

CUANDO ESCUCHAMOS...

AUTORES: Corral y Alonso, M^a Ángeles; Moreno Menguiano Carmen; Gutiérrez Rodríguez, Marta;

García Sánchez, Fernando; Vázquez Vázquez, Juan José; Santamaría Rodríguez Benigno.



INTRODUCCIÓN

“En España, por lo general, dos de cada tres pacientes cuando tienen depresión o ansiedad reciben antidepresivos exclusivamente...”¹; sobre todo por la falta de tiempo para otro abordaje, tanto en Atención Primaria como en Especializada. No planteamos un rechazo frontal e irreflexivo de los psicofármacos, ni tampoco su uso excesivo e inmediato, sino el planificar la estrategia terapéutica que más beneficie al paciente en cada momento². “Sólo es posible comprender la enfermedad psíquica si se hace desde la dimensión histórica del propio paciente”³, ya que éste es el resultado no sólo de lo que ha vivido sino sobre todo de cómo lo ha vivido: requiere abordaje desde triple perspectiva bio-psico-social.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un caso clínico en el que se empleó: la entrevista psiquiátrica y habilidades básicas de entrevista (sobre todo la **escucha empática**), para la exploración cronobiológica de su ciclo vital según los estadios de la Psicología evolutiva marca al respecto⁴

Las sesiones se realizaron cada 3-4 semanas las 4 primeras, y las siguientes cada 6-8 semanas hasta un total de 7 sesiones y posterior alta por mejoría.

RESULTADOS

1ª SESIÓN

MOTIVO
CONSULTA

+

PSICOPG

Varón de 53 años derivado desde AP a psiquiatría CSM por sospecha de “**anorexia nerviosa**” con **pérdida de 25Kg en últimos 6 meses** y tras descartar patología somática. No antecedentes psiquiátricos. Diagnosticado Espondilitis anquilosante con rigidez y dolor de espalda desde su juventud. Se le recomendó “**no aumentar peso**” y por eso en los últimos 6 meses restringió la ingesta; se “**obsesionó**” con **disminuir el aporte calórico y evitaba comer con el resto de la familia**. Mantuvo funcionalidad laboral. No entendía la derivación a psiquiatría, pero admitía estar más irascible. No otra psicopatología. IMC: 18.

No se inició ningún abordaje terapéutico concreto, dado que la clínica y la funcionalidad así lo permitían, y su perfil no era el habitual de los TCA.

2ª SESIÓN

EXPLORAC

CICLO

VITAL

Etapas Adulto joven: sus padres se separan, se quedó viviendo con la madre y hermano menor. Sus otros 2 hermanos mayores se independizaron. Al abordar la figura del hermano menor, se emocionó de modo inusual: se contrajo sobre su abdomen, gesticulaba como si padeciera dolor estomacal, se balanceó adelante y atrás como si se meciera y por su mímica facial pareciera que lloraba sin lágrima, y en silencio unos minutos y después verbalizó: “**...no hablamos de cosas de enfermedades ni muertes...**”

3ª SESIÓN

CONTINUAC

CICLO VITAL

Se retomó psicobiografía: él era el cuidador principal de su hermano (discapacitado) menor tras fallecer la madre. Durante los últimos 9 años, fue a diario a atenderle. Hubo un día en el que no pudo ir por asistir al funeral de una cuñada; y al día siguiente le encontró muerto en su cama (autopsia: ictus). La restricción alimentaria comenzó **semanas después**

4ª SESIÓN

FINAL CICLO

Mejoría. **Facilitación inicio de elaboración de duelo.**

DISCUSIÓN

El caso que describimos no requirió ni psicofármacos ni psicoterapia reglada para su mejoría. A diferencia de la entrevista médica, la entrevista psiquiátrica se caracteriza por explorar la información a través de habilidades técnicas que en sí mismas pueden resultar terapéuticas por facilitar la generación de narrativas que en otro marco asistencial no se producirían. Pero el uso de esta útil herramienta está cada vez más limitado debido, por un lado, a los sistemas operativos actuales de clasificación (DSM 5, el CIE-10) que suponen un cambio en el estilo de entrevista (desde la orientada a la introspección a la más descriptiva orientada a los síntomas); y por otro lado, por la limitación del tiempo del paciente en consulta.

CONCLUSIÓN

El uso de la entrevista psiquiátrica **requiere tiempo**; lo que aparentemente puede suponer una pérdida de productividad en los modelos de gestión actuales. Pero evitaría la medicalización en exceso y los **costes** que de ésta se derivan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano A, <https://www.elmundo.es/salud/2016/02/09/56b8e9bbca4741ec4a8b4636.html>
2. Área humana. <https://www.areahumana.es/psicofarmacos/>
3. Vallejo Ruiloba, J. Tratado de Psiquiatría. Ed Ars Medica. Vol I; pag:517-535.
4. Palacios González, J et al. Introducción a la psicología evolutiva: . Vol. 1, 1990 (I. Psicología evolutiva), ISBN 84-206-6530-4, págs. 15-38