palabras producidas con un exceso de angustia... El exceso de ansiedad o la tensión ambiental exacerbaban el tartamudeo. Hacia los 2-3 años es muy habitual la aparición transitoria de una discreta tartamudez ("disfemia fisiológica"), que merece una información anticipatoria de los padres para evitar su "corrección", ya que tal actitud podría empeorar o prolongar tal disfemia "fisiológica". La mayor parte de los casos de disfemia son transitorios (su prevalencia es de un 5% en escolares y sólo de un 1% en adultos), pero si persiste aún a los 5-6 años debe recurrirse a la evaluación de un equipo multidisciplinar, psicopedagógico o de salud mental infantil.

### **B.2. Trastornos del lenguaje (de la estructuración lingüística o sintáctica)**

- Trastornos del lenguaje expresivo. Se trata de deficiencias en el desarrollo del lenguaje expresivo, pero sólo pueden calificarse como tales cuando pueden demostrarse mediante los instrumentos de cribado, seguimiento o bien por evaluación mediante pruebas. Se puede considerar un trastorno cuando las dificultades interfieren los rendimientos académicos, relacionales o la comunicación social.
- Trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo. Se trata de alteraciones tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo, pero sólo pueden calificarse

como tales cuando pueden demostrarse mediante los instrumentos de cribado, seguimiento o bien por evaluación mediante pruebas.

### **C. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la existencia del trastorno del habla o del lenguaje de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.
- Signos de alerta específicos:
  - . ausencia de sonidos modulados o de respuesta a sonidos externos a los 3-5 meses.
  - . ausencia o monotonía del balbuceo en el segundo semestre.
  - . no decir palabras significativas y/o no entender signos simples a los dos años.
  - . no usar más que palabras sueltas o ininteligibles a los tres años (sin fraseo alguno).
  - . alteraciones persistentes de la pronunciación (dislalias) o de la fluidez verbal (disfasias, disfemias) a partir de los cuatro años.
  - . las jergofasias: el habla en jerga incomprensible o casi incomprensible, con neologismos, paralogismos, etc.
- Se debe realizar sistemáticamente una valoración del desarrollo psicomotor y del lenguaje en todos los controles de niño sano hasta los 6 años.
- Estrategias elementales para este tipo de problemas:
  - . descartar hipoacusia y otros trastornos sensoriales o neurológicos.
  - . descartar autismo y trastornos graves del desarrollo: valorar conexión y expresividad.
  - . valorar hasta qué punto el niño comprende el lenguaje de los adultos
  - . valorar la capacidad de expresión y comunicación (no verbal) del niño
  - . valorar el lenguaje verbal: sonidos, palabras, frases, pronunciación de palabras y trabalenguas, estructuración gramatical.
  - . explorar y valorar las relaciones familiares.
- En caso de dudas, interconsulta, consulta conjunta y/o derivación para exploración al equipo de salud mental infanto-juvenil.

### **D. RECOMENDACIONES A LA FAMILIA**

- Intentar frenar la "persecución ansiosa del lenguaje" o "preocupación excesiva a propósito del lenguaje": no corregir constantemente al niño; no responder en cualquier edad a todos sus deseos sin que llegue a expresarlos, es decir, favorecer el que los exprese verbalmente en función de su capacidad de autonomía...
- "Baño de lenguaje": Recomendar a la familia y allegados el uso frecuente de juegos con el niño como los de "Veo-Veo", cuentos abiertos, hablar de las actividades diarias y durante ellas, incluir canciones infantiles, correcciones del lenguaje poco frecuentes y más como juego que haciendo repetir una y otra vez (por ejemplo, repetir la mal dicho con entonación intencionadamente exagerada, utilizarlo en juegos y con sentido del humor, etc), modernos juegos audiovisuales, etc.

- Medidas familiares sistematizadas de estimulación de la verbalización y el aprendizaje: sistemas de juego con apoyo técnico elemental tales como los juegos con el cassette (media hora diaria de juego mutuo del padre y/o la madre con el hijo, grabando en un cassette y oyendo juntos después lo grabado); "cuentos para irse a dormir" y "cuentos al amor de la lumbre" (10-15 minutos/día de lectura de cuentos breves por parte de uno y otro progenitores, alternando); diversos inventarios de actividades lúdicas para aumentar el interés por el lenguaje y los aprendizajes, etc.

En los casos de trastornos leves del lenguaje, sólo cuando estos sistemas fracasan o no son aplicables, o bien cuando el niño cumple los cinco años, el profesional de APS puede (y debe) realizar la interconsulta (si no la ha hecho antes) y, en su caso, la derivación a los equipos especializados.



## **PERDIDA DE FUNCIONES PSICOFISICAS. ATENCIÓN AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES**

**DEFINICIÓN:** Aparición de enfermedad psicofísica grave que entraña pérdida de la autonomía prolongada o irreversible. Por ejemplo: enfermedades neurológicas o sensoriales graves, insuficiencias cardiorespiratorias graves, accidentes cardiovasculares, enfermedades invalidantes del aparato locomotor, mutilaciones, enfermedades psiquiátricas graves.

### **A. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Priorizar los casos recientes en un inicio.
- Señalar la enfermedad que origina la pérdida psicofísica de forma clara en la historia clínica y en un registro específico fuera de ella.
- Identificar o designar un cuidador familiar (se ocupa directamente del enfermo) y de enlace (es el intermediario con los profesionales). Una misma persona puede realizar ambos papeles.

### **B. RECOMENDACIONES AL PACIENTE**

- Implicar al paciente en el plan de cuidados globales, participando y comprometiéndose en sus autocuidados con el objeto de favorecer su autonomía y mejorar su autoestima.
- Facilitar información sobre la situación, las repercusiones de la pérdida y el proceso de duelo, explicando que es lo que se puede lograr. Deben valorarse los cambios previsibles en la situación laboral (baja temporal o invalidez), familiar (cambio del rol, modificaciones transitorias o permanentes en el estilo de vida, dependencia de otros miembros, etc...) y el nivel de dependencia que la pérdida puede suponer.
- Apoyar los cambios que el paciente ha de realizar en su escala de valores, pasando a valorar más lo relacional que lo físico, lo interno que lo externo, lo conservado sobre lo perdido...
- Favorecer la expresión de sentimientos, pensamientos y fantasías del paciente, así como (en privado) del cuidador principal, procurando acoger y explicar dichas manifestaciones y sus formas de expresión y canalización más adecuadas.
- Programarse objetivos alcanzables y bien delimitados para poderlos supervisar o evaluar con posterioridad: por ejemplo, que camine x metros o manzanas, que vea a un amigo/a por semana, que se vista total o parcialmente, etc.
- Favorecer el contacto con las redes de apoyo mútuo y el contacto con la red asistencial "profana" -no profesionalizada- (Por ej.: grupos deportivos, recreativos, culturales).
- Favorecer el contacto con las asociaciones especializadas: de esclerosis múltiple, de parkinsonianos, de alcohólicos o familiares de los mismos, de familiares de paralíticos cerebrales, de familiares de enfermos de Alzheimer, de familiares de autistas, etc.
- Campos de información a valorar en las entrevistas:
  - . Aspectos somáticos de la salud: cómo come, duerme, dolor o cansancio, otros problemas de salud concurrentes.
  - . Significación de la pérdida: cambios y reajustes que supone, creencias religiosas, posibles alternativas sustitutorias de la pérdida.
  - . Forma de enfrentarse a la situación de crisis: vivencia y expresión de

- sentimientos (culpa, impotencia, ira, ambivalencia, temor, negación, depresión)
- . Vivencia de la pérdida y expectativas de ayuda:
    - como cree que puede evolucionar
    - en qué aspectos le limita
    - si está de acuerdo con el tipo de ayuda recibida
    - qué espera de nuestra ayuda
    - quién más le ayuda o puede hacerlo
  - Seguimiento: valorar qué hace el paciente en un día normal.
    - . Evolución creciente o decreciente de la Autonomía o de la Dependencia.
    - . Evolución de actividades sustitutivas.
    - . Evolución de la actitud del grupo familiar ante la pérdida atendiendo especialmente al posible aumento del aislamiento o al deterioro de los cuidados.

### **C. RECOMENDACIONES A LA FAMILIA**

- Entrevista familiar o con los miembros de la familia que vayan a tener que soportar el peso fundamental de la situación, valorando las repercusiones de la pérdida y el proceso de duelo y explicando que es lo que se puede lograr.
- Favorecer la existencia de un tiempo de descanso y disfrute adecuado para el familiar.
- Explicar las repercusiones psicológicas de las enfermedades crónicas, asesorando en los cuidados cotidianos del paciente.
- Integrar al trabajador social del centro incluyéndolo en la toma de decisiones.

## **CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA**

**DEFINICIÓN:** Padece una enfermedad claramente documentada en la que existe acuerdo para no aplicar tratamiento con finalidad curativa y cuya esperanza de vida no es superior a 6 meses.

### **A. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la situación de terminal de forma clara en la historia clínica y en un registro específico fuera de ella.
- Identificar o designar un cuidador familiar (se ocupa directamente del enfermo) y de enlace (es el intermediario con los profesionales). Una misma persona puede realizar ambos papeles.

### **B. RECOMENDACIONES AL PACIENTE**

- Mantener un contacto directo con el paciente (en el centro de salud o en el domicilio)
- Las entrevistas se deben basar en la negociación, prudencia y respeto.
- No dejar de visitarlo hasta el último momento. La continuidad de los cuidados favorece el valor psicobiológico de la relación.
- Promover el máximo bienestar y calidad de vida. Cuidar aspectos como la analgesia eficaz, higiene adecuada, movilización, contener la inquietud y la depresión del paciente y de su familia.
- Explorar cuidadosamente qué sabe de la naturaleza de su enfermedad.
- Aflorar los temores del paciente como el miedo al dolor, a la soledad y al sentido de su vida.
- “Decirlo o no decirlo “:
  - . Evitar apriorismos ideológicos
  - . Atender los deseos del paciente: lo que sabe, lo que quiere saber, cómo y cuándo lo quiere saber
  - . Procurar la corresponsabilización de la familia
  - . Basarse en la negociación y no en una comunicación forzada.
  - . Incluir al paciente en la toma de decisiones.
    - .Circunstancias en las que si se debe decir: si se cumplen 3 de los siguientes criterios:
      - El paciente lo pide reiteradamente con argumentos consistentes y razonados
      - Pacientes no muy vulnerables psicológicamente
      - Necesidades reales de “ arreglar “ asuntos concretos: herencias, asuntos legales, relaciones interrumpidas, transmisiones
      - Cuando el médico conocía el deseo previo del paciente
- Identificar la etapa psicológica del enfermo terminal (modelo de Kübler-Ross):
  - Negación: es una forma de autoprotección. También se puede producir un aislamiento.  
Actitud del profesional: autocontención y cuidado del suicidio
  - Ira: todavía estoy vivo. Manifiestan irritabilidad y exigencia.

- Actitud del profesional: No favorecer la proyección y paranoia.
- Negociación: aceptación por autoengaño.  
Actitud del profesional: tolerar la negociación y la negación.
- Depresión: por las pérdidas pasadas no elaboradas y la futura (muerte).  
Actitud del profesional: acompañar psicoterapéuticamente incluso con fármacos.
- Aceptación: integridad que les proporciona paz y tranquilidad.  
Actitud del profesional: acompañar psicoterapéuticamente.

### **C. RECOMENDACIONES A LA FAMILIA**

- Realizar al menos una entrevista familiar.
- Valorar el nivel de conocimiento que tiene la familia sobre el diagnóstico y los sentimientos asociados a la pérdida de un ser querido.
- Considerar el nivel de funcionamiento familiar y el impacto sobre el paciente.
- Observar la relación que la familia establece con el equipo de atención primaria, y sus demandas.

### **D. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- Es conveniente que los profesionales reflexionen sobre la atención que prestan a sus pacientes terminales, valorando los sentimientos que generan la muerte y su proceso, tanto en el propio profesional como en el conjunto del equipo.
- Es un buen tema para tratar en grupos “ tipo Balint “ o en sesiones clínicas del EAP.

## **PÉRDIDA DE UN FAMILIAR O ALLEGADO**

**DEFINICIÓN:** Muerte reciente o pérdida previsiblemente definitiva de un familiar o allegado

### **A. PRIMERA NOTICIA DE LA PÉRDIDA**

- Valoración inicial: descartar:
  - . Existencia de duelos complicados previos.
  - . Presencia de psicopatología previa diagnosticada.
  - . Presencia de factores de riesgo de duelo patológico
    - . Niños preadolescentes
    - . Viudos de más de 75 años
    - . Viven solas o aisladas socialmente o con red social deficitaria
    - . Muertes súbitas, en especial por suicidio
    - . Relaciones con el muerto difíciles
    - . Antecedente de trastorno psiquiátrico, en especial depresión
    - . Antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas
    - . Disfunción familiar
    - . Esposa superviviente, en especial en el primer año
    - . Autoestima y confianza en sí mismo escasa

\* Situación de riesgo: citar dentro de los primeros dos meses.

\* Ausencia de factores de riesgo: respetar la intimidad necesaria de las primeras semanas tras la pérdida y no intervenir si no se solicita ayuda de forma expresa. Ofrecer la posibilidad de verle en 3 meses para valorar “como siguen las cosas“.

- Determinar en qué persona o personas dentro del círculo de familia y allegados la pérdida puede desempeñar un papel desequilibrante a nivel psicológico, biológico o social.
- Señalar la existencia de la pérdida de forma clara en la historia clínica y en un registro específico fuera de ella.

### **B. DURANTE EL PRIMER AÑO**

- Facilitar la expresión de sus sentimientos, recuerdos o los aspectos significativos de su situación actual respetando y no insistiendo en la necesidad de dicha expresión.
- Si no existen factores de riesgo ni psicopatología clara, efectuar una labor de acompañamiento.
- Si aparecen sentimientos de culpa intensos o trastornos en la elaboración del duelo, tener especial cuidado con las orientaciones o consejos.
- Campos de información a valorar en las entrevistas:
  - . Aspectos somáticos de la salud: cómo come, duerme, dolor o cansancio, otros problemas de

- salud concurrentes.
- . Significación de la pérdida: cambios y reajustes que supone, creencias religiosas, posibles alternativas sustitutorias de la pérdida.
- . Forma de enfrentarse a la situación de crisis: vivencia y expresión de sentimientos (culpa, impotencia, ira, ambivalencia, temor, negación, depresión).
- . Experiencias anteriores: personales o familiares y forma de afrontarlas.
- . Vivencia de la pérdida y expectativas de ayuda:
  - como cree que puede evolucionar
  - en qué aspectos le limita
  - si está de acuerdo con el tipo de ayuda recibida
  - qué espera de nuestra ayuda
  - quién más le ayuda o puede hacerlo

### **C. DESPUÉS DEL PRIMER AÑO**

- Ayudar a la elaboración tocando temas como las fotografías, las ropas, los rituales respecto al fallecido, las visitas al cementerio y su periodicidad, duración del luto.
- Favorecer la expresión de aquello que se “ hubiera querido decir al fallecido “ y no se pudo.
- Aspectos a monitorizar en un proceso de duelo:
  - . Aceptación de la pérdida
  - . Vivencia de pena y sufrimiento
  - . Adaptación al medio ( contando con la ausencia del fallecido )
  - . Expresión de dudas, culpa, protesta, críticas acerca del fallecido y de la relación con él.
  - . Reorientación de la comunicación y los intereses emocionales hacia nuevas relaciones.
- Tener en cuenta el valor del aniversario de la muerte donde se recrudecen las señales de recuerdo tanto a nivel consciente como inconsciente.
- Diferencias entre duelo normal y patológico
  - . Duelo normal: pasa por las fases de negación, ira, negociación, depresión y aceptación.
  - . Duelo patológico: Desesperanza irreversible o síntomas de desapego respecto a la vida, la relación social o el disfrute.

## **JUBILACION (PREPARACION DE LA RED SOCIAL TRAS LA JUBILACIÓN)**

**DEFINICIÓN:** Cese de *la* etapa laboral de la vida del individuo, por razón de la edad o por incapacidad física y/o mental.

La edad de jubilación está fijada en los 65 años, aunque puede anticiparse o postponerse.

En las jubilaciones anticipadas o prematuras cabe distinguir:

- voluntarias: el trabajador libremente decide jubilarse a partir de los 60 años.
- impuestas o forzosas: por motivos de regulación de empleo las empresas jubilan a trabajadores de 55 años o más jóvenes.

### **A. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Señalar la situación de jubilación de forma clara en la historia clínica y en un registro específico fuera de ella. Sería conveniente especificar si existe riesgo de descompensación y especificar el tipo de jubilación: por edad, anticipada voluntaria o anticipada forzosa.
- Identificar la red social informal o familiar: es la constituida por la propia familia (pareja, hijos, nietos y otros) y también los amigos, vecinos, compañeros y conocidos.
- Identificar la red social formal o extrafamiliar: es la constituida por los profesionales de diferentes campos que realizan el apoyo mediante determinados programas o de forma liberal.

### **B. RECOMENDACIONES AL PACIENTE**

**B.1. Atención previa:** a ser posible en el año anterior a la jubilación.

- . Advertir de la importancia de mantener una vida mental, física y social activa.
- . Orientar hacia el reforzamiento de las actividades de relaciones sociales, culturales, de ocio, lúdicas e incluso físicas y deportivas.
- . Detección de los riesgos psicosociales previsibles al jubilarse: aislamiento social, sentimientos de soledad, aumento de la pasividad y la dependencia, depresión.
- . Detección de factores de riesgo de descompensación: hay mayor riesgo en:
  - . Anticipadas forzosas (o impuestas).
  - . Varones
  - . Estado previo de salud deteriorado.
  - . Disminución en diferentes capacidades (expresión de sentimientos, grado de confianza en si mismo y en las aptitudes para el aprendizaje).
  - . Presencia de hijos dependientes y ausencia de cónyuge (viudedad)
  - . Grado de satisfacción laboral previo alto.
  - . Escasa motivación o intereses en otras actividades

- . Escasa o inadecuada red de apoyo social
- . Cuantía de ingresos insuficientes (para las necesidades habituales).
- . Ausencia de preparación previa para la jubilación.

### **B.2. Atención durante el primer año:**

- Riesgo de descompensación bajo: seguimiento en alguna de las visitas habituales por otros motivos, durante los dos años posteriores a la jubilación.
- Riesgo de descompensación alto: se les ofrecerá, al menos, dos visitas concertadas a los 2 y 6- 12 meses de la jubilación efectiva y con posterioridad según evolucione la situación. Si en esas entrevistas se detecta la existencia de un trastorno adaptativo o psicopatológico, se debe valorar la propia capacidad resolutive multiprofesional del Equipo de Atención Primaria, consultando también con el trabajador social del centro de salud. En caso necesario se derivará el paciente a la Unidad de Salud Mental.

### **C. RECOMENDACIONES A LA FAMILIA**

- Explicar la jubilación como un proceso natural de transición psicosocial, que tiene repercusiones relevantes en la mayor parte de los aspectos de la vida y que puede originar desajustes personales en el jubilado y en el seno familiar.
- Solicitar de la familia el apoyo que precise el jubilado según la valoración de grupo de riesgo (alto o bajo) que le corresponda.
- Reforzar psicológicamente la red familiar, preguntando directamente sobre los miedos y temores que le suscitan la jubilación venidera, facilitando información sobre esta situación, sus posibles repercusiones y el proceso de adaptación en esta fase de la vida.
- Prevenir posibles desajustes en el núcleo familiar, identificando, con el conocimiento previo de la familia y el adquirido en esta entrevista, los individuos más propensos a estas descompensaciones.
- Implicar a todos los miembros de la familia en la resolución de los conflictos y trastornos adaptativos de la jubilación.
- Si la persona que va a jubilarse tiene decidido acudir a alguno de los cursos de preparación a la jubilación, bien en su empresa o fuera de ella, habrá que animarle a que acuda acompañado de su cónyuge para que también participe activamente en el mismo.
- Durante los dos años posteriores a la jubilación, y en el contexto de las consultas por otros motivos, debemos indagar, al menos en alguna ocasión, sobre el estado general y anímico del jubilado y sobre la situación familiar.

### **D. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- La complejidad de factores multicausales y las descompensaciones biopsicosociales vinculadas al proceso de jubilación, requieren un abordaje preventivo de carácter multiprofesional desde el equipo de atención primaria (médicos, trabajadores sociales y diplomados de enfermería).



- Facilitar y potenciar, a través del trabajador social del equipo el desarrollo o el conocimiento de grupos de autoayuda de jubilados y de familiares de jubilados

## ANCIANOS CON FRECUENTES CAMBIOS DE DOMICILIO

**DEFINICIÓN:** Cambios de domicilio del anciano periódicos y frecuentes con estancias inferiores a los 3 meses

### A. VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO

A.1. Valoración del estado de salud: se realizará en la consulta o en el domicilio.

- Entrevista clínica individual: Se recogerán los antecedentes familiares, biografía sanitaria, hábitos higiénico - dietéticos, patrón de sueño, conductas sociales, rasgos de personalidad y relaciones sociales.
- Entrevista clínica familiar: lo ideal sería hacerla con todos los que van a ser sus cuidadores en los distintos domicilios que permita averiguar la relación afectiva y de respeto mutuo entre el anciano y su familia. Como mínimo el médico responsable debería estar informado de la dinámica familiar directamente por la familia.
- Exploración física: general por aparatos

A.2. Valoración funcional: puede realizarse mediante entrevista individual o utilizando las siguientes evaluaciones:

- . actividades básicas de la vida diaria: índice de Katz, Barthel u otros.
- . actividades instrumentales de la vida diaria: escala de Lawton u otras.

A.3. Valoración mental: puede realizarse mediante entrevista individual o utilizando las siguientes evaluaciones:

- . esfera cognitiva: mini examen cognoscitivo o el test de Pfeiffer
- . depresión: escala de Yesavage o de ansiedad depresión de Goldberg

A.4. Valoración de la situación sociofamiliar:

- Conocer el número total de domicilios en los que el anciano vivirá en un año y la frecuencia con que realizará los cambios.
- Identificar el cuidador principal dentro de la familia, responsable del cuidado del anciano.
- Valorar las características de la vivienda (número de habitaciones y de personas que conviven, aseos disponibles, espacio) y las barreras arquitectónicas (carecer de ascensor y / o desniveles).

### B. RECOMENDACIONES AL ANCIANO

- Es importante que lleve consigo en cada cambio de domicilio sus objetos personales sobre todo los de valor sentimental (fotografías, despertador, recuerdos,...)
- Conservar sus relaciones sociales. Que no se interrumpan sus relaciones con amigos fomentando las visitas mutuas. Animarle también a iniciar actividades de ocio dentro y fuera del domicilio (centros de día, hogar del jubilado, actividades de voluntariado)
- Mantener una actividad física y mental (pasear, leer, ir de excursión)

- Respetar las costumbres de los miembros de la familia (intentar aceptar que los niños juegan y gritan, que los jóvenes salen, ...)
- Guardar por separado la medicación crónica y aguda para evitar errores. Incidir sobre la importancia del tratamiento y su correcto cumplimiento.
- Recordarle que es importante que le comunique al equipo asistencial los cambios físicos (disminución del apetito y / o pérdida de peso) y psíquicos (pérdidas de memoria o cambios en el estado de ánimo).

### **C. RECOMENDACIONES A LA FAMILIA**

- Es importante que el anciano disponga de un espacio físico propio, donde pueda tener sus objetos personales de valor sentimental. Si no fuese posible y debiera compartir su espacio con otro miembro de la familia, es conveniente que pueda conservar dichos objetos.
- Insistir a la familia para que fomenten las relaciones sociales del anciano y que faciliten las visitas de los amigos.
- Contando con su aprobación, se asignará algunas tareas al anciano para favorecer su integración familiar.
- Comunicar al EAP tanto cambios físicos como psíquicos del anciano.
- Separar la medicación crónica y aguda para evitar confusiones.
- Se respetarán las costumbres y actitudes del anciano, así como sus horarios y descansos.
- En la medida de las posibilidades intentar que las estancias sean superiores a 3 meses siempre que no suponga una dificultad importante en la familia.
- Recomendaciones específicas para el cuidador principal:
  - . Buscar un espacio propio de ocio y actividades lúdicas
  - . Contactar con grupos de ayuda y otros cuidadores
  - . Informarle sobre la enfermedad, su evolución y complicaciones previsibles.
  - . Educar sobre las posturas y la movilización correcta de los ancianos
  - . Informar sobre los recursos sanitarios y no sanitarios disponibles.

### **D. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

D.1. Sería conveniente que dentro del centro de salud donde acuda el anciano sea siempre el mismo médico y enfermera quien atienda al anciano y preferiblemente que se trate del médico que trata a la familia residente en la zona.

#### **D.2. Elaboración de un informe clínico móvil para el anciano**

El responsable de su elaboración será el equipo asistencial habitual (el médico que figura en la tarjeta sanitaria).

Este equipo (médico y / o enfermería) establecerá con el resto de equipos de los otros centros, un circuito informativo oral y / o escrito a través de este informe (Anexo 1). Sería conveniente a tal efecto que estuvieran claramente identificados con nombre, teléfono de contacto y horario preferible para ello.

En este informe clínico se harán constar los siguientes datos:

- . Resumen de la valoración integral del anciano
- . Problemas detectados y para cada uno de ellos y tratamiento prescrito
- . Necesidad de algún control específico o prueba complementaria y fecha aproximada de realización.

Los sucesivos médicos que puedan atender al anciano serán invitados a anotar cualquier intervención realizada en una hoja de curso clínico que se graparía al informe clínico.

## DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

### POBLACIÓN DIANA

- Síntomas y conductas sugerentes de psicopatología:
  - . Pacientes con manifestaciones psicopatológicas
  - . Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias, dolor)
  - . Pacientes consumidores habituales de psicofármacos o sustancias psicoactivas
  - . Pacientes pluriconsultantes y/o frecuentadores
  
- Transiciones psicosociales con factores que dificultan su elaboración.
  - . Infancia: pérdida o separación de los padres; pérdida del contacto con el hogar
  - . Adolescencia: separación de los padres, del hogar y de la escuela
  - . Adultos jóvenes: ruptura matrimonial, embarazo, nacimiento de niño disminuido, pérdida de trabajo; pérdida de progenitor; emigración psicosocialmente desasistida
  - . Adultos y ancianos: jubilación; pérdida de funciones físicas; duelo; pérdida de familiar; enfermedad en la familia

### A. ENTREVISTA O ESCALA ANSIEDAD-DEPRESIÓN

Se recomienda utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica fundamental pudiendo usar como guía de la misma la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).

Escala de ansiedad-depresión de Goldberg (sólo se deben puntuar los síntomas que duren más de 2 semanas)

#### - Escala "A" (ansiedad)

1. *¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?*
  2. *¿Ha estado muy preocupado por algo?*
  3. *¿Se ha sentido muy irritable?*
  4. *¿Ha tenido dificultad para relajarse?*
- (continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)
5. *¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?*
  6. *¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?*
  7. *¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?*
  8. *¿Ha estado usted preocupado por su salud?*
  9. *¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?*

#### - Escala "D" (depresión)

1. *¿Se ha sentido con poca energía?*
  2. *¿Ha perdido usted su interés por las cosas?*
  3. *¿Ha perdido la confianza en sí mismo?*
  4. *¿Se ha sentido usted desesperado, sin esperanza?*
- (continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)

5. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse?*
6. *¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).*
7. *¿Se ha estado despertando demasiado temprano?*
8. *¿Se ha sentido usted enlentecido?*
9. *¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?*

*El punto de corte para "probable ansiedad" es  $\geq 4$ . Para "probable depresión", es  $\geq 2$ .*

## **B. ENTREVISTA DIAGNÓSTICA. PAUTAS DIAGNÓSTICAS**

En los pacientes en los que la EADG resulte positiva, se recomienda realizar una entrevista diagnóstica más exhaustiva teniendo en cuenta el componente biológico, la problemática y el soporte social y los aspectos emocionales. Debería confirmarse el diagnóstico ajustándose a los criterios diagnósticos CIE 10 o DSM-IV.

### ***DEPRESIÓN***

- Bajo estado de ánimo o tristeza
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar
- Otros síntomas asociados: trastornos del sueño, culpabilidad o baja autoestima, astenia o pérdida de energía, falta de concentración, trastornos del apetito, pensamientos o actos suicidas.

### ***TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA***

- Tensión mental: preocupaciones, sensación de tensión o nerviosismo, dificultades de concentración.
- Tensión física: inquietud, cefaleas tensionales, temblores, falta de relajación
- Excitación física: mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas.

Pueden durar meses y a menudo reaparecen. Con frecuencia están desencadenadas por sucesos estresantes.

### ***TRASTORNOS DE PANICO***

Ataques repentinos e inexplicables de ansiedad o miedo.

- Se presentan con síntomas físicos como palpitaciones, dolores en el pecho, sensación de ahogo, mareos, sentimientos de irrealidad o miedo hacia algún desastre (pérdida de control o volverse loco, ataques al corazón, muerte repentina).
- Comienzan repentinamente, se desarrollan con rapidez y pueden durar sólo unos pocos minutos.
- A menudo llegan a sentir temor a un nuevo ataque y evitan los lugares donde estos ataques ocurrieron.

## **C. PAUTAS DE ACTUACIÓN** (CIE-10 Atención Primaria OMS1996)

### ***DEPRESIÓN***

### Información esencial para los pacientes y sus familiares

- La depresión es frecuente y existen tratamientos eficaces.
- La depresión no es un signo de dejadez o pereza; los pacientes se esfuerzan en todo lo que pueden.

### Recomendaciones específicas para el paciente y sus familiares

- Preguntar sobre un posible riesgo de suicidio. ¿Se puede estar seguro de que el paciente no tiene ideas suicidas?. Puede ser requerida una estrecha vigilancia por parte de sus familiares y amigos.
- Planificar actividades a corto plazo que tengan como finalidad divertir y alcanzar la autoconfianza.
- Resistirse al pesimismo y a la autocrítica. No actuar bajo ideas pesimistas (p.e., disolver el matrimonio, dejar el trabajo). No concentrarse en pensamientos negativos o de culpabilidad.
- Si existen síntomas orgánicos, intentar averiguar las relaciones existentes entre estos síntomas y el estado de ánimo
- Después de la mejoría, vigilar posibles signos de recaída y planificar con el paciente posibles vías en las que recurrir si reaparecieran nuevos síntomas.

### Medicación

- Estudie la posibilidad de administrar medicación antidepresiva si existen un bajo estado de ánimo o una falta de interés muy destacados, por lo menos durante dos a cuatro semanas, o más tiempo si se presentara alguno de los siguientes síntomas: astenia o pérdida de energía, trastornos del sueño, culpabilidad o auto-reproches, falta de concentración, ideas suicidas o de muerte, trastornos del apetito, agitación o enlentecimiento de movimientos o habla.
- Si ha habido una buena respuesta a una medicación en el pasado, volver a utilizarla. Si son pacientes de edad avanzada o tienen otra enfermedad orgánica, utilizar otro tratamiento con menos efectos secundarios. Si están ansiosos o son incapaces de conciliar el sueño, prescribir sedantes.
- Explicar cómo ha de utilizarse la medicación: la medicación ha de ser tomada a diario; la mejoría se notará pasadas unas 2-3 semanas; pueden presentarse pequeños efectos secundarios que normalmente desaparecerán a los 7-10 días y consultar al médico antes de dejar la medicación.
- Continuar la medicación antidepresiva hasta, por lo menos, 3 meses después de que los síntomas hayan mejorado.

### Consultas a especialistas

- Si existe riesgo de suicidio, considere la consulta con un psiquiatra o el internamiento.
- Si persiste la depresión de manera significativa, considere consultar sobre posibles terapias.
- Pueden resultar beneficiosas para tratamientos crónicos y para prevenir recaídas las psicoterapias más intensivas (p.e., terapia cognitiva, terapia interpersonal ).

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

### Información esencial para los pacientes y sus familiares

- El estrés y las preocupaciones tienen efectos físicos y mentales.

- El remedio más efectivo para reducir los efectos del estrés es aprender unas técnicas específicas (no una medicación sedante).

#### Recomendaciones específicas para el paciente y sus familiares

- Practicar métodos de relajación con el fin de reducir los síntomas físicos.
- Planificar actividades relajantes y de ocio a corto plazo. Recordar las actividades beneficiosas en el pasado.
- Identificar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas (p.e., si la hija se retrasa 5 minutos al salir del colegio, el paciente piensa que puede haber tenido un accidente).
- Intentar buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten. Cuando el paciente empiece a preocuparse por el hijo, ha de decirse a sí mismo: "Me estoy empezando a ahogar de nuevo en mis preocupaciones. Sólo se ha retrasado unos minutos y estará en casa pronto".
- Los métodos estructurados para la solución de problemas pueden ayudar al paciente a enfrentarse a situaciones de estrés que contribuyen a crear preocupaciones. Hay que pedir al paciente que se concentre en un problema específico y que vaya paso a paso, buscando soluciones.
- La práctica regular de ejercicio físico es beneficiosa.

#### Medicación

- Si son varios los síntomas de ansiedad que producen una angustia significativa, puede utilizarse medicación ansiolítica durante no más de dos semanas (p.e., diazepam, de 5 a 10mg., por la noche). La utilización prolongada puede causar dependencia así como hacer volver a la sintomatología inicial cuando se termine el tratamiento.

#### Consultas a especialistas

- Remitir al especialista o realizar una interconsulta puede ser necesario si persiste una fuerte ansiedad durante más de tres meses.

### ***TRASTORNOS DE PANICO***

#### Información esencial para los pacientes y sus familiares

- El pánico es frecuente y existen tratamientos efectivos.
- La ansiedad, a menudo produce síntomas físicos alarmantes. Dolores en el pecho, mareos o falta de respiración no son necesariamente signos de otra enfermedad.
- La ansiedad mental y la física se complementan y se refuerzan mutuamente, concentrarse en los problemas físicos aumentará el miedo.
- No hay que retirarse o evitar situaciones donde hayan tenido lugar estos ataques; esto reforzará la ansiedad.

#### Recomendaciones específicas para el paciente y sus familiares

- Concentrarse en controlar la ansiedad, no en otros problemas médicos.
- Practicar la respiración lenta y relajada. Una respiración controlada reducirá los síntomas físicos.
- Identificar los miedos exagerados que tienen lugar durante estos ataques de pánico (p.e., el paciente teme padecer un ataque al corazón).
- Planificar medios para afrontar estos temores durante el ataque de pánico (el paciente debe decirse a sí mismo: "No estoy teniendo un ataque al corazón. Esto es un ataque de pánico y pasará dentro de pocos minutos").



### Medicación

- Muchos pacientes con trastornos de pánico no necesitan medicación.
- Puede ser de ayuda para pacientes que padezcan ataques de pánico de escasa entidad y con poca frecuencia, el uso ocasional de medicación ansiolítica (p.e., benzodiazepinas, hasta tres veces el día). Su uso continuado puede causar dependencia y la retirada de la medicación puede hacer reaparecer los síntomas.
- Si los ataques son frecuentes e intensos, o si existe una depresión significativa, pueden ser de ayuda los antidepresivos (p.e., imipramina, 25mg, por la noche, aumentando la dosis hasta 75 ó 100mg, por la noche a las 2 semanas).
- Evitar pruebas clínicas o tratamientos innecesarios.

### Consultas a especialistas

- Si los ataques persisten a pesar de los tratamientos indicados, considerar la remisión a un especialista.

## **PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

### **A. FACTORES DE RIESGO**

El principal factor de riesgo para el suicidio es el trastorno psiquiátrico.

- Trastornos afectivos: La depresión es el trastorno psíquico con mayor riesgo de suicidio. Está asociado al 45 y 77% de los suicidios. El sentimiento de desesperanza es incluso más importante que la depresión en sí. El mayor riesgo se relaciona con los trastornos bipolares.
- Entre los trastornos de ansiedad, los trastornos de angustia y las crisis de pánico son los de mayor riesgo de intento de suicidio.
- Abuso de alcohol y otras drogas: La propia toxicomanía se ha considerado en sí misma, como una forma de comportamiento autodestructivo indirecto o de suicidio crónico.
- Esquizofrenia: Se calcula que un 10% de los pacientes esquizofrénicos consuman el suicidio. Suele ocurrir en los primeros años de la enfermedad y en muchos casos a las pocas semanas de recibir el alta hospitalaria. En estas circunstancias el riesgo de suicidio es muy elevado. Puede estar determinado por ideas delirantes o alucinaciones auditivas que impulsen al sujeto a cometerlo.
- Trastornos de personalidad
- Enfermedad física: Habrá que prestar especial atención a los enfermos con procesos crónicos que cursan con dolor, invalidez ó mal pronóstico.
- Otros factores o circunstancias que influyen:
  - . Sexo: Varón
  - . Estado civil: Los solteros, separados y viudos
  - . Vivir solo
  - . Falta de apoyo social
  - . Situación laboral: desempleo
  - . Antecedentes personales: Intentos de suicidio
  - . Antecedentes familiares: Historia familiar de suicidio
  - . Adolescentes impulsivos o con conductas antisociales.

No existe ningún factor de riesgo o combinación de factores de riesgo que tenga suficiente sensibilidad o especificidad para seleccionar a los pacientes con ideación suicida que van a intentar suicidarse. Sin embargo, dichos factores deben ser conocidos y tenidos en cuenta.

### **B. RECOMENDACIONES AL PROFESIONAL**

- Señalar la existencia de factores de riesgo de suicidio de forma clara en la historia clínica y en un registro específico fuera de ella.
- Muchas de las personas que han llevado a cabo una tentativa suicida o han consumado el acto suicida habían estado previamente en contacto con el médico de cabecera, que puede tener un papel clave en la prevención del suicidio. La principal

medida preventiva en atención primaria, parece ser la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica.

- Se recomienda atención especial a la posibilidad de suicidio en pacientes con un diagnóstico positivo de depresión y de determinados casos de ansiedad y cuando existan otros factores de riesgo.
- Se propone realizar entrevistas tranquilas y abiertas, procurando establecer una relación empática con el paciente. Si se sospecha potencial suicida no dejar de aclarar el tema. Ej. “¿Ha llegado a encontrarse tan mal que pensase que no vale la pena continuar?(Si es preciso, si no lo comprende... continuar que no merece la pena vivir).
- El atender a la ideación suicida o interrogar sobre la misma, no pone esas ideas en la mente de tales pacientes; las tenían ya de antemano. Por el contrario, a menudo el paciente se siente reconfortado por el valor del profesional que es capaz de hablar de lo que a él le asusta tanto.
- No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas.
- No confiarse de las súbitas e inesperadas mejorías. Una mejoría inexplicable puede estar producida por el alivio que siente el paciente al haber determinado la realización suicida
- Es conveniente valorar los sentimientos de DESESPERANZA.
- Interrogar al paciente que admite ideación suicida sobre la intención y planificación
- En caso de detectarse una idea de suicidio seria y suficientemente elaborada, debería derivarse al paciente a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual hospitalización. Con permiso de este y a ser posible en una entrevista conjunta, se recomienda informar a los familiares de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de vigilancia. A los familiares habrá que advertirles sobre las precauciones a tomar para evitar el acceso a armas letales o a situaciones o fármacos peligrosos.
- En caso de no detectarse ideación suicida, el seguimiento del paciente puede indicarnos la necesidad de volver a interrogar sobre este aspecto según la evolución del proceso.
- En caso de riesgo grave se debe derivar directamente a la unidad hospitalaria de psiquiatría.

## **PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A LA MUJER EN LA PAREJA**

Violencia familiar se define como los maltratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole infligidas por personas del medio familiar y dirigidos generalmente a los miembros más vulnerables de ésta: niños, mujeres y ancianos.

Violencia en la pareja se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto física como psicológicamente, y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante asunto de salud pública y, por tanto, es necesaria su intervención en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación del problema.

### **A.-FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD**

- Factores de riesgo de ser mujer maltratada:

- . Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen
- . Bajo nivel cultural
- . Bajo nivel socioeconómico
- . Aislamiento psicológico y social
- . Baja autoestima
- . Sumisión y dependencia
- . Embarazo
- . Desequilibrio de poder en la pareja
- . Consumo de alcohol o drogas

- Factores de riesgo de ser varón maltratador:

- . Experiencia de violencia en su familia de origen\*
- . Alcoholismo
- . Desempleo o empleo intermitente\*
- . Pobreza, dificultades económicas
- . Varones violentos, controladores y posesivos
- . Baja autoestima
- . Concepción rígida y estereotipada del papel del varón y la mujer
- . Aislamiento social (sin amigos ni confidentes)
- . Vida centrada exclusivamente en la familia
- . Varones que arreglan sus dificultades con violencia y culpan a otros de la pérdida de control
- . Trastornos psicopatológicos

## **B.-RECOMENDACIONES AL PROFESIONAL:**

**-En toda mujer investigar si existen factores de riesgo o de vulnerabilidad.**

### **.Identificar la presencia de SIGNOS y SEÑALES DE ALERTA**

- Físicos: heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización, demora en la solicitud de atención

- Psíquicos: ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio

- Actitudes y estado emocional:

. Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones

. Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema. Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control o bien excesivo desapego y despreocupación, intentando banalizar los hechos; debe entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

- Otros síntomas: quejas crónicas de mala salud, insomnio cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc.

**-Si se llega al diagnóstico de una situación de maltrato, es preciso realizar un abordaje integral y multidisciplinar:**

- Hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato: riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio.

- Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos y los apoyos con los que cuenta), para lo cual hoy día disponemos de recursos, que en general el trabajador social puede poner en marcha directamente o a través del teléfono permanente de atención a mujeres maltratadas en distintas instituciones: centros de emergencia, SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional), EMUMES (Equipo de Mujer y Menores de la Comandancia de la Guardia Civil), hot lines del Instituto de la Mujer, Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Maltrato, etc.

- Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos, debemos contactar con el pediatra e informarle, por el riesgo potencial de los hijos, tanto por ser testigo de la violencia como por la posibilidad de que éstos también sean víctimas. Debe haber una buena coordinación entre pediatra y médico de familia.

- Enviar a la víctima, si fuera preciso, a los servicios especializados.
- Hacer parte de lesiones y remitir al juez si procede.
- Contactar con el trabajador social y los servicios sociales.
- Informar de los pasos legales cuando se haya de formalizar una denuncia.
- Buscar una estrategia de protección y un plan de salida, cuando exista riesgo físico, e informar de ellos a la víctima.
- Registrar los hechos en la historia clínica.

## **PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA**

El término malos tratos engloba diferentes formas de abuso o agresión: violencia física, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional. Los niños que han sido víctimas de maltrato frecuentemente sufren alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional.

La incidencia y la prevalencia de maltrato en general es mayor en los niños, pero las niñas son víctimas de abusos sexuales con una frecuencia superior a la de los varones. La negligencia física supone el 80% de los casos.

Los médicos de atención primaria juegan un importante papel en la prevención primaria, identificando factores de riesgo y vulnerabilidad:

### **A.-FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD**

#### **-PERSONALES**

- Deficiencias físicas o psíquicas
- Dependencia biológica y social
- Separación de la madre en el período neonatal
- Niño hiperactivo
- Prematuros
- Discapacitados

#### **- FAMILIARES**

- Familias monoparentales
- Embarazo no deseado
- Padres adolescentes
- Padre o madre no biológico
- Abuso de drogas o alcohol
- Historia de violencia en la familia
- Bajo control de impulsos
- Trastorno psiquiátrico en los padres
- Deficiencia mental
- Prostitución
- Separación en el período neonatal precoz
- Abandono por fallecimiento de uno de los cónyuges
- Antecedente de maltrato familiar

#### **- SOCIALES**

- Soporte social bajo
- Nivel socioeconómico bajo
- Aislamiento social
- Hacinamiento
- Inmigración
- Desempleo

En prevención secundaria, los signos de alarma para los diferentes tipos de violencia, deben ser explorados:

### **B.- RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES: \_**

**-En todo niño que llega a la consulta investigar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad.**

#### **-Identificar SIGNOS O SEÑALES DE ALERTA**

##### **- INESPECÍFICOS**

- Incumplimiento de las visitas de control del niño
- Hiperfrecuentación por motivos banales
- Cambios frecuentes de médico
- Negación de informes de ingresos hospitalarios
- Falta de escolarización
- Agresividad física o verbal al corregir al niño
- Coacciones físicas o psicológicas
- Complot de silencio respecto a la vida y las relaciones familiares
- Relatos personales de los propios niños

<b>MENORES DE 5 AÑOS ADOLESCENTES</b>	<b>PREADOLESCENTES</b>	
- Retraso psicomotor	- Fracaso escolar	- Trastornos psicosomáticos
- Apatía	- Problemas de conducta	- Cambios de apetito
- Aislamiento	- Agresividad, sumisión	- Depresión
- Miedo, inseguridad	- Hiperactividad o inhibición	- Ideación suicida
- Hospitalizaciones frecuentes	- Pobre autoestima	- Aislamiento social
- Enuresis y encopresis	- Trastornos del lenguaje y del aprendizaje	- Fugas del domicilio
- Conductas de dependencia	- Ansiedad o depresión	- Conductas maternalizadas
- Trastornos del sueño	- Insomnio	- Promiscuidad sexual
- Terrores nocturnos	- Absentismo escolar	- Ansiedad
- Cambios de apetito	- Fugas del domicilio	- Consumo de alcohol
		- Consumo de drogas
- Ansiedad a las revisiones médicas	- Pérdida o ganancia de peso repentina	
- Hematomas en glúteos	- Conocimiento sexuales inapropiados	
- Hematomas en zona genital		
- Quemaduras		
- Explicaciones contradictorias respecto a lesiones		
- Huellas de manos, correas, objetos punzantes		

**-Cuando un caso de maltrato ha sido diagnosticado** (prevención terciaria) el médico debe realizar un abordaje integral y multidisciplinar:

- Entrevista y exploración del niño víctima de maltrato.
- Valoración del riesgo del menor para determinar la urgencia de la intervención. Si hay riesgo inmediato: ingreso hospitalario del niño, previo informe a los padres de las razones del ingreso. Si no lo autorizan se debe realizar una denuncia ante las autoridades competentes.



- Valoración del estado psicológico y de la situación social.
- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas, e inmunizaciones si procede. Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del embarazo en casos de abuso sexual en los que esta posibilidad exista.
- Realizar parte de lesiones para los servicios judiciales.
- Contactar con el trabajador social y elaborar el informe social y hacer la estimación de los recursos disponibles.
- Registrarlo en la historia clínica.
- Informar al Servicio de Protección a la Infancia y remitir el informe médico-social elaborado.
- Establecer un plan de seguimiento coordinado.
- \_ Si no hay riesgo inmediato puede no ser necesario el ingreso, pero sí el resto de las actuaciones.
- \_ Además se hará un especial seguimiento del niño y de la familia, facilitándole las ayudas psicoterapéuticas y sociales que precisen.

## **PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS**

El término maltrato a los ancianos se define como cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

Las más frecuentes en el anciano son: negligencia física y emocional, maltrato físico, maltrato psicológico, abuso económico y sexual.

El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida. Es un problema de salud infradiagnosticado. Todos los profesionales que trabajan con ancianos han de estar alerta para detectar signos y síntomas de maltrato.

Los profesionales de atención primaria tienen una importante función en la prevención primaria, identificando y modificando, cuando sea posible, los factores de riesgo que causan el maltrato.

### **A.-FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE SER VÍCTIMA DE MALTRATO**

- Para el anciano

- Edad avanzada
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Aislamiento social
- Antecedentes de maltratos

Para el agresor (cuando es el cuidador)

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del anciano

En prevención secundaria, los signos de alerta o los síntomas de los diferentes tipos de violencia deben ser explorados.

## **B: \_RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES**

- En todos los ancianos investigar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad.**
- Identificar signos y señales de alerta de maltrato**

### SIGNOS DE ALERTA

Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones  
 Retraso en solicitar la asistencia  
 Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes  
 Administración involuntaria de medicamentos  
 Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados  
 Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas  
 Desnutrición sin motivo aparente  
 Deshidratación  
 Caídas reiteradas  
 Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador  
 Actitud de miedo, inquietud o pasividad  
 Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión  
 Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

### **-Cuando un caso de maltrato ha sido diagnosticado el médico debe realizar una intervención integral y multidisciplinar:**

- Identificar factores de riesgo o vulnerabilidad.
- Investigar señales de alerta a través de indicios o signos tempranos de malos tratos.
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado, contactando con el trabajador social y los servicios sociales y con los servicios especializados, si fuera preciso.
- Informar al paciente de la tendencia y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación.
- Si el anciano no está capacitado, poner la situación en conocimiento de los servicios sociales y de protección al adulto.
- Hacer parte de lesiones, si procede, y comunicarlo al juez.
- Informar de los pasos legales para formalizar la denuncia.

## **DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)**

Las clasificaciones psiquiátricas CIE-10 y DSM-IV incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y además, la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para los que no cumplen todos los criterios diagnósticos.

### **A: \_RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES**

- Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida diaria con la familia, favorecer la comunicación y fomentar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen, etc.

- Detección temprana orientada especialmente a la población de riesgo que es la siguiente:

- . Preadolescentes y adolescentes del sexo femenino.
- . Bailarinas, gimnastas, modelos, atletas, etc.
- . Homosexualidad en varones
- . Problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen: diabetes, obesidad.
- . Antecedentes familiares de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria
- . Conflictividad familiar
- . Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años

- Identificar signos de alarma:

- Para Anorexia:

- . Adelgazamiento
- . Amenorrea
- . Lanugo
- . Actividades para adelgazar (ejercicio, dieta, etc.)
- . Historia familiar de trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- . Demanda de diuréticos y laxantes
- . Vómitos (signo de Russell, petequias en la cara, hipertrofia salivales)

- Para Bulimia:

- . Intentos fallidos de perder peso
- . Historia familiar de depresión
- . Vómitos (edemas cara, manos y pies, erosión en esmalte dental, hipertrofia de glándula parótida)
- . Reflujo gastroesofágico

- . Ejercicio obsesivo y excesivo
- . Disforia (ansiedad, tristeza)

– Entrevista: *a)* debemos de tratar de entrevistar *al paciente solo*, intentando crear un clima de confianza y respeto; *b)* aprovechar cualquier oportunidad para detectar hábitos de riesgo o trastornos ya establecidos, y *c)* en las niñas o adolescentes del sexo femenino debemos interrogar sobre la edad de la menarquia, la fecha de la última regla y los ciclos menstruales. En muchos casos el motivo de consulta es la amenorrea, y es el único signo objetivable.

– Exploraciones complementarias: es interesante realizar una analítica básica con hemograma, bioquímica, proteínas, hierro, hormonas tiroideas, TSH e iones, así como un electrocardiograma. El resultado normal en las determinaciones analíticas básicas no excluye el diagnóstico. Los pacientes con AN o BN severa pueden tener alteraciones analíticas importantes, así como signos evidentes en la exploración física, pero esto no es así en los estadios iniciales, que es donde debemos identificarlos.

- Cuando se detecte un TCA bien delimitado debemos remitir al paciente a la unidad de salud mental de referencia.

– Si se identifican criterios de gravedad se debe remitir de forma urgente al centro hospitalario de referencia.

**ANEXO 1.****INFORME CLÍNICO MÓVIL PARA EL ANCIANO****NOMBRE:****NºHISTORIA:****MÉDICOS-ENFERMERAS****CENTRO TRABAJO****TNO - HORARIO**

- Responsable:

- Otro:

- Otro:

- Otro:

**Valoración de la situación sociofamiliar:** dirección, teléfono y cuidador

. Domicilio principal :

. Domicilio 2 :

. Domicilio 3 :

. Domicilio 4 :

**RESUMEN DE VALORACIÓN INTEGRAL**

(Valoración del estado de salud, valoración funcional, valoración mental)

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

**PROBLEMAS DETECTADOS Y TRATAMIENTO**

-

-

-

**REQUIERE LOS SIGUIENTES CUIDADOS O CONTROLES:** (fecha)

-

-

-

## **RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES**

**Francisco Buitrago Ramírez**  
**Ramón Ciurana Misol**

## **RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES**

### **¿Qué es la salud mental?**

La Salud Mental puede definirse como la capacidad de amar, disfrutar, trabajar y tolerar -tolerarse a uno mismo y a los demás-.

Para cuidar la Salud Mental y evitar su deterioro debe atenderse a determinados aspectos de nuestra vida cotidiana. Debe prestarse especial atención a dos aspectos fundamentales:

- 1) **CUIDAR DE SI MISMO**
- 2) **CUIDAR LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS**

### **CUIDAR DE SI MISMO**

#### **Recomendaciones generales**

- **Aprender a conocer las situaciones capaces de generar malestar psíquico** y enfrentarse a ellas.
- **Reconocer nuestros diversos estados de ánimo:** lo que nos hace estar alegres, tristes o aquello que nos produce temor.
- **Aprender a estar en paz con uno mismo,** conociendo lo que podemos y lo que no podemos cambiar de nosotros mismos, incluido el aspecto de nuestro cuerpo. Esto quiere decir, aceptar nuestras capacidades y nuestras limitaciones.
- **Resistirse al entorno consumista.** Gastar más en los deseos que en las necesidades puede generar decepción y ansiedad.
- **Dedicar parte de nuestra actividad** a labores relacionadas con la solidaridad con los demás, sin una contrapartida económica. Pueden reportar compensaciones no comparables con ningún trabajo remunerado.
- **Disfrutar del tiempo libre** cuando se dispone de él, empleándolo en actividades de ocio que sean satisfactorias.
- **Cuidar aspectos de nuestra vida cotidiana** como la **dieta**, el **ejercicio físico** y el **sueño**.



## **Normas para ordenar las actividades relacionadas con la dieta, el ejercicio físico y el sueño.**

### **DIETA**

- La dieta debe ser variada, sana, agradable y adecuada en calorías para mantener un peso adecuado.
- Debe reducirse el consumo de grasas animales, de azúcares refinados y dulces, evitando también un exceso de bebidas con cafeína y el consumo excesivo de alcohol.
- Es muy recomendable respetar los horarios para las comidas y tomarse el tiempo necesario para disfrutar de la alimentación.
- Es recomendable hacer lo posible para disfrutar y cuidar las relaciones en todas las ocasiones en que se pueda comer en familia.

### **EJERCICIO FÍSICO**

- Realizar ejercicio físico de forma regular aumenta la esperanza de vida y ayuda a mantener la salud física y mental.
- Es recomendable realizar el ejercicio integrando la actividad física en nuestra vida cotidiana: caminar, subir escaleras, pasear...Hacer ejercicio físico no implica llegar a hacer un esfuerzo "de competición". Niveles razonables de ejercicio son beneficiosos.
- No es necesario realizar toda la actividad física "de una vez"; puede practicarse todo el ejercicio deseable de forma intercalada durante el día.
- Realizar unos 30 minutos de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana, es suficiente para conseguir los efectos saludables que conlleva el ejercicio físico.
- También las personas mayores, con algún grado de incapacidad, que permanecen sedentarias en su domicilio, pueden mejorar aspectos como el equilibrio, la fuerza y la incapacidad, si realizan ejercicios físicos adaptados a su situación personal.

### **SUEÑO**

El descanso adecuado beneficia nuestra salud mental. Las siguientes recomendaciones pueden resultar útiles:

- Es conveniente mantener un patrón de sueño regular todos los días, acostándose y levantándose a la misma hora. No acostumbre a desplazar más de 2 horas el momento de levantarse los fines de semana (suponiendo que durante la semana se descansa suficientes horas).
- Si el sueño es reparador (sin interrupciones bruscas ni sobresaltos), un adulto es suficiente que duerma 7-8 horas diarias, aunque las horas que precisa cada persona para sentirse descansado varían entre individuos.
- Es bueno realizar alguna actividad ligera y relajante la hora previa al acostarse (leer, escuchar música, tomar una ducha...), evitando situaciones que le activen o impliquen emocionalmente.
- Cuando decida acostarse utilice la cama y el dormitorio solo para dormir, manteniéndose inactivo mientras intente conciliar el sueño (no vea la TV, ni escuche la radio o lea).
- Debe evitarse el consumo de bebidas con cafeína y el alcohol; puede fragmentar el sueño. En cambio, tomar algo ligero, como un vaso de leche antes de acostarse puede ayudar a conciliar el sueño.
- Es conveniente disponer de un ambiente adecuado en el dormitorio. La habitación deberá estar oscura, silenciosa, ventilada y con temperatura adecuada.
- Si usted está acostumbrado a echarse la siesta, no la prolongue más de 30 minutos.

## **CUIDAR LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS**

### **Recomendaciones generales**

- **Compartir las cosas de cada día** con una o más personas de confianza protege de los trastornos mentales. Los animales de compañía pueden ayudar.
- **Compartir los problemas** con otras personas que han pasado por circunstancias parecidas a las nuestras. Esto ayuda a encontrar una solución a nuestro conflicto y a sentirse menos solos.
- **Dedicar tiempo a la familia y a los amigos**, alimentando estas relaciones constantemente y buscando ese tiempo necesario para dedicarles.
- **Procurar hacer nuevas amistades y conservar las ya existentes.** Los amigos ayudan a sentir mayor confianza en uno mismo. La amistad presupone un intercambio: dar apoyo a los demás y, a la vez, recibir su soporte.
- **Relativice las preocupaciones que le crea su trabajo.** Procure "desconectar" tras la jornada laboral.

**En ocasiones, sin embargo, aún intentando cuidar el equilibrio mental, las personas sienten que su salud se resiente y se ve afectada por diversas circunstancias:** el trabajo, las dificultades económicas, los conflictos de la relación con los demás, los problemas de salud (propios o de los allegados) o por alguna razón no identificada. En estos casos conviene tomar una decisión que puede ser crucial para no alargar un sufrimiento, evitable en la inmensa mayoría de los casos. A continuación se señalan

algunas normas que pueden ser útiles para ayudar a decidir sobre la necesidad de pedir ayuda a un profesional.

### **¿CUANDO PEDIR AYUDA A UN PROFESIONAL?**

- Cuando los sentimientos de malestar llegan a desbordar, haciendo sentir que no se disfruta de la vida suficientemente.
- Cuando se aprecia que nuestro estado de salud no es adecuado o aparecen síntomas (mareos, dolores de cabeza, vértigos,..) que no nos explicamos y que antes no se padecían.
- Cuando se vive el trabajo como una sobrecarga, cada vez mayor.
- Cuando existen conflictos en el hogar que ponen en peligro la estabilidad de la familia.
- Cuando, tras la muerte o la pérdida de un ser querido, existen dificultades para "tirar adelante".
- Cuando existe consumo excesivo de alcohol o consumo de otras drogas que interfieren con la propia vida.
- Cuando existe un deterioro permanente en la cantidad o calidad del descanso nocturno.

## **PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA :**

Prevenición del síndrome de desgaste profesional ó “burnout”

**M. Carmen Fernández Alonso**

**M. Jesús Redondo Granado**

*"La medicina es una enfermedad que afecta a los médicos, de manera desigual. Algunos sacan de ella beneficios duraderos. Otros deciden un día colgar su bata porque es la única posibilidad que tienen de curarse - al precio de algunas cicatrices-. Lo queramos o no, siempre seremos médicos. Pero no estamos obligados a hacérselo pagar a los demás, ni a morir por ello"*

*( Martín Winckler. La enfermedad de Sachs. )*

## **PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **Justificación.-**

**Los profesionales sanitarios están sometidos a un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental debido a que su ejercicio profesional constituye una importante fuente de estrés, lo que quizás explica la tendencia a sufrir trastornos emocionales como depresión, ansiedad, trastornos psicósomáticos etc. Pero además del trastorno mental aislado que puede sufrir un profesional cuya detección y abordaje se tratarían según las recomendaciones generales para el problema concreto, ha sido descrito un síndrome que afecta al personal sanitario con mayor frecuencia, que guarda relación con su desempeño profesional y que supone un riesgo para la salud mental de quienes lo padecen : síndrome de burnout o de agotamiento profesional y cuya prevención nos parece de gran importancia.**

La aparición de ciertos trastornos psicobiológicos en profesionales que se ocupan en su actividad laboral de ayudar a personas que sufren o tienen problemas, y con las que tienen contacto humano, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales etc fué descrita hace ya mas de dos décadas. Balint (1961) investigó las implicaciones psicológicas de la práctica médica y la repercusión emocional que la relación médico-paciente tiene en ambos.<sup>1</sup>

En 1974 Freudenberger<sup>2</sup> describió por primera vez este cuadro y lo llamó "burn-out: "estar quemado", estar agotado, debido a una situación de sobrecarga o estrés ocupacional mantenido. Este autor describió el cuadro clínico como la aparición de signos y síntomas somáticos inespecíficos como cefaleas, insomnio, astenia, algias osteomusculares. etc.; comportamientos inhabituales: inhibición, retraimiento, sensibilidad exagerada a las frustraciones, que reflejan sobrecarga emocional, desconfianza, recelo y a veces comportamientos prepotentes. Para salir de esta situación de abatimiento puede adoptar actitudes arriesgadas o llevar a cabo conductas heroicas, incluso peligrosas.

También puede acompañarse de consumo excesivo de alcohol, drogas, psicofármacos, etc, para darse coraje, o para paliar la ansiedad insoportable. Asimismo puede manifestarse con actitudes defensivas, rígidas, resistencia al cambio, o a veces con actitudes negativas, pesimismo o con hiperactividad inefectiva.

### **Definición.-**

Cristina Maslach<sup>3</sup> define el término de burnout , tal y como se acepta hoy en día, como un síndrome de agotamiento psíquico y emocional, con desarrollo de una imagen negativa de sí mismo, actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida de interés y de sentimiento hacia los pacientes (desapego), relacionado con la actividad laboral

Maslach identifica 3 elementos, que definirían el síndrome. Aunque estos criterios son los más aceptados, en la abundante literatura publicada no hay unanimidad al respecto:

1-Agotamiento psíquico y/o físico, llamado también agotamiento emocional (emotional exhaustion)

2- Despersonalización, entendido como trato despersonalizado con los pacientes (despersonalization). o degradación de la relación con los pacientes. Algunos autores lo llaman deshumanización

3.- Falta de realización personal con actitud negativa hacia sí mismo con bajo estado de ánimo y retraimiento (personal accomplishment).

Una persona agotada, sin energía ni para sí mismo ni para los otros, sufre una alteración en las relaciones con los pacientes, compañeros y superiores, una pérdida de la empatía y un descenso en su rendimiento en el trabajo..

El término “burnout” no está reconocido como entidad psicopatológica por la CIE-10 ni por la DSM- IV, sin embargo podría considerarse un trastorno de adaptación a una situación de estrés ocupacional mantenido; es un concepto multidimensional, difícil de medir porque no está sujeto a una variable única, y está aun lejos de ser un término unívoco o universalmente aceptado<sup>4,5</sup>

Otros términos con los que ha sido definido por diferentes autores son: síndrome de agotamiento profesional, “epuissement professionnel”, desgaste profesional, profesional quemado, síndrome del desengaño, surmenaje, o enfermedad de Tomás<sup>6</sup>. En la literatura a veces se le identifica con estrés profesional, sin embargo esta definición no parece exacta porque el síndrome de burnout sería el fracaso, la respuesta desadaptativa ante una situación de estrés ocupacional.

El agotamiento profesional es una situación de riesgo para la salud mental de los profesionales, y si no se supera puede conducir a trastornos psicopatológicos tales como depresión, ansiedad, consumo de drogas, psicofármacos o alcohol, suicidio etc. Por ello analizaremos los factores ligados a este síndrome, la progresión del mismo y los factores de vulnerabilidad para poder valorar las posibilidades de actuación preventiva desde el ámbito de la atención primaria.

### **Relevancia del problema:**

Los profesionales de la salud tienen una alta prevalencia del síndrome de burnout. Hay estudios realizados en diferentes ámbitos asistenciales: hospitales, atención primaria, unidades oncológicas, unidades de enfermos de SIDA etc, en diferentes países como EEUU, Canadá, Reino Unido, Italia y algunos en nuestro país<sup>7</sup>

Daniel Vega y Pérez Urdániz revisan los estudios epidemiológicos más relevantes realizados en España, y los comparan con otros realizados en otros países como EEUU e Italia, en el ámbito hospitalario. Los resultados no difieren sensiblemente, estando en los niveles medios para los tres criterios<sup>8</sup>

En atención primaria hay algunos estudios realizados en España: Atance (1997) en Guadalajara, realiza un estudio en 294 profesionales de atención primaria y

especializada, encontrando una prevalencia del síndrome de burnout del 47,16 % con mayor proporción para las dimensiones de falta de realización personal (14,5%) y agotamiento emocional (14,5%), que en despersonalización (11,07%) y analiza asimismo diferentes variables epidemiológicas.<sup>9</sup>

Pablo González y Suberviola en su estudio realizado en Zaragoza en 1998, encuentran frecuencias que nos parecen preocupantes<sup>10</sup> : agotamiento emocional (59,7%), despersonalización (36,1 %) y baja la realización personal(31,2 %) Díaz González e Hidalgo Rodrigo, realizan un estudio epidemiológico en Avila, en médicos del sistema sanitario público, tanto de atención primaria como de especializada y establecen su relación con distintas variables epidemiológicas. La prevalencia es alta, mas en el hospital (despersonalización 10,8 %, agotamiento emocional 26,5 % e insatisfacción profesional 32,5%) para agotamiento emocional y despersonalización, pero mas baja que en primaria en insatisfacción profesional (despersonalización 8,2 %, agotamiento emocional 19,9 % e insatisfacción profesional 34,%)<sup>11,12</sup>

En suma la prevalencia del síndrome de desgaste profesional es preocupante por su frecuencia y por las consecuencias que puede tener tanto a nivel personal del profesional, como sociofamiliar y laboral<sup>13-17</sup>

En la tabla I se resumen los principales estudios realizados sobre prevalencia del s. de burnout , en España y en algunos países occidentales(tabla publicada por Mingote<sup>7</sup> en FMC , modificada y actualizada por los autores

<b>Tabla 1.- Estudios del síndrome de desgaste profesional entre profesionales sanitarios</b>			
Síntoma en %			
<b>Estudios</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Insatisfacción profesional</b>	<b>Agotamiento emocional</b>
Maslach y Jakson (1986) <sup>**a</sup>	7,12	36,50	22,19
Maslach y Jakson (1986) <sup>**b</sup>	8,73	43,58	20,99
García , Llor y Sáez (1994) <sup>*b</sup>	6,70	33,00	17,40
Fernández Cantí (1993) <sup>*a</sup>	5,56	27,87	11,69
Fernández Cantí (1993) <sup>*c</sup>	8,56	29,44	20,36
Fernández Cantí (1993) <sup>*a</sup>	5,06	30,97	13,0
Gil Monte(1991) <sup>*c</sup>	6,10	31,70	20,00
Leiter y Maslach(1988) <sup>*b</sup>	7,50	41,30	21,6
Dolan (1987) <sup>**c</sup>	7,60	36,10	15,20
Firth y Britton (1989) <sup>**c</sup>	5,90	35,90	18,30
Pedrabissi y Santinello (1984) <sup>**d,c</sup>	7,20	33,80	18,5
Hospital Clin. Salamanca(1995) <sup>*c</sup>	9,42	30,62	22,98
Hospital Clin. <sup>*</sup>	7,33	35,28	21,61

Salamanca(1995) <sup>*a</sup>			
Atance (1997) <sup>*a,c</sup>	11,20	14,51	14,50
Diaz e Hidalgo(1994) <sup>*a</sup>	8,20	34,00	19,90
Hidalgo y Diaz (1994) <sup>*a</sup>	11,00	32,10	27,30
De Pablo y Suberviola (1998) <sup>*a</sup>	36,10	31,20	59,10
*España; **Extranjero; a médicos; b profesiones de ayuda en general; c ATS/DUE; d supervisores de enfermería			

## Consecuencias :

### - Para la persona:

Puede aparecer cansancio emocional, ansiedad, indiferencia frente al sufrimiento ajeno, pérdida del humor y de la capacidad de disfrute, irritabilidad, pesimismo, pensamientos obsesivos, pérdida de la autoestima, trastornos físicos (somatizaciones) consumo de psicofármacos, alcohol, trastornos del sueño, depresión, suicidio<sup>17</sup>.

### -Para la familia:

Repercusión negativa en las relaciones familiares: cónyuge e hijos

Proyección en el medio familiar de la situación de conflicto o insatisfacción (irritabilidad, agresividad)<sup>13</sup>

Dificultad para “ desconectar” al dejar el trabajo, llevando los problemas laborales a casa

### - En el medio laboral:

Deterioro de la relación con los paciente y disminución en la calidad de la asistencia

Deterioro de las relaciones con los compañeros

Actitudes defensivas, aislamiento relacional.

Disminución del rendimiento laboral

Aumento del absentismo

Realización de medicina defensiva: aumento de la prescripción y aumento de la derivación

Actitudes de evitación de la actividad asistencial tratando de eludir responsabilidades

### Profesiones de riesgo:

El síndrome de Burnout afecta a un gran número de profesionales. Se describió inicialmente en individuos con profesiones relacionadas con la “ayuda” a otras personas: médicos, enfermeras, servicios sociales, enseñanza, pero con posterioridad se ha descrito en otros profesionales como trabajadores de banca, controladores aéreos etc.

Dentro de los médicos se ha encontrado una mayor prevalencia en psiquiatras, oncólogos y profesionales de unidades de cuidados paliativos (cáncer, Sida), médicos generalistas, especialmente en aquellos que trabajan en el medio rural.<sup>18-24</sup>

En los estudios españoles aparece con mayor frecuencia en médicos y enfermeras de hospital



### **Factores de riesgo y vulnerabilidad:**

Diferentes publicaciones <sup>9,12,15,25-27</sup> han establecido algún tipo de relación entre determinadas características del profesional, situación sociofamiliar y aspectos relacionados específicamente con el trabajo, y un mayor riesgo de aparición de malestar psíquico o de la aparición del burnout.

Entre los factores de riesgo y vulnerabilidad que citaremos, nos referiremos a los que tienen que ver más específicamente con los profesionales de atención primaria

#### **1.-Relativos al profesional:**

- ❑ Se ha relacionado con rasgos de personalidad predisponente y factores de vulnerabilidad individuales: rasgos obsesivos, idealismo, perfeccionismo, personas muy sensibles, con proyección excesiva, hiperresponsables, muy críticos con los demás y con ellos mismos, con alto nivel de autoexigencia y control, que no perdonan fácilmente un error o un fracaso y con gran identificación con su profesión. Profesionales que basan su autoestima en conseguir metas poco realistas y que se “agotan”, se queman en el trabajo a medida que sus ilusiones no se ven materializadas en la realidad cotidiana.
- ❑ Relaciones endogámicas en el entorno familiar o social con profesionales sanitarios, con los que siguen hablando de temas laborales sin conseguir la desconexión.
- ❑ Soporte familiar y social pobre.
- ❑ En algunos estudios se ha encontrado una mayor prevalencia en mujeres médicos, y se ha relacionado con la sobrecarga a la que a menudo están sometidas al añadir a su actividad laboral, el trabajo en el hogar, sobre todo cuando hay niños pequeños a su cargo.

#### **2.-Relativos a la organización del trabajo:**

- ❑ Trabajo poco gratificante, con escaso reconocimiento por parte de pacientes, compañeros o jefes y sin capacidad de organización y control sobre el propio trabajo.
- ❑ El conocimiento a lo largo de muchos años hace más estrecha la relación paciente/médico y aumenta la implicación emocional con el paciente, creando a veces vínculos que interfieren en una relación profesional adecuada
- ❑ Sobrecarga asistencial: carga laboral desproporcionada que:
  - Impide desarrollar el trabajo habitual con tiempo suficiente, sin agobio ni estrés.
  - Limita las posibilidades de comunicación con el paciente
  - Genera tiempos de espera excesivos para el paciente.

- Limita las posibilidades de comunicación informal con los compañeros (consultas de procesos, dudas, problemas de funcionamiento etc.)
- El no disponer de tiempo para los comentarios con el equipo, la imposibilidad del “vaciado” de dudas y problemas a través de la consulta informal con el compañero, mantiene el estrés y fomenta la ansiedad. Condiciona el fenómeno de “rumiación” de los problemas laborales del día, dificultando la desconexión con el trabajo, generando inseguridad e insatisfacción y minando la autoconfianza y la valoración de la propia competencia.
- No disponer de grupos de reflexión, supervisión y tutorización en el trabajo. No realizar sesiones del grupo o del equipo sobre los temas conflictivos.
- Mala organización del trabajo, falta de descanso a media jornada Exceso de guardias.
- La ambigüedad en las funciones, causa de conflictos de roles; la falta de un orden jerárquico claro.
- Políticas de gestión de personal conflictivas y que sobrecarguen en exceso al profesional (sustituciones insuficientes etc)
- Inadecuada regulación de las relaciones con el nivel especializado.
- Infraestructura inadecuada, falta de privacidad en la consulta, ruidos.
- Excesiva actividad burocrática, sin tener clara su necesidad y utilidad.
- Política de la organización con la que el profesional no se siente identificado:
- Escasa participación en la toma de decisiones en aspectos que conciernen al equipo y al profesional
- Ausencia de posibilidades de promoción profesional.
- Políticas de incentivación que no tienen en cuenta los rendimientos y la calidad o cuyas formas de medición son vividas como poco justas o poco objetivas.
- Ausencia de comunicación interna

Aunque parece probable que el burnout esté correlacionado con los rasgos de personalidad, hay mayor evidencia de su relación con la política de personal de empresa, el clima organizacional y las relaciones laborales.

### **Patogenia:**

Freudenberger lo identifica con la pérdida del ideal, y asimila el burnout a un proceso de duelo; proceso de desilusión, de desengaño, de pérdida del entusiasmo inicial, que lleva a la frustración, a la despersonalización, al estancamiento y a la apatía.

Otros autores (Lazarus, Labrador)<sup>28,29</sup>, lo identifican como el fracaso adaptativo para afrontar una situación de estrés ocupacional. Esto no significa que exista una situación de estrés de gran intensidad, vivida por el profesional como amenazante y sin posibilidad de recursos para afrontarla. Las situaciones de tensión crónica, mantenidas en el tiempo, aunque no sean de gran intensidad, parecen estar más correlacionadas con los trastornos psicopatológicos que acontecimientos aislados de estrés agudo de gran intensidad.

Estas situaciones que hemos mencionado antes: tensión en el trabajo, mala relación con los compañeros o jefes, conflictos de competencias (médico-enfermera), falta de tiempo habitual para realizar la actividad asistencial dignamente, pueden ir generando una

sobrecarga emocional y estrés ocupacional que puede conducir en el tiempo al síndrome de burnout.

### Diagnóstico

Para llegar a un diagnóstico de síndrome de desgaste profesional o burnout, el primer paso es hacer una evaluación integral del paciente:

Estado actual, historia personal longitudinal del paciente que incluya su historia laboral. Debe incluir el examen físico, examen mental y emocional, situación social, vivencia de la situación laboral y con ello llegar a un diagnóstico positivo.

Los criterios diagnósticos más aceptados para el diagnóstico son<sup>2,3</sup>:

1-Agotamiento emocional .

2- Deshumanización, que genera una degradación en la calidad de la relación con los pacientes

3.-Falta de realización personal con actitud negativa hacia sí mismo, bajo estado de ánimo, y retraimiento que genera desmotivación y disminución en el rendimiento laboral. Se trata pues de un síndrome clínico-laboral, es decir, su origen está en la vivencia de la actividad laboral en individuos sin un trastorno psicopatológico previo.

El síndrome de burnout, como ya se dijo antes, no está reconocido como entidad psicopatológica por el CIE-10 ni por el DSM-IV, por lo que algunos autores proponen incluirlo dentro de una “demanda por una necesidad psicosocial” o bien aplicar los criterios diagnósticos del trastorno de adaptación a una situación de estrés ocupacional, en sus distintas posibilidades de expresividad clínica.

Es fundamental el **diagnóstico precoz**: a través del reconocimiento temprano de la reacción de desadaptación; cuando las estrategias de afrontamiento ante la situación de estrés han fracasado, aparece el agotamiento emocional, el sufrimiento del profesional y comienzan a aparecer **signos o señales de alerta** (Tabla 2)

Tabla 2. **Señales de alerta del síndrome de agotamiento profesional**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de agotamiento físico o psíquico</li> <li>- Desmotivación</li> <li>- Aumento de la sensibilidad a la crítica o al fracaso</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Síntomas somáticos: cefaleas, algias erráticas, insomnio</li> <li>- Sobreimplicación en la vinculación emocional con los pacientes</li> <li>- Retraimiento</li> <li>- Disminución de la implicación en el trabajo( puerta cerrada del despacho, llega tarde, se va pronto, menos dedicación, bajas frecuentes o prolongadas etc)</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Diagnostico diferencial.-

1.- Con patología orgánica, que justifique la astenia, el agotamiento ( anemia, patología tiroidea, etc)

2.- Con síndromes psicopatológicos: a veces el “burnout se utiliza erróneamente , enmascarando tras él otros cuadros psicopatológicos francos como depresión , ansiedad que requieren un abordaje diferente.

### **Prevención y protección:**

#### **\* Propuesta de medidas preventivas:**

#### **1.- Dirigidas al profesional**

##### **-Medidas generales:**

1.a.-Autorreconocimiento de la existencia del problema

1.b .- Adquisición y refuerzo de estrategias de afrontamiento individuales: estrategias protectoras empleadas por la persona para impedir su aparición. Algunos mecanismos adaptativos son: la anticipación, el humor, la racionalización, la sublimación

1.c.-Disminución de la implicación en el trabajo(control de la carga laboral) disminuir la implicación emocional y favorecer la neutralidad, y la racionalización

1.d.-Técnicas de autocontrol emocional como técnicas de relajación y de capacitación para soportar el estrés que genera la asistencia, el contacto continuo con el sufrimiento y con la muerte y la frustración ante el fracaso terapéutico o la imposibilidad de “curar”.

No cifrar la satisfacción del profesional en el reconocimiento y gratitud de los pacientes, ni en el reconocimiento por parte de los superiores, sino en la conciencia del trabajo cumplido con honestidad y la mejor competencia de que seamos capaces. No fomentar el individualismo y la competitividad entre profesionales y sí la solidaridad y el trabajo en equipo .

1.e.-Mejora de la competencia profesional: la adquisición de nuevas técnicas y habilidades que nos faciliten el desarrollo de nuestra práctica clínica.

1.f.-Mejora en las técnicas que nos faciliten la dinámica relacional con el paciente. Técnicas de entrevista clínica, comunicación asertiva, gestión de situaciones estresantes, estrategias de abordaje del paciente difícil, hostil, hiperfrecuentador etc.

1.g.-Facilitar sistemas de tutorización y supervisión.

1.h.-Posibilidad de desconexión entre el trabajo y la vida privada, evitando la dedicación excesiva

1.i.-Modificación de tareas y responsabilidades

1.j.-En ocasiones puede ser necesaria la separación o toma de distancia del medio laboral: baja laboral, periodo sabático, estancias temporales etc

1.k.- Es importante la “dignificación” y revalorización de nuestro trabajo habitual. Debemos de recuperar la “autoestima profesional”

1.l.-Si estas medidas han sido insuficientes puede ser de gran ayuda la psicoterapia individual personal

## **2.- Dirigidas al Equipo de Atención Primaria.-**

2.a.-Es fundamental una buena comunicación interna, una comunicación fluida entre los miembros del equipo, que facilite la liberación de tensiones. Estimular la creación de grupos de discusión o sesiones periódicas de revisión donde se favorezca la expresión de sentimientos, se comparten los problemas y preocupaciones y se puedan debatir los conflictos o discrepancias y se tomen decisiones compartidas, intervenciones que han demostrado mejorar la satisfacción laboral.

2.b.-Una buen organización del trabajo, llevada a cabo de forma consensuada, donde estén clarificadas las actividades y competencias de los distintos profesionales, con reparto de cargas asistenciales equilibradas, donde todos los miembros del equipo tengan su parcela de responsabilidad y se sientan parte integrante y fundamental del mismo, reduce las posibilidades de conflictos de roles y problemas interpersonales. Horarios racionales y similares para los diferentes miembros del equipo .Descanso postguardia. Posibilidad de fraccionar las vacaciones en varios periodos.

2.c.- Fomentar la participación de todos en la toma de decisiones en lo que concierne al equipo, por parte del coordinador y el reconocimiento de los éxitos y del trabajo bien hecho. Favorecer las flexibilidad para facilitar los cambios, si se aprecian los primeros síntomas de agotamiento o desgaste en un profesional

2.d.-Facilitar la formación continuada personalizada según las carencias y necesidades de formación del profesional para conseguir una mejora de la competencia que haga de la mejora de la calidad de nuestro trabajo motivo de satisfacción.

2.e.- Una infraestructura adecuada donde se pueda desarrollar el trabajo clínico con comodidad y sin agobio, donde se disponga de un espacio para el descanso y espacios para el estudio

2.f.- Las actividades lúdicas o sociales informales en el equipo, favorecen la comunicación en un ambiente más distendido, mejoran las relaciones interpersonales y fomentan la cohesión interna.

2.g.- Facilitar la creación de grupos de reflexión y supervisión, tutorías, sesiones de resolución de conflictos etc.

2.h.- Prestar especial atención a profesionales con rasgos de personalidad predisponente y factores de riesgo de burnout

### **3.- Dirigidas a la empresa:**

La empresa debe velar por la calidad de vida del medio laboral a través de la identificación de factores causales y de la intervención preventiva

Es imprescindible **la implicación de la empresa**, reconociendo el problema y facilitando medidas preventivas en lo que se refiere a:

3.a.- Organización del trabajo, en aquellos aspectos que superan el ámbito de competencia del Equipo de Atención Primaria, como determinación de número de pacientes por profesional, considerada en algunos estudios como la variable que más influye en el síndrome de desgaste profesional, situación - cuando se sobrepasa un determinado ratio - que más puede influir en el deterioro de la calidad asistencial. Otros aspectos como horarios, jornada laboral y de atención continuada, limitación de número de pacientes/día, sustituciones, vacaciones, facilitación de cambios etc en los EAP en los que estos aspectos no están descentralizados.

3.b.- Relaciones con otros niveles de la institución: tener en cuenta, en relación con la atención especializada aquellos aspectos que influyen de forma muy importante en el desarrollo de nuestro trabajo asistencial, en la calidad de la atención, e incluso en las relaciones con el paciente.

3.c.- Relaciones institucionales. Es necesario la redefinición de las relaciones laborales hacia unas relaciones más horizontales, más participativas y más humanas, mejorando la comunicación bidireccional. La descentralización de gestión en los EAP puede ser un elemento incentivador e ilusionante si realmente permite al Equipo tomar decisiones en los aspectos relevantes de la gestión (decisión de plantillas, financiación, cartera de servicios etc), pero puede ser un elemento de gran frustración si no es más que un simulacro de autonomía sin herramientas para llevarla a cabo, algo así como invitarnos a caminar con los pies atados

### 3.d.- Motivación e incentivación. Reconocimiento de los logros de los profesionales y del EAP

#### 3. f.- Fomentar la identificación y el sentido de pertenencia a la institución

En el momento actual existe un “extrañamiento” entre los profesionales y la institución o empresa. Una absoluta falta de identificación y sentido de pertenencia. El profesional no siente como suyos los intereses de la organización, ni siente que sus propios problemas o intereses sean tenidos en cuenta o preocupen a la empresa. Es cada vez más necesario un acercamiento mutuo y quizás el primer paso debe darlo la empresa. El profesional, el trabajador en general debe percibir que representa para la institución para la que trabaja algo más que una “unidad de producción”, que es una persona, con una biografía, unas necesidades, una profesión al servicio de la salud de los ciudadanos en el seno de una empresa o institución (INSALUD, SAS, SERGAS, ICS...)

Algunos autores<sup>30,31</sup> proponen como medida preventiva promover por parte de la empresa la realización de talleres de gestión (management) motivacional, basados en la interacción dinámica de un grupo homogéneo funcionando con el método de solución a de problemas. El grupo selecciona los problemas prioritarios, valora los recursos disponibles, propone las soluciones a aplicar en cooperación con la empresa, define los objetivos, participa en las soluciones prácticas y asegura el seguimiento.

En un estudio realizado por de Pablo y Suberviola<sup>10</sup> (1998) en médicos de atención primaria, además de aplicar el MBI (Maslach Burnout Inventory) y relacionarlo con diferentes variables epidemiológicas, añaden un cuestionario de opinión referente a posibles medidas para prevenir el burnout con 10 opciones; las mayoritariamente elegidas fueron: menor burocracia (80,6 %), limitar el número de pacientes vistos por día (66,7%) y mantener una relación más fluida con la atención especializada (66,7%). Curiosamente las puntuaciones más bajas respecto a alternativas hacen referencia a formación en comunicación y relación médico-paciente y formación en técnicas de autocontrol y manejo del estrés, lo que podría interpretarse como que los profesionales estudiados, con muy alta prevalencia de burnout, parecen atribuirlo más a las condiciones laborales que a los factores personales. Como reflexión comentaremos que siempre es más "aceptable" atribuirlo a factores externos que asumir los déficits o situaciones personales que puedan haber contribuido a la aparición del síndrome de burnout.

Todas estas medidas de prevención a los tres niveles, unidas al diagnóstico precoz y a una intervención global y temprana estarían encaminadas a evitar las consecuencias que puede tener la “cronificación” de una situación de desgaste profesional en la salud mental del profesional, es decir, el paso al trastorno psicopatológico, evitable quizás con una intervención preventiva o en las fases precoces de su desarrollo.

Existe un cuestionario que puede ser aplicado para la valoración del burnout propuesto por Maslach (Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)<sup>32</sup> que se ha utilizado fundamentalmente en el contexto de la investigación epidemiológica, pero que podría ser utilizado en el cribado del agotamiento profesional en un equipo o individuo, como elemento de ayuda y está diseñado para valorar el síndrome de agotamiento profesional en los tres aspectos fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y

realización personal, aunque sin duda el diagnóstico se hará a través de la historia clínica, y de la valoración de la vivencia personal de su actividad laboral.

Es resumen debería ser objetivo de los profesionales, de los equipos y de las empresas la satisfacción laboral, ya que se ha demostrado que mejora los rendimientos y es un factor de equilibrio personal y de protección para la salud mental de los profesionales, sin olvidar la importancia que tiene el nivel personal: una vida personal con suficiente reconocimiento y creatividad es la mejor garantía preventiva y curativa del "desengaño".

Pero si las implicaciones psicológicas que tiene la práctica de la medicina,<sup>33</sup> (la carga de ansiedades y emociones que cada día nos hemos de contener, conflictos no resueltos que hemos de abordar etc) hacen insoportable nuestro quehacer de cada día o ponen en riesgo nuestro equilibrio psíquico, tenemos algunas opciones: hacer un cambio en nuestra orientación profesional - empresa no siempre fácil- o buscar ayuda profesional y psicológica a través de grupos de reflexión tutorizados o de ayuda psicológica. Algunas organizaciones profesionales han puesto recientemente en marcha algunas iniciativas en este sentido.<sup>34</sup>

## Bibliografía

1. Balint, M. El Médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires Ed.Libros Básicos.1961
2. Freudenberger H. Staff Burn-out. J. Soc. Issues 1974; 30:159-166
3. Maslach C. Burned out. Human Behavior 1976; 59:16-22
4. Scarfone.D..Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu? Ann.méd.-psychol.1985; 143:754-761
5. Grantham H. Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel (burnout) Ann.méd.-psychol.1985;143: 776-781
6. Gervas JJ, Hernandez Monsalve L.M. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med. Clin. (Barc)1989; 93: 572-575
7. Mingote Adan J.C. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional FMC 1998; 8 : 493-503
8. Daniel Vega.E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca .1995
9. Atance Martínez J.C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Rev. Esp. Salud Publica. 1997; 71: 293-303.
10. De Pablo Gonzalez R., Surverbiola Gonzalez J.F. Prevalencia del Síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1998;22 ( 9): 78-86
11. Diaz Gonzalez R.J., Hidalgo Rodrigo I.:El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público en un área de salud. Rev. Clin.Esp.1994;194: 670-676
12. Hidalgo Rodrigo I y Diaz Gonzalez R J. Estudio de la influencia de factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. Med. Clin.(Barc)1994; 103:408-412
13. Freudenberger H.J. Burnout and job dissatisfaction: impact on the family. Family Therapy Collections.1984; 10: 94-105
14. Astudillo W., Mendicuetta C. Exhaustion syndrome in palliative care. Support Care Cancer.1996;4: 408-415
15. Duch Campodarbe F.R., Ruiz de Porras L. Gimeno Ruiz L, Iglesias Pros M. Síndrome de burnout en Atención Primaria. Salud Rural.1999; 8 : 41-54
16. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med. 1992; 18: 53-60



17. Venturi, P. Dell'Erba G., Rizzo F. : Disagio mentale, uso di psicofarmaci e malattie psicosomatiche in due gruppi di soggetti a rischio per la síndrome del burnout. *Minerva Psichiatr.* 1994; 35: 155-167.
18. Sanz Ortiz J. El estres de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin. (Barc).* 1991; 96: 377-378.
19. Iacovides C., Fountoulakis K, Moysidou CH, Ierodiakonou Ch. Burnout in nursing staff. *Gen Hosp. Psych.* 1997; 19: 419-428
20. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer.* 1995; 71 :1263-1269
21. Lemkau JP, Putdy RR, Rafferty JP et al. Correlates of burnout among family practice residents. *J. Med. Educ.* 1988;63:682-691
22. Saucier JF. Note sur le fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins non psychiatres. *Ann. Méd. Psychol.* 1985;143: 618-620
23. Chambers R. comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br.J. Gen. Pract.* 1993;43: 378-382
24. Cooper L.C., Rout U, Faragher B. Mental Health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ.* 1989;298: 366-370
25. Magnusson AE, Nias KB and White PD. Is perfectionism associated with fatigue?. *J. Psychosom Res.* 1996; 41 (4): 377-383.
26. Ramirez A., Graham J, Richard M.A. et al. Mental health of hospital consultants: effects of stress and satisfaction at work. *Lancet.* 1996;347: 724-728
27. Weinberg A., Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355:533-537
28. Lazarus R.S. On the primacy of cognition. *Am. Psychologist.* 1984;39:124-129
29. Labrador F, Cruzado JA, Muñoz M, de la Puente ML. El estrés: problemas e intervenciones. En *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría.* Madrid Ed. Mc.Graw-Hill. 1990; 1: 567-577
30. Richardson M. and West P. Motivational management. Coping with Burnout. *Hosp Community Psychiatry.* 1982; 33(10):837-840
31. Lewis DJ. and Mc Lin PA. Stress management : A program designed to facilitate coping. *J. Contin. Educ Nurs.* 1990; 21: 212-215.
32. Maslach C. Jackson S. : *The Maslach Burnout Inventory.* Consulting Psychologist Press. 1981. Palo Alto (Cal) Editado en castellano en Tea Ediciones. Madrid, 1997.
33. Tizón García J.L. La Salud mental del propio profesional. en *Componentes psicológicos de la práctica clínica. Una perspectiva desde la atención primaria.* Barcelona. Ed. Doyma. 1988:217-219
34. Programa de Atención integral al médico enfermo (problemas psíquicos y/o conductas adictivas, estrés, s. de burnout). Colegio de médicos de Barcelona. e-mail: paimm@comb.es

**LA ENTREVISTA CLINICA Y LA SALUD MENTAL**

**Javier García Campayo**

**Carmen Montón Franco**

## LA ENTREVISTA CLINICA Y LA SALUD MENTAL

La atención primaria de salud es un punto estratégico para llevar a cabo actividades de prevención en salud mental. Probablemente es, junto con la escuela, el dispositivo social de la "red profesionalizada", con el que contacta un mayor número de ciudadanos a lo largo de sus vidas.

Los profesionales de atención primaria, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, tenemos la posibilidad de conocer acontecimientos vitales y factores de riesgo de malestar psicológico y contribuir con nuestro apoyo a una mejor resolución y evolución de los conflictos. Por otra parte, existe evidencia científica de que prestando atención a algunos síntomas guía podemos detectar tempranamente trastornos psicopatológicos que seguidos de un adecuado abordaje mejoran la evolución y pronóstico.

Es fundamental tener una buena técnica de entrevista clínica con el fin de obtener la información más completa y optimizar la exploración del paciente y dar respuesta eficaz en un tiempo limitado (1). Al realizar la apertura de la historia clínica o bien en los contactos que la población tiene con la atención primaria por diferentes motivos el profesional debería de tener en cuenta unos datos básicos relativos al estado psicológico del paciente y a su situación social. Unas preguntas sencillas pueden ser muy ilustrativas:

¿Cómo está de ánimo?

¿Cómo van las cosas en casa, en el trabajo...?

¿Ha vivido alguna situación difícil o conflictiva...?

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) pretende ofrecer unas recomendaciones posibilitadoras de prevención en salud mental basadas en la entrevista clínica habitual y cotidiana.

### I.- LA ENTREVISTA CLINICA EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCION PRIMARIA

### IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA.

La entrevista clínica es el instrumento más útil de que dispone el médico para entender las dolencias de los pacientes. A pesar de los indudables avances técnicos en pruebas complementarias, la entrevista sigue siendo el más poderoso instrumento diagnóstico. El reconocimiento de los trastornos psíquicos depende en gran medida de la habilidad del profesional como entrevistador. En el siguiente texto se abordan diversas situaciones relacionadas con la salud mental y las directrices para orientar la entrevista. Incluso cuando se trata de enfermedad mental ya establecida, una técnica adecuada facilitadora de la relación con el paciente posee un evidente papel preventivo.

### CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADOR.

Un buen entrevistador debe poseer unas características esenciales que le permitan crear un ambiente adecuado en la relación médico-paciente. Estas características son las siguientes (1):

- **CORDIALIDAD:** Dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él. El contacto visuofacial, una sonrisa en un momento clave o recibir de manera personalizada son rasgos que expresan cordialidad.
- **EMPATIA:** Ser capaz de ponerse en la piel del otro, de entenderle (2). El paciente necesita sentir un reconocimiento emocional para sentirse a gusto en la relación. Podemos ser empáticos con una mirada que de a entender al paciente un reconocimiento de su dolor (a veces un gesto espontáneo o sentido vale más que mil palabras).
- **ASERTIVIDAD:** Es la capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social. Los médicos que la poseen saben lo que tiene que hacer y cuáles son sus derechos y obligaciones pero, sobre todo, pueden expresar lo que piensan de forma natural. En este sentido, puede negarse a realizar demandas del paciente porque considera que no se encuentra entre sus obligaciones, pero sin necesitar mostrarse agresivo.

- ORDEN: Es imprescindible tener un plan de entrevista de referencia, que se va ejecutando en la medida de lo posible y según las circunstancias del paciente y de su enfermedad.
- RESPETO: No enjuiciar ni criticar las opciones vitales de los pacientes. Nunca erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral.
- FLEXIBILIDAD: Capacidad de modificar la estructura y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- CONCRECIÓN: Delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que se desarrolle en términos comprensibles para ambos y de forma bidireccional.

#### ESTRUCTURA GENERAL DE LA ENTREVISTA.

Las fases y principales tareas a ejecutar en la realización de una entrevista clínica normal han sido ampliamente desarrollados en libros específicos sobre el tema (1, 3) y constituyen habilidades básicas en la práctica del profesional de atención primaria. No es este el contexto para describir dichas habilidades. No obstante, a modo de recordatorio y resumen, describimos en la Tabla I la estructura de una entrevista clínica adecuada, con las tareas a ejecutar en cada caso y las posibles técnicas a utilizar (1, 3 )

Tabla I . Entrevista clínica: Formato general de tareas y técnicas a desarrollar durante la fase exploratoria.

#### Tareas a ejecutar

#### Técnicas posibles

I.- SALUDO CORDIAL.

II. ACOGIDA Y EXPLORACION DEL MOTIVO DE CONSULTA

- Dejar que el paciente se explique
- Hacer facilitaciones para que hable

III.- DELIMITACION DE LA DEMANDA

- Clarificar
- Prevenir demandas aditivas.

#### IV.- APOYO NARRATIVO

- Explíqueme más ...
- Continúe, le escucho

#### V.- INFORMACION ESPECIFICA BASICA

- Características del síntoma
- Forma de inicio y cronología.
- Localización e irradiación.
- Intensidad

#### VI.- INFORMACION COMPLEMENTARIA

- Factores desencadenantes
- Factores asociados.
- Factores agravantes y yatrógenos.
- Otros datos epidemiológicos.
- Antecedentes personales.
- Evolución de la enfermedad.
- Impacto sociolaboral.

#### VII.- SALTO A ESFERA PSICOSOCIAL

- Creencias y expectativas.
- Personalidad.
- Adaptación a situaciones de estrés previas.

#### VIII.- REPASO PROBLEMAS ANTERIORES

#### IX.- EXPLORACION FISICA

- Acompañamiento.

#### X.- EXPLORACION PSICOLOGICA

- Tests: MEC, EADG, CAGE

Tradicionalmente, se ha recomendado empezar la entrevista con las tres preguntas hipocráticas: ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?. Actualmente, se sigue aceptando este hecho pero se recomienda, previamente, haber delimitado la demanda y, sobre todo, si no hay urgencia, mostrar atención a la expresión espontánea de la queja del paciente.

El aspecto más difícil para la mayoría de los profesionales consiste en saltar a la esfera psicosocial. Para ello, se recomiendan preguntas sencillas del tipo de: ¿Cómo van las cosas en casa, con la familia, los amigos, el trabajo? ¿Hay alguna cosa que le preocupe? ¿Cómo se encuentra de ánimo? No hacerlo con preguntas del tipo: “¿Cómo se lleva con la familia, con la esposa?” porque son demasiado directas.

Las habilidades que se han demostrado como más importantes a la hora de detectar trastornos psicológicos son (4):

- Mantener el contacto visual del paciente.
- Empezar la entrevista por una pregunta abierta o, mejor, sin preguntar si el paciente se expresa con suficiente claridad.
- Clarificar el motivo de consulta
- Estar alerta a sutiles claves de malestar psicológico
- Si es necesario, preguntar directamente sobre síntomas psiquiátricos
- Valorar las circunstancias sociofamiliares.
- Estar atento al lenguaje no verbal (expresión facial, corporal, etc.).

#### MODIFICACIONES DE LA FORMA DE ENTREVISTA EN FUNCION DEL “INSIGHT” PSICOLOGICO.

“Insight” es una palabra técnica empleada en psiquiatría para definir la conciencia de conflicto que presenta un paciente, es decir, el reconocimiento de su participación personal en lo que le ocurre. Existen dos posibilidades básicas en este sentido:

1.- El paciente atribuye sus problemas a una causa física pero no a un trastorno psicológico (son los enfermos llamados "somatizadores").

2.- El paciente es consciente de su malestar psicológico y lo expresa como tal (pacientes que se denominan "psicologizadores").

3.- Además del punto 2, el paciente con insight (o "capacidad de captación emocional") se autoatribuye cierta participación y responsabilidad en sus conflictos, problemas, síntomas o trastornos.

La frecuencia de los somatizadores en las consultas de atención primaria es muy elevada y se caracteriza por un elevado gasto sanitario y por la dificultad que les supone a los profesionales su manejo. El abordaje del paciente en cada uno de los dos casos es muy diferente. Analizaremos ambas circunstancias:

**a) Entrevista con el paciente somatizador:** El principal problema con estos pacientes es conseguir que acepten que la causa de sus síntomas es psicológico y que, por tanto, el tratamiento debe ser orientado en este sentido. Se recomienda que este proceso se realice en tres fases (5):

- **Acoger y comprender al paciente:** Este apartado se corresponde con la fase exploratoria de la entrevista. Se debe realizar una adecuada anamnesis (incluyendo los aspectos psicosociales), averiguar a qué causa atribuye la enfermedad el paciente y realizar una exploración física completa de manera que sienta que estamos estudiando su problema con interés. La exploración física de la zona dolorosa hay que efectuarla siempre aunque estemos convencidos de que todo será normal. De lo contrario, el paciente puede pensar que no le creemos.

- **Ampliar la agenda:** Equivaldría a la fase informativa de la entrevista. En ella resumimos los hallazgos físicos de forma clara (ej: "No hemos encontrado ninguna alteración en la exploración"), a la vez que reconocemos la realidad de su malestar ("pero es evidente que usted está pasándolo mal en los últimos tiempos"). Posteriormente, insistimos también en los síntomas psicosociales que nos haya relatado durante la fase exploratoria ("Por otra parte, también me ha dicho que hace dos semanas la empresa le rescindió el contrato y ha estado muy preocupado por el tema, no ha



podido dormir y no se lo ha podido quitar de la cabeza”). Sobre esta base, redefinimos el problema como un trastorno de ansiedad, de depresión o de otro tipo (“Usted, en mi opinión, está sufriendo un trastorno de ansiedad”) y le explicamos en qué consiste (ej: “El trastorno de ansiedad es un tipo de trastorno en el que la persona experimenta múltiples molestias como las palpitaciones y el dolor en el pecho que usted me cuenta, pero también puede producir temblores, dificultad para respirar, tensión muscular y otros síntomas”).

- **Señalar el vínculo:** Como la explicación psicológica que hemos dado sobre la enfermedad es diferente a la atribución somática que el paciente realiza del problema, es necesario reconvertir sus ideas mediante la negociación. Por ello, hay que explicar cómo se produce la enfermedad (“Cuando existe ansiedad se libera en la sangre una sustancia llamada adrenalina, que activa todo el organismo preparándolo para la lucha. Esto hace que aumente mucho la frecuencia cardíaca y por eso nota las palpitaciones. Por tanto, pese a que nota molestias físicas, la causa es la situación de estrés a la que ha estado sometido en los últimos tiempos”).

El objetivo de la reatribución es conseguir que el paciente acepte la importancia de los factores psicológicos en la aparición de los síntomas y permita ser tratado desde una perspectiva psicológica. Es posible que la reatribución no pueda llevarse a cabo en una única consulta porque hay que solicitar pruebas complementarias. En estos casos se realiza una reatribución provisional a la espera del resultado de las pruebas (“En mi opinión, lo que usted padece es un problema de ansiedad y los síntomas se están produciendo por esta causa. No obstante, para descartar definitivamente cualquier enfermedad física, le he pedido un electrocardiograma. Si el resultado es normal, como espero, se confirmará que estamos ante un trastorno de ansiedad”).

b) **Entrevista con el paciente psicologizador.**

Son pacientes que se presentan con una expresión del tipo: “Estoy deprimido/ansioso desde hace varios días” o “lo que me ocurre es por nervios”. Generalmente, este inicio tranquiliza al médico porque le facilita la exploración, razón por la que estos pacientes

son detectados como pacientes psiquiátricos mucho más fácilmente que los somatizadores (5).

Con los pacientes psicologizadores hay que tener las siguientes precauciones (3):

1.- **No psicologizar:** Existe un axioma básico en psiquiatría que dice. “Todo síntoma (incluido el síntoma psiquiátrico) es orgánico mientras no se demuestre lo contrario”. Es decir, un paciente puede estar deprimido y reconocerlo, e incluso haber desencadenantes aparentes, pero la causa última puede ser una enfermedad orgánica (tumor cerebral, tumor de páncreas, etc). También puede existir una enfermedad orgánica asociada e independiente de la psiquiátrica (ejemplo: el paciente puede padecer depresión y diabetes independientemente, pero el paciente sólo se queja de la depresión y los síntomas diabéticos los achaca, erróneamente, a la depresión).

2.- **Respetar el ritmo del paciente:** El objetivo no es que el paciente “vomite” todo lo que le ocurre. Una introspección demasiado rápida en los problemas del individuo no suele acompañarse de resultados terapéuticos porque todo lo que se descubre tiene que ser “elaborado” de forma progresiva. Es más importante adquirir pequeños destellos de comprensión que intentar llegar al fondo del problema.

También conviene respetar los sentimientos del enfermo. Puede que prefiera no seguir profundizando en un tema o no abordar algunos aspectos de la situación desagradable. Periódicamente hay que ofertarle la posibilidad de que cierre aspectos parciales o incluso toda la exploración. Por ejemplo: “¿Cree que hablar de esto le puede ayudar?” o “Quizá prefiera no tocar este tema ahora”.

3.-**No tener miedo a la “caja de Pandora psiquiátrica”:** A menudo, los médicos de familia tienen miedo excesivo a abordar temas psicológicos porque piensan que la “profundidad”y complejidad de lo que el enfermo puede contarles será difícil de manejar. En general, los pacientes se sienten aliviados al poder comunicarse con otro ser humano si éste les transmite simplemente que les comprende.

Obviamente, se requiere una formación adecuada para realizar cualquier tipo de acercamiento psicológico con finalidad terapéutica. Sin embargo, en todos los casos, un paciente puede encontrar alivio si su médico:

- Empatiza con su sufrimiento dándole la sensación de que le comprende.
- No juzga sus circunstancias evitando desarrollar sentimientos de culpa en el paciente.
- Le transmite sensación de universalidad, de que sus reacciones son frecuentes en el ser humano, que el caso del paciente no es único y que, en sus circunstancias, muchas otras personas habrían reaccionado de forma similar.

## II.- HABILIDADES ESPECIFICAS EN RELACION A SALUD MENTAL: EL GENOGRAMA

El primer paso para abordar al paciente desde una perspectiva holística y globalizadora es entender su familia y conocer el tipo de relaciones que existen en ella. Es imposible tratar adecuadamente al paciente de forma aislada sin conocer su entorno y cómo interactúa con él y viceversa. El genograma es mucho más que una parte de la historia clínica. Si se realiza de forma no rutinaria, sino con convencimiento, constituye una apuesta decidida por una correcta entrevista clínica, enfatizando la comunicación y adoptando el modelo centrado en el paciente.

Una forma ideal para obtener y registrar la información sobre la estructura familiar es completar el árbol genealógico de la familia. El árbol familiar o genograma es una representación gráfica de la estructura de una familia mediante símbolos estandarizados incluyendo los antecedentes patológicos, patrones de comportamiento y problemas psicosociales de todos y cada uno de los miembros que la componen (6). Su sola elaboración registra el rol de cada miembro y en qué etapa de su desarrollo familiar se encuentra éste, así como la fase en que se encuentra la familia como sistema dentro del ciclo de la vida familiar. Algunos médicos realizan genogramas como una parte habitual en la toma de datos de los nuevos pacientes lo cual supone una importante fuente de información a largo plazo.

Es una técnica útil que permite organizar la información referente a la familia en estudio, entender los patrones multigeneracionales del sistema familiar y recoger datos para la elaboración de hipótesis que expliquen lo que está ocurriendo con el paciente y su familia; una vez incluido dentro del historial, entre el 91 y 96% de los datos pueden ser interpretados correctamente por el profesional con sólo revisar la ficha, incluso si no conoce a la familia (6).

Como todo instrumento, el genograma no está desprovisto de desventajas siendo las más importantes el hecho de que la información sea estática, lo que nos obligará además de ponerle fecha de realización a revisarlo periódicamente.

Los componentes esenciales de un genograma son (6, 7): tres o más generaciones; correcta identificación de los miembros de la familia y de su sexo; año de nacimiento de cada uno; fallecidos incluyendo año o edad y causa; enfermedades o problemas significativos de sus miembros; indicación de los miembros que viven juntos en el mismo domicilio; fechas de matrimonios y divorcios; anotar el primer nacimiento a la izquierda y los sucesivos a la derecha; símbolos que simplifiquen la visibilidad; claves que permitan identificar los símbolos. Puede ser de gran ayuda disponer, dentro de la historia del paciente, de una hoja diseñada para la recogida del genograma donde estén dibujadas al menos tres generaciones y donde figuren los símbolos convencionales para representar los diversos miembros, su patología y las relaciones entre ellos.

Para facilitar la lectura del genograma y una correcta interpretación es conveniente seguir unas normas aceptadas por todos a la hora de llevar a cabo su realización. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones (6, 7) (Ver Anexo):

- El año del nacimiento se debe escribir a la izquierda del símbolo de cada individuo, el año completo (1957) o los dos últimos dígitos precedidos de un apóstrofe ('57).
- En los fallecidos se hará constar dentro del símbolo la edad y a la derecha del mismo, el año de la muerte. La causa del fallecimiento irá precedida de una cruz.
- Deben limitarse con un círculo aquellos individuos que convivan juntos.

- Las relaciones interpersonales (lazos de afecto, hostilidad, separación y tensiones entre los miembros) también se pueden representar usando los símbolos convencionales.

- Se deben incluir otros individuos que, aunque no pertenezcan a la unidad familiar, hayan establecido vínculos que repercuten o puedan repercutir en la función familiar. Las relaciones múltiples, tanto las actuales como las del pasado, también pueden ser representadas. Sin embargo, su representación agrega complejidad al genograma.

### III.- RECOMENDACIONES EN LA ENTREVISTA DE PACIENTES ESPECIFICOS.

#### III.1.- ENTREVISTA AL PACIENTE SUICIDA.

##### INTRODUCCION.

Las tasas de suicidio en el mundo occidental se sitúan entre un mínimo del 3,2 por 100.000 habitantes en Grecia hasta un máximo de 35,2 por 100.000 en Hungría. En España, las cifras de 1989 eran de 5,71 suicidios por 100.000 habitantes. El suicidio supone la novena causa de mortalidad en la población general, pero en el grupo de edad de los 15 a los 24 años supone la segunda causa de fallecimiento (8).

La importancia del suicidio viene dada por los siguientes factores:

- 1.- La población de riesgo, ya que, como hemos dicho, constituye una importante causa de mortalidad en jóvenes.
- 2.- El gran mimetismo social de este tipo de conductas.
- 3.- El impacto sobre los supervivientes: Crea una profunda sensación de malestar en familiares y amigos, en los que tienden a desarrollarse sentimientos de culpa y duelos crónicos. También el facultativo que atendía al ahora fallecido, experimenta importantes implicaciones afectivas, sin comentar las posibles repercusiones legales.

Los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida son (9):

- 1.- ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS.

- Sexo: Los varones cometen suicidio más frecuentemente que las mujeres.
- Edad: Los ancianos consuman el suicidio más frecuentemente que otras edades, mientras que los adolescentes realizan más intentos autolíticos no consumados.
- Estado civil: Los individuos sin pareja presentan mayor riesgo que los que conviven con otra persona. La soledad, en general, incrementa la posibilidad de suicidio.
- Otros aspectos. Bajos niveles socioeconómicos y medio urbano también son factores de riesgo, así como el desempleo.

## 2.- TRASTORNO PSIQUIATRICO.

El riesgo de suicidio en la depresión, la esquizofrenia o el consumo de alcohol es del 15%. Prácticamente, cualquier enfermo psiquiátrico tiene riesgo aumentado, respecto a la población general, de cometer suicidio.

## 3.- ENFERMEDAD MEDICA.

Enfermedades médicas que cursen con dolor crónico, o que sean invalidantes o terminales aumentan considerablemente el riesgo.

## 4.- INTENTOS PREVIOS.

La historia de intentos previos también es un factor clave en el riesgo autolítico ya que lo incrementa 5 veces sobre la población normal.

## MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Existen una serie de mitos sobre el suicidio que es necesario conocer:

- 1.- La gente que habla sobre suicidio nunca lo intenta: La mayoría de los suicidios consumados han sido comunicados a otras personas los días previos; y entre otros, al médico de cabecera.
- 2.- El suicidio se realiza sin avisar: Más del 50% de los suicidas han consultado la semana anterior con su médico de familia.
- 3.- Preguntar sobre suicidio pone en la cabeza de la gente una idea peligrosa: Los pacientes se sienten más a gusto hablando de un tema que les preocupa.

4.- Los pacientes que intentan suicidarse y no lo consiguen son manipuladores: La mayoría de los pacientes que cometen suicidio han realizado intentos fracasados anteriormente.

5.- Un suicida siempre intentará suicidarse en el futuro: Muchos de estos pacientes pueden ser efectivamente tratados.

#### OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE SUICIDA

Son los siguientes (8, 9):

1.- Establecer una adecuada comunicación personal a fin de que el paciente no retenga información y acepte una intervención médica.

2.- Determinar los factores de riesgo de suicidio, ya descritos anteriormente, para predecir el riesgo letal.

3.- Evaluar las siguientes cuestiones:

- Gravedad de los intentos suicidas anteriores si los hubo. Para ellos se utilizan los pasos de la Tabla II.
- Grado de elaboración de la idea suicida: Puede ser que el paciente sólo presente ideas de muerte esporádicas y poco desarrolladas, pero puede ocurrir que dichas intenciones estén muy elaboradas e incluso haya pensado cómo llevar a cabo la acción. Para conocer la existencia o no de planes suicidas tendremos que realizar preguntas específicas (Tabla III).
- Orientación futura: Es importante saber si el paciente tiene planes de futuro y si son realistas. La desesperanza hacia el futuro es importante porque, independientemente del diagnóstico psiquiátrico, se considera que es el síntoma clínico que mejor correlaciona con el riesgo de suicidio.

Tabla II. Evaluación de la gravedad del intento suicida.

**1.- Peligrosidad del método elegido:**

¿Existe la posibilidad real de fallecer utilizando dicho sistema?

**2.- Conocimiento del paciente sobre la efectividad del método:**

A veces, los enfermos desconocen la peligrosidad real del método elegido (p.ej.: muchas personas creen que 10 comprimidos de benzodiazepinas son mortales). Para evaluarlo puede ser útil preguntar: ¿Se asombra de continuar vivo todavía?

**3.- Probabilidad de ser descubierto por alguien antes de morir:**

Estos tres factores es lo que algunos autores denominan relación riesgo-rescate, es decir, la relación entre el riesgo de morir y la posibilidad de ser rescatado de la muerte por otra persona.

**4.- Impulsividad o planificación del intento:**

Ciertos individuos que han dejado notas de despedida, asuntos en orden, etc. inducen a pensar que fue planificado.

**5.- Finalidad del acto suicida:**

Siempre hay que preguntarse si el paciente realmente quería morir o estaba transmitiendo un mensaje, una demanda de ayuda. Si existe ganancia secundaria, el riesgo de consumación es menor. Si no hay ganancia secundaria, a excepción de la propia muerte, el riesgo de un nuevo intento letal es muy alto.

**6.- Sensación o no de alivio tras ser salvado:** Si existe sensación de alivio, el riesgo es menor.

**7.- Concepto que el paciente tiene de la muerte:**

Muchos suicidas tienen un concepto de la muerte poco realista. Para muchos no es la finalización de la vida, sino el paso a una nueva situación donde serán testigos del sufrimiento de los supervivientes.

**8.- Variación de las circunstancias psicológicas y vitales que impulsaron al paciente a tomar una decisión:**



Hay que valorar si han variado las circunstancias externas del paciente, así como su patología psiquiátrica o su situación anímica. Si las circunstancias no han variado, persiste el riesgo.

Tabla III. Detección de la existencia o no de ideación suicida.

- ¿Cómo ha pensado en producirse la muerte?
- ¿Ha realizado un plan detallado?
- ¿Dispone de los medios planeados para suicidarse?
- ¿Son letales esos medios?
- ¿Ha hecho el paciente alguna previsión para ser salvado?

#### TECNICA DE LA ENTREVISTA

Con estos pacientes la entrevista debe cumplir los siguientes criterios (8, 9):

1.- EMPATIA Y RESPETO: El suicidio es una cuestión personal. No debemos adoptar una actitud crítica pese a nuestras convicciones ideológicas respecto a este tema, sino expresar empatía. Casi nadie se suicida sin que otros sepan cómo se siente. Raramente rechazan el diálogo cuando captan que la otra persona les escucha sin una actitud moralizante, crítica o ansiosa sobre su conducta.

Nunca hay que intentar convencer al paciente de que no se suicide. Nunca hay que despreciar a un paciente por muy manipulador que pueda parecer un intento. Cuando una figura de autoridad como es el médico rechaza a un paciente, se incrementan en él

los sentimientos de inferioridad y baja autoestima, favoreciendo las posibilidades de un nuevo suicidio.

Se deben tener en cuenta las ideaciones suicidas aunque parezcan manipuladoras porque a veces pueden terminar en suicidio consumado. Cuando se tiene dudas es mejor ser conservador e ingresar al paciente.

2.- PRIVACIDAD: Es útil obtener información de la familia y amigos, pero es necesario entrevistar a solas al paciente porque puede sentirse inhibido para hablar de este tema delante de familiares.

3.- PROFUNDIDAD. Nunca se debe temer preguntar francamente sobre este tema, ya que los pacientes se sienten aliviados al hablar de ello. La forma de empezar pueden ser preguntas generales del tipo de: “¿Me pregunto si con este estado de ánimo, no se ha planteado alguna vez que ya no valía la pena seguir?”. Con esta facilitación el paciente suele aclarar que sí había pensado en la muerte. Si el paciente no entiende, se sigue preguntando: “Me refiero a si se había planteado que ya no valía la pena seguir viviendo así”. Si el paciente contesta afirmativamente hay que definir si, aparte de ideas de desear la muerte sin más, ha pensado en quitarse la vida activamente: “¿Ha pensado en producirse usted la muerte?”. Si la respuesta es afirmativa se debe seguir y aclarar los contenidos de la Tabla II.

4.- EVITAR LA CONTRATRANSFERENCIA: La mayoría de los suicidas no están seguros de querer morir: apuestan por la autodestrucción y dejan que otros les salven. Siempre hay esta ambivalencia, lo que produce hostilidad e impaciencia en los profesionales, disparando mecanismos de evitación y rechazo. Sentimos menos simpatía por los pacientes que intentan el suicidio que por los que lo consuman, porque creemos que los primeros son manipuladores, lo cual suscita en el médico deseos de “castigarles”.

## III.2.- ENTREVISTA AL PACIENTE SOMATIZADOR CRONICO

### INTRODUCCION

Los somatizadores crónicos constituyen un grupo de pacientes psiquiátricos que se caracterizan por presentar síntomas corporales que sugieren un trastorno físico. Sin embargo, no existe ninguna causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que explique completamente el cuadro clínico. Por otra parte, existe una presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés. Los pacientes con trastornos somatomorfos son muy diferentes de los somatizadores agudos que hemos descrito anteriormente, ya que la somatización crónica incluye como criterio una duración de al menos 2 años según la CIE-10, de modo que la enfermedad constituye el eje central de su vida.

La importancia clínica de los trastornos somatomorfos viene determinada por los siguientes cuatro factores (5):

- 1.- ELEVADA PREVALENCIA: La prevalencia de los pacientes somatizadores crónicos en la población general se sitúa alrededor del 4,4, %.
- 2.- POBRE CALIDAD DE VIDA: Pese a que la discapacidad de estos individuos es similar a la de los pacientes con otros trastornos psiquiátricos, su calidad de vida es muy inferior a la de los enfermos con cancer, SIDA, diabetes, Parkinson o enfermedades circulatorias.
- 3.- ELEVADO COSTE SANITARIO: Estos enfermos suponen el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado, sin contar los gastos de las pensiones de invalidez o las bajas laborales. El precio medio por paciente se sitúa en unos 250.000 pts/año.
- 4.- DIFICULTAD DE MANEJO: Los somatizadores son uno de los tipos de pacientes más complicados para los médicos. Son enfermos descontentos con cualquier tipo de tratamiento que solicitan ayuda médica de forma continua e injustificada. El resultado es que una elevada proporción de profesionales rechaza tratarlos.

## EXPECTATIVAS DEL SOMATIZADOR

Las principales expectativas de los pacientes somatizadores son las siguientes (10):

- a) Que se le escuche y se le comprenda. Esta expectativa es común a cualquier paciente, pero es más acusada en los somatizadores quienes, frecuentemente, han padecido carencias afectivas y para quien el médico es una figura de autoridad importante.
- b) Que se acepte el papel de enfermo. En la sociedad occidental la aceptación del papel de enfermo tiene que otorgarla el médico y ésta es una de las mayores expectativas de estos pacientes. Desde el principio debemos reconocer que el somatizador padece un trastorno, aunque la medicina no esté suficientemente preparada en este momento para tratarla.
- c) Que se le informe sobre su enfermedad. A menudo se le dan al paciente informaciones vagas y contradictorias sobre su trastorno. Convendría explicarle que tiene una enfermedad donde el umbral del dolor está disminuido y donde experimenta síntomas molestos, aunque afortunadamente tiene un buen pronóstico vital. También hay que insistir en la influencia de las situaciones de conflicto que amplifican la percepción del dolor.
- d) Que no se le considere un enfermo psiquiátrico. Estos pacientes presentan un rechazo instintivo a la enfermedad psiquiátrica. Hay que reconocer el aspecto biológico del trastorno pero insistiendo en que un adecuado manejo del estrés mejorara su calidad de vida.
- e) Que la enfermedad justifique el fracaso de su vida. Son individuos con baja autoestima, inseguros, que han tenido poco éxito a nivel familiar, social o laboral. La enfermedad ha constituido una buena excusa para justificar estas carencias. Será imposible eliminar la tendencia a usar la enfermedad si no han aprendido otras pautas de afrontamiento más adaptadas ante los problemas de la vida diaria.

## TECNICA DE LA ENTREVISTA

Como plan general de manejo se recomiendan los siguientes aspectos (6):

### a) RESPECTO AL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS:

Estos síntomas debiéramos poder escucharlos una y otra vez, a pesar de nuestra contratransferencia negativa. Nuestro manejo en este tema se debería basar en:

- Información clara sobre los resultados de las investigaciones, reconociendo que no hay nada alterado, pero reconociendo claramente la existencia del dolor y los otros síntomas.
- Evitar diagnósticos poco claros. Hablar del trastorno de somatización como una alteración de la percepción del dolor, reconociendo empáticamente su sufrimiento.
- Limitar las pruebas complementarias negociando de antemano con el paciente cuales se van a hacer y poniendo límites de antemano a las exploraciones.
- Realizar exploraciones físicas frecuentes en las consultas, de modo que el paciente sienta que se le escucha y se le atiende.
- Guiarse por signos objetivos, y no por los síntomas (que son subjetivos y en estos pacientes están incrementados).
- No tratar lo que no se tiene, porque estos pacientes tienden a cronificar los tratamientos.

### a) RESPECTO AL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES SE RECOMIENDA:

- Identificar síntomas psiquiátricos (ansiedad, depresión) o problemática social y tratarlas si es necesario.
- Explorar las creencias del paciente respecto a la enfermedad.
- Evitar modelos dualistas: Aceptar una base biológica del trastorno (alteración en la percepción del dolor) con amplificadores psicológicos (respuesta incrementada ante situaciones de estrés).
- Explicar racionalmente, con datos fisiopatológicos, la producción de los síntomas

c) EN CUANTO AL EMPLEO DEL TIEMPO, son imprescindibles consultas programadas periódicas (como máximo cada mes, de unos 10-15 min. de duración) para que el paciente no tenga que venir a demanda a quejarse de los síntomas. Debe tener claro que se le va a escuchar aunque no presente molestias.

d) MEDICO RESPONSABLE: El seguimiento debe ser centralizado por un solo médico, siendo el más indicado el médico de familia titular (evitando la cómoda tentación de que sea el residente de familia que rota por allí quien lo lleve) por su accesibilidad y confianza por parte del paciente. Las derivaciones a salud mental solo debieran hacerse cuando haya patología psiquiátrica grave o trastornos de personalidad. En el resto, debería haber un manejo conjunto en interconsulta.

#### DIFICULTADES QUE PRODUCEN EN LOS PROFESIONALES

Sin embargo, conocer la técnica no es suficiente (11). En 1998 (12) realizamos una encuesta en la provincia de Zaragoza, entre una muestra representativa de médicos de atención primaria, y preguntábamos si estarían dispuestos a responsabilizarse del tratamiento de los somatizadores si se les formaba adecuadamente. El 70% respondieron que no por la frustración y la ira que les producen estos pacientes. Estos datos no resultan demasiado extraños ya que si se realizase una encuesta similar entre los psiquiatras y psicólogos encontraríamos cifras similares.

Para entender esto, habría que analizar cuales son las causas de esta sensación desagradable que producen los somatizadores en los profesionales médicos. Estas son las principales (11):

a) Frustración por la no mejoría clínica: Se nos ha educado en las facultades a que las enfermedades deben curarse y que la curación es un éxito del médico. Estos pacientes pueden estar años con la enfermedad y tienden a culpar al médico de su no mejoría, confrontándole en cada consulta con su fracaso. Debiéramos aprender que una de nuestras principales funciones es acompañar al paciente en su enfermedad, aunque sea crónica, en la línea de modelos médicos como la “Atención Sanitaria basada en el consultante” (13, 14).

- b) Frustración por la falta de control de la entrevista: Estos pacientes tienden a manejar el ritmo de la entrevista, monopolizándola con quejas somáticas, demandando visitas frecuentes y faltando a las programadas.
- c) Ira, porque se considera responsable al paciente: En enfermedades como el abuso de alcohol o sustancias, los trastornos de conducta alimentaria, o la somatización en la que hay trastornos de la conducta de enfermedad, tendemos a culpar al paciente porque gran parte de la enfermedad se explica por su conducta y consideramos que podrían modificarla si quisiesen.
- d) Ira por el engaño social: En nuestra sociedad, aceptamos que un enfermo tiene derecho a recibir asistencia, baja laboral o incapacidad si colabora en su recuperación. En el caso de los somatizadores, muchas personas piensan que maneja los síntomas a voluntad para eximirse de la responsabilidad de trabajar.
- e) Miedo a no diagnosticar alguna enfermedad, máxime por las implicaciones legales que conlleva en estos tiempos: Realmente, en todos los pacientes tenemos que manejarnos con una cierta dosis de incertidumbre respecto a si el diagnóstico es correcto. El problema es que estos pacientes nos lo verbalizan cada vez que los vemos.
- f) Por último, la “caja de Pandora psicopatológica” ejemplifica el miedo que tienen muchos médicos no psiquiatras a destapar problemas de este tipo porque piensan que no van a saber como resolverlos. En el caso del somatizador, no debiera existir este miedo. El solo hecho de que pueda verbalizar problemas psicológicos es parte del tratamiento. Con una escucha empática sería mas que suficiente por parte del medico de familia.

### II.3.- ENTREVISTA AL PACIENTE PSICOTICO

#### INTRODUCCION

La psicosis se definen como una alteración de la percepción, la cognición o las respuestas emocionales de tal intensidad que el individuo se encuentra fuera de la realidad. Los tres síntomas clave en una psicosis son:

- a) DELIRIOS: Creencias firmemente establecidas, pese a evidencias incontrovertibles en sentido contrario, que no son aceptadas por la mayoría de los individuos de la cultura a la que pertenece el paciente (ej: la convicción delirante de que la los marcianos le persiguen y quieren llevarse al individuo a su planeta).
- b) ALUCINACIONES: Consisten en la experiencia subjetiva de percepciones sensoriales en ausencia de estímulos reales externos (ej: oír voces de personas que le hablan cuando se encuentra sólo en una habitación).
- c) TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO: Anomalías en la forma o en la estructura del pensamiento, lo que implica una secuencia anómala de las palabras o ideas (ej: incapacidad para llegar al tema central de una conversación y mantenerse divagando sobre aspectos colaterales durante minutos).

Los pacientes psicóticos pueden sufrir una gran variedad de trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, psicosis reactiva breve, paranoia, manía, depresión psicótica, trastorno disociativo y trastorno de la personalidad grave. Los médicos de familia ven con cierta frecuencia este tipo de pacientes en la consulta. Muchas veces son traídos por sus familiares pese a la oposición del paciente. En otras, acuden voluntariamente pero consultan por síntomas somáticos o por otras cuestiones no relacionadas directamente con su enfermedad. Sólo un limitado número de enfermos presentan, como motivo de consulta, síntomas claramente psicológicos.

## EVALUACION DE SINTOMAS PSICOTICOS DURANTE LA ENTREVISTA (15)

### 1.- ALUCINACIONES.

Las alucinaciones auditivas son las típicas de esquizofrenia, manía, depresión psicótica. Si el paciente describe abiertamente este síntoma hay que tomarle en serio y preguntarle directamente. “¿Qué le dicen esas voces?”. El contenido es importante porque nos indica el riesgo de suicidio o de dañar a otros. Las alucinaciones conminativas, que le piden que se mate a sí mismo o a otros, son una clara indicación de ingreso psiquiátrico porque



existe grave riesgo para su vida o la de los demás. En otras ocasiones, las voces no son conminativas sino que comentan la conducta o el pensamiento del paciente o le insultan. En estos casos, constituyen un importante criterio para el diagnóstico de esquizofrenia. Para evaluar la gravedad del síntoma hay que preguntarle: “¿Hasta qué punto le molestan estas voces?” y el tiempo que hace que las oye. En general, las alucinaciones de aparición reciente o que causan un gran trastorno al enfermo requieren una evaluación psiquiátrica urgente.

Cuando el paciente no expresa estos síntomas pero el médico los sospecha, hay que ser muy diplomático para que el enfermo no se sienta ofendido. Una forma adecuada de entrar en el tema es preguntar: “¿Ha tenido estos días alguna experiencia extraña, nueva, diferente de lo habitual”? Muchos pacientes reconocen sus síntomas sólo con esto. Si no es suficiente, se puede ser más explícito y especificar: “Me refiero a cosas como oír voces que otros no oyen o ver cosas que otros no ven”. Generalmente, esto es suficiente para que hable de las alucinaciones. Si pese a todo se muestra remiso y el médico sospecha la existencia del síntoma, se debe empatizar con la resistencia que muestra con frases del tipo: “Le veo incómodo hablando de este tema. Entiendo que pueda resultarle embarazoso pero necesitaría saber más de lo que le está ocurriendo para poder ayudarle”.

Las alucinaciones visuales ocurren en pacientes con trastornos mentales orgánicos como delirium o demencia, así como abstinencia de alcohol o reacciones idiosincráticas a drogas. Los pacientes con esquizofrenia o manía también pueden aquejar alucinaciones visuales pero siempre van acompañadas y son menos intensas que las alucinaciones auditivas concomitantes. Las alucinaciones olfatorias y gustativas son raras y, si ocurren aisladamente, son más típicas de trastornos orgánicos (tumores, epilepsia, etc.) que puramente psiquiátricos. Si ocurre en las psicosis no son predominantes y suelen quedar oscurecidas por las alucinaciones auditivas. En estos pacientes el proceso sería idéntico al que hemos descrito con las auditivas: Empezar con una pregunta general (“¿Tiene experiencias extrañas?”) y, posteriormente, preguntar específicamente qué ve, huele o

percibe con el gusto. También, si se resiste a hablar del tema, se empatiza con su resistencia.

Las alucinaciones producen una gran angustia a los pacientes, sobre todo al principio. Creen que se han vuelto locos y preguntan al médico si es así. Hay que insistir, de forma tranquilizadora, en que las alucinaciones son síntomas frecuentes y molestos pero que pueden ser tratados eficazmente. Si el paciente mantiene cierta conciencia de enfermedad aceptará la explicación y el tratamiento. Otras veces, el paciente sin conciencia de enfermedad asegura que las alucinaciones son reales y que no son producto de su mente. En estos casos no hay que discutir con el enfermo, sino insistir en el malestar que le producen y en que podemos ofrecerle ayuda para que se encuentre mejor.

## 2.- DELIRIOS.

El delirio más frecuente es el paranoide y/o el celotípico (una variedad del paranoide) y también el más peligroso, por el riesgo que presentan estos pacientes de dañar a otras personas o a sí mismos. Puede aparecer en esquizofrenia, paranoia, manía e incluso demencia. Para explorar el delirio paranoide suele iniciarse la entrevista con preguntas indirectas del tipo de: "¿Qué tal se lleva con la gente?". La mayoría de los pacientes con este delirio dirán que con alguna persona específica se lleva mal y será fácil seguir preguntando qué le han hecho.

Si con esta pregunta no es suficiente y sospechamos la existencia del delirio se puede ser más claro y preguntar: "¿Piensa que la gente está en contra suya o que quiere hacerle daño?". Si el enfermo acepta la existencia de estos sentimientos conviene preguntar si piensa que va a ser atacado realmente a corto plazo. Si responde afirmativamente es necesario evaluar el riesgo y preguntarle "¿Qué piensa hacer al respecto?". Si la respuesta incluye planes violentos es una indicación clara para ingreso psiquiátrico. Las fórmulas legales para realizar el ingreso deben ser tenidas en cuenta en estos casos.

## 3.- TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO.

Los trastornos del pensamiento se manifiestan en forma de dificultad en la comunicación, de forma que el discurso del paciente muestra una gran incoherencia. Las formas más leves son difíciles de diagnosticar y, simplemente, se piensa que el paciente es una persona excéntrica que incluye demasiada información en sus respuestas. Las formas más graves son fáciles de diagnosticar porque resulta complejo seguir el hilo de la conversación.

Se recomienda interrogar abiertamente a estas personas confrontándolas con frases como: “Me resulta difícil comprender lo que dice” (expresión mucho más cortés que insistir en su dificultad para expresarse). Se puede continuar interrogándoles: “¿Nota que sus pensamientos se vuelven confusos a veces?”. En general, es mejor no utilizar con estos pacientes preguntas abiertas porque se facilita su discurso desorganizado. Si se quiere obtener información clínica de ellos es necesario usar preguntas cerradas y directas, ser directivo en la entrevista y volver continuamente al tema de conversación.

#### III.4.- ENTREVISTA AL PACIENTE CON CONDUCTAS VIOLENTAS

##### INTRODUCCION

La entrevista con los pacientes violentos es una de las más complejas para cualquier médico. Se considera que el 10% de los pacientes que ingresan en un planta de psiquiatría han presentado conductas violentas durante los días anteriores y, en muchas ocasiones, han presentado algún contacto con su médico de familia.

Una de las principales causas de violencia es la biografía del individuo: Haber recibido malos tratos infantiles o ser testigo de violencia familiar predice futuros comportamientos violentos. Se ha demostrado incluso que no es necesario que se produzca en el hogar, bastaría con ser testigo de ella en la televisión. Otros aspectos que también parecen influir son: bajos niveles socioculturales y marginalidad, desestructuración familiar y la disponibilidad de armas de fuego al alcance de la población.

Los trastornos psiquiátricos en los que la violencia es más frecuente son:

- Esquizofrenia paranoide
- Trastornos de personalidad límite y antisocial
- Enfermedades con deterioro cognitivo como delirio o demencia.
- Abuso de sustancias, principalmente alcohol, heroína y cocaína en forma de “crack”.

#### NORMAS GENERALES DE LA ENTREVISTA:

Las normas generales a seguir ante pacientes potencialmente violentos son:

1.- **SEGURIDAD:** En general, cuando ocurre una conducta violenta en un entorno sanitario, los espectadores esperan que el médico "haga algo" y, a veces, tienen expectativas casi mágicas sobre las posibilidades de intervención sobre el individuo violento. Para poder evaluar a un paciente violento el médico debe sentir sensación de seguridad porque, de lo contrario, interferirá negativamente en la evaluación del paciente. Para ello debe decidir cómo realizar la entrevista. Las posibilidades varían desde sólo con él a puerta cerrada, a puerta abierta, en presencia de miembros de seguridad o inmovilizado. Debe elegirse la situación de máxima privacidad con el paciente que permita sentirse seguro. Si hay que inmovilizar, hacerlo.

Si hay acciones agresivas o amenazas serias en ese sentido, llamar a las Fuerzas de Seguridad (Valorar si previamente se le comunica al paciente).

2.- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INSTANTANEO:** Su función es decidir si se va a intervenir verbalmente o se va a inmovilizar físicamente. Hay tres categorías:

- **TRASTORNO MENTAL ORGANICO:** Incluye deterioro cognitivo y trastornos relacionados con el uso de sustancias. Suele ser imposible actuar verbalmente por lo que se recomienda inmovilizar.
- **TRASTORNO PSICOTICO:** Incluye esquizofrénicos y maniacos. También son difíciles de influir verbalmente. Deben ser inmovilizados mientras el neuroléptico, que es el tratamiento de elección, hace efecto.

- TRASTORNOS NO ORGANICOS NI PSICOTICOS: Incluye trastornos de personalidad y trastorno explosivo intermitente. Frecuentemente basta con la intervención verbal.

### 3.- CONDUCTA NO VERBAL:

- Aparentar calma y control de la situación, sin provocaciones, en un tono protector y no autoritario. Dejar constancia de las normas sociales y los límites.
- Hablar suavemente, sin emitir juicios, dejando hablar al paciente cuando quiera intervenir.
- La conducta no verbal no debe ser agresiva: no acercarse demasiado al paciente (ya que lo interpreta como invasión) ni alejarse excesivamente (porque lo interpreta como miedo). No mirar fijamente a los ojos (supone para él un desafío). Intentar mantenerse tanto el paciente como nosotros sentados o de pie, pero no ponerse en situación de superioridad con el paciente.

### TECNICA DE LA ENTREVISTA

Inicialmente, debe empezarse con preguntas abiertas que no prejuzguen como "Parece usted enfadado" o "¿Podría explicarme qué le preocupa?". Se puede ofrecer medicación para que el paciente tenga sensación de control aceptándola o rechazándola. Aunque la rechazase , seguiremos entrevistándole normalmente.

Debe iniciarse la evaluación con preguntas no directas del tipo: "¿Ha perdido en alguna ocasión los nervios?". A partir de aquí hay que valorar aspectos específicos, de forma progresiva, como se realiza con el paciente suicida.

- ¿La amenaza está bien planeada?
- ¿Dispone de los medios para dañar a otros?
- ¿Existen antecedentes de violencia previa? Si existen: ¿en qué circunstancias ocurrió (factores precipitantes)? ¿Quiénes fueron las víctimas? ¿Cuán graves fueron los daños?. Este es el principal factor que predice un nuevo episodio de violencia.
- ¿Fue víctima de malos tratos de niño?
- ¿Hay antecedentes de abuso de alcohol y drogas o de psicosis?

Es conveniente reconocer los signos que preceden a la violencia:

- Si hay antecedentes de conductas violentas previas el riesgo aumenta.
- Cada paciente suele tener ciertas expresiones verbales (insultos, palabras malsonantes) o no verbales (forma de mirar, golpes a objetos, forma de andar) que predicen violencia inmediata. En general, el proceso de los individuos violentos suele ser. 1.- Insultos verbales. 2.- Golpear objetos. 3.- Golpear personas.

### III.V.- ENTREVISTA AL PACIENTE EN SITUACION DE DUELO

#### ***INTRODUCCION***

El duelo (“grief” en inglés) se refiere al conjunto de procesos psicológicos que siguen a la pérdida de una persona, ser vivo, cosa o idea con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente. Aunque existen pocos datos epidemiológicos sobre los trastornos de duelo, se acepta que el 5%-10 % de la población sufre, anualmente, la pérdida de un ser querido muy cercano y otras pérdidas (afectivamente) similares. Para facilitar la comprensión de los esquemas que siguen, simplificaremos nuestras explicaciones centrándonos en el caso del duelo por personas allegadas

La intensidad del duelo depende básicamente de los siguientes factores:

1.- CIRCUNSTANCIAS DEL FACTOR ESTRESANTE: Destacan dos aspectos:

- Intensidad: Cuanto más afecte a la vida diaria del individuo resultará más complejo adaptarse. Es decir, cuanto más cercano afectivamente sea el familiar fallecido mayor es el impacto.
- Rapidez: Los cambios que surgen de forma rápida no dan tiempo a que aparezcan mecanismos adaptativos y tienden a producir un gran impacto emocional. Por el contrario, si el suceso era anticipado por el individuo (ej: fallecimiento de un familiar con una enfermedad terminal conocida) se ha podido realizar un proceso de duelo que facilitará la resolución.

2.- CIRCUNSTANCIAS DEL INDIVIDUO: Las más importantes son las siguientes:

- Vulnerabilidad del individuo: La personalidad del sujeto va a determinar el impacto que un suceso determinado le produce. Rasgos como la autoestima, la fuerza del yo o sus experiencias infantiles determinarán sus recursos personales de adaptación. La principal causa de vulnerabilidad del sujeto es la existencia de historia psiquiátrica previa.

- Apoyo social: La posibilidad de contar con una red social con la que compartir el suceso y que se movilice para ayudar al individuo, amortiguará el efecto del estresante.

- Significado simbólico del suceso: A veces, en dependencia de las circunstancias personales, es diferente el significado manifiesto que el suceso tiene para el paciente que el que posee para el resto de los individuos. (Ej: la pérdida de un padre inválido y a cargo exclusivo del paciente puede tener un mayor significado de liberación que de pérdida). Como veremos, la relación que se mantenía con el fallecido es la principal causa de cronificación en el duelo.

- Responsabilidad respecto al suceso: Si el sujeto piensa que ha tenido alguna responsabilidad (real o imaginada) respecto al fallecimiento, el duelo se puede cronificar por los sentimientos de culpa.

Tradicionalmente se ha hablado de fases del período de duelo pero, en la actualidad, se prefiere hablar de componentes. La razón es que no siguen una sucesión temporal estricta y que pueden solaparse varios de estos acontecimientos simultáneamente. Estos componentes son los siguientes (Tabla IV):

Tabla IV. Componentes del proceso de duelo

1.- SHOCK: Aparece en los momentos iniciales, y su duración es mayor cuando el suceso es imprevisto. Se asocia a apatía y sensación de estar fuera de la realidad.

2.- DESORGANIZACION: Ocurre también al principio. Se acompaña de desesperación y absoluta desestructuración del funcionamiento del individuo en cualquiera de los ámbitos vitales.

3.- NEGACION: Es una forma frecuente de reacción ante sucesos inesperados. El individuo espera la llegada o la llamada de la persona desaparecida y actúa como si nada ocurriese.

4.- TRISTEZA: Representa la progresión a una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.

5.- CULPA: Consiste en pensamientos recurrentes, casi obsesivos, en relación a lo que se podría haber hecho para evitar el suceso. También son más frecuentes si no se ha podido despedir del fallecido y si las relaciones con él no eran buenas.

6.- ANSIEDAD: Surge ante el miedo, generalmente realista, de los cambios que ocurrirán en la vida del paciente después del suceso (ej. soledad, dificultades económicas, etc). Es el miedo a tener que sobrevivir sin la persona fallecida porque satisfacía una serie de necesidades.

7.- IRA: Puede ir dirigida hacia familiares o amigos que no han “ayudado” durante el suceso o hacia personas que todavía disfrutaban de lo que el paciente ha perdido (ej: otras personas que conservan sus cónyuges o sus hijos). También es habitual que la ira se dirija hacia el personal sanitario (reacción frecuente en plantas oncológicas y en urgencias) o incluso hacia el fallecido por haber abandonado a los supervivientes.

8.- RESOLUCION Y ACEPTACION: Ocurre cuando el paciente ha podido adaptarse a la pérdida de la persona y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. No siempre se alcanza esta fase.

Como norma general se acepta que el duelo normal dura entre 6 y 12 meses. Algunos síntomas perduran durante más de 2 años y ciertos sentimientos y conductas pueden persistir toda la vida. La fase más aguda debe resolverse entre el primer y el segundo mes. Para entonces, debe haberse recuperado el apetito, el sueño y la capacidad de trabajar.



## CARACTERISTICAS DE LA ENTREVISTA EN EL PACIENTE CON DUELO (16-18)

El proceso de duelo normal es doloroso pero, si no existen síntomas fuera de lo normal, la consulta con salud mental no está indicada. Se recomienda citar al paciente a los 2 meses si lo consideramos de riesgo, pero si no, sólo debe ser visto a demanda suya o de los familiares. El apoyo psicológico es el tratamiento de elección en el proceso de duelo y posee un enorme potencial preventivo. Gran parte de este trabajo puede hacerse desde atención primaria, enfatizando los siguientes aspectos:

1.- EXPRESION DE SENTIMIENTOS: Muchos pacientes no tienen con quién compartir su malestar, bien porque su red social se encuentra deteriorada o porque no quieren preocupar a sus allegados. Es posible que, con frecuencia, seamos el único recurso del paciente para expresar lo que siente o lo que le preocupa. El valor terapéutico de la simple expresión de sentimientos es muy alto y, por tanto, éste debe ser uno de los principales objetivos. Para ello, emplearemos las siguientes técnicas:

- ESCUCHA ACTIVA: Consiste en transmitir al paciente la sensación de que le escuchamos. Para ello, es necesario ayudarse con aspectos no verbales como mantener la mirada del paciente, emplear una postura abierta, utilizar una expresión facial complementaria a los sentimientos que expresa el paciente, emplear facilitadores verbales (ej: sí, diga, le escucho) o no verbales (hummmm, mover la cabeza) y realizar preguntas abiertas sobre los sentimientos del paciente (ej: ¿Cómo se siente ahora?).

- EMPATIZAR: Consiste en ponerse en la piel de otra persona, en intentar entender sus sentimientos. La empatía hay que demostrarla. Puede hacerse de forma verbal o no verbal. La forma verbal consistiría en frases del tipo: “Imagino (expresando que no lo podemos saber porque no estamos en esa situación) que tiene que estar pasándolo mal” o “Lo siento”. En situaciones de emoción extrema como el duelo es conveniente evitar frases del tipo de “Ya sé cómo se siente”. Esto puede ser mal interpretado por el paciente porque él sabe que nosotros no estamos pasando por la misma situación y puede

respondernos (por su propio malestar emocional) frases del tipo: “Ud. qué va a entender”. Otra forma de expresión de la empatía es la no verbal mediante gestos como tocar al paciente en el brazo o en el hombro y expresando facialmente nuestro sentimiento. En general, un gesto es más poderoso que una palabra.

- ACEPTACION: Los procesos de duelo suelen asociarse a intenso sufrimiento. Es frecuente que surjan sentimientos de ira hacia el fallecido, los familiares, los profesionales sanitarios (que podrían haber hecho más para salvarlos) o hacia la divinidad (que le ha abandonado). A menudo estos sentimientos los considera inaceptables y tiene un gran pudor en manifestarlos. Si puede percibir que nosotros le escuchamos sin juzgarle, que aceptamos la existencia de esos sentimientos sin rechazarle, le alivia el ser aceptado como persona sin censuras y le ayuda a reestructurarse.

- UNIVERSALIDAD: Una de las mayores preocupaciones de los pacientes es pensar que son “bichos raros” y que sus sentimientos sólo les ocurren a ellos. Uno de los mayores refuerzos del profesional es informarle que su situación es muy común, y que casi todas las personas, en semejantes circunstancias, experimentan sentimientos similares.

2.- PLANIFICAR EL FUTURO: El duelo tiende a remitir espontáneamente. Por tanto, es importante planificar qué se va a hacer con el tiempo mientras tanto.

- SENSACION DE CONTROL: En primer lugar es necesario que el paciente sepa la evolución normal del duelo. Hay que explicarle que es un proceso doloroso pero que todos tenemos que pasar por él. Su duración es de aproximadamente 12 meses, aunque se puede alargar o acortar, dependiendo de factores personales y culturales. No es lineal, sino que suele haber periodos de remisión y mejora, generalmente en relación con aniversarios y fechas señaladas para los supervivientes. También es conveniente ofertar algunas pautas sencillas en forma de metas progresivas con las que el paciente recobre cierta sensación de control sobre la situación. Podemos recomendarle que recupere, de

forma pausada pero progresiva, las actividades lúdicas y profesionales que, anteriormente, más le agradasen. Por otra parte, se deben limitar las actividades que refuerzan una cronificación del proceso adaptativo (ej: visitas demasiado frecuentes al cementerio en el caso de fallecimientos, contactar con familiares y conocidos de la persona con la que se ha roto la relación, etc).

- INFUNDIR ESPERANZA: Se trata de transmitirle al paciente un sentimiento de optimismo, de que puede superar la situación. Esto no es ofrecerle “falsas esperanzas” porque conocemos cuáles son las fases normales del proceso de adaptación, y sabemos que en un tiempo razonable la mayoría de los individuos vuelven a la normalidad. En este sentido, es clave transmitir el mensaje de que tiene que darse tiempo, no obligarse a tener que estar bien pronto, sino permitirse llorar y estar triste. Si no quiere preocupar a la familia debe tener un espacio para expresar esos sentimientos sólo o con alguna persona de confianza.

- VENTILAR MIEDOS: Incluso en duelos normales, muchas personas tienen miedo al futuro, sobre todo en relación a una pregunta siempre presente: ¿Cómo seré capaz de vivir ahora? Debemos empatizar con ese sentimiento e informarle que en los primeros momentos del duelo es difícil ser objetivo. Es necesario que se de tiempo y que vaya reorganizando su vida. También hay que preguntar por crisis vitales anteriores y sobre su capacidad de superarlas. Se debe comparar aquellas situaciones que fue capaz de afrontar con la situación actual.

3.- DISPONIBILIDAD POR PARTE DEL PROFESIONAL: Informar al paciente de que, aparte de las visitas programadas, estamos a su disposición si necesita comentar o expresar algo. Tener un punto de referencia accesible es muy estructurante para el individuo sometido a una situación de estrés.

### III.6.- ENTREVISTA CON EL PACIENTE ALCOHOLICO

#### INTRODUCCION

Desde la perspectiva del paciente alcohólico, hablar con el médico constituye una experiencia amenazante, humillante o desesperanzadora, en general. Los sentimientos que predominan son los de culpa y vergüenza. Los pacientes son a la vez conscientes del daño que producen a sus familiares y de su incapacidad para abandonar la bebida. Por otra parte, se encuentran tan confusos que no pueden pedir ayuda directamente y rechazan cualquier consejo. Además, sus expectativas suelen ser poco realistas: Esperan que el médico acierte con un fármaco que alivie sus males y que le permita seguir bebiendo como antes.

#### CONSEJOS GENERALES EN LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE ALCOHOLICO (19)

- Para la recogida de información la guía que ofrece el test CAGE es muy útil, ya que sus preguntas son respetuosas y pueden ser fácilmente integradas dentro de una entrevista normal.
- Para facilitar la aceptación del consumo excesivo, hay autores que recomiendan comenzar a preguntar los consumos por cantidades manifiestamente superiores a lo que esperamos encontrar.
- Uno de los aspectos a los que suelen ser más sensibles son los comentarios negativos que formulan los profesionales cuando son informados de la cantidad de bebida diaria que consume el paciente. Por eso, es necesario ser muy aséptico al interrogar sobre este tema. Por el contrario, conviene reforzar positivamente al enfermo con frases como: “Le agradezco que sea tan sincero como para reconocer que todos los días lo primero que tiene que hacer es levantarse a beber”.
- Empatizar con el sufrimiento que experimenta el paciente como consecuencia del consumo como, por ejemplo, “Esta incomprensión que describe por parte de su familia tiene que ser terrible”.
- Preguntarle periódicamente durante la entrevista por sus sentimientos para vencer posibles resistencias: “Imagino que debe ser molesto para usted hablar de estos temas. Mucha gente lo consideraría embarazoso”.


- Animarle, de forma empática, a que modifique sus hábitos y asuma su responsabilidad en el proceso de mejoría: “La elección de la abstinencia puede ser dolorosa pero su salud lo vale” o “Sé que está intentándolo duro pero piense que cada vez está más cerca del objetivo”.
- Siempre es necesario poner límites: No se puede entrevistar a un paciente intoxicado por alcohol. Le debemos remitir a un centro de desintoxicación o le emplazaremos para cuando esté sobrio.


### TECNICAS ESPECIFICAS CON EL PACIENTE ALCOHOLICO

Estos pacientes son complejos y necesitan algunas técnicas específicas como:


- **INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO:** La mayoría de los pacientes alcohólicos niegan su enfermedad y no están dispuestos a aceptar el diagnóstico de alcoholismo. Para informar de esta enfermedad es necesario utilizar las técnicas de cómo dar malas noticias (informar progresivamente y preguntando hasta qué punto conoce el paciente su trastorno) y las técnicas de negociación. Ambas son parte de la entrevista clínica por lo que remitimos a bibliografía específica sobre el tema (1).
- **MOTIVACION DEL PACIENTE:** Estos enfermos pasan por una serie de etapas en relación con su hábito tóxico, que van desde la negación de la enfermedad, hasta la aceptación pero sin motivación para modificar hábitos, finalizando con el deseo de cambiar las pautas de consumo. En cada una de estas situaciones la actuación del profesional debe ser distinta y tiene que estar guiada por los principios de la entrevista motivacional, cuyos fundamentos también se salen de los objetivos de este libro (20).

**ANEXO: SÍMBOLOS DEL GENOGRAMA**

Hombre 

Mujer 

Persona índice 

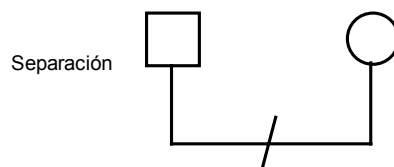
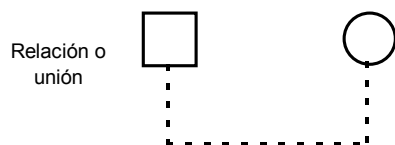
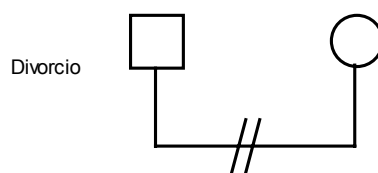
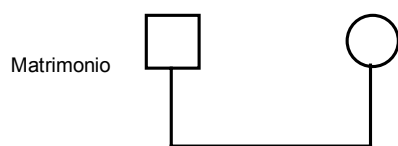


Fecha nacimiento\_\_

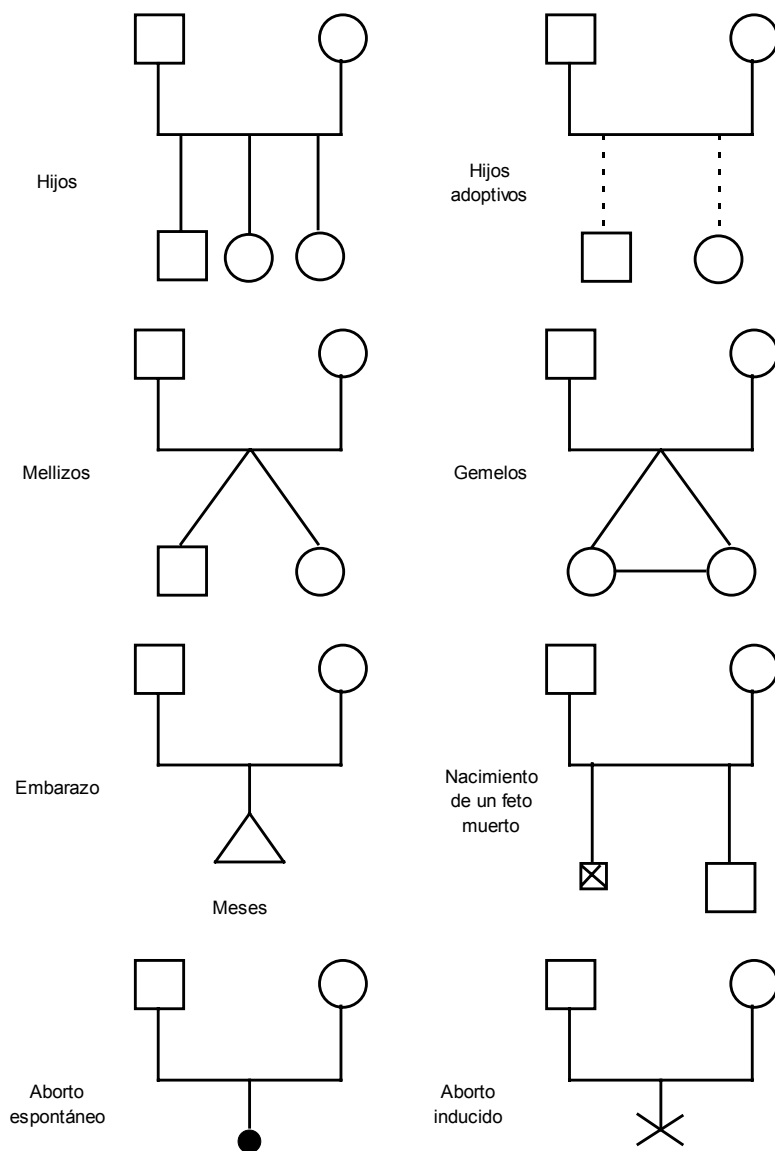
\_\_Fecha fallecimiento



Muerte=X

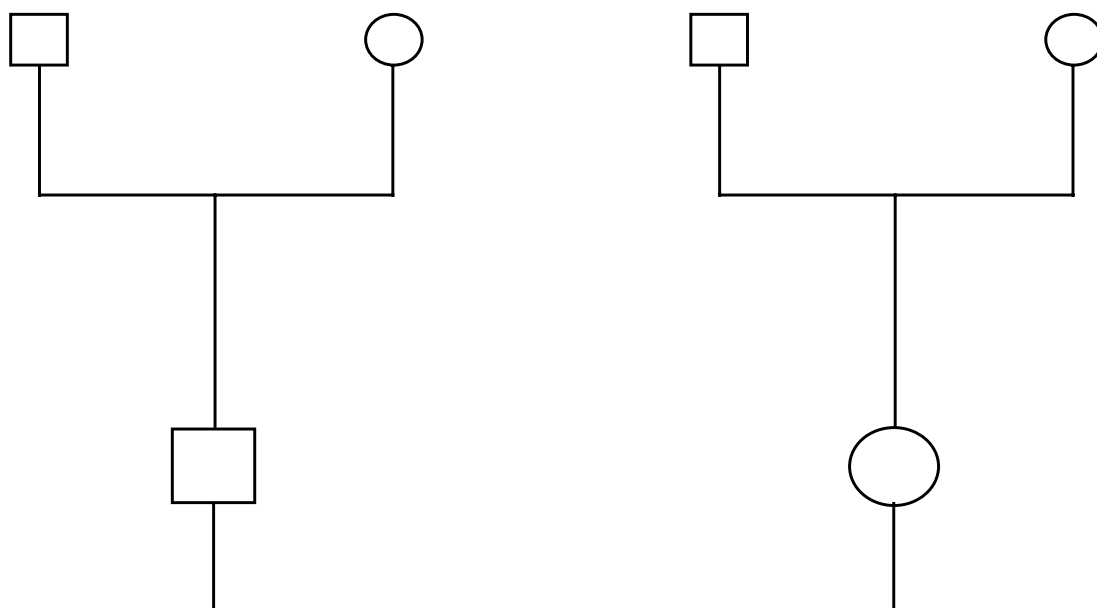


## SÍMBOLOS DEL GENOGRAMA

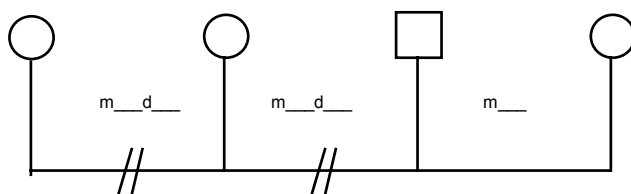


Meses

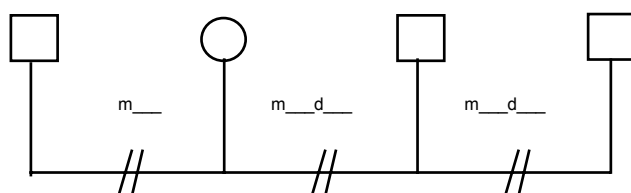


**FORMATO DE GENOGRAMA**

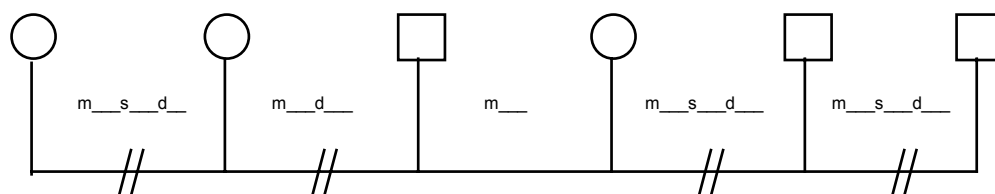
## SITUACIONES ESPECIALES



Un marido con varias esposas

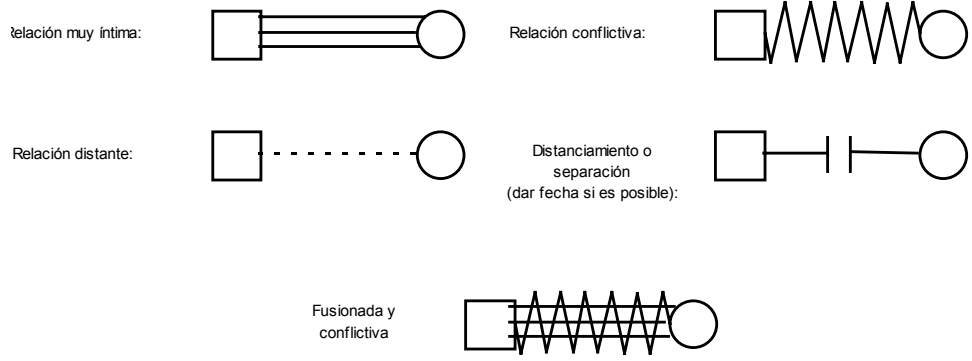


Una mujer con varios maridos

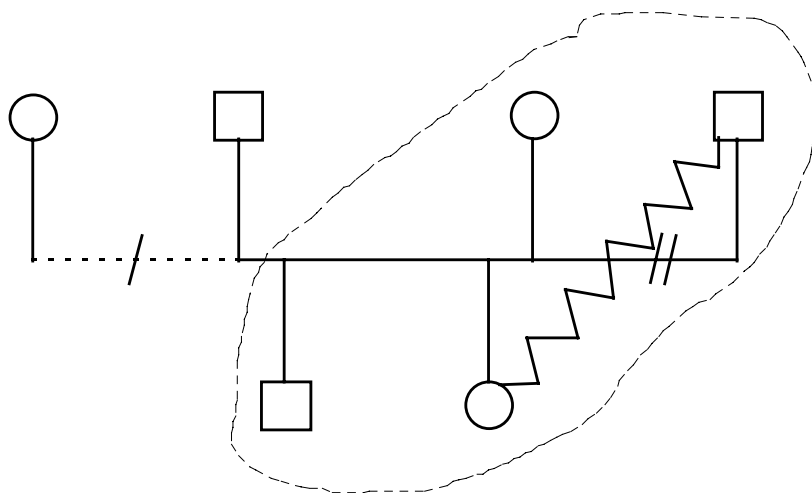


Dos cónyuges que han tenido cada uno múltiples cónyuges

## PAUTAS DE INTERACCIÓN FAMILIAR



Personas bajo un mismo techo



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Borrell i Carrió F. La entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- 2.- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1995; 105: 27-30.
- 3.- Borrell i Carrió F. La entrevista psicológico-psiquiátrica. En: *Psiquiatría en atención primaria*. J.L Vázquez Barquero (ed). Madrid: Aula Médica, 1998.
- 4.- Goldberg D, Steele J, Smith C, Spivey L. Training family doctors to recognise psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet* 1980; 2: 521-523.
- 5.- García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Montañés C, Yoldi A, López Aylón R. El médico de familia y los pacientes somatizadores: principios básicos de diagnóstico y tratamiento. *Humana* 1997; 1: 36-44.
- 6.- Revilla L. Conceptos e instrumentos de intervención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.
- 7.- McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa, 1996.
- 8.- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Actitud ante el suicidio en una sala de urgencias. En: A. Seva (eds). *Urgencias en psiquiatría*. EDOS: Barcelona, 1993.
- 9.- Cohen Cole SA, Mance R. Interviewing the suicidal patient. En: M. Lipkin Jr, S.M. Putnam, A. Lazare. *The medical interview*. Springer: New York, 1995; 294-302.
- 10.- García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Montón F. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores: I. Expectativas del paciente. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1999, 112: 102-05.
- 11.- Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Montón C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores: II. Reacciones del profesional y tipos de relación. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1999; 112: 147-50.
- 12.- Garcia-Campayo J, Sanz Carrillo C, Yoldi A, Lopez-Aylon R, Montón C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 528-533.
- 13.- Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1988.
- 14.- Tizón JL. Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Vol I. Barcelona: Herder, 1997; 155-64.

- 15.- Mance R., Cohen-Cole SA. Interviewing the psychotic patient. En: M. Lipkin Jr, S.M. Putnam, A. Lazare. The medical interview. Springer: New York, 1995; 275-83.
- 16.- Tizón JL, San José J, Nadal D. Duelo. En: Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Vol I. Barcelona: Herder, 1997; 155-64.
- 17.- Lazare A. Bereavement. En: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. New York: Springer, 1995; 324-30.
- 18.- Tizón J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: J.L. Vázquez Barquero (ed). Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica, 1998.
- 19.- Clark W. Effective intervention and intervention for alcohol problems. En: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. New York: Springer, 1995; 284-93.
- 20.- Claraco LM, Arévalo E. La entrevista motivacional. En: P. Tazón, J. García Campayo. Comunicación en enfermería. Barcelona: DAE, 2000.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Recomendamos la lectura de estos tres libros como material complementaria básico en la entrevista clínica en pacientes con trastorno mental:

- 1.- Borrell i Carrió F. La entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.** Imprescindible para entender los principios básicos de la entrevista clínica con cualquier tipo de paciente.
- 2.- Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. New York: Springer, 1995.** Es el mejor libro sobre entrevista clínica en pacientes con trastornos psiquiátricos.
- 3.- Tizón JL. Protocolos y programas para la atención primaria en salud mental. Vol I y II. Barcelona: Herder, 1997.** Esquema imprescindible para estructurar actividades terapéuticas y preventivas de salud mental desde atención primaria.