

Un desafío cotidiano: cómo transformar a quien nos consulta en paciente

Dr Eduardo Chandler

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina. Profesor del Curso de posgrado de Salud Mental, Dpto de Salud Mental, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Existe un paralelismo entre las diversas etapas propuestas por Prochaska y Di Clemente en su conocido estudio y los diversos “estilos” de funcionamiento mental. Estos estilos están íntimamente relacionados con el grado de desarrollo emocional alcanzado, de lo cual depende, a su vez, la intensidad de la regresión –circunstancial o crónica- experimentada frente a la adversidad. Así, la Precontemplación y la mera Contemplación suelen resultar barreras -sino infranqueables, por lo menos de muy difícil superación- para las personas emocionalmente menos maduras. Su incapacidad de autocrítica y de la necesaria renuncia a un *modus operandi* anacrónico las ha instalado en una autodestructiva “zona de confort”, donde reina el infantil “me gusta” que impide un cambio salvador hacia una forma de transitar la vida bajo la dirección de premisas más sanas como el “me conviene”. Es un desafío cotidiano para todo profesional que asiste a estas personas, ayudarlas a realizar este cambio esencial de actitud del cual puede depender el que puedan seguir viviendo.

Palabras claves. El método transteórico, relación médico-paciente, adherencia al tratamiento.

An everyday challenge: how to transform the person that consults us into a patient

Summary

There is a parallelism between the different stages that Prochaska and Di Clemente proposed in their well-known study and the diverse styles of mental functioning. These

styles are intimately connected to the degree of emotional development reached that in turn determines the intensity of aggression (circumstantial or chronic) experienced, facing an adversity. Thus, the Precontemplation Stage and the Mere Contemplation Stage tend to be barriers, if not insurmountable, at least very difficult to overcome for people who are emotionally less mature. Their incapacity to self-criticize and the need to give in to an anachronous *modus operandi*, have placed them into a self-destructive comfort zone where the infantile “I like it” rules, which impedes a life-saving change towards a way of living under the guidance of a more healthy premise such as “it is better for me”. It is an everyday challenge for all the professionals who are treating these persons to help them in making this essential change of attitude, on which their life may depend.

Key words. The transtheoretical mode, patient-doctor relationship, adherence to treatment.

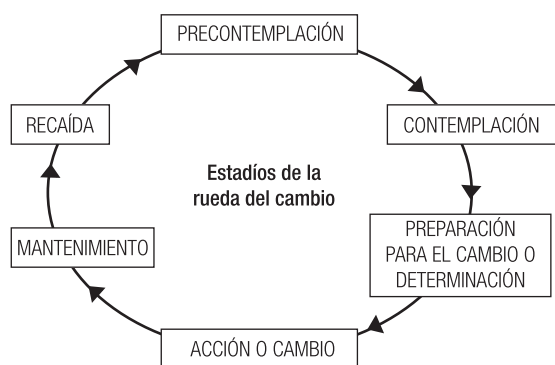
Dos psicólogos norteamericanos, James O Prochaska y Carlo Di Clemente desarrollaron, a comienzos de la década de 1980, un modelo original que describe las dificultades que una persona debe enfrentar en el proceso de cambiar actitudes habituales perniciosas para su salud.¹ Esos hábitos, que “hacen a su identidad” (esto queda claro cuando se dice que alguien “es” fumador, alcohólico, etc.), luego de acompañarlo durante muchos años, han sido declarados peligros, lo cual suele dar lugar a una verdadera crisis, a una conmoción emocional en esa persona que entiende que debe abandonar una práctica con la que se identifica. Los mencionados autores sistematizaron las etapas que integran a dicho proceso el que como tal – y en la medida en que implica un duelo, es decir un dolor – requiere de un verdadero trabajo de la mente desplegado en el tiempo.

El adecuado entrenamiento del profesional en el reconocimiento de la etapa en la cual se encuentra el paciente, le permitirá intervenir de manera más eficaz.² Prochaska y Di Clemente desarrollaron su modelo “para el cambio de actitudes”, tomando

Correspondencia. Dr Eduardo Chandler
Correo electrónico: dreduardochandler@gmail.com

materiales teóricos de distintas corrientes de pensamiento psicológico, por lo cual lo denominaron “*modelo transteórico*”. Es un modelo inteligente por ser inclusivo y no reduccionista, según el cual todo paciente que ha de cambiar una conducta habitual debe pasar por las siguientes etapas:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación (para la acción).
4. Acción.
5. Consolidación y mantenimiento del cambio logrado.



Podemos considerar que estos pasos nos llevan desde el simple acto de la consulta, acto que muchas veces es único, aislado y no prospera, hasta la concurrencia comprometida de quien verdaderamente busca ser ayudado. En el primer caso estamos ante un “consultante”, alguien que no es –al menos hasta ese momento– un “paciente” en sentido estricto. Su vida puede cambiar –en muchos casos hasta puede ser salvada– si podemos ayudarlo a transformarse en un “paciente”. De esto tratan estas reflexiones.

El modelo transteórico: sus etapas

1) Precontemplación: La persona (no podemos decir aún “*el paciente*”) ha tomado conocimiento de que tiene un problema cuya resolución depende de su cambio de actitud, concretamente del abandono de una práctica habitual que le resulta placentera. Esto genera dentro de sí una lucha entre el “*sé que me conviene dejarlo*” y el “*pero me gusta*” o “*es algo que necesito y no puedo dejar*”. Por el momento esa puja se inclina hacia el no-cambio, situación estanca que permite evitar la angustia que despierta tener que enfrentar el problema. Quizá dos ejemplos paradigmáticos de la etapa de precontemplación lo ofrecen el aliviador hábito de fumar o la adicción al alcohol.³ No debemos esperar aquí una respuesta ni

inmediata ni eficaz y sostenida, pues el sujeto está encerrado dentro de sí y opone fuertes resistencias a abandonar su hábito, integrado en su modo de vida. Esas resistencias se evidencian en el “*de eso no quiero hablar*”, lo cual es directamente verbalizado o bien explicitado por gestos adversos cuando uno le insinúa el tema; también el silencio suele ser una elocuente respuesta. Nuestra insistencia provocará el alejamiento de la persona respecto de cualquier actividad sugerida que promueva ese cambio, tal como hablar sobre sus hábitos, leer material relacionado, etc. Obviamente, éste no es un momento propicio para enviar a quien nos consulta a realizar una psicoterapia.

2) Contemplación: Se insinúa en esta etapa una cierta toma de conciencia, un primer registro de que algo que es habitual y agradable está siendo perjudicial. A partir de esta concientización, que no suele ser plena ni significativa, la persona puede disponerse a intentar modificaciones evidentes dentro de los siguientes meses. Ha logrado internalizar las conveniencias de modificar su actitud resistencial y oposicionista, aunque también tiene en claro las dificultades que deberá enfrentar. Es un momento de fuerte ambivalencia.

3) Preparación para el cambio o “Determinación”: Se ha roto el equilibrio entre las dos tendencias opuestas que dominaron en la etapa anterior y la persona se muestra ahora dispuesta a realizar el cambio, pues se ha convencido de que eso es lo que le conviene. Las resistencias han disminuido y el proceso iniciado con la toma de conciencia vuelve a ponerse en movimiento.

4) Acción: El proceso de cambio se ha puesto en marcha, generalmente promovido por la angustia que sostiene a la convicción. Un riesgo que es más importante en este momento que en las etapas siguientes es que el paciente claudique en su esfuerzo, revitalizándose las resistencias al cambio, las que permanecían en estado latente. Los autores estiman en seis meses el tiempo necesario para considerar al adicto libre de este riesgo de retroceso (nosotros diríamos que este lapso puede ser más extenso, dependiendo siempre de cada caso particular; la estimación de seis meses proviene de variables extra-personales y no debe aplicarse como valor *standard*). El apoyo y valoración de los esfuerzos y logros que el paciente obtiene, tanto por parte de familiares como de quienes lo atienden, es un factor de gran importancia. En el caso particular de sujetos con marcada impulsividad,⁴ la medicación anti-impulsiva actualmente disponible ofrece un valioso recurso a ser tenido en cuenta.

5) Consolidación y Mantenimiento: En este momento fragua el cambio logrado y con ello el temor al retroceso. Lo que podemos denominar “umbral de

riesgo de recaída” se ha elevado, aunque sigue constituyendo una temible posibilidad el que ese nuevo umbral sea sobrepasado por la tensión ansiosa acumulada en situaciones puntuales. La psicoterapia es esencial para las denominadas personas que presentan ansiedad habitual, predisposición depresiva, relaciones dependientes con el ambiente, etc. La etapa de mantenimiento puede durar toda la vida, sostenida por un gran esfuerzo, o puede –en los casos favorables– llevar al logro de un cambio definitivo y por lo tanto de una nueva forma de vida.

Podemos decir aquí, a modo de síntesis conceptual, que la modificación de hábitos no es un proceso lineal que se realiza a velocidad uniforme, sino que sufre detenciones y eventuales retrocesos, lo cual puede suceder en cualquiera de las etapas mencionadas, aunque lógicamente este riesgo es mucho mayor en las etapas en las que el cambio comienza a ocurrir.

¿Cómo podemos reforzar al paciente en cada etapa?

En el inicio –“**Precontemplación**”– cuando aún la persona no está contemplando intentar un cambio de actitud, es aconsejable observar la situación desde una cierta distancia, manteniendo una posición relativamente pasiva (salvo que las circunstancias exijan actuar de otra manera). Esto es lo que conviene hacer porque lo más importante, el principal valor a cuidar aquí, es lograr una relación de alianza positiva con el enfermo. Esta relación es lo que se denomina en psicoterapia “alianza terapéutica”.⁵ La alianza terapéutica es el vínculo laboral sano entre dos personas, una que busca ser ayudada y la otra, experta, que está dispuesta a ayudarla. En esta etapa inicial, donde dicha alianza no existe aún, oponernos al infantil “yo quiero (seguir haciendo lo que hago) porque eso me gusta” será sentido por esa persona como una amenaza contraria, como una falta de comprensión, generando malestar y distancia. Aún no contamos con un verdadero aliado que comprende su situación, sino con una especie de niño encaprichado y eventualmente hostil.

No obstante, tampoco podemos “abandonar” a quien nos consulta en manos de su práctica, ahora declarada perjudicial. Es posible entonces intentar una confrontación prudente (ver más adelante), aprovechando algún “pie” que el paciente nos dé, por ejemplo cuando se queja sinceramente de algún malestar que su hábito le provoca. Ese es el momento adecuado para “poner sobre el tapete” de su conciencia en qué y cuánto lo perjudica la práctica a modificar. Es decir que la estrategia esencial –el punto técnico nodal– es lograr dividir operativamente la mente del consultante en una “*parte adulta*” –débil aún, pero que comprende su situación y se muestra dispuesta a cambiar por su bien– y otra parte “*infantil*” que se opone a ese cambio. Nuestro objetivo

es asociar nuestro esfuerzo con el primer aspecto (“alianza terapéutica” o “de trabajo”), sin pretender erradicar al segundo, pero sí quitándole poder operativo. Un ejemplo de esto puede ser *estimular el ejercicio de la espera* ante la realización de algo que desea pero que *no* le conviene hacer. Esta postergación será utilizada para meditar sobre ventajas y desventajas (podemos valernos de alguna persona de su afecto y confianza que se haya comprometido a ayudarlo). Se trata entonces de ejercitar la tolerancia a la frustración de la espera, del límite, del “*hasta aquí sí y desde aquí veremos*” e ir practicando la aceptación del “no”, primero proveniente del exterior y poco a poco surgiendo progresivamente de su aspecto adulto y reflexivo. Este “no” es “la ley” que el aspecto adulto y razonante del propio enfermo deberá poderse administrarse a sí mismo, a su parte infantil, al “quiere” impulsivo e irracional que lo llevó a ese estado de enfermedad.

Existen diversas tácticas para aproximarnos al enfermo precontemplativo y al contemplativo que pueden favorecer el siempre esquivo vínculo inicial. Pero existen asimismo algunas intervenciones que son desaconsejables, pues irritan y alejan al sujeto de quienes intentan ayudarlo, tanto profesionales como familiares. Así, por ejemplo, no discutiremos lo que afirma ni le insistiremos para que realice esfuerzos conducentes ni para que logre resultados efectivos inmediatos sobre sus hábitos nocivos. Esto es como pedirle que se cure antes de hacer el tratamiento. Toda intervención será hecha con modos cordiales y levemente persuasivos (apoyados en la evidencia que el consultante reconoce) para que no se sienta presionado. Consideremos que vamos a encontrarnos con la típica actitud proselitista del adicto (es decir, de quien es un “esclavo” de su hábito), apoyada en razonamientos falsos que sólo sostienen la justificación para que nada cambie. Toda vez que el paciente decline en su actitud, podemos recordarle las evidentes razones que sustentan la conveniencia (o la necesidad, según el caso) de abandonar su hábito, intentado registrar con la mayor precisión posible sus reacciones y atenuando nuestras intervenciones cuando aumenten sus resistencias argumentativas.

En la etapa de **Contemplación**, si bien el paciente ha logrado tomar cierta conciencia de la necesidad de modificar su hábito, siente también un gran temor a fracasar en su intento. Recordemos que toda persona adicta tiene un fondo de marcada inseguridad personal, compensada por el efecto estabilizador de su adicción.⁶ Este temor al fracaso puede reforzar su resistencia, no permitiéndole salir de la retórica del “y sí, pero no sé...” o “me pregunto qué pasaría si...”. Y mientras tanto, nada hace y nada cambia.

El pensamiento mágico: Un fenómeno presente en la mente de todas las personas, aunque es hegemónico en los niños y reaparece en situaciones puntualmente regresivas en el adulto, es el del pensamiento “animista” o mágico. Este pensamiento –

con un componente emocional tan importante que lo acerca más a un sentimiento que a un verdadero proceso intelectual- hace que el paciente espere, aunque no de manera claramente consciente, que las dificultades que enfrenta se solucionen, ya sea por gracia de un factor externo o por el solo hecho de desearlo. Un ejercicio que podemos ensayar a fin de contrarrestar esta tendencia mágica es intentar mostrarle los nexos causales, es decir, la relación causa-efecto existente entre un hecho, por ejemplo, un acto alimentario patológico y determinadas situaciones (ambientales o personales) que le produjeron ansiedad y dispararon esa práctica perniciosa. Una vez concientizado, el paciente puede disponerse mejor a aceptar ayuda y entonces resulta más fácil intentar intervenciones más movilizadoras. Por ejemplo, a fin de convocar sus emociones positivas -como el deseo de mejorar para ayudar a quienes quiere y ve tan preocupados (motor de su decisión de cambiar)- se le puede pedir que reflexione sobre el malestar que sus actos provocan a su familia, efecto que el paciente en mayor o menor medida ha soslayado hasta ahora. Un recurso útil es pedirle que escriba una carta a sus hijos justificando ante ellos la práctica de su hábito y otra carta donde manifieste saber el daño que les provoca y se lamente por ello. Esta última, en pacientes ya menos negadores y "justificadores" de su hábito, puede resultar de notable eficacia. Mediremos entonces las eventuales reacciones de culpa, las que podrán justificar la consulta a un especialista en Salud Mental.

Otro ejercicio, centrado en la persona del paciente, es hacerle escribir una carta dirigida a sí mismo, donde él se describa como alguien conforme por practicar su hábito (se evidencia aquí la expresión de su "parte infantil e irreflexiva") y otra donde él se lamente por ello, sabiendo que se está dañando (se expresa aquí su "parte adulta y reflexiva"). Estas posiciones opuestas muestran el estado del "balance de decisiones" que el enfermo experimenta dentro de sí. Partimos del supuesto de que está -aunque lo haga en reserva- revisando intensamente las ventajas y desventajas del cambio y de los esfuerzos inherentes.

En la etapa de **Preparación** para realizar el cambio, el -ya podríamos decir "paciente"- se enfrenta con un compromiso, es decir, una decisión que deberá tomar y luego sostener ante sí y ante quienes lo observan, especialmente sus más allegados. Esta "publicación" de la decisión tomada refuerza el compromiso privado, pero acrecienta también el temor a las consecuencias socio-familiares del eventual fracaso. La herramienta válida para este logro es siempre la voluntad firme, basada en la solidez de la convicción obtenida. Esa voluntad se apoya fuertemente en hechos de la realidad (así, por ejemplo, es más firme la decisión de dejar de fumar si uno ha sido diagnosticado de cáncer de pulmón que si esta posibilidad angustia por momentos para ser negada luego; similares consideraciones puede traer un sobrepeso con resistencia a la insulina). Resulta ob-

vio que estos procedimientos serán más eficaces en pacientes cuya relación con nosotros es de confianza y afecto. Un vínculo centrado en la rebeldía y el oposicionismo no permitirá ningún éxito.

En la etapa de **Mantenimiento** de lo logrado se juega el siempre delicado equilibrio del que depende la consolidación del cambio versus la temida recaída. Prochaska y Di Clemente sitúan en un lapso de seis meses al período de mayor peligro, pero la realidad nos señala que no puede, quien abandona una conducta que lo acompañó placenteramente o alivió su ansiedad durante muchos años, considerarse libre del peligro de recaer, al menos por un tiempo prolongado que se debe medir en años.

¿Cuán comprometido está quien nos consulta en cambiar su hábito? ¿Tenemos un "paciente"?

Quien debe afrontar el abandono de un hábito que durante años le ha aportado alguna forma de satisfacción, experimentará una inevitable resistencia a dejarlo. En la medida en que, por otro lado, ha entendido lo perjudicial que tal práctica resulta y el daño real y potencial que conlleva, crecerá dentro de sí un conflicto y de ese conflicto surgirá un malestar insoslayable. La angustia (combatida con mecanismos psíquicos a veces hasta torpes como es la cerrada negación), la ansiedad, el malhumor y una cantidad de otros fenómenos, minarán su calidad de vida y la de quienes lo rodean, pero es también esa angustia, el clima psíquico necesario para plantearse una acción. Baste citar el sufriente esfuerzo que padece quien decide dejar de fumar tras largos años de hacerlo. Hay razones emocionales y las hay también de orden neurohumoral que explican esto. La gran pregunta aquí es: *¿qué podemos hacer para que esa persona en conflicto que nos consulta desarrolle una eficaz adherencia al tratamiento?*^{7, 8} hecho muchas veces decisivo para que pueda seguir viviendo; ¿cómo podemos transformar a este consultante en paciente?

Normalmente, cualquier enfermedad genera dudas y eventualmente angustia acerca de lo que significa y de lo que puede producir en términos de complicaciones. Luego surgen las infaltables y lógicas preguntas: *¿tiene cura?, ¿cómo se trata?, ¿qué sufrimientos generará ese tratamiento?, ¿qué puede suceder si el tratamiento fracasa?*, etc. Los preconceptos y mitos que sobre las diversas enfermedades tienen tanto el paciente como su familia pueden llegar a perjudicar su disposición a tratarse. Para detectarlos y aclararlos desde un principio puede ser de utilidad formular breves cuestionarios basados en preguntas sencillas y directas, como por ejemplo:

- Ud sufre de ciertas molestias, ¿a qué cree que se deben?
- ¿Ha pensado que lo que Ud padece es algo serio? Si lo pensó, ¿cree que debe tratarse?
- ¿Está dispuesto a tratarse según se le indique?

Cómo sostener y reforzar la autoestima del paciente en el trance de privación de su hábito

Pocas cosas tienen impacto tan positivo en la autoestima de un paciente y en su estado anímico como el éxito en sus esfuerzos y que éstos le sean valorados sinceramente. Tal vez las mejores frases de apoyo y aprobación son aquellas en las que se reconocen su lucha y su compromiso. Muchas veces la eclosión de una enfermedad de cierta gravedad y curso crónico es una ocasión para que el paciente demuestre lo que está dispuesto a hacer por sí mismo. En esta disposición, entre otros factores, siempre interviene de manera central la autoestima del enfermo. La aparición de una enfermedad que exija a la persona aceptar un futuro de pérdidas, privaciones y dolor, funciona como un *test* de personalidad, pues es la ocasión en la cual el paciente muestra su capacidad para controlar la ansiedad, su adaptabilidad, su preocupación por los demás, su contacto con la realidad –por más inhóspita que ésta pueda resultar– y en definitiva su instinto de supervivencia. Este sentimiento, de importancia central en el trazado de aquellos aspectos del destino que dependen del esfuerzo puesto en práctica y de las decisiones que se tomen en la vida, se cimienta en la historia afectiva de cada persona. Esta historia afectiva comienza ya antes de su nacimiento, en las expectativas que de su llegada al mundo tengan sus padres y continúa inscribiéndose, de manera fundante, durante las primeras etapas de su vida.⁹ Los años posteriores se ocuparán de confirmar o desmentir esta historia, pero en las experiencias tempranas es donde la suerte queda echada.

Resulta tarea ardua corregir –siempre en el marco de una psicoterapia específica y profunda– las lesiones tempranas en la autoestima de una persona, pero existen recursos que, pese a su eficacia relativa para mejorar de manera esencial y permanente ese daño, pueden ser útiles en aquellos momentos en que se requiere que alguien dé todo de sí para superar una determinada situación vital. Algunos de estos procedimientos están a la mano del profesional en Nutrición y también de los familiares que más de cerca lo acompañen en su enfermedad. Citemos algunos ejemplos:

- Señalarle su *responsabilidad* en que el tratamiento se lleve a cabo de la manera que ha sido indicado. Esto lo haremos intentando no reprocharle eventuales descuidos que cometa, sino intentando determinar, comprender y ayudarlo a resolver las causas de esos descuidos o incumplimientos, toda vez que aparezcan.
- Tendremos especial cuidado en *no acusarlo* por la enfermedad que padece. En muchas enfermedades crónicas, determinadas conductas o hábitos del paciente han sido un factor determinante en la situación que hoy sufre y que daña también a sus seres queridos, pero acusarlo (muchos fami-

liares lo hacen) puede resultar en consecuencias sumamente negativas.

- Siempre valoraremos los esfuerzos que el paciente realiza para superar dificultades que ha tenido en el cumplimiento de su tratamiento. Por pequeño que sea un logro que obtenga se le reconocerá y, más allá del éxito conseguido, lo que deberá valorarse es la actitud positiva de lucha y compromiso que demuestra.
- Ante fracasos o errores que cometa, se le puede señalar que todo esfuerzo implica algún grado de falla inicial en el resultado esperado. Además, equivocarnos nos permite aprender qué debemos corregir para tener éxito en los intentos siguientes.
- No ser exigentes, al menos al inicio, en el cumplimiento de aquello que al paciente le resulte particularmente difícil de realizar. Es conveniente esperar a que intente nuevamente y en mejores condiciones personales, lo que hasta ahora no pudo lograr.
- Puede resultar sumamente útil hablarle de las dificultades que otras personas ya han tenido en aquello que ahora le cuesta lograr a él. Si no realizamos comparaciones en las cuales nuestro paciente quede desvalorizado o acusado, el hecho de ver que las dificultades que enfrenta ya han sido padecidas por los demás, opera como un alivio que favorece un nuevo intento.
- Es conveniente no dejarle incurrir en autorreproches desmedidos y señalarle su excesiva autocrítica. Muchas personas viven con un juez excesivamente severo dentro de sí, crudo enemigo de la autoestima. Ante tales autorreproches algo aliviador le diremos, pues nuestro silencio puede ser entendido como una confirmación de su autocrítica.

Por todo esto, resulta obvio que deberemos medir cuidadosamente nuestras reacciones, gestos y palabras ante las dificultades o desatinos que el enfermo muestre en el cumplimiento de su tratamiento. Si nuestro paciente ha sido una persona “sufrida” durante toda su vida, nuestras intervenciones pueden representar un innecesario sufrimiento más. Este es el caso de las privaciones orales tempranas, típicas en las personas depresivas y que son un elemento casi constante en los tratamientos nutricionales (el concepto de “privación oral” hace referencia a las fallas maternas en la “nutrición emocional” del bebé; de este tema central en la psicopatología da cuenta la teoría psicoanalítica, especialmente la denominada “escuela inglesa”).¹⁰

Finalmente, no debemos olvidar el inaceptable sadismo de algunos médicos, sobre el cual se habla mucho menos de lo que se debería y que tiene un efecto dañino que la mayoría de las veces no llegamos a advertir en una dimensión siquiera aproximada.

Cómo planificar y ejecutar los distintos pasos del tratamiento según la etapa en que se encuentra el paciente

En todo procedimiento que busca determinados logros existe un plan preestablecido y en toda planificación existen reglas y límites que deben ser respetados. El respeto a estas reglas y límites debe ser observado por el enfermo en sus ejercitaciones y éste debe ver que nosotros también los respetamos. Con esto nos referimos a la cantidad de pasos a seguir en ciertos ejercicios, a las prohibiciones y permisos que debe acatar, etc. El recuperar a una persona enferma hasta donde su enfermedad crónica permita, requiere del máximo de dedicación de parte de todos los miembros del equipo, el que está conformado por el paciente, por su familia y por todos los profesionales que participan.

Estrategias conductuales:

Las estrategias conductuales se abocan al diseño de nuevos hábitos que reemplacen a los existentes, los que no son adecuados o traen consecuencias perjudiciales para la persona. Normalmente, las conductas de un individuo o grupo se mantienen o se modifican en función de los efectos positivos o negativos que provocan. Este es el principio en el que se basan las estrategias terapéuticas conductuales o “comportamentales” que, adecuadamente instrumentadas, es decir, en el marco del sostén emocional necesario, tienen tanto sentido humano como cualquier otra forma de psicoterapia.

Todos sabemos que un premio, como es la aprobación de sus padres, hace que se fije en el niño una determinada conducta positiva que ha logrado adquirir, por ejemplo, pedir ir al baño cada vez que siente la necesidad. Así se consolidan hábitos saludables, maduros y adaptados socialmente. En nuestro caso, el apoyo y estimulación al paciente valorando su actitud en el cumplimiento de lo indicado “refuerza positivamente” esta conducta, es decir, lo estimula a seguir actuando así. Hablamos entonces de “refuerzo positivo” cuando valoramos y alentamos una actitud favorable para el tratamiento. En cambio, ante comportamientos negativos, por ejemplo, rechazos o incumplimientos, si bien no cabe ninguna forma de reprimenda o castigo, simplemente no se le proveerá de las gratificaciones que ha venido recibiendo. Hablaremos con actitud seria y preocupada, lamentando lo que sucede y proponiendo un nuevo intento.

La detección del incumplimiento terapéutico:

Existen dos pruebas que se han diseñado específicamente para detectar a aquellos pacientes que no cumplen con las pautas indicadas:¹¹ la primera es el *test* de *Haynes-Sackett* que evita la pregunta directa al paciente sobre la toma de medicación, porque si se hace, la respuesta más habitual es la afirmativa, aunque el enfermo no cumpla adecuadamente

con lo que se le ha indicado. La prueba consiste en realizar un comentario “casual”, en el curso de la conversación, sobre las dificultades que tienen otros pacientes para tomar su medicación. Si el paciente confiesa tener él también dificultades similares, podremos entonces abordar directamente el tema sin correr el riesgo de que se irrite, pues nos ha habilitado. Otra prueba para detectar el cumplimiento es el *test* de *Morinsky-Green*, que considera cumplidor al paciente que responde afirmativamente a las siguientes cuatro preguntas, entremezcladas durante una conversación cordial:

- “¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?”
- “¿Los toma a la hora indicada?”
- “Cuando se encuentra bien: ¿Ud. deja de tomar su medicación?”
- “Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarla?”

Una intervención psicoterapéutica a cargo del profesional no especializado en Salud Mental: la catarsis:

La “catarsis” o descarga por parte del paciente de cuestiones que lo angustian o le generan ansiedad o preocupación es una actividad verdaderamente psicoterapéutica al permitirle al paciente verbalizar su malestar, escucharse y afianzar a la vez la alianza de trabajo. En esta intervención otorgaremos gran importancia a los factores externos que aquejan al enfermo sin olvidar el riesgo de estar reforzando inadecuadamente su proyección, es decir, “la puesta afuera” de toda la responsabilidad. Siempre tendremos en cuenta la multifactorialidad etiológica del enfermar, en la cual el elemento personal, lo subjetivo del paciente, jamás está ausente. Luego de escucharlo y una vez aliviado por su catarsis, se le anima para que se enfrente a aquello que lo atemoriza, brindándole medidas de apoyo concretas. Así, por ejemplo, frente a los temores no reales sobre su futuro, se le brindará seguridad, en base a información fiable sobre su exacta situación clínica.

A modo de repaso final: principios y estrategias que no debemos descuidar

- No intentar ningún procedimiento sin previo acuerdo con el paciente.
- Tener a la familia informada y dispuesta a colaborar. En el abordaje inicial de un paciente con patología nutricional crónica, hay que atender tanto a las conductas del sujeto como a las de su familia, especialmente si el enfermo es un niño. Los allegados pueden reforzar las actitudes positivas del paciente pero también las negativas, como son las de oposición. Es necesario que quienes influyen sobre el enfermo acompañen y sostengan las indicaciones que han sido dadas, para lo cual habremos de cuidar nuestra relación

con ellos, entrevistándolos en actitud explicativa y abierta, de disponibilidad, confianza y espíritu de equipo.

- No proseguir si aparece un desentendimiento con el paciente que hace que éste se resista a continuar. En un caso así deberá hacerse un alto para conversar todo lo necesario y conciliar diferencias.
- Estar atentos a los sentimientos hostiles que la actitud del enfermo puedan generar en uno y cuidarnos de no contra-actuarlos. Un ejemplo de este contra-actuar es “retar” al paciente que no ha cumplido con lo indicado, reproche particularmente perjudicial cuando hay terceras personas presentes. Ante esta situación se le puede decir algo así: *“En el trabajo que hacemos juntos, la parte de la tarea que a usted le corresponde es cumplir adecuadamente con las indicaciones que ha recibido. Usted es la única persona que, en última instancia, está a cargo de su salud”. Podemos agregar: “Estos estudios / análisis que tenemos a la vista prueban que usted no pudo cumplir adecuadamente con lo que tenía que hacer. Veamos juntos qué sucedió”*. Si hay una situación típica que genera este tipo de conductas en el profesional, es la negativa a comer de la enferma anoréxica nerviosa, cuya cerrada actitud convoca la sensación de impotencia en quienes la atienden. Precisamente por eso con ellas –tal vez como con ningún otro tipo de paciente– más que la lucha de poderes debemos ensayar el *ars curandi*, no olvidando esa máxima terapéutica que dice que, ante el oposicionismo, *la insistencia genera resistencia*.¹²
- Nuestro objetivo será siempre doble: tratar a la enfermedad y cuidar al enfermo.
- Como ya hemos dicho, premiaremos los intentos y, si los hay, los éxitos, pero no reprocharemos los fracasos. Simplemente revisaremos con el paciente lo que hizo, tratando juntos de detectar dónde estuvo la falla, para evitar repetirla.
- No nos dejaremos tentar “aflojando” en lo que es preciso hacer. Eventualmente abandonaremos un camino que se ha vuelto tortuoso y buscaremos proseguir por una alternativa mejor. Este desafío es parte de nuestra estratégica tarea.

Aun bajo riesgo de ser repetitivo y dada su importancia práctica, insistiré en algunos puntos:

a. Requisitos para trabajar adecuadamente con pacientes crónicos:

- No ser una persona ansiosa.
- Ser capaces de sentir empatía.
- Ser capaces de tolerar las frustraciones.
- Ser firmes y sostener los límites necesarios (esto en Nutrición es fundamental).

- Sin pretender que sea una condición necesaria, es muy conveniente que quien trabaja con enfermos crónicos cuente con una psicoterapia personal ya realizada o en curso. Un serio riesgo es que el mecanismo de identificación –tan útil y necesario para poder ser empáticos– se intensifique y nos lleve a “quedar atrapados” en el dramatismo de los sufrimientos del paciente. Una excesiva identificación conlleva ese riesgo, a la vez que puede hacernos aplicar las medidas requeridas con menor vigor del que es necesario. En relación con esto es que cobra tanta importancia la asistencia que al equipo de trabajo le ofrecen los grupos Balint,¹³ pues en ellos se calibran las intervenciones realizadas y se ventilan los desajustes en los que se puede estar incurriendo. De no contar con este recurso, la psicoterapia personal del profesional lo ayudará para no padecer los daños de un “burn out”.¹⁴
- En los casos más graves, con enfermos muy instalados en su cronicidad o con un progresivo deterioro y que tienen actitudes negadoras que tornan difícil el abordaje nutricional, podemos decirles algo así: *“Usted dice que no necesita ninguna ayuda en lo que respecta a su nutrición, que ya sabe lo que tiene que comer y que come lo que debe, pero acá hay estudios y análisis de laboratorio que muestran lo contrario. ¿Podría ayudarme a entender porqué han dado mal estos estudios que ya han sido revisados y que vienen empeorando?”*.

b. Algunas estrategias para trabajar las resistencias del paciente “difícil”:

La tan necesaria como difícil etapa de “confrontación” del paciente con aquello que niega requiere de un pulso artesanal que pueda sostenerse sin permitir el derrumbe por el desgaste al que su resistencia crónica nos lleva. Proponemos cuatro pasos para trabajar estas resistencias:

1. Confrontar al enfermo con la realidad que muestra algo distinto a lo que él afirma. Estaremos muy atentos a la “disociación operativa” del paciente evidenciada por pequeñas señales que pueden indicar que “una parte de él” está dispuesta a reconocer lo que uno intenta mostrarle, aunque “otra parte de él” permanece en una cerrada ceguera. En apoyo al aspecto más permeable se pueden utilizar frases como éstas: *“Fulano, me parece que una parte de usted ve algo que no se anima a reconocer”* o *“Veo que está escuchándome con verdadera atención, pese a que cuando llegó me dijo, enojado, que ni me molestara en hablar”, etc.*

2. Clarificar, en base a la acumulación de “pruebas”, Puesto que él realmente cree ver algo que no coincide con la realidad que vemos todos los demás (utilizar elementos de prueba como los estudios complementarios realizados).

3. Ofrecerle una explicación a modo de hipótesis para pensar juntos acerca de por qué le cuesta cumplir con las pautas de tratamiento que le han sido indicadas.

4. Acompañarlo en la “elaboración” (que es algo comparable con la “digestión mental”) de la hipótesis que le hemos ofrecido en el punto 3. Si todo este procedimiento se ha desarrollado bien, aparecerán aquí emociones penosas que el paciente compartirá con nosotros: su angustia, su rabia y su impotencia frente al destino que la enfermedad traza en su horizonte personal, el dolor ante la actitud de tal o cual familiar, las fantasías de deterioro de su matrimonio, de su relación con sus hijos, de su situación laboral y económica, de su imagen social y de su autoconcepto. Más allá de la objetividad que estos temores tengan, pueden verse agravados debido a la personalidad y a la historia infantil del paciente, lo que hace muy *subjetivo* el concepto de sí mismo (esto se ve típicamente en las personalidades con tendencia depresiva). En este punto 4 podemos evaluar la intervención de un especialista en Salud Mental, intervención que tiene ventajas y desventajas. Las ventajas radican en brindarle al enfermo una asistencia más capacitada y específica, y aliviar-nos nosotros de la sobrecarga que significa hacer una tarea que está más allá de nuestro campo de trabajo. Las desventajas son la aparición de una nueva figura en medio de un vínculo bipersonal que uno está buscando afianzar. También puede suceder que el paciente sienta como un nuevo abandono el que llamemos a un tercero, cuando él se abrió emocionalmente a nosotros en los momentos de catarsis que han tenido lugar. Pero debe predominar el criterio clínico a la hora de decidir esa interconsulta y explicarle muy bien al paciente la conveniencia de que sus aspectos emocionales desbordados sean atendidos por alguien especializado. En general, si se le explica adecuadamente esto, a solas, con tiempo, sinceridad y tacto, los pacientes lo entienden y lo aceptan como un cuidado más que uno les brinda. Es importantísimo luego no desligarnos de lo emocional que finalmente apareció y, sin invadir territorios –lo que confunde a todos-, preguntarle de vez en cuando cómo va su trabajo con el psicoterapeuta “a quien le hemos pedido que nos ayude”.

Conclusión

Cuando una cerrada negación está instalada, la persona no ve o bien ve pero no acepta -o minimiza- las consecuencias de persistir en sus prácticas. Debemos entender sus actitudes de poca colaboración como una expresión de su oposicionismo, el cual, en general, está motivado por la angustia y el enojo que siente ante su situación. Su historia y sus rasgos de personalidad lo han llevado a ser como es y a

hacer lo que hace. Tener esto presente nos ayudará a no responder negativamente a sus cuestionamientos o agresiones.

De las respuestas negativas que podemos llegar a experimentar, el pesimismo y el abandono son dos de las más frecuentes. Una táctica “*de shock*” –y como tal no exenta de riesgos- consiste en restarle importancia a los riesgos y complicaciones posibles. Ese valor que uno quita se puede esperar que lo agregue entonces el propio paciente mostrando así que, detrás de su oposicionismo y su negación, sabe muy bien que lo que uno le dice es verdad. Si logramos que el paciente cuestione la desvalorización que hemos hecho de los riesgos a los que su actitud lo expone, habremos resuelto su negación.

El cambio en las actitudes de un paciente *hay un proceso* y no una transformación brusca de un día para otro. Todos entendemos esto pero, además del paciente, muchas veces sus familiares y muchos profesionales parecen no saberlo o no aceptarlo. El hecho de estar *ante un proceso* lo verificamos cada vez que prestamos atención a pequeñas modificaciones, las que pueden consistir en detalles ínfimos. Es como el derrumbe del puente de hielo de nuestro famoso glaciar. Primero caen pequeños trozos alejados del puente mismo, que es en sí lo que uno ansía ver desmoronarse, pero esos bloques periféricos van restando firmeza y solidez a la estructura central, la cual, finalmente, termina derrumbándose ante nuestros ojos.

Bibliografía

1. Prochaska J, Di Clemente C. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL.: Dow Jones-Irwin. 1994.
2. Cabrera A, Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18 (2): 129-138.
3. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47: 1102-1114.
4. Pascual JC, et al. Asociación entre el gen del transportador de la serotonina y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad evaluados mediante el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). Actas Esp Psiquiatr 2007; 35(6): 382-386.
5. Greenson R. Técnica y Práctica del Psicoanálisis. Bs As: Siglo XXI editores. 1976.
6. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo trans-teórico de cambio de conductas adictivas. En: Casas y M Gossop (Eds). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Ediciones de Neurociencias. Citrán. FISP. 1993.
7. Amigo I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigo (Ed). Manual de Psicología. Madrid: Pirámide. 1998; 13: 229-270.
8. Rodríguez G. Fortalecimiento de la adherencia terapéutica. México: Miguel Ángel Porrúa, Ed. 1999.
9. Winnicott D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Paidós. 1993.

10. Klein M. Envidia y gratitud y otros trabajos. Buenos Aires, Paidós. 1987.
11. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Terapéutica en APS*. FMC 2000; 8(5): 58-73.
12. Hipócrates. Aforismos, Punto 10, Capítulo 2. Editorial Alta Fulla, "Mundo Científico". Barcelona, España, 1986.
13. Tizón JL. Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico - paciente. *Atención Primaria* 2005; 36: 453-455.
14. Vega MF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout": definición y proceso de generación. Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.