

Mesa redonda 3. Acontecimientos vitales: medicalizando la vida

Moderador: José Ángel Arbesu Prieto

Introducción

José Ángel Arbesu Prieto

Médico de Familia. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.

Medicalizar la vida es convertir un problema personal o social en un problema médico susceptible de ser abordado por los profesionales de la salud.

La medicina como reflejo de la cultura del bienestar genera en ocasiones falsas necesidades, y cada vez más aspectos de nuestra vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar enfermedades falsamente diagnosticadas de “astenia primaveral, baja autoestima o procesos biológicos naturales como la menopausia o el envejecimiento”.

Por lo que medicalizar la vida nos expropia la salud y nos incapacita como individuos.

Así, en las sociedades desarrolladas se da la paradoja de que hay un aumento del número de enfermedades y enfermos, a la vez que mejora el nivel de salud y la longevidad, como refiere el Premio Nobel de Economía Amartya Sen, creador del Banco de los Pobres, que publicó un trabajo que comparaba la salud en EE.UU. y la India, y que concluye que cuanto peor percepción tienen los individuos de su salud, mayor suele ser su esperanza de vida, de lo que se deduce que el concepto de enfermedad no es el mismo en sociedades opulentas que en otras con niveles inferiores de desarrollo económico, aunque habría que reseñar las diferencias en la concepción social y cultural de ambos países.

Están de actualidad el auge de las llamadas “píldoras del estilo de vida”, productos médicos diseñados para combatir “molestias” o características funcionales que en sí mismas no suponen ninguna amenaza para la salud del paciente, pero que repercuten en su sensación de calidad de vida (se estima que el gasto mundial de las mismas será en el 2010 de 40.000 millones de euros).

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2003, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística a petición del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 16% de la población se automedica y el 55% consume fármacos habitualmente, siendo el 61% mujeres y el 48% hombres, lo que puede dar idea de la excesiva medicalización (recuérdese el abusivo uso de antibióticos para viriasis o el de antiinflamatorio no esteroideos (AINE) para artrosis mecánicas) de

procesos leves o que se pueden resolver por sí mismos sin medicación.

Así, cada día acuden a nuestras consultas de AP (Atención Primaria) pacientes con molestias o malestares inespecíficos que no se corresponden con una enfermedad orgánica o mental de diagnóstico preciso, que nos comunican síntomas tanto somáticos como psíquicos de intensidad leve derivados de problemas personales o de relación y desencadenados por estresantes psicosociales como conflictos laborales, familiares, escolares, pleitos, enfermedades graves, duelo, etc.; cuyo diagnóstico viene incluido en el DSM IV-TR y en la CIE 10 como trastornos adaptativos ubicados entre la conducta normal, estados reactivos y enfermedades mentales mayores, y que pese a su elevada incidencia en las consultas (10%-20%) no se han publicado más de 25 trabajos específicos acerca de la validez de su constructo en los últimos 25 años.

Para su diagnóstico se necesita identificar un estresor en los tres meses previos a la presentación de la sintomatología emocional y comportamental, cuya falta de especificidad, fiabilidad y validez son parte de su sello distintivo.

En la práctica clínica diaria el médico de AP, ya sea por falta de tiempo para realizar una óptima entrevista con escucha activa y empática, o por falta de formación en determinadas áreas de la salud mental, resuelve la consulta con la derivación del paciente al nivel secundario, ya sea salud mental u otra especialidad si el paciente presenta como más llamativo algún síntoma somático o prescribe un psicofármaco sin haber intentado el tratamiento con alguna técnica de apoyo psicológico como sería, entre otras, el llamado *counselling*, consejo terapéutico que previa formación y entrenamiento podría ser aplicado por personal sanitario evitando en una primera entrevista el manejo de psicofármacos, que sí podrían estar indicados cuando la terapia psicológica no fuera efectiva o en una evolución del trastorno adaptativo a otras enfermedades mentales que los requieran.

Para finalizar hay que reseñar que ante el aumento de estas y otras patologías en nuestras consultas se necesitaría un esfuerzo inversor tanto de recursos humanos como de formación para poder realizar labores de promoción, prevención y educación para la salud que ayude a los pacientes y familiares a mejorar la calidad de su salud mental, sin la cual la calidad de vida está seriamente mermada.

Presentación clínica de problemas adaptativos

Andoni Candina Astorqui

Psiquiatra. Centro de Salud M. de Ercilla. Bilbao.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (criterio A). La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (criterio B). Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del eje I (por ejemplo trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o del eje II (criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del eje I o del eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante.

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (por ejemplo más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (por ejemplo una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (por ejemplo dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio).

El estresante puede ser un acontecimiento simple (por ejemplo la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (por ejemplo dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (por ejemplo asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (como vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (como ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- Síntomas físicos: palpitaciones, opresión precordial, temblores, hipersudoración, sequedad de boca, dificultad respiratoria, bolo gástrico.
- Síntomas psicológicos: inquietud interior, desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temor a perder

el control, temor a la muerte, temor a la locura, temor al suicidio.

- Síntomas conductuales: estado de alerta/hipervigilancia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, inquietud motora, trastornos del lenguaje no verbal.

- Síntomas cognitivos: diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matiz negativo, pensamientos preocupantes y negativos, pensamientos ilógicos, dificultad para concentrarse, trastornos de la memoria.

- Síntomas asertivos: descenso muy ostensible en las diversas habilidades sociales, bloqueo en la relación humana, no saber qué decir ante ciertas personas, no saber decir que no, no saber terminar una conversación difícil.

UNA TERAPIA POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Concepto

La terapia racional emotiva (TRE), fundada por Ellis a comienzos de la década de los sesenta, es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. Esta terapia sostiene que existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos, de tal manera que cogniciones, emociones y conductas se superponen. Se parte del supuesto de que la forma en que percibimos los hechos interactúa en nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas.

La causa de las perturbaciones emocionales sería la forma de pensar del individuo, es decir, la manera de interpretar su ambiente y sus circunstancias, las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general.

La TRE sigue un esquema básico A-B-C, que relaciona las reacciones emocionales y las conductas de los individuos, partiendo de la teoría de que no son exactamente los sucesos los responsables de las perturbaciones, sino, más bien, la opinión que las personas tienen sobre ellos. Siguiendo este esquema tendríamos: A (acontecimientos activadores) no causa directamente C (consecuencia emocional o conductual), sino que C es causada por B (creencias acerca de A).

Indicaciones

La TRE es adecuada en el tratamiento de trastornos depresivos, terapia de pareja, dificultades emocionales, etc.

Metodología de trabajo

El procedimiento terapéutico de la TRE consta de 4 grandes fases:

- La explicación del esquema A-B-C al paciente, es decir, cómo las personas crean y destruyen sus perturbaciones.
 - La detección de las ideas irracionales.
 - El debate, distinción y discusión de cada una de esas creencias irracionales.
 - La consecución de un nuevo efecto o filosofía vital.
- Una vez puestas de manifiesto las creencias irracionales se procede a su eliminación. El modo de lograrlo es a tra-

vés de la discusión, principal enfoque terapéutico de la TRE. El método seguido para debatir es el lógico-empírico, esto es, cuestionar y debatir el problema.

Para deshacer las creencias erróneas se utilizan preguntas retóricas que susciten el debate. Esto implica una discusión interna entre las creencias racionales o irracionales.

El período de tiempo empleado en el tratamiento se establecerá según el criterio del profesional, pero supone haber demostrado al paciente que él origina su perturbación y haberle convencido de que logre en su lugar un conocimiento más eficaz.

Problemas adaptativos y pérdidas en la vida

Jorge L. Tizón García

Neuropsiquiatra, Psicólogo clínico y Psicoanalista. Institut Català de la Salut. Universitat Ramon Llull.

ATENDER LOS DUELOS O MEDICALIZAR LA VIDA, UN DILEMA PROFESIONAL DE NUESTROS DÍAS

Recientemente he vuelto a defender la importancia crucial que posee la atención a los procesos de duelo en cualquier tipo de prácticas asistenciales¹. En realidad, una práctica asistencial es una práctica realizada en los procesos de duelo y dentro de ellos. Como he escrito en repetidas ocasiones creo que en nuestro idioma es preferible utilizar el término duelo para referirse al período en el que se muestran a nivel psicológico, biológico, o social fenómenos mentales o conductuales relacionados con la pérdida. Los procesos de duelo son una parte del duelo, su componente psicológico: el conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales) que llevan desde la pérdida afectiva a la elaboración del duelo: intento hacer hincapié con esta definición en el carácter procesal y no meramente traumático que posee todo tipo de pérdida afectiva. Así, toda pérdida pone en marcha los procesos (psicológicos) de duelo. Un tipo concreto de pérdidas (las que tienen que ver con la muerte de personas) ponen en marcha los duelos (entendidos como manifestaciones globales ante esas pérdidas) y los lutos (ritos o manifestaciones sociales más o menos ritualizadas ante la muerte de un allegado). Cada pérdida afectiva importante, sobre todo si es común, socialmente compartida, implica unos sentimientos y emociones, unas conductas relacionales y sociales y conlleva algún tipo de ritos. Y no me refiero con ello sólo a la pérdida de personas: también se ponen en marcha tales procesos biopsicosociales ante las “pérdidas intrapersonales” (desengaños, separaciones, pérdida de la autoestima o de las ilusiones juveniles, etc.), ante pérdidas cognitivas, sensoriales o corporales en general, ante pérdidas materiales (posesiones, herencias, “objetos tesoro”, etc.) y, desde luego, ante las pérdidas y cambios evolutivos (en la adoles-

encia, en la andropausa y la menopausa, en la tercera edad, etc.).

Con el término elaboración del duelo se intenta hacer hincapié en la realidad de que todo duelo supone trabajos, esfuerzo (*dolus*), combate emocional (*duellum*) y en que se trata de una situación diacrónica, que sigue un proceso. Los resultados de tal proceso no tienen por qué resultar negativos para la persona en duelo, para *el deudo*: una elaboración adecuada del duelo posee una serie de indicadores y puede dar lugar a un enriquecimiento personal, a un crecimiento (enriquecimiento) individual y psicosocial, mientras que una elaboración inadecuada del duelo dará lugar a problemas para el desarrollo personal a nivel psicológico, biológico o psicosocial y, en caso de generalizarse ese modelo reaccional, también a problemas sociales. A nivel psico(pato)lógico la elaboración inadecuada del duelo da lugar a alguna forma de lo que llamaremos “duelo patológico”. Se trata en este caso de conceptos cuya diferenciación también es difícil y discutida (duelo “normal”, duelo complicado y duelo patológico), pero que poseen un gran valor clínico, tanto en la investigación “pura” como en la asistencia.

Por complejos motivos socioculturales y económicos, miles y miles de conciudadanos están viendo empeorada su vida y sus capacidades más humanas, están cronificándose en trastornos psicopatológicos antes inexistentes, están cronificándose en el uso de psicofármacos de utilidad dudosa, porque no se les deja la oportunidad de estar tristes, de sufrir la turbulencia afectiva de todo duelo importante y de recrear y recrearse, revitalizarse a partir de ellos. No es que estén tristes, sino que están “deprimidos”. Algunos llevamos decenios tratando de aclarar tan sutil y escurridiza diferencia, pero miles de profesionales en la opulenta Europa y millones de ciudadanos parece que han resuelto el tema. Y, al parecer, de la mejor forma posible: sin pensar en él. Hoy estamos en posición de poder afirmar que buena parte de los tratamientos “antidepresivos” que se administran en nuestra sociedad no mejoran significativamente la salud social. Además, nuestro trabajo clínico de cada día nos enfrenta a la realidad de que una parte cada vez mayor de nuestros conciudadanos en proceso de duelo, afectados por la turbulencia afectiva de haber perdido algo querido, odiado (o querido y odiado al tiempo), van a ver cronificado su sufrimiento durante años mediante su uso inadecuado. Y la forma más frecuente y extendida de cronificarlo es hoy el uso aventurero de todo tipo de psicofármacos, cuya utilidad no está probada en estas situaciones. Y sin que a los que los recetan, administran, aconsejan, venden, fabrican y propagan les importe, al parecer, ayudar a formarse en la diferenciación entre lo que es un duelo “normal”, un duelo complicado o un duelo patológico y a practicar las actuaciones asistenciales consecuentes (acompañar, asesorar o tratar). Sin que se sepa o se paren mientes en cuáles son las tareas propias de cada momento de los procesos de duelo y ante las pérdidas: cómo debemos ayudar en cada caso y momento; cuándo debemos acompañar y tan sólo acompañar (en la mayoría de los casos); cuándo, alternativamente, los pro-

fesionales deben asesorar, facilitar cambios, y cuándo intervenir es decir, introducir acciones técnicas especializadas.

Vivimos de forma tan disociada de las emociones y los procesos de duelo ante las pérdidas porque tal vez soportar la frustración cuando ésta es inevitable, soportar la pena y la tristeza que tarde o temprano nos abaten (pero no necesariamente deprimen), soportar y sentir las pérdidas, ha llegado a ser algo cada vez más ocasional, escondido, “intimidado” (que no intimista), marginalizado, estigmatizado, etc. Pero, como individuos y como pueblos, ¿podemos continuar viviendo de espaldas a la muerte, el dolor colectivo, las frustraciones, las minusvalías...? ¿De espaldas a los duelos y los procesos de duelo? Por supuesto que no. Hoy sabemos que, si no se perciben, sienten, toleran y elaboran las pérdidas y frustraciones ocurrirán consecuencias negativas, como ya lo sabían los griegos clásicos, al menos desde el siglo VI antes de nuestra era.

¿Cómo conseguir el control del gasto farmacéutico en un mundo dominado por esas tendencias ideológicas y relacionales? El control del gasto farmacéutico no es sólo un problema presupuestario: es un problema fundamentalmente ideológico y social. Está claro que, por un lado, las propias industrias fabricantes favorecen el gasto social en fármacos: es la base de la expansión de sus negocios en una economía de mercado. Pero, además, el aumento del consumo de fármacos, y en especial de psicofármacos, lo favorece sobre todo una ideología social, una cultura que, cada vez más, resulta intolerante e incapaz de tolerar las pérdidas y las frustraciones afectivas y vitales. Lo favorece nuestra baja tolerancia tal vez al sufrimiento, pero, sobre todo, a la ansiedad: ¿cómo puede tolerar hoy un consultante visitar a un médico y no salir sin varias recetas o, como poco, una petición de “pruebas complementarias”? ¿Sólo hablar, sólo palabras, sólo esperar y observar? ¿Sólo eso, doctor? Y esta situación afecta, y tal vez más profundamente, a los profesionales: A menudo, muy a menudo, el profesional tolera aún menos eso de sostener una entrevista profesional, una consulta, y no dar algún medicamento o indicar alguna prueba complementaria. ¿Sólo hablar, sólo palabras, sólo esperar y observar? ¿Sólo eso?

Investigaciones británicas muestran que, de los pacientes apuntados en un médico de cabecera, el 5% sufren pérdidas de personas significativas cada año, con los procesos de duelo consiguientes. Y que la mayoría acuden o son asistidos médicamente en las semanas o meses subsiguientes. Gracias a las ideologías y prácticas antes citadas ¿cuántos se están cronificando, y cronificando medicalizadamente en nuestras sociedades? Dicho de otra forma: ¿Por qué cronificar con antidepresivos, que luego se toman durante años, las pérdidas y duelos? Y, sobre todo, ¿por qué hacerlo sin haber realizado antes un diagnóstico al menos mínimo del tipo de duelo que está sufriendo esa persona y sin ser capaces de intentar las ayudas psicológicas, en muchos casos simples, que tales molestias y sufrimientos necesitan?

Otro ejemplo dramático lo proporciona el disparatado uso de fármacos (legales) para controlar a los niños “hipe-

ractivos” en algunas sociedades “avanzadas”. Al parecer, hay ciudades en los EE.UU. en las cuales se hallan en su puesto “tratamiento” con dichos fármacos hasta 25 de cada 100 niños de 8 a 12 años. Aún no sabemos casi nada de los efectos de la mayoría de los fármacos sobre el cerebro de los niños, todavía biológicamente inmaduro y en transformación continua, ¿y se les administran ya durante años fármacos que afectan su funcionalismo de forma continuada?

Se trata de muestras extremas de adónde nos está llevando la tendencia social a disociar el contacto con la pérdida afectiva y los procesos de duelo combinada con nuestra dificultad para formarnos en el tema. Pero es un tema que es básico en la asistencia médica cotidiana y con el que hemos de convivir día a día, querámoslo o no, cada uno de los que practicamos ese oficio, esa técnica y ese arte al que dedicamos 40 años de nuestras vidas: la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Píados; 2004.

Experiencia práctica de problemas psicosociales

José M^a Aiarzaguena Sarriugarte

Centro de Salud de San Ignacio. Bilbao. Unidad de Investigación de Atención Primaria. Bizkaia.

EL CAMINO REALIZADO

Nosotros, hace 12 años, no entendíamos y nos desesperábamos ante la conducta de utilización de servicios de muchos pacientes, que acudían una y otra vez a nuestras consultas, sin que encontrásemos ningún motivo que justificase esta hiperutilización de servicios. Para poder entender este fenómeno realizamos un estudio casos/control. Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto que la enfermedad física crónica, el estrés, la enfermedad mental y la edad explicaban hasta el 80% de la hiperutilización de estos pacientes. Concluimos diciendo que los médicos teníamos grandes dificultades en la detección y el manejo del estrés y la enfermedad mental, siendo esta la razón que provocaba la hiperutilización por parte de estos pacientes.

Hipotetizamos que los médicos sabíamos suficiente sobre la enfermedad mental, sobre lo que era la depresión y la ansiedad, y que si no diagnosticábamos más era porque evitábamos estos diagnósticos, debido a que no sabíamos qué hacer con ellos, y que la solución a este problema vendría de disponer de herramientas de manejo, porque si supiéramos qué hacer con ellos no evitaríamos la detección.

Basado en esta hipótesis de trabajo comenzamos a trabajar en la elaboración de una intervención psicosocial. El primer paso consistió en conocer qué es lo que estábamos haciendo en este campo. Para ello realizamos un estudio

cualitativo, serie de casos, en el que analizamos las consultas con 52 pacientes con sufrimiento psico-social que habían sido video-grabadas. Para ello contamos con la colaboración de Julen Ariño, psiquiatra, y analizando qué elementos funcionaban y cuáles no, fuimos capaces de estructurar una intervención psico-social que denominamos con el acrónimo DEPENAS.

Una vez estructurada la intervención realizamos un estudio piloto, en el que los tres residentes de tercer año de medicina familiar y comunitaria del centro de salud de San Ignacio, realizaron la intervención a 4 pacientes somatizadores (criterio Escobar). En este estudio vimos que los residentes eran capaces de llevarlo a la práctica y que los pacientes también lo aceptaban.

Animados por estos resultados realizamos un ensayo clínico en el que participaron 39 médicos, realizando cada uno de ellos 6 consultas de media hora con cada uno de los 4 pacientes somatizadores (criterio Escobar), pero con contenidos diferentes; así el grupo control realizó la intervención basada en las técnicas de reatribución de Golberg y el grupo intervención realizó la intervención DEPENAS. Como variable resultado medimos la calidad de vida relacionada con la salud, obtenida con el cuestionario SF-36.

Los 156 pacientes del estudio presentaron en el último año una media de 15 síntomas físicos activos, 12 de ellos sin explicación física y tres de ellos derivados de alguna enfermedad física. El 80% de ellos presentaban algún trastorno mental, sobre todo ansiedad y depresión, y su calidad de vida relacionada con la salud era muy mala, de dos desviaciones estándar por debajo de la calidad de vida de la población de la Comunidad Autónoma Vasca.

El grupo DEPENAS consiguió mejores resultados que el grupo control, siendo las diferencias estadísticamente significativas para las escalas de función física, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental ($p < 0,039$), pero aunque fueron estadísticamente significativas, la relevancia clínica de los mismos es discreta.

La conclusión de este estudio fue que íbamos por el buen camino, pero que había que mejorar la intervención DEPENAS. Con este objetivo hemos realizado un estudio cualitativo, en el que 20 médicos han realizado la intervención con dos de sus pacientes somatizadores. Todas las consultas de las que consta la intervención han sido grabadas en vídeo, para que luego sean analizadas, utilizando el método denominado “análisis de las conversaciones”.

LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DEPENAS

La intervención DEPENAS, aunque se inscriba en las terapias multimodales, es sobre todo una terapia cognitiva.

Cuando estemos ante un paciente con un problema psico-social, en este caso un problema de síntomas somáticos sin explicación física, sabremos que nuestra ayuda sólo va a venir por el trabajo en uno o en varios de los esquemas de pensamiento perjudiciales, siendo los más importantes la falta de proyecto de vida y el desconocimiento de que las personas somos distintas.

La falta de proyecto de vida

Vamos a defender la importancia que tiene para la salud el haber reflexionado sobre lo que queremos que sea nuestra vida, cómo queremos ser, y el mantener una conducta congruente con el proyecto. Nosotros le ayudaremos a reflexionar sobre lo que significa ser adulto, sobre la diferencia entre los objetivos del niño y los del adulto, para en definitiva ayudarle a reflexionar sobre lo que quiere que sea su vida. Lo utilizaremos sobre todo en personas responsables de todo, que no ponen límites, incapaces de decir “no”.

No saber que las personas somos distintas

Son personas que lo ven todo en blanco y negro, rígidas y perfeccionistas, que continuamente utilizan el “tengo que hacer”, “hay que hacer...” Nosotros les hablaremos de que la forma de ver, oír y sentir es distinta para cada persona. Permite mejorar la flexibilidad con la que miramos las cosas y nos ayuda a relativizar los acontecimientos. La expresión “tengo que” implica rigidez, es más positivo utilizar “quiero que”, o al menos “elijo que”.

Fases de la intervención psicosocial DEPENAS

- Conectar con el paciente: alteración hormonal relacionada con la forma de ver la vida y de tomarse las cosas.
- Identificar el esquema irracional: exploración de la vida actual.
- Conocer/entender al paciente, identificar los elementos que dificultan el paso de niño a adulto y manejar sentimientos enquistados que impiden el cambio (odio/culpa): ciclo vital/genograma.
- Proyecto de vida.
- Personas distintas.
- El cambio: cognitivo y conductual.

CONCLUSIONES

- La factibilidad de realizar estudios serios y rigurosos en Atención Primaria.
- La necesidad de realizar estudios serios y rigurosos en Atención Primaria, porque intervenciones que parecen lógicas luego no funcionan bien cuando se generalizan y se ponen a prueba en las consultas reales de Atención Primaria.
- La mejora en la detección del sufrimiento psicosocial de los pacientes de Atención Primaria viene de la mano de disponer de elementos de manejo, de saber qué hacer con ellos.
- Los pacientes aceptan las intervenciones psicosociales realizadas por su médico de Atención Primaria.
- La mezcla de síntomas de todo tipo que presentan estos pacientes hace imprescindible que el profesional que los trate conozca las dos facetas, la física y la psicosocial, siendo el médico de familia el que cumple estos requisitos.
- La necesidad de una intervención estructurada y protocolizada que permita al médico saber en cada momento qué está haciendo y para qué.
- La necesidad de una intervención que facilite el entender/querer al paciente y en el que estén incorporados

los elementos de comunicación, que son imprescindibles en una intervención psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Aiarzaguena JM, Grandes G, Alonso-Arbiol I, Del Campo JL, Oleaga MB, Marco J. Abordaje bio-psico-social de los pacientes somatizados en las consultas de Atención Primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria* 2002;29(9):558-61.
- Aiarzaguena JM. Manejo de pacientes con malestar psicosocial en atención primaria. *Osakidetza, Servicio Vasco de Salud*; 2003.
- Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ*. 2002(325):265-8.
- Morris R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Goldberg D. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1999(49):263-7.
- Rosendal M, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ*. 2005(330):3304-5.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*. 1999(318):372-6.