

PSICOLOGIA Y SALUD

Complemento al Programa
de la Asignatura
Psicología Médica II

INDICE GENERAL

| TEMA | PAGINA |
|--|--------|
| Yatrogenia | 3 |
| Aspectos psicológicos y sociales de la Relación médico – paciente | 11 |
| Alteraciones psíquicas en la práctica médica | 14 |
| Técnicas psicológicas de tratamiento | 22 |

YATROGENIA

La influencia médica sobre los pacientes se produce mediante la utilización de dos categorías diferentes de recursos: los que actúan utilizando las funciones psíquicas como intermediario fundamental y los que lo hacen sin utilizar las funciones psíquicas como intermediario fundamental. Cuando estos recursos son bien empleados se logra el objetivo médico perseguido, pero cuando no lo son, se provoca yatrogenia.

Concepto

La yatrogenia (de iatros, médico; genia, engendrar) abarca todos los efectos nocivos que pueden derivarse de la gestión médica e incidir sobre los pacientes y sus familiares, o menos frecuentemente sobre otras personas.

Es bueno destacar que en este libro de texto la gestión médica se concibe como la desarrollada por un equipo interdisciplinario de nivel profesional y técnico que cuenta con la colaboración del personal auxiliar, y que dicha gestión implica acciones en los niveles preventivo, curativo y rehabilitatorio, así como funciones docentes investigativas y administrativas.

MODALIDADES DE YATROGENIA

Las dos grandes categorías de yatrogenia se establecen teniendo en cuenta la vía fundamental utilizada por los recursos médicos mal empleados:

1. Yatrogenia por mala utilización de recursos que actúan predominantemente por la vía psíquica (yatrogenias de orden psicológico).
2. Yatrogenias por mala utilización de recursos que no actúan predominantemente por la vía psíquica (yatrogenias de otro orden).

Se hace necesario enfatizar que la frecuente tendencia médica a subvalorar la significación de las influencias psicológicas en las relaciones profesionales hace que estas en muchas ocasiones se produzcan en forma no planificada, y se pierda, por tanto, la posibilidad de utilizar al máximo sus beneficios o de prevenir sus potencialidades nocivas. No ocurre así, sin embargo, con los recursos que actúan a nivel biológico, ya que habitualmente se valoran con cuidado las potencialidades yatrogenizantes de un fármaco, de una maniobra exploratoria o de una técnica quirúrgica, y a consecuencia de lo antes expuesto, se producen dos hechos de alta relevancia en la práctica médica cotidiana.

1. Que las yatrogenias por mala utilización de recursos que actúan predominantemente por vía psicológica sean las más frecuentes.
2. Que el profesional o el técnico de la salud no esté consciente, la mayoría de las veces, de sus errores ni de sus consecuencias, lo cual dificulta su valoración crítica y su superación en futuras experiencias, hecho que no ocurre en la otra categoría de yatrogenia cuya característica objetividad se erige como garantía del aprendizaje corrector.

En el presente capítulo se hará énfasis en las yatrogenias que se producen por mala utilización de recursos que actúan fundamentalmente por la vía psicológica, sus variedades más frecuentes, así como los mecanismos que explican el comportamiento médico adecuado.

YATROGENIAS DE ORDEN PSICOLÓGICO

Las variedades de yatrogenias que se producen debido al mal uso de recursos que actúan por vía psicológica son las siguientes: por deficiencias en la relación médico – paciente, por mal uso del interrogatorio, por deficiencias en el examen físico, por mal uso de exámenes complementarios, por mal uso de la información, por deficiencias en las prescripciones médicas y las que se producen por violaciones éticas.

DEFICIENCIAS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El desarrollo exitoso de la relación médico – paciente requiere que además de la intuición y la disposición para la relación de ayuda, el terapeuta valore siempre las características del paciente, sus objetivos, su tolerancia a la frustración y su frecuente posición de inferioridad en la entrevista, para programar su conducta de acuerdo a las circunstancias.

Un ejemplo de yatrogenia derivada del desarrollo desfavorable de la relación, es la que frecuentemente ocurre con los pacientes alcohólicos atendidos por profesionales que no aceptan la inclusión de esta toxicomanía en la categoría de enfermedad y tratan al alcohólico como si no fuese un paciente, con las consiguientes expresiones, de hostilidad, nada favorables para el tratamiento.

También es muy frecuente la yatrogenia en situaciones en las que el paciente demuestra su hostilidad ante la insuficiencia del tratamiento para controlar sus molestias; por ejemplo, el caso del enfermo artrósico que en su reconsulta comunica en forma hostil que después del tratamiento se siente peor. La respuesta médica habitual ejemplifica este tipo de yatrogenia: “mire lo que usted tiene es artrosis y la artrosis no se cura, es un problema de la edad”.

Como puede observarse, si el médico no está preparado, la reclamación del paciente lo saca del plan terapéutico y la hostilidad le hace comunicar un mal pronóstico que lógicamente deviene yatrogenia.

El efecto nocivo de las malas relaciones médico – paciente, puesto en duda por algunos médicos, serían aceptado con facilidad si se recordara que la seguridad producida en el paciente por una relación exitosa puede incrementar las defensas frente a gérmenes invasores, coadyuvar en la estabilización de un proceso inmunoalérgico, acelerar la cicatrización, normalizar las cifras tensionales, atenuar el dolor y resolver infinidad de trastornos psicofisiológicos, y que tanto estos como otros efectos positivos, se producen gracias a las conexiones córtico-hipotálamo-hipofisarias, mediante las cuales las influencias psicológicas pueden determinar modificaciones sistemáticas vegetativas y neuroendocrinas. Sobra decir que si la relación médico – paciente es mala, las mismas conexiones determinan efectos opuestos.

Las yatrogenias producidas por deficiencias en la relación médico – paciente tienen muchas veces como factores determinantes, la frecuente subvaloración profesional de la relación, el desconocimiento de los factores psicológicos esenciales en ella, o la inseguridad y angustia que surge ante la enfermedad motivo de consulta o ante situaciones humanas extraprofesionales que el médico involuntariamente trasmite a sus enfermos.

MAL USO DEL INTERROGATORIO

En forma intuitiva, el paciente valora de acuerdo con las preguntas que se le formulan, el grado de interés mostrado por el médico acerca de su situación. el interrogatorio puede ser deficiente por su brevedad, la cual se percibe como manifestación de apuro; por ser indiscreto, apreciación que hace el paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problema; por ser inductor de síntomas, sobre todo en el caso de pacientes sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia productora de grandes dificultades en la comunicación; y por mala sistematización, error que causa serias dudas acerca de la capacidad científica del médico.

El interrogatorio mal conducido expresa que el médico no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente y a qué nivel lo espera.

DEFICIENCIAS EN EL EXAMEN FÍSICO

el examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus errores son más significativos para el paciente, ya que su valoración acerca de esta etapa de la entrevista es mucho mayor.

Debe recordarse además el alto significado que para el paciente tiene el ser explorado con equipos médicos que simbolizan lo que Vallejo Nágera denomina “diálogo con la ciencia”. Por ello, es recomendable que las maniobras fundamentales como la auscultación y la toma tensional se efectúen cualquiera que sea la sintomatología presente, ya que, por lo general, además de su motivo de consulta, el paciente sufre temores hipocondríacos que muchas veces no expresa espontáneamente y en estos casos un examen confirmador de buena salud tiene notable efecto terapéutico. La expresión “¿no me va a tomar la tensión?”, frecuente en especialidades no clínicas, pone claramente de manifiesto esta aspiración del paciente.

Por otra parte, un examen físico demasiado minucioso o repetido por el mismo médico o por otros compañeros, crea grandes angustias en el paciente, quien sospecha por ello la existencia de una afección grave.

Entre los mecanismos subyacentes más frecuentes en esta variedad de yatrogenia se halla la subvaloración que hacen muchos médicos del notable efecto reforzador terapéutico de un examen físico que satisfaga al paciente. El médico debe programar la exploración de su paciente valorando no solo sus necesidades diagnósticas, sino también las preocupaciones de este.

Mal uso de exámenes complementario

El médico puede crear notable angustia en los pacientes cuando comenta sus dudas sobre los exámenes complementarios o cuando los repite sin una explicación adecuada. Asimismo, la realización de exploraciones importantes, por lo general desagradables como broncoscopía, esofagoscopía, gastroscopía y laparoscopía, debe ser muy argumentada al paciente antes de que este considere su indicación como una expresión de que el médico sospecha procesos malignos.

Los errores en que se incurre en este sentido son habitualmente por omisión, y entre los mecanismos subyacentes que explican su producción está la dificultad del médico para ubicarse en el lugar del enfermo, requisito para que el profesional pueda valorar adecuadamente el significado de su conducta para aquel.

Mal uso de la información

Esta es la causa más frecuente de yatrogenia y también la que ocasiona los efectos más nocivos entre todas las formas producidas por vía psicológica.

Las deficiencias en la información pueden ser ocasionadas por diferentes causas, las cuales se explican a continuación.

Información omitida o insuficiente

La prescripción de las indicaciones médicas puede ocurrir sin información alguna, o estar simplemente precedida por frases como: “el estudio realizado arroja que tiene usted una pequeña úlcera en el duodeno”. Como puede observarse, hubiese sido muy oportuno agregar que “con un tratamiento bien llevado curará en pocas semanas”. La información omitida es una de las deficiencias médicas más frecuentes a nivel mundial y expresa muchas veces el olvido por parte del médico de que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

Información excesiva

“Su enfermedad en la actualidad y gracias a los adelantos de la ciencia es muy benigna y las complicaciones que se describen solo aparecen en el 3% de los casos”. En realidad el paciente solo necesitaba la primera parte del mensaje lo cual habría resultado terapéutico. Muchas veces la información excesiva es un recurso involuntario del médico para compensar su inseguridad y se observa ocasionalmente en médicos jóvenes y en estudiantes de medicina.

Información angustiante

“Esos mareos son producidos por su aterosclerosis; le pondremos tratamiento para aliviarlo, pero no podrán ser eliminados totalmente”. El médico que actúa así, seguramente superaría el error si estuviese consciente de que con dicha conducta expresa que antepone el cuidado de su prestigio a la curación del enfermo y que finalmente los resultados serán opuestos a los esperados con dicha valoración egoísta.

Otra expresión que resulta errónea es: “no me hago responsable de su vida si se levanta de la cama”. En este caso el médico está manifestando verbalmente su angustia ante el pronóstico desfavorable del paciente, y es muy probable que utilice esa expresión inadecuada para recriminar una indisciplina, determinada seguramente por la ansiedad del paciente.

“Yo a los hombres les hablo claro, lo que usted tiene es un cáncer del pulmón”. El médico que se conduce así debe saber que muy probablemente el sadismo es un componente importante de su personalidad.

Información a otro nivel

La utilización de términos técnicos cuando se habla a un paciente, puede crear una notable angustia al provocar interpretaciones distorsionadas debido a la situación anímica de este. Por ejemplo, la información “tiene usted una linfadenitis banal”, puede convertirse en un mensaje angustiante. La utilización de estos términos evidencia el olvido profesional de que la comunicación cumple su objetivo solamente cuando se ajusta al nivel del interlocutor.

Utilización de términos con significado popular de mal pronóstico

Las palabras trombosis, embolia, parálisis, infarto, artrosis, apoplejía y cardíaco pueden producir importantes efectos cuando son escuchadas por el paciente o leídas por él mismo en algún documento médico. El profesional de la salud debe tener siempre presente la alta relevancia que tienen para sus enfermos las apreciaciones pronósticas populares.

Información contradictoria

Los mensajes contradictorios transmitidos por el médico son fuente importante de angustia y, por tanto, resultan iatrogénicos, pues conducen la inseguridad, la desconfianza y el temor. El estudio crítico de algunas de nuestras comunicaciones a los pacientes descubriría ambigüedades como: “no se preocupe, no es nada importante, pero es necesario que venga usted a examinarse semanalmente para evitar complicaciones”. Sin duda alguna, son dos mensajes contradictorios transmitidos por la misma vía verbal.

Otras veces al médico, después de revisar una gráfica electrocardiográfica en presencia del paciente y de haber manifestado extraverbalmente en forma involuntaria su preocupación ante a los hallazgos, se dirige al enfermo con esta frase: “como le decía, su corazón está absolutamente sano”. Incurre así en una contradicción extraverbal – verbal.

Por otra parte, la contradicción hablada – escrita es también bastante frecuente y muchas veces se “escapa” en referidos, órdenes de exámenes complementarios y certificados médicos. La información médica de que un dolor torácico carece de importancia no debe ser seguida de una orden electrocardiográfica donde aparezca la palabra urgente.

No obstante, generalmente sucede que el profesional que incurre en contradicciones, en alguna forma está tratando de evitar la angustia del paciente, pues una parte de su comunicación ha sido planificada con ese objetivo. Por lo tanto está luchando contra la yatrogenia, y con un poco más de entrenamiento en este sentido, logrará su objetivo.

Información inconsistente

El médico debe cuidar que sus orientaciones al paciente sigan siempre una línea definida. Situaciones como las que describiremos a continuación generan gran desconcierto.

“Doctor, en la consulta anterior usted me autorizó a beber con moderación y ahora me recrimina por haberme tomado una cerveza”. Es muy posible que el estado de ánimo y la seguridad del médico hayan sido diferentes en la consulta previa, o también que su memoria le haya fallado, pero la causa más importante es que dicho profesional no ha definido totalmente su criterio acerca del efecto del tóxico sobre la enfermedad tratada y, por ello, su conducta y su información son inconsistentes.

Indiscreción en la información médica

Ejemplos clásicos de esta causa de yatrogenia son los diagnósticos que se “escapan” en los pases de visita, certificados, referidos y órdenes de exámenes complementarios; las informaciones diagnósticas y pronósticas que a veces trasmite inadecuadamente otro miembro del equipo de salud donde se incluyen también los auxiliares generales, que deben ser advertidos con objetivos preventivos; y los datos obtenidos por el paciente a partir de su historia clínica, cuando la revisa personalmente aprovechando un descuido en la custodia de este documento.

Énfasis especial debe ponerse en la yatrogenia que se produce en los salones de operaciones cuando se hacen comentarios sobre la afección antes de que el paciente haya perdido totalmente la conciencia por el anestésico administrado, pues en esta forma se crean condiciones similares a las que se establecen durante la técnica llamada narcoanálisis, en la cual la administración intravenosa de un barbitúrico ultrrápido determina un estado de hipersugestibilidad en el paciente, y por dicho mecanismo quedan profundamente grabadas en su mente los mensajes que escucha.

Mal uso de la información médica por medios masivos

La notable asequibilidad de los medios de difusión masiva al personal médico y la proyección progresiva del trabajo del equipo de salud hacia la comunidad en labores de educación y en informaciones médicas con objetivos preventivo – curativo – rehabilitatorios, hacen que frecuentemente el profesional esté en contacto con un auditorio muy heterogéneo, con lo cual se modifican en forma trascendente las condiciones en las que se transmiten dichos mensajes en la práctica cotidiana y se prepara el terreno para provocar yatrogenia si cada uno de los mensajes es cuidadosamente evaluado. Las siguientes líneas son tomadas de una revista popular: “¿Es hereditaria la locura?” “Desde hace tiempo muchos psiquiatras lo sospechaban. “Para garantizar el efecto terapéutico del litio, su tasa en sangre debe ser por lo menos de 0,7 mEq/L, pero a partir de 1,5 mEq/L, se convierte en un veneno peligroso”. Imagine el lector la repercusión de dichas informaciones sobre quien tenga un padre esquizofrénico o sobre quien esté recibiendo litio en su terapéutica.

Deficiencias en las prescripciones médicas.

Los métodos transmitidos en forma verbal y los que se escriben apresuradamente o con la letra ilegible, pueden ser fuentes de importantes yatrogenias, pero el error más significativo al hacer las indicaciones médicas es la polifarmacia, ya que esta transmite al paciente un mensaje angustiante, al valorar aquel que la prescripción de tantos fármacos responde a una grave afección.

YATROGENIA POR VIOLACIONES ÉTICAS

La indiferencia de un equillo médico con respecto al pudor un paciente, la comunicación al esposo que presenta disfunción sexual de las confidencias recogidas de su pareja, y las críticas de la conducta médica del colega que remite a un enfermo, son ejemplos relevantes de las yatrogenias que se incluyen en esta categoría. Estas deficiencias se justifican en los profesionales que aún no han desarrollado adecuadamente su capacidad para ubicarse en el lugar de la otra persona, lo cual es uno de los puntales básicos en la relación con el enfermo, sus familiares y otros miembros del equipo de salud. Por otra parte quien critica a un colega en presencia del enfermo, posiblemente ignore que la pérdida de autoridad científica del profesional remitente –en la apreciación del paciente que lo escucha seguramente determinará una gran inseguridad en el enfermo cuando este necesite nuevamente atención por el médico que lo asistió en primera instancia. Este error médico, desgraciadamente nada excepcional, deviene yatrogenia sobre todo en medios donde la atención primaria es llevada a cabo por el médico del sector.

YATROGENIAS DE OTROS ÓRDENES

Estas yatrogenias son producidas por el mal uso de recursos físicos como la radioterapia, químicos como la farmacoterapia, mecánicos como la fisioterapia y quirúrgicos, y proporcionalmente resultan menos frecuentes. Además, su incidencia es

menor en profesionales cuya práctica diaria es guiada por el principio médico non nocere (no hacer daño).

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA YATROGENIA

Al médico joven, ese diariamente que solo la experiencia puede pulir y que sale de nuestras aulas con los mejores deseos de ser socialmente útil, hacemos estas recomendaciones:

1. Piense siempre en no hacer daño.
2. Dé el valor que merece el establecimiento de una buena relación médico – paciente.
3. Aprenda a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo.
4. Escrute las angustias del enfermo más allá de las que él comunique.
5. Valore cuáles son los objetivos del paciente al acudir a usted.
6. brinde cuidadosamente sus informaciones, pero no deje de darlas.
7. Nunca termine una entrevista sin contestarse esta pregunta: ¿He dado a este paciente lo que él esperaba de mí?.
8. Sus conflictos humanos déjelos fuera de su centro de trabajo, impida que se desplacen sobre quienes vienen a usted en busca de ayuda.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

La relación médico – paciente depende directamente, en cada caso, de las particularidades individuales del enfermo, de su psiquis, de las características de su personalidad, de la enfermedad, y de la personalidad y de la conducta del médico.

El paciente nunca debe sentirse como un objeto de estudio ni como un enfermo tipo, lo cual reclama del médico la capacidad de ponerse en su lugar, de simpatizar con él por encima de la actitud de rechazo, consciente o inconsciente, que se le haya provocado; de comprometerse con el enfermo sin perder la objetividad para poder tener una comprensión emocional de sus problemas. De aquí que la neutralidad afectiva preconizada en la psicología médica burguesa no puede ser jamás interpretada como frialdad afectiva.

Significado de la enfermedad en la relación médico – paciente

La valoración correcta del enfermo en relación con su enfermedad es una de las tareas principales del médico y sus colaboradores. Esta importante cuestión conocida como “cuadro interno de la enfermedad” o “cuadro autoplástico de la enfermedad” constituye en esencia la percepción subjetiva que el paciente tiene de su trastorno y debe ocupar un lugar destacado en el enfoque psicológico que haga el médico de su paciente.

El “cuadro interno de la enfermedad” está condicionado por cuatro grandes grupos de factores.

1. Factores dependientes del carácter de la enfermedad: Si es aguda o crónica, el tipo de ayuda que requiere (tratamiento ambulatorio u hospitalario, clínico o quirúrgico), la presencia o no de dolor, la intensidad de este, etc.

2. Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad:
 - a. El grado de preocupación e inseguridad del paciente, que puede acompañar al desarrollo de la enfermedad y que suele ser una consecuencia de esta, en relación con el trabajo, la familia, el médico que lo atiende, etc. En las condiciones de nuestra sociedad socialista algunas de estas preocupaciones carecen de fundamento objetivo, como por ejemplo, el temor a perder el puesto de trabajo.
 - b. El medio donde se encuentra el paciente durante el desarrollo de su enfermedad, en un lugar armonioso o por el contrario problemático, en su patria o lejos de ella, en un medio hospitalario abierto o cerrado, etc.
 - c. Las consecuencias de la enfermedad, supuestas o reales, que el paciente considera que tendrá.
3. Personalidad premórbida. Es el tipo de personalidad que posee el paciente al inicio de su padecimiento. En este aspecto tiene importancia de primer orden los elementos siguientes:
 - a. La edad, ya que en la infancia ocupa en primer lugar el aspecto emocional, la reacción instintiva inmediata ante la enfermedad y la situación creada alrededor de ella; el dolor, el temor al dolor y a lo desconocido, la ansiedad de los padres, las limitaciones a la libertad de desplazamiento. En la vejez adquiere gran valor el temor a la soledad durante la enfermedad y el miedo a la muerte. El paciente geriátrico frecuentemente piensa en sus contemporáneos, amigos o familiares, que ya han fallecido, compara su enfermedad con la de ellos, y considera que tal vez "le ha llegado su turno". En la adultez ocupan un primer plano los trastornos propiamente ocasionados por la enfermedad (dolor, ansiedad, etc.), y sobre todo adquieren significado las posibles secuelas y limitaciones futuras.
 - b. El nivel general de susceptibilidad del paciente ante la realidad circundante, en particular ante las circunstancias desagradables, por ejemplo el dolor, el ruido y el cambio del régimen de vida, entre otras.
 - c. El tipo de reacción emocional, la cual está determinada por el temperamento del paciente.
 - d. El carácter y la escala de valores del enfermo, los cuales determinan el prisma a través del cual él evalúa, consciente o inconscientemente, el medio que lo rodea y su situación patológica.
 - e. El nivel de conocimientos médicos que se expresa en la correspondencia o no de la valoración del paciente acerca de su enfermedad, con la situación real. Los cimientos de este conocimiento se crean en la infancia y dependen de la historia particular de cada paciente.
3. Posición social del paciente. Obviamente un obrero no valora igual que un intelectual la amenaza que representa para él la enfermedad, debido a que el ser humano piensa según vive, es decir, el tipo de labor o actividad que desarrolla un individuo condiciona en determinada medida la "gravedad" que para él tiene la función de su organismo que resulta afectada (por ejemplo, actividad manual o intelectual).

En resumen, el conocimiento correcto por parte del médico del "cuadro interno de la enfermedad" en cada paciente, le permitirá evaluar acertadamente la relación que el enfermo ha establecido con su enfermedad. Esta relación está determinada por el valor que la enfermedad tiene para el enfermo, la cual, en la mayoría de los casos, suele ser valorada negativamente, pero en ocasiones puede serlo positivamente ya sea de forma consciente o inconsciente.

La relación con la enfermedad puede adquirir las formas siguientes:

1. Normal. Cuando los criterios del paciente se corresponden con su estado o con lo que le ha sido comunicado acerca de su enfermedad.
2. De subestimación. Cuando el paciente subvalora la seriedad de su padecimiento, no sigue el tratamiento y manifiesta su optimismo infundado en cuanto a su pronóstico.
3. De negación. Cuando el paciente no le presta atención a la enfermedad y aparta de sí los pensamientos sobre ella con el afán de ignorarla; en esta forma se incluye la disimulación.
4. Nosofóbica. Cuando el paciente teme continuamente la posibilidad de estar enfermo, se somete constantemente a investigaciones y va de un médico a otro.
5. Hipocondríaca. Cuando el paciente está persuadido de que sufre una grave enfermedad o da un valor exagerado a su padecimiento; suele asociarse a la forma nosofóbica.
6. Nosofilia. Cuando el estado morboso se vincula con determinada sensación de bienestar y de ganancia secundaria; la forma extrema de este tipo de reacción se conoce como utilitaria, y puede ser más o menos consciente.

ALTERACIONES PSÍQUICAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Introducción

La relación soma – psiquis es una unidad indisoluble, que se debe tener en cuenta en todo momento por el profesional de la salud. Las respuestas fisiológicas y psicológicas del estrés son una expresión más de la unidad soma – psiquis.

Lo mismo que otros órganos, el cerebro y el sistema nervioso en general son órganos diana de la respuesta al estrés. Por lo tanto, los efectos del estrés pueden alterar también el funcionamiento del sistema nervioso. El hecho de que una persona esté sometido a estrés puede facilitar la aparición de diversos síntomas psíquicos. La respuesta al estrés puede implicar efectos emocionales, cognitivos y conductuales. Entre las manifestaciones emocionales encontramos ansiedad, angustia, irritabilidad, tristeza, depresión. Entre los procesos cognoscitivos se pueden presentar trastornos en la concentración de la atención, bloqueo del pensamiento, ideas fijas, dificultades en la memoria de fijación. En cuanto al comportamiento: insomnio, disfunciones sexuales, bulimia, etc.

En el caso del “Estrés agudo” este se caracteriza por: aturdimiento inicial, estrechamiento del campo de conciencia, disminución de atención, incapacidad de comprender los estímulos, desorientación, retraimiento de la situación circundante (estupor disociativo), agitación e hiperactividad; señales autonómicas, ansiedad, pánico, amnesia parcial o completa.

Estas manifestaciones psíquicas pueden aparecer en forma de síntomas, de síndrome o en una condición más estructurada como son las neurosis o reacciones situacionales transitorias.

La presencia de una enfermedad crónica, como la diabetes, el asma bronquial, las cardiopatías, la insuficiencia renal crónica, el cáncer o una enfermedad aguda puede representar una situación estresante para el paciente. Las amenazas que puede sentir una persona ante la presencia de una enfermedad, pueden referirse a la propia vida del paciente y a sus temores a morir, a todo lo relacionado con la integridad corporal, el funcionamiento y el confort corporal, a la realización de actividades y a los papeles sociales acostumbrados, a la autonomía e independencia. El tratamiento médico puede implicar también estrés para el enfermo en la medida que le impone demandas, que requieren ajustes en su vida, así como agresiones cuando es muy cruento.

El estrés ante la enfermedad puede influir negativamente en el propio curso de la enfermedad, agravándola, enmascarando síntomas y/o propiciando complicaciones.

El médico ante un paciente enfermo, tiene que tener presente que esa persona, no solo sufre un padecimiento físico o psíquico, sino que es también portador de determinadas vivencias, emociones, creencias, prejuicios y actitudes que se movilizan ante una situación que es amenazante para su vida y que debe de enfrentar. Las decisiones asumidas ante la salud, las estrategias de enfrentamiento ante las amenazas, son funciones del individuo, el cual dispone de una personalidad, que mediatiza el sentido psicológico de los elementos externos e internos que afectan la salud. La reacción psíquica ante la enfermedad puede llevar a la presencia de síntomas psíquicos que pueden modificar el cuadro clínico de la misma.

A continuación presentamos las principales alteraciones psíquicas que se observan en la práctica médica.

I. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES DE INTEGRACIÓN O DE SÍNTESIS

Son aquellas que integran el trabajo combinado de los procesos cognitivos, afectivos y conativos como parte integrante de la actividad consciente.

NIVEL DE CONCIENCIA

Normal: Vigilia

Orientación

Normal: en tiempo, en lugar y relacional.

Desorientación: pérdida de la capacidad de orientarse en tiempo, espacio y en persona, puede darse por alteración de la conciencia o de la memoria. Puede ser alopsíquica o autopsíquica.

Alopsíquica

Tiempo: cuando el sujeto no sabe acerca de la hora, el día de la semana, el mes y el año.

Espacio: cuando no reconoce el lugar donde está situado, ciudad, provincia.

Autopsíquica.

Persona: en relación con la persona pueden estar orientados o desorientados en relación consigo mismo o en relación con los demás.

MEMORIA

Normal: de fijación, rememorativa o de reproductora.

Amnesia: incapacidad parcial o total para recordar experiencias pasadas.

Hipomnesia: disminución de los recuerdos, es decir de la capacidad de rememoración o de la capacidad de fijación.

Hipermnesia: aumento de la rememoración con acumulación de los recuerdos detallados, sin aparente importancia, acumulándose uno tras otro.

ATENCIÓN

Normal: atención activa o pasiva.

Hipervigilancia: excesiva atención que se centra en todos los estímulos externos o internos, con umbral bajo que permite a las estimulaciones actuar no selectivamente, superficializando la atención al sujeto. Es atención pasiva, no voluntaria exagerada, que hace que el paciente capte todos los estímulos a su alrededor, pero sin fijar la atención en ninguno de ellos.

Distractibilidad: incapacidad para concentrar la atención. En apariencia es lo mismo que la anterior, pero se trata del aumento del umbral de la atención activa, de una incapacidad para concentrarse. El paciente se queja de que se distrae y que su atención vaga, no pudiendo fijar su atención.

II. TRASTORNO DEL PROCESO COGNITIVO

La función cognitiva es la que permite obtener información del medio, tanto externo como interno. En virtud de los procesos que lo realizan, el individuo puede conocer la realidad. Cuando esta función se altera la realidad reflejada por tanto, es inadecuada.

Principales alteraciones sensoriales

Normal: sensorial y cenestesias (sensación general que tenemos de la existencia de nuestro cuerpo, independientemente de los sentidos)

Anestesia: pérdida total de la sensibilidad para uno o varios estímulos sensoriales cuando actúan sobre el receptor adecuado. Puede ser neurológica o anestesia por sugestión propia de los pacientes histéricos.

Hiperrestesia: sensaciones habituales al estímulo adecuado, pero sentidas desproporcionadamente.

Hipoestesias: disminución de la sensibilidad para uno o varios estímulos, cuando estos actúan sobre el receptor adecuado.

Cenestopatías: sensaciones imprecisas y desagradables procedentes de los órganos internos y de los músculos.

PRINCIPALES ALTERACIONES PERCEPTUALES

Normal: imágenes sensoriales, corporales, apreciación del tiempo, velocidad.

Ilusiones: percepción deformada de estímulos presentes, puede ser visuales, auditivas, gustativas y táctiles.

PRINCIPALES ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

Normal: curso lógico

Pensamiento: por su origen: real o autista.

Principales alteraciones del contenido:

Idea fija: idea que se corresponde con un hecho vivido por el sujeto, la cual se impone parasitariamente en la mente del paciente.

Idea sobrevalorada: idea o hecho real vivido por el paciente el cual le atribuye una importancia trascendental que realmente no tiene.

Idea obsesiva: idea que se repite constantemente en la mente del paciente a pesar de los esfuerzos que este realiza para deshacerse de la misma. Puede ser acompañada de actos motores que se repiten compulsivamente. Es la idea sin motivo y sin correspondencia con la realidad.

Idea delirante: falsa imagen de un fenómeno o hecho que no se corresponde con la realidad, o de un suceso que realmente ocurrió a partir de lo cual el sujeto tergiversa la realidad. Pueden ser de grandeza, persecución, infidelidad, referencia, etc.

Idea hipocondríaca: constante preocupación por la salud. La más pequeña molestia se considera síntoma de gran enfermedad.

Idea fóbica: aún comprendiendo que no hay motivo, el sujeto siente que una idea determinada se acompaña de temor irrefrenable.

PRINCIPALES TRASTORNOS DEL PROCESO AFECTIVO

La función afectiva es la calidad de la relación que se producen entre el que conoce y lo que es conocido, permitiendo reflejar las vivencias de agrado o desagrado. Los procesos comprendidos: las emociones y los sentimientos y entre estas existen otras variantes tales como los estados de ánimo que se encarga de matizar durante un período prolongado, ciertos procesos psíquicos y el comportamiento del individuo. El estado de ánimo expresa la relación existente entre las necesidades y el grado de satisfacción, varía entre alegría y tristeza.

Normal: emociones, sentimientos, estados de ánimo congruentes con la relación significada.

Ansiedad: sentimiento de inconformidad, inquietud, desasosiego, sentimientos de amenaza, acompañada de cierta excitación motora y reacciones neurovegetativas (dolor precordial, taquicardia, sudoración de las manos y pies, escalofríos, micciones frecuentes).

Angustia: congoja, sufrimiento, desesperación. La ansiedad es la expectativa temerosa de que pase algo: la angustia es el dolor desesperado (sin esperanza) por lo ya ocurrido.

Tristeza: es un estado de ánimo triste, de malestar por insatisfacción, abatimiento, infelicidad. El paciente no puede precisar la causa de su abatimiento. Se advierte en la expresión facial. Acompaña a las enfermedades comunes que disminuyen la actividad y la tensión vital.

Irritabilidad: es aquella propensión a encolerizarse o exasperarse. Se enfada y se siente aludido fácilmente.

Labilidad afectiva: cambios bruscos del estado de ánimo de escasa duración y en ausencia de motivos reales que lo justifiquen.

Ambivalencia afectiva: coexistencia de efectos contrapuestos hacia un mismo hecho, situación o persona.

Euforia: estado de ánimo alegre aunque al mismo tiempo el paciente tenga conciencia de insatisfacción de sus necesidades y deseos. Es una falsa alegría. El eufórico no sabe por qué está alegre y algunas veces no se siente así, aunque sus expresiones sean de alegría.

PRINCIPALES TRASTORNOS EN LA EXPRESIÓN CONDUCTUAL DE LAS NECESIDADES (ESFERA CONATIVA)

La función conativa es la resultante de la unidad cognitivo-afectiva al llevar a vías de hecho la conducta voluntaria, pero también se dan respuestas involuntarias resultantes de reflejos incondicionados y condicionados formados en la vida social del individuo, todos tendientes a la satisfacción de las necesidades o la jerarquía de motivos.

Normal: voluntad.

Perturbaciones de las necesidades vitales:

En la necesidad de alimentación

Bulimia: deseo compulsivo de comer, no se siente saciado aún después de la ingestión de una cantidad considerable de alimentos.

Anorexia: disminución o pérdida del apetito.

En la necesidad del sueño

Insomnio: disminución o ausencia de la capacidad de dormir. Puede ser: de concentración (dificultad para quedarse dormido). De mantenimiento (dificultad para dormir durante toda la noche sin despertar). Final (despertar final adelantado).

En las necesidades sexuales

Disfunciones sexuales:

a) Disfunciones sexuales en la mujer

Anorgasmia: dificultades para lograr el orgasmo.

Vaginismo: los músculos que rodean el tercio exterior de la vagina se contraen de manera involuntaria cuando el hombre intenta penetrar el pene.

Dispareunia: coito doloroso.

b) Disfunciones sexuales en el hombre.

Disfunción sexual eréctil: incapacidad de alcanzar o de mantener una erección bastante firme para realizar el coito.

Eyacuación precoz: cuando no se ejerce un control voluntario de la eyacuación.

Inhibición de la eyacuación: incapacidad de eyacular dentro de la vagina a pesar de tener una erección firme y elevada excitación.

OTRAS ALTERACIONES CONDUCTUALES DE INTERÉS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Astenia: fácil y rápida fatigabilidad ante labores habituales, caracterizado por ligero abatimiento y marcada irritabilidad.

Abulia: ausencia de deseos y decisiones. Impulso reducido a pensar, actuar, asociado con indiferencia sobre las consecuencias de la acción.

Hiperactividad: aumento de la actividad motora voluntaria que en grado extremo puede llegar hasta la agitación psicomotriz.

Hipoactividad: disminución de la actividad voluntaria, caracterizada por movimientos lentos, muchas pausas.

NIVELES DE FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO

| | |
|---|--|
| Neurótico - Cambios cuantitativos - Expresión de conflictos psicológicos mantenidos en el tiempo. | Psicótico - Cambios cuantitativos y cualitativos de los procesos y funciones psíquicas. |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>SÍNDROME NEURÓTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - No distorsión de la realidad - Personalidad conservada, relativa adaptación al ambiente. - Juicio crítico del paciente, por lo tanto puede ser reducido y/o eliminado por el razonamiento lógico. | <p>SINDROME PSICOTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcada distorsión que incapacita al paciente para el reconocimiento y manejo de la realidad. - Personalidad se desorganiza y deteriora progresivamente. - No posee juicio crítico. - No conciencia de la enfermedad. |
|--|---|

Síndrome Ansioso

- Manifestación principal: ansiedad excesiva.
- Ansiedad que se manifiesta subjetivamente. Temor indeterminado.
- Objetivamente la ansiedad se manifiesta a través de los síntomas neurovegetativos.
- Síntomas cardiovasculares (palpitaciones, taquicardias, HTA, dolor precordial)
- Síntomas respiratorios (opresión torácico, disnea, suspiros, falta de aire).
- Síntomas digestivos (anorexia, náuseas, vómitos, diarreas).
- Síntomas cutáneos (palidez, frialdad, sudoración, erizamiento).

Síndrome Depresivo

- Manifestación principal: tristeza.
- Estado de ánimo abatido
- Nerviosismo o ansiedad
- Irritabilidad
- Hipoabulia o abulia
- Ideas de autoreproche
- Insomnio, anorexia
- Pérdida o disminución de los hábitos de aseo personal

Síndrome Neurasténico

- Cansancio, agotamiento (físico y mental)
- Poca productividad
- Dificultades para concentrarse
- Dificultades para memorizar
- Dificultades para fijar la atención
- Cefalea sub-occipital
- Irritabilidad o labilidad afectiva
- Sensibilidad a los ruidos (hiperestesia)
- Trastornos digestivos
- Esfera sexual perturbada.

Síndrome hipocondríaco

- Centralización exagerada del paciente sobre su propio cuerpo.
- Ideas de enfermedad (alteraciones del contenido del pensamiento)
- Percepción excesiva sobre su propia salud, que no se basa en patología orgánica real, sino en interpretaciones no realistas de los signos físicos.

Síndromes Cerebrales

Tanto los agudos como los crónicos son el resultado de las alteraciones de la función del tejido cerebral y/o sus envolturas.

Agudos: son reversibles. Alteración en distintos grados del nivel de conciencia.

Crónicos: Irreversibles. Trastornos del intelecto y deterioro progresivo de la personalidad.

Causas (comunes para agudos y crónicos):

- Infecciones intra – extra craneales.
- Intoxicación por droga o veneno
- Alcoholismo
- Traumas craneales
- Trastornos circulatorios, convulsivos, metabólicos
- Neoplasias intracraneales
- Desconocidas.

Síndrome cerebral agudo

Caracterizado por la alteración del nivel de conciencia que está determinado por:

- Alteración de la atención
- Alteración de la orientación
- Alteración de la memoria
- Alteración de la sensopercepción (ilusiones y alucinaciones)

Síndrome cerebral crónico

Caracterizado por un trastorno en la función intelectual y deterioro en la personalidad.

División: Subsíndrome:

- Demencial: pérdida tardía de la capacidad intelectual (pensamiento, memoria, atención). Reacciones afectivas alteradas. Alteración de hábitos.
- Oligofrénico: disminución temprana o congénita de las capacidades intelectuales.

Conclusiones

Se han considerado las principales alteraciones psíquicas que pueden aparecer en cualquier tipo de pacientes, inclusive en personas normales ante situaciones de estrés y que resulta necesario su conocimiento para la práctica clínica. El médico durante la entrevista y con el uso de la observación, detectará los signos y síntomas psíquicos, que integrará para el diagnóstico sindrómico.

Realizado por:

Idarmis González Benítez. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”.

Maylín Goizueta Simal. Profesora Asistente. PP Psicología. Facultad de Ciencias Médicas Finlay – Albarrán.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS DE TRATAMIENTO

El hombre puede ejercer una influencia social activa sobre aquellos otros seres humanos con los cuales se vincula en el transcurso de su vida. Esta influencia es un fenómeno inherente a su condición de ser social, y constituye también, en última instancia, el fundamento teórico de las diferentes técnicas psicoterapéuticas.

Para que una interrelación humana adquiera carácter de relación terapéutica, es necesario que estén presentes las condiciones siguientes:

1. La presencia de un hombre enfermo que busca ayuda especializada y la de un profesional de la salud que se la brinda.
2. La dirección consciente y organizada, por parte del terapeuta, de su relación interpersonal con el enfermo y de la entrevista terapéutica.
3. El profesional de la salud debe saber reconocer los principales rasgos de personalidad del enfermo, así como sus condiciones sociopsicológicas, sus conflictos, temores y defensas efectivas frente a su situación problemática.
4. El profesional de la salud debe estar en condiciones de poder seleccionar la técnica psicoterapéutica que más se corresponde con cada situación, y ejecutarla con el dominio necesario
5. El psicoterapeuta debe conocer su propia personalidad y ser capaz de controlar conscientemente sus propios recursos psicológicos y conflictos, para ponerse siempre en función de las necesidades de salud de su enfermo.

Existen muchas técnicas de psicoterapia, pero todas ellas se basan en la utilización consciente de la relación interpersonal que se establece entre el psicoterapeuta y el enfermo, a fin de producir, por vía psicológica, un efecto saludable sobre el paciente.

Refiriéndose a la importancia de la utilización de la psicoterapia en la práctica médica general, el destacado psicoterapeuta soviético A. G. Golachian expresó que la labor psicoterapéutica del médico en la práctica habitual de la medicina, no puede ser separada de todo el resto de su actividad médica ni contrapuesta a ella. Todo contacto del médico con el enfermo, todo procedimiento terapéutico, debe entrañar elementos de psicoterapia.

La psicoterapia es un elemento indispensable en toda acción curativa. La actitud psicoterapéutica consecuente del profesional de la salud implica un profundo humanismo y el deseo de aliviar y curar al hombre que sufre. La medicina como ciencia social actúa sobre el hombre que piensa, el hombre que siente y vive según las condiciones de su medio social.

Cuando enfrentamos el trabajo asistencial con actitud psicoterapéutica, garantizamos el clima cálidamente humano que debe primar en nuestra medicina.

La actitud psicoterapéutica contribuye mucho al establecimiento de una buena relación afectiva con el enfermo. Sin embargo, esta actitud no puede por sí sola garantizar la recuperación del enfermo o la desaparición de sus síndromes psicológicos. Ello se debe a lo señalado anteriormente: la necesidad de que el psicoterapeuta domine los conocimientos psicológicos necesarios que le permitan llevar a cabo exitosamente su hermosa tarea curativa.

Concepto de psicoterapia

La psicoterapia es la técnica psicológica curativa cuyo enfoque científico se fundamenta en la concepción del hombre como ser social y en los aportes de las

ciencias psicológicas o ciencias que estudian el psiquismo humano. La psicoterapia tiene como objetivo lograr el equilibrio de la salud mental del hombre enfermo, así como su óptimo desarrollo social y personal.

Existen diversas técnicas de psicoterapia que se apoyan en diferentes enfoques teóricos o escuelas psicológicas: la técnica psicoanalítica, la conductista y la reflexológica, entre otras. Independientemente de la escuela psicológica de la que se pueda haber nutrido un método psicoterapéutico específico, este siempre se relacionará con la utilización de recursos estrictamente psicológicos, en la búsqueda de sus objetivos curativos; de ahí precisamente el nombre de psicoterapia, o sea, terapia psicológica, que recibe este conjunto de técnicas.

PSICOTERAPIA Y RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

La psicoterapia evidencia la necesidad que tiene el médico general de dominar profundamente la técnica de la relación médico – paciente. Es esta una relación interpersonal especial que se establece entre el médico y su paciente en el marco de la entrevista médica, y se destina a garantizar la respuesta emocional positiva del enfermo o rapport. Cuando se logra establecer una buena relación con el enfermo, este coopera con el profesional de la salud, pues se desarrolla confianza y respeto en las habilidades y conocimientos de este, a la vez que el enfermo se siente protegido por el cálido clima afectivo de la entrevista.

Mediante una adecuada relación médico – paciente se logra disminuir la ansiedad y la preocupación del enfermo, y de ese modo se realiza el primer contacto psicoterapéutico, por lo general breve. Dicho contacto se refuerza con el apoyo emocional que se brinda al paciente durante el examen físico y en todas las diferentes etapas de la entrevista médica.

Algunos autores centran la atención de la entrevista psicoterapéutica propiamente dicha en la relación médico – paciente, a la cual consideran como factor principal de la técnica psicoterapéutica. Otros, por el contrario, entienden que lo principal en la psicoterapia es la personalidad del paciente, las relaciones interpersonales, o la toma de conciencia racional de un enfermo en relación con sus actitudes patológicas. Independientemente de que se considere o no la relación médico – paciente como un factor principal en la psicoterapia, es indiscutible que tiene una gran importancia en cualquier tipo de entrevista médica y , muy en particular, en la psicoterapéutica, pues la dinámica de dicha relación garantiza el tono afectivo de esta. Hay muchas técnicas de tratamiento psicológico, pero en todas ellas, de un modo u otro, se controla conscientemente la relación médico – paciente por el psicoterapeuta, a fin de facilitar la dirección del proceso curativo.

Características generales de la relación psicoterapéutica

Durante la entrevista psicoterapéutica se produce una constante interacción informativa entre el médico y su paciente. La información que se trasmite en la relación interpersonal es verbal (palabra hablada) y extraverbal (gestos, mímica). Tanto la primera como la segunda constituyen los principales instrumentos del psicoterapeuta, y deben, como tales, ser cuidadas con esmero, ya que en su buena utilización radica gran parte del éxito de la psicoterapia. Se ha de evitar siempre las posibles contradicciones entre el mensaje contenido en las palabras y el subyacente en la expresión mímica, pues ello puede confundir al paciente y causarle una pérdida de confianza en la veracidad de lo que expresa el profesional de la salud.

En el transcurso de la relación psicoterapéutica se establece un clima emocionalmente permisivo, el cual puede ser mayor o menor, según el método de psicoterapia utilizado por el médico en cada caso. Este clima facilita la exposición y la exteriorización de los sentimientos y las preocupaciones del enfermo.

Las ideas, los sentimientos y las actitudes del paciente son analizados en las entrevistas periódicas, hasta que se logra por parte del enfermo una mejor comprensión de sus conflictos. La relación médico – paciente deviene una relación emocional especial, la cual se conoce en la psicoterapia de orientación psicoanalítica con el nombre transferencia o rapport. Esta relación debe ser reconocida por ambos participantes de la psicoterapia como transitoria y característica de la relación terapéutica: paulatinamente, esa relación emocional se va suavizando a lo largo del tratamiento, hasta su desaparición total, cuando el paciente recupera su independencia emocional del terapeuta y se cura.

Mediante la psicoterapia el paciente aprende a sustituir viejos hábitos de conducta, ideas y actitudes desajustadas por nuevos enfoques que lo sitúan en su realidad objetiva y lo ayudan a sentirse feliz. El paciente reinterpreta su medio social y lo enfoca con mayor objetividad, lo cual le permite percibir mejor los estímulos positivos de este medio y desarrollar una conducta adecuada de enfrentamiento contra los aspectos negativos. De este modo el paciente puede iniciar con su esfuerzo racional y como una lógica manifestación de su independencia y su capacidad de decisión, la modificación de los factores sociales a su alcance.

En esencia todos los métodos de psicoterapia siguen el mismo patrón descrito: conversaciones entre paciente y psicoterapeuta dentro de una relación comprensiva y cálida, donde la comunicación fluye honestamente y se exploran los sentimientos, las ideas y las preocupaciones del enfermo, a quien se le ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y a entender todo lo que rodea; esto se realiza de tal forma, que guiando imperceptiblemente al paciente, este encuentre el modo más satisfactorio de vida. La situación terapéutica provee al enfermo de un medio donde se siente seguro para ensayar nuevas respuestas frente a la vida, conducta que más tarde generalizará hacia el mundo externo sin temor y con seguridad en sus propias decisiones y acciones independientes.

Cuando una persona recibe por primera vez atención psicoterapéutica, tiende a enfocar esta relación y a actuar ante el terapeuta del mismo modo, con los mismos patrones de conducta, que habitualmente caracterizan las relaciones en su vida diaria dentro de su medio social. El paciente manifiesta cierta desconfianza natural hacia el trabajador de la salud; puede considerarlo incluso como una figura peligrosa, agresiva, o como alguien a quien debe reclamarle la solución de todas sus necesidades individuales insatisfechas. Puede tratar de dominar al terapeuta, de manejarlo con los mismos mecanismos mediante los cuales intentaba manejar a los que lo rodeaban en su vida diaria. Suele presentar una actitud defensiva, tanto en lo que respecta en sus comunicaciones iniciales, como en el enfoque que realiza de su relación con el terapeuta. Ante esta situación, que es totalmente natural en el inicio de una relación terapéutica, el técnico de la salud debe responder de la forma siguiente:

1. Hacer llegar al enfermo su real comprensión del mecanismo defensivo que el paciente utiliza, dentro del mayor respeto hacia su integridad como persona, como ser humano.
2. Evitar asumir el papel de un juez que valora lo bueno o lo malo de la conducta del paciente incluyendo ideas, sentimientos, actitudes, etc.
3. No hacer nunca comentarios críticos, irónicos o agresivos.

4. En forma segura y tranquila (sin carga emocional de su parte), explicar al enfermo cómo sus defensas no son más que manifestaciones de la inseguridad que él siente ante la nueva situación.
5. No tratar de forzar la comunicación del enfermo, sino darle tiempo a que desaparezca su desconfianza inicial.
6. Continuar brindándole apoyo sin mostrar enfado ni alteración alguna, con la seguridad de que cuando aceptamos al enfermo tal como es, este confía en nosotros y comprende que podemos ayudarlo realmente. Solamente a través de estas relaciones interpersonales, es que se extinguen las defensas del paciente y se establece el rapport que facilita el éxito de nuestra psicoterapia.

Las defensas iniciales de un enfermo pueden ser vencidas de la manera anteriormente descrita, pero ello no quiere decir que en el transcurso del tratamiento no puedan surgir nuevas defensas y temores ante el contenido de las nuevas informaciones. La conducta del terapeuta debe seguir, en líneas generales, lo explicado anteriormente, ante cualquier nueva defensa presentada por el paciente.

El método de psicoterapia apropiado para cada enfermo debe seleccionarse atendiendo a la naturaleza de sus problemas y a los objetivos que se persiguen con el tratamiento.

El tipo de relación médico – paciente más frecuente que se establece durante la entrevista psicoterapéutica es, según la clasificación estudiada de Hollender, el de participación mutua. El rol de psicoterapeuta y el del paciente varían mucho de acuerdo con los distintos tipos de técnica y de escuela; por esta razón, en algunos casos es más activo el paciente (psicoterapia centrada en el paciente, Rogers) y en otros casos el más activo es el psicoterapeuta (análisis directo, psicoterapia de Rosen, llevada a cabo con enfermos psicóticos). Existe una amplia gama de variaciones y matices en este aspecto.

Clasificación de los métodos de psicoterapia

Existen muchos intentos para la clasificación de los diferentes tipos de psicoterapia. Nosotros, a modo de ejemplo, tomaremos la clasificación que hace el doctor Ricardo González en su libro *Psicología para médicos generales* (cuadro 10.1).

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| | | Facilitación catártica Apoyo Guía de acción Manejo del medio Inspiracional Exteriorización de intereses. Persuasión Biblioterapia Orientación paradójal Desacondicionamiento Sugestión Entrenamiento autógeno | |
| | Técnicas breves no exploratorias o supresitas | | |
| Técnicas de Psicoterapia | | Modificaciones de la personalidad en grado menor | Centrada en el Paciente (Rogers). Psicobiológica (A.Mayer) Racional (Lebedinski) |
| | Técnicas de moderada o larga duración exploratorias o reconstructivas. | Modificaciones de La personalidad En grado mayor | Análisis del carácter Relaciones interpersonales. Psicoterapia de actividades. Psicoterapia concreta de los franceses. Psicoterapia conductual analítica. Psicoanálisis ortodoxo. Terapias de base analítica Analistas culturalistas. |

ALGUNAS TÉCNICAS DE USO PRÁCTICO

A. Psicoterapia de apoyo.

Todas las palabras que el médico exprese al paciente para infundirle sentimiento de seguridad y fortaleza en sí mismo constituye una psicoterapia de apoyo.

El objetivo de esta técnica es pues generar en el paciente, el deseo de recuperarse, de incorporarse a su vida habitual o sea de rehabilitarse.

En la psicoterapia de apoyo, el médico debe lograr que el paciente presente una actitud optimista ante la enfermedad y al tratamiento que se le ha impuesto.

En esta técnica; cuando el paciente refiera sus síntomas; el médico debe ir preguntando y comentando con simpatía de manera que sienta que se le comprende y entiende en los momentos difíciles que vive. El médico debe lograr que el paciente sienta lo beneficioso que resulta para su mejoría, enfrentar con valor y entereza su enfermedad.

Cuando el médico maneje a su paciente a través del apoyo, debe ser cuidadoso de no alimentar la dependencia del enfermo hacia su persona; de forma tal que su presencia se convierta en una necesidad constante para él. El paciente debe enfrentar su enfermedad; a partir de los sentimientos optimistas que el médico sea capaz de desarrollar en él.

¿Por qué esta técnica produce este efecto?.

El hombre como ser social nace y se desarrolla en grupo

Desde el nacimiento recibe el apoyo de los otros para aprender y desarrollar sus habilidades, para resolver los contratiempos que se le presenten.

En la medida que llega a la adultez desarrolla sus capacidades, y es capaz de actuar con independencia,

Pero todo hombre normal necesita del afecto de otros hombres, de su apoyo emocional. Esta necesidad de apoyo emocional inherente al ser humano, se incrementa cuando este se haya en estado de minusvalía; en situación de pérdida de sus capacidades, en fin, en estado de enfermedad.

Toda enfermedad; en mayor o menor grado va acompañada de un estado emocional negativo, de inseguridad ante la posible pérdida de los hábitos de vida que lo ha caracterizado como persona.

Es por esto, que el hombre enfermo busca apoyo emocional como una necesidad y le compete al médico satisfacer la misma.

Toda interrelación humana firme y consecuente ejerce un efecto tranquilizador y relajador en la persona. Si esta se encuentra enferma la necesidad de apoyo se hace más fuerte.

En momentos en que la técnica médica no le quede nada que hacer, pues resulta impotente ante el mal pronóstico de la enfermedad, le queda al médico su prestigio, su sentido humano, su acción personal para aliviar la angustia y ayudar a morir.

B. Psicoterapia racional o persuasiva.

Para aplicar la técnica persuasiva o racional es necesario ante todo, recoger a través de la entrevista el concepto que el paciente tiene de su enfermedad, como la percibe; como la siente. Si bien esto es parte, de toda psicoterapia, en esta técnica se enfatiza más.

En ocasiones el paciente percibe su enfermedad con más importancia y preocupación que la que realmente merece. Entonces se preocupará innecesariamente, generando ansiedad o depresión.

Otras veces percibe su enfermedad con menor importancia que la que merece. Entonces no seguirá adecuadamente el tratamiento, manteniendo conductas que empeorarán su proceso como: fumar, ingerir bebidas alcohólicas o no seguir una dieta correcta.

En ambas situaciones, tanto por exceso como por defecto (en unas por mecanismos hipocondríacos y en otras por mecanismos de negación) el enfermo no posee una adecuada percepción de su enfermedad.

Se hace necesario transformar su percepción y hacerle “ver” diferente su enfermedad.

El enfermo necesita aprender a vivir con nuevos hábitos de vida, nuevos patrones de conducta y nuevas motivaciones. Necesita adaptar su vida a la enfermedad e incorporarla a su vida; lo que se traduce en tolerar las molestias y dolores, aceptar la invalidez y desarrollar nuevos hábitos que sustituyan a los anteriores.

Este aprendizaje de vivir con la enfermedad, es el objetivo, de la psicoterapia racional o persuasiva, a través de la cual se explica al paciente cuales de sus actitudes intelectuales y emocionales lo llevan a desarrollar una conducta inadecuada ante su enfermedad. A través de la autocrítica y el razonamiento se apela a la inteligencia y la voluntad del enfermo para hacer que sus síntomas desaparezcan o se alivien.

La persuasión va dirigida fundamentalmente a la transformación de la relación que el paciente mantiene con su enfermedad. Es hacer que el paciente “perciba” su enfermedad en forma diferente a como lo ha percibido hasta ese momento. El neurólogo suizo Paul Dubois, que fue el elaborador de este método, señala que la persuasión o terapia racional; no es más que educar al paciente acerca del origen, desarrollo y consecuencias de su enfermedad. De esta forma el enfermo enfrenta con su inteligencia y con una forma nueva de “sentir” su enfermedad, llegándola a controlar, a prevenir o soportar.

Esta técnica de psicoterapia puede aplicarse a pacientes crónicos, los cuales tienen necesidad de participar activamente en el proceso de su tratamiento; así como en las medidas preventivas para evitar las crisis o recaídas.

Como se observa; esta técnica de psicoterapia se apoya básicamente en los procesos cognoscitivos y volitivos del individuo; de aquí que es necesario que el médico tenga en cuenta que el paciente posea estas características de inteligencia y voluntad, necesarias para lograr el objetivo de esta técnica.

Hacer que el enfermo participe activamente en su tratamiento y más que eso conozca y maneja los factores de riesgos para prevenir así una recaída o una evolución negativa.

Como vemos esta técnica de psicoterapia racional o persuasiva, presenta para el médico general una especial connotación ya que se acomoda a su labor preventiva en la Comunidad.

Como ejemplos de la aplicación de esta técnica racional o persuasiva a la prevención tenemos: el grupo de psicoprofilaxis del parto, donde se le explica a la embarazada la

fisiología y el mecanismo fisiológico normal y se alivie del estado de tensión propia de este momento en la vida de la mujer.

Esta técnica si se aplica con éxito debe lograr que la mujer vaya relajada al parto, aprenda los ejercicios de respiración que le aliviarán el dolor de las contracciones uterinas; y tome parte activa en el nacimiento de su hijo; cooperando con el médico y haciendo más fácil y rápido su proceso de parto.

Otro ejemplo de la aplicación de esta técnica al tratamiento serían los grupos que se desarrollan con los pacientes dispensarizados: asmáticos, hipertensos, cardiopatas, diabéticos donde se trabaja con estos pacientes ayudándoles a enfrentarse y convivir con su enfermedad, a racionalizar la dinámica de esta para que aprenda a controlar sus síntomas o evitarlos. Cuando hablamos de racionalizar, no nos referimos al mecanismo de defensa, si no a una forma crítica y lógica de pensar.

En forma individual; esta técnica puede aplicarse a cualquier paciente de tipo racional, con actitud crítica ante los problemas; que pudieran ser los que presentan rasgos obsesivos y paranoides.

C. Psicoterapia sugestiva

Antes de entrar a definir la Psicoterapia Sugestiva y el uso de esta técnica por el médico se hace necesario con vistas a evitar confusiones realizar las aclaraciones de una serie de vocablos que muchas veces se distorsionan o tienden a confundir como son: sugestión, sugestionabilidad y sugestividad.

Sugestión: es el intento de inducir una idea, pero sin argumentos ni mandatos. Pudiera también definirse como al acto de obligar a imaginarse algo y hacerse una ilusión. Es la inducción imperativa, que tiene por objeto sugerir ideas en el individuo, aprovechando la disminución del análisis crítico de la persona.

Por ello resulta más fácil en personas de tipo emocional.

Sugestionabilidad: susceptibilidad a dejarse sugestionar, es decir es la característica de la persona que fácilmente puede ser sugestionada. De ahí que podamos decir de un sujeto si tiene o no un alto grado de sugestionabilidad.

Cualquier persona puede ser sugestionada pero existen diferencias en el grado de sugestionabilidad.

En general podemos señalar como personas sugestionables o con alta sugestionabilidad a aquellas que presentan creencias religiosas, pensamiento mágico, rasgos histéricos e hipocondríacos de personalidad. También lo son los sujetos con personalidad inmadura, pobre inteligencia o con retraso mental. Los niños por sus características de inmadurez, emocional y mental son altamente sugestionables.

Los sujetos con rasgos de personalidad paranoides, obsesivos y esquizoides no presentan alto nivel de sugestionabilidad. Mientras más crítico o hiper-crítico sea el paciente, más difícil será su sugestión.

Sugestividad: en este caso nos referimos a la capacidad que posee una persona para ejercer la sugestión. Como toda capacidad, la sugestionabilidad se desarrolla. Para el desarrollo de la misma, es necesario señalar tres aspectos:

- a) El dominio de la técnica médica, lo que hace que el paciente percibe al médico seguro de sus acciones diagnósticas y terapéuticas.

- b) Los rasgos de personalidad del médico, donde deben estar presentes: el equilibrio emocional, los sentimientos altruistas y la discreción.
- c) Un hábito externo adecuado a su rol.

La conjugación de estos tres aspectos, conllevan a la capacidad para ejercer influencia sobre el paciente; o sea para desarrollar la capacidad para sugestionar (sugestividad).

Psicoterapia sugestiva:

Es cuando a través de la palabra, logramos que el paciente obedezca nuestras órdenes sin establecer análisis crítico de la misma. En este caso el paciente acepta, introyecta y obedece como una creencia las palabras del médico.

Cualquier tratamiento que el médico aplique apoyado en la psicoterapia sugestiva resultará cabalmente efectivo, por la "fe", la confianza, la creencia en la curación o el alivio, con que el paciente o recibe.

Siempre que pueda hacer uso de ella, el médico debe aplicar la sugestión para facilitar la mejoría o recuperación.

La sugestión debe realizarse utilizando un tono de voz suave; pero con autoridad; con frases bien reforzadas, breves, las cuales deben repetirse en el transcurso de la entrevista médica en forma variada.

Pavlov dijo con gran acierto: "La sugestión como estímulo debe ser breve, aislada e íntegra y por esta razón intensa".

El efecto de la sugestión depende en primer lugar del prestigio que el médico posea ante su paciente. De no existir esta premisa; no tendrá éxito la sugestión.

Formas de terapia sugestiva:

La psicoterapia sugestiva puede ser clasificada en dos formas:

- a. Directa
 - b. Indirecta
- a. En la forma directa, la sugestión está dada por el efecto directo que ejerce la palabra sobre el individuo. Así por ejemplo en un paciente con cefaleas tensionales, podemos decir: "Cálmese y conversemos un rato, y usted verá que pronto desaparecerá su dolor".
 - b. La forma indirecta, de la sugestión es cuando se añade al efecto de la palabra algún elemento que la apoye o refuerce.

El uso de placebos, aplicados con éxito en las diferentes especialidades médicas es un ejemplo de esta forma.

Cuando decimos a un sujeto: "Tome usted 5 gotas de este nuevo medicamento (agua destilada con colorante) y verá que en media hora se aliviará su cefalea"; es una forma indirecta de sugestión.

En este caso, el paciente atribuye su mejoría o cura al elemento apoyador de la sugestión (al placebo) pero en realidad al igual que en la forma directa de sugestión ha sido su propia sugestionabilidad manejada por el médico quien ha logrado el alivio o desaparición del síntoma.

El uso de la psicoterapia sugestiva apoyada en placebos, resulta también útil para diferenciar síntomas de origen psicógeno y de origen orgánico. Por supuesto que en el segundo caso no funciona la sugestión.

Siempre que el médico imponga su terapéutica al paciente, deberá apoyarla o reforzarla con la palabra para lograr una rápida y eficaz, mejoría. En este caso de terapia sugestiva indirecta, es el lenguaje o la palabra, el que se convierte en elemento estimulador del tratamiento. Cuando el médico que nos atiende nos entrega el método sin ninguna explicación o con una explicación formal de las indicaciones; no nos hace llegar la "fe", la confianza en el tratamiento; como cuando utilizando la palabra como elemento sugestivo añade a su explicación: "Estoy seguro que cuando nos veamos dentro de una semana se sentirá ya bien".

Solo un tratamiento que incluya la psicoterapia como apoto, presenta la posibilidad de influir en el enfermo. Esto es posible observarlo en los pacientes que salen de la consulta médica, atiborrados de fármacos pero vacíos de confianza y convicción en su recuperación.

Además de en estado de vigilia, la sugestión puede realizarse en estado de sueño (Hipnosis). También es posible lograr a través de otras técnicas la autosugestión y la autorelajación. Por las características que presentan estas técnicas se tratarán en acápites posteriores.

La sugestión resulta adecuada para aplicar a pacientes con rasgos histéricos de personalidad por ser individuos emocionales; con algún nivel de sugestionabilidad.

También resulta buena para aquellos pacientes que presentan rasgos hipocondríacos de personalidad, o que hayan desarrollado síntomas hipocondríacos a partir de una "enfermedad somática".

Si comparamos esta técnica sugestiva con la persuasiva podemos observar como se basan en características diferentes de la personalidad del paciente.

Mientras que la sugestiva se aplica a individuos más emocionales, con pobre crítica y valoración; la persuasiva o racional es más aplicable en individuos más racionales (de ahí su nombre); con más capacidad crítica y tendencia a razonar los problemas.

La terapia sugestiva tiende a limitar la capacidad de aprendizaje y ponderar la sugestionabilidad en el individuo.

TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

INTRODUCCIÓN

El ser humano se “mueve” en un espacio triangular en el que determinadas características (la personalidad, los aspectos biológicos y el ambiente) se interrelacionan e interactúan constantemente. Es por ello que, cuando se expresa algún tipo de alteración, el psicoterapeuta tiene o debería tener en mente este hipotético triángulo, y debe considerar cuáles estrategias son las más adecuadas para enfrentar el problema, sean estas farmacológicas, psicoterapéuticas o de rehabilitación psicosocial. En algunos casos son terapias únicas, y en otros casos pueden y deben asociarse.

Las terapias psicológicas o “psicoterapias”, debemos entenderlas como una interacción, planeada y confidencial, entre un paciente y un terapeuta entrenado, que se unen para combatir grandes y pequeños males. La psicoterapia puede utilizarse de diferentes modos, con diversos objetivos y desde puntos de vista distintos. Se pueden buscar cambios rápidos, modificaciones del comportamiento después de sucesos que han afectado grandemente al sujeto, replanteamientos totales o solo de la manera de conducirse ante una situación concreta, giros en el rumbo de las relaciones interpersonales, un pequeño reajuste y cierto apoyo, o una reestructuración de la personalidad. De ahí surgen las numerosas variantes y el auge de las mismas.

Principios generales:

La psicoterapia no determina per se el cambio, sino que el sujeto es la parte activa y el que de verdad lo produce apoyado en la psicoterapia y en el psicoterapeuta. Los riesgos más graves radican en que el psicoterapeuta quiera hacer del paciente una copia de sí mismo, o que el paciente espere demasiado o todo de la acción del terapeuta, sin poner nada a cambio.

En toda psicoterapia los “ingredientes” esenciales son:

- A. Por parte del terapeuta:
 - 1. interés auténtico en el paciente como persona
 - 2. respeto por el paciente
 - 3. contacto cálido
 - 4. tolerancia y aceptación del paciente, procurando huir de los prejuicios
 - 5. receptividad y capacidad de escucha
 - 6. empatía, o sea, capacidad para comprender las emociones del paciente
 - 7. especificación real de las propias limitaciones y recursos.

- B. Por parte del paciente:
 - 1. confianza en el terapeuta
 - 2. cooperación en el trabajo terapéutico
 - 3. comprensión del objetivo y método del tratamiento
 - 4. motivación para efectuar el cambio

- C. En la propia relación terapéutica:
 - a. delimitación del cómo y cuándo de las sesiones.
 - b. Contrato que delimiten los objetivos, los medios para conseguirlos y las expectativas que cada uno tiene del otro.

Terapias cognitivo-conductuales

No es fácil discernir entre terapias cognitivas y conductuales, puesto que cualquier intervención de tipo psicológico actúa tanto sobre las conductas como sobre las emociones del individuo. Por tanto, lo que aquí llamamos terapias cognitivo-conductuales es un constructo que pretende recordarnos que nuestros pensamientos tiñen nuestras emociones y modulan nuestra conducta.

Se ha dicho que la terapia de conducta no es más que el sentido común y la fuerza de voluntad adiestrados por el laboratorio experimental para modificar conductas alteradas. Con esta afirmación, en el fondo tan simple pero también tan rotunda, lo único que se pretende es llamar la atención sobre la claridad de conceptos sobre los que se apoya esta psicoterapia, en contraposición con los vericuetos teóricos de otras. La psicoterapia cognitivo-conductual aplica principios del aprendizaje bien definidos para eliminar el comportamiento inadecuado. Para tratar las fobias, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo, las disfunciones sexuales, etc., el terapeuta conductual no profundiza especialmente, sino que trata de reemplazar los pensamientos problemáticos y las formas de comportamiento desadaptadas por cogniciones y conductas más constructivas. La finalidad de esta terapia suele ser muy específica y sus metas están particularmente definidas.

Sus características pueden resumirse en:

- a) Énfasis en los determinantes actuales de la conducta. Interesa lo observable en el momento de la consulta, no lo referido al pasado, aunque este pueda tenerse en cuenta para explicar parte de las causas que subyacen en el trastorno.
- b) El principal criterio terapéutico es el cambio de la conducta manifiesta. se trata de evaluar los excesos (por ejemplo, fumar compulsivamente) o los déficits, (la anorexia, la imposibilidad de salir de casa por una fobia) en el comportamiento, e intentar volver al equilibrio.
- c) El terapeuta debe hilar lo más fino posible sobre las contingencias de la conducta alterada. Esto se consigue con un análisis funcional de la conducta que comprende tanto los estímulos discriminativos (que la provocan o bloquean un comportamiento normal) como las formas que adopta la respuesta a modificar. Para ello se sirve de los llamados "autoregistros", que el propio paciente o su familia efectúan, o de cuestionarios específicos del trastorno a modificar. Estos análisis son altamente específicos y limitados al comportamiento que se pretende variar. Los términos "meta" u "objetivo" son una constante de las evaluaciones conductuales.
- d) El tratamiento debe ser estructurado en estrategias singulares, individualizadas, fácilmente observables y con participación activa del paciente y su medio familiar, a los que se implica activamente en el proceso terapéutico.

Las terapias cognitivas tienen una vida relativamente corta, de apenas dos décadas de evolución. Fue a partir de la publicación del libro *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales* del psicólogo Aaron Beck, que esta teoría comenzó a propagarse con celeridad. Siempre que en psicología se utiliza el término "cogniciones" es para referirse a las ideas, pensamientos o creencias que las personas tienen de los acontecimientos reales. Es fácil entender la relación existente entre nuestro modo de apreciar un evento determinado y la emoción que este nos produce. Las cogniciones que elaboramos sobre un acontecimiento son las responsables del tipo de emoción que experimentamos, y en muchos casos de la conducta que adoptamos.

Resumiendo, en estas terapias el trabajo del terapeuta consiste en detectar las conductas y los pensamientos que están manteniendo el problema y proponer una

serie de técnicas y aplicaciones para que el paciente realice, con la intención de aprender nuevos modos operativos de interpretar y comportarse en las situaciones de conflicto. Consecuentemente, el papel del paciente deberá ser totalmente activo, es decir, deberá poner en práctica, día a día, las técnicas propuestas.

Algunas técnicas cognitivo-conductuales

La mayor parte de los problemas asociados al estrés tienen un componente cognitivo importante, cuando no decisivo. Pero no debe olvidarse que los aspectos cognitivos, lo mismo que los fisiológicos y los motores, pueden ser modificados. Afortunadamente en la actualidad la Psicología dispone de técnicas sencillas y eficaces para que una persona aprenda a controlar y modificar sus respuestas.

El problema puede provenir de una interpretación inicial automática en términos afectivos que valora como situación amenazante o aversiva situaciones que no lo son, una evaluación de que las situaciones a las que se enfrenta tiene excesivas demandas, o de que no se dispone de habilidades o conductas suficientes para hacer frente a la situación. En consecuencia, las conductas cognitivas desadaptativas son muy variadas. Afortunadamente el número de técnicas disponibles para modificar estas conductas es elevado (solamente Mc Mullin en su libro de 1986 recoge más de setenta). Dadas las limitaciones y objetivos de la asignatura, seleccionamos solamente cuatro para presentar aquí.

1) DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA IMAGINADA.

Esta técnica es una de las más antiguas (se desarrolló a partir de 1958). Basada en el condicionamiento clásico, contiene elementos cognitivos, ya que utiliza pensamientos e imágenes. Se usó durante años para tratar las fobias o miedos irracionales hacia objetos o situaciones.

Utiliza un fenómeno típico del funcionamiento del sistema nervioso, la "inhibición recíproca". Un objeto o situación (un perro o viajar en avión, por ej.) provocan en el paciente altas respuestas de ansiedad que inducen el comportamiento de evitación del estímulo fóbico por parte del sujeto, a fin de esquivar la reacción ansiosa. En esta técnica se recurre a la inhibición recíproca entre la ansiedad y una respuesta contrapuesta, en este caso la relajación. Para conseguirlo el terapeuta le propone una astucia al paciente: que consiga el mayor grado de relajación posible ante una situación que provoque un mínimo de ansiedad y que esté relativamente alejado de la situación que dispara la ansiedad al máximo. Se juega así con ventaja y el paciente supera con facilidad la prueba inicial, lo cual le anima para proseguir con los pasos posteriores hasta ponerse en contacto directo con el estímulo fóbico.

2) TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Los procedimientos de autocontrol son especialmente útiles en aquellos casos en que existe un conflicto entre distintas consecuencias de una misma conducta, por ejemplo, en el caso de hacer ejercicios físicos, las consecuencias son positivas a largo plazo, pero a corto plazo puede ser cansón o poco atractivo, así como para eliminar adicciones y hábitos negativos para la salud.

El autocontrol hace referencia a la capacidad de una persona para controlar las consecuencias de sus conductas. Es decir, "tener autocontrol es disponer de conductas específicas que permitan modificar el medio, de manera que este facilite la aparición de las conductas que desea y la no aparición de las conductas que no desea". Si lo único que hace una persona para dejar de fumar es proponérselo, es

evidente que tiene poco autocontrol, pues apenas dispone de conductas que le permitan modificar el medio. Si dispone y emite conductas como las de no llevar nunca tabaco, increpar a las personas que vea fumando, concertar con sus amigos el perder o ganar premios importantes por fumar o no hacerlo, si el mismo se premia cada día que no fuma, es evidente que tendrá gran autocontrol y le será más fácil controlar sus conductas.

EL DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE AUTOCONTROL IMPLICA AL MENOS LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1) Autoobservación: saber qué es lo que en realidad estoy haciendo (fumo 25 o 40 cigarrillos, en qué momentos, qué lo facilita y qué lo dificulta...)
- 2) Establecimiento de objetivos: delimitar operativamente qué es lo que debería hacer (la primera semana fumar solo 15, no fumar por las mañanas, esperar 5 minutos cuando desee fumar...).
- 3) Desarrollar algún tipo de estrategia para modificar el medio, de manera que este facilite alcanzar los objetivos establecidos.
- 4) Autoevaluación: evaluar hasta qué punto estoy consiguiendo realizar las conductas establecidas en los objetivos (realmente solo fumo 15 o solo fumo por las mañanas)
- 5) Establecimiento de consecuencias: delimitar qué consecuencias positivas tendré si la evaluación me dice que cumplo los objetivos, o qué consecuencias aversivas sufriré en caso contrario.

En algunos casos se ha constatado cómo el mero hecho de registrar la propia conducta (paso 1) ya produce efectos importantes de modificación de dicha conducta en la dirección esperada. No es infrecuente que el mero autoregistro produzca reducciones de conductas como morderse las uñas, comer en exceso o discutir con la pareja, no obstante, este cambio si no se apoya posteriormente en otras medidas suele ser poco duradero.

3) TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Esta técnica desarrollada inicialmente por D'Zorrilla y Goldfried (1971) tiene como objetivo general ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y decisiones acertadas. Sus objetivos específicos son ayudar a las personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, inhibir la tendencia a responder a una situación problemática de forma impulsiva, facilitar una amplia gama de respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más conveniente. El resultado será una mayor eficacia para enfrentarse a los problemas, así como una reducción de las posibles respuestas emocionales (como la ansiedad) asociadas a estos.

El punto de partida es definir en qué consiste un problema. Un problema aparece cuando no se dispone de forma inmediata de una respuesta eficaz para afrontar la situación, esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que la hace problemática.

EL ENTRENAMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS IMPLICA SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

1. Cambio en la forma de considerar los problemas. Hay que reconocer que las situaciones problemáticas (para las que no se dispone de soluciones inmediatas) son algo habitual y normal en la vida, pero también que es posible y necesario hacerles frente buscando respuestas eficaces en lugar de abandonarse a sentimientos de inutilidad o permitir que las respuestas emocionales bloqueen acciones más inteligentes. Para ello lo más adecuado

es tratar de identificar las situaciones problemas cuando aparecen, inhibir la tentación de responder impulsivamente ante una situación problema y buscar posibles soluciones adecuadas a la situación.

2. Definición y formulación del problema. En la vida diaria los problemas no suelen presentarse claramente definidos. Es necesario aprender a definirlos en términos objetivos y solucionables, que impliquen las conductas propias para poder hacerle frente a la situación. A la hora de definir un problema, es importante obtener la mayor información posible, separar la información relevante de la irrelevante, distinguir hechos de suposiciones e interpretaciones, y por último, establecer objetivos realistas. Para detallar los diferentes aspectos implicados en el problema, así como la respuesta habitual, puede ser útil formularse preguntas tales como: a) Descripción del problema: ¿Qué sucede, ha sucedido o dejado de suceder que me molesta?, ¿dónde sucede?, ¿cómo sucede?, ¿cuánto tarda en reaccionar?, ¿por qué lo hago?... b) Descripción de la respuesta: ¿qué hago o dejo de hacer en esa situación? ¿cuándo y cómo lo hago? ¿cuánto tarda en reaccionar? ¿por qué lo hago?...
3. Generar posibles respuestas alternativas al problema. Cuantas más alternativas de solución o más conductas haya para hacer frente a un problema, más fácil será escoger una adecuada. Por otro lado, dedicarse a generar posibles alternativas permite considerar desde más puntos de vista la situación. Esta obligación de generar alternativas también inhibe la tentación de actuar impulsivamente cuando aparece el problema. A la hora de generar las alternativas de respuesta conviene adoptar una postura abierta, todas valen, no es el momento de juzgar cuáles son buenas y cuales no, simplemente es el momento de buscar qué conductas podrían llevarse a cabo.
4. Toma de decisiones. Una vez generadas las alternativas de respuesta es necesario, en primer lugar, establecer los criterios con los que se evaluará la idoneidad de esas alternativas, destacando la importancia que se da a cada criterio. Una vez establecidos los criterios, se evalúa cada alternativa puntuando el valor que tendría para conseguir cada uno de los objetivos establecidos.
5. Verificación. El objetivo de este último paso es constatar si efectivamente la respuesta o solución que se ha adoptado es tan eficaz como se juzgó y consigue poner fin al problema. Una vez seleccionada la alternativa de respuesta se ha de establecer el período de tiempo durante el que se llevará a cabo, y durante este no se puede volver a cuestionar la solución del problema. Si, pasado este tiempo, no alcanza la solución, es necesario volver a los pasos anteriores (básicamente al 4).

La utilización de esta técnica de solución de problemas será más eficaz cuando más se haya practicado. Ha mostrado ser eficaz en situaciones tales como:

- Casos de pérdidas de personas importantes, como divorcios, abandonos, muerte de pareja,...
- Cambios importantes, como de la zona de residencia, de trabajo, o de estado civil...
- Personas que necesitan reinsertarse en la comunidad, como exdrogadictos, exalcohólicos, exfumadores, exjugadores,...), personas que han pasado alguna temporada recluidas en hospitales, cárceles, colegios o comunidades aisladas.
- Personas que deciden dar un cambio importante en su vida, trabajadores que cambian su actividad laboral, ejecutivos agresivos que dejan de serlo, deportistas que dejan el deporte...

4) LA VISUALIZACIÓN

esta técnica básicamente cognitiva, ha sido utilizada fundamentalmente para reducir el dolor, facilitar la relajación y acelerar la recuperación de dolencias físicas. Se trata de una técnica basada en la sugestión, y por tanto, en la propia capacidad del cerebro para producir sustancias o enviar informaciones apropiadas para reducir el dolor o relajar un músculo concreto. Su procedimiento es el siguiente: primero se relaja al paciente hasta conseguir un estado favorable para la imaginación; Posteriormente la persona afectada elaborará una serie de imágenes dirigidas a producir el efecto deseado sobre el organismo.

Si el objetivo de la visualización es aliviar un dolor físico en alguna zona del cuerpo, los procedimientos pueden ser variados. El más usual es imaginar que un elemento prodigioso se introduce en el torrente sanguíneo y anestesia el área afectada. Son muchos y muy potentes los usos de una técnica como la visualización, sin embargo, su eficacia dependerá en gran medida de la facilidad que tengan las personas para producir imágenes, pues utiliza el poder de la mente para crear imágenes como un elemento prodigioso que se introduce en nuestro cuerpo para aliviarnos.

Existen técnicas encubiertas que se sirven de la capacidad que tienen las imágenes para provocar las mismas emociones que se experimentarían si se estuviera en una situación similar.

Conclusiones

Hemos considerado solamente las técnicas más experimentadas y difundidas actualmente, quizás las de más utilidad para el médico general en su trabajo diario. Debemos destacar que el cognitivismo y el conductismo, como escuelas psicológicas, pueden contrastar sus principios científicamente y de ahí que, no solo hagan de la psicología una ciencia, sino que sus terapias demuestran utilidad y eficacia.

Realizado por:

Ada M. Casal Sosa. Profesora Auxiliar. PP Psicología. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García. PP ISCMH

TEMA I: RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA PSICOSOCIAL .

Orientaciones generales:

- Para lograr datos confiables deberá entrevistar al paciente con la mayor privacidad posible.
- No trate de obtener todos los datos en la primera entrevista, debe ganarse su confianza.
- Si el paciente rechaza dar algún dato no insista. Trate de obtener dicha información mediante preguntas indirectas.
- Explore todas las áreas que se le proponen en el instructivo.
- Formule las preguntas al paciente de un modo adecuado a su nivel cultural.
- No formule preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos. No sugiera respuestas.
- La forma de preguntar debe adecuarlas a los rasgos de personalidad del paciente.
- Debe utilizar el instructivo como una guía a consultar y no como un cuestionario a aplicar al paciente.
- En caso de que aparezcan situaciones conflictivas para el paciente, memorícelas y no las escriba en ese momento.

GUÍA:

1. Datos de identidad personal:

a. Nombre

b. Edad

c. Sexo

d. Raza

e. Lugar de nacimiento

f. Estado Civil

g. Dirección

h. Teléfono

2. Motivo de consulta

3. Historia de la enfermedad actual (Indagar posibilidades de influencia de factores psicosociales en la etiología del motivo de consulta).

4. Historia personal

a. Antecedentes patológicos personales

b. Antecedentes patológicos familiares

c. Nacimiento y desarrollo (parto a término, eutócico o distócico, utilización de fórceps, espátulas, instrumental, cesárea. Institucional o no). Explorar aquellos elementos del desarrollo psicomotor que pueda conocer (edad a la que caminó, controló esfínteres, dominó el lenguaje, etc. Constatar con los conocimientos de la Psicología Médica I sobre normalidad en esta esfera).

d. Hábitos alimentarios (cantidad, calidad y variedad. Regularidad en los horarios.)

e. Hábitos de vida

f. Aspectos socioeconómicos (incluye características de la vivienda, ingreso total del núcleo, ingreso per cápita, índice de hacinamiento, relación de conviventes trabajadores que sostienen el hogar).

g. Historia escolar y escolaridad actual (incluye adaptación general a la escuela, grados repetidos, aprovechamiento, relaciones con alumnos y profesores, desarrollo vocacional).

h. Historia ocupacional. Trabajo actual (incluye valoración de la estabilidad laboral, satisfacción laboral y vocacional, relaciones con compañeros y autoridades, valoración de los cambios de trabajo, sanciones administrativas, metas laborales).

i. Historia psicosocial familiar (convivencia actual. Hogar de crianza, personas que lo componían y relaciones entre ellos. Celos, rivalidades, antagonismos, figuras de apoyo. Caracterización de padres, hermanos y/o personas de significación. Orden de nacimiento. Vivencias de esa etapa. Atmósfera afectiva del hogar. Indagar presencia de alcoholismo en la familia, delincuencia, creencias religiosas. Divorcios.)

j. Historia psicosexual (Características de la relación actual de pareja. Estabilidad amorosa. Información aportada por los padres en su momento sobre el área sexual. Existencia de alguna disfunción o desviación sexual. Repercusión de la enfermedad en esta área.)

k. Relaciones sociales (medio familiar, laboral, político-social, religioso, etc.)

l. Intereses culturales y recreativos. Empleo del tiempo libre

m. Posición filosófica y política. Grado de integración con su medio.

5. Revisión psicosocial de sus problemas actuales (familiares, amorosos, laborales, económicos, matrimoniales, de vivienda, sentimentales, etc.) y grado en que se siente afectados por ellos.

6. Reacción ante la enfermedad.

a. Apática o subestimación: no participa adecuadamente en el tratamiento, no sigue un régimen de vida ajustado a su patología, es indolente.

b. Adecuada: participa en el tratamiento y lleva un régimen de vida acorde, preocupación racional y lógica ante la enfermedad.

c. Exagerada o sobrestimación: preocupado en exceso por su enfermedad.

7. Observaciones y conclusiones.

Informe de la Historia Psicosocial.

Objetivos:

- Identificar los principales aspectos psicológicos y sociales de los pacientes, que han incidido en su enfermedad somática.
- Señalar los principales aspectos psicológicos y sociales que repercuten en la reacción ante la enfermedad.

El alumno deberá entregar un informe que constará de las siguientes partes:

- Introducción: datos personales del paciente, motivo de consulta, diagnóstico y un breve resumen de datos de la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.
- Desarrollo: incluye los datos psicológicos y sociales del paciente, es decir, la historia psicosocial.
- Conclusiones: se hará un análisis sobre los factores psicosociales y la influencia de estos sobre la enfermedad, señalándose los rasgos de personalidad observados. Se recogerá la reacción del paciente ante la enfermedad.

TEMA I: RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
CALSE PRÁCTICA DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Objetivos:

- Identificar los factores que intervienen en el Cuadro Interno de la Enfermedad
- Valorar la relación médico paciente (RMP) establecida, sobre la base del Cuadro Interno de la Enfermedad

Bibliografía: Texto complementario Psicología Médica II.

Tareas del estudiante :

1. Leer la bibliografía orientada para el tema
2. Esclarecer las dudas con el facilitador, tutor o asesor de la asignatura
3. Aplicación de la guía de Cuadro Interno de la Enfermedad al paciente que le corresponda
4. Elaboración de la guía y análisis de los datos obtenidos

Informe a entregar al facilitador:

- Datos generales del estudiante y del paciente
- Análisis de los datos obtenidos (aspecto 6 de esta guía)
- Anexos (guía con los datos recogidos al paciente)

Tareas del facilitador :

1. Leer la bibliografía orientada para el tema
2. Esclarecer las dudas con el Profesor Principal de la asignatura, elaborar clave para su evaluación y determinación del número de cuadros internos y el tiempo establecido para su entrega
3. Analizar con los estudiantes los elementos del Cuadro Interno de la Enfermedad y su importancia para el Médico General Básico.
4. Orientar a los estudiantes la confección del Cuadro Interno de la Enfermedad y el tiempo establecido para su entrega

GUÍA PARA LA CLASE PRÁCTICA DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Datos generales:

Nombre del Paciente: _____ Edad:

Escolaridad: _____ Ocupación:

Dirección: _____

Motivo de Ingreso o de Consulta:

1) Carácter de la enfermedad: Aguda____ Crónica____ Tratamiento Clínico____

Tratamiento Quirúrgico____ Tratamiento ambulatorio____ Pronóstico:

2) Circunstancias en que transcurre la enfermedad:

Dificultades escolares _____

Dificultades laborales _____

Problemas familiares _____

Metas frustradas _____

Existencia de grupos de apoyo _____

Otras circunstancias _____

3) Personalidad premórbida

Rasgos de personalidad _____

Reacción emocional ante la ausencia de salud _____

Lugar que presente la salud en su escala de valores _____

Conocimientos médicos acerca de la enfermedad que posee _____

4) Posición social del paciente _____

5) Percepción de la enfermedad

Adecuada ____ De sobreestimación ____ De subestimación ____

6) Analice, a partir de los datos obtenidos:

a) Cómo influyen, de forma general, el carácter de la enfermedad, las circunstancias de la misma, la personalidad premórbida y la posición social del paciente en la percepción que este posee de su enfermedad.

b) De ser inadecuada la percepción de la enfermedad, cuál o cuáles de los componentes del cuadro interno están influyendo

c) Calidad de la Relación Médico Paciente establecida