

TABLA 1 Entrevista biopsicosocial

Esquema	Técnicas
Cordialidad y escucha activa	Salutación, clima de confianza, empatía, pregunta abierta, etc.
Delimitar la demanda y creencias de atribución	¿Cómo, dónde, cuándo, qué lo aumenta? ¿A qué lo atribuye? ¿Con qué lo relaciona?
Manejo de las emociones	Comunicación no verbal, empatía verbal, señalamientos. ¿Cómo se siente? Interpretaciones
Salto psicossocial	¿Cómo le van las cosas, en la familia, el trabajo, etc.? ¿Ha tenido cambios en su vida?
Exploración psicológica	Tristeza, alteración del sueño, estrés, tensión nerviosa...
Síntesis de los problemas	Dar información y comprobar la asimilación
Plan terapéutico	Enunciar, pedir opinión y negociar el plan (actitud expectante, fármacos, educación conductual, biblioterapia, terapia de solución de problemas, derivaciones)

Modificado de Bellon Saameño⁴.

Prevención del *burnout* con el enfoque biopsicosocial

Sr. Director: Estamos de acuerdo con los Dres. León-Sanromá¹ y Tizón² en que abordar los aspectos emocionales en la relación asistencial conlleva satisfacciones y previenen sentirse quemado en la atención primaria. Así lo hemos experimentado cada vez que usamos el enfoque holístico con los pacientes. Consideramos que la difusión de casos como el que presentamos aquí es importante para motivar a los médicos de familia y difundir el modelo de la atención integral que conlleva ahorro de visitas posteriores y satisfacciones para los pacientes y sus médicos. Esta difusión es tan importante como la acción política que comenta el Dr. Tizón^{2,3}.

Mujer de 40 años con antecedentes familiares de migraña en su madre. En su historia personal destacan: obesidad, con IMC > 50 desde 2002; hipertensión arterial y migraña desde 1999. Su tratamiento habitual es atenolol y fluoxetina. Desde marzo de 2007, su cefalea se hace diaria y bilateral y no mejora con diversos triptanes. En las visitas de atención continuada, la exploración

es normal y el dolor mejora parcialmente con diazepam y analgésicos. En dos ocasiones se le deriva a urgencias del hospital. El 2 de abril le tramitamos la baja laboral y el 11 de mayo le aumentamos la dosis de fluoxetina y le agregamos un ansiolítico. El 21 de mayo, ante la persistencia de su dolor, le realizamos una visita de media hora, en la cual se revaloró su diagnóstico como cefalea tensional, y se la entrevistó con enfoque biopsicosocial⁴ (tabla 1); la paciente comenta un problema que la angustia de hace unos meses: la relación con su suegra. Se le explica que podemos ayudarla con la terapia de resolución de problemas⁵, de la que comentamos sus fases. El 25 de mayo, la paciente ha mejorado y dice que fue de gran ayuda la última entrevista, y ya ha puesto en práctica una solución que ha pensado: hacerse respetar. Una semana más tarde la paciente no tiene dolor, su clínica depresiva y su relación familiar han mejorado y le damos el alta. En las dos visitas que realiza por otros motivos en junio y en agosto, la paciente sigue sin dolor y nosotros seguimos sin salir de nuestro asombro.

**Josep Lluís Llor Vilà
y Sonia Jiménez Delgado**

CAP Deltobre. Deltobre. Tarragona. España.

política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*. 2007;39:93-7.

- Bellon Saameño JA. Problemas psicossociales. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. Barcelona: semFYC; 2006. p. 488-92.
- García-Campayo J, Claraco Vega LM, Tazón P, et al. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24:594-601.

Palabras clave: Atención primaria. Modelo biopsicosocial.

- León-Sanromá M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Aten Primaria*. 2007;39:451.
- Tizón JL. El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. Respuesta del autor. *Aten Primaria*. 2007;39:451-2.
- Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología,