

Psicoterapia de 10 minutos en la consulta de primaria para combatir la crisis de la salud mental

La sociedad médica Semergen propone que los centros de salud incidan en tratamientos contra la ansiedad. El problema para aplicarlos: la falta de tiempo



PABLO LINDE

Valencia - 26 oct 2023 - 05:30

Actualizado: 26 OCT 2023 - 07:50 CEST



Las consultas de atención primaria son el primer paso para tratar los trastornos de salud mental.
WESTEND61 (GETTY IMAGES/WESTEND61)

En un auditorio abarrotado de médicos de familia, una de las colegas pregunta desde el estrado cuál es el principal problema que tienen para tratar la salud mental de sus pacientes. “¡El tiempo!”, se oyen varias voces en la grada. Con una media por consulta que en ocasiones no llega a cinco minutos, [con más de 40 pacientes al día](#), ya es suficientemente difícil tratar las dolencias del cuerpo como para también encargarse de las de la mente. El problema es que no se pueden separar: ambas llegan a menudo de la mano. Y algunos doctores de primaria quieren que el abordaje de la ansiedad y la depresión gane protagonismo en los centros de salud.

La escena ocurrió el pasado viernes en Valencia, en el congreso anual de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), a la que EL PAÍS acudió invitado por la organización. Verónica Olmo, coordinadora del grupo de trabajo de Salud Mental, asegura que un amplio porcentaje de las consultas en los ambulatorios se deben a somatizaciones. “Son a menudo [muestras de una ansiedad](#) que no se está tratando. Tenemos que ser conscientes de que estos pacientes son complejos, nos quitan mucho tiempo de consulta, nos cansa, pero sufren muchísimo, porque afecta a todas las áreas de su vida”, decía en el mismo auditorio.

—Nuestra formación no es hacer psicoterapia, sino escuchar, indagar. No podemos perder de vista que estamos atendiendo a pacientes enfermos dentro de una sociedad enferma. La mayoría de problemas depresivos o ansiosos vienen dados por horarios que no se respetan, frustraciones, alcanzar objetivos que se nos fijan desde fuera... No somos psicólogos— protestaba un compañero desde el patio de butacas.

—Eso que dices de escuchar y dar espacio para que la persona pueda expresar lo que siente ya es parte de psicoterapia. Disminuye la intensidad de la patología, y lo hacemos porque nos nace. No me creo que no le digas a un paciente que tiene que levantarse de la cama, ducharse, vestirse, buscar objetivos para el día a día, alguna actividad para encadenarte a la vida. Eso es una activación conductual. Y eso es parte de la psicoterapia— replicaba Olmo.

Lo que propone Semergen, en boca de esta doctora, es un tratamiento escalonado que, consideran, debería aplicarse en los centros de salud. En primer lugar, evaluar el trastorno y educar sobre la ansiedad y su tratamiento tanto al paciente como a sus familiares. “La primaria es un

entorno privilegiado para esto, porque conocemos el entorno de la persona, dónde vive, dónde trabaja...”, enumera Olmo.

El siguiente escalón es una “intervención psicológica de baja intensidad”. “Es algo que ya hacemos con una escucha activa y con empatía, para que pueda ir expresando todo lo que le está ocurriendo. Con eso ya baja el nivel de ansiedad”, continúa la doctora.

El tercero es ya una terapia cognitivo-conductual de alta intensidad y/o tratamiento farmacológico. Francisco Javier Atienza, médico de familia, asume que hay pacientes que necesitan psicoterapia reglada, algo que “no se puede hacer en primaria”. “Pero sí podemos ayudar en torno a 40%-50% de trastorno de ansiedad, porque es subumbral o leve-moderada”, señala.

Atienza impartió un taller en el congreso titulado *Psicoterapia en 10 minutos para ansiedad y depresión*, en el que enumeró herramientas que pueden ayudar a estos pacientes. Hay que identificar sus pensamientos automáticos, cogniciones negativas que aparecen automáticamente sin razonamiento previo para conseguir que la ansiedad frene antes de que vaya a mayores.

“Se me cae un plato al suelo y pienso ‘soy una inútil’. Es una evaluación distorsionada de un hecho negativo y hay una fusión: ‘Me siento un inútil, por lo que soy un inútil’. Y se activa una conducta de evitación. Y si evitas hacer ciertas cosas, tu vida se va limitando, perdiendo el sentido, la autoestima va cayendo. Las conductas de evitación son muy peligrosas”, razona el médico.

Aquí llega, de nuevo, la pega de una de las asistentes al taller: “No tenemos tiempo para eso”. Y Atienza rebate: “Muchas intervenciones llevan dos minutos”. Enumera una serie de herramientas que se les pueden proporcionar al paciente: guías de manejo de ansiedad, algunos libros de autoayuda, ejercicios de respiración profunda, técnicas de relajación colgadas en internet, [como la de Jacobson](#) —“que resulta sobre todo útil cuando hay tensiones musculares por somatización”— [o la de Schultz](#). “Conviene pautar sesiones cortas, de 10 o 15 minutos, porque si son más largas, probablemente no las harán”, aconseja el médico.

El problema de estos pacientes, dice Atienza, es que están “fusionados con

su emoción” y no piensan. “Tienen que subir de aquí —dice señalando el pecho— aquí —sube a la cabeza—. Porque aunque [en su angustia] puede que haya un elemento de realidad, nunca es el 100% de lo que pasa”. Propone tres preguntas a los pacientes: “¿Te ayuda pensar así?, ¿es cierto?, ¿cuánto de cierto?”. Y hacer una breve terapia de aceptación y compromiso para que busquen acciones que se correspondan con sus valores. “Suelen responder que quieren ser buena persona, pero eso no vale. Hay que identificar valores concretos para buscar actos que se correspondan con ellas y que den sentido a sus vidas”, concluye.

Para que esto funcione, Mario Alonso Puig, médico especialista en cirugía general y digestiva, escritor y conferenciante, asegura que el primer paso es que el propio médico esté bien y no irradie ansiedad. “En un curso de gestión del estrés para enfermeras noté que estaban especialmente tensas. Lo que decía la profesora era buenísimo, pero tenía un nivel de ansiedad tan alto que lo proyectaba. Y las personas no hacemos lo que nos dicen, hacemos lo que vemos”, resumía

Fármacos y guía para la depresión

Todo lo anterior no quiere decir que los fármacos no sean útiles. “El problema es que se recetan demasiado y, a menudo, de forma incorrecta”, dice Olmo. [España es el país con mayor consumo de benzodiacepinas](#) y, aunque están indicadas para un máximo de seis semanas, mientras hace efecto un antidepresivo, la realidad es que a menudo se cronifican.

“Cuando pautamos una hay que explicar al paciente para qué lo hacemos y sus efectos secundarios. A veces, cuando se los detallo, los rechazan, me dicen que respiran todas las veces que haya que respirar”, confiesa la doctora, quien insiste en que los médicos no están solos en su labor: las enfermeras y los trabajadores sociales de los centros de salud también tienen un papel muy destacado en el abordaje de estos trastornos.

La ansiedad es muchas veces la antesala de la depresión, o el aviso de esta. Y la consulta de primaria es un lugar clave para detectarla, porque muy a menudo el paciente no es consciente de que la padece. Semergen presentó en el congreso una nueva guía sobre depresión que propone ir más allá de lo que se hacía hasta ahora: no solo que el paciente mejore, sino una completa recuperación funcional, que pueda volver a una vida igual que la que llevaba antes de la enfermedad.

Vicente Gasull, miembro del grupo de trabajo que ha elaborado la guía, reconoce que el diagnóstico no es fácil, pero, de nuevo, resalta la ventaja de los centros de salud: “Al menos, si tenemos continuidad en los cupos, conocemos las situaciones laborales y familiares. Un cambio de comportamiento nos puede alertar e inducir a hacer una serie de preguntas que pueden poner de manifiesto un trastorno depresivo. También hay que formularse las a todo paciente con dolor crónico, y a todo el que presente síntomas de ansiedad”.

Eso que comenta al principio, la continuidad en los cupos, es fundamental. Es lo que en medicina se llama longitudinalidad, definida como la capacidad de mantener una relación continuada entre el paciente y su médico y enfermera de familia, lo que permite a los profesionales conocer a fondo sus necesidades y garantizar una atención personalizada. Y es algo que la [crisis de la atención primaria](#), la falta de profesionales, las bajas y las rotaciones no siempre lo permiten.

SOBRE LA FIRMA



Pablo Linde | ✕

Escribe en EL PAÍS desde 2007 y está especializado en temas sanitarios y de salud. Ha cubierto la pandemia del coronavirus, escrito dos libros y ganado algunos premios en su área. Antes se dedicó varios años al periodismo local en Andalucía.