



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN

DE FACTORES PSICOSOCIALES

Prof. Dr.R. Bernardi
Prof. Agdo Dra. T. Ceretti
Prof. Agdo Dra. L. Schwartzmann

PROTOCOLO 1: IDENTIFICACION Y MANEJO DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Objetivos específicos:

1. Listar los principales problemas psicosociales que el médico de atención primaria debe incluir a nivel de su actividad diagnóstica y terapéutica.
2. Ofrecer criterios sobre la entrevista médica, útiles para la inclusión los problemas psicosociales en el acto médico y su manejo en la relación médico-paciente.
3. Dar criterios generales sobre la conducta a seguir frente a estos problemas.

1.- Definición de problema psicosocial

Se entiende por problemas psicosociales aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno.

- La OMS propuso incluir los factores psicosociales dentro de una evaluación multiaxial del estado de salud, dado el papel que estos factores desempeñan a nivel etiológico, clínico, pronóstico y en la conducción del tratamiento.
- Este protocolo incluye dentro de la categoría de problemas psicosociales *los trastornos mentales identificados como tales, así como el conjunto más amplio de situaciones psicosociales que requieren la atención del médico por su relación con la salud*, tal como se especifica en la definición (v.s.).
- **Los problemas psicosociales serán clasificados en cuatro ejes, de acuerdo al área en que se manifiestan: biomédica, psicológica, social y de la relación asistencial.**
(Cuando se haga mención a trastornos clínicos clasificados por el DSM-IV de Atención Primaria -Diagnostic and Statistical Manual de la American Psychiatric

Association- se hará referencia a la categoría correspondiente de dicho manual., el cual es el de uso más extendido en nuestro medio.)

- Desde el punto de vista de la práctica médica cotidiana se justifica incluir en este protocolo tanto los problemas psicosociales que no configuran un cuadro clínico definido, como las formas subclínicas o subumbral y los trastornos clínicos definidos, dado que constituyen un continuum de situaciones a las cuales debe hacer frente el médico del primer nivel de atención.
- Existen trastornos de la salud mental que conviene que permanezcan en la órbita del médico de atención primaria (ej.: trastornos por somatización), mientras ciertos problemas psicosociales (ej.: crisis familiares) pueden requerir ayuda especializada del personal de salud mental.

• Por lo común los problemas psicosociales requieren *un enfoque situacional global*. No se limitan a problemas psicológicos o psiquiátricos internos de la persona, sino que abarcan también situaciones o contextos *relacionales* que pueden ser disfuncionales desde el punto de vista de la salud. Esto quiere decir que junto con el individuo que es el blanco de la acción médica, deben considerarse los distintos niveles del entorno (familiar, comunitario) a los cuales está relacionado. *Estos factores contextuales no sólo juegan un papel en el desencadenamiento del problema o trastorno, sino que con frecuencia condicionan la eficacia de la intervención médica.*

2.-Alcance del protocolo

- Este protocolo está diseñado para la consulta ambulatoria de pacientes adultos con médicos de atención primaria. Las situaciones especiales planteadas por niños, adolescentes o personas de tercera edad o por pacientes internados requieren consideraciones especiales que no se incluyen aquí.
 - ◆ Busca incluir los problemas psicosociales como parte de la historia clínica, integrándolos a la anamnesis y al examen.
 - ◆ Pretende mejorar la capacidad de detección de estos problemas por parte del médico de atención primaria mediante el uso de técnicas especiales de tamizaje (screening) (Ver protocolo 3)
 - ◆ Apunta a contribuir a una mejor evaluación y manejo de la situación biomédica, es decir, de la enfermedad orgánica; detectando factores que puedan influir en su evolución
 - ◆ Promueve el desarrollo de acciones específicas en el plano psicosocial a saber:

◆ Identificar problemas psicosociales

- Fortalecer la relación médico- paciente conociendo el contexto psicosocial del paciente, su soporte social, situación vital y curso de vida. **El médico no debe olvidar que él es la droga más usada (Balint).**
- Conocer la disposición y posibilidades para colaborar en el tratamiento
- Formular las consideraciones diagnósticas y el plan terapéutico tomando en cuenta lo anterior.
- Plantear las intervenciones preventivas o terapéuticas acordes al problema identificado.
- Evaluar la posibilidad de consulta o derivación con especialista del campo de la salud mental o con otros técnicos, según las características del problema.

3. Consideraciones sobre la forma de elaboración y uso del protocolo

- ❖ Como se dijo en la Introducción general, los protocolos no sustituyen ni el conocimiento básico general del médico, ni el arte clínico de aplicar este conocimiento a casos individuales. Sus recomendaciones tienen sentido en el contexto de una visión de la **relación médico-paciente como encuentro interpersonal, es decir, de una interacción entre dos personas, que si bien tienen roles distintos y específicos, están unidas en el acto médico por existir entre ellas una relación asistencial humana.**
- ❖ Dentro de este marco el protocolo busca reflejar el consenso médico sobre las conductas más adecuadas a nivel diagnóstico y terapéutico. *Busca establecer el marco general para realizar acciones específicas, más que detallar estas acciones.*
- ❖ El tipo de evidencia disponible pertenece en su mayoría al nivel III (***) , (ver punto 1.4)
Dado que existe un creciente número de investigaciones que buscan establecer una evidencia más firme en este campo, (ver al respecto, por ej., los proyectos de la Cochrane Library) resulta aconsejable una revisión periódica de este protocolo.
- ❖ La consideración de los problemas psicosociales debe prestar especial atención a las características sociales y culturales de cada medio, así como a los criterios médicos más firmemente establecidos y de carácter universal. En este sentido se dió especial énfasis a los materiales y criterios empleados para la docencia en la Facultad de Medicina.

4. ÁREAS CUBIERTAS POR EL PROTOCOLO

--

Las acciones descritas por este protocolo deben darse en el marco de un encuentro interpersonal, es decir, en el marco de una relación médico-paciente que constituye una interacción entre dos personas, que si bien tienen roles distintos, están unidas por existir entre ellas una relación asistencial humana.

Para mayor claridad, los problemas y trastornos psicosociales serán clasificados en cuatro áreas o ejes:

- ❖ los aspectos biomédicos de la enfermedad;
- ❖ las características psicológicas del paciente;
- ❖ las características del medio sociofamiliar y
- ❖ las características de la relación asistencial entre médico y paciente.

4.1 Problemas debidos a la situación biomédica

- *CONCEPTO GENERAL.- La enfermedad orgánica tiene siempre una repercusión psicosocial. Estas repercusiones son variables, yendo desde la puesta en juego de los mecanismos normales de adaptación a la situación de enfermedad, hasta graves perturbaciones psicofísicas y de las relaciones sociales.*

- Por dicha razón, la primer área a considerar es la identificación de problemas psicosociales relacionados con la situación biomédica. Dentro de esta área existen diferentes tipos de problemas:
- Efectos directos sobre el estado mental o el comportamiento provocados por los desequilibrios fisiológicos debidos a la enfermedad orgánica o a los fármacos empleados en el tratamiento.

Cuando el médico constata la existencia de trastornos psíquicos debe preguntarse, en primer lugar, si están en relación directa con los desequilibrios fisiológicos causados por una enfermedad física o por medicamentos.

- **Es importante tener siempre presente que existen distintos tipos de relación entre enfermedad física y trastornos mentales o del comportamiento:**
 1. **La alteración psíquica puede ser la consecuencia directa del desequilibrio fisiológico** (p. ej., un cuadro confusional puede deberse a un trastorno neurológico, metabólico, etc.)

2. La relación entre ambos trastornos puede estar mediada por factores psicológicos (p. ej., la depresión o la ansiedad pueden no deberse a los cambios fisiológicos producidos por la enfermedad, sino constituir una reacción psicológica ante el hecho de estar gravemente enfermo).

3. Pueden ser independientes entre sí (por ej., tratarse de un episodio depresivo que es parte un trastorno bipolar que coincide con una enfermedad física), o

4. Puede tratarse, a la inversa, de condiciones psíquicas que afectan el funcionamiento físico (p. ej., la depresión puede afectar la nutrición, o la ansiedad el funcionamiento cardiovascular).

- Cuando los trastornos mentales son causados en forma directa por la enfermedad orgánica además de existir perturbaciones fisiológicas que se sabe que se asocian a los trastornos psíquicos, suele existir una relación temporal entre ambos fenómenos y el tratamiento de la situación médica trae alivio al sufrimiento psíquico. Sin embargo el trastorno mental puede anteceder a los síntomas orgánicos (p. ej. un estado depresivo puede ser la primera manifestación de un trastorno neurológico) o persistir una vez tratada la enfermedad orgánica (p. ej., los trastornos del humor pueden continuar una vez corregida una disfunción tiroidea).
- Los trastornos mentales que son una consecuencia directa de una enfermedad orgánica suelen presentar características atípicas en su curso, síntomas, o edad de comienzo. La acentuación de los trastornos cognitivos o de las repercusiones físicas también deben hacer sospechar organicidad (p. ej., un cuadro depresivo moderado con una marcada astenia o elementos confusionales).
- Si bien el tratamiento de la enfermedad orgánica es fundamental, los trastornos en la esfera mental pueden requerir el tratamiento sintomático correspondiente.

• Frente a la aparición de síntomas psíquicos en enfermos orgánicos que están siendo medicados, se debe evaluar siempre los efectos posibles de los fármacos.

- Para realizar el diagnóstico y tratamiento es útil tomar en cuenta:
 1. el tipo de acción específica del fármaco;
 2. la relación temporal con el inicio o suspensión del fármaco (cuadros de intoxicación o de abstinencia);
 3. la presencia de síntomas atípicos o la edad no habitual de aparición del trastorno.
Según el fármaco los síntomas pueden persistir un tiempo prolongado (hasta varias semanas) después de suspendido el fármaco.
 4. La terapéutica apunta a la suspensión del fármaco causante y al tratamiento sintomático. Sin embargo la suspensión del fármaco debe ser considerada en función de su necesidad para el tratamiento de la enfermedad de base, por un lado, y de la gravedad de los efectos secundarios, por otra parte

- Puede ser necesario y a la vez difícil evaluar si los trastornos psicológicos son consecuencia directa de los cambios fisiológicos producidos por la enfermedad, o una reacción psíquica ante la situación de enfermedad, una consecuencia de los fármacos empleados o un problema de comorbilidad (P. ej., en el caso de trastornos del humor en un paciente portador de un lupus tratado con corticoides).
- **Efectos debidos a la repercusión psicosocial atribuible a determinadas características de la enfermedad orgánica:**

Ciertas enfermedades físicas crean situaciones sobre el paciente y su entorno que no son fáciles de superar y que pueden dar origen a distintos tipos de reacciones psicosociales más o menos disfuncionales.

- La enfermedad orgánica muchas veces tiene un carácter de estigma social (Sida, cáncer, tuberculosis), que el médico debe ayudar a demitificar.

A modo de ejemplo corresponde mencionar:

- **Enfermedades agudas**, en especial cuando existió **una amenaza a la vida o a la integridad física** (ej., temor de secuelas, de tratamientos mutilantes o de cronificación de la enfermedad).
- **Maniobras diagnósticas o terapéuticas invasivas.**
- **Enfermedad crónica** que trae **cambios significativos del estilo o la calidad de vida.**
- **Dolor agudo o crónico.**
- **Enfermedades con significado social estigmatizante** (Sida, tuberculosis, cáncer).

Debido a la suma de factores: Ej.: cáncer

Los factores relacionados con la relación médico-paciente (p. ej., incertidumbre diagnóstica, diferentes opiniones médicas, dilución de la responsabilidad, toma de decisiones difíciles, etc. serán considerados en el eje asistencial. Aquellos en los que tienen un peso marcado las características psicológicas o sociales del individuo serán considerados en el eje psicológico.

4.2 Problemas relacionados con las características psicológicas del paciente

CONCEPTO GENERAL: Las características psicológicas del paciente interesan al médico general por distintas razones.

- *Pueden ser la manifestación de trastornos mentales que deben ser atendidos por el médico general o derivados a especialista*
- *. Pueden también constituir cuadros subclínicos o rasgos de personalidad que influyen en la salud y en los tratamientos médicos, p. ej., dificultando la*

adaptación psicológica del paciente a una enfermedad definida, conduciendo a estilos de vida no saludables o favoreciendo desequilibrios fisiológicos.

- *Por último, constituyen siempre factores importantes que deben ser tenidos en cuenta para afianzar la relación médico-paciente y para fortalecer la adherencia al tratamiento.*

- **Características psicológicas que dificultan la adaptación a la enfermedad.**

- La enfermedad orgánica pone en juego *mecanismos concientes* de afrontamiento o manejo de la situación y *mecanismos inconcientes* de defensa contra la angustia que, según el caso, pueden resultar beneficiosos o perjudiciales. Un caso típico es la negación de la enfermedad, de sus consecuencias o de la necesidad de tratamiento.
- El médico debe estar atento a los efectos de estos mecanismos e intervenir en consecuencia.
- La adecuación de los mecanismos de defensa y afrontamiento permite mantener el mejor nivel de calidad de vida permitido por la enfermedad.

- **Trastornos de adaptación.**

Las dificultades de adaptación pueden tener expresión clínica y dar lugar a un cuadro clínico denominado trastorno de adaptación, el cual puede ser agudo (menos de 6 meses de duración) o crónico (duración mayor de 6 meses). Este cuadro se caracteriza por manifestaciones de ansiedad, depresión o comportamientos sociales inadecuados, que desbordan la reacción esperable y deterioran la actividad social o laboral.

- **Factores psicológicos que predisponen, desencadenan o exacerban trastornos orgánicos**

- *Estilos de vida desadaptativos*

- Alimentación inadecuada
- Sedentarismo
- Promiscuidad sexual
- Estrés crónico.

- *Rasgos de personalidad y modos de funcionamiento mental que constituyen factores de riesgo.*

Ciertos tipos de personalidad se han mostrado como factores de riesgo para diversas enfermedades P. ej.,: personalidad tipo A (hostilidad, hiperactividad, competitividad), etc.

- **Depresión** (Ver protocolo 4).

- **Ansiedad**

El término ansiedad denomina un estado de temor y preocupación intensas. Este temor y preocupación puede ser normal, cuando se trata de momentos que están en relación con la causa que los provoca y favorecen la puesta en marcha de mecanismos para hacer frente a la situación. Es patológica cuando no guarda proporción con la causa, es disfuncional y tiende a configurar un cuadro con manifestaciones psíquicas de inquietud o pánico, y expresiones somáticas y motoras del mismo tipo (algunas de las cuales, como la hiperventilación, dan origen a su vez a nuevos síntomas).

Los trastornos por ansiedad presentan diferentes formas clínicas:

- Ansiedad debido a una enfermedad médica
- Ansiedad debida a sustancias (alcohol, drogas, o fármacos)
- Ataques de pánico recurrentes
- Ansiedad generalizada, de duración mayor a 6 meses, experimentada en una variedad de situaciones.
- Relacionada a situaciones específicas (fobias)
- Relacionada a la separación (en niños)
- Relacionada a pensamientos o actos recurrentes (obsesiones)
- Relacionada a la reexperimentación de acontecimientos marcadamente traumáticos, con duración menor a las 4 semanas (Síndrome de estrés agudo) o mayor a 4 semanas (trastorno por estrés postraumático)
- Relacionada con la dificultad de adaptarse a una situación estresante y acompañada o no de depresión

PRESTAR ATENCIÓN A:

- Distinguir las formas normales de temor o preocupación, ligadas a situaciones vitales de distinto tipo, de las formas patológicas.

- Distinguir los estados de ansiedad que mejoran con medidas transitorias de apoyo social o consejo, de aquellas que requieren psicofármacos o psicoterapia.
- **En todo momento debe evitar dar ansiolíticos en forma indefinida, favoreciendo la dependencia del fármaco.**
- **Si los ansiolíticos deben ser mantenidos por más de dos meses, corresponde la consulta con psiquiatra.**

- **Síntomas físicos que no se explican por una enfermedad médica**
- Múltiples síntomas físicos reiterados sin base orgánica (**Trastorno por somatización**)
Corresponde señalar el papel del médico de atención primaria en los *trastornos por somatización.*, que requeriría un protocolo específico
- Síntomas aparentemente neurológicos no confirmados (**Trast. por conversión**)
- Dolor, exacerbado por factores psicológicos (**Trastorno por dolor**)
- Preocupación exagerada por poseer una enfermedad (**Hipocondría**) o un defecto físico (**Trast. dismórfico corporal**)
- Fingimiento interesado (**Simulación**) o sin beneficio apreciable (**Trastorno facticio**)

- **Trastornos cognitivos**

- Con predominio del déficit atencional : **Confusión mental** (delirium)
- Con déficit de la memoria y otras funciones cognitivas: **Demencias**
- Con déficit exclusivo de la memoria: **Trastorno amnésico.**
- Déficit del desarrollo intelectual: **Retraso mental.**

- **Consumo problemático de sustancias.**

- Pauta de consumo problemática, sin dependencia: **Abuso de sustancias**
- Pérdida del control del consumo: **Dependencia de sustancias**
- Síntomas debidos al consumo reciente: **Intoxicación por sustancias** (Trastornos de ansiedad, del estado del ánimo - depresión o manía-, psicóticos, sexuales o del sueño inducidos por sustancias)
- Síntomas relacionados son la suspensión o reducción del consumo: **Abstinencia de sustancias** (Trastornos de ansiedad, del estado del ánimo - depresión o manía-, psicóticos, sexuales o del sueño inducidos por sustancias)
- **Déficit cognitivos** relacionados con el **consumo excesivo o prolongado de sustancias**
- Sospecha no confirmada que requiere seguimiento.

- **Alteración del sueño**

- Relacionado a trastornos del ritmo sueño-vigilia (cambios de horarios)
- Acontecimientos durante el sueño: pesadillas, sonambulismo, etc.
- Insomnio

- Somnolencia excesiva: Narcolepsia, trastornos relacionados con la respiración; Hipersomnia
- Disomnia no clasificada
- **Trastorno Sexual**
 - Trastorno del deseo
 - Trastorno de la excitación
 - Trastorno del orgasmo
 - Dispareumia o Vaginismo

Es importante que el médico esté atento a las limitaciones que la enfermedad orgánica puede imponer a la sexualidad. Estas limitaciones pueden deberse a razones fisiológicas, pero también a motivos de temor, vergüenza o desinformación. El médico debe alentar al paciente a preguntar al respecto, sabiendo que de lo contrario éste puede imponerse restricciones injustificadas, en un momento en que tiene más necesidad de fortalecer sus vínculos íntimos.

- **Problemas de peso o de alimentación**
 - Anorexia
 - Bulimia
 - Pérdida o ganancia excesivas de apetito o peso.
- **Psicosis**
 - Episodios maníacos o depresivos con síntomas psicóticos
 - Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo
 - Trastorno delirante.
- **Trastornos de personalidad**
 - Personalidad “rara o excéntrica” (paranoide, esquizoide o esquizotípica)
 - Personalidad con rasgos “dramáticos” (antisocial, fronteriza, histriónica o narcisista)
 - Personalidad “ansiosa” (evitativa, dependiente o obsesiva-compulsiva)

Es importante despistar la existencia de ideación suicida en personas con trastorno de personalidad, aún cuando no exista un cuadro depresivo manifiesto. Investigar siempre consumo de alcohol o drogas.

4.3 Problemas relacionados con las características del medio socio-familiar.

CONCEPTO: El medio socio-familiar puede afectar la salud del paciente en tanto fuente de cambios que traen una acumulación de estímulos que exigen un sobreesfuerzo de adaptación, (estrés) y conllevan una mayor vulnerabilidad psíquica y somática. Al mismo tiempo las redes sociales ofrecen una protección frente a los desequilibrios psíquicos y físicos que enfrenta la persona (soporte social). El médico debe rutinariamente evaluar ambos factores.

- **Situaciones vitales estresantes**

Agudas. El estímulo que exige el sobreesfuerzo de adaptación no excede los 6 meses de duración. Estos estímulos pueden tener un significado personal positivo (matrimonio, nacimiento de un hijo, ascenso), como negativo (pérdidas, accidentes, etc.).

- El médico debe estar especialmente atento a las situaciones de **duelo**, por su frecuencia, por la posibilidad de tener una evolución patológica (duelo congelado o patológico) y porque presentan síntomas similares a los de la depresión, pero que requieren una conducta terapéutica diferente.

- **El duelo normal no debe ser confundido con la depresión ni tratado con psicofármacos** (salvo cuando el insomnio es muy molesto) y reacciona favorablemente al apoyo familiar y del entorno.
- El duelo debe ser legitimado y admitido como una experiencia vital que es artificial intentar suprimir; es recomendable que se hable de lo sucedido y se eliciten los sentimientos.
- Los grupos de autoayuda o los programas específicos son útiles.
- Se debe tener en cuenta que existe una mayor vulnerabilidad y que hay que vigilar el riesgo de cronificación.

- Crónicas. Exceden los 6 meses de duración. Entre los estresantes crónicos debe prestarse atención a las situaciones de pobreza y marginación, en las que tienden a acumularse distintos factores de riesgo y una disminución de los factores de protección.

- **Soporte social**

Las redes sociales que proveen soporte material, emocional e informacional constituyen factores de protección de la salud física y mental.

- **El médico debe estar atento a los problemas familiares, en especial:**

- La carencia de soporte familiar y los problemas de soledad de algunos pacientes.
- Los conflictos y disfunciones familiares, acompañados o no de violencia verbal o física, que hacen que la familia se convierta en una fuente de estrés a veces crónico.
- La repercusión en los hijos menores de los problemas familiares, y en especial las situaciones de abuso físico, sexual o negligencia de hijos menores u otros miembros de la familia.
- Las enfermedades de los padres constituyen también sucesos traumáticos severos para los hijos pequeños y el médico debe estar atento a su repercusión.

- **El médico debe estar atento a las dificultades de inserción social y económica del paciente, así como a la carencia de apoyo social de parte de las redes formales o informales.**

Estas dificultades de inserción social pueden estar relacionadas con:

- las etapas del ciclo vital (p. ej., adolescencia, tercera edad);
- con características personales, raciales, económicas, culturales, políticas, etc.;
- con dificultades laborales;
- con la adquisición de nuevos roles a diferente nivel (trabajo, estudio, identidad personal.)

4.4 Problemas vinculados a la relación asistencial

Concepto: Ciertos problemas que enfrentan médico y paciente pueden comprenderse mejor si se enfocan como problemas de la comunicación entre ambos, o, en forma más amplia como problemas propios de la relación asistencial, que, originados en uno u otro de los participantes, afecta luego a ambos:

- **Problemas relacionados con el manejo de la información sobre la enfermedad o el tratamiento.**

1. Problemas por ocultamiento o distorsión de la información dada al paciente.

El médico muchas veces cree proteger al paciente ocultando información sobre dolencias graves. Esto, sin embargo, plantea tanto problemas éticos como psicológicos y muchas veces trae consecuencias desfavorables. Pero tampoco es aconsejable un manejo de la información sin consideración por el estado emocional del paciente, por su deseo de hasta dónde estar informado o por su necesidad de mantener ciertas esperanzas.

La comunicación de malas noticias es una destreza que puede ser aprendida o perfeccionada, y que requiere prestar atención al qué, cuándo, cuánto y sobre todo al cómo transmitir la información.

2. Problemas por incertidumbre acerca del diagnóstico o pronóstico.

Estas situaciones generan ansiedad en el paciente o familiares, la cual tiende a volcarse sobre el médico y puede llevarlo a transmitir un optimismo o un pesimismo excesivo. Lo útil es informar sobre los pasos que se están dando, buscando modular las expectativas y canalizarlas hacia comportamientos útiles.

3. Problemas relacionados con la diferencia de opiniones médicas o con la dilución de la responsabilidad.

En este caso se trata de problemas que deben ser primariamente resueltos dentro del equipo asistencial, evitando su repercusión en el paciente y familiares.

- **Problemas de sobrecarga del equipo asistencial. Síndrome de desgaste o burn-out.**

El médico debe estar atento a la repercusión que su tarea puede tener en sí o en el equipo del cual forma parte. Las situaciones de sobreesfuerzo crónico, con exigencias difíciles de cumplir y poco soporte colectivo, conducen muchas veces a cuadros de desgaste en los ideales, malestar psíquico y físico relacionado con la tarea, conductas inapropiadas, etc. que ha sido denominado síndrome de burn-out. Existen diversas guías acerca de cómo prevenir o hacer frente a este tipo de situaciones.

- **El paciente difícil.**

Ciertos pacientes plantean dificultades especiales al médico, debido a distintas manifestaciones que afectan la relación de cooperación. Tales son, p. ej., los pacientes no cooperativos, hostiles, dependientes en exceso, inhibidos, exageradamente defensivos, con exigencias desmedidas, etc.

- Si bien ciertas reacciones negativas del paciente pueden ser causadas por el médico por descuido o inadvertencia, es importante tener presente que muchas veces estos rasgos forman parte de un trastorno de personalidad.
- Si bien no todos los médicos tienen afinidad con todo tipo de pacientes, y a veces un cambio de médico resuelve la situación, es también necesario considerar que ciertos rasgos de carácter van a manifestarse cualquiera sea el médico tratante. En estos

casos es útil plantearse que el problema de relación forma parte de la patología del paciente y asumir una actitud tolerante a la vez que muy firme en la delimitación de roles y deberes recíprocos.

- **No adherencia al tratamiento** (Ver protocolo 2)

5. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

a). **La historia clínica integral**

- La confección de la historia clínica debe incluir los aspectos psicosociales.

- *Durante la anamnesis:*
 - - Los datos de la **ficha patronímica** deben servir para establecer una relación personalizada
 - El **motivo de consulta** (y la exploración de posibles demandas no expresadas) constituyen el punto de arranque de la colaboración mutua.
 - El interrogatorio de la enfermedad actual debe facilitar **la investigación del estado emocional del paciente y sus ideas y creencias sobre la enfermedad y el tratamiento.**
 - - La historia médica personal, familiar y social debe incluir **los datos biográficos relevantes del paciente, las situaciones vitales estresantes que atravesó o atraviesa y el soporte social y familiar de que dispone.**

b) El examen físico :

- *Debe acompañarse de datos sobre el estado mental (conciencia, humor, pensamiento, funciones cognitivas), así como indicadores de su actitud hacia la enfermedad, la consulta con el médico y la necesidad de tratamiento.*
- Es útil que el médico preste atención a sus reacciones ante el primer contacto con el paciente, pues forman parte del necesario autoconocimiento y muchas veces ponen sobre aviso de la existencia de factores de ambos lados que pueden dificultar la relación futura.
- Los problemas psicosociales encontrados pueden requerir consultas especiales, dedicadas exclusivamente a su abordaje.

6. SOBRE LA FORMULACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Inclusión de los problemas psicosociales en la formulación del plan terapéutico.

Desde el punto de vista del tratamiento, el mayor conocimiento de los problemas psicosociales es necesario:

- Para personalizar el tratamiento de las enfermedades biomédicas, ajustándolo a las características y circunstancias de cada paciente, y para favorecer la colaboración médico-paciente y la adherencia al tratamiento.
- Para identificar trastornos mentales que necesitan tratamiento.
- Para identificar problemas psicosociales que constituyen situaciones de riesgo que necesitan atención, vigilancia o algún tipo de intervención psicosocial.
- Para brindar una atención personalizada de las enfermedades biomédicas.

El médico de atención primaria y el tratamiento de los trastornos mentales

- **Recursos terapéuticos**

◆El plan terapéutico siempre deberá evaluar la utilización de recursos de orden farmacológico, psicoterapéutico y medidas de orden familiar y social (apoyo, reeducación, rehabilitación, etc).

No es admisible el uso de uno solo de estos recursos sin considerar los otros y sin formular un plan terapéutico. P. ej., ante una situación de ansiedad, es inadmisibles la sola indicación de benzodiazepinas, sin evaluar otros recursos y sin indicar cuando será reevaluada su administración. Estas prácticas que no son infrecuentes conducen a un uso inadecuado, abuso, o incluso dependencia de los psicofármacos en la población. Del mismo modo, aunque varios tipos de psicoterapia sean un recurso de eficacia, efectividad y eficiencia comprobada, no es aceptable su uso sin una evaluación de los otros recursos disponibles.

◆El médico de atención primaria deberá evaluar en cuándo es necesaria la colaboración del especialista de salud mental y qué tipo de especialista.

- **Criterios para el uso de los recursos terapéuticos.**

La pregunta de qué tipo de recursos usar y por quién debe guiarse por las siguientes características del trastorno o problema:

- NATURALEZA DEL TRASTORNO O PROBLEMA PSICOLÓGICO.

¿Qué tipo de intervención resulta más eficaz?

¿Qué tipo de formación es necesaria para efectuarla?

- SEVERIDAD.

¿Cuán intensas son sus manifestaciones y el sufrimiento que produce?

¿Hasta dónde afecta la vida del paciente?

¿Existe riesgo de auto o heteroagresión?

Como regla general los cuadros más severos requieren consulta o derivación a médico psiquiatra.

- CRONICIDAD:

¿Cuánto tiempo lleva el problema o trastorno sin tratamiento?

¿Cuánto tiempo desde que se inició el tratamiento?

Como regla general si un cuadro de ansiedad o depresión tratado por el médico de atención primaria con psicofármacos y medidas de apoyo no mejora en dos meses, conviene la consulta o derivación a especialista.

- COMPLEJIDAD:

¿Tiene el paciente otros trastornos o problemas (comorbilidad)?

¿Han habido tratamientos previos? ¿Han sido exitosos?

¿Hay otros profesionales de la salud actuando?

Como regla general los trastornos más complejos requieren consulta o derivación a especialista.

- - DISPOSICIÓN Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE:

- ◆ Hacia los psicofármacos:

¿Los rechaza? ¿Está preocupado por sus efectos secundarios?

¿O por el contrario, confía únicamente en ellos?

¿Existen antecedentes de adicciones? ¿Está en condiciones de controlar la medicación o necesita de la familia o un tercero para administrarlos?

Como regla general el médico no debe indicar psicofármacos sin evaluar el contexto, explicar claramente la acción de los fármacos al paciente y/o familiares y prestar atención a la actitud del paciente y al uso que hace de ellos.

- Hacia las psicoterapias:

- ¿Prefiere tratamientos de qué tipo y duración?
- ¿Orientados hacia la exploración de sí mismo?
- ¿Ve los problemas o síntomas relacionados con las experiencias de su vida?
- ¿Está interesado en pensar en qué causa sus problemas o principalmente en librarse de sus síntomas?
- ¿Qué grado de capacidad tiene para tolerar la frustración emocional y el dolor psíquico?
- ¿Tiene una historia de dificultad para tolerar estados de malestar emocional sin actuar inmediatamente buscando alivio, p.ej., abandonando los tratamientos prematuramente o llevando a cabo conductas de riesgo?

Las psicoterapias han demostrado eficacia, efectividad y eficiencia

. El medico de atención primaria es muchas veces consultado al respecto (en otros sistemas de salud, como el británico, cumple un papel importante en la derivación y seguimiento de los pacientes que necesitan psicoterapia).

- *Los factores asociados al éxito de una terapia son múltiples, siendo el tipo de trastorno un indicador débil. En general los cuadros sintomáticos agudos mejoran con terapia cognitivo-conductual, mientras los problemas de personalidad requieren psicoterapias de larga duración, p. ej., de tipo psicoanalítico. Las cualidades del psicoterapeuta y las características del paciente (p.ej., motivación) son predictores significativos.*

- *En líneas generales, la búsqueda por parte del paciente de tratamientos breves y estructurados, que intenten aportar rápidamente un alivio frente a los síntomas y no expongan a revivir situaciones dolorosas es un argumento a favor de las psicoterapias de tipo cognitivo-conductual.*

- *Si el paciente está en cambio interesado en explorar distintos aspectos de su vida, a los que siente relacionados con sus problemas actuales y es capaz de tolerar frustraciones y reexperimentar situaciones dolorosas, en ese caso son aconsejables las psicoterapias de tipo psicoanalíticas (también llamadas psicoterapias dinámicas).*

- *En los cuadros de ansiedad o depresión leves o moderados, los psicofármacos y ciertas psicoterapias tienen resultados similares (con un espectro de acción más amplio en las psicoterapias).*

- *Es un punto de controversia si la combinación de medicación y psicoterapia tiene ventajas sobre su uso aislado, pero es aconsejable combinarlas si no se obtiene mejoría rápida.*

- *En los cuadros graves la combinación de técnicas es eficiente en términos de costo-beneficio.*

- *La psicoterapia puede ser ejercida por médicos o psicólogos con entrenamiento en la técnica a emplear. La indicación de psicofármacos en nuestro país es privativa de los médicos.*

- El counselling o consejería es una actividad poco desarrollada (y enseñada) en nuestro país, mientras es un recurso muy empleado en otros sistemas de salud.

Medidas de orden familiar y social:

- ¿Necesita el paciente un apoyo externo puntual para afrontar situaciones de crisis, clarificar sus sentimientos, comprender las situaciones que está viviendo, percibir mejor las opciones y tomar decisiones?
- ¿Tiene dificultades crónicas para guiarse a sí mismo que hace aconsejable que disponga de una ayuda externa?
- ¿Puede la familia o sus otros significativos darle ayuda?
- ¿Existen grupos de autoayuda (p.ej., alcohólicos anónimos) u otras organizaciones sociales formales o informales que pueden darle ayuda?
- ¿Hasta dónde depende del médico para esta ayuda?

Como regla general el médico debe ayudar al paciente a buscar en su entorno las fuentes de soporte social que necesita, sea en forma puntual, sea en forma duradera. En ciertas circunstancias puede actuar en forma directa frente a ciertos momentos críticos de la vida del paciente, ayudándolo a clarificar sus sentimientos o decisiones. Si brinda consejos, es importante que lo haga teniendo en cuenta en primer lugar la perspectiva, estilo de vida y valores del paciente y no los suyos propios.

- Siempre se debe considerar la utilización de otros recursos profesionales (trabajadores sociales o vinculados a la salud mental) y los recursos de la comunidad: servicios de salud de distinto tipo, educación, grupos de distinto tipo, clubes sociales o recreativos, organizaciones religiosas, etc.
- **Sobre la colaboración entre médicos de atención primaria y especialistas de la salud mental.**
- La colaboración puede darse a diferentes niveles. Puede tratarse de una consulta para ayudar al médico de atención primaria a formular el plan terapéutico. (Se han ensayado con éxito formas de co-consulta).

- Puede también estar destinada a intervenciones terapéuticas focalizadas o para establecer estrategias para fortalecer la adherencia al tratamiento.
- La derivación a especialista es necesaria cuando el trastorno supera los recursos del médico del primer nivel y queda a su cargo hasta que el paciente esté estabilizado.

Es importante sin embargo que el médico de atención primaria no pierda su vinculación con el paciente, y conserve su papel en el cuidado integral del paciente.

Hoja de identificación de problemas

Marque la/s que corresponda/n:

1. EJE BIOMEDICO

- **Efectos directos sobre el estado mental o el comportamiento debidos a la enfermedad orgánica o a los fármacos** empleados en el tratamiento.
- **Efectos debidos a la repercusión psicosocial atribuible a determinadas características de la enfermedad orgánica:**

Enfermedades agudas, en especial cuando existió **una amenaza a la vida o a la integridad física**).

Maniobras diagnósticas o terapéuticas invasivas.

Enfermedad crónica que trae **cambios significativos del estilo o la calidad de vida.**

Dolor agudo o crónico.

Enfermedades con significado social estigmatizante (Sida, tuberculosis, cáncer).

2. EJE PSICOLÓGICO

- **Características psicológicas que dificultan la adaptación a la enfermedad.**
(negación, minimización etc)
- **Trastornos de adaptación.**
- **Factores psicológicos que predisponen, desencadenan o exacerban trastornos orgánicos :**
- Estilos de vida desadaptativos:
- Tipo de personalidad
- **Depresión .**
- **Ansiedad:**

- Ansiedad debido a una enfermedad médica
- Ansiedad debida a sustancias (alcohol, drogas, o fármacos)
- Ataques de pánico recurrentes

- Ansiedad generalizada, de duración mayor a 6 meses, experimentada en una variedad de situaciones.
- Relacionada a situaciones específicas (fobias)
- Relacionada a la separación (en niños y adolescentes)
- Relacionada a pensamientos o actos recurrentes (obsesiones)
- Relacionada a la reexperimentación de acontecimientos marcadamente traumáticos, con duración menor a las 4 semanas (Síndrome de estrés agudo) o mayor a 4 semanas (trastorno por estrés postraumático)
- Relacionada con la dificultad de adaptarse a una situación estresante y acompañada o no de depresión

- **Síntomas físicos que no se explican por una enfermedad médica:**

- Trastorno por somatización
- Trast. por conversión
- Trastorno por dolor
- Hipocondría o Trast. dismórfico corporal
- Simulación
- Trastorno facticio

- **Trastornos cognitivos**

- : Confusión mental (delirium)
- : Demencias
- : Trastorno amnésico.
- : Retraso mental.

- **Consumo problemático de sustancias:**

- Abuso de sustancias
- Dependencia de sustancias
- : Intoxicación por sustancias (Trastornos de ansiedad, del estado del ánimo - depresión o manía-, psicóticos, sexuales o del sueño inducidos por sustancias)
- : Abstinencia de sustancias (Trastornos de ansiedad, del estado del ánimo - depresión o manía-, psicóticos, sexuales o del sueño inducidos por sustancias)
- Déficit cognitivos relacionados con el consumo excesivo o prolongado de sustancias
- Sospecha no confirmada que requiere seguimiento.

- **Alteración del sueño**

- Relacionado a trastornos del ritmo sueño-vigilia (cambios de horarios)
- Acontecimientos durante el sueño: pesadillas, sonambulismo, etc.
- Insomnio

- Somnolencia excesiva: Narcolepsia, trastornos relacionados con la respiración; Hipersomnias
- Disomnias no clasificadas
- **Trastorno Sexual**
- Trastorno del deseo
- Trastorno de la excitación
- Trastorno del orgasmo
- Dispareunia o Vaginismo
- **Problemas de peso o de alimentación**
- Anorexia
- Bulimia
- Pérdida o ganancia excesivas de apetito o peso.
- **Psicosis**
- Episodios maníacos o depresivos con síntomas psicóticos
- Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo
- Trastorno delirante.
- **Trastornos de personalidad**
- Personalidad “rara o excéntrica” (paranoide, esquizoide o esquizotípica)
- Personalidad con rasgos “dramáticos” (antisocial, fronteriza, histriónica o narcisista)
- Personalidad “ansiosa” (evitativa, dependiente o obsesiva-compulsiva)

3.EJE SOCIOFAMILIAR.

- **Situaciones vitales estresantes:**
- Agudas: DUELO
Otras
- Crónicas
- **Soporte social**
- Carencia de soportes informacionales, materiales o emocionales
- Soledad
- Conflictos familiares
- Violencia familiar
- Abuso físico y/o sexual, negligencia
- Dificultades de inserción social

4.EJE ASISTENCIAL

- **Problemas relacionados con el manejo de la información sobre la enfermedad o el tratamiento.**
 - *Problemas por ocultamiento o distorsión de la información dada al paciente.*
 - *Problemas por incertidumbre acerca del diagnóstico o pronóstico.*
 - *Problemas relacionados con la diferencia de opiniones médicas o con la dilución de la responsabilidad.*
- **Problemas de sobrecarga del equipo asistencial. Síndrome de desgaste o burn-out.**
- **El paciente difícil.**
- **Dificultades en la adherencia al tratamiento**