

Necesidades de aprendizaje del médico general integral sobre la psicoterapia de apoyo

Learning needs of the comprehensive general doctor on the support psychotherapy

Dr. Pedro Ibrahim González Villarrubia

Policlínico Docente "Josué País García", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Teniendo en cuenta lo poco frecuente que resultan los estudios relacionados con la necesidad de desarrollar el proceso docente- educativo como parte de las competencias profesionales, donde se analicen los factores que influyen en la no sistematicidad de este en la atención primaria de salud, así como las insuficiencias detectadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre la psicoterapia de apoyo, en médicos generales integrales, en cuanto a las habilidades para su uso, lo cual señala el peligro de una mala praxis por la falta de un fundamento antropológico, se exponen algunos elementos teóricos epistémicos relacionados con esta modalidad terapéutica.

Palabras clave: psicoterapia de apoyo, necesidad de aprendizaje, médico general integral, medicina familiar, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Taking into consideration that the studies related to the need of developing the teaching-learning process as part of the professional competences are not very frequent, where the factors that influence the non systematic pattern of this process in the primary health care are analyzed, as well as the deficiencies detected in the teaching-learning process on the support psychotherapy, in comprehensive general doctors, as regarding the skills for its use, which points out the danger of a bad practice due to the lack of an anthropological background, some epistemic theoretical elements related to this therapeutic modality are exposed.

Key words: support psychotherapy, learning need, comprehensive general doctor, family medicine, primary health care.

INTRODUCCIÓN

En 1984 se inició en Cuba la formación de especialistas en medicina general integral (MGI). Esta especialidad no tenía antecedentes en el país, por lo cual su propuesta constituye el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, que desde su implantación es la premisa básica del sistema de salud cubano. La formación de estos profesionales ocurre en la propia comunidad, con una alta calidad en los servicios que se brindan a la población.

En la bibliografía consultada aparecen con frecuencia estudios relacionados con la necesidad del desarrollo de la medicina familiar y se destaca la importancia de que este especialista se forme como educador comunitario y como formador del capital

humano; no obstante, no se encontraron con la misma frecuencia investigaciones relacionadas con la necesidad de desarrollar la función docente- educativa como parte de las competencias profesionales, donde se analicen los factores que influyen en la no sistematicidad del desarrollo de dicha función en la atención primaria de salud (APS).¹

Por otra parte, entre los principales atributos que debe tener el médico de familia para la práctica profesional en la APS figuran: el sentido de responsabilidad por el cuidado total del individuo y de la familia durante la salud, la enfermedad, la rehabilitación; la capacidad de establecer empatía y sentir compasión sincera por las personas; la actitud curiosa y constantemente inquisitiva; el entusiasmo por el problema médico indiferenciado y su solución; el interés por la medicina clínica; la habilidad para tratar cómodamente los múltiples problemas que se manifiesten en el paciente, la familia o la comunidad; la habilidad para apoyar a los niños, adolescentes y jóvenes durante el proceso de crecimiento y desarrollo, así como y durante su integración a la familia y la sociedad; habilidad para ayudar a los pacientes a enfrentarse a los problemas cotidianos y mantener una postura homeostática en la familia y la comunidad; la capacidad para actuar como coordinador de todos los recursos de salud requeridos en la atención al paciente y el entusiasmo por el aprendizaje continuado y la satisfacción que resulta de mantener un conocimiento médico actual mediante la educación permanente, entre otros aspectos.²

La evaluación del aprendizaje se realiza a través de seminarios, atención ambulatoria, discusión de problemas de salud y guardias médicas, entre otros. Para concluir, ante un tribunal de expertos, hacen un examen teórico- práctico, una evaluación final y exponen el trabajo de terminación de la especialidad.³

Sin embargo se observan las deficiencias que se presentan en la formación del médico general integral y se enfatiza en lo importante que resulta la adecuada relación médico-paciente en la práctica médica, lo cual permite, entre otros aspectos, aplicar correctamente el método clínico.⁴

Estas manifestaciones no son características del modelo de formación de posgrado en medicina general integral; también se han observado en la atención primaria de salud de otros países, tal es el caso de España, donde desafortunadamente existen insatisfacciones a la hora de realizar un diagnóstico y atender adecuadamente los conflictos emocionales que se presentan en la población.⁵

Teniendo en cuenta estas declaraciones relativamente recientes y las insuficiencias encontradas en cuanto a las habilidades para el uso de la psicoterapia de apoyo en la APS, fundamentadas en las remisiones innecesarias a los especialistas en psiquiatría se describen aspectos teóricos- epistémicos de esta modalidad terapéutica tan natural como potencialmente accesible al médico de la comunidad.

DESARROLLO

El apoyo frente a situaciones de sufrimiento, como actitud natural y solidaria, es el antepasado antropológico más antiguo de las relaciones sociales. Por otra parte, a partir del psicoanálisis es cuando se institucionaliza la psicoterapia como técnica médica para la atención de personas con trastornos emocionales. Específicamente la psiquiatría cubana, anterior al proceso revolucionario 1959, tuvo influencia psicoanalítica europea, pero sobre todo del psicoanálisis estadounidense.

Con la insatisfacción del psicoanálisis – en cuanto prolongación, limitada extensión frente a la demanda médica asistencial y elevado costo económico – comienzan a

desarrollarse las técnicas más breves, no tanto por su corta duración para no inmiscuirse en el pasado anamnésico del paciente, sino en su dinámica circunscrita al "aquí y al ahora" y el escenario formativo de los psiquiatras cubanos no escapó a esta actualización.

Al surgir el modelo de formación del médico de familia en 1986 en Cuba, y con sus periodizaciones formativas, se fue configurando el proceso formativo de posgrado de los MGI hasta llegar al plan de perfil amplio necesario para los propósitos formativos de enseñanza-aprendizaje y su posterior utilidad como modelo de médico en la APS.⁶

El proceso de enseñanza – aprendizaje del futuro médico de familia se desarrolla mayoritariamente en la comunidad, espacio natural donde se desenvuelve la vida cotidiana de la población y, por tanto, de sus trastornos en el campo de la salud mental.

El encuentro del futuro médico comunitario con la docencia se desarrolla en la interacción con los especialistas del Grupo Básico de Trabajo, así como con profesores de diferentes especialidades (medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, psicología). Los aspectos psicopatológicos se analizan a través de los seminarios que se planifican, según el programa de residencia, en los encuentros con el psiquiatra, que no siempre pertenece a la plantilla de los policlínicos, sino que dependen del nivel secundario de atención.

El texto fundamental del futuro médico comunitario es el compendio de Álvarez Sintés *et al*,⁷ que comprende entre sus capítulos lo correspondiente al módulo 23 del programa de formación, relacionado con los trastornos psicopatológicos, en general, y las técnicas de psicoterapia, en particular.

Probablemente por la presencia del profesional médico tan joven, edades en las que no se han experimentado apenas los conflictos propios de los ciclos evolutivos posteriores, o sea, los temores profesionales propios de la inexperiencia vital o "angustia del médico derivante" conllevan a la práctica excesiva de la derivación, remisión o envío al especialista en psiquiatría, lo cual lo sobrecarga, ya que más bien debe ocuparse mejor de la llamada "psiquiatría pesada", es decir, de los trastornos afectivos graves, trastornos esquizofrénicos, trastornos de personalidad, psicosis en general y dependencia a las drogas. En fin, esta derivación compromete a los llamados "trastornos mentales comunes o menores" (conceptos de Goldberg y Huxley) que debían ser tratados en su medio natural, la comunidad.⁸

Desde el punto de vista teórico, por la necesidad práctica de la aplicación de los procedimientos psicoterapéuticos en la APS -preocupación que data desde finales del siglo pasado, sobre todo en Europa, con el surgimiento de la reforma psiquiátrica- parecía solventarse con la diferenciación teórica entre procedimientos psicoterapéuticos de apoyo "más especializados" y los "manejables para el médico de familia". Esto se definió conceptualmente con el título de psicoterapia de apoyo o no reglada en atención primaria.⁸

Sin embargo, por la aparente y creciente complejidad de las intervenciones sanitarias (fenómeno foráneo también), esta diferenciación fundada en la relación médico-paciente o relación de ayuda, se vuelve a complejizar, pues a pesar del desarrollo curricular del futuro profesional desde el pregrado, respecto a la ética médica, la psicología médica y la organización sanitaria, carece de los fundamentos de formación antropológica contemporánea.⁹

Con respecto a lo anterior, entonces cabe preguntarse qué se enseña y qué se aprende por los médicos de familia sobre la psicoterapia de apoyo como parte evolutiva del desarrollo del conocimiento. Este cuestionamiento no debe inquietar demasiado, pues en otras latitudes también resulta un problema. Ante un mundo con tendencias globalizantes, no solo se lo han planteado los médicos de familia, sino también los psiquiatras.¹⁰⁻¹³

En un mundo que avanza en cuanto al desarrollo dinámico del conocimiento, no se pretende añadir un espacio curricular de posgrado en MGI con aspectos psicoanalíticos que ni los mismos psiquiatras foráneos han logrado resolver, sino que la redefinición de algunas categorías clínicas, relacionales, pedagógicas, entre otras, podrían configurar más claramente las metas legítimas, apropiadas y necesarias que el MGI puede desarrollar en su comunidad.

Si bien el médico general integral tiene conocimientos sobre transferencia – contratransferencia, que se fundamentan desde el pregrado, habilidades para identificar los mecanismos defensivos, las defensas adaptativas del paciente, la detección y contención de los afectos del paciente y, sobre todo, las habilidades para asumir una postura activa, que fortalezca el yo del paciente, necesitan ser reconceptualizadas.

Esta habilidad de fortalecer el yo del paciente en el clima de relación médico- paciente, relación de ayuda fundante desde la medicina grecolatina, tiene el peligro de la palmoterapia; apropiación que desarrolla una mala praxis o iatrogenia cuando el MGI no tiene en cuenta el sustrato antropológico, cultural e individual.^{14,15}

Es imprescindible no perder la perspectiva esperanzadora de que los médicos de atención primaria tienen una potencialidad humana enriquecedora, lo cual favorece el autoconocimiento de los pacientes, la autoconciencia, la capacidad de examinar el futuro de ellos, de poner a disposición su persona, su actitud y sus recursos: establecer un plan de trabajo que emerja con sus objetivos y medios como profesional-consultor, que permitan emerger los cambios y transformaciones que necesitan los pacientes con trastornos emocionales.

Y al decidir entre cómo avanzar, de qué manera, en qué tiempo y sin imponer nada que no sea conocido por el paciente, siempre hay que respetar aquel que solo pide ayuda por una situación sintomática y que solo eso desea. Como persona puede sentir culpa y esto es importante tenerlo en cuenta durante su formación.¹⁶

Desde el punto de vista técnico, la psicoterapia de apoyo ha tenido desde sus comienzos una ruta crítica ambigua. Hasta los psicoterapeutas más expertos en la relación médico- paciente, que es un encuentro técnico- médico, pero también humano, corren el riesgo de iatrogenia o mala praxis, por eso es más importante aún la formación rigurosa y el acompañamiento en el proceso de enseñanza- aprendizaje de los residentes en MGI en la atención primaria de salud. No hacer nada desde el punto de vista técnico y ético, siempre y cuando haya el mínimo de certeza de no dañar al paciente o a otros, es también tema de debate en la contemporaneidad y se escapa a los objetivos de esta presentación describir sus técnicas.¹⁷

CONCLUSIONES

En la formación de posgrado de los MGI se perciben insuficiencias en los resultados de la percepción de manifestaciones externas al proceso de enseñanza – aprendizaje por la falta de una reconceptualización de categorías básicas fundamentales de la relación

médico- paciente, que necesitan de clarificación en los profesionales jóvenes para evitar las seudoculpas en la relación de ayuda. Por otra parte, existen límites terapéuticos, pues no todos los problemas que movilizan los malestares subjetivos tienen un modelo psicoterapéutico que lo sustente, el encuadre personalizado en medio de la empatía (que favorece el límite imprescindible y auténtico de toda relación profesional), sin hacer juicios apresurados evita "solucionar" en medio de la complejidad subjetiva, la autonomía y la responsabilidad de los pacientes respecto a la forma de relacionarse que han elegido y de encausar los siempre dilemáticos conflictos-comportamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Cárdenas L, Nogueira Sotolongo M, Rivera Michelena N, Ruiz González M, García Navarro ZG. Comportamiento de la función docente-educativa del especialista en Medicina General Integral. Rev Educ Med Sup. 2011[citado 12 May 2016]; 25(2).
2. Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I. La medicina general integral y su enfoque humanista. Educ Med Super. 2012 [citado 12 May 2016];26(2).
3. Montalván Cabrera J. Formación de especialista en medicina general integral en Venezuela. Misión Barrio Adentro. EDUMECENTRO. 2010 [citado 12 May 2016]; 2(1).
4. Vázquez Sarandeses JE, Montoya Rivera J, Almaguer Delgado AJ, García Céspedes ME. La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente. MEDISAN. 2014 [citado 12 May 2016];18(10).
5. Ribé Buitrón JM, Pares Miquel J, Fleitas Asencio E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. Norte de Salud Mental (Barcelona). 2010;8(36):45-53.
6. Escobar Yéndez NV, Almaguer Delgado A, Plasencia Asorey C G. Periodización de la formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral: dimensiones, variables y claves hermenéuticas. MEDISAN. 2010 [citado 12 May 2016];14(2).
7. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, *et al.* Medicina General Integral. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
8. Sánchez Padilla A, de la Fuente Portero J, Herrera Arroyo J, Santiago Obeso J, Beneyto Naranjo C, Rodríguez-Franco MA, *et al.* Psicoterapia de apoyo o no reglada en la AP. En: Salud mental en atención primaria, 2008 [citado 1 Jun 2016].
9. Vidal López EH, Montoya Rivera J, Fuentes Seisdedos L, Vidal Anido HJ. El hombre: objetivo de la psiquiatría y sus aspectos antropológicos básicos. MEDISAN. 2011 [citado 12 May 2016];15(7):1027-33.
10. Salazar Fraile J, Sempere Verdú E. Malestar emocional. Manual práctico para una respuesta en la atención primaria. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2012 [citado 12 May 2016].

11. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resumen del diseño curricular. Especialización en medicina general integral. Caracas: Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"; 2010.
12. Valero Caselles MJ. Aplicación de un caso de psicoterapia de apoyo de una guía para la presentación de material clínico. Rev Psicoanálisis. 2009 [citado 12 May 2016];3.
13. Ramírez MA, Álvarez K, Varas Y. La enseñanza de la psicoterapia psicoanalítica a médicos durante su especialización en Psiquiatría: una experiencia docente. Rev GPU. 2010 [citado 12 May 2016];6(4):472-9.
14. Alarcón Prada A. Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. Rev Colombiana Psiquiat. 2008 [citado 1 Jun 2016];37(1):113-26.
15. González Villarrubia PI. Bioética y psicoterapias. Reflexiones acerca de su aproximación. Bioética. 2012 [citado 1 Jun 2016];12(2):20-3.
16. García Haro J. Tres concepciones de la culpa. Historia y psicoterapia. Clínica e investigación relacional. Clínica e Invest Relacional. 2015;9(1):187-205.
17. Grimaldo Pérez J. La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones [citado 1 Jun 2016].

Recibido: 27 de junio de 2016.

Aprobado: 26 de agosto de 2016.

Pedro Ibrahim González Villarrubia. Policlínico Docente "Josué País García", Micro 3, Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: pedroigv@nauta.cu