

CONSEJERÍA FAMILIAR: DE LA TEORÍA A LA APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

FAMILIAR COUNSELING: FROM THEORY TO PRACTICAL APPLICATION IN PRIMARY CARE.

Nieves Schade Yankovic*
Mark Beyebach*
Patricio Torres Castillo*

RESUMEN

El artículo presenta una revisión del concepto de consejería y de sus ámbitos de aplicación. Además, se describe un modelo de consejería familiar denominado Abordaje Familiar Breve, creado y desarrollado en nuestro país, especialmente para ser aplicado en los Centros de Salud Familiar para la atención de pacientes. Finalmente, se describe una aplicación de la consejería familiar con este nuevo modelo en un paciente con trastorno somatomorfo.

Palabras clave: Consejería familiar, trastorno somatomorfo.

ABSTRACT

The article presents a review of the concept of 'counseling' and its scopes of application. In addition, a model of family counseling denominated 'Brief Familiar Intervention' is described. This family intervention was created and developed in Chile, especially to be applied in the Centers of Family Health for the attention of patients. Finally, an application of family counseling using this new model in a patient with somatoform disorder is described.

Keywords: family counseling, somatoform disorder.

* **Nieves Schade Yankovic**, Psicóloga, Universidad de Concepción, Dra. en Psicología Universidad Pontificia de Salamanca, España. Docente Departamento de Psicología Universidad de Concepción Chile. nschade@udec.cl

* **Mark Beyebach**, Psicólogo y candidato a Doctor en Psicología de la Universidad Pontificia de Salamamca, España. mbeyebach@upsa.es

* **Patricio Torres Castillo**, Asistente Social, Universidad de Concepción. Docente Carrera de Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad San Sebastián.

Introducción

En los últimos años la sociedad ha estado cambiando y las instituciones sociales viven un acelerado proceso de transformaciones. Los cambios, en diversos ámbitos como el político, económico, técnico y filosófico han producido crisis de los paradigmas, modelos en funcionamiento y en la forma de abordar dichos cambios (Finkielkraut, 1987). Situación que no es ajena a los profesionales que deben desarrollar nuevas herramientas y formas de trabajo para responder a estos nuevos desafíos, especialmente en el sector salud.

El Ministerio de Salud en el año 1998, puso en marcha un programa de atención a nivel primario denominado: Salud Familiar o Atención de Salud con Enfoque Familiar (Ministerio de Salud, 1998). Este programa contempla como herramienta de intervención la consejería.

Por la importancia que revierte como forma de intervención del paciente por los profesionales de la salud en la atención primaria, lugar que es la puerta de entrada al sistema de salud, es importante una revisión desde la conceptualización de la consejería hasta su aplicación práctica.

El concepto de consejería proviene de la palabra consejo que etimológicamente, deriva de consulo, que significa deliberar consigo mismo o con otro, resolver, tomar una determinación, consultar; y de consilium, que significa, reflexión, resolución, consulta, consejo, opinión o plan de acción (Costa & López, 2003).

En términos generales, la palabra consejo evoca una relación de ayuda de tipo unidireccional y directivo, “diciendo a alguien lo que tienen que hacer” (Costa & López, 2003). Barreto, Arranz & Molero (1997) señalan que frente a esto es preferible usar el anglicismo counseling. Aunque, su traducción no es precisa ya que se usa para referirse a orientación, consejo, consultoría, asesoría e incluso tutoría. Considerando esto Shertzer & Stone (1972), señalan que este concepto anglosajón de la consejería no contribuye a que se siga considerando la consejería como una actividad directiva.

El concepto de consejo como una actividad más bien directiva se aparta de sus orígenes. Se considera que la consejería tuvo como pionero a Carl Rogers y a su obra *Counseling and Psychotherapy*, publicada en 1942, cuyo objetivo era la ayuda para resolver la ambivalencia en forma no directiva (Undurraga, González & Calderón, 2006). Rogers en su libro plantea:

La orientación psicológica es una relación estructurada y permisiva que permite al cliente comprenderse mejor a sí mismo de tal manera que pueda ir dando pasos positivos a la luz del nuevo enfoque que quiere dar a su vida; de esta hipótesis se deriva que todas las técnicas empleadas tienen como finalidad el desarrollo de un tipo de relación libre y permisiva, la comprensión de uno mismo durante el proceso terapéutico y fuera de él y la tendencia hacia una acción positiva por propia iniciativa (Rogers, 1942, p. 30).

Esta forma de comprender la consejería está aún vigente y a través del tiempo han aparecido nuevas propuestas basadas en este modelo. Como la de Carkhuff (Bermejo, 1998) quién plantea que la relación de ayuda se debe concretar en cuatro destrezas operativas: atender, responder, personalizar e iniciar. Este autor, agrega al método inicial de Rogers cierto directivismo, para reforzar a la persona del ayudado. Además, incorpora el concepto de “tutor” y de modelo. El tutor es quién se beneficia del aprendizaje a partir de un modelo, de una relación que se desarrolla en un ambiente positivo.

Esta consejería comprende una serie de fases, atendiendo a la función principal del “ayudante” y a la tarea principal del paciente o “ayudado”. La base de la consejería es la comunicación y la empatía (Bermejo, 1998; Undurraga, González & Calderón, 2006).

Otros autores, se separan de la idea original de Rogers como Krumboltz & Thoresen (1981), quienes definen la consejería como un proceso para ayudar a la gente a que aprenda cómo solucionar sus problemas ya sean estos de tipo

personal e interpersonal. Además, que las personas logren tomar sus propias decisiones acerca de su vida (Janis, 1987).

Actualmente, algunos consideran que la consejería podría ser una herramienta que no sólo contribuya ayudar a que las personas puedan solucionar sus problemas, sino que puede provocar cambios importantes en la conducta del sujeto. Bimbela (1997) señala que la consejería es una relación de ayuda cuyos objetivos son lograr cambios duraderos en la conducta y en los estilos de vida de los sujetos. Costa & López (2003, p. 29) comparten este supuesto y proponen el modelo ABC donde la consejería es definida como un “proceso sistemático de solución de problemas y de orientación para la toma de decisiones en un contexto de enseñanza aprendizaje, de cambio de los comportamientos y estilos de vida”

En este mismo sentido, el modelo de cambio conductual individual de Prochaska (Millán, Morera & Vargas, 2007) propone que para lograr cambios intencionales en la conducta habitual de un sujeto, es necesario que pase por un proceso en cinco etapas progresivas: Pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Este modelo permite determinar en que etapa se encuentra el sujeto, así poder entregarle una orientación más precisa al paciente (Prochaska, 1999).

Hasta ahora hemos revisado el concepto de consejería y cómo esta ha ido variando con el tiempo, desde la concepción como una relación de ayuda hasta una herramienta que es capaz de provocar cambios permanentes en la conducta de un sujeto. Es importante señalar que estas propuestas consideran al sujeto desde una perspectiva más bien individual. En cambio, otros autores se han aventurado a usar la consejería desde una mirada que abarca al sujeto y su familia, denominada consejería familiar. Además, han incorporado otros paradigmas para lograr comprender al sujeto y su dinámica familiar, no solo como un sujeto que presenta conducta guiada por determinadas cogniciones, sino que se interrelaciona con los otros miembros de su familia, los cuales pueden contribuir a su desarrollo, estar sano o pueden enfermarlo (Nardone, Giannotti & Rochi, 2003).

En España uno de los autores más reconocidos y que ha contribuido notablemente en la consejería familiar u orientación familiar es Ríos González (1994). Él señala que la orientación familiar debe ser entendida como:

Un conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y latentes que tiene como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con el fin que resulten sanos, eficaces y capaces de estimular el progreso personal de los miembros y de todo el contexto emocional que los acoge (Ríos, 1994, pp. 35,1994).

La orientación familiar propuesta por este autor aborda el modelo sistémico y su interés se centra no en el problema sino en el sistema relacional que los sujetos señalan como difícil, conflictivo o problemático.

Para poder modificar el sistema relacionar del sujeto, el consejero podría intervenir en tres niveles distintos: a) Un nivel educativo, b) Un nivel de asesoramiento y un c) nivel de tratamiento terapéutico. Cada uno de estos niveles tiene objetivos e instrumentos distintos de intervención familiar. Al incorporar esta idea el autor contribuye a que la consejería sea una herramienta más flexible en su aplicación práctica y ampliar sus acciones.

En resumen, existen distintas propuestas y formas de comprender la consejería ya sea esta individual o familiar, con objetivos diferentes. También, si revisamos la historia de aplicación de la consejería vamos encontrar que la consejería se usa en diferentes áreas y en ámbitos distintos.

La consejería inicialmente era usada exclusivamente en el ámbito escolar especialmente como orientación vocacional. Luego, se fue ampliando al ámbito de salud, para el tratamiento de pacientes con VIH, dificultades con el estilo de vida, obesidad (Chwalisz, 2008), tratamiento de enfermos crónicos y como apoyo a pacientes terminales (Undurraga, González & Calderón, 2006).

Actualmente la consejería forma parte de las actividades de promoción como de intervención en salud, cuyo objetivo principal es la entrega de

información, la cual se lleva a cabo a través de la conformación de equipos multidisciplinarios (Blitt & Johnson, 2008). Dentro de sus desafíos está la de incorporar los aspectos culturales del paciente, lo que se denomina “cuidado médico cultural”, es decir, el cuidado y tratamiento que sea sensible a la cultura de cada paciente.

Dentro de los desafíos de la consejería es la incorporación del contexto en que el sujeto vive y los aspectos más característicos de éste (Chwalisz, 2008). En esta misma línea Vera (2007) señala la importancia de definir la cultura cuidadosamente y considerar las políticas de desigualdades. Para este tipo de labor se propone que el consejero pueda integrar conocimientos de distintas disciplinas no sólo para la aplicación práctica sino incluso para actividades de investigación.

Adams (2007), considera importante que los consejeros, sepan de investigación aplicada (Chwalisz, 2008). Además, que sean capaces investigar con metodología cualitativa, desde los enfoques usados en consejería y que abarquen temas como la auto-estima, la cultura, el self, la colaboración, la honradez, entre otros (Yehn & Iman, 2007).

Se ha revisado, hasta aquí, la diversidad de conceptos, propuesta y ámbitos de la consejería, la cual pretende contribuir a una reflexión acerca de esta práctica. Este hecho, sin duda, adquiere relevancia en el ámbito de la salud de acuerdo a los nuevos lineamientos del Modelo de Salud Familiar y surge la interrogante frente a esta diversidad cuál puede ser una propuesta que responda a las necesidades de los usuarios de los centros de atención primaria de nuestro país.

Consejería Familiar: Modelo de Abordaje familiar Breve

Como una forma de dar respuesta a esta interrogante se crea un modelo de consejería familiar denominado Abordaje Familiar Breve (AFB), propuesta creada en Chile destinada especialmente para la profesionales de la salud que se desempeñan en la atención primaria (Schade & Torres, 2007). Este modelo tiene

una estructura simple para que cualquier profesional, pueda comenzar a resolver los problemas con un mínimo de conocimiento y de tiempo de intervención.

Esta consejería a igual que la de Ríos González (1994) considera distintos niveles de intervención o tipos de abordajes: informativo, orientativo y estratégico. Esta consejería comprende tres grandes etapas: Pre-consejería, Consejería y Post-consejería familiar:

a) La Pre- consejería familiar consiste en la interiorización con el caso antes de ser intervenido: revisión de antecedentes, la valoración del ciclo vital.

b) La Consejería familiar como tal implica varias subetapas: en primer lugar el encuentro social con la familia o paciente, la actualización o creación del genograma y la escucha de las necesidades, peticiones o quejas de la familia o paciente. En segundo lugar, está la sub-etapa de reflexión y análisis para la toma de decisión, en la cual se sugiere que el consejero haga una reflexión en solitario o con sus colegas (los que pueden estar detrás de una sala de espejo) acerca de la mejor forma de ayudar a estas personas o familia. Para ello se debe tomar la decisión de realizar un abordaje informativo, orientativo u estratégico, la elección va a depender de los objetivos de la familia y de los objetivos del profesional. En tercer lugar, está la aplicación de uno o varios tipos de abordajes para ayudar a la familia. El abordaje informativo consiste en la entrega de información que se adecue lo más posible a la comprensión del paciente, ya sea de forma oral o escrita (folletos, videos, etc.). El abordaje orientativo comprende la entrega de un “consejo u orientación” de tipo directivo y educativo. Finalmente, el abordaje estratégico se realiza cuando la familia requiere cambios en su estilo de vida, en su forma de relacionarse y de resolver sus problemas. En el cuarto y último lugar, se le entrega un elogio a la familia y una tarea.

c) Post- consejería. En esta etapa el consejero anota los aspectos centrales de la intervención y escribe la fecha de la nueva citación.

Esta consejería se fundamenta en el modelo Biopsicosocial (Engel, 1977), la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy von, 1975), el Constructivismo (Maturana & Varela, 1985), la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1980), Cibernética (Foerster von, 1990) y la Terapia Familiar Breve (De Shazer, 1986; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Por la importancia que tiene la Terapia Familiar Breve (TFB) en esta propuesta, a continuación revisaremos algunos aspectos centrales que contribuyen al modelo de consejería familiar presentado.

La Terapia Familiar Breve se caracteriza por ser de corta duración, con el fin de intervenir en la familia lo menos posible, de tal forma que la familia recupere lo antes posible su competencia y pueda resolver sus problemas y así acortar el tiempo de sufrimiento. Además, contribuye desde el punto de vista de la institución, ha gestionar mejor los recursos (Beyebach, 2006).

Esta terapia es una integración de métodos desarrollado desde 1966 por el Mental Research Instituto de Palo Alto, California, denominada Terapia Familiar Breve Centrada en Problemas y desde 1982 hasta la actualidad por Brief Family Therapy Center de Milwaukee, conocida como Terapia Breve Centrada en Soluciones. También dentro esta terapia se incluye los aportes de Michael White.

La Terapia Centrada en las Soluciones (TCS) es una modalidad de la Terapia Familiar Breve que se caracteriza por buscar todas aquellas situaciones en que simplemente el problema no esta presente. Se parte del supuesto de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar y la idea es que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, que hay excepciones a la regla. Se trata de un enfoque no-normativo que pretende abordar cada familia desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección (De Shazer, 1986; Beyebach, 2006).

Esta terapia se caracteriza por el uso que los terapeutas hacen de diversos tipos de preguntas, dirigidas a centrar la conversación tanto en las cosas que ya

van bien, como aquellas que los clientes desean alcanzar. Dentro de las herramientas o técnicas de esta terapia se encuentran:

a) Los cambios pretratamiento: Esta pregunta tiene como objetivo rescatar información acerca de aquellos cambios o acciones que los pacientes hayan hecho antes de venir a la consulta, que contribuyen en la solución del problema. La formulación de la pregunta es la siguiente: “Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes, ¿que has notado en tú caso?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 97).

b) Las Excepciones. Es una pregunta que consiste en buscar información acerca de las situaciones en las que por alguna razón, el problema no ocurre. La forma de preguntar es la siguiente: “¿Qué es de diferente en las ocasiones en que no pelean, no se hace pipí....cómo conseguiste que sucediera?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 123).

c) Pregunta Milagro: Pregunta que permite que el paciente visualice un futuro sin problemas. La pregunta es la siguiente: “Supón que una de estas noches, mientras duermes, ocurre un Milagro, y no te enteras de que ha ocurrido porque estas dormido, y todo lo que quieres conseguir al venir a esta consulta se cumple. ¿Cómo te darías cuenta que el milagro ocurrió?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 119).

d) Escala: técnica que sirve para valorar la gravedad del problema. Al paciente se le pide que se sitúe en una escala del 1 al 10 en relación al problema que presenta. También, sirve para definir objetivos pidiéndole que sitúe en el número que desea encontrarse al terminar la terapia. Además, contribuye a definir tareas, ya que al paciente se le pide que avance en la escala y para ello deba realizar determinadas acciones. Finalmente, se ha visto que la escala sirve para evaluar los avances en terapia.

La Terapia Centrada en los Problemas (MIR) a diferencia de la terapia antes mencionada, esta basada en el supuesto básico de que el problema es la

solución intentada por el paciente. Ellos proponen analizar con el paciente y/o con su familia las soluciones intentadas (ineficaces) que ponen en prácticas los pacientes o sus familias cada vez que surge la queja, con la intención de buscar una forma de solución que se diferencie lo más posible de la que se ha utilizado (Fish, Weakland & Segal, 1984). Las herramientas o técnicas propias de este modelo son las soluciones intentadas y la descripción detallada del problema.

a) Las soluciones intentadas: Son las soluciones que los pacientes han intentado y que agravan el problema. Nos entregan información acerca del camino seguro por donde no se debe ir. “¿Qué haces cuando.....sucede el problema o la queja..?, ¿Qué pasa a continuación?, ¿De qué manera te ayudan los demás cuando a ti te pasa...?” (Rodríguez-Arias & Venero, 2006:76).

Todas estas preguntas se usan como parte importante de la consejería especialmente en el abordaje estratégico. Este abordaje, que comprende herramientas de la Terapia Familiar Breve, fue incorporado principalmente para el trabajo con pacientes difíciles e hiperfrecuentadores de la atención primaria como son los pacientes somatomorfos y con trastorno somatomorfo.

Consejería y Trastorno Somatomorfo

La queja somatomorfa es considerada como uno de los problemas más prevalentes en la atención primaria. Estos pacientes sufren de inexplicables síntomas físicos, tales como fatiga, problemas gastrointestinales, dolores de cabezas, entre otros (Arnold, Waal, Eerhof, Van Hemert, 2006).

Cuando estas quejas persisten por más de seis meses, se engloban bajo la denominación de trastorno somatomorfo y alcanza una prevalencia de los de 0,38% al 4,4%, en la población general, dependiendo del número de síntomas requeridos para el diagnóstico (García Campayo, Sanz Carrillo & Mortón, 1999). En Santiago de Chile se ha encontrado en promedio una

prevalencia del 17, 7%, en la atención primaria, siguiendo los criterios de diagnóstico CIE-10 (Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002).

Existe consenso en las características que deben estar presentes para ser un trastorno somatomorfo (García Campayo, Sanz Carrillo & Mortón, 1999), estas son: a) Interpretación alterada de los estímulos provenientes del cuerpo como signos de enfermedades. b) Atención selectiva o hipervigilancia de las sensaciones corporales y fisiológicas. c) Incapacidad para tolerar los síntomas corporales desagradables. d) Solicitud en forma persistente de un diagnóstico y un tratamiento médico a pesar de la reafirmación de los médicos en el sentido de que no padece ninguna enfermedad física grave que produce los síntomas, consumir medicamentos no indicados y pedir exámenes médicos sin que sean necesarios.

Por la importancia que reviste el poder dar respuesta a este tipo de pacientes, el objetivo de este trabajo es presentar un caso de trastorno somatomorfo y describir una Consejería Familiar con el modelo de Abordaje Familiar Breve (AFB), aplicado por una Trabajadora Social, que forma parte de un equipo de atención primaria, quien debe realizar consejerías de acuerdo al nuevo modelo de salud familiar.

El valor que implica la aplicación de esto por una Trabajadora Social radica en la idea que sea el equipo de salud debidamente entrenado quien realice dichas intervenciones, sin necesidad de derivarlo a otro especialista, aumentando con ello la resolutivez, es decir, la capacidad del centro de responder a los pacientes lo más antes posible y con un menor costo posible.

Presentación de un caso.

Este caso es parte de una investigación mayor acerca de la consejería familiar con el modelo de Abordaje Familiar Breve: para el tratamiento de los pacientes somatomorfos o con trastornos somatomorfos por los equipos de

atención primaria (Fondef: DO311090). El caso que se expone ha sido elegido por haber sido intervenido por una Trabajadora Social, perteneciente a uno de los centros de salud familiar participantes en la investigación. Por último, es importante señalar que algunos de los datos han sido modificados por razones éticas.

Antecedentes del caso

Mujer de 53 años, ama de casa, casada. Vive de la pensión del marido, presenta problemas económicos. Tienen tres hijos, adultos jóvenes, cada uno vive en forma independiente. En general, tiene buenas relaciones con sus hijos.

Se caracteriza por ser una paciente policonsultante, con cefaleas tensionales, trastornos digestivos funcionales. Tiene antecedentes de violencia intra-familiar de parte del marido y hace dos años que han logrado superar el alcoholismo del marido.

Por los síntomas físicos ha recibido tratamiento medicamentoso y previamente se le habían realizado diversos exámenes clínicos con el fin de determinar la causa de dichos malestares, pero sin resultado positivo. A pesar de esto, la mujer persiste en su queja, asistiendo al centro por los menos una vez al mes, durante un período de 3 años.

Primera entrevista:

La entrevista la realiza una Trabajadora Social (C), que se desempeña en un Centro de Salud Familiar, de la región del Bío-Bío. La paciente (P) es citada especialmente para esta actividad.

C: Buenas tardes Sra. ¿Qué le trae hoy por aquí?

P: Vine porque Ud. me citó, debe ser por mis problemas económicos, aunque lo que más me molesta son mis dolores de cabeza (le indica con la mano). Esto me ocurre varias veces a la semana y no se pasa con nada.

C: Si, me han informado que Ud. ha estado sufriendo mucho, debe ser muy desagradable que le ocurra esto. Me gustaría hacerle una pregunta ¿qué le gustaría conseguir viniendo a esta consejería? o ¿qué sería un buen resultado para Ud. de esta conversación? (la paciente inicialmente se desconcierta con esta pregunta y después de un momento responde.....)

P: Lo que a mi gustaría conseguir es que me solucionen mis problemas económicos y que no me duela más la cabeza. Además, me gustaría poder tomar una decisión con respecto a vivir con mi marido. Me siento sola desde que partieron mis hijos de la casa.

C: Ud. me dice que le gustaría no tener tantos problemas económicos, que no le duela tanto la cabeza y tomar una decisión con respecto a la convivencia con su marido. Además, le gustaría sentirse más acompañada. ¿Es así lo que estoy entendiendo?

P: Así es.

C: De los objetivos que Ud. me ha dicho ¿cuál de ellos le gustaría conseguir primero?

P: A mí lo primero que me gustaría conseguir es no tener estos dolores, pero lo que más me interesa es poder tomar una decisión acerca de seguir o no viviendo con este hombre.

C: Explíqueme como es estar bien, sin dolores.

P: Es cómo cuando ahora último he ido a un taller de bordados cerca de mi casa, ahí lo paso bien, converso con las vecinas, tomamos mate y hacemos los trabajos. Ahí lo paso bien y no me duele nada.

C: Bien, es decir cuando Ud. ha ido al taller se ha sentido bien (excepciones)

P: Así es, con las vecinas lo paso bien.

C: ¿Existen otras ocasiones en que le pasa que está entretenida y se siente bien?

P: Cuando visito a mis hijos.

C: Al parecer cuando está con sus hijos y cuando va al taller las cosas andan bien. Ahora le quiero hacer otra pregunta que le parecerá extraña, pero puede servir para poder ayudarla mejor. “Suponga que una de estas noches, mientras

duermas, ocurre un Milagro, y no se entera de que ha ocurrido porque esta dormida, y todo lo que quiere conseguir al venir acá se cumple ¿Cómo se daría cuenta que el milagro ocurrió?” (pregunta milagro).

P: Ah! me sentiría muy bien (aparece un leve sonrisa en el rostro), sabría que decisión tomar y pasaría más tiempo haciendo lo que me gusta como ir al taller y visitar más a mis hijos

C: ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta que este milagro ocurrió?.

P: Mi marido ya que con él vivo.

C: ¿Qué cosas él notará diferente?

P: Qué no me quejó, que estoy más decidida.

C: ¿Que le diría su marido a verla más decidida?

P: Yo creo que nada, el vive un poco su mundo.

C: ¿Quién más se daría cuenta de este milagro?

P: Mi hija, porque la iría a ver.

C: ¿Qué notaría ella?

P: Me notaría más tranquila y más decidida, de lo que debo hacer.

C: ¿Quién más lo notaría?

P: Mis vecinas, notarían que estoy más relajada, entretenida, ni me acordaría de mis problemas y dolores

C: En una escala de un 1 a 7, donde 1 es lo peor, cuando ha estado con más dolores, más dudosa y 7 lo mejor es decir, se ha sentido relajada y firme en su decisión en que número se encuentra ahora (escala).

P: En un 5

C: ¿Cómo que no está Ud., en un 4?,

P: Es que hay algunas cosas que ocurren como el taller y las visitas a mis hijos. Además, he pensado en la decisión que debo tomar.

C: Quiero felicitarla por la fortaleza que Ud. tiene que a pesar de los dolores tenga el deseo de salir adelante y vivir estos últimos años lo mejor posible.

P: Si, es verdad.

C: Para avanzar en esta escala de aquí a la próxima vez que estaría dispuesta hacer, algo muy pequeño.

P: Estaría dispuesta a pensar menos en los problemas y seguir asistiendo al taller.

C: ¿Cuanto tiempo necesita para hacer esto?, ¿Cuándo desea volver?

P: La próxima semana. Hasta pronto.

C: Se despide de la Paciente.

Segunda y más entrevistas:

En las siguientes semanas se pregunta por los avances en la escala y por las tareas que ella misma se impuso. En la segunda entrevista relata que su dolor ha disminuido considerablemente. Para la tercera sesión ella se plantea ir a visitar a su hija y conversar acerca de su relación con el marido para tomar una decisión. En la cuarta sesión se evalúan los avances en la escala, se le felicita por sus logros y se insiste en las cosas que ha hecho ella para lograrlo, ella se plantea el poder ver la posibilidad de ir a vivir definitivamente con su hija y dejar a su marido. En la sesión quinta y última, la paciente señala que se ubica 6.5, ya que los síntomas han desaparecidos en 80% y ha conseguido separarse del marido e ir a vivir con su hija. Se le pregunta qué aprendió viniendo acá. Ella responde que no se debe pensar tanto en los problemas sino que hay que buscarle más bien la solución. Se despide por que se va a vivir a otra ciudad.

Después de un año de la última sesión se hace un seguimiento telefónicamente y la paciente señala estar bien, que han sido necesario algunos ajustes con su hija, pero que ya no tiene esos dolores y está feliz con la llegada del nieto.

Conclusiones y Discusión

Este trabajo, tuvo como propósito realizar una reflexión acerca de las diversas formas de entender una consejería y como esta ha cambiado en el tiempo. Se ha puesto énfasis, especialmente a la consejería familia y cómo esta

es una necesidad a partir de la implementación del nuevo modelo de salud familiar.

Como una forma de responder a esta necesidad se ha presentado una consejería familiar desarrollada en Chile que incorpora distintos niveles o abordajes para la intervención con familias. Esta nueva propuesta se denomina Abordaje Familiar Breve (AFB). Este modelo ha demostrado ser útil para el trabajo con pacientes con trastornos somatomorfos que asisten a la atención primaria de salud. Por ello este artículo muestra el desarrollo de una consejería familiar aplicada por una Trabajadora Social a este tipo de paciente, con el fin de poder ilustrar la forma en que se aplica, tratando de responder a una de las inquietudes de los profesionales “ cómo se hace” y así poder ellos mismo ser capaces de aplicarlo cuando se requiera.

Esta paciente fue atendida por una Trabajadora Social, que de acuerdo al nuevo modelo de salud familiar puede realizar labores de consejería familiar. El contacto con la paciente se produce cuando ella asiste para que la ayuden en sus problemas económicos, pero a partir de la información entregada por la misma paciente, más los datos de la ficha clínica, la profesional cita a la paciente a consejería familiar.

El resultado final de la consejería familiar fue una disminución de la sintomatología, recuperación de sus competencias personales y un funcionamiento autónomo, incluso de después de un año de intervención. Además, se logró que la paciente no siguiera consumiendo medicamentos ni tampoco solicitara más exámenes complementarios, por lo cual en este caso hubo un ahorro en el gasto sanitario.

Los cambios presentados en la paciente a pesar que no es posible en estos momentos atribuir a la consejería familiar con el modelo de Abordaje Familiar Breve, el hecho de que haya demostrado ser breve y segura en dirección de un

cambio positivo, es a nuestro juicio importante, para que en el futuro sea considerada en investigaciones para probar su efectividad en el tratamiento de pacientes somatomorfos que concurren a la atención primaria de salud.

Referencias.

Adams, E. (2007). Moving From Contemplation to Preparation: Is Counseling Psychology Ready to Embrace Culturally Responsive Prevention? *The Counseling Psychologist*, Vol.35 N°5, 633-649.

Arnold, I., Waal, M. Eerkhof, J., Van Hemert, A. (2006). Somatoform Disorder in primary care: Course and the need for Cognitive –behavioral treatment. *Psychosomatics* 47:498-503.

Barreto P, Arranz P y Molero M. (1997). Counselling: instrumento fundamental en la relación de ayuda, en Martorell, M.C y González, R. *Entrevista y Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis, pp 83-104.

Bermejo, C. (1998). *Apuntes de Relación de ayuda*. Centro de Humanización de la salud. Madrid: editorial Sal Terrae.

Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder

Bertalanffy, L von (1975). *Perspectivas on General systems theory: Scientific-philosophical studies*. Nueva York, Braziller.

Bimbela J. (1997). Counseling, tecnología punta para la atención primaria. *El medico* 19/IV/97.

Blitt T. y Johnson, M. (2008). Counseling Psychology and Chronic Health Conditions Counseling Psychology and Chronic Health Conditions: A Call for Action. *The Counseling Psychologist*. 36: 118-126

Chwalisz, K (2008). The Future of Counseling Psychology *The Counseling Psychologist*, Vol. 35: 868-901.

Costa M.y López, E. (2003). Consejo Psicológico. Madrid: Síntesis

- De Shazer (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Engel, J. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedical model. *Science*, 196, 126-136.
- Fish, R, Weakland, J.y Segal L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona, Herder
- Florenzano R., Fullerton, C., Acuña J. y Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev. Chil. Neuro-psiquit*, 40: 47-55.
- Foerster, H. von (1990). La construcción de la realidad. En Watzlawick, P (edts.) *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa
- García Campayo J., Sanz Carrillo C y Montón C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med. Clin Bar*, 112: 147-150
- Janis I. (1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: Declée.
- Krumboltz J. y Thoresen, C (1981). *Métodos de Consejo psicológico*. Bilbao: Declée
- Maturana, H. & Varela F. (1990) *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Debate
- Millán T., Morera I. y Vargas, N. (2007). Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. *Rev. Méd. Chile*, 135: 457-463.
- Nardone, G, Giannotti, E. y Rochi, R (2003). *Modelos de Familia*. Barcelona: Herder.
- O'Halón W y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Prochazka, J. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? En M. Hubbe, B. Duncan y S. Miller, eds. *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: APA 227- 255.

- Ríos González J. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez- Arias J. y Venero M. (2006). *Terapia familiar breve*. Madrid: CCS
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy* Boston, Houghton Mifflin
- Schade N. y Torres P. (2007). *Manual de Consejería familiar en Salud*. Concepción: Cosmigonon
- Shertzer, B y Stone Sh. (1972). *Manual para el asesoramiento psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Undurraga J., González M. y Calderón, J. (2006). Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal. *Rev. Méd. Chile* v. 134: 1448-1454.
- Vera E. (2007). Culture, Prevention, and the Politics of Disparities. *The counseling Psychologist*, 35: 860-867.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder
- Yehn C y Iman, A. (2007). Qualitative Data Analysis and Interpretation in Counseling Psychology: Strategies for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 35: 369-403.